

COOPERACION INTERNACIONAL EN SALUD PUBLICA: EL QUINTO DECENIO DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1948-1998)*

Cuad. Méd. Soc. XXXIX, 1, 1998/ 54-63

Dr. Jorge Rosselot Vicuña**

INTRODUCCION

La Cooperación Internacional en Salud Pública es necesaria y valiosa, y ha contribuido en forma sistematizada al desarrollo de la salud en los países. Se ha realizado de acuerdo a una estrategia concordante con las necesidades y requerimientos de los Gobiernos aportando asesoría técnica, apoyo en la formación de personal, en el desarrollo de investigaciones y asimismo en la implementación logística.

La colaboración pertinente puede llevarse a cabo a nivel bilateral entre los países mismos; subregional, en relación con áreas definidas geopolíticas y socioeconómicas, y por último en el contexto continental. En todo este proceso puede y debe contarse con el apoyo de diversas Agencias de Naciones Unidas, tales como UNICEF (Infancia), FAO (Nutrición), UNESCO (Educación), PNUMA (Medio Ambiente), UNFPA (Población), Banco Mundial (Implementación financiera), y de un modo especial la OMS (Organización Mundial de la Salud).

La Organización Mundial de la Salud, próxima a cumplir cincuenta años desde su creación, ha realizado una permanente y significativa labor en la promoción del bienestar físico, mental y social de la población mundial, en especial de los sectores de mayor riesgo biológico.

Con motivo de este aniversario, la institución está evaluando los resultados obtenidos, para so-

bre la base de ellos establecer la conveniencia de introducir eventuales reformas en su estructura y en el desarrollo de sus planes.

Las primeras actividades de cooperación técnica sanitaria internacional fueron llevadas a cabo fundamentalmente por países de Europa Occidental, con el propósito de prevenir enfermedades infecciosas epidémicas, principalmente el cólera, la peste bubónica y la fiebre amarilla, promoviendo el saneamiento portuario y formulando normas de cuarentena para contribuir de este modo al desarrollo del comercio que se realizaba en aquella época básicamente por vía marítima. Esta fue la finalidad de las Conferencias Sanitarias Internacionales efectuadas sucesivamente en París (1851, 1859, 1894, 1903, 1911, 1926 y 1938), Constantinopla (1866), Viena (1874), Washington D.C. (1881, Roma (1885), Venecia (1892 y 1897) y Dresden (1893). En este ámbito, un hito importante estuvo constituido por la creación en París en 1907 de un Organismo de carácter permanente, la Oficina Internacional de Higiene Pública, en la que estuvieron representados trece países, y cuyo quehacer se prolongó por espacio de aproximadamente cuatro décadas. Asimismo fue de gran relieve la instalación en 1902, en Washington D.C., de la Oficina Sanitaria Internacional, relacionada con los gobiernos americanos, y que más tarde, en 1948, formó parte de la Organización Mundial de la Salud, integrándose a ella, constituyendo la actual OPS/OMS. Con posterioridad, y al término

* Curso de Anatomía Comparada de Sistemas de Salud del Departamento de Salud Pública del Colegio Médico de Chile, 22 de abril-6 de agosto de 1998.

** Departamento de Salud Pública, Colegio Médico de Chile (A.G.). Ex-Asesor en Salud Materno-Infantil y Familiar OPS/OMS.

de la Primera Guerra Mundial, entra en funciones la Comisión de Higiene de la Liga de las Naciones, que sustituyó con propósitos más amplios a la anteriormente mencionada institución, incluyendo entre sus actividades el control de las epidemias internacionales, la estandarización de la nomenclatura de morbimortalidad, la prevención y el tratamiento de enfermedades prevalentes y la unificación de criterios de utilización de productos biológicos y farmacéuticos.

Ulteriormente, Naciones Unidas —creada en 1945— y en estrecha dependencia de su Consejo Económico Social, apoyó el establecimiento de la Organización Mundial de la Salud, con sede en Ginebra, y que entró en funciones el 7 de abril de 1948.

ESTRUCTURA Y RECURSOS DE OMS

La finalidad de la Organización Mundial de la Salud reside, de acuerdo a su constitución, en la cooperación con sus Estados Miembros —191 en la actualidad— para lograr el más alto grado posible de salud, en atención a que ello constituye un derecho humano fundamental y representa una meta insustituible en el desarrollo social.

Estructura: El organigrama básico está constituido por la Asamblea Mundial de la Salud, la que se reúne anualmente en Ginebra para estudiar las políticas de la institución, aprobar su presupuesto y elegir cada cinco años al Director General, quien tiene a su cargo la responsabilidad superior de la ejecución de los Programas.

Desde su creación, en 1948, la OMS ha tenido como Directores Generales a los Dres. Brock Chisholm (Canadá), Marcolino Candau (Brasil), Halfdan Mahler (Dinamarca) y el Dr. Hiroshi Nakajima (Japón). En el mes de mayo de 1998 es elegida en el cargo la Dra. Gro Harlem Brundtland, profesional distinguida de Noruega.

Existe además un Consejo Ejecutivo que celebra dos Reuniones anuales, y que coopera en la realización de las decisiones de la Asamblea, y del cual forman parte 31 Delegados gubernamentales, asegurando una representación geográfica adecuada de las seis Regiones de la Organización y que son las siguientes: Europa (Copenhague), las Américas, cuya Sede ubicada en Washington D.C. coincide con la de la Oficina Sanitaria Panamericana, institución creada en 1902, Mediterráneo Oriental (Alejandría), Sudeste Asiático (Nueva Dehli), Pacífico Occidental (Manila) y Africa (Brazzaville). Colabora con los organismos ante-

riormente mencionados una Secretaría, que está integrada por Asesores Técnicos y el personal administrativo necesario para materializar los Programas aprobados por los Cuerpos Directivos de la Organización.

La OMS realiza su labor en estrecha relación con los países y sus gobiernos, designando Representantes que contribuyen a fortalecer las políticas nacionales respectivas, y colaboran en la definición de prioridades en lo referente a la cooperación solicitada.

Recursos: La OMS dispone de un Presupuesto Bienal, que alcanzó en fecha reciente a la cantidad de 1.800 millones de dólares, de los cuales cerca de la mitad provienen de las contribuciones de los países y el resto procede de fuentes extra presupuestarias, constituidas preferentemente por otras organizaciones internacionales de Naciones Unidas relacionadas con la salud, de Bancos Internacionales y de Agencias de Cooperación Bilateral. La implementación presupuestaria se ejecuta de acuerdo a Planes de Acción anuales, sujetos a monitoreo y evaluación.

En lo referente a Personal, la OMS contaba en 1993 con aproximadamente 8.900 funcionarios, de los cuales cerca de 1.600 eran profesionales de carácter internacional, seleccionados preferentemente por la vía de concursos de méritos y evaluados con regularidad. De esta forma se asegura su idoneidad técnica.

ESTRATEGIA Y COOPERACION TECNICA DE OMS

La Organización Mundial de la Salud ha prestado cooperación técnica a través del fortalecimiento de actividades nacionales en el ámbito de la salud, contribuyendo al desarrollo de programas y a la formulación de planes intersectoriales. En este campo, ello comúnmente ha ocurrido con la participación asociada de otros Organismos de Naciones Unidas. A este respecto, cabe destacar el avance relevante que tuvo la salud en Latinoamérica, en concordancia con la aplicación de la metodología de planificación CENDES OPS/OMS entre los años 60 y 70, y que se llevó a cabo coincidiendo con las políticas regionales realizadas en aquella época en torno al incremento del desarrollo global de los países de dicha subregión.

Las áreas de colaboración han sido muy variadas y cambiantes a lo largo del tiempo, de acuerdo a la situación sanitaria y económico-social de cada país, y de los recursos disponibles de la Or-

ganización. Para llevar a cabo la cooperación requerida por los Gobiernos, OMS ha tenido presente un contexto estratégico refrendado por sus Cuerpos Directivos, en el que se ha contemplado esencialmente la Organización de Servicios Básicos al interior de las comunidades y que constituyen el fundamento de la Atención Primaria de Salud, cuya problemática fue analizada extensamente en la Conferencia Internacional, patrocinada por OMS y UNICEF, y que se realizó en Alma-Ata (URSS) en septiembre de 1978.

La Atención Primaria, a la vez que constituye el núcleo del Sistema Nacional de Salud —con cuyos niveles debe coordinarse—, forma parte del desarrollo económico y social de los países, y debe estar al alcance de todas las familias por los medios que les sean aceptables y contando con su plena participación. El desarrollo de la Atención Primaria hace necesaria la reorganización del resto del sistema de salud para que éste pueda prestarle apoyo y contribuir a su desarrollo ulterior. Con dicho objetivo, los países deben ajustar sus programas y reformular los planes de salud pertinentes para poder racionalmente proceder a una equitativa distribución de los recursos adicionales que se precisen. Este es un proceso a realizarse paulatinamente, por cuanto es complejo, y sus metas que fueron planteadas para alcanzar la “Salud para Todos en el año 2000” se han estado cumpliendo en el curso de las últimas dos décadas con singular esfuerzo y vocación de servicio, compartiendo asimismo la experiencia adquirida entre los mismos países en desarrollo (CTPD).

En el presente documento se hace una reseña sucinta de los principales rubros programáticos en los que coopera la OMS, según pasa a indicarse.

- Salud Materno-Infantil y Familiar.
- Alimentación y Nutrición.
- Enfermedades infecciosas y parasitarias.
- Afecciones no transmisibles del Adulto.
- Medio Ambiente y Promoción de la Salud.
- Recursos Humanos, Investigación, Tecnología, Documentación Científica e Información Pública.

SALUD MATERNO-INFANTIL Y FAMILIAR

Esta área programática ha sido una de las más importantes en la cooperación de OMS, en atención al significado humanitario de sus actividades. Dada la multiplicidad de los factores condicionantes el programa mencionado debe plantearse en un contexto intersectorial. Tal ha sido el enfoque que ha adoptado la OMS desde aproxi-

madamente tres décadas hasta la fecha, en colaboración con otros organismos internacionales, entre ellos UNICEF, FNUAP, FAO, PNUD, Bancos Regionales y Fundaciones bilaterales.

Especial énfasis ha otorgado en este ámbito la Organización a la salud materna, asegurando principalmente una maternidad sin riesgo (1987) a través de la asistencia durante el período prenatal, vigilando el estado físico y nutricional de la gestante, la atención técnica del parto y promoviendo, a partir de la década del 60, la paternidad responsable con el propósito fundamental de controlar el aborto clandestino inducido y finalmente dando apoyo al tratamiento de la infertilidad (Tabla 1).

TABLA 1
Magnitud estimada de problemas mundiales de salud reproductiva. 1995

Categoría	Número anual (millones)
Muertes Maternas	0,6
Morbilidad Materna severa	20,0
Mortalidad Perinatal	7,6
Niños con bajo Peso de Nacimiento	23,0
Abortos con Riesgo	20,0
Enfermedades de Transmisión Sexual	333,0
Casos Nuevos de Cáncer Cervical	0,5
Casos Invasivos de Cáncer Cervical	2,0
Mutilación Genital Femenina	100,0
Parejas sin Planificación Familiar	120,0
Parejas Infértiles	70,0

The World Health Report 1996.

Un gran relieve ha adquirido la atención perinatal en los casos de alto riesgo, en particular prevenir el bajo peso de nacimiento. Para ello se ha proporcionado asistencia técnica de alta calidad, la que ha servido asimismo propósitos docentes y de investigación. Estos últimos objetivos también se han llevado a cabo en lo que respecta a la regulación de la fecundidad a través del “Programa Interagencial de Reproducción Humana” (HRP) puesto en funciones en 1972.

Pese a los esfuerzos cooperativos antes mencionados, aún persisten importantes problemas en la salud materna mundial, cuyos indicadores que suelen ser deficientes y tienen un subregistro apreciable traducen la precaria accesibilidad y calidad de los servicios de salud pertinentes. Es por ello que en los acuerdos internacionales más recientes (El Cairo 1994 y Beijing 1995) se ha destacado la

urgencia de contribuir a la reducción de la mortalidad materna en un 50% en el mediano plazo, postulando la atención integral de la mujer y en especial de la adolescente.

En lo referente a la salud infantil, la OMS le ha prestado un apoyo sustancial desde su creación institucional, cumpliendo con el enunciado de su constitución, donde se señala "que el desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental, así como su capacidad de vivir en un ambiente cambiante".

La cooperación de OMS en este campo está orientada a asegurar la continuidad e integridad preventivo-curativa de las actividades a realizar, en particular en el ámbito de la Atención Primaria. Estas han incluido esencialmente la vigilancia del desarrollo físico y psicosocial del niño, lo que se ha facilitado por la utilización de métodos de Registro (gráficas antropométricas) en cuyo diseño colaboraron técnicos de la Organización.

Asimismo, se ha asesorado en conjunto con UNICEF respecto a la alimentación natural, educando a la madre desde el período inmediato del postparto.

Una de las acciones de mayor trascendencia en el cuidado infantil ha estado constituida por el suministro de alimentación complementaria del párvulo y que se proyecta también a Jardines Infantiles y al medio escolar. La puesta en marcha en 1974 del Programa Extendido de Inmunizaciones -iniciativa de OMS- ha permitido un incremento considerable de la cobertura de las acciones de vacunación frente a enfermedades prevalentes inmunoprevenibles. Asimismo OMS ha apoyado programas destinados al control de afecciones severas en la infancia, tales como las entéricas, utilizando adecuados métodos de hidratación, y las respiratorias facilitando el acceso a un tratamiento muy precoz. Las acciones mencionadas se han llevado a cabo preferentemente en el ámbito de los Centros Distritales de Salud, teniendo presente un enfoque integrado del niño.

Desde el decenio de los años 70 la Organización se ha esforzado en lograr la protección especial de los adolescentes (10 a 19 años) y de los jóvenes (15 a 24 años), privilegiando la obtención de un estado nutricional adecuado y contribuyendo a la ejecución de programas educativos de salud que conduzcan a la promoción de la paternidad responsable en un contexto familiar, la prevención de accidentes, así como el control del tabaquismo, alcoholismo, la drogadicción, la violencia y el maltrato infanto-juvenil.

La OMS desde los años 60 ha abordado con

muy favorables resultados los programas de salud materno-infantil dentro de la concepción de la atención global de la salud de la familia, preocupándose del bienestar de todos sus integrantes, teniendo presente, entre otros factores de riesgo, las precarias condiciones económicas, de higiene personal, la dieta alimenticia inadecuada, el descuido de la salud bucal, y la falta de oportunidades de recreación. En suma, de lo que se trata es de promover la salud y la armónica convivencia de sus integrantes, incluidos los adultos mayores y los discapacitados.

En todo este proceso de apoyo cooperativo la OMS ha contado con la valiosa colaboración del Centro Internacional de la Infancia de París, y de las Asociaciones Internacionales de Pediatría y de Obstetricia, y de Sociedades Científicas a ella ligadas y con cuyo concurso se espera alcanzar las metas estipuladas en la Cumbre Mundial sobre la Infancia (Nueva York 1990) y la Conferencia Internacional sobre la Mujer (Beijing 1995) en las que se postula disminuir la mortalidad infantil promedial en un 30% y la materna en un 50%, promoviendo el bienestar integral de la familia.

Como se señala en la Tabla 2, en el curso de las cuatro últimas décadas las tasas de mortalidad infantil han descendido progresivamente, de acuerdo a una tendencia que es más acentuada en los países industrializados. Este hecho debe tenerse presente en la formulación de las metas de los programas futuros pertinentes y en el diseño ulterior de estrategias adecuadas.

TABLA 2
Indicadores biodemográficos según desarrollo económico. 1950 y 1990

Indicadores	Países	
	Desarrollados	En vías de desarrollo
Esperanza de vida (años)		
1950	66	40
1990	74	62
Mortalidad infantil (x mil)		
1950	59	179
1999	10	70

Fuente: OMS. 1995.

ALIMENTACION Y NUTRICION

La OMS ha realizado en este campo actividades de investigación, formación de personal y apo-

yo técnico en torno a la problemática prevalente, constituida por la desnutrición –de proteínas y de micronutrientes esenciales– y que afecta especialmente a madres, niños y familias que se encuentran en situación de pobreza. Con este objetivo se ha promovido el fomento de la lactancia natural, el suministro de alimentación complementaria, educación nutricional, y estímulo del desarrollo agropecuario local, incluyendo el enriquecimiento de ciertos alimentos con nutrientes en déficit (flúor, hierro, yodo) para prevenir las caries dentales, la anemia hipocroma del lactante y la embarazada, y el hipotiroidismo. Todo ello se ha llevado a cabo en colaboración con FAO, UNICEF, AID y el Programa Mundial de Alimentos de Naciones Unidas, teniendo como finalidad el logro de la Seguridad Alimentaria, por medio de la formulación de Planes Intersectoriales de Alimentación y de Vigilancia Nutricional, ponderándose las condiciones de riesgo biosocial.

En años recientes se ha puesto también un especial énfasis en las consecuencias de la sobrealimentación y el desequilibrio de los componentes de la dieta, lo que conduce al sobrepeso y a la obesidad, factores contribuyentes de afecciones severas tales como la diabetes, aterosclerosis y otros trastornos cardiovasculares.

Finalmente, cabe destacar que la OMS ha contribuido en la elaboración, en conjunto con UNICEF, de la legislación pertinente destinada a regular la calidad y a asegurar la inocuidad de los alimentos, participando en la formulación del Codex Alimentarius (1962) y en el Código Internacional de Comercialización de los Sustitutos de la Leche Materna (1980).

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

La OMS ha colaborado con los países en la prevención y en el control de las enfermedades infecciosas, en particular de aquellas que pueden representar un riesgo epidémico. Desde 1969 está en funciones –con supervisión de OMS– el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y de acuerdo al cual el cólera, la peste bubónica y la fiebre amarilla deben denunciarse obligatoriamente. Desde 1995 se está estudiando la actualización de dicho documento para que pueda aplicarse más ampliamente en la lucha, hacia el siglo XXI, contra las infecciones emergentes o reemergentes que se detecten.

Los Programas de Inmunización son impor-

tales, estando limitados por el conocimiento tecnológico disponible y por la capacidad técnico-administrativa para ejecutarlos. Cabe recordar a este respecto que la viruela ha sido la primera enfermedad infecciosa erradicada (1986) después de la iniciación de una campaña mundial (1967). El BCG ha sido de utilidad en la prevención de la tuberculosis; pese a ello la OMS debió declarar en 1993 un estado de emergencia global para cautelar el desarrollo de dicha actividad ya que se asiste a su recrudescencia en jóvenes y adultos.

Desde la década del 50, se llevan a cabo con cobertura progresivamente creciente –que alcanza hasta cerca de un 90%– en la población infantil programas de Inmunización, utilizando la vacuna triple (DPT) para prevenir la difteria, la coqueluche y el tétanos. Esta vacuna en la actualidad se ha asociado a componentes antivíricos: Sarampión, Rubéola, Parotiditis. El Sarampión, desde 1995 está siendo controlado con el desarrollo de extensos Programas de Vacunación.

Por otra parte, la poliomielitis, cuya campaña se inició en 1988, puede considerarse que en el año 2000 estará prácticamente erradicada en el ámbito mundial.

Asimismo, cabe mencionar el extenso programa de investigaciones llevado a cabo por OMS en Centros Especializados con los que colabora, y en los cuales se buscan nuevas vacunas, de mayor eficacia en el control de la tuberculosis, el tétanos neonatal, enfermedades respiratorias y afecciones diarreicas, entre las que cabe mencionar el cólera, las fiebres tíficas, nuevos tipos de hepatitis, infecciones por *bacilo coli* y Rotavirus.

La gripe, la meningitis A y C, cuentan con vacunas eficaces pero su utilización tiene cobertura limitada, por dificultad de adquisición.

Desde la década del 70, el SIDA, causado por el virus HIV, tiene extensión mundial y se estima que hasta la fecha 20 millones de personas ya han sido infectadas y más de 4 millones y medio han desarrollado la enfermedad, lo que plantea grandes desafíos por no contarse aún con vacunas ni con terapéutica eficaz. El SIDA es una enfermedad de transmisión sexual prevalente, como son también la gonorrea, la sífilis y la clamidiasis, implicando su control problemas psicosociales de comportamiento que deben tenerse presentes en las estrategias que se adopten. Ello estuvo presente en las Resoluciones de la Asamblea Mundial de OMS de 1992, al establecerse un Plan Global para prevenir el SIDA y mitigar sus repercusiones personales y comunitarias.

Entre las enfermedades parasitarias y transmi-

tidas por vectores, cabe señalar que la OMS utiliza recursos considerables en su control. Tal es el caso de la malaria, por su extensión y por la quimiorresistencia de los agentes transmisores y causales directos; una situación similar plantean la fiebre amarilla y el dengue. La dracunculiasis, la enfermedad de Chagas, la rabia y la lepra son afecciones que se consideran susceptibles de ser eliminadas en el mediano plazo, al ser llevados a cabo los programas correspondientes en un contexto intersectorial.

AFECCIONES NO TRANSMISIBLES DEL ADULTO

Aproximadamente 60 millones de personas mueren en la edad adulta por el grupo de enfermedades que se pasa a especificar más adelante. Aunque este número de decesos es proporcionalmente más elevado en los países industrializados que en los que se encuentran en vías de desarrollo, en estos últimos su frecuencia ha comenzado a aumentar en forma progresiva, como resultado de la nueva fisonomía epidemiológica que éstos están experimentando en años recientes. La OMS ha promovido una estrategia de prevención comunitaria fundamentalmente para reducir los factores de riesgo involucrados en las afecciones que se pasan a exponer.

– **Diabetes Mellitus.** Ha registrado un incremento progresivo en distintos medios, observándose asimismo avances tecnológicos y terapéuticos significativos. La OMS a este respecto desarrolla un Programa muy amplio de detección y educación. Un hecho similar se registra en las actividades de control de las enfermedades reumáticas, pulmonares crónicas y congénitas y hereditarias (hemofilia, fibrosis cística y hemoglobinopatía).

– **Enfermedades cardiovasculares.** Son las de mayor prevalencia y OMS ha cooperado en la formulación de Proyectos junto a la Federación Internacional de Cardiología, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos y la Liga Mundial de la Hipertensión, analizando particularmente la influencia que tiene en dichos trastornos la alimentación desbalanceada (Proyectos MONICA y CARDIAC).

– **Cáncer.** En esta enfermedad, la Organización ha prestado permanente cooperación a través de un Centro, colaborador en esta materia establecido en Lyon, y de la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC) que

conduce investigaciones epidemiológicas en la prevención del cáncer, ya que él constituye un creciente problema de Salud Pública aún en los países en vías de desarrollo, donde causa cerca de la mitad de los 6 millones anuales de decesos mundiales ocurridos debido al cáncer. La estrategia de OMS ha residido preferentemente en un enfoque preventivo relacionado con los factores causales que correspondan como es el caso del tabaquismo, y asimismo la detección precoz del cáncer cervicouterino y el de la próstata.

– **Traumatismos y seguridad.** La OMS ha colaborado en este rubro con el Centro Nacional de los Estados Unidos, de prevención y lucha contra los traumatismos. Este Centro, junto con el Instituto Karolinska de Estocolmo, ha promovido la realización de Conferencias Mundiales sobre el tema, abordando incluso los traumas secundarios a catástrofes naturales y violencia deliberada, estimulando el desarrollo de Programas de Seguridad de la Comunidad.

– **Salud de las personas de edad.** Este tópico incluye el control de la osteoporosis, deficiencias inmunológicas, las demencias asociadas a la edad y las secuelas invalidantes de enfermedades crónicas, promovándose en general condiciones que aseguren un envejecimiento sano. Diversas entidades tales como el Instituto Nacional del Envejecimiento de Estados Unidos y centros coordinadores sobre el estudio del tema de la Universidad de Stanford (USA) y la de Australia han prestado su colaboración en torno a privilegiar la atención del anciano en el hogar.

MEDIO AMBIENTE Y PROMOCION DE SALUD

La OMS ha colaborado con los países, contando con la participación de otros organismos internacionales, en poner en práctica el contenido de la Declaración de Principios y el Programa 21 de la Conferencia de Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo efectuada en Río de Janeiro en 1992. Se destacan a este respecto los programas desarrollados en diversas áreas, entre los que deben destacarse los ya tradicionales ligados al suministro de agua potable y de saneamiento, y que en la actualidad prosiguen muchos países con el apoyo asimismo de UNICEF, UNDP y Bancos de financiamiento internacional. Debe señalarse en esta materia que el problema aún es

severo. Así, a fines de 1990, en el mundo en vías de desarrollo, que contaba con una población de 4 mil millones de habitantes, 1.500 millones no tenían acceso adecuado al agua de bebida, y un poco más de 2.800 millones no disponía de medios apropiados de disposición de excretas. De acuerdo a las conclusiones de la Cumbre Mundial de la Infancia, dichas brechas debieran disminuirse en un 25% y en un 10%, respectivamente, lo que constituye un desafío apreciable.

Continúan asimismo los programas de fluoración del agua o adicionando flúor por otros métodos.

Asimismo, OMS ha participado en proyectos de tratamiento de basuras y de aguas servidas, como también en el Programa Internacional de Seguridad de Sustancias Químicas—incluidos los plaguicidas—divulgando criterios técnicos acerca de la salud ambiental y de la contaminación atmosférica, facilitando de este modo el sistema de monitoreo pertinente.

También deben mencionarse los Programas de Seguridad en el Trabajo, apoyados en los aspectos de asesoría por el Comité Mixto OIT/OMS, que ha preparado Guías Internacionales de Bancos de Datos Básicos relacionados con el fomento de la salud en el lugar de trabajo, en relación tanto con el abuso de alcohol y drogas, como del uso inocuo de sustancias químicas en la agricultura y la silvicultura, considerando también la seguridad de la infraestructura industrial.

Como se estableciera en la Carta de Ottawa (1986), que la OMS contribuyó a elaborar, la institución ha promovido estilos de vida saludables en la comunidad, para mejorar las condiciones esenciales que permitan una vida sana y un desarrollo sostenible. El ámbito de acción de estas actividades incluye las escuelas, los servicios de salud, los lugares de trabajo y las familias mismas. Este enfoque es la base del Proyecto de OMS de crear "ciudades sanas" y en generar entornos saludables, y que ha tenido amplia aceptación.

Finalmente, cabe hacer mención de la colaboración prestada por la Organización en los desastres naturales y en los cambios ecológicos—incluidas las migraciones—que han adquirido gran magnitud en los últimos años con motivo de conflictos bélicos. La OMS está contribuyendo en este campo a los Programas de Naciones Unidas (ACNUR) de prestación de asistencia humanitaria, de suministros médicos y formación de personal destinado al control de situaciones de emergencia, junto a la Cruz Roja Internacional.

Recursos humanos, investigación, tecnología, publicaciones e información pública

La OMS ha desarrollado, coordinada con la Federación Mundial de Educación Médica, un programa de capacitación continua de recursos humanos en amplias áreas, incluyendo en la última década el estudio de las relaciones entre la teoría y la práctica de la salud pública, llevando a cabo Conferencias Mundiales sobre el tema, entre las que se destacan las realizadas en los años 90 en Edimburgo. Asimismo, la Organización siguió trabajando en el desarrollo metodológico de la educación en materias como gestión, epidemiología, salud pública, y enfermería-obstetricia.

Por otra parte, como contribución al perfeccionamiento profesional, la OMS ha otorgado cerca de 5.000 becas entre 1994 y 1995, la mayoría de ellas relacionadas con las disciplinas de la salud pública.

Los cuadros de expertos constituyen otra fuente importante de asesoramiento científico en este campo, y asimismo en el área de la investigación, cuyos objetivos son variados e incluyen estudios sobre los trastornos nutricionales, el control de enfermedades transmisibles y no comunicables, enfatizando en el enfoque ético del cuidado de la salud, y de sus interrelaciones con el desarrollo socioeconómico, demográfico y ambiental.

Toda esta labor es apoyada por un Comité Asesor en Investigación Médica, con sede en Ginebra, y que establece una coordinación con 2.000 centros colaboradores en los niveles regionales y nacionales.

Con respecto a la tecnología, la Organización ha prestado especial apoyo en torno a la clínica, los laboratorios, la Medicina de las Radiaciones, y en el de la política y gestión farmacéutica. En este último campo la OMS ha producido una amplia gama de información periódica relacionada con la calidad e inocuidad de los medicamentos y su uso racional, la que es necesaria para constituir las listas modelos de medicamentos esenciales, en que se conjuga la eficacia de los mismos. Al respecto, la OMS coopera en el estudio de los aspectos legales correspondientes, así como en otros análogos relacionados con el fortalecimiento de las estrategias de salud, lo que es comunicado a través del Boletín trimestral *International Digest of Health Legislation*.

La OMS dispone de un sistema de distribución expedita de sus publicaciones "Informe Anual de Salud", "Bulletin of the World Health Organization", "Foro Mundial de la Salud" y la

revista ilustrada bimensual "Salud Mundial" que cumple también el propósito de informar al público en general.

Mención especial merece la Serie "Informes Técnicos" que sintetiza "el estado del arte" del conocimiento especializado en tópicos relevantes, y la publicación "Clasificación Estadística de enfermedades y de los Problemas de Salud Conexos", cuya 10ª edición está actualmente en circulación.

Los avances en los procesos de computarización han revolucionado los sistemas de divulgación haciéndolos rápidos, accesibles y económicos.

La Telemedicina, en creciente desarrollo en los países de las regiones, constituye un proyecto actualmente prioritario de la OMS al cual presta su asesoría técnica.

El programa de Información Pública de la Organización da a conocer a la comunidad su trabajo, a la vez que trasmite importantes mensajes sanitarios, los que también son divulgados a través de los medios de comunicación social audiovisuales.

EVALUACION Y PERSPECTIVAS

La Organización Mundial de la Salud, al otorgar su cooperación técnica, ha asignado una especial importancia al proceso evaluativo de la misma. Por ello, una de sus prioridades ha estado constituida por el fortalecimiento del sistema de información biodemográfica y sanitaria de los países, para obtener una base de datos oportuna y confiable. Con este objetivo la Organización ha elaborado la publicación "Anuario de Estadísticas Sanitarias Mundiales", cuya aparición regular permite realizar un análisis de las tendencias que caracterizan a la salud en los niveles Mundial, Regional y de Países.

Existen cuatro etapas formales de evaluación en la Cooperación técnica de la OMS: la formulación de una estrategia para alcanzar la Salud para Todos, las orientaciones programáticas de la misma, y las de la ejecución presupuestaria anual y bienal, que permiten su implementación. Todo ello debiera facilitar un eventual reajuste de la cooperación prestada. El proceso mencionado se lleva a cabo sobre la base de la utilización de un conjunto de indicadores variados, de índole demográfica, económica, social y sanitaria.

En la Tabla 3 se dan a conocer datos referentes a la mortalidad y su relación con la situación económico-social registrados en los países y en vías de desarrollo.

TABLA 3

Muertes estimadas (millones) según causas en países desarrollados y en vías de desarrollo, 1990

Causas de muerte	Países	
	Desarrollados (millones)	En vías de desarrollo (millones)
Infeciosas y parasitarias	0,5	17,0
Cardiovasculares	5,43	6,5
Perinatales	0,086	3,0
Tumores malignos	2,42	2,7
Causas externas	0,87	2,6
Respiratorias obstructivas		
Crónicas	0,39	2,5
Maternas	0,004	0,5
Otras	1,74	3,7

Fuente: OMS. 1995.

En lo que respecta al logro de alcanzar la meta básica estratégica de Alma-Ata —reafirmada en Riga en 1988— cabe destacar que la Atención Primaria en lo referente a sus componentes esenciales tiene una tendencia de incremento progresivo, variable según cada programa, y cuya calidad requiere investigaciones ulteriores. Es por ello que en vísperas de iniciarse el próximo milenio los cuerpos directivos de OMS han estimado muy importante llevar a cabo, al cumplirse 50 años de la creación de la institución, una instancia especial de reflexión acerca de los resultados obtenidos, la que debiera permitir establecer perspectivas de progreso y propuestas de reformas en el próximo futuro (Tabla 4).

A la luz de las premisas expuestas, en 1995 la 48ª Asamblea Mundial de la Salud acordó elaborar una nueva política global, para actualizar la estrategia de la "Salud para Todos", que estuviera basada en los conceptos de equidad y solidaridad, y que pusiera énfasis especial en el rol que le competen a la familia y a la comunidad a este respecto.

Se señaló asimismo la necesidad de contar para este propósito con la colaboración de los países miembros y solicitar la cooperación en esta materia de los organismos pertinentes de Naciones Unidas. Este tópico fue puesto a la consideración de la 51ª Asamblea Mundial de la Salud para los efectos de su refrendación, así como la del Décimo Programa de Trabajo de la institución.

TABLA 4

Componentes esenciales de la atención primaria de salud. Cobertura en países en desarrollo. 1983-1985 y 1988-1990.

Componente	Cobertura %	
	1983-1985	1988-1990
Servicios locales de Salud	70	89
Asistencia embarazo	48	65
Parto institucional	41	53
Control infantil	43	64
Inmunizaciones - DPT	41	83
Sarampión	44	79
Polio	43	85
BCG	42	90
Suministro agua potable	55	66
Disponibilidad adecuada excretas	31	53

Fuente: OMS. 1995.

En el documento correspondiente se planteó como prioridades estratégicas la reducción de la pobreza y la equidad en la utilización de los recursos del sistema de salud, asegurando la aplicación racional de nuevos conocimientos en el marco de un proceso intersectorial y que cuente con sustentabilidad financiera.

Se hace un énfasis singular en la importancia de la promoción de la salud, la protección del medio ambiente, vivienda y educación, y se destacan los programas en actual desarrollo que deben fortalecerse por su trascendencia, entre ellos los relacionados con la salud perinatal, la paternidad responsable, el envejecimiento, la malaria, el SIDA, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la salud mental.

El éxito de la implementación del plan de salud mencionado dependerá de la especial urgencia con que los Países Miembros de la Organización Mundial de la Salud consideran los nuevos desafíos. La perspectiva de esta política es ambiciosa y las dificultades son grandes, sin embargo la esperanza de alcanzar la Salud para Todos exige cumplir con este imperativo moral.

BIBLIOGRAFIA

1. Banco Mundial. Informe del Desarrollo Mundial 1996. Washington, D.C. 1997.

2. GOODMAN, N. E. International Health Organizations and their work. J.A. Churchill Ltd. London, 1952.

3. Naciones Unidas. Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Nueva York, 1990.

4. Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre la Mujer. Beijing, 1995.

5. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de la Salud. Informe Conjunto del Director de OMS y UNICEF. Ginebra-Nueva York 1978.

6. Organización Mundial de la Salud. Nuevas tendencias y métodos de asistencia materno-infantil de los Servicios de Salud. Informe Técnico N° 600. Ginebra, 1976.

7. Organización Mundial de la Salud. Necesidades de Salud de los Adolescentes. Serie Informes Técnicos N° 609, Ginebra, 1977.

8. Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, y Asociación Canadiense de Salud Pública. La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa, 16-21 noviembre de 1986.

9. Organización Mundial de la Salud. Prevención en la Niñez y en la Juventud de las enfermedades cardiovasculares del adulto; es el momento de actuar. Serie Informes Técnicos N° 792. Ginebra, 1990.

10. Organización Mundial de la Salud. Actividades de la OMS 1992-1993. Informe Bienal del Director General. Ginebra, 1994.

11. Organización Panamericana de la Salud. Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Washington D.C. 15-20 abril 1963. Informe final. Bol. Of. Sanit. Panamá. Vol. IV. N° 1 julio 1963.

12. Organización Panamericana de la Salud. Plan Decenal de Salud para las Américas. informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Doc. Oficial N° 118. Washington, D.C. 1973.

13. Organización Panamericana de la Salud. IV Reunión especial de Ministros de Salud de las Américas. Doc. Oficial N° 156. Washington, D.C. 1978.

14. Organización Panamericana de la Salud. Salud para Todos en el año 2000. Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales. Doc. Oficial N° 179. Washington, D.C. 1982.

15. Organización Panamericana de la Salud. Consejo Directivo XXXV Reunión. Programas de Salud materno-infantil y Planificación Familiar. Washington, D.C. 1991.

16. Organización Panamericana de la Salud. Pro Salute Novi Mundi. Historia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 1992.

17. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas 1995-1998. Doc. Oficial N 269. Washington, D.C. 1995.

18. PNUD. Informe sobre el Desarrollo Humano. México D.F. 1996.

19. Rosselot, J. UNICEF y la Protección de la Infancia 1946-1990. *Rev. Pediatría*. Vol. 33: 165-177. Santiago, 1990.
20. Rosselot, J. El Noveno Decenio de la Organización Panamericana de la Salud. *Cuad. Med. Soc. XXXIV*-Vol. 2 y 3:5-14. Santiago, 1993.
21. United Nations Children's Fund. Executive Board. An Overview of UNICEP policies, organization, and working methods. March 24th 1978. Nueva York.
22. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 1997. Nueva York, 1997.
23. World Health Organization. Scientific Background of the International Sanitary Conferences: 1851-1932. Geneva, 1975.
24. World Health Organization. Maternal Health and Safe Motherhood. Geneva, 1987
25. World Health Organization. Alma-Ata reaffirmed at Riga. From Alma-Ata to the year 2000. A midpoint review. Geneva, 1988.
26. Renewing the Health -for all Strategy. Geneva, 1995. World Health Organization.
27. Changes and Reforms at- WHO. The World Health Report. Bridging the Gaps. Geneva, 1995.
28. World Health Organization. World Health Report 1996. Fighting Disease, Fostering Development. Geneva, 1997.
29. World Health Organization. HRP Annual Technical Report 1996. Geneva, 1997.
30. World Health Organization. World Health Report 1997. Conquering, Suffering, Enriching Humanity. Geneva, 1997.
31. World Health Organization. Primary Health Care, Concepts and Challenge in a Changing World. Alma-Ata Revisited. Geneva, 1997.