

**Observaciones liminares formuladas en la
cuarta reunión mundial de los jefes de
las oficinas de la OMS en los países
Ginebra (Suiza), 12 de noviembre de 2007**

Señora Directora Regional, señores Directores Regionales, administradores y administradoras superiores, jefes y jefas de las oficinas de la OMS en los países, colegas, señoras y señores:

Poco después de haber asumido el cargo, me propuse mejorar la manera en que la OMS utiliza el valor estratégico de su estructura descentralizada. Concretamente me pidieron los Estados Miembros que hiciera que esta estructura funcionara mejor.

Es lógico hacerlo. Todos sabemos que los problemas de salud, y la capacidad para resolverlos, varían considerablemente de una región a otra. Cada país afronta amenazas para la salud que le son propias.

La salud se ve afectada por las creencias culturales, como las que inciden en la situación de la mujer o estigmatizan a las personas que padecen ciertas enfermedades. La salud se ve influida por los sistemas políticos y la calidad de la administración pública. Los propios sistemas sanitarios son en gran medida fruto de cada contexto, y están determinados por la historia así como por el entorno social, cultural y político.

Éstas observaciones nos llevan a una conclusión obvia: esta estructura descentralizada es una baza para la Organización. Responde a un principio consagrado por el tiempo: la delegación de responsabilidad al nivel de mayor eficiencia operacional.

Desde que asumí mis funciones, he procurado hacer participar a los Directores Regionales más directamente en la formulación de las políticas sanitarias internacionales y en las decisiones sobre el funcionamiento cotidiano de la Organización.

Esta es la cuarta reunión de este tipo, pero queremos que el acontecimiento sea diferente a lo que ha sido hasta ahora: extendemos la participación en el diálogo de política a las oficinas en los países. Además, uno de los objetivos de la reunión es encontrar medios de hacer más sistemática su participación, de modo que la experiencia de la OMS en los países sirva de orientación formal cuando se adoptan decisiones de política.

Como he dicho, lo que se mide se hace. Y lo que se hace en los países es la mejor medida de nuestra actuación.

Esta reunión es un diálogo de política en el que participan los tres niveles de la Organización. No obstante, deseo dirigir mis observaciones más concretamente a los jefes de las oficinas en los países.

Ustedes son los representantes de la Directora General y de los Directores Regionales. Ustedes, y el personal a su cargo, están en la línea del frente. Ustedes conocen el país y su cultura. Ustedes ven los problemas de salud. Ustedes siguen de cerca la actualidad nacional, ustedes están más próximos que nadie al ministerio de salud. Ustedes conocen la política.

Ustedes son nuestra inteligencia sanitaria en los países, y son también la cara pública y la voz de la OMS - en el frente, donde la gente realmente vive y muere, a veces como resultado de nuestras políticas. Ustedes son el nexo entre expresiones tan manidas como «a nivel de país» o «en el terreno», y la realidad misma. Ustedes, y el personal a su cargo, sus servicios o sus

conexiones, son la base operativa para la respuesta internacional a las emergencias. Es mucho lo que depende de su competencia y de su eficiencia operacional.

Señoras y señores:

Mucho depende de todos nosotros. Creo que hemos llegado, en menos de una década, a un momento en la historia de la salud pública que presenta un interés sin igual y al mismo tiempo constituye un reto sin par. La salud es hoy un ámbito que atrae a una multitud de organismos y actores.

En apenas estos últimos siete años, se han constituido más de 100 alianzas, centradas en distintas enfermedades. La financiación externa destinada a la salud en los países en desarrollo pasó de US\$ 7000 millones en 2000 a US\$ 10 700 millones en 2003, y sigue incrementándose. El número de mecanismos de financiación innovadores no deja de crecer, al igual que la cuantía de los recursos que manejan.

Nunca antes la salud había recibido tal atención o disfrutado de semejante caudal. Pero la atención lleva consigo un examen minucioso, y los recursos llegan con una expectativa de resultados.

Hemos llegado a la mitad de la cuenta atrás hacia 2015, el año al que se ha atribuido tanta importancia en la Declaración del Milenio y sus Objetivos. Estos Objetivos representan el compromiso más ambicioso jamás asumido por la comunidad internacional. Atacan de raíz las causas de la pobreza, y reconocen que esas causas están imbricadas. En suma, reconocen la importancia de la colaboración multisectorial.

Los Objetivos presentan la salud como motor principal del progreso económico. De ese modo, elevan el rango de la salud. La salud ya no es más un mero consumidor de recursos. También es un productor de ganancias económicas.

A pesar de estas saludables tendencias, tenemos que hacer frente a la realidad. De todos los Objetivos, los directamente relacionados con la salud son los que menos probabilidades tienen de ser alcanzados.

Se trata de los Objetivos que apuntan a reducir los elevados niveles de defunciones prematuras a causa de enfermedades y dolencias que afectan desproporcionadamente a los pobres. Son los Objetivos de cuyo cumplimiento depende la vida de millones de personas. Son los Objetivos que conllevan poderosos instrumentos - medicamentos, vacunas y otras intervenciones - para apoyar su consecución.

Algo va mal. La salud pública cuenta con el compromiso político, con instrumentos eficaces, con buenas estrategias de ejecución y con recursos de nuevas fuentes. Por último, con tantas cosas obrando a nuestro favor, podemos ver lo que nos frena. Y es esto. La potencia de las intervenciones no corre pareja con la capacidad de los sistemas de salud para hacerlas llegar a quienes más las necesitan, en una escala adecuada, y a tiempo.

En todo el mundo, los gobiernos hace decenios que no invierten lo suficiente en los sistemas sanitarios básicos. Ha hecho falta un firme compromiso internacional, como los Objetivos, para poner dolorosamente en evidencia las consecuencias de este fallo.

Los Objetivos relacionados con la salud tienen por lo menos dos grandes implicaciones de política. Primero, si queremos que el mejoramiento de la salud obre como estrategia de reducción de la pobreza, tenemos que llegar a los pobres. Segundo, si queremos que la salud contribuya a reducir la pobreza, no podemos permitir que los costos de la atención sanitaria hundan aún más en la pobreza a los hogares ya empobrecidos. Estamos fracasando en ambos casos.

Señoras y señores:

Por todos estos motivos, quiero hablarles desde la perspectiva de las políticas, utilizando como marco de referencia el programa de la OMS, que ofrece una forma sencilla de considerar ciertos desafíos muy complejos. Tiene seis puntos.

Los dos primeros conciernen a necesidades fundamentales: el desarrollo sanitario y la seguridad sanitaria. Los dos siguientes son estratégicos: el fortalecimiento de los sistemas de salud y el uso óptimo de los datos científicos mediante la investigación y la gestión de la información. Los dos restantes son operacionales: la gestión de las alianzas para obtener los mejores resultados posibles en los países, y el mejoramiento de la actuación de la OMS, también con el mismo fin.

Examinemos más detenidamente cada uno de estos puntos.

El desarrollo sanitario ha sido el trabajo primordial de esta Organización desde sus comienzos. Parte de este trabajo ha adquirido particular relieve gracias a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, lo cual consideramos sumamente saludable. Nuestros sólidos programas en esta área comprenden los relativos al VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo, a la salud del niño, la inmunización, el embarazo sin riesgos y la promoción de la igualdad de género.

Pero el desarrollo sanitario tiene un sentido más amplio en la OMS. Debemos abordar también el aumento de las enfermedades crónicas. Estas enfermedades imponen ahora su mayor carga a los países de ingresos bajos y medianos. Muchas enfermedades crónicas requieren cuidados a lo largo de toda la vida, lo que incrementa enormemente la carga sobre los sistemas de salud. También hacen aumentar los costos - para los hogares, los sistemas sanitarios y los presupuestos públicos.

En muchos países en desarrollo, la velocidad de la modernización ha sobrepasado la capacidad de los gobiernos para proporcionar las necesarias infraestructuras de apoyo. Así ocurre en los barrios marginales urbanos lo mismo que en la infraestructura vial. Los países en desarrollo, ya agobiados con la doble carga de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas, no necesitan una tercera carga de lesiones, discapacidades y defunciones a causa de la violencia, los accidentes, los suicidios y los traumatismos causados por el tránsito.

En el área del desarrollo sanitario también incluimos las enfermedades tropicales desatendidas. Estas enfermedades afectan en gran número a los más pobres de los pobres. La enorme proporción de los afectados - más de mil millones de personas - hace que la lucha contra estas enfermedades sea una importante estrategia de reducción de la pobreza. Afortunadamente, los avances en muchos frentes están haciendo posible, por primera vez en la historia, fijar metas para eliminar muchas de estas antiguas enfermedades de la pobreza.

La seguridad sanitaria tiene que ver, en parte, con los violentos embates contra la salud de las poblaciones. Éstos pueden ocurrir con ocasión de brotes de enfermedades emergentes o enfermedades epidemiológicas, a raíz de desastres naturales, o en situaciones de conflicto. Los desastres naturales y los conflictos son acontecimientos localizados. Pero las circunstancias del siglo XXI - nuestra gran movilidad y la interconexión de nuestras actividades comerciales y económicas - han hecho de las enfermedades emergentes y epidemiológicas una amenaza internacional de mucho mayor envergadura. Cualquier país con un aeropuerto internacional está expuesto.

Una vez más, tenemos sólidos programas para la acción sanitaria en situaciones de crisis y para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional revisado. Mayor será la necesidad de estos programas cuanto más se hagan sentir las consecuencias del cambio climático en la salud.

Una segunda dimensión de la seguridad sanitaria tiene que ver con garantizar los hogares y las comunidades el acceso a lo que son requisitos previos fundamentales de la salud, a saber: alimentos, agua, servicios de saneamiento y vivienda adecuados y en buenas condiciones de

higiene, así como el acceso a servicios esenciales de atención sanitaria, que además sean adecuados y se presten a un precio asequible. Como todos ustedes sabrán, éstas son necesidades que se satisfacen trabajando desde una perspectiva de atención primaria de salud. Queda patente una vez más la importancia de la colaboración multisectorial.

Desde un punto de vista estratégico, la tarea más importante y urgente que tienen ante sí los gobiernos y la comunidad internacional es quizá la de reforzar los sistemas de salud. Afortunadamente, en el plano internacional se vislumbran una serie de tendencias alentadoras. El pasado mes de septiembre, varios jefes de Estado pusieron en marcha una nueva Alianza Sanitaria Internacional para superar la situación de estancamiento en el camino hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Dicha Alianza parte explícitamente de la comprensión de que es preciso invertir en los sistemas de salud. Para que la asistencia resulte más eficaz instituye un mecanismo de responsabilización mutua, basado en la premisa de que los países deben no sólo asumir como propias, sino también dirigir las iniciativas sanitarias.

Signo de otra tendencia positiva es que tanto la Alianza GAVI como el Fondo Mundial hayan reconocido la necesidad de mejorar los sistemas de salud. En pocas palabras: las intervenciones y el dinero no bastan. Para cumplir nuestros compromisos internacionales debemos contar con mejores sistemas de atención.

Como saben, vengo preconizando el regreso a la atención primaria de salud como método para reforzar los sistemas sanitarios. Afortunadamente, ya están en marcha una serie de iniciativas de carácter regional e internacional que allanan el camino hacia esa meta. Me complace constatar que en esta reunión se abordará el tema del fortalecimiento de los sistemas de salud. Dado que estos sistemas son indisociables de su contexto, conviene reflexionar en clave nacional para encontrar la forma idónea de reforzarlos en cada país.

Los datos científicos también revisten carácter estratégico, no en vano son el fundamento a partir del cual se definen prioridades, se elaboran políticas y se miden resultados. Además, constituyen un poderoso y convincente argumento en los círculos decisorios. Valga como ejemplo la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, que desde el año 2000 cuenta con un importante componente dedicado a la evaluación. Los datos científicos resultantes de esa evaluación han ayudado a vencer una de las mayores dificultades que surgen en el terreno de la salud pública: pasar de los proyectos piloto a una aplicación a escala nacional.

Los datos científicos también pueden servir para llamar la atención sobre problemas de salud desatendidos. Un ejemplo reciente lo brinda la estrecha colaboración de la OMS con *The Lancet* destinada a obtener datos y proponer medidas para incrementar la cobertura de los servicios de salud mental en los países de ingresos bajos o medianos. Los datos, publicados en septiembre, merecieron una amplia cobertura mediática. Se trata de un paso importante para corregir una situación nefasta: los servicios de salud mental se encuentran en estado de inanición, privados de recursos humanos y económicos.

Sin embargo, todavía no estamos aprovechando todo el poder estratégico que ofrecen los datos científicos dentro de los países, donde suelen utilizarse poco y mal las estadísticas y los datos básicos en materia de salud. La Red de Sanimetría, que alberga la OMS, fue creada para responder a la falta de información sanitaria fiable en los países en desarrollo. Hace muy poco tiempo, esta red llamó la atención sobre las consecuencias de un sistema deficiente de registro civil, es decir: el sistema de recuento de los nacimientos y fallecimientos y el registro de las causas de defunción. La OMS, por ejemplo, sólo recibe estadísticas fiables sobre las causas de defunción de 31 de sus Estados Miembros.

A falta de esos datos sanitarios básicos, trabajamos a ciegas. Acaso estemos incluso disparando a ciegas. A falta de esos datos no hay forma de saber con certeza si las intervenciones son eficaces y si la asistencia para el desarrollo está deparando los resultados sanitarios deseados. Esto forma parte de nuestro trabajo: ser capaces de rendir cuentas.

Pero no podemos rendir cuentas sin investigación. La salud pública no puede avanzar sin innovación. Y éstas son dos desafíos adicionales a los que debe hacer frente la Organización.

Señoras y señores:

Pasemos a examinar los dos puntos restantes, pues ambos revisten particular importancia para nuestro trabajo cotidiano, y ambos tienen por objeto lograr los mejores resultados posibles en los países.

En el plano operativo, la gestión de las alianzas representa una tarea relativamente nueva, y de no poca envergadura. Es cada vez más frecuente que en un país haya varios organismos trabajando a la vez en pro del desarrollo sanitario, a menudo con escasa coordinación entre sí. La labor de unos y otros se solapa, y a veces choca mal con las prioridades y los medios del país interesado.

Además, los medios de acción del país beneficiario pueden verse sometidos a tensiones debido a la existencia de costos de transacción elevados, multitud de solicitudes de información y múltiples canales de distribución y ejecución. Las iniciativas centradas en una sola enfermedad pueden distraer recursos humanos de la prestación de servicios de salud esenciales. Soy consciente de la carga suplementaria que las alianzas imponen a las oficinas en los países y a su personal.

Las oficinas en los países se encuentran también en primera línea por lo que respecta al segundo ámbito operativo al que me he referido: la actuación de la OMS. La Organización trabaja constantemente para adaptar sus instrumentos financieros y administrativos a un contexto que evoluciona con rapidez. Contamos con un presupuesto basado en los resultados y con el Undécimo Programa General de Trabajo, y nos guiamos por las prioridades y los objetivos estratégicos para toda la Organización establecidos en el Plan Estratégico a Plazo Medio.

Oirán hablar de la aplicación del Sistema Mundial de Gestión y de su influencia en nuestra labor cotidiana. Algunos de ustedes participan directamente en proyectos piloto inscritos en la reforma de las Naciones Unidas para lograr la «Unidos en la Acción». Sé que para esta tarde tienen previsto tener una mesa redonda sobre la reforma de las Naciones Unidas, seguida de una sesión de trabajo en grupo sobre las alianzas y dicha reforma. La OMS está comprometida con este proceso, y participa plenamente en cada uno de los ocho proyectos piloto.

Sé que sus responsabilidades han cambiado radicalmente en menos de 10 años, como consecuencia lógica de algunos de los cambios ya mencionados que han tenido lugar en el paisaje sanitario.

Las nuevas tendencias han traído consigo obligaciones específicas, como las que emanan del Reglamento Sanitario Internacional revisado. Entre esas tendencias destacan las repercusiones de los acuerdos comerciales, en especial de los que influyen en el comercio de servicios de salud y el acceso a los medicamentos a precios asequibles. Sé que también se ocuparán de esta cuestión.

Hay más fondos disponibles, pero alguien debe ayudar a los países a estructurar propuestas convincentes. Ahora mismo trabajan sobre temas de salud más asociados que en ningún otro sector, pero alguien debe ayudar a que sus actividades encajen con las prioridades y los medios de acción de cada país. De lo contrario, toda esta febril actividad y el aluvión de nuevos fondos pueden acabar resultando más dañinos que provechosos.

Señoras y señores:

Examinemos otra cruda realidad. ¿Cuál es la ventaja comparativa de la OMS? ¿Qué valor añadido aportamos? ¿Ejercemos funciones esenciales? ¿Es pertinente nuestra labor, o es redundante?

Cuando un organismo es el único que trabaja en un ámbito determinado puede reclamar protagonismo como algo que le corresponde naturalmente. No es éste el caso en el sector de la salud. Ahí, el liderazgo es algo que hay que ganarse.

Como ya he dicho, el terreno de juego está abarrotado. La atención conlleva un examen riguroso, y los recursos se acompañan siempre de expectativas de resultados. Estamos estancados en el camino hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. ¿Cuáles son los resultados?

Para ganarse el derecho al liderazgo hay que demostrar resultados en los países. Lo sé muy bien: la OMS puede concebir programas y estrategias, pero no tiene el mandato ni la posibilidad de ponerlos directamente en práctica en los países. Hay excepciones, por supuesto, como la respuesta a emergencias de importancia internacional prevista en el Reglamento Sanitario Internacional.

Existen oficinas en los países para asesorar a los ministerios de salud y traducir directrices, reglas y criterios internacionales en soluciones adaptadas al país. Ustedes son el nexo entre lo que un país necesita y lo que la Sede y las oficinas regionales tienen que ofrecer. Ustedes son también el nexo entre los múltiples organismos de ejecución y los deseos y prioridades del ministerio de salud.

Tradicionalmente, los ministerios de salud figuran entre las carteras gubernamentales menos consideradas. Las oficinas en los países deben ayudar a dichos ministerios a negociar con otros sectores. Los datos científicos pueden reforzar la capacidad de negociación, sobre todo cuando ponen de manifiesto las consecuencias económicas de una deficiente respuesta a los problemas de salud.

El aumento de las enfermedades crónicas confiere aún más importancia, si cabe, a esta capacidad de negociación. Las causas de dichas enfermedades (alimentación inadecuada, falta de ejercicio físico, consumo de tabaco y abuso del alcohol) quedan fuera de la responsabilidad directa del sector de la salud. La prevención depende absolutamente de actuaciones multisectoriales, en las que la salud ocupa un lugar de privilegio.

También hay una necesidad absoluta de coordinación. El hecho de que un país reciba un conjunto de recomendaciones del UNICEF, otro del Banco Mundial y otro más de la OMS merma la confianza en la autoridad de los organismos internacionales. El hecho de que un país reciba recomendaciones discrepantes de la sede de la OMS y de sus oficinas regionales tiene un efecto demoleedor.

Nuestra Constitución no nos garantiza ni liderazgo ni autoridad. Debemos conquistarlos en un contexto sumamente competitivo y que cambia con rapidez. Debemos dejar de lado los elevados discursos sobre nuestra excelencia técnica y concentrarnos en nuestra actuación sobre el terreno, en los países a cuyo servicio estamos.

Si la OMS no puede ejercer determinada función, un país puede volverse hacia otros proveedores de servicios y asesores. Preguntémonos de nuevo: ¿somos pertinentes? ¿está dando resultados cuantificables el dinero que nos entregan los Estados Miembros y los donantes?

Permítanme efectuar una observación final. Como he dicho, éstos son tiempos apasionantes, pero también difíciles, para la salud pública. La buena voluntad que estamos observando - las buenas intenciones, los nuevos mecanismos de financiación, las múltiples alianzas - operan, de hecho, en las circunstancias reales de los países en los que ustedes sirven.

Debemos aspirar a obtener los mejores resultados en los países. Ustedes forman las tropas de vanguardia. Esperamos con impaciencia sus orientaciones.