
NOTICIAS

El doctor Jong Wook Lee, nuevo Director General de la Organización Mundial de la Salud

Para ser ratificado formalmente por los 192 miembros de la Asamblea Mundial de la Salud como próximo Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), fue nominado el sudcoreano doctor Jong Wook Lee. En la selección final del candidato a presidir la OMS también fueron considerados los doctores Peter Piot, Director Ejecutivo de ONUSIDA; Ismail Sallan, Ministro de Salud de Egipto; Pascoal Mocumbi, Primer Ministro de Mozambique, y Julio Frenk Mora, Secretario de Salud de México.

El doctor Lee estudió en el Colegio de Medicina de la Universidad de Seúl, y en la Universidad de Hawaii. Se vinculó a la OMS en 1983 como Consultor del Programa de Control de la Lepra en el Pacífico Sur. De 1986 a 1990 fue Consultor Regional para Enfermedades Crónicas. Luego, hasta 1994, fue Director de Prevención y Control de Enfermedades, en la Región del Pacífico Occidental, con sede en Manila. A partir de 1994, fue trasladado a Ginebra como Director del Programa Global de Vacunas. Al momento de su

elección como Director General, Lee era la cabeza del Programa de Tuberculosis.

Consideró su nominación como "Un verdadero privilegio y un gran honor...", y planteó que la visión de la OMS debe centrarse en un llamado al mundo para efectuar grandes esfuerzos dirigidos a mejorar la salud individual, la de las comunidades y la de las naciones, desarrollando estrategias para intervenciones específicas en salud, en áreas prioritarias. Dichas estrategias deben estar destinadas a producir beneficios en salud tangibles y mensurables. Esta visión de la OMS le permitirá a la institución exhibir las siguientes cinco características:

1. Altamente efectiva;
2. eficiente;
3. significativamente descentralizada;
4. claramente responsable financiera, profesional y administrativamente; y
5. ser una gran plaza laboral que atraiga a la gente más brillante, más tenaz y enérgica, para la cual la Organización brinde un ambiente y una cultura que les permita hacer las mayores contribuciones en cada una de sus áreas de desempeño.



Sensible fallecimiento del doctor Juan Luis Londoño de la Cuesta

En el mes de febrero de este año, en cumplimiento de sus actividades como Ministro de Protección Social de Colombia, falleció el doctor Juan Luis Londoño de la Cuesta, sin duda uno de los grandes innovadores de las reformas de los sistemas de salud de América Latina. De éstas, una de las más importantes ha sido la adelantada en su país, la cual sería inconcebible sin su decidida participación.

Juan Luis Londoño estudió Administración de Negocios y economía en las universidades EAFIT y de Antioquia, en Medellín, Maestría en Política Económica en la Universidad de los Andes, en Bogotá, y Maestría y Doctorado en Economía, en la Universidad de Harvard, en los Estados Unidos de América.

Estudioso incansable, periodista de opinión, no sólo concibió y analizó las posibilidades de reforma del sector salud tanto de su país como del conjunto de América Latina, sino que se convirtió en uno de los más importantes implantadores de novedosos planes y programas para garantizar el acceso de la población pobre a más y mejores servicios de salud.

Al inicio de los años noventa se desempeñó como Ministro de Salud en el gobierno del Presidente César Gaviria. También fue Subjefe del Departamento Nacional de Planeación, miembro de la Comisión para la Modernización del Estado y responsable del equipo que preparó el Plan Nacional de Desarrollo 1991-1994, además de otras importantes responsabilidades ligadas con la salud y el sector social en general. Participó en el diseño de la Ley 60, que reformó el Sistema Nacional de Salud de Colombia, en la instauración del proceso del sistema público de salud en más de 50% del territorio colombiano, y en la importantísima Reforma de Seguridad Social (Ley 100).

El entusiasmo y la participación del doctor Londoño fueron elementos clave para la creación y funcionamiento de una red de investigación, análisis y difusión de temas seleccionados con la inaplazable reforma del Sector Salud de los países de América Latina y El Caribe.

En 2002, al iniciar el gobierno del Presidente Alvaro Uribe, le fue encargada la responsabilidad del nuevo Ministerio de Protección Social, el cual combina las áreas de competencia de los ministerios de Salud y Trabajo, con el objetivo de coordinar estos importantes sectores de la política social en aras del mejoramiento de la calidad de vida para la población colombiana.

Juan Luis Londoño será recordado fundamentalmente como un reformador social, una persona con

visión extraordinaria, que supo adelantarse a sus tiempos. Su juventud no le impidió ser justamente un visionario, un pionero.

Acuerdo en torno a un tratado internacional para el control del tabaco

“Un importante paso adelante para la salud de los pueblos y las naciones”.

Dra. Gro Harlem Brundtland

Con el objetivo de contender contra la epidemia del tabaquismo, 171 estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acordaron, en Ginebra, el 1 de marzo de 2003, transmitir a la Asamblea Mundial de la Salud un tratado en materia de salud pública sobre el control de la oferta y del consumo de tabaco. Por considerarlo del interés de los lectores de *Salud Pública de México* reproducimos fragmentos del texto preliminar del Convenio marco de la OMS para el control del Tabaco¹.

Impuestos. El texto reconoce formalmente que las medidas relacionadas con los precios y los impuestos son un mecanismo importante para reducir el consumo de tabaco, en particular entre los jóvenes, y exige a los signatarios que piensen en los objetivos de salud pública al aplicar las políticas relacionadas con los impuestos y los precios de los productos de tabaco.

Etiquetado. El texto exige que al menos 30%, pero preferiblemente 50% o más, de la superficie expuesta en los envases de los productos de tabaco esté ocupada por advertencias sanitarias claras en forma de texto, imágenes o una combinación de ambos. Los requisitos en cuanto al envasado y el etiquetado también prohíben usar términos confusos que

den la falsa impresión de que un producto es menos nocivo que otros, a veces mediante expresiones como “ligero”, “suave” o “con bajo contenido de alquitrán”.

Publicidad. Si bien todos los países estaban de acuerdo en que la prohibición total de ésta tendría un importante efecto de reducción del consumo de productos de tabaco, en algunos existen disposiciones constitucionales –por ejemplo las relativas a la libertad de expresión con fines comerciales– que no les permitirán imponer una prohibición completa en todos los medios. En el texto final se pide a las partes que procuren hacer progresos para conseguir una prohibición completa en el término de los cinco años siguientes a la entrada en vigor del Convenio. También se incluyen disposiciones para los países que no puedan imponer una prohibición completa, con el fin de que restrinjan la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco dentro de los límites que marque su legislación.

En el texto se pide explícitamente a los futuros signatarios del Convenio que estudien la posibilidad de preparar un protocolo que aborde con mayor detalle la publicidad transfronteriza. Este podría incluir los aspectos técnicos de las medidas que permitirían impedir o bloquear la publicidad en medios tales como la televisión por satélite o Internet.

Responsabilidad. Se alienta a las Partes en el Convenio a emprender acciones legislativas para responsabilizar a la industria tabacalera de los costos asociados con el consumo de tabaco.

Financiamiento. Se estipula que las Partes proporcionarán apoyo financiero a sus programas nacionales de control del tabaco. Además, en el texto se alienta a usar y promover los fondos de desarrollo existentes para el control del tabaco. Varios países y organismos de desarrollo se han

comprometido ya a incluir el control del tabaco entre las prioridades de desarrollo.

En el texto se estipula también que los países promoverán programas de tratamiento que ayuden a las personas a dejar de fumar, y programas de educación que eviten la adquisición del hábito, que prohibirán la venta de productos de tabaco a los menores, y que limitarán la exposición del público al humo ajeno.

Los elementos del tratado reflejan las políticas de la OMS y del Banco Mundial orientadas a un plan integral de reducción del consumo de tabaco. Aunque la Asamblea Mundial de la Salud ha adoptado ya, desde 1970, cerca de 20 resoluciones en apoyo del control del tabaco, la diferencia respecto de este convenio es que las obligaciones de este tratado serán jurídicamente vinculantes para las Partes en el Convenio una vez que éste entre en vigor.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Acuerdo en torno a un tratado internacional para el control del tabaco. Ginebra: OMS, 2003. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/releases/2003/pr21/es/index.html>. consultada el 3 de abril de 2003.

Un nuevo reto para la salud pública: el síndrome respiratorio agudo severo

El síndrome respiratorio agudo severo (SIRAS) o severe acute respiratory syndrome (SARS), es una condición de origen probablemente viral que ha sido identificado recientemente en pacientes en Asia, América del Norte y Europa. Entre el 1 de febrero y el 30 de marzo de 2003, el SIRAS había sido diagnosticado en más de 1 800 pacientes, en 17 países, con un total de 62 defunciones.¹

De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un caso sospechoso de SIRAS en una persona se identifica documentando fiebre ($\geq 38^\circ\text{C}$), síntomas de las vías respiratorias inferiores y contacto con una persona que haya padecido SIRAS o evidencia de que haya viajado a alguna de las áreas en donde se ha documentado la transmisión de la enfermedad. Un caso probable incluye, además, datos de neumonía en la radiografía de tórax, síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) o una enfermedad respiratoria inexplicable que desencadene la muerte y que en los datos de autopsia muestre evidencia patológica de SDRA.²

La enfermedad, reportada por primera vez en el otoño de 2002 en la Provincia de Guangdong, en el sur de China, se propaga rápidamente pero no es uniformemente contagiosa. La mayoría de los casos se han presentado en Hong Kong en donde la epidemia continúa expandiéndose a pesar de los esfuerzos por parte del gobierno para contenerla. La mayoría de los casos se presenta en personal de hospitales y contactos cercanos de los enfermos. La mortalidad se asocia principalmente a pacientes con algún tipo de susceptibilidad como diabetes tipo 2 y enfermedad pulmonar crónica. Los casos conglomerados en comunidades instaladas en hoteles o edificios de apartamentos han demostrado que es muy contagiosa a través del contacto cercano y prolongado con pacientes enfermos. Se ha confirmado que durante el periodo de incubación de la enfermedad –que parece ser de entre 1 a 11 días, con una media de cinco días– los pacientes pueden transmitirla a través de las gotitas de saliva y, probablemente, también por sistemas de conducción de aire.³

La sintomatología clínica inicial de los casos que se han presentado

incluyen fiebre $\geq 38^\circ\text{C}$ por más de 24 horas, tos no productiva, disnea (entre 3 y 7 días después del inicio de la fiebre), malestar, mialgias y dolor de cabeza. Al examen físico se puede observar dolor torácico, taquicardia, taquipnea y presión arterial baja. Fuera del sistema respiratorio, el examen físico es normal. Las radiografías de tórax revelan alteraciones en las zonas basales pulmonares, incluyendo un patrón intersticial reticular que posteriormente se transforma en una opacidad homogénea. Las pruebas de laboratorio muestran linfopenia, niveles elevados de lactato deshidrogenasa, aminotransferasa de aspartato y creatinina. En algunos casos se demuestran trombocitopenia y leucopenia.^{3,4}

Los análisis microbiológicos en los que se han incluido cultivo de tejidos, microscopia electrónica, tecnología de microarreglos, inmunofluorescencia indirecta y la reacción de la polimerasa en cadena (PCR), señalan que un nuevo coronavirus es el principal sospechoso en la búsqueda de la causa del SIRAS, aunque falta por confirmarse si es el único causante de la enfermedad. Investigadores de la Universidad de Hong Kong han anunciado el desarrollo de una prueba diagnóstica basada en PCR para la identificación rápida del virus, la cual se encuentra en evaluación para su empleo a escala mundial. Asimismo, los esfuerzos por desarrollar una vacuna a corto plazo ya se han iniciado.¹

Respecto al tratamiento, se han probado numerosas terapias antimicrobianas, pero sin claros efectos. Sin embargo, considerando la posibilidad de la etiología viral del SIRAS, se recomienda el empleo empírico de un agente antiviral como la ribavirina que es un análogo ribonucleótido que induce mutagénesis letal en los virus con genoma de RNA como los metaneumovirus y los coronavirus. Este medica-

mento aunado a la terapia de apoyo general, hidratación adecuada y vigilancia de la aparición de otras infecciones, parecen ser el manejo más adecuado por ahora.⁴

La respuesta a la epidemia de SIRAS ha sido extremadamente rápida, tanto en la generación de nuevos conocimientos como en la difusión de los mismos a través de medios escritos y electrónicos. Al personal médico se le recomienda mantenerse actualizado a través de la página de Internet de la Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/csr/sars/guidelines/en/>) o del Center for Disease Control and Prevention (<http://www.cdc.gov/ncidod/sars/clinicians/htm>) ya que la información se está modificando diariamente.

A pesar de los avances científicos y tecnológicos con los que contamos, la epidemia del SIRAS presenta un reto más para la comunidad científica y médica mundial, pero también abre nuevas posibilidades para un intercambio de conocimientos que nos acerque más al control de los agentes infecciosos que afectan a la humanidad.

*Dr. Rodolfo Gatica Marquina.
Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del
Estado de Morelos
M. en C. Gabriela Echániz Avilés.
Centro de Investigaciones sobre Enfermedades
Infecciosas, Instituto Nacional de Salud Pública*

REFERENCIAS

1. Gerberding JL. Faster...but fast enough? Responding to the epidemic of severe acute respiratory syndrome. Published at www.nejm.org on April 2, 2003.
2. World Health Organization. Case definitions for surveillance of severe acute respiratory syndrome (SARS). Geneva: 2003. Disponible en: <http://www.who.int/csr/sars/casedefinition>. Consultado el 31 de marzo de 2003.
3. Tsang KW, Ho PL, Ooi GC, Yee WK, Wangt, Chan-Yeung M. A cluster of cases of severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. Published at www.nejm.org on March 31, 2003.
4. Poutanen SM, Low DE, Henry B, et al. Identification of severe acute respiratory syndrome in Canada. Published at www.nejm.org on March 31, 2003.