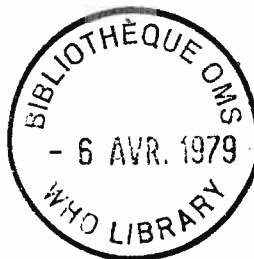




32ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

Punto 1.11 del orden del día provisional



INFORME DEL DIRECTOR GENERAL SOBRE LAS ACTIVIDADES DE LA OMS EN 1978

En relación con el establecimiento del ciclo bienal de presupuestos por programas, la 28ª Asamblea Mundial de la Salud entendió en 1975 (resolución WHA28.29) que el Director General debería publicar en los años pares, a partir de 1978, un informe completo sobre las actividades de la OMS en el bienio precedente, y distribuir en los años impares, a partir de 1977, un breve informe en el que se dieran a conocer las cuestiones y los acontecimientos más importantes del año par precedente. Es éste el segundo de los informes breves y corresponde al año 1978.

Un informe breve ha de ser forzosamente selectivo y no puede extenderse a todas las actividades de la Organización. El presente informe se centra en las políticas seguidas y en los criterios aplicados, para cuya ilustración se sirve de determinados programas. Los programas no mencionados corresponden también a actividades importantes ejecutadas en el curso del año. En el informe bienal para 1978-1979, que se publicará en 1980, se dará cuenta cabal de todos los programas y actividades de la OMS en 1978.

Indice

	<u>Párrafos</u>
Introducción	1
Políticas para la salud	25
La lucha política en favor de la salud	28
Modificaciones en el funcionamiento de la OMS	33
Política y estrategia del presupuesto por programas	43
Mayor participación del personal nacional en las actividades de la OMS	49
Mayor número de centros regionales	54
Cooperación técnica entre la OMS y sus Estados Miembros	61
Cooperación técnica entre los países en desarrollo	64
Fondos extrapresupuestarios	69
Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud	80
Desarrollo de servicios completos de salud	92
Tecnología apropiada para la salud	92
Nutrición	98
Reproducción humana	101
Salud mental	104
Medicamentos esenciales	108

	<u>Párrafos</u>
Prevención y lucha contra las enfermedades	116
Programa de lucha antipalúdica	116
Enfermedades diarreicas	119
Erradicación de la viruela	124
Programa Ampliado de Inmunización	132
Investigaciones sobre enfermedades tropicales	134
Prevención de la ceguera	137
Hipertensión	140
Medidas antitabáquicas	143
Fomento de la higiene del medio	146
Formación y perfeccionamiento del personal de salud	154
Fomento y desarrollo de las investigaciones	159
Procesos de gestión para el desarrollo sanitario	164
Conclusión	171

Resoluciones

Los textos de las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo mencionados en el presente informe se reproducen en: OMS, Manual de Resoluciones y Decisiones, Volumen II (3ª edición), 1979.

Abreviaturas

Abreviaturas empleadas en el presente informe:

CIDA	-	Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional
CIIC	-	Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
FAO	-	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FNUAP	-	Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población
OIT	-	Organización Internacional del Trabajo
OMS	-	Organización Mundial de la Salud
ONUDI	-	Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial
PNUD	-	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	-	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
SIDA	-	Organismo Sueco de Desarrollo Internacional
UNCTAD	-	Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo
UNESCO	-	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	-	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Introducción

1. El año 1978 será duraderamente recordado por los profesionales de la salud y de los sectores afines como el año de Alma-Ata. En la Declaración de Alma-Ata cristalizaron, tras largos años de evolución, las nuevas políticas de salud encaminadas a aplicar las ambiciosas reformas necesarias si ha de alcanzarse un grado aceptable de salud para todas las personas del mundo en un futuro previsible. La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata (URSS), constituyó una manifestación de las aspiraciones colectivas de todos los pueblos del mundo hacia un mejor estado de salud, y tuvo como base la fundada creencia de que la aplicación de los conocimientos actuales, según los imperativos de la justicia social, bastaría para aportar un estado de salud que permitiese a las personas de todo el mundo llevar una vida satisfactoria y social y económicamente productiva.
2. ¿Cuál es la significación política de la Declaración de Alma-Ata? Basta con que los gobiernos la acepten con una pequeña parte del entusiasmo con que la adoptaron los participantes en la Conferencia para que se manifieste así su propósito de comprometerse políticamente a hacer realidad la atención primaria de salud y de actuar con espíritu de solidaridad internacional proponiéndose como objetivo el logro de la salud para todos en el año 2000. Será ésa la expresión de la prontitud con que están dispuestos a plantearse seriamente el problema del desnivel existente en el estado de salud de la población dentro de los países y entre unos países y otros, y a adoptar medidas concretas para reducir ese desnivel. Significará, pues, su consentimiento en asignar, como prioridad absoluta, los recursos de salud preferentemente a las capas sociales desfavorecidas. Indicará su deseo de planificar debidamente y llevar a efecto la atención primaria de salud en un esfuerzo coordinado del sector sanitario y de los sectores afines, con objeto de fomentar la salud a modo de contribución indispensable para mejorar la calidad de la vida del individuo, de la familia y de la colectividad y como parte del desarrollo socioeconómico general. Pondrá de relieve su voluntad de movilizar y educar a individuos, familias y colectividades para que se identifiquen plenamente con la atención primaria de salud, participen en su planeamiento y gestión y secunden su aplicación. Manifestará su intención de introducir las reformas necesarias para contar con técnicas y el personal idóneos y suficientes que permitan extender en los dos próximos decenios a la totalidad de los países respectivos la atención primaria de salud a un coste accesible. Será expresión de su firme voluntad de modificar radicalmente, si es necesario, el sistema asistencial existente de forma que sirva de apoyo a la atención primaria de salud. Testimoniará su empeño en dar las batallas políticas y técnicas necesarias para superar cualesquiera obstáculos sociales y económicos y la resistencia de los profesionales a la introducción universal de la atención primaria de salud.
3. Pero las actividades en el curso del año no quedaron reducidas a declaraciones políticas; fueron acompañadas de una acción política. Antes e inmediatamente después de la Conferencia de Alma-Ata se adoptaron las medidas necesarias para realzar la importancia del desarrollo sanitario en la política mundial. En la 31ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada el mes de mayo de 1978, se instó a los dirigentes políticos de todo el mundo a que hiciesen del objetivo consistente en alcanzar la salud para todos en el año 2000 la principal meta social de los gobiernos en el último cuarto del siglo XX. Esa iniciativa fue seguida de llamamientos dirigidos personalmente a esos mismos dirigentes. La respuesta fue alentadora y demostró la necesidad de perseverar en este esfuerzo de persuasión política en pro de la salud.
4. En las Regiones, este esfuerzo, al que se ha dado el nombre de lucha política en favor de la salud, fue asumido por los Comités Regionales. En distintos países, los ministros de salud intervinieron ante el jefe de Estado insistiendo en las oportunidades que brinda la salud como palanca para el desarrollo social y económico y como fermento de los esfuerzos por la paz.
5. Paralelamente a esta acción política, el Consejo Ejecutivo adoptó medidas prácticas para responder al llamamiento de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en favor de una urgente acción nacional e internacional. En la Declaración de Alma-Ata se pidió a todos los gobiernos que, como clave para alcanzar un nivel aceptable de salud para todos, formularan políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud integrada en un sistema nacional de salud completo y en

coordinación con otros sectores. El Consejo destacó las cuestiones esenciales y fijó los principios básicos para la formulación de estas estrategias. En la 32ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 1979, se examinará el documento preliminar del Consejo sobre esta materia.¹ El Consejo ha recomendado a la Asamblea que invite a los Estados Miembros a adoptar medidas urgentes, tanto individualmente para la formulación de políticas, estrategias y planes de acción nacionales, como colectivamente para la formulación de estrategias regionales y mundiales en apoyo de las estrategias y planes nacionales de acción.

6. Bajo la impresión de todos esos acontecimientos, es fácil que pase desapercibido que 1978 fue el primer año de vigencia del Sexto Programa General de Trabajo. Este Programa fue preparado colectivamente por los Estados Miembros de la OMS. Es evidente, aunque sólo sea por la precedente reseña de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, de sus antecedentes y de sus resultados, que los Estados Miembros están enfrentándose resueltamente y mediante una acción colectiva con los grandes problemas de salud relacionados en el Sexto Programa General para 1978-1983. La medida en que cada Estado Miembro se está sirviendo de este Programa, aprobado por decisión colectiva, no queda tan claro, tanto en lo que respecta al desarrollo sanitario en los países mismos de conformidad con los principios y objetivos del Sexto Programa General, como a la cooperación técnica entre ellos y la OMS para la ejecución del Programa.

7. Es oportuno pasar revista a los grandes sectores del Sexto Programa General de Trabajo haciendo especialmente referencia a las medidas correspondientes adoptadas por los órganos deliberantes de la Organización, ya que los debates y resoluciones de los Comités Regionales, del Consejo Ejecutivo y de la Asamblea Mundial de la Salud han reflejado algunas de las tendencias más importantes que se han manifestado en el curso del año. Este es, pues, el criterio seguido a lo largo del informe.

8. La experiencia adquirida con la transposición del Sexto Programa General en programas a medio plazo más detallados, actividad en la que se ha volcado la Secretaría en 1978, indica la necesidad de conocer mejor de qué modo los Estados Miembros pueden aprovechar el Programa como marco de colaboración para el logro de los objetivos comunes que ellos mismos han fijado en los Comités Regionales y en la Asamblea Mundial de la Salud. No se trata aquí de reprochar nada a la Secretaría o a los Estados Miembros, sino de señalar a la atención de aquélla y de éstos la necesidad de que los Estados Miembros participen plenamente en la ejecución del Programa durante su periodo de vigencia en un grado no menor al que participaron en su preparación. Los Estados Miembros intervinieron en la preparación de programas a medio plazo de salud mental y de formación y perfeccionamiento del personal de salud basados en el Sexto Programa General de Trabajo. Estos programas fueron revisados en 1978 por el Consejo Ejecutivo y por la Asamblea de la Salud. Con todo, no consta con seguridad en qué medida influirán para modificar las prácticas existentes. ¿Adoptarán los Estados Miembros medidas eficaces para aplicar los aspectos sociales y de salud pública del programa de salud mental, que exige la integración de las actividades correspondientes en todos los niveles del sistema asistencial, en vez de restringirlas a la psiquiatría institucional de base hospitalaria? ¿Adoptarán medidas prácticas para planificar y formar los recursos de personal de salud en función de las necesidades de sus servicios? En último término, la utilidad de estos programas a plazo medio dependerá de la respuesta afirmativa a estas preguntas.

9. Se ha aludido antes a las medidas adoptadas en relación con la atención primaria de salud como parte de un sistema de salud completo. Una característica esencial de esa atención, que fue examinada por el Consejo Ejecutivo, la Asamblea de la Salud y los Comités Regionales, es el empleo de una tecnología apropiada para la salud. Esta supone técnicas que reposen en bases científicas sólidas, que estén adaptadas a las necesidades locales, sean aceptables para la comunidad, estén en lo posible a cargo de la población local con arreglo al principio de la autorresponsabilidad y sean susceptibles de aplicación con los recursos de que disponga la comunidad y el país. Además, esta tecnología se ha de aplicar en programas precisos, cuya ejecución esté encomendada a un sistema nacional de salud basado en la atención primaria y en el apoyo prestado por los demás niveles del sistema. Tal vez se ha dado a ese término una acepción demasiado estrecha, que hace pensar en un interés excesivo por las máquinas y artefactos. Conviene recordar que la labor de la OMS está principalmente relacionada con la elaboración o aplicación de una tecnología apropiada para la salud. En el cuerpo del informe se dan ejemplos ilustrativos de esta cuestión.

¹ Documento A32/8.

10. Las investigaciones biomédicas y sobre servicios de salud constituyen, entre otras cosas, uno de los medios más importantes para elaborar y aplicar una tecnología apropiada para la salud. En 1978 se ampliaron e intensificaron notablemente los esfuerzos desplegados por la Organización con el fin de fomentar y desarrollar la investigación sanitaria, como quedó especialmente de manifiesto en los trabajos de los comités consultivos regionales de investigaciones médicas, del Comité Consultivo Mundial y de los órganos deliberantes. Estos progresos responden a la mayor participación de los Estados Miembros y de la comunidad científica mundial en la solución de los problemas de salud pública mediante una acción concertada. Por ejemplo, los comités consultivos regionales de investigaciones médicas establecieron las prioridades regionales en materia de investigación sanitaria y el Comité Consultivo Mundial, en estrecha colaboración con los comités consultivos regionales, se ocupó de fijar las grandes orientaciones en asuntos de trascendencia mundial como las investigaciones sobre servicios de salud, los aspectos éticos de la investigación, la gestión de las investigaciones y la difusión de la información científica. El Comité asumió una función coordinadora mundial en materia de investigaciones sobre enfermedades diarreicas con el fin de que estas actividades se respalden mutuamente en todo el mundo y sus resultados se apliquen prontamente donde sea necesario.

11. El Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales hizo rápidos progresos y la OMS allegó para él abundantes fondos extrapresupuestarios. Se ha conseguido ahora que estos fondos sirvan efectivamente a la doble finalidad del Programa: resolver importantes problemas de salud dentro de lo posible en los mismos países afectados, con el pleno apoyo de los países que disponen de mayores recursos para esas investigaciones, y reforzar así la infraestructura de las investigaciones sanitarias en esos mismos países en desarrollo hasta que éstos dispongan de medios propios para practicar las investigaciones necesarias para resolver los nuevos problemas de salud que se les presenten.

12. Al Programa Especial de Investigaciones y Desarrollo, y de Formación de Investigadores en Reproducción Humana siguieron afluyendo cuantiosos fondos extrapresupuestarios. Las observaciones formuladas en los párrafos 6 y 7 sobre la utilización por los países del Sexto Programa General de Trabajo son también aplicables a este Programa Especial. Numerosas instituciones nacionales participan actualmente en este Programa y los gobiernos pueden beneficiarse grandemente vinculando, por prudencia política y por interés social, las investigaciones en este sector con sus políticas nacionales de salud de la familia. En los órganos deliberantes de la Organización se ha señalado con intención crítica que no se ha hecho lo suficiente para indagar por qué motivos no se aplican adecuadamente los métodos existentes de regulación de la fecundidad. Si tal es la opinión de ciertos Estados Miembros, tal vez ellos podrían por su parte hacer más para que las investigaciones realizadas en el propio país con fondos del Programa OMS de Investigaciones sobre Reproducción Humana respondan a las necesidades por ellos mismos reconocidas en materia de salud de la familia. Esto redundaría en su propio beneficio y además podría servir de ejemplo a otros.

13. En 1978, la Organización desplegó gran actividad explorando los medios aplicables para que la población pueda disponer en todas partes de los medicamentos esenciales. Testimonio de esta vigorosa acción son las Discusiones Técnicas habidas en la 31ª Asamblea Mundial de la Salud, la subsiguiente resolución de la Asamblea de la Salud que inició el programa de actividades en relación con los medicamentos esenciales, y las resoluciones adoptadas por diversos Comités Regionales. Pero la existencia de una breve lista internacional común de medicamentos esenciales y el establecimiento por los gobiernos de listas nacionales correspondientes no bastarán para que la población tenga a mano esos medicamentos. La ciencia y la tecnología han de ir acompañadas de medidas políticas, industriales, comerciales, educativas, legislativas y jurídicas. Algunas de estas medidas han sido adoptadas por los países no alineados, en el marco de su Programa de Acción para el Desarrollo Económico, especialmente mediante la cooperación entre países en desarrollo. También participan la UNCTAD, la ONUDI y el UNICEF. Sin embargo, no hay en marcha una campaña debidamente coordinada, sin la cual será imposible superar todos los obstáculos. Para concertar acuerdos sobre la selección de países idóneos para la producción de medicamentos y vacunas y para la inspección de la calidad será preciso recurrir en mayor medida a los servicios de información de la OMS, principalmente por intermedio de sus Comités Regionales. Para que las Regiones se hagan autosuficientes en materia de medicamentos y vacunas esenciales habrá que resolver los problemas que plantean los intereses comerciales o las cuestiones de prestigio nacional.

14. No es menos urgente reducir la disparidad entre las decisiones y las medidas efectivas de lucha antipalúdica. En mayo de 1978, la Asamblea de la Salud lamentó que siguiesen sin aplicarse debidamente la mayoría de las recomendaciones por ella formuladas en 1969. Reiteró su confianza en una combinación de medidas políticas, sociales, económicas y técnicas que no se limite al rociamiento de insecticidas de acción residual. La Asamblea de la Salud encareció la importancia de que cada país seleccione juiciosamente la combinación de métodos más adaptada a su situación epidemiológica y socioeconómica. Diversos comités regionales manifestaron su apoyo a la nueva estrategia de lucha antipalúdica. En la Región de las Américas, la Conferencia Sanitaria Panamericana, fiel a sus viejas ideas, reafirmó que la meta del Programa Antipalúdico Regional es la erradicación. La OMS, en respuesta a la petición de la Asamblea de la Salud de que haga un estudio sobre las estructuras funcionales de la Organización por lo que respecta al paludismo, ha establecido un programa de actividades antipalúdicas para emprender una acción eficaz encaminada a dominar rápidamente esta enfermedad. Las distinciones semánticas entre la lucha y la erradicación no deben oscurecer el problema. Lo importante es que se aplique con cordura y energía el criterio flexible y pluridimensional adoptado por la Asamblea de la Salud. No debe repetirse la indecisión acerca de los objetivos y los medios para alcanzarlos que caracterizó el Programa entre 1969 y 1978.

15. La meta del Programa de Erradicación de la Viruela es la erradicación, pero la sola experiencia de la lucha antivariólica no permite obtener conclusiones generales sobre la posibilidad de erradicar otras enfermedades. Los factores que intervienen en la propagación de la viruela son completamente diferentes de los que intervienen en la mayoría de las demás enfermedades transmisibles de importancia para la salud pública. La vigilancia, la contención y la vacunación demostraron ser medidas que, pese a su complejidad, podían ser aplicadas por los servicios de salud, a condición de que las colectividades colaborasen adecuadamente. No sucede así con muchas otras enfermedades transmisibles, en especial con las parasitarias, cuya génesis, propagación y eliminación dependen de multitud de factores ambientales y socioeconómicos. Es muy alentador observar que en 1978 no se registró ningún caso de viruela endémica. Un brote aislado que se originó en un laboratorio fue reprimido rápidamente. No obstante, este brote destaca la necesidad de una autodisciplina nacional e internacional para que, como acordaron la Asamblea de la Salud y el Consejo Ejecutivo, el número de laboratorios que conserven virus variólico quede reducido a un grupo restringido de centros colaboradores de la OMS.

16. Sin sensacionales promesas de erradicación, el Programa Ampliado de Inmunización se propone inmunizar a todos los niños del mundo para el año 1990. El Programa avanza con regularidad y realismo. Las campañas circunscritas en el tiempo son atractivas, pero acarrear en último término una frustración. Para una eficacia duradera, no cabe otra solución que la de seguir adelante con tenacidad, utilizando las mejores vacunas disponibles, aplicándolas por conducto de los servicios de atención primaria de salud, capacitando gradualmente al personal administrativo y de operaciones necesario y, simultáneamente, practicando las investigaciones requeridas para mejorar las vacunas y el material frigorífico imprescindible para conservarlas y transportarlas.

17. No existen vacunas eficaces contra la mayoría de las enfermedades diarreicas. La lucha contra estas enfermedades dependen en último término de que se mejoren las condiciones ambientales y socioeconómicas. Con todo, la rehidratación oral constituye un método sencillo y eficaz para salvar a un coste reducido la vida de los niños pequeños. Su utilización forma parte de la gran campaña contra las enfermedades diarreicas lanzada por la 31ª Asamblea Mundial de la Salud y a la que se han sumado diversos Comités Regionales en 1978. Otro elemento esencial es la investigación, actividad que se está desarrollando con entusiasmo. Procede, sin embargo, hacer una advertencia a este respecto, ya que la investigación no debe quedar en un plano excesivamente académico y debe prestar suficiente atención a la lucha contra los factores que permiten la propagación de la diarrea, es decir, los factores intermedios entre los organismos causantes y los agentes físicos, por una parte, y los individuos afectados por otra.

18. Las enfermedades diarreicas en los niños están íntimamente relacionadas con su estado de nutrición. La cuestión de la malnutrición fue nuevamente debatida por la 31ª Asamblea Mundial de la Salud, que una vez más adoptó una resolución sobre el particular. En esta resolución se reiteró la importancia de la lactancia natural y de la utilización máxima de alimentos aceptables y disponibles localmente en la alimentación de los niños de corta edad. Pero persiste el

desasosiego de que aún le queda mucho por hacer a la Organización, y también al sector mismo de la salud, hasta que encuentren el puesto que les corresponde en la acción multisectorial en torno a las políticas y planes nacionales e internacionales de alimentación y nutrición. Falta aún información válida sobre los elementos dietéticos fundamentales necesarios según el medio en que se vive, la edad y la ocupación. Con frecuencia se da excesivo crédito a las ideas tradicionales, sea por inercia o ante el crecimiento constante de la industria alimentaria en los países desarrollados.

19. La situación es más clara en lo que respecta al agua y el saneamiento. Se ha acabado por admitir que el suministro de agua potable y el saneamiento son preocupación legítima del sector sanitario y en particular, gracias a los esfuerzos de la OMS, que el suministro de agua salubre y el saneamiento básico son elementos fundamentales de la atención primaria de salud. La Asamblea de la Salud configuró en mayo de 1978 la función que incumbe a la OMS y a cada uno de sus Estados Miembros en relación con el Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental. La responsabilidad del suministro de agua tiene en la mayoría de los países carácter multisectorial, lo que se refleja internacionalmente en el establecimiento de un mecanismo multisectorial para coordinar en dicho sector los esfuerzos de las Naciones Unidas, el UNICEF, el PNUD, la OIT, la FAO, la OMS y el Banco Mundial. La OMS fue designada organismo de servicio para el comité director de este mecanismo de coordinación. A la primera reunión consultiva, celebrada en noviembre de 1978, asistieron representantes de otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, de entidades bilaterales, de organizaciones intergubernamentales y de bancos de desarrollo. Hay, pues, alentadores indicios de que los gobiernos, las organizaciones internacionales y las entidades bilaterales están empezando a proponerse con la debida determinación el logro de la meta aprobada en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Agua de proveer a todos de agua potable y saneamiento para el año 1990.

20. A la vez que ha prestado la máxima atención a las necesidades de los países en desarrollo por lo que respecta a un saneamiento ambiental básico, la Organización no ha desatendido las demás responsabilidades que le incumben en la protección del medio humano. Así pues, la 31ª Asamblea Mundial de la Salud ha encarecido una vez más la importancia de evaluar los efectos de las sustancias químicas sobre la salud. En el curso del año se dieron los primeros pasos para establecer un programa internacional con esta finalidad, en el que la OMS servirá de centro de planificación y coordinación para una red de instituciones nacionales cooperadoras, así como para otras organizaciones internacionales interesadas.

21. El rasgo más destacado de las actividades desarrolladas durante el año fue la cooperación. El Consejo Ejecutivo, la Asamblea de la Salud y los Comités Regionales para África, las Américas, Asia Sudoriental, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental adoptaron resoluciones encaminadas a reforzar la cooperación técnica entre los países en desarrollo para fomentar la salud, en particular el establecimiento de mecanismos regionales e interregionales que permitan extender y fortalecer esa cooperación. La cooperación técnica entre los países en desarrollo en el sector de la salud será el tema de las Discusiones Técnicas que se celebrarán durante la 32ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1979. La OMS se encuentra en una situación delicada. Extremar su actividad equivaldría a negar el principio de la cooperación técnica entre los países en desarrollo para cuestiones de salud; quedarse a la zaga podría poner en peligro la aplicación inmediata y generalizada de ese principio. Sólo la acción individual y colectiva de los mismos Estados Miembros puede resolver este dilema. Sólo ellos pueden decidir cómo y en qué medida desearían que la OMS catalice y secunde sus esfuerzos de cooperación en pro de la salud.

22. El mismo dilema existe en lo que respecta a los métodos de gestión del desarrollo sanitario nacional que la OMS ha seguido apoyando en 1978. La programación sanitaria por países debe mantener su carácter nacional para que conserve su peso político. Al mismo tiempo incumbe a la OMS poner a la disposición de los Estados Miembros métodos idóneos de planificación, programación, preparación de presupuestos y evaluación, y ofrecer información para los programas y servicios sanitarios de los países. La Asamblea de la Salud insistió en que la OMS elabore y aplique estos métodos de forma más integrada de lo que se ha solido hacer en el pasado. Pero a fin de cuentas, la utilización de estos métodos, como parte integrante del proceso de desarrollo sanitario, dependerá del modo como los apliquen los Estados Miembros. Si es verdad

que un número creciente de países han introducido la programación sanitaria por países, ninguno o muy pocos han creado los mecanismos permanentes indispensables para dar al proceso la continuidad necesaria, sobre todo para la formulación de estrategias idóneas con el fin de alcanzar un nivel aceptable de salud para todos en el año 2000.

23. Las observaciones antes formuladas sobre la CTPD y sobre la programación sanitaria por países ponen de relieve las delicadas relaciones existentes entre los distintos Estados Miembros por una parte y por otra la OMS como cauce de la acción colectiva de aquéllos: Sobre ésta y muchas otras cuestiones conexas se ha reflexionado a fondo en 1978, cuando la Organización estaba buscando el modo de mejorar sus métodos de trabajo para satisfacer las nuevas necesidades expresadas por sus Estados Miembros. Esta era la situación cuando la 31^a Asamblea Mundial de la Salud, al examinar el estudio orgánico del Consejo Ejecutivo sobre la función de la OMS en el plano nacional, y en particular la función de los representantes de la OMS, pidió al Director General que reexaminase las estructuras de la Organización por cuanto respecta a las funciones de ésta. Todos los Comités Regionales han adoptado en sus reuniones de 1978 las medidas apropiadas para emprender el estudio, y las cuestiones planteadas están siendo examinadas por los Estados Miembros. Se han adoptado las disposiciones pertinentes para mejorar el funcionamiento de la Organización sin esperar a los resultados del estudio. Así, por ejemplo, el Comité Regional para Africa ha adoptado medidas para reforzar su capacidad de acción y perfeccionar sus métodos de trabajo; en la Región del Mediterráneo Oriental se ha establecido un Comité Consultivo Regional encargado de asesorar al Director Regional sobre la política y la estrategia que han de seguirse para intensificar la cooperación técnica con los países de la Región en la preparación del presupuesto regional por programas y en la obtención de recursos extrapresupuestarios.

24. Como se observará, 1978 ha sido un año de intenso trabajo para la OMS, cuyas actividades han ido desde el estudio de asuntos de política general que influirán en la salud de toda la población mundial en los dos próximos decenios hasta el examen de sus propias funciones y de los procedimientos y estructuras indispensables para desempeñarlas. El informe que viene a continuación es una ilustración resumida de esas actividades.

Políticas para la salud

25. El año 1978 fue testigo de una continuación del animado diálogo iniciado en los últimos años en los órganos deliberantes de la Organización; en el calor de ese diálogo se forjan las políticas que la OMS y sus países Miembros aplican con el fin de elevar el grado de salud de las poblaciones del mundo.

26. Es motivo de satisfacción y estímulo considerables el hecho de que actualmente los órganos deliberantes participen cada vez más en el debate y la exploración de las posibilidades de acción sanitaria en los países y en los planos regional y mundial y expresen su parecer francamente y sin ambages. Los debates sobre políticas sanitarias no siempre son fáciles e incluso resultan a veces ásperos, dado que con frecuencia las soluciones posibles para un determinado problema sanitario son múltiples y difieren los puntos de vista acerca de la solución óptima. Lo que importa es llegar finalmente a un consenso, y que todos los interesados se comprometan a acatar las decisiones tomadas para que la Organización y sus Estados Miembros puedan desplegar una acción concertada y coherente en el frente de la salud.

27. En 1978 los órganos deliberantes debatieron una gran diversidad de temas sanitarios. En las correspondientes secciones del presente informe se da información sobre algunos de esos debates y sobre las decisiones adoptadas. A modo de ilustración de las importantes decisiones de política que fueron tomadas, se enumeran algunos de los temas debatidos por la Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo Ejecutivo (Cuadro 1) y algunas de las principales cuestiones debatidas por los comités regionales (Cuadro 2).

CUADRO 1. ALGUNOS TEMAS IMPORTANTES DEBATIDOS POR EL CONSEJO EJECUTIVO Y LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD EN 1978

Tema	Resolución del Consejo Ejecutivo (enero)	Resolución de la Asamblea de la Salud (mayo)
Estudio orgánico sobre la función de la OMS en el plano nacional, y en particular la función de los representantes de la OMS	EB61.R34	WHA31.27
Vigilancia de la aplicación de la política y la estrategia del presupuesto por programas	EB61.R6	WHA31.31
Cooperación técnica entre países en desarrollo	-	WHA31.41
Tecnología apropiada para la salud	EB61.R31	WHA31.34
Plantas medicinales	-	WHA31.33
Nutrición	EB61.R33	WHA31.47
Investigaciones sobre reproducción humana	-	WHA31.37
Salud mental	EB61.R28	WHA31.21
Medicamentos esenciales	EB61.R17	WHA31.32
Estrategia de la lucha antipalúdica	-	WHA31.45
Lucha contra las enfermedades diarreicas	-	WHA31.44
Erradicación de la viruela	EB61.R10	WHA31.54
Programa Ampliado de Inmunización	-	WHA31.53
Riesgos del tabaco para la salud	-	WHA31.56
Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Agua	-	WHA31.40
Efectos de las sustancias químicas sobre la salud	-	WHA31.28
Formación y perfeccionamiento del personal de salud	EB61.R27	WHA31.36
Investigaciones biomédicas y sobre servicios de salud	EB61.R36	WHA31.35
Procesos de gestión para el desarrollo sanitario	EB61.R24, EB61.R25, EB61.R26, EB61.R32	WHA31.43 (WHA31.10, WHA31.11, WHA31.12, WHA31.20)

CUADRO 2. PRINCIPALES CUESTIONES DEBATIDAS POR LOS COMITES REGIONALES EN 1978

Comité Regional para Africa

Vigilancia de la aplicación de la política y la estrategia del presupuesto por programas
Examen del método de trabajo del Comité Regional y fortalecimiento de su función como foro principal para definir políticas del programa que aseguren el desarrollo sanitario
Reajuste de los límites de la Región con los de la Organización de la Unidad Africana
Introducción del portugués como idioma de trabajo
Cooperación técnica entre los países en desarrollo
Política y gestión farmacéuticas
Política social y desarrollo sanitario en Africa^a

Comité Regional para las Américas

Atención primaria de salud
Cooperación técnica entre los países en desarrollo
Actividades antipalúdicas
Lucha contra la fiebre amarilla
Lucha contra la fiebre aftosa y las zoonosis
Obstáculos socioculturales a la prestación de asistencia sanitaria
Ampliación de los servicios de salud
Repercusión de los medicamentos en los costos de salud: problemas nacionales e internacionales^a

Comité Regional para Asia Sudoriental

Atención primaria de salud
Medicina tradicional
Actividades antipalúdicas
Información sanitaria
Formación y perfeccionamiento del personal de salud
Carta del Desarrollo Sanitario
Estructuras de la OMS habida cuenta de sus funciones
Cooperación técnica entre los países en desarrollo
Programa Ampliado de Inmunización^a

Comité Regional para Europa

Atención primaria de salud
Programa regional sobre el cáncer
Nuevos sectores que requieren desarrollo: paludismo, salud del niño, riesgos suscitados por las sustancias químicas presentes en el medio
Investigaciones sobre servicios de salud
Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales
Investigaciones sobre las enfermedades reumáticas y lucha contra éstas^a

Subcomité A del Comité Regional para el Mediterráneo Oriental

Estructuras de la OMS habida cuenta de sus funciones
Integración de los servicios de salud y la formación de personal
Medicamentos esenciales
Participación de compañías multinacionales en la planificación, el diseño y la administración de instalaciones de salud
Lucha contra el cólera y las enfermedades diarreicas
Prevención de la ceguera
Cooperación técnica entre los países en desarrollo
Salud de los trabajadores
Tecnología apropiada para la salud
Situación actual de la salud de los niños en la Región^a

Comité Regional para el Pacífico Occidental

Formación y perfeccionamiento del personal de salud en relación con la atención primaria de salud
Estructuras de la OMS habida cuenta de sus funciones
Cooperación técnica entre los países en desarrollo
Fomento y desarrollo de las investigaciones
Actividades antipalúdicas
Salud de los trabajadores
Enfermedades diarreicas^a

^a Temas de las Discusiones Técnicas celebradas durante las reuniones de los Comités Regionales.

La lucha política en favor de la salud

28. En 1978 se inició la después llamada "lucha política en favor de la salud". A raíz de la adopción por la Asamblea Mundial de la Salud de las resoluciones WHA29.48 en 1976 y WHA30.43 en 1977 sobre los principios que rigen la cooperación técnica con los países en desarrollo, se comprendió mejor que el logro de la salud no depende sólo de la técnica sino que requiere el apoyo nacional e internacional, así como la acción de los órganos políticos. Ese concepto quedó reflejado en el discurso de apertura del Director General de la OMS a la 31^a Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 1978, en el que aquél señaló que la política sanitaria debe ser formulada y aplicada en consulta con otros sectores del gobierno y de la sociedad, teniendo en cuenta los factores sociales, económicos y políticos, y los factores técnicos y administrativos.

29. El Director General escribió después a varias personalidades de la política mundial, instándoles a adoptar la meta de la salud para todos en el año 2000, establecida por la Organización como la meta social mundial para el final del siglo XX. En vista de la reacción favorable, la OMS sigue desplegando esfuerzos para conseguir que se tenga debidamente en cuenta la salud siempre que se debata la política de desarrollo general en el plano nacional o internacional. No bastan las aportaciones técnicas y de gestión: hacen falta, además, convicción y voluntad políticas.

30. El tema fue objeto de principal atención en todas las Regiones de la OMS en el curso del año; mencionamos a continuación tres de estas Regiones a modo de ejemplo de la forma en que fue tratado dicho tema en el plano regional. El Comité Regional de la OMS para Africa, por ejemplo, subrayó la importancia de las actividades de salud en los esfuerzos por alcanzar una mayor justicia social para los menos privilegiados y adoptó medidas encaminadas a fortalecer su función como foro principal en Africa para la definición de las políticas de desarrollo sanitario. El Comité Regional también encareció a los gobiernos de los Estados Miembros que aumenten sus presupuestos nacionales de salud e hizo un llamamiento a la Organización de la Unidad Africana para que adopte la política social de la salud para todos. El Director Regional participó en la reunión de máximo nivel celebrada en Kartum por la Organización de la Unidad Africana, y la OMS fue invitada a presentar anualmente un documento sobre la situación en esa reunión en la cumbre. Se mantuvo además estrecha cooperación con los movimientos de liberación nacional reconocidos por la Organización de la Unidad Africana.

31. En diciembre, el Director Regional para Asia Sudoriental entabló contactos, en nombre de su propia Región y de la Región del Pacífico Occidental, con la Asociación de Naciones de Asia Sudoriental con el fin de explorar la posibilidad de estrechar la cooperación en el sector de la salud entre los miembros de la Asociación y la OMS, con miras a coordinar mejor los programas de la Organización y los de la Asociación.

32. En la Región de Europa, se formalizaron en 1978 las relaciones entre la OMS y el Consejo de Asistencia Económica Mútua mediante un intercambio de correspondencia. Representantes del CAEM asistieron a las reuniones sobre recursos extrapresupuestarios para salud, celebradas en Ginebra en el mes de noviembre, y al mismo tiempo se celebraron discusiones sobre medidas que cabría adoptar para mejorar la colaboración. En adelante se invitará al CAEM a inviar representantes a la Asamblea Mundial de la Salud y a las reuniones del Consejo Ejecutivo, así como a otras reuniones de interés.

Modificaciones en el funcionamiento de la OMS

33. Para que la OMS pueda desempeñar debidamente sus múltiples funciones, es preciso que su maquinaria funcione con el mínimo de fricciones y la máxima eficiencia. Por esta razón, la estructura de la Organización ha sido objeto en los últimos años de un detenido examen con miras a determinar las modificaciones necesarias. Durante 1978, los órganos deliberantes prosiguieron este examen de las diversas cuestiones orgánicas, dentro del proceso de simplificación de la estructura de la OMS que ha de permitirle contribuir plenamente a la promoción de la salud mundial.

34. En enero de 1978, el Consejo Ejecutivo examinó un informe de su estudio orgánico sobre la función de la OMS en el plano nacional, y en particular la función de los representantes de

la OMS,¹ y con esta ocasión insistió particularmente en la flexibilidad como elemento esencial. El Consejo reconoció la necesidad de reforzar las funciones técnicas y de gestión de los representantes de la OMS, señaló la función que incumbe a la OMS en la promoción del nuevo tipo de adiestramiento del personal de salud recomendado en el estudio, y recomendó que el título de representante de la OMS se cambiara por el de coordinador de programas de la OMS. Se hizo notar la conveniencia de que las autoridades nacionales intensifiquen su participación en las actividades de la OMS y se invitó a los comités regionales a considerar a fondo las repercusiones del estudio.

35. Cuando la Asamblea de la Salud examinó ese estudio, aceptó el cambio de título recomendado por el Consejo Ejecutivo y aprobó las demás observaciones, conclusiones y recomendaciones del estudio, sobre todo por lo que respecta a la función que ha de asumir la OMS para promover la autorresponsabilidad nacional en cuestiones de salud, recurriendo en particular a la cooperación técnica con los países en la planificación, la programación, la ejecución y la evaluación de sus programas sanitarios.

36. La Asamblea instó a los Estados Miembros a que aumentaran su participación en las actividades de la OMS y en la formulación y la aplicación de las políticas de la Organización. Se pidió al Director General que reforzara las competencias técnicas y de gestión de los coordinadores del programa de la OMS y que modificara en consecuencia su estatuto y sus funciones. También se recomendó que se siguiera recurriendo experimentalmente al establecimiento de comités nacionales de coordinación y al empleo de miembros del personal nacional como coordinadores del programa de la OMS.

37. Finalmente, la Asamblea pidió al Director General que reexaminara las estructuras de la Organización por cuanto respecta a las funciones de ésta, según se recomendaba en el estudio, para conseguir que las actividades ejecutadas en todos los niveles operativos contribuyan a una acción integrada. La cuestión crucial que es preciso plantearse es de qué manera y en qué medida los gobiernos necesitan a la OMS, y qué clase de OMS desean. Durante 1978, todos los Comités Regionales establecieron grupos o subcomités especiales para ejecutar el estudio en las Regiones juntamente con los Directores Regionales.

38. Se celebraron durante el año tres reuniones del Grupo de Trabajo establecido por el Consejo Ejecutivo para ocuparse de su estudio orgánico sobre "Cuadros y comités de expertos y centros colaboradores, y función que desempeñan para atender las necesidades de la OMS en materia de asesoramiento y en la ejecución de las actividades técnicas de la Organización". El Grupo de Trabajo sostuvo entrevistas con personal directivo de la Secretaría, y algunos miembros del Grupo visitaron centros colaboradores de la OMS y asistieron a reuniones del comité consultivo mundial y de dos de los comités consultivos regionales de investigaciones médicas. El Grupo estimó necesario tener en cuenta el total de las necesidades de la OMS en materia de expertos, y los medios para atender esas necesidades. Se efectuó un análisis de los diferentes mecanismos de la OMS para la consulta de expertos y la participación de éstos. A fines de año, el Grupo de Trabajo había preparado un informe provisional, pero se había comprobado ya que el estudio, de importancia fundamental para la Organización, requeriría más tiempo del previsto en un principio, por lo que se decidió prolongarlo un año más.

39. Las conclusiones del estudio orgánico mencionado influirán, entre otras cosas, en el criterio que se adopte en lo por venir en cuanto a la coordinación y la dirección de las actividades de investigación de la OMS. En enero, el Consejo Ejecutivo examinó un informe del Director General sobre fomento y coordinación de las investigaciones biomédicas y sobre servicios de salud.² El Consejo aprobó la mayor participación del comité consultivo mundial y de los comités consultivos regionales de investigaciones médicas, la noción de programas especiales de investigaciones y enseñanzas orientados a la acción práctica, y la promoción de las investigaciones sobre servicios de salud en el contexto de las prioridades regionales y nacionales.

¹ OMS, Actas Oficiales, N^o 244, 1978, Anexo 7.

² Documento A31/15.

40. Cuando el informe del Director General sobre investigaciones biomédicas y sobre servicios de salud fue presentado en mayo a la Asamblea de la Salud, se señaló que las actividades de investigación desempeñaban un papel cada vez más importante, sobre todo en los países y en el plano regional. Como resultado de la actividad de los comités consultivos regionales de investigaciones médicas, la intensidad con que las regiones han ampliado sus actividades de investigación está en perfecta consonancia con la importancia que se reconoce a la cooperación técnica con y entre los países en desarrollo para la promoción de los programas sanitarios de interés social. En los últimos años se ha registrado un aumento considerable de los fondos para la investigación, gracias a las contribuciones de unos veinte Estados Miembros al Fondo de Donativos para el Fomento de la Salud, principalmente con destino a los programas especiales sobre reproducción humana y enfermedades tropicales.

41. La Asamblea de la Salud pidió al Director General que siguiera desarrollando las actividades a largo plazo de la Organización en materia de coordinación y promoción de investigaciones, en especial fomentando la cooperación técnica entre los centros de investigación de los Estados Miembros y entre esos centros y la OMS, y fortaleciendo la capacidad de investigación de los Estados Miembros, a los que se exhortaba a colaborar entre sí y con la OMS en todos los aspectos mencionados.

42. En noviembre, el Comité del Programa establecido por el Consejo Ejecutivo examinó un informe del Director General sobre el mismo tema, presentado de conformidad con las instrucciones de la Asamblea de la Salud. En el informe se trazaba la evolución histórica de las investigaciones en la OMS y se destacaban los principios básicos, las tendencias actuales y los métodos de gestión. El Comité señaló la importancia de vincular la investigación fundamental y la aplicada y la necesidad de integrar las actividades de investigación de la OMS en un todo coherente. El Comité dedicó particular atención al fortalecimiento de la capacidad nacional de investigación para el logro de los objetivos de los programas. A juicio del Comité, en ese sector es fundamental elaborar y desarrollar un plan de investigaciones a largo plazo.

Política y estrategia del presupuesto por programas

43. En 1978 los órganos deliberantes no se limitaron, por supuesto, a examinar la estructura de los mecanismos de la OMS, sino que estudiaron además el modo de funcionamiento de esos mecanismos, es decir, la forma en que se utilizan para alcanzar los objetivos de la Organización.

44. En noviembre, el Comité del Programa establecido por el Consejo Ejecutivo estudió un informe del Director General sobre vigilancia de la aplicación de la política y la estrategia del presupuesto por programas. El informe aportaba datos actualizados sobre la marcha y los progresos de la reorientación de las actividades de la OMS hacia una cooperación técnica más estrecha y de mayor importancia social con los países en desarrollo y entre estos países. Como indicación de los progresos realizados, el informe contenía ejemplos escogidos en distintos programas y trataba además de la vigilancia de la aplicación de las disposiciones presupuestarias y financieras.

45. El Comité del Programa tomó nota de que en los seis Comités Regionales se habían iniciado debates sobre mecanismos para hacer más eficaz la cooperación técnica, y de que se habían establecido cuadros de expertos nacionales encargados de formular estrategias para una cooperación técnica más eficaz, no sólo entre países en desarrollo sino también entre países desarrollados y en desarrollo.

46. El Comité del Programa tuvo en cuenta la resolución WHA30.30 de la Asamblea de la Salud, adoptada en 1977, sobre política del presupuesto por programas, que iba mucho más allá de la asignación de un 60% al plano de los países propuesta en la resolución WHA29.48, e indicó varios medios para que la Organización pueda hacer más eficaz la cooperación técnica con los países en desarrollo, a saber: el fomento de las cartas regionales de salud; la mayor utilización de cuadros regionales de expertos, comités consultivos regionales de investigaciones médicas y centros regionales para la formación de investigadores y el fomento de las investigaciones; el establecimiento de consejos sanitarios nacionales; la mayor participación de personal nacional en las actividades de la OMS; los procesos de desarrollo del programa para su empleo en el plano de los países, y en particular la programación sanitaria por países; y un empleo más racional de los fondos extrapresupuestarios.

47. Las cartas regionales de salud son un medio para conseguir que la salud sea reconocida en el plano del gobierno como parte importante de las políticas nacionales y regionales de desarrollo. En marzo, los representantes de nueve países de la Región de Asia Sudoriental terminaron la redacción del proyecto de una Carta para el Desarrollo de la Salud, que tiene por objeto acelerar el mejoramiento de la situación sanitaria en la Región contribuyendo a conseguir que se asigne a estos fines una parte equitativa de los recursos nacionales e internacionales. En la Carta, a la que dio gran impulso político una resolución del Comité Regional para Asia Sudoriental, se reconoce que la salud es un derecho fundamental del hombre. Los gobiernos que se adhieren a la Carta reconocen su deber de conseguir para su población el grado más elevado de salud que sus recursos permitan. La Carta declara que la salud es un medio para el desarrollo socioeconómico y al mismo tiempo uno de sus objetivos, y que las máximas prioridades son los sectores de la atención primaria de salud, formación de personal, abastecimiento de agua potable y saneamiento, salud de la madre y el niño, lucha contra las enfermedades transmisibles y nutrición.

48. Un aspecto importante de la Carta regional de salud es la definición de una política sanitaria intersectorial y la creación de un consejo nacional o comité coordinador de salud es una forma análoga de definir la política a nivel nacional. En 1978 se estableció en Filipinas un mecanismo intersectorial de índole particular cuando mediante un acuerdo, firmado en septiembre entre la OMS y el Gobierno, se creó el Comité Filipinas/OMS para la Coordinación del Desarrollo de la Salud. El Comité se encargará de prestar ayuda al Gobierno y a la OMS en todos los aspectos de la planificación, la coordinación, la aplicación y la evaluación de la colaboración entre los organismos nacionales y la OMS, y desempeñará así varias de las funciones propias de un coordinador de programas de la OMS,¹ que no existe en las Filipinas. Componen el Comité un Presidente, que representa al Ministerio de Salud, y representantes de las autoridades nacionales de economía y desarrollo de otros tres ministerios, de la Universidad de las Filipinas y de la OMS. El Comité se ocupará de la planificación sanitaria nacional, de identificar sectores prioritarios para la colaboración Filipinas/OMS, de ayudar a la programación a plazo medio, de dar instrucciones a los delegados nacionales acerca de los órganos deliberantes de la OMS y de vigilar la ejecución de las recomendaciones de esos órganos en el plano nacional. Se espera que las actividades del Comité fomenten la capacitación y la autorresponsabilidad nacionales, las tecnologías apropiadas a los recursos del país y el desarrollo sanitario, social y comunitario de las Filipinas.

Mayor participación del personal nacional en las actividades de la OMS

49. Una participación mayor del personal nacional en la labor de la OMS es requisito indispensable de la estrategia para el desarrollo de la cooperación técnica. En el estudio orgánico del Consejo Ejecutivo sobre la función de la OMS en el plano nacional, y en particular la función de los representantes de la OMS,² presentado a la Asamblea en mayo, se dice lo siguiente: "La función de enlace entre la Organización y los gobiernos, hasta ahora competencia de los representantes de la OMS, podrá beneficiarse de los nuevos métodos basados en un mejor aprovechamiento de las aptitudes y los recursos nacionales". En el mismo trabajo se recomienda también que siga experimentándose el empleo de funcionarios nacionales como representantes de la OMS y directores de proyectos.

50. El Consejo ha estimado que la participación mayor del personal nacional en la labor de la OMS en los respectivos países reportará un número considerable de ventajas: ese personal podrá, por ejemplo, facilitar el intercambio de información, favorecer los contactos directos entre la OMS y los ministerios de salud pública y otros departamentos, y velar por la pertinencia de los programas de la OMS en relación con las necesidades de los países. Cabe que surjan algunos problemas relacionados con los detalles de financiación (por ejemplo, el del nivel de remuneración de los nacionales empleados en la OMS en comparación con el nivel prevaleciente en un país determinado) y con la definición de las relaciones de trabajo entre los participantes.

¹ Nueva denominación de los representantes de la OMS, de conformidad con lo dispuesto en la resolución WHA31.27 (véase también el párrafo 34 del presente informe).

² OMS, Actas Oficiales, N° 244, 1978, Anexo 7.

Por eso, las disposiciones a este respecto han de ser flexibles y su aplicación ha de estar sujeta al firme control de las autoridades nacionales.

51. Estas innovaciones, que incluyen el empleo de coordinadores nacionales de las actividades de la OMS y la contratación de personal nacional para dirigir los programas nacionales en que aquélla colabora o como personal auxiliar en las oficinas de los coordinadores de programas de la OMS,¹ están siendo ensayadas en algunas regiones de la OMS, según cabe ilustrar con dos ejemplos. En la Región de Africa, Etiopía, Guinea, Liberia, Níger, Nigeria y Sierra Leona disponen de coordinadores nacionales. En la Región del Mediterráneo Oriental, se adoptaron en 1978 disposiciones para crear cuadros de expertos nacionales sobre algunas materias como el paludismo, la esquistosomiasis, la veterinaria de salud pública, las enfermedades cardiovasculares y la salud bucal. En esta misma Región se insistió también en una mejor utilización del personal nacional y en un aumento considerable de los desembolsos locales en forma de subsidios para los gastos de personal local destinado en proyectos.

52. Tanto en el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales como en el Programa Especial de Investigaciones y Desarrollo, y de Formación de Investigadores en Reproducción Humana se han establecido los mecanismos necesarios para que las investigaciones sean dirigidas por personal nacional. Existen mecanismos análogos en los comités regionales y mundial de investigaciones médicas. Otro programa de alcance mundial en el que se considera de particular importancia la participación del personal nacional es el Programa Ampliado de Inmunización. En el mes de noviembre tuvo lugar la primera reunión del Grupo Consultivo Mundial sobre el Programa Ampliado, cuyas atribuciones son asesorar a la Secretaría sobre las prioridades del programa, promover el intercambio de información a todos los niveles y suscitar el apoyo a los objetivos del programa por parte del alto personal político y técnico. En la coordinación y el apoyo al programa de salud mental se ha seguido insistiendo en la formación y el fortalecimiento de los grupos coordinadores y en la infraestructura nacional, incluidos los centros de recursos multidisciplinarios en los países en desarrollo.

53. El proyecto PNUD/OMS de investigaciones sobre lucha contra la esquistosomiasis en los lagos artificiales, la responsabilidad de cuya ejecución pasó al Gobierno de Ghana en el mes de diciembre, constituye un buen ejemplo de la medida en que los gobiernos están haciéndose cargo de los proyectos en que interviene la OMS. Este proyecto, cuya sede se estableció en Accra y el correspondiente puesto de operaciones en la ciudad recién creada de Anyaboni, se realizó bajo la dirección conjunta del Ministerio de Salud Pública y de la OMS en el periodo 1971-1978. Gracias a su ejecución se hizo acopio de un conjunto excepcional de datos y se emprendió la lucha contra la enfermedad con medicamentos para el tratamiento de las personas infectadas y sustancias químicas para la destrucción de los moluscos, así como mediante el abastecimiento de agua a las aldeas para reducir el contacto cotidiano con las aguas del lago. La educación sanitaria fue también una de las principales actividades del proyecto. La parte principal de los trabajos fue costeada por el PNUD (Oficina de Africa), que proporcionó más de \$2 800 000, y el Gobierno de Ghana facilitó fondos para costear los gastos locales y ayuda continua en personal, locales, laboratorios y aportaciones técnicas. Se recibieron donativos del Canadá, de los Países Bajos, del Reino Unido y de la OMS, así como importantes sumas de la Fundación Edna McConnell Clark. El presupuesto total ascendió a más de US \$3 800 000. Desde comienzos de 1979, todo el trabajo de investigación está a cargo del Ministerio de Salud; de ahora en adelante, será el Gobierno de Ghana quien facilitará el principal apoyo financiero y logístico, pero proseguirá la cooperación internacional con el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, apoyado por las contribuciones de los principales países donantes.

¹ Nuevo título de los representantes de la OMS, en conformidad con la resolución WHA31.27 (véase asimismo el párrafo 34 del presente informe).

Mayor número de centros regionales

54. Un criterio preconizado desde hace algún tiempo por la OMS es el de la utilización de centros nacionales para el desarrollo de las actividades en una región. Los ejemplos que a continuación se dan corresponden al año 1978.
55. En la Región de Africa, la dirección de los trabajos del Centro de Investigaciones y Enseñanzas de Inmunología, establecido por la OMS en Nairobi, se ha traspasado a las autoridades de Kenya.
56. En las Regiones de las Américas y de Asia Sudoriental, se crearon centros de recursos para salud mental en Colombia y en la India, respectivamente, en beneficio de los países pertenecientes a esas regiones.
57. En la Región de Asia Sudoriental, se creó en Tailandia un Centro Regional de Demostraciones y Enseñanzas sobre Salud Bucal.
58. En la Región de Europa se empezó a planear, en cooperación con el PNUD, el establecimiento en Grecia de un Centro Mediterráneo de Zoonosis, que servirá también a los países de la Región del Mediterráneo Oriental; este Centro facilitará servicios de información, adiestrará personal profesional y de otras categorías, redactará guías prácticas para la lucha contra las zoonosis en los países, preparará reactivos normalizados y realizará otras actividades relacionadas con las zoonosis y las infecciones transmitidas por los alimentos.
59. En la Región del Mediterráneo Oriental, se estableció en el Iraq un Centro Regional de Investigaciones y Enseñanzas sobre Biología de los Vectores y Lucha Antivectorial (roedores). En la misma Región, se designó a la Biblioteca del Centro Médico de Teherán, Irán, como Biblioteca Médica Regional de la OMS; esta biblioteca colaborará en la comunicación de informaciones acerca de los servicios de salud y de la asistencia médica en la Región, dando a los países Miembros un acceso más fácil a las fuentes de información más reciente sobre estos temas.
60. En la Región del Pacífico Occidental, la OMS y el Gobierno de Malasia firmaron un acuerdo por el cual se crea un Centro Regional de Fomento de la Planificación del Medio y de Estudios Aplicados en la Universidad de Pertanian; dicho centro fomentará la colaboración entre instituciones y personal de los Estados Miembros de la Región en materia de planificación del medio y salud humana, promoverá el intercambio de información, elegirá y adaptará la tecnología apropiada y actuará como centro regional en este sector.

Cooperación técnica entre la OMS y sus Estados Miembros

61. Al examinar diversas propuestas en pro de una cooperación técnica más eficaz, entre la OMS y sus Estados Miembros en su reunión de enero, el Consejo Ejecutivo opinó que dicha cooperación debería empezar a escala nacional. Se reconoció que la programación sanitaria por países era uno de los medios principales de que disponían los Estados Miembros para emprender programas sanitarios nacionales de carácter prioritario y que habría de ser de utilidad para mejorar la planificación, la eficacia y la eficiencia de los programas de salud y de la cooperación técnica con y entre los países.
62. Las relaciones anticuadas entre donador y beneficiario están dejando paso a una verdadera asociación entre la OMS y sus Estados Miembros consagrada al logro de la salud para todos los pueblos del mundo en el año 2000; éste fue el tema central de los debates del Consejo Ejecutivo. A juicio del Consejo, este nuevo enfoque fundamental de la cooperación en el campo de la salud está dando un nuevo impulso al cometido y a las funciones constitucionales de la OMS. No obstante, el éxito de la nueva orientación de las políticas y estrategias que está registrándose actualmente no podrá sino depender del grado en que los países colaboren con la OMS y en que se identifiquen activamente con los objetivos que ellos mismos han fijado.

63. Un ejemplo interesante de la forma en que se está ampliando la cooperación técnica entre la OMS y sus Estados Miembros es el de la República Popular de China. En octubre se firmó un acuerdo entre la OMS y la República Popular de China, en el que se prevé una gran ampliación de la cooperación técnica. El acuerdo abarca el establecimiento en China de centros colaboradores en múltiples sectores de salud; esos centros se encargarán de efectuar investigaciones como parte de un programa en colaboración de la OMS, de la formación en el extranjero de especialistas chinos en técnicas recientes, y de la organización, bajo los auspicios de la OMS, de visitas a China de destacados especialistas internacionales. China recibirá equipo fundamental para poder mejorar sus servicios de salud y de investigaciones. Es ésta la primera participación de China en la cooperación técnica con el sistema de las Naciones Unidas; el acuerdo firmado puede abrir el camino para una mayor cooperación entre ese país y otros organismos especializados de las Naciones Unidas. China y la OMS vienen cooperando desde 1972 en un programa conjunto para la formación de agentes de salud del Tercer Mundo; en virtud del acuerdo, esta formación proseguirá y se ampliará, mediante el apoyo del PNUD.

Cooperación técnica entre los países en desarrollo

64. El Consejo ha admitido que la mejor manera de lograr que los programas de la OMS guarden relación con las necesidades de los países es la cooperación técnica, no sólo bilateral entre la OMS y los distintos países, sino asimismo entre Estados Miembros, tanto en desarrollo como desarrollados. El principio que inspiró las deliberaciones del Consejo fue que las naciones deben abogar por la autorresponsabilidad que se deriva de la cooperación entre asociados en condiciones de igualdad en un mundo cada vez más complejo.

65. En los meses de agosto y septiembre, la Organización tomó parte activa en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Cooperación Técnica entre los Países en Desarrollo, celebrada en Buenos Aires, Argentina. De la participación de la OMS se hizo mención frecuente en los informes de los países sobre la ejecución de sus respectivos programas de cooperación técnica. El Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, el programa sobre medicamentos esenciales y el Centro Panamericano de Zoonosis, de Buenos Aires, han sido mencionados como notables ejemplos de aplicación práctica por la OMS de los principios de la cooperación técnica.

66. La delegación de la OMS en la Conferencia puso de manifiesto el lugar prominente que ocupa la salud en el contexto socioeconómico y la importancia fundamental de la atención primaria. Si bien todas las delegaciones aceptaron sin reservas esta nueva dimensión de la cooperación técnica, las de algunos países en desarrollo pusieron de relieve la necesidad de nuevas modalidades, mecanismos y métodos de financiación.

67. Se están estudiando actualmente las consecuencias que tiene para la Organización el "Plan de Acción de Buenos Aires", como ha sido denominado el documento aparecido a raíz de la Conferencia. El concepto de cooperación técnica entre países en desarrollo no tendrá validez más que si esos países están dispuestos a hacer un esfuerzo considerable para sentar sobre bases firmes dicha cooperación, sacando buen partido de mecanismos flexibles que pueden facilitar la tarea, como son los de la OMS.

68. En la Región del Mediterráneo Oriental, la cooperación técnica entre países vecinos ha proseguido en forma de reuniones entre países limítrofes y de ayuda financiera de los países más ricos a los más pobres. Reviste particular importancia a este respecto el plan que está en preparación para un programa coordinado de lucha antipalúdica en la Península Arábiga.

Fondos extrapresupuestarios

69. Para llevar a cabo todas las actividades de desarrollo de la salud exigidas si ha de lograrse la salud para todos en los dos próximos decenios hacen falta cuantiosos recursos financieros. En 1976, la Asamblea deliberó sobre esta cuestión y adoptó la resolución WHA29.32, relativa al estudio orgánico del Consejo Ejecutivo sobre la planificación de los recursos extrapresupuestarios y su influencia en el programa y en la política de la OMS. De conformidad con esta resolución, ha de hacerse cuanto sea posible por conseguir que las considerables sumas financieras consagradas a las actividades sanitarias en los países en desarrollo mediante acuerdos bilaterales sirvan efectivamente para costear programas de fomento de la salud acordes con los objetivos de la OMS.

70. Los problemas planteados a la Organización por la necesidad de allegar fondos suplementarios para desempeñar su cometido han ido resultando cada vez más complejos; en 1978, la OMS ha seguido esforzándose por hacer frente a la dificultad de lograr fondos y de encauzarlos por los conductos apropiados. En noviembre se convocó una reunión consultiva de representantes de entidades oficiales de desarrollo, del Banco Mundial y otros bancos y fondos, de otros organismos del sistema de las Naciones Unidas y de un número considerable de países en desarrollo, con objeto de determinar los medios óptimos con que la Organización podría conseguir un respaldo extrapresupuestario para atender la demanda creciente de programas sanitarios internacionales de carácter prioritario, tratar del posible mecanismo adecuado para reforzar el programa de atención primaria de salud, facilitar el diálogo entre las propias organizaciones que conceden ayuda con ánimo de encauzar mejor las políticas y los procedimientos que conducen a una acción coordinada y facilitar detalles sobre las propuestas de programa de la OMS a los donantes, para que éstos los tengan en cuenta al planear sus presupuestos.

71. Esa reunión se caracterizó por la franqueza y general alcance de sus debates, en los que se tuvo particularmente en cuenta el punto de vista de los países en desarrollo. Se reconoció que las opiniones manifestadas por distintos órganos de gobierno de la Organización estaban revirtiendo en el proceso de planificación de la OMS, que se estaban haciendo progresos hacia un acuerdo global sobre el orden de prioridad y que se estaba aceptando la atención primaria de salud como noción a la que ha de acogerse la prestación de cooperación técnica a los países en desarrollo.

72. Los países participantes en la consulta pidieron a la OMS que considerase la procedencia de crear mecanismos globales que permitan facilitar la cooperación entre los propios donantes y entre éstos y los países beneficiarios en materia de salud y cuestiones afines y le propusieron a la Organización que actuara como centro coordinador de los nuevos mecanismos. Se sugirió que se constituyera un Grupo Consultivo sobre Financiación Internacional de la Acción Sanitaria en el que, junto con el Director General, hubiese representantes de los países participantes, con el fin de allegar fondos de origen bilateral y multilateral y de asegurar que esos fondos se dirijan hacia las actividades prioritarias en los países. Con este fin, habrán de hacerse estimaciones del orden de magnitud de los recursos totales que requerirá el desarrollo de la salud en el mundo, incluidos los necesarios para transferencias entre países y regiones. El Director General aceptó en principio estas propuestas, que están siendo atentamente estudiadas.

73. Como ya se ha señalado, los recursos necesarios rebasan con mucho las limitadas disponibilidades presupuestarias de la OMS, que han de ser completadas con contribuciones de otros organismos; gracias a las contribuciones de este tipo que han ido recibiendo durante años, la Organización ha podido mejorar la eficacia de sus actividades en una medida apreciable. Los ejemplos mencionados a continuación no son sino una selección de casos de financiación extrapresupuestaria en el año 1978; cabría mencionar muchos más.

74. En respuesta a un llamamiento del Director General de la OMS para que se siguiera sosteniendo el programa de erradicación de la viruela, el Gobierno de los Países Bajos comunicó en mayo que entregaba un donativo de US \$1 840 000 para cubrir los gastos previstos de la continuación del programa de busca y vigilancia, hasta que llegara el momento de certificar la erradicación de la viruela en todo el mundo. Desde 1967 han prestado ayuda internacional para el programa de erradicación de la viruela, si se contabiliza la recibida por la OMS y la obtenida por conductos bilaterales, un total de 44 países, entre ellos los Estados Unidos de América, que han aportado US \$26 millones; Suecia, US \$16 millones; la URSS, US \$13 millones; y Canadá, Dinamarca, India, Irán, Japón, Noruega y el Reino Unido, más de US \$500 000 cada uno.

75. Las enfermedades transmitidas por vectores son endémicas en muchas zonas rurales y algunas zonas urbanas de Birmania, con el consiguiente descenso de la productividad en industrias básicas como la agricultura, la silvicultura y la minería; la lucha contra estas enfermedades ha recibido atención preferente en el programa sanitario de Birmania. En septiembre, el Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA) acordó facilitar US \$5 600 000 con destino a un programa quinquenal administrado por la OMS y por el Gobierno de Birmania para combatir las enfermedades transmitidas por vectores en dicho país. El programa tiene por objeto reducir en un 25% la incidencia del paludismo, la fiebre hemorrágica dengue, la filariasis y la encefalitis japonesa. La OMS proporciona US \$1 400 000 y el UNICEF US \$1 900 000, mientras que el Gobierno de Birmania invierte \$1 500 000 para costear los gastos locales. El donativo entregado por el organismo canadiense servirá para adquirir insecticidas, medicamentos profilácticos, material de rociamiento, equipo de laboratorio y vehículos.

76. El Organismo Sueco de Desarrollo Internacional (SIDA) ha facilitado US \$17 500 000, que permitirán sufragar durante cinco años actividades de lucha antipalúdica en la India (el programa de contención de Plasmodium falciparum).

77. A raíz de un considerable aumento de la incidencia del paludismo en Turquía, el Director Regional de la OMS para Europa, previa consulta con el Gobierno de dicho país, dirigió un llamamiento directo a otros países interesados y a los posibles donantes para que contribuyeran a desarrollar una cooperación internacional más eficaz en la lucha contra el paludismo. La Organización envió a un grupo compuesto de médicos e ingenieros de distintos países y reforzó su acción a fin de obtener artículos necesarios para el programa antipalúdico en Turquía, en particular insecticidas, medicamentos y vehículos. Se comprometieron a entregar donativos con este fin el UNICEF y algunos países, como Bulgaria, Grecia, Luxemburgo, Noruega, el Reino Unido, la República Federal de Alemania y Suiza. Gracias a esta ayuda, se pudo adquirir a tiempo todo el equipo y los suministros necesarios para las operaciones en 1978 y pudieron así realizarse con arreglo a lo previsto las actividades sobre el terreno. Para hacer frente a esta situación de urgencia se allegaron en total US \$3 800 000 y se inició un proyecto interpaíses costado por el PNUD en virtud del cual Bulgaria, Grecia, Turquía y Yugoslavia aunaron sus esfuerzos para combatir el paludismo en Europa sudoriental y para prevenir su propagación al resto del continente.

78. En la Región del Mediterráneo Oriental, la OMS prestó su apoyo al Gobierno del Sudán para obtener un préstamo de US \$6 000 000 del Banco Africano de Desarrollo destinado a financiar la promoción de los servicios de salud. Se inició una colaboración con el Fondo Arabe de Desarrollo Económico y Social para proporcionar asistencia con respecto a los trabajos de desarrollo rural integrado en Mauritania, Somalia, Sudán, Yemen y Yemen Democrático y se prepararon informes sobre la situación en materia de salud, saneamiento del medio y abastecimiento de agua en las zonas rurales. Se firmaron con el Banco Islámico de Desarrollo un Acuerdo y un Protocolo en virtud de los cuales la Oficina Regional se convierte en órgano central para la ejecución de los proyectos sanitarios o relacionados con la salud costados por este Banco. El Acuerdo, semejante al concertado entre la OMS y el Banco Africano de Desarrollo, fue aprobado por la Asamblea de la Salud en mayo. En el Acuerdo se establece que el Banco proporcionará fondos para el desarrollo de la salud en los países que son miembros del Banco y de la OMS (42 países están actualmente en esas condiciones) y que la OMS será el organismo de ejecución.

79. El mes de agosto, la Fundación de la Industria Japonesa de la Construcción Naval entregó un donativo de US \$3 300 000 para actividades regionales de la OMS en el Pacífico Occidental y para ejecutar programas de lucha contra la lepra, erradicación de la viruela, prevención de la ceguera e investigaciones sobre enfermedades tropicales. Con esta nueva contribución, asciende a más de US \$6 300 000 el total de los donativos recibidos por la OMS de la citada fundación en un plazo de tres años.

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud

80. Acontecimiento destacado de 1978 fue la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, organizada y patrocinada conjuntamente por la OMS y el UNICEF, que se celebró del 6 al 12 de septiembre en Alma-Ata (URSS), a invitación del Gobierno de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. Asistieron a la Conferencia importantes delegaciones de 134 gobiernos y representantes de 67 organizaciones y organismos especializados del sistema de las Naciones Unidas (entre ellos, el Banco Mundial, la FAO, el FNUAP, la OIT, la ONUDI, el PNUMA y la UNESCO) y de organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OMS y el UNICEF. La documentación preparada para la Conferencia consistió en un informe conjunto del Director General de la OMS y del Director Ejecutivo del UNICEF, seis informes regionales preparados por los Directores Regionales de la OMS y una gran variedad de documentos oficiales. El programa de trabajo se cumplió sin dificultades y la Conferencia adoptó la Declaración de Alma-Ata y 22 recomendaciones específicas que figuran en su informe final.¹

¹ Organización Mundial de la Salud. Alma-Ata 1978: Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra, 1978.

81. En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud tomó una decisión que sólo puede calificarse de trascendental, a saber: que la meta social de los gobiernos y de la OMS sea la "salud para todos en el año 2000", es decir, el logro por todos los ciudadanos del mundo en ese año de un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La Conferencia afirmó que la atención primaria es la clave de la salud para todos. La Declaración de Alma-Ata sienta los principios fundamentales en que ha de basarse la política sanitaria de todos los países, destacando que la salud es un derecho fundamental, y su logro una meta social en todo el mundo. En consecuencia, puede considerarse que la Conferencia marca un hito en la elaboración de conceptos relativos a la atención primaria de salud. Se aclararon los extremos pertinentes y se llegó a un acuerdo político y a un consenso en el orden técnico.

82. La Conferencia exhortó a "la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional", de acuerdo con el espíritu y el contenido de la Declaración. La atención primaria de salud se definió como la asistencia sanitaria fundamental puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. La atención primaria, a la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de los países.

83. La Conferencia introdujo un cambio fundamental de política, consistente en el abandono de los programas contra enfermedades específicas, en favor de un sistema estrechamente relacionado con el desarrollo general y con la solución de los problemas tal y como los perciben las propias poblaciones. Los resultados de la Conferencia se utilizarán a escala nacional, sub-regional y regional en la formulación de estrategias y en el estudio de planes de atención primaria de salud como elementos clave para conseguir un grado aceptable de salud para todos.

84. Después de la Conferencia, y en respuesta al llamamiento en pro de la acción nacional e internacional, el Consejo Ejecutivo preconizó el establecimiento de estrategias y preparó un documento preliminar que el Consejo transmitirá a la Asamblea de la Salud en mayo de 1979 con el título "Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000: principios básicos y cuestiones esenciales".¹ En ese documento se destaca la necesidad de establecer estrategias, primero a escala nacional, luego a escala regional y, por último, a escala mundial.

85. A juzgar por ciertos signos, los países están respondiendo a las iniciativas de Alma-Ata, como puede observarse en las deliberaciones y decisiones de los comités regionales y en la acción ulterior emprendida a escala nacional. Por ejemplo, en la Región de Africa se ha adoptado la atención primaria de salud como criterio fundamental del sistema de prestación de servicios sanitarios de todos los países, y la mayor parte de éstos proceden a su aplicación, particularmente en los sectores de salud de la madre y el niño, nutrición, inmunización y medidas de saneamiento básico.

86. El Comité Regional para las Américas manifestó en octubre su convencimiento de que las desigualdades existentes en la situación sanitaria de la población son inaceptables y representan un motivo de inquietud para todos los países. El Comité ha encarecido a los gobiernos que aún no lo hayan hecho la necesidad de establecer planes para la extensión de los servicios de salud a todas sus poblaciones y de conceder prioridad a esa tarea. Además, ha recomendado que los gobiernos aceleren la ejecución de sus planes de cobertura sanitaria de las poblaciones y que desarrollen la atención primaria de salud como parte de la asistencia sanitaria general, concediendo la atención debida a los distintos niveles de asistencia, remisión de casos y supervisión.

87. El Comité Regional para Asia Sudoriental ha tomado nota de que todos los países de la Región han aceptado la atención primaria de salud y de que en la mayor parte de ellos existen ya programas basados en el empleo de trabajadores sanitarios, escogidos y orientados por la comunidad.

¹ Documento A32/8.

Por otra parte, destacó la necesidad de que los programas de asistencia sanitaria se desarrollaran de manera compatible con el tipo de vida de la comunidad. En diciembre se celebró en la Región una reunión sobre atención primaria de salud con participación de representantes de salud, planificación, finanzas y sectores relacionados con la salud, de los gobiernos, los organismos de las Naciones Unidas y otras organizaciones interesadas. Como consecuencia directa de la Conferencia de Alma-Ata, se estudió en la reunión la manera de formular y ejecutar programas nacionales y regionales de atención primaria, así como de establecer las líneas generales del programa regional a plazo medio para ese sector en 1978-1983, y se examinó la tecnología apropiada para la salud en el contexto de la atención primaria.

88. El Comité Regional para Europa hizo notar la importancia de la Conferencia de Alma-Ata y de los documentos resultantes, y consideró que, no obstante haberse dedicado la mayor parte de los debates a los países en desarrollo, los principios examinados eran igualmente válidos para la Región de Europa. Entendió asimismo que, por incluir la noción de atención primaria de salud, según se formuló en Alma-Ata, una gran diversidad de actividades, era esencial una cuidadosa coordinación de éstas. Encareció el Comité Regional a los Estados Miembros la necesidad de tener en cuenta las recomendaciones de la Conferencia en sus programas y planes nacionales de salud, y pidió al Director Regional que integrase dichas recomendaciones en el programa para la Región de Europa. A ese efecto, se ha empezado a evaluar la situación de esa Región y se preparan propuestas para la adopción de nuevas estrategias.

89. En la Región del Mediterráneo Oriental se estableció en 1978 un cuadro consultivo regional sobre atención primaria, integrado por personal principal de administración y educación sanitarias (inclusive médicos, enfermeras e ingenieros sanitarios) de países escogidos de la Región, que había participado en la preparación de programas nacionales de atención primaria de salud. La principal función del cuadro consultivo, que se reunió por primera vez en diciembre, es asesorar al Director Regional sobre el desarrollo de la atención primaria de salud en la Región.

90. Con objeto de desarrollar la noción de atención primaria de salud en la Región del Pacífico Occidental, se han reunido grupos de trabajo sobre el tema en Malasia, el mes de noviembre, y en la República de Corea, el mes de diciembre. Se ha intensificado la colaboración en ese sector con el Instituto de Ciencias de la Salud de Filipinas, con el Instituto para el Desarrollo de la Salud de la República de Corea y con el Ministerio de Salud de Malasia. Cinco países de la Región estuvieron representados en un viaje de estudios de tres semanas organizado el mes de agosto en la República Popular de China para observar el adiestramiento y la utilización de los médicos descalzos en los servicios de salud de la comunidad.

91. En los países, las consecuencias de las decisiones adoptadas en la Conferencia podrán apreciarse probablemente en el establecimiento de estrategias apropiadas, inclusive la reforma de todo el sistema de salud, y no sólo de los sectores que interesan a la atención primaria. La reacción de los gobiernos se espera con interés. En efecto, cabe preguntarse si los países, no sólo en desarrollo sino también los desarrollados, reorganizarán su sistema de salud, modificarán sus métodos presupuestarios, formarán el personal necesario, redistribuirán los recursos de salud en las zonas rurales e integrarán las actividades de salud en el desarrollo general. La concentración del interés en la mayoría desfavorecida supone la transferencia de una parte mayor de los recursos de salud de las zonas urbanas a las rurales, política que, a todas luces, va en contra de los intereses de los grupos urbanos privilegiados, que en general constituyen el elemento de la población mejor organizado y que más hace oír su voz.

Desarrollo de servicios completos de salud

92. Tecnología apropiada para la salud. En mayo, la Asamblea de la Salud aprobó un programa OMS cuyo objeto es introducir, adaptar y desarrollar tecnologías de salud que se ajusten a las necesidades y recursos, especialmente de los países en desarrollo. Concebido para fomentar la autosuficiencia en la solución de los problemas sanitarios, el programa de tecnología apropiada ayudará además a los países en desarrollo a reducir su dependencia de tecnologías importadas o inapropiadas. El programa es parte de los esfuerzos de la OMS por promover la atención primaria de salud tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. La OMS considera que, en este sector, su función es coordinar la colaboración de todos los países interesados del mundo.

93. Gran parte de la tecnología establecida y aplicada en los países desarrollados, que se basa en el empleo intensivo de capital y de personal muy especializado, es onerosa y a menudo inadecuada a las necesidades, incluso de los países que la establecen. Menos apropiada aun resultará para los países en desarrollo. Se entiende por "tecnología" una combinación de técnicas y equipo que, junto con las personas encargadas de su utilización, puede contribuir de manera significativa a la solución de un problema de salud. "Apropiada" quiere decir que, además de científicamente justa, la tecnología ha de ser también aceptable para los encargados de aplicarla y para las personas a quienes se aplique.

94. Al igual que la atención primaria, la tecnología apropiada para la salud es una actividad que interesa a todos los programas de la OMS, y en algunos de ellos hay muchos componentes que se pueden clasificar dentro de esa categoría, como ocurre con la preparación de vacunas profilácticas contra las enfermedades tropicales, la mejora de los métodos de localización de casos de dichas enfermedades, el establecimiento de métodos socialmente aceptables de regulación de la fecundidad, la promoción del empleo de auxiliares en lugar de médicos y enfermeras, la habilitación de métodos sencillos de asistencia de salud mental (por ejemplo, ensayos de terapéutica basada en un solo medicamento contra la epilepsia y contra otros trastornos psiquiátricos generalizados), el desarrollo de tecnología de laboratorio de salud y de servicios sencillos de atención sanitaria adecuados a los países en desarrollo, el estudio de tipos económicos de vivienda que no atraigan vectores de enfermedades ni permitan su implantación, y la investigación de métodos de traída de agua poco onerosos, como puede ser el empleo de cañas de bambú empalmadas. La programación sanitaria por países se puede también considerar como tecnología apropiada para la salud.

95. Hay otras muchas actividades emprendidas en 1978 que se orientan hacia el desarrollo de la tecnología apropiada; las que a continuación se mencionan son sólo unos pocos ejemplos tomados al azar. En la Región del Mediterráneo Oriental se ha estado estudiando equipo radiológico básico que sea fidedigno, económico y fácil de utilizar como un posible instrumento para mejorar la calidad y la ampliación de la cobertura de los servicios de atención primaria de salud en las zonas periféricas. Se está tratando de resolver el problema del almacenamiento de vacunas en climas cálidos mediante producción local de prototipos de neveras en la India, Indonesia, Nepal y Tailandia. En este último país y en la Polinesia Francesa, se realizan demostraciones prácticas de la eficacia de diversos agentes de prevención de enfermedades por vía oral. En la Región de las Américas se estudia la posibilidad de utilizar la sal tratada con fluoruros para la prevención de la caries dental. En los países de América Central se procede a la fortificación del azúcar con vitamina A y se trata también de hacerlo con sales de hierro. La rehidratación por vía oral para combatir la diarrea está extendiéndose en diversas partes del mundo, y actualmente se estudian técnicas para la producción de los electrolitos necesarios en los países en desarrollo.

96. Una forma admitida de tecnología apropiada para la salud es el empleo generalizado de plantas medicinales en los sistemas de atención sanitaria de muchos países, especialmente los países en desarrollo. La Asamblea de la Salud examinó ese tema en mayo y, en cumplimiento de su decisión al respecto, la Organización adoptó en 1978 las primeras medidas para la preparación de un repertorio de esas plantas, con una nomenclatura botánica normalizada para las de uso más frecuente. La clasificación de las plantas con fines terapéuticos se ajustará a la de los medicamentos y, por otra parte, se estudiarán y resumirán los datos científicos relativos a su eficacia para el tratamiento de condiciones y enfermedades específicas. La OMS designará centros regionales de investigaciones y formación de personal para el estudio de las plantas medicinales y coordinará la labor que desplieguen los Estados Miembros en el estudio y la aplicación de criterios y métodos científicos a las pruebas de inocuidad y eficacia, en el establecimiento de normas y especificaciones internacionales de identidad, pureza y actividad, y en la aplicación de métodos que garanticen un uso inocuo y eficaz. Como parte de esas actividades, se celebró en Ginebra, el mes de octubre, una reunión de expertos para estudiar la mejor manera de establecer una lista de las plantas medicinales de uso más frecuente. Los expertos reconocieron la posibilidad de extraer algunos medicamentos en bruto de plantas medicinales sin recurrir a equipo muy complicado, así como la de utilizarlos con eficacia en el tratamiento de ciertos trastornos diarreicos, hipertensión benigna y algunas formas de diabetes mellitus. Además, en la reunión también se estudiaron métodos para el establecimiento de un plan en lo que respecta a nomenclatura y especificaciones de las plantas medicinales.

97. Un grupo especial de plantas medicinales que destaca por su importancia es el de las que se utilizan para la regulación de la fecundidad. Como parte de su Programa especial de investigaciones y desarrollo, y de formación de investigadores en reproducción humana, la OMS ha designado seis centros de investigación que se encargarán de obtener de las plantas nuevos reguladores eficaces de la fecundidad. Ya se ha procedido al registro electrónico de la información disponible, que se refiere a unas 3000 plantas. Pudo apreciarse que la fiabilidad científica de los datos variaba considerablemente; en consecuencia, se ha establecido un sistema de puntos de calificación ordenados electrónicamente que, al aportar una lista de plantas por orden de prioridad, facilitará la elección de las más apropiadas para estudio experimental en los centros. No se emprenderán estudios químicos de ninguna planta hasta que su actividad biológica haya quedado confirmada independientemente por dos grupos distintos. La labor de los centros vendrá apoyada por estudios específicos etnobotánicos y antropológicos en las zonas donde convenga realizarlos.

98. Nutrición. La nutrición adecuada es requisito fundamental para una buena salud. En muchos países se necesita una acción urgente para elevar el nivel de nutrición, como primera medida hacia el mejoramiento de la situación sanitaria de las poblaciones. En enero, el Consejo Ejecutivo estudió la función del sector de salud en el desarrollo de políticas y planes nacionales e internacionales de alimentos y nutrición, y apoyó una propuesta de establecimiento de un programa internacional coordinado de investigaciones prácticas y enseñanzas de nutrición, cuyo fin es la determinación de criterios y métodos para eliminar la malnutrición, a escala local, en distintas condiciones ecológicas y socioculturales.

99. Al examinar esa propuesta en mayo, la Asamblea de la Salud reconoció que la malnutrición era uno de los grandes obstáculos en el camino hacia la meta de la salud para todos. Varios delegados apoyaron la propuesta de aplicación de un criterio multisectorial coordinado en materia de políticas y programas de nutrición. En lo que interesa específicamente al sector de salud, se concedió particular atención al abandono progresivo de la lactancia materna que sigue observándose en muchos países (aunque en algunos de ellos ha cesado esa tendencia o ha cambiado de signo) así como a los problemas de salud y nutrición relacionados con el destete prematuro o inadecuado. En consecuencia, se pidió a los Estados Miembros que concedieran la mayor prioridad a la prevención de la malnutrición en las mujeres embarazadas y lactantes, en los recién nacidos y en los niños de corta edad, y que a ese efecto apoyaran la lactancia natural con medidas de educación sanitaria y disposiciones de legislación social que la favorezcan, y con medidas que garanticen un destete oportuno y apropiado, basado en la utilización máxima de las disponibilidades locales de alimentos aceptables.

100. En 1978, la Organización inició con los Estados Miembros, en cumplimiento de la petición de la Asamblea de la Salud, un programa de investigaciones y desarrollo en materia de nutrición, ajustado primordialmente a las necesidades de los países en desarrollo y orientado inicialmente hacia la prevención de la malnutrición de la madre y el niño mediante una utilización eficaz de los recursos locales. La OMS presta ayuda a las instituciones nacionales para que fortalezcan sus medios de lucha contra la malnutrición, y colabora con organizaciones y entidades multilaterales, bilaterales, intergubernamentales y no gubernamentales en programas de cooperación técnica con los países, orientados hacia el estudio y la aplicación de políticas, planes y programas nacionales de alimentos y nutrición. En resumen, la Organización trata de movilizar recursos científicos y financieros en apoyo de una campaña mundial para eliminar la malnutrición.

Reproducción humana

101. En 1978 se cumplió el séptimo aniversario del Programa especial de investigaciones y desarrollo, y de formación de investigadores en reproducción humana. En marzo, un grupo de especialistas eminentes, administradores de servicios de investigación y administradores sanitarios efectuaron un estudio completo de esa actividad y, aun señalando las posibilidades de reajustar o mejorar la dirección del programa, elogiaron los progresos realizados en un periodo de tiempo relativamente breve. El grupo llegó a la conclusión de que todavía se necesitaban programas muy prioritarios en este sector, y estimaron que el Programa especial debería mantener una dirección invariable hacia el logro de sus objetivos actuales, sin extenderse a otros aspectos de la reproducción humana.

102. Durante 1978 se intensificaron en el Programa especial las investigaciones sobre la inocuidad de los métodos actuales de regulación de la fecundidad en los países en desarrollo y se realizaron por primera vez en esos países estudios sobre las secuelas a largo plazo. Ha habido una intensificación de las investigaciones sobre servicios de salud en el sector de planificación de la familia y se han reforzado en los países en desarrollo las actividades encaminadas al mejoramiento de las instituciones. Además, han proseguido los trabajos relativos a determinación de la eficacia y la aceptabilidad de los métodos existentes de planificación de la familia, establecimiento de métodos nuevos, tratamiento de la infecundidad y justificación sanitaria de la planificación de la familia.¹

103. En mayo, la Asamblea de la Salud aprobó los objetivos del Programa especial e instó a los Estados Miembros a que participaran de la manera más completa posible en esos trabajos. Pidió además al Director General que intensificara las investigaciones sobre servicios de salud, a fin de facilitar la incorporación de las actividades de regulación de la fecundidad a los sistemas de atención primaria de los países, y que recabara la cooperación de la industria farmacéutica en las actividades del Programa especial.

104. Salud mental. Entre los componentes de la salud, tal y como se la define en la Constitución de la OMS, está el bienestar mental y social. De hecho, los aspectos no físicos de la salud han recibido siempre la debida atención en las actividades de la OMS. En enero, el Consejo Ejecutivo examinó y aprobó la estrategia, los objetivos y el contenido del programa a plazo medio de salud mental, y en mayo transmitió ese programa a la Asamblea Mundial de la Salud, que le dio su aprobación. Por primera vez en la historia de la Organización se reconoce que la salud mental ofrece interés para todo el mundo: el programa destaca los aspectos sociales y de salud pública de la salud mental en vez de dejarla confinada a las enfermedades mentales y a la psiquiatría. El programa tiene tres objetivos: prevenir o atenuar los problemas psiquiátricos, neurológicos y psicosociales, inclusive los relacionados con el alcoholismo y la farmacodependencia, y los componentes psicosociales de las enfermedades físicas; aumentar la eficacia de los servicios generales de salud mediante una utilización adecuada de conocimientos teóricos y prácticos de salud mental, tomando como ejemplo los trabajos sobre el desarrollo psicosocial del niño; y establecer estrategias de intervención basadas en un mejor conocimiento de la relación de la salud mental con la acción social y el cambio (por ejemplo, los factores psicosociales que pueden determinar el éxito o el fracaso de las iniciativas importantes de salud pública y de los programas).

105. Esos objetivos se formularon tras las oportunas consultas con países en desarrollo y países desarrollados, celebradas en grupos de trabajo y reuniones especiales, con participación de especialistas y personal de salud mental y de otros sectores. Los datos sobre los problemas de salud mental se obtuvieron mediante estudios especiales y visitas a los países. Además, se consultó con diversas organizaciones internacionales y regionales. Tanto en los países como a escala regional y mundial, se establecieron los oportunos mecanismos de coordinación para que el programa siguiera siendo multidisciplinario y multisectorial, y fuera constantemente adaptado a las necesidades cambiantes de los países.

106. El programa se basa en tres premisas. Primero, para el buen éxito de toda acción es esencial que se proceda a reorientar los criterios sobre salud mental y sobre la función del personal profesional de la especialidad. Segundo, los programas de salud mental deben desarrollarse en estrecha colaboración entre distintos sectores sociales, como los de educación, asistencia social, trabajo y salud, y no deben estar exclusivamente a cargo de profesionales de salud mental. Tercero, para realizar progresos es necesario que los países colaboren en la solución de sus respectivos problemas de salud mental.

107. El programa está concebido de manera que facilite la aplicación de esos conceptos. Abarca disciplinas muy variadas que van desde trastornos mentales y neurológicos, alcoholismo y

¹ Para más detalles, véase Special programme of research, development and research training in human reproduction, seventh annual report, noviembre de 1978 (documento HRP/78.3).

farmacodependencia hasta problemas tales como los de desarraigo, consecuencias psicosociales de cambios en la estructura familiar y promoción de un desarrollo psicosocial sano. Se ha establecido en cooperación con los países y su ejecución depende de actividades conjuntas con muchos gobiernos, instituciones y expertos en casi todos los países del mundo. Los mecanismos precisados de coordinación desempeñan un importante papel en ese proceso. Conforme al nuevo concepto establecido, están creándose varios centros multidisciplinarios de recursos de salud mental que facilitarán el desarrollo del programa y la coordinación a escala nacional, regional y mundial.

108. Medicamentos esenciales. La atención primaria de salud exige un suministro adecuado de medicamentos a precio razonable para tratar las afecciones corrientes. En enero, el Consejo Ejecutivo examinó y aprobó el informe, que acaba de publicarse, de un Comité de Expertos de la OMS, en el que figura una lista modelo de 200 medicamentos esenciales.¹ Aunque el informe fue bien acogido en los medios de salud pública, encontró una fuerte oposición de las asociaciones médicas y farmacéuticas de algunos países. Se adopta en él un nuevo criterio especialmente orientado hacia los medicamentos y vacunas indispensables para atender las necesidades de salud de la mayoría de la población. El Comité de Expertos siguió de preferencia el principio de incluir sólo los medicamentos para los que se dispone de datos científicos adecuados sobre los correspondientes riesgos y ventajas. La lista modelo ofrece una base para que los países establezcan su propio orden de prioridad y hagan su selección, es decir, que no es un repertorio uniforme para aplicación general en todo el mundo; varios miembros del Consejo destacaron la necesidad de proceder a ese respecto con un criterio flexible.

109. Al pedir un programa activo de cooperación técnica en materia de medicamentos esenciales, el Consejo destacó la importancia del diálogo y la colaboración con compañías farmacéuticas privadas o estatales, ya que ello permitirá en particular conseguir esos medicamentos en condiciones especiales (por ejemplo a precios muy económicos y con determinado tipo de envase y etiquetado) para uso exclusivo del sector público de los servicios sanitarios de los países menos desarrollados. Por lo que respecta al objetivo a largo plazo de autorresponsabilidad de los países en desarrollo en cuanto a producción de medicamentos, el Consejo acogió con agrado el establecimiento por la OMS, la ONUDI y la UNCTAD de un grupo mixto especial intersecretarías para resolver los problemas prácticos relacionados con la transferencia de tecnología.

110. Habida cuenta de las observaciones formuladas por el Consejo, ha proseguido la identificación de medicamentos y vacunas indispensables para la atención primaria de salud y la lucha contra las enfermedades en la vasta mayoría de la población. La OMS ha colaborado con diversos Estados Miembros en el establecimiento de políticas farmacéuticas y programas que faciliten la obtención de medicamentos esenciales a toda la población, a un coste que el país pueda soportar, y además ha fomentado la cooperación técnica entre países en desarrollo para la formulación de programas que incluyan la producción local de medicamentos esenciales y vacunas. Por otra parte, la Organización ha procurado estimular la cooperación bilateral y multilateral en apoyo de esos programas, y facilitar asistencia para el establecimiento de los oportunos sistemas de inspección de la calidad.

111. El tema de las Discusiones Técnicas celebradas durante la Asamblea Mundial de la Salud en mayo fue "Criterios y prácticas nacionales en materia de productos medicinales y problemas internacionales conexos". Las Discusiones Técnicas ofrecieron a los Estados Miembros la oportunidad de examinar en sus distintos aspectos las políticas farmacéuticas nacionales e internacionales en relación con las atenciones prioritarias de salud y comunicar los conocimientos teóricos y prácticos por ellos adquiridos a escala nacional, regional y mundial, particularmente por lo que respecta a la cooperación técnica y a la función de la OMS. Se reconoció que la escasez de medicamentos en muchos países en desarrollo se debía a una distribución inadecuada y al elevado coste de esos productos. La reunión señaló la conveniencia de que los países en desarrollo no olvidaran sus responsabilidades y se consagraran inmediatamente a la eliminación de

¹ OMS, Serie de Informes Técnicos, N^o 615, 1977 (Selección de medicamentos esenciales: informe de un comité de expertos de la OMS).

las dos principales causas mencionadas de escasez de medicamentos. Los participantes concurren en que los países debían tomar una decisión política al más alto nivel con el fin de garantizar la salud para todos, lo que supondría facilitar productos medicinales a quienes los necesiten. Se requiere una acción inmediata; nada hay, en efecto, que justifique esperar el cumplimiento de otras condiciones, como serían la disponibilidad de más trabajadores sanitarios debidamente formados o el mejoramiento del grado de desarrollo económico.

112. Las Discusiones Técnicas constituyeron el primer foro mundial en que los Estados Miembros y la industria farmacéutica pudieron examinar los problemas fundamentales del sistema de suministro de productos farmacéuticos en el mundo. Los participantes llegaron a la conclusión de que las Discusiones Técnicas eran el punto de partida para una serie de actividades que permitirían atender lo antes posible la necesidad de suministrar a los países en desarrollo todos los medicamentos esenciales que necesiten. Se reconoció que la función centralizadora y las responsabilidades de la OMS en dicha empresa eran fundamentales e indispensables para el progreso y el éxito de ésta.

113. Las propuestas del Consejo Ejecutivo y el contenido de las Discusiones Técnicas constituyeron la base de un largo debate celebrado por la Asamblea de la Salud en mayo; en dicho debate, muchos delegados, tanto de países en desarrollo como de países desarrollados, expusieron su inquietud ante la situación en lo que respecta a producción y distribución de medicamentos en la mayor parte del mundo. De conformidad con la decisión adoptada por la Asamblea, la Organización inició en 1978 un programa completo de acción sobre medicamentos esenciales orientado hacia el fortalecimiento, mediante la oportuna cooperación técnica entre los países, de la capacidad de los países en desarrollo para seleccionar, suministrar, distribuir y utilizar adecuadamente medicamentos esenciales y, de ser posible, organizar la inspección de la calidad y la fabricación local de esos medicamentos. El objetivo inmediato del programa es facilitar en condiciones favorables medicamentos esenciales a los países menos desarrollados.

114. El diálogo con la industria farmacéutica, solicitado por la Asamblea, ya ha dado resultados puesto que algunos fabricantes importantes han prometido su participación. Ciertas compañías farmacéuticas de primera fila han hecho a la OMS el ofrecimiento de poner, en condiciones especiales, a disposición de los países menos privilegiados del mundo algunos medicamentos de primera necesidad. Se trata de diez productos que han venido utilizándose desde hace muchos años contra ciertas enfermedades transmisibles, en particular la lepra, el paludismo, la enfermedad de Chagas y otras parasitosis tropicales. En su propuesta, los fabricantes estipulan que las condiciones y los precios especiales se determinarán país por país, y que la OMS actuará de intermediaria y coordinadora. Han empezado ya las oportunas consultas.

115. En las regiones se ha desplegado una actividad considerable en el sector de medicamentos esenciales, como puede apreciarse en los siguientes ejemplos. En las Américas, las Discusiones Técnicas celebradas durante la reunión del Comité Regional versaron sobre la influencia de los medicamentos en el coste de la atención sanitaria y los correspondientes problemas nacionales e internacionales. A fin de identificar los problemas de salud pública para cuya solución es preciso colaborar con la industria, se ha establecido el oportuno contacto con la Federación de Industrias Farmacéuticas Latinoamericanas. Con ayuda del Comité Interamericano de Desarrollo Agrícola (CIDA) se ha empezado a establecer en Jamaica un laboratorio regional de ensayo de medicamentos. En dos reuniones regionales de la OMS, celebradas en marzo, en Colombo y Manila respectivamente, se examinó y aprobó el informe del Comité de Expertos sobre medicamentos esenciales, mencionado en el párrafo 108, lo que entraña un primer paso hacia el desarrollo de programas regionales de política y gestión farmacéuticas. Por lo que respecta a la Región de Asia Sudoriental, la labor de adaptación de la lista OMS de medicamentos esenciales a las necesidades nacionales ha comenzado en Bangladesh, Birmania, India, Indonesia, Nepal y Sri Lanka; en algunos de esos países se ha concedido particular atención a las instalaciones de fabricación de medicamentos. Pasando a la Región del Pacífico Occidental, se han efectuado encuestas preliminares sobre la situación de los servicios de política y gestión farmacéuticas en Fiji, Papua Nueva Guinea, Samoa, Islas Salomón y Tonga; además, en una reunión celebrada en diciembre se adoptó una lista regional de medicamentos y se propuso la creación de un servicio farmacéutico regional encargado de la obtención, la inspección de la calidad, el almacenamiento y la distribución de medicamentos.

Prevención y lucha contra las enfermedades

116. Programa de lucha antipalúdica. Considerando el continuado recrudecimiento del paludismo en algunos países de Asia Sudoriental y en Turquía, los progresos lentos o prácticamente nulos de la lucha antipalúdica en diversos países de Asia y en América Latina y el nivel constante de la endemidad palúdica en Africa al sur del Sahara, el Consejo Ejecutivo reexaminó en su reunión de enero la estrategia de la lucha antipalúdica y llegó a la conclusión de que por el momento era imposible la erradicación mundial a causa de problemas administrativos, operativos y técnicos como la resistencia del vector a los insecticidas y la de Plasmodium falciparum a ciertos medicamentos. Así pues, con los medios actualmente disponibles no se puede interrumpir la transmisión del paludismo en muchas partes de Africa. Si bien la OMS está ya trabajando por la solución de algunos de esos problemas, se hizo notar que las decisiones políticas de los países son un factor de esencial importancia en todo programa de lucha antipalúdica.

117. En mayo, tras prolongados debates sobre la crítica gravedad de la situación palúdica, la Asamblea de la Salud declaró que no sería posible atajar el dramático recrudecimiento del paludismo si las autoridades nacionales no tomaban la firme decisión de combatir la enfermedad y si no se dedicaban suficientes recursos nacionales e internacionales a las actividades antipalúdicas. El paludismo está poniendo en peligro en muchas partes del mundo no sólo la salud de la población sino su desarrollo socioeconómico general. La construcción de presas, embalses y lagos artificiales ha contribuido también a la proliferación de la enfermedad. No obstante, la actual tendencia regresiva se podría atajar con un acto de determinación y voluntad política de los Estados Miembros y con una selección y un uso juiciosos de los métodos de lucha antipalúdica conocidos en la actualidad.

118. La Asamblea exhortó a los Estados Miembros a que, siempre que fuese posible, reorientaran sus programas antipalúdicos al objetivo final de la erradicación del paludismo en cuanto parte integrante de los programas nacionales de salud y a que intensificaran su acción fiscal, administrativa y técnica respecto del paludismo con arreglo a sus planes de desarrollo. Aunque el objetivo a largo plazo del programa antipalúdico de la Organización sigue siendo la erradicación, la Asamblea aprobó una estrategia cuyos objetivos a corto plazo son reducir los niveles de transmisión en las zonas epidémicas, los efectos sociales y económicos de la enfermedad y las tasas de mortalidad por paludismo y detener la propagación de la enfermedad a las zonas que han quedado exentas de ella. Los objetivos a medio plazo del programa son reducir la endemidad a niveles que no obstaculicen el desarrollo socioeconómico y rebajar la mortalidad por paludismo a cifras insignificantes. De acuerdo con la estrategia establecida, la planificación de cualesquiera actividades antipalúdicas ha de estar presidida por la máxima flexibilidad, según las circunstancias y recursos locales. Los gobiernos deben comprometerse a apoyar las actividades contra el paludismo durante todo el tiempo necesario. El tipo de programa elegido ha de ser hacedero en el contexto local, debe tener el pleno apoyo del sistema de salud que haya en el país y contar con la participación de la comunidad. Cada país ha de optar por una estrategia que pueda aplicar, pero es evidentemente deseable que los países limítrofes se propongan metas comunes y coordinen sus actividades.

119. Enfermedades diarreicas. Las enfermedades diarreicas plantean graves problemas de desarrollo socioeconómico y de salud pública en muchos países y son una causa importante de morbilidad y mortalidad, sobre todo entre los niños. Se han elaborado métodos simplificados y eficaces para el diagnóstico y el tratamiento mediante la rehidratación oral. La Asamblea de la Salud exhortó en mayo a los Estados Miembros a que considerasen la lucha contra estas enfermedades como un sector de prioridad elevada y a que aplicasen medidas de eficacia reconocida para combatir las y dominarlas en el marco de la atención primaria de salud.

120. Con el fin de emprender una gran campaña contra estas enfermedades, la Organización ha empezado ya a promover, a nivel nacional, regional y mundial, actividades e investigaciones relativas a etiología, epidemiología, patofisiología, tratamiento de casos, inmunología y obtención de vacunas, fomento de la lactancia natural y otros aspectos de la puericultura, la nutrición y la higiene del medio. La Asamblea de la Salud ha expresado su agradecimiento al UNICEF y al Gobierno del Reino Unido por el apoyo que han prestado a estas actividades.

121. De conformidad con las directrices de la Asamblea, la OMS intensificó en 1978 sus esfuerzos para recabar la participación de los Estados Miembros en la preparación de un plan de acción para un programa ampliado de lucha contra las enfermedades diarreicas. Está ahora en marcha la cooperación técnica entre los Estados Miembros y entre éstos y la OMS para este programa, en especial para la formación de personal de salud de distintas categorías. Se está dando gran prioridad a las actividades de investigación para el perfeccionamiento de métodos adecuados de tratamiento, prevención y lucha en zonas con servicios de salud de distintas características.

122. El objetivo a largo plazo del programa es eliminar las enfermedades diarreicas como problema de salud pública mejorando el abastecimiento de agua y el saneamiento, fomentando la educación sanitaria e introduciendo otras medidas generales de higiene comunitaria. Los objetivos inmediatos y a medio plazo son generalizar la rehidratación oral, con la que se puede hacer desaparecer prácticamente la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas, combinar esta terapia con una alimentación idónea para reducir al mínimo las consecuencias de dichas enfermedades (especialmente la malnutrición) en los niños y, a fin de reducir su incidencia, promover prácticas adecuadas de puericultura, mejorar el abastecimiento de agua y el saneamiento, fomentar la educación sanitaria y aplicar otras medidas para interrumpir la transmisión y prevenir la infección.

123. Se deben organizar en cada país programas de lucha contra las enfermedades diarreicas integrados en los programas nacionales de salud y en la atención primaria de salud. En la Región del Mediterráneo Oriental, en una reunión regional celebrada el mes de junio se formuló un plan regional de acción coordinada para combatir estas enfermedades. Los comités consultivos regionales de la OMS sobre investigaciones médicas de Africa, Asia Sudoriental, Mediterráneo Oriental y Pacífico Occidental dieron prioridad a las investigaciones sobre estas enfermedades y se están preparando programas de investigación sobre cuestiones de importancia regional y local. Los comités consultivos están sirviéndose de la lucha contra las enfermedades diarreicas como de un modelo para montar un programa mundial de investigaciones que partiendo de los países ascienda a los niveles regional y mundial.

124. Erradicación de la viruela. En 1978 no se descubrió ningún caso de viruela endémica, habiéndose producido el último brote de esta enfermedad en octubre de 1977 en la ciudad de Merka (Somalia). En el Cuerno de Africa (Djibouti, Etiopía, Kenya y Somalia), en países vecinos (Yemen y Yemen Democrático) y en otros países que están preparando la certificación de la erradicación de la viruela se mantuvieron los programas de vigilancia para descubrir casos de la enfermedad. Centros colaboradores de la OMS analizaron en 1978 4577 muestras enviadas desde 36 países, sin que ninguna contuviese virus variólico.

125. En agosto y septiembre se produjo en Birmingham (Reino Unido) un brote de viruela asociado con un laboratorio que conserva virus variólico. Hubo dos casos de viruela y murió un enfermo. Las autoridades de salud adoptaron inmediatamente estrictas medidas de vigilancia y control que dieron por resultado la eliminación inmediata del brote con sólo un caso secundario.

126. Las comisiones internacionales certificaron en 1978 que los seis países siguientes estaban exentos de la viruela: Malawi, Mozambique, República Unida de Tanzania, y Zambia (marzo), Uganda (octubre) y Sudán (noviembre). La certificación de la erradicación mundial está prevista para finales de 1979, dos años después de aparecer el último caso en una zona endémica.

127. El Director General, por recomendación del Consejo Ejecutivo, estableció la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Viruela. Se encargó a la Comisión vigilar las actividades enderezadas a la certificación mundial de exención de la viruela e informar al Director General acerca del cumplimiento de los criterios fijados para la erradicación mundial. En su primera reunión en diciembre, examinó la documentación, las encuestas y las conclusiones de las visitas a los países por personal de la OMS y miembros de la Comisión realizadas en 1978. La Comisión certificó la erradicación en 64 países, incluidos los antes mencionados, quedando 15 donde se certificará en 1979.

128. En enero de 1978 había en todo el mundo 18 laboratorios que conservaban virus variólico. Se desplegaron considerables esfuerzos para dar efecto a la resolución WHA31.54 en la que se pedía a todos los laboratorios, con excepción de los centros colaboradores de la OMS, que destruyesen las restantes reservas de virus de la viruela o las transfiriesen a un centro colaborador. En diciembre de 1978 quedaban aún 10 laboratorios, como mínimo, con tales reservas, cuatro de ellos centros colaboradores de la OMS. Miembros de la Comisión Mundial visitaron en el curso del año cuatro laboratorios para velar por el cumplimiento de la recomendación de la OMS y por las condiciones de seguridad en esos laboratorios. Se pretende para 1980 reducir el número de esos laboratorios a un máximo de cuatro.

129. En 1978 cuatro países donaron a la OMS 21 958 000 dosis de vacuna antivariólica. Se inició en Nueva Delhi el establecimiento de un almacén para la conservación permanente de vacuna antivariólica después de que se haya confirmado la certificación mundial. Incluida la sede de la OMS, hay actualmente dos instalaciones para reservas de vacuna y se está estudiando la creación de una tercera.

130. Tres países interrumpieron en 1978 la vacunación antivariólica sistemática. Son ahora 45 los países que han adoptado la misma medida.

131. En el Zaire se descubrieron en 1978 seis casos humanos de viruela símica, con lo que asciende a 35 el número de casos notificados. La enfermedad no se transmitió de una persona a otra. Estos datos, sumados a observaciones anteriores, corroboran la idea de que esta enfermedad no es muy transmisible entre personas y no constituye una amenaza para el programa mundial. En noviembre de 1978 se celebró en Ginebra una reunión consultiva extraoficial sobre el virus de la viruela de los monos y de la variola menor. Los participantes recomendaron que se siga estudiando el origen del virus de la variola menor y sus características. También se recomendó la vigilancia en el Zaire de los casos humanos de variola menor, así como la organización de una misión científica encargada de descubrir el reservorio animal de los casos humanos de viruela símica. Prosigue en el Zaire un programa de vigilancia de la variola menor y está proyectada una misión científica especial para 1979.

132. Programa Ampliado de Inmunización. La Asamblea de la Salud, después de examinar un informe sobre la marcha del Programa Ampliado de Inmunización, pidió en mayo al Director General que diese gran prioridad a la ejecución del Programa de manera que pueda alcanzarse la meta de inmunizar a todos los niños del mundo en el año 1990 contra la difteria, la tos ferina, el tétanos, el sarampión, la poliomielitis y la tuberculosis. La Asamblea tomó nota de los adelantos realizados en la ejecución del Programa, especialmente en el fortalecimiento de la capacidad nacional, el perfeccionamiento técnico de las cadenas de transporte frigorífico y la mejora de las vacunas y de los sistemas de distribución. Se celebró el establecimiento de un grupo consultivo mundial sobre el Programa y se instó a los Estados Miembros y a otros posibles donantes a que prestasen apoyo para la ejecución del Programa en los países mediante compromisos a plazo medio y a largo plazo.

133. Quince gobiernos de la Región del Mediterráneo Oriental colaboraron activamente con la OMS en el Programa Ampliado de Inmunización. Había en ejecución programas nacionales en nueve países y siete países cooperaban con la OMS en un proyecto interregional de producción de vacunas e inspección de la calidad apoyado por el PNUD. El mes de septiembre se organizó en Pakistán un curso nacional sobre gestión del Programa, en el que se utilizaron datos nacionales sobre las actividades de epidemiología e inmunización como material de adiestramiento. Cursos similares se celebraron en septiembre en la Región de Asia Sudoriental (India) y en la del Pacífico Occidental (Fiji).

134. Investigaciones sobre enfermedades tropicales. La Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales aprobó, en su primera reunión, celebrada en Ginebra el mes de noviembre, un presupuesto máximo para 1979 de US \$25,5 millones, de los cuales US \$22 millones ya están entregados o prometidos. La Junta Coordinadora Común, que es actualmente el órgano administrativo superior para el Programa Especial, está integrada por 27 gobiernos y organizaciones y por representantes de los tres organismos copatrocinadores: el PNUD, el Banco Mundial y la OMS. El Programa Especial se inició en 1976 para organizar medidas eficaces contra el paludismo, la esquistosomiasis, la filariasis (incluida la oncocercosis), la tripanosomiasis africana y americana, la leishmaniasis y la lepra.

135. Se recordó a la Junta Coordinadora Común que cuando en el pasado los países industrializados han emprendido campañas para resolver problemas mundiales de salud, han sido a menudo ellos los que más se han beneficiado. Sin embargo, todos los países se beneficiarían del Programa Especial, si bien las técnicas establecidas podrían tener mayores y más inmediatos efectos en la situación sanitaria de los países en desarrollo. El Programa funciona de manera que estos países participen en la solución de sus propios problemas de salud. Se ha establecido simultáneamente un sistema de gestión gracias al cual la comunidad científica entera participa plenamente en el establecimiento de los grandes objetivos científicos prioritarios y trabaja en investigaciones encaminadas al descubrimiento de nuevos medicamentos, pruebas de diagnóstico, vacunas, plaguicidas y otros medios de lucha.

136. En 1978 tuvo un rápido crecimiento científico y técnico el Programa Especial, que tan relacionado está con algunos de los más agudos problemas de salud de los países en desarrollo. Un aspecto importante es el fortalecimiento de los centros de investigación en los países tropicales. El Programa se ocupa tanto de la formación de directores de investigación como del apoyo al personal que trabaja en los laboratorios, en las clínicas y sobre el terreno. La formación y el perfeccionamiento del personal y el fortalecimiento de los centros de investigación están íntimamente relacionados con la búsqueda de nuevos medios de lucha, por lo que el Programa pretende coordinar e integrar la acción misma de investigación y desarrollo con las actividades de fortalecimiento de esos centros, intensificando la participación de científicos de los países donde las enfermedades son endémicas y aportando un marco profesional para los científicos en los países mismos.

137. Prevención de la ceguera. El programa de prevención de la ceguera emprendido por la OMS entró en pleno funcionamiento a principios de 1978. En febrero se celebró una reunión consultiva sobre esta cuestión. La recomendación básica formulada a la OMS fue la de que se reconozca el derecho a la visión como elemento importante de la acción sanitaria que requiere un apoyo en gran escala. La eliminación de la ceguera provocada por el tracoma, la oncocercosis y la xeroftalmía es posible y la eficacia de esta actividad es elevada en relación con su costo. La ceguera por cataratas es fácil de curar y su eliminación da al individuo una mayor independencia y aumenta considerablemente la productividad. La prevención de la ceguera no siempre hace necesaria la intervención de un médico: cada vez es más evidente que para prevenir la ceguera es indispensable una acción orientada hacia diversos factores interrelacionados, como la nutrición, la situación económica y social, el medio ambiente, la educación y el comportamiento social. La participación de la comunidad, a título colectivo e individual, es un requisito previo para todo programa de lucha contra la ceguera.

138. En 1978 se estableció un grupo consultivo mundial y se adoptaron las primeras medidas para designar una red de centros colaboradores de la OMS en todas las regiones. Un grupo de trabajo definió los principios para la planificación de la estrategia, y en una reunión sobre métodos técnicos y operativos celebrada en octubre se prepararon directrices para esos programas. Lo fundamental es fomentar programas regionales y nacionales en el marco de la atención primaria de salud. La Organización desempeña una función catalizadora al facilitar la preparación de programas nacionales y la formación de personal profesional nacional de diversas categorías. En 1978 prosiguió con resultados satisfactorios la coordinación con organizaciones no gubernamentales, especialmente con el Organismo Internacional de Prevención de la Ceguera, dándose especial importancia a la información del público y a la movilización de recursos.

139. En las regiones se desarrollaron actividades que respondían a las diferentes situaciones y prioridades. Se designaron grupos coordinadores en todas las oficinas regionales y se establecieron grupos de trabajo en África, las Américas, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental. En la Región del Mediterráneo Oriental se reunió en Teherán (Irán) el mes de marzo un comité para estudiar las medidas idóneas para promover la prevención de la ceguera. Como complemento de esta reunión, se organizó en junio un comité técnico, integrado por oftalmólogos de siete países, para formular un plan de acción.

140. Hipertensión. Cabe considerar el Día Mundial de la Salud como mecanismo que permite suscitar una mayor conciencia de los problemas de salud. En 1978 el Día Mundial de la Salud tuvo por tema "Cuidado con la presión alta", como reconocimiento de la importancia de este

problema de salud en todo el mundo. En colaboración con la Sociedad Internacional de Cardiología, se lanzó un amplio programa de información realizado con éxito por intermedio de las Oficinas Regionales de la OMS y los gobiernos de muchos Estados Miembros, así como de las sociedades nacionales de cardiología. Se preparó y distribuyó un conjunto de artículos y notas de prensa que fue muy reproducido en todas las regiones. También se prepararon y distribuyeron dos películas de un minuto de duración y una serie de entrevistas radiofónicas. Un seminario especial para escritores sobre temas científicos, durante el que tuvieron la oportunidad de hacer preguntas a miembros del Comité de Expertos de la OMS en hipertensión arterial, dio lugar a crónicas y artículos, algunos de ellos publicados simultáneamente en cadenas de periódicos.

141. En el Día Mundial de la Salud participaron activamente tanto países industrializados como países en desarrollo. A juzgar por la reacción suscitada en determinados países, parece probable que esta acción no quede limitada en el tiempo, ya que en muchos países se emprendieron programas a largo plazo para combatir la hipertensión en la comunidad. La característica más llamativa del acontecimiento fue la difusión de ideas y experiencias. El público de América Central, por ejemplo, tuvo conocimiento de los problemas sanitarios de Asia y África y de las soluciones propuestas. La prensa de América Latina destacó la cuestión de la presión sanguínea elevada y las características sociales y antropológicas que la rodean.

142. Aunque no es posible determinar con precisión los efectos prácticos que tuvo el Día Mundial de la Salud en cada país, es indudable que en muchos casos sirvió de acicate para que en los programas nacionales se desplegaran mayores esfuerzos y contribuyó a que se iniciasen programas en lugares donde antes no se había organizado ninguno. Parece, sobre todo, que está encontrando amplia aceptación y se está empezando a seguir la orientación comunitaria, a cuyo efecto importa entender cómo los individuos pueden modificar su forma de vida para mejorar su salud.

143. Medidas antitabáquicas. El estado de salud de una población no se puede mejorar exclusivamente mediante esfuerzos exteriores a ella: es indispensable la participación activa de la comunidad y del individuo. Si ha de beneficiarse plenamente de las actividades sanitarias desarrolladas por otros en su favor, el individuo debe estar motivado para mejorar y mantener su estado de salud. Tal consideración tiene especial pertinencia en relación con la lucha contra el tabaquismo.

144. Habida cuenta de lo poco que se hace con el fin de combatir los riesgos del tabaco para la salud, pese a las pruebas científicas irrefutables y cada vez más abundantes sobre la amenaza que representa, la Asamblea de la Salud aprobó en mayo un programa en cuatro partes para cuya ejecución se exhortó a los Estados Miembros a que intensificaran la educación popular en relación con los efectos del tabaco, a que adoptaran disposiciones completas para limitar el consumo de tabaco, en particular con aumentos de tributación sobre las ventas de cigarrillos y restringiendo todas las formas de publicidad en su favor, a que protegieran el derecho de los no fumadores limitando los lugares donde esté permitido fumar, y a que procuraran sustituir el cultivo y la elaboración de tabaco por otras actividades económicamente viables.

145. Teniendo en cuenta las deliberaciones de la Asamblea, se convocó el mes de octubre en Ginebra un Comité de Expertos en Lucha Antitabáquica. Algunas de sus recomendaciones fueron las siguientes: en los países en desarrollo no se debe fomentar el cultivo y elaboración de tabaco, se debe prohibir que los países desarrollados exporten tabaco y productos del tabaco, se debe prohibir totalmente la publicidad en favor del tabaco, se deben adoptar medidas para fijar topes para los productos de la combustión de los cigarrillos y los gobiernos deben organizar programas especiales para desaconsejar el consumo de tabaco en las industrias donde constituye un riesgo especial.

Fomento de la higiene del medio

146. En mayo, la Asamblea de la Salud exhortó a los gobiernos a movilizar todos los recursos posibles, a adoptar las disposiciones orgánicas necesarias y preparar planes que obedezcan a normas prácticas con objeto de satisfacer las necesidades prioritarias para suministrar agua

potable y servicios de saneamiento a toda la población para el año 1990, objetivo fijado por la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Agua para el decenio 1980-1990, designado como el Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental. La OMS se esforzó en 1978 por intensificar la cooperación técnica con los Estados Miembros para preparar el Decenio, por fomentar la cooperación internacional para suscitar una mayor conciencia y elevar la prioridad y el aflujo de recursos externos en materia de abastecimiento de agua y saneamiento ambiental y por establecer claramente el programa a medio plazo de higiene del medio.

147. El método elegido para dar efecto a las decisiones de la Conferencia sobre el Agua es aprovechar la acción regional y mundial en apoyo de objetivos nacionales fijados en los países. Con este fin, los organismos que forman parte del sistema de las Naciones Unidas interesados en el abastecimiento público de agua y en el saneamiento constituyeron un comité permanente encargado de las actividades en colaboración. Este comité facilita el acopio, comunicación e intercambio de datos de los programas y proyectos sobre las actividades del Decenio, en particular sobre las necesidades de los países y los recursos exteriores. En los países, los representantes residentes del PNUD coordinan las aportaciones del sistema de las Naciones Unidas, con el apoyo técnico de la OMS y de otros organismos prestado a través de su personal y de sus oficinas en las regiones y países.

148. En 1978 se obtuvieron recursos adicionales gracias a la colaboración con el PNUD, el SIDA y la República Federal de Alemania. Estas actividades conjuntas tienen por objeto impulsar en los países el establecimiento de proyectos aptos para recibir inversiones exteriores y la organización de servicios técnicos que aminoren o eliminen los obstáculos al desarrollo en el sector del abastecimiento de agua y del saneamiento.

149. Las reacciones de los gobiernos a las resoluciones de la Conferencia sobre el Agua variaron según las necesidades y el estado de preparación de cada país. Sólo unos pocos países están movilizando ya recursos adicionales para intensificar sus esfuerzos por alcanzar los objetivos del Decenio. No obstante, según indicaciones preliminares, muchos gobiernos tienen la intención de dar gran prioridad en sus planes de desarrollo al sector del agua y del saneamiento.

150. A finales de 1978 unos 100 países, incluidos la mayoría de los países en desarrollo, habían realizado ya una rápida evaluación de la situación. Casi todos los informes indican que será preciso mantener la cooperación técnica para las actividades preparatorias del Decenio. Para que su participación sea más eficaz, la Organización comenzó en 1978 a regionalizar gradualmente el programa de cooperación entre la OMS y el Banco Mundial, reorientando las actividades del personal, el cual participará, a petición de los gobiernos miembros, en las actividades de planificación sectorial y preinversión emprendidas para preparar el Decenio.

151. Así pues, durante el Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental, se hará lo imposible para suministrar suficiente agua potable y servicios higiénicos de evacuación de excretas a toda la población para el año 1990. A ese efecto, los países interesados han de preparar planes y programas realistas, los gobiernos y las entidades exteriores de financiación han de facilitar fondos suficientes y éstos han de aprovecharse al máximo. La primera reunión consultiva para deliberar sobre el modo mejor de movilizar recursos internacionales y bilaterales en apoyo de la acción gubernamental para alcanzar los objetivos del Decenio se celebró en Ginebra en noviembre de 1978, con asistencia de representantes de organismos bilaterales, bancos regionales y organizaciones del sistema de las Naciones Unidas que colaborarán durante el Decenio. Se llegó a un acuerdo general en lo relativo a la coordinación de las actividades en los países y a la adopción de medidas inmediatas, como la organización en fecha próxima de reuniones regionales y nacionales para orientar los programas y proyectos locales.

152. A nivel nacional, es digno de mención un proyecto en la Región de las Américas. Diez países del Caribe Oriental iniciaron un plan para capacitar adecuadamente a personal de los servicios de abastecimiento de agua de todas las categorías. Anteriormente el personal de categoría superior o intermedia se formaba casi siempre fuera de la zona del Caribe y la escasez de este personal impedía la instalación o mejora de los servicios de abastecimiento de agua.

El plan, ya en ejecución, forma parte del proyecto básico de gestión de los recursos hidráulicos en el Caribe, que cuenta con la colaboración de la OPS/OMS y del SIDA; este proyecto se propone ser autosuficiente, por lo que cabe clasificarlo como cooperación técnica entre países en desarrollo. La primera fase, correspondiente a los cinco primeros meses de 1978, se consagró a la capacitación de instructores, es decir, a la formación de personal técnico con aptitudes docentes. Dos grupos itinerantes de instructores, integrados por nacionales de las Indias Occidentales, viajaron de isla en isla y dirigieron en cada una de éstas una serie de tres reuniones de trabajo de una semana de duración con un máximo de 15 participantes, y con horarios que estorbasen lo menos posible la actividad profesional de éstos. Los 140 participantes que recibieron esta formación práctica constituyen ahora un núcleo de personal capacitado para formar a otros. En la segunda mitad del año se desarrolló la segunda fase del proyecto: la preparación de manuales y medios didácticos para la enseñanza práctica. Actualmente se están elaborando nuevos métodos de utilidad en este sector.

153. La Asamblea de la Salud deliberó en mayo acerca de los efectos sobre la salud de las sustancias químicas presentes en el medio y pidió que se promoviera la cooperación internacional en la evaluación de los efectos de las sustancias químicas tóxicas y peligrosas en la salud. Posteriormente se adoptaron las primeras medidas para establecer un programa internacional de inocuidad química, basado en las actividades en curso de los países y de la OMS y en las actividades conexas del CCIC. En junio, la OMS y el Consejo Internacional de Uniones Científicas convocaron una reunión para examinar los métodos y las bases científicas de evaluación. En la reunión se recomendó el establecimiento de un grupo científico sobre esta cuestión bajo el patrocinio de estas dos y cualesquiera otras organizaciones interesadas. También se celebraron consultas con diversos Estados Miembros que habían ofrecido su cooperación; fueron objeto de esas consultas el contenido y la organización operativa del programa, la participación de instituciones nacionales y los medios de financiación. En octubre se celebró una reunión intergubernamental de representantes de los Estados Miembros consultados hasta ahora, en la cual estuvo también representado el PNUMA. La reunión dio orientaciones sobre el contenido y la estructura orgánica del programa y sobre las medidas para llevarlo a cabo, en particular sobre la posible distribución de las actividades.

Formación y perfeccionamiento del personal de salud

154. Ningún sistema de salud puede funcionar con eficacia si no cuenta con un número suficiente de personal capacitado para resolver los problemas sanitarios más frecuentes en la comunidad a la que sirve. El programa a medio plazo de la Organización para la formación y el perfeccionamiento del personal de salud (1978-1983) fue presentado en enero al Consejo Ejecutivo y en mayo a la Asamblea de la Salud. El programa es fruto de la colaboración entre los Estados Miembros y la OMS y consta de elementos nacionales, regionales y mundiales. Su elaboración se ha basado en el principio fundamental de que la OMS debe colaborar con los Estados Miembros que lo soliciten para satisfacer sus necesidades sanitarias mediante servicios prestados por grupos de personal, llevándose a cabo todas las actividades sanitarias en el nivel de los servicios más periférico de que se pueda encargar el personal mejor capacitado para esas actividades.

155. La finalidad principal del programa es modificar radicalmente la formación del personal de salud en los Estados Miembros, en función de las necesidades sanitarias presentes y futuras de la comunidad. Este objetivo se ha de cumplir mediante un proceso de integración del desarrollo de los servicios y de la formación del personal, que permita planificar y desarrollar los servicios para satisfacer las necesidades sanitarias de toda la población y planificar, formar y utilizar al personal en función de las necesidades de esos servicios. La primera prioridad del programa es ayudar a resolver los problemas sanitarios de los países en desarrollo, la segunda es orientar la formación de todas las categorías de personal hacia la satisfacción de las necesidades sanitarias conocidas y la tercera satisfacer las necesidades sanitarias de las comunidades más desatendidas, en especial de las rurales.

156. La Reunión Consultiva Ministerial sobre Desarrollo de Servicios de Salud y Formación de Personal, celebrada en Teherán (Irán) en febrero y marzo, es un ejemplo de cómo se lleva a cabo este programa en una de las regiones. La OMS invitó a los ministros de salud y de

educación de 22 países de la Región del Mediterráneo Oriental, así como a más de 70 planificadores sanitarios y responsables de la educación. Basándose en las recomendaciones aceptadas en la reunión, los Estados Miembros de la Región establecerán, en colaboración con la OMS, mecanismos adaptados a cada país para el desarrollo integrado de los servicios y de los recursos de personal de salud.

157. La Reunión Consultiva declaró que cada país debe comprometerse políticamente a prestar a toda la población una atención de salud eficiente y eficaz. Cada país debe formular su propio plan de acción, ya que ninguna solución es aplicable universalmente. El plan ha de ser flexible, objeto de una revisión constante y adaptado a la evolución de la situación. En la preparación del plan deben participar activamente los responsables del desarrollo de los servicios de salud y de la formación de personal sanitario de todas las categorías, los que trabajan en otros sectores del desarrollo y la población, es decir, los "consumidores" de los servicios de salud. En el informe se formulan recomendaciones concretas sobre medidas que han de aplicar los países Miembros y sobre los mecanismos, planes y actividades idóneos para el desarrollo de los servicios y la formación del personal.

158. El informe¹ de la reunión consultiva, muy difundido en todo el mundo, constituye un hito importante en la preparación en los países de la Región de programas eficaces para la formación de personal de salud, íntimamente adaptados a las necesidades de los servicios. Los resultados de la reunión han sido alentadores: varios países han adoptado diversas medidas en el marco de sus estructuras de salud y educación o han solicitado colaboración para la preparación de políticas y programas integrados en este sector con el fin de aplicar las recomendaciones de la reunión consultiva. Por ejemplo, como fruto directo de la reunión, los Gobiernos de Arabia Saudita y del Sudán han solicitado el envío de misiones que estudien las relaciones recíprocas entre los sectores de salud y de educación en sus países.

Fomento y desarrollo de las investigaciones

159. Ningún sistema de salud puede tener verdadera eficacia si no está respaldado por actividades de investigación que permitan abordar problemas específicos y proporcionen una orientación general para el desarrollo apropiado del sistema. Cabe decir que el programa de fomento y desarrollo de las investigaciones emprendido por la OMS entró en 1978 en una fase espectacular: el sistema quedó transformado en su totalidad al convertirse la investigación en una actividad nacional asistida por la Secretaría de la OMS. A partir de su 20^a reunión, celebrada en 1978, el Comité Consultivo Mundial de Investigaciones Médicas empezó a ocuparse más de las cuestiones de política mundial que de las propuestas de ejecución de investigaciones específicas. Ante la necesidad de identificar las cuestiones de alcance general para cuyo esclarecimiento es indispensable la investigación sanitaria, el Comité empezó a abordar los problemas relativos a la más estrecha correspondencia entre las investigaciones y las necesidades de la población.

160. En 1978 fue satisfactorio el funcionamiento de todos los comités consultivos regionales de investigaciones médicas, que definieron las prioridades regionales tomando como base las prioridades nacionales. Para asegurar la coordinación a nivel mundial, participaron en la reunión del Comité Consultivo Mundial los presidentes de los comités consultivos regionales, cuyos informes mostraron que se han efectuado ya progresos considerables hacia el reconocimiento de la importancia de una investigación sanitaria orientada en función de la acción práctica y en la ejecución de programas de investigación ajustados a las necesidades reales de los países. En el Cuadro 3 se indica cómo desempeñaron sus funciones los distintos comités consultivos. Además, el Comité Consultivo Mundial estableció cuatro subcomités con el fin de promover la ejecución de nuevas investigaciones sobre servicios de salud, nutrición y enfermedades diarreicas y para ocuparse de la información de base indispensable a esos efectos; dichos subcomités se reunieron para explorar los sectores que consideran de principal interés.

¹ An integrated approach to health services and manpower development. Report of the Ministerial Consultation on Health Services and Manpower Development, Teheran, 26 February-2 March 1978. Alejandría, Organización Mundial de la Salud, 1978 (Publicación Técnica de la OMS/EMRO N° 1).

CUADRO 3. CUESTIONES DE IMPORTANCIA EXAMINADAS POR LOS COMITES CONSULTIVOS REGIONALES
DE INVESTIGACIONES MEDICAS

Región de Africa

Desarrollo del programa regional de investigaciones
Red de centros participantes
Programa especial sobre enfermedades tropicales
Investigaciones sobre paludismo y otras enfermedades parasitarias
Investigaciones sobre servicios de salud

Región de las Américas

Nutrición
Higiene del medio y abastecimiento de agua
Investigaciones sobre servicios de salud
Enfermedades transmisibles, con inclusión de la diarrea
Aspectos éticos de la investigación

Región de Asia Sudoriental

Enfermedades diarreicas
Fiebre hemorrágica dengue
Lepra
Paludismo
Enfermedades hepáticas crónicas
Prestación de asistencia sanitaria
Investigaciones sobre mordeduras de serpientes

Región de Europa

Investigaciones sobre servicios de salud
Sistemas de información
Evaluación de nuevos medicamentos
Medicamentos para los países en desarrollo

Región del Mediterráneo Oriental

Establecimiento de una biblioteca médica y de un centro de información biomédica regionales
Investigaciones sobre servicios de salud
Tecnología apropiada de salud y suministro de animales de experimentación
Investigaciones sobre enfermedades tropicales
Enfermedades diarreicas

Región del Pacífico Occidental

Robustecimiento de la capacidad nacional de investigación
Coordinación del programa descentralizado de investigaciones de la OMS
Formación de investigadores en el sector de la epidemiología
Nutrición
Enfermedades diarreicas

161. La red mundial y regional de comités consultivos cuenta con un total aproximado de 100 especialistas de todo el mundo, que han demostrado su capacidad para identificar los principales problemas de salud que han de ser objeto de estudio y para organizar los correspondientes programas de investigación. Aunque el nivel de financiación prioritaria de los programas de investigación sigue siendo modesto, parece claro que el funcionamiento de dicha red ha tenido efectos estimulantes por lo que respecta a las investigaciones biomédicas y a las investigaciones sobre servicios de salud. La experiencia obtenida en la ejecución de dos grandes programas de investigación de alcance mundial - el Programa Especial de Investigaciones y Desarrollo, y de Formación de Investigadores en Reproducción Humana y el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales - demuestra claramente la posibilidad de iniciar nuevas acciones de gran envergadura respecto a los problemas mundiales de salud mediante programas de base científica, cuidadosamente preparados.

162. Los comités consultivos otorgaron muy elevada prioridad a las investigaciones sobre servicios de salud, que se extienden a todos los aspectos de la prestación de dichos servicios, y se pronunció en favor de su promoción activa por la OMS en dos fases. Corresponde la primera de éstas al desarrollo de la capacidad de investigación por diversos medios, a saber: identificación de posibles investigadores especializados en las diversas disciplinas de interés para este tipo de investigación, contratación y perfeccionamiento de personal capacitado, robustecimiento de las instituciones con el fin de que actúen como centros nacionales y regionales en materia de servicios de salud, establecimiento de técnicas básicas aplicables en las investigaciones sobre servicios de salud y promoción entre los administradores y los especialistas de un conocimiento mayor de la naturaleza y de la importancia de este sector de investigación. Una vez establecida la capacidad de investigación, la segunda fase correspondería a la expansión de las investigaciones. En todas las regiones de la OMS se han organizado grupos de trabajo para examinar los problemas relacionados con las investigaciones sobre servicios de salud.

163. Por último, la Organización empezó a formular en 1978 un nuevo plan para la gestión de programas de investigación. El objetivo último de dicho plan es desarrollar la capacidad de los países para la investigación sanitaria, los recursos y los medios de apoyo que cabe destinar a la investigación y los mecanismos y las estructuras nacionales indispensables para asegurar una gestión adecuada de los programas de investigación en cada país. La OMS contribuirá activamente a coordinar el desarrollo y la ejecución de investigaciones prioritarias de salud a escala internacional y a la movilización de recursos para ese tipo de investigaciones. El plan prevé una aportación en gran escala de los países en función de las necesidades de sus respectivas poblaciones; ese esfuerzo se consolidará a nivel regional y a nivel mundial gracias a la coordinación adecuada de las actividades en todos los niveles. Se funda el plan en dos consideraciones básicas, a saber: la necesidad de que las actividades de investigación se integren en programas y su gestión sea, por consiguiente, análoga a la de las actividades de otros programas, y la importancia que ha de concederse al desarrollo de la capacidad nacional de investigación, a la determinación del orden de prioridad de las investigaciones por los países en función de la política social seguida en el sector sanitario y a la ejecución por los países mismos de las actividades de investigación. El plan puede ser considerado como parte de los esfuerzos actualmente desplegados por la Organización para examinar sus estructuras en relación con sus funciones.

Procesos de gestión para el desarrollo sanitario

164. El Consejo Ejecutivo, en enero, y la Asamblea de la Salud, en mayo, examinaron diversos informes sobre la marcha de las actividades en los sectores prioritarios de los procesos de gestión para el desarrollo de la salud: programación sanitaria por países, programación a plazo medio, desarrollo de la evaluación del programa y programa de sistemas de información. La formulación de estrategias con objeto de alcanzar un nivel aceptable de salud para todos en el año 2000 exigirá la aplicación intensiva de todos los procesos mencionados. Hay en ese proceso dos aspectos distintos, pero estrechamente relacionados, a saber: el relativo al desarrollo sanitario nacional y el relativo al desarrollo del programa de la OMS en función del desarrollo sanitario nacional.

165. Como consecuencia de los animados debates habidos en los dos órganos deliberantes se adoptaron diversas resoluciones orientadas a la acción práctica, y en particular una resolución de la Asamblea sobre procesos de gestión para el desarrollo sanitario en la que se encarecía la necesidad de coordinar la aplicación de los diversos procesos, tanto para el desarrollo sanitario en los países como para la ejecución del programa en la OMS. En sus reuniones de 1978, los comités regionales retomaron las cuestiones debatidas en la Asamblea y subrayaron la importancia de dichos procesos en los Estados Miembros y en las Oficinas Regionales.

166. El Consejo Ejecutivo reconoció que la programación sanitaria por países es un instrumento importante para el desarrollo sanitario nacional, pues ayuda a los gobiernos a adoptar decisiones políticas de conformidad con el principio de la autorresponsabilidad nacional. El Consejo encareció la necesidad de una mayor colaboración de la OMS y los Estados Miembros en el desarrollo de la programación sanitaria por países y en el robustecimiento de las actividades de formación de personal nacional y de personal de la OMS en este sector. La Asamblea suscribió esa evaluación de la programación sanitaria por países. El proceso se ha desarrollado en el curso de los últimos años sobre la base de una serie de principios generales aceptados (cuya revisión está en curso) y teniendo en cuenta la experiencia nacional. A fines de 1978, 35 Estados Miembros habían iniciado la programación sanitaria por países, pero eran muy pocos los que la habían organizado como un proceso continuo dirigido desde el más alto nivel de sus ministerios de salud.

167. El Consejo Ejecutivo aprobó la metodología empleada en el establecimiento de los programas a plazo medio de la Organización para la ejecución del Sexto Programa General de Trabajo para un periodo determinado (1978-1983), y en particular la participación de los Estados Miembros en ese proceso, pidió al Director General que siguiera desarrollando dichos programas y al Comité del Programa establecido por el Consejo Ejecutivo que continuase examinándolos anualmente.

168. El Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud examinaron los programas a plazo medio de formación y perfeccionamiento del personal de salud y de salud mental, que son los dos primeros programas de esa naturaleza cuya preparación ha iniciado la OMS. Es manifiesta la importancia de los esfuerzos desplegados para preparar un programa global de seis años sobre formación y perfeccionamiento del personal de salud en función de las necesidades de los Estados Miembros; el Consejo reconoció que esta nueva forma de programa es fruto de un continuo diálogo entre los Estados Miembros y la Secretaría y que requiere el establecimiento de mecanismos eficaces de vigilancia en todos los niveles. En cuanto al programa de salud mental, el Consejo consideró que el establecimiento de grupos de carácter nacional, regional y mundial para coordinar la planificación y la ejecución del programa es un procedimiento eficaz y tomó nota con satisfacción de que la reorientación de las actividades de salud mental con un criterio de salud pública estaba siendo enérgicamente promovida por medio de este programa. En 1978 también se completó el programa a plazo medio de higiene del medio y se inició la formulación de programas a plazo medio de servicios completos de salud, de lucha contra las enfermedades transmisibles y de lucha contra las enfermedades no transmisibles. Todos los programas del Sexto Programa General de Trabajo quedarán cubiertos en 1980.

169. Se ha empezado a promover la evaluación de los programas de salud tomando como base las normas suscritas por el Consejo Ejecutivo, en enero, y la Asamblea de la Salud, en mayo. Las normas se han distribuido a los Estados Miembros, y las Oficinas Regionales han iniciado su aplicación experimental en un número considerable de países. Dichas normas se están también aplicando progresivamente en la evaluación de los programas de la OMS.

170. Los sistemas nacionales de información sanitaria plantean muy complejos problemas, ya que sirven para una gran diversidad de fines, en particular el apoyo al proceso de desarrollo sanitario nacional, la gestión de instituciones de salud y la ejecución de investigaciones biomédicas y sobre servicios de salud. En 1978 se empezó a preparar un proyecto de normas para el desarrollo de sistemas nacionales de información sanitaria. Por otra parte, los elementos centrales del sistema de información de la OMS estaban ya en pleno funcionamiento y empezaron a desarrollarse otros componentes de dicho sistema, como el intercambio internacional de información sobre salud y cuestiones afines.

Conclusión

171. En breve, 1978 fue para la Organización un año extremadamente rico en acontecimientos y en actividades. La orientación general de esas actividades fue centrífuga. En otras palabras, al considerar cómo debe desarrollarse la OMS, se prestó menos atención a la Sede que a las regiones y menos a las oficinas regionales que a los Estados Miembros, al tiempo que se hacía uso mucho mayor del personal nacional y de las instituciones nacionales para promover los objetivos de la Organización.

172. Si el acontecimiento principal de 1977 fue la adopción por la Asamblea Mundial de la Salud del objetivo de la salud para todos en el año 2000, el acontecimiento más determinante de 1978 deriva de esa decisión y es la Declaración de Alma-Ata, en la que se afirma que en la atención primaria de salud está la clave para alcanzar la meta establecida. Todas las cuestiones relacionadas con dicho objetivo se examinaron a fondo en la Conferencia de Alma-Ata y quedaron claramente expresadas en la Declaración; los programas de la OMS están siendo orientados en consecuencia.

173. No puede, sin embargo, alcanzar la OMS por sí sola esa meta, por bien que desempeñe sus funciones constitucionales como autoridad encargada de dirigir y de coordinar la acción sanitaria internacional y por mucho que intensifique la cooperación técnica con sus Estados Miembros. El impulso principal debe venir de los países mismos, que han de manifestar esa determinada voluntad política sin la que poco podrá lograrse. La marcha hacia la salud para todos en el año 2000 será larga y ardua. Sin embargo, ya ha comenzado.

= = =