
NOTICIAS

Doctor JW Lee
Director General electo
Organización Mundial de la Salud

Alocución ante la 56ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 21 de mayo de 2003

Señor Presidente, señoras y señores ministros, distinguidos delegados, señoras y señores:

Al elegirme como primer Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en este nuevo milenio, ustedes me han encomendado una responsabilidad muy grande.

La responsabilidad no sólo de proseguir la labor de mis distinguidos predecesores, sino también de lograr que la OMS pueda responder a las demandas cada vez más importantes a las que ha de dar respuesta.

Este desafío requiere un alto nivel de conocimientos, así como la buena voluntad y la firme determinación de cada uno de nosotros. Para afrontarlo también será necesario actuar con sensibilidad política, disponer de competencias técnicas y tener una visión ética.

Hoy me referiré brevemente a los principales valores que deben guiarnos en los próximos cinco años, así como a la situación sanitaria mundial y a la manera en que debemos afrontar los actuales desafíos en materia de salud.

Actualmente, el mundo necesita que se ejerza un liderazgo para orientar los esfuerzos encaminados a garantizar la seguridad contra la propagación de las enfermedades infecciosas y que se haga justicia a las personas más afectadas por las enfermedades de la pobreza. Precisamente, el sistema de las Naciones Unidas se fundó para defender estos dos principios de seguridad y justicia, que son interdependientes. Los dirigentes mundiales que redactaron la Carta de las Naciones Unidas comprendieron que la paz y la seguridad dependían de la creación de lo que llamaron “condiciones bajo las cuales pueda [...] mantenerse la justicia”.

La Constitución de la OMS, firmada en 1946, retoma este principio que, si vale para la política mundial, también ha de aplicarse a la salud. La Organización tiene una misión amplia: trabajar para garantizar el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr a “todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. Nuestra Constitución nos impone un compromiso solidario y nos advierte que “la desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y al control de las enfermedades” es un “peligro común” para todos los pueblos. No se trata de compromisos ingenuos. Cuando se formularon, acababa de concluir la guerra más destructiva

que el mundo había conocido hasta entonces.

Hoy más que nunca es evidente que nuestra labor debe guiarse por los valores de la Carta de las Naciones Unidas y de la Constitución de la OMS.

La situación sanitaria mundial ha mejorado en muchos aspectos desde que se fundó la OMS hace 55 años. Hemos asistido a logros históricos, como la erradicación de la viruela, así como a reducciones considerables en la mortalidad infantil y al notable incremento de la longevidad en muchos países.

Pero existe un fuerte contraste entre estos éxitos y los graves problemas sanitarios que aún quedan por resolver y el sufrimiento de millones de personas que todavía no tienen acceso a los beneficios del progreso médico y científico.

Se siguen propagando graves infecciones mortíferas. En algunos países la pandemia del VIH/SIDA está anulando decenios de progresos en el aumento de la esperanza de vida: en las zonas más afectadas el SIDA puede llegar a matar a 25% de los adultos en los próximos 10 años. En parte debido a su combinación con el VIH, los progresos en la lucha contra la tuberculosis siguen siendo lentos. Cada año dos millones de personas mueren de tuberculosis. Por su parte, el paludismo provoca 3 000 muertes diarias, principalmente de niños.

También nos enfrentamos con nuevos problemas graves. El brote de SRAS pone de relieve la vulnerabilidad del mundo a las nuevas infecciones. Hace 10 días estuve en Beijing para analizar la situación con el gobierno de China. Pude comprobar que se están adoptando medidas enérgicas para luchar contra el SRAS. También constaté la urgente necesidad de reforzar la vigilancia de la morbilidad y los mecanismos de respuesta a escala local, nacional y mundial.

Al mismo tiempo, aumenta el número de víctimas de enfermedades no transmisibles. En conjunto, estas enfermedades representaron más de 45% de la carga de morbilidad mundial en 2001. Se prevé que este porcentaje aumentará. Somos conscientes de los problemas que aún quedan por resolver en relación con la salud de la mujer, incluida la salud materna. Durante el último decenio se han hecho escasos progresos en la reducción de las tasas de mortalidad materna. También se plantean problemas muy graves en la esfera de la salud mental.

Detrás de estas cifras están las dificultades con que tropiezan los sistemas de salud. Muchos países se enfrentan con graves carencias en materia de infraestructura, tecnologías médicas y recursos humanos para la salud. Las inversiones en sistemas sanitarios en las regiones en desarrollo siguen siendo insuficientes. Los países, los donantes y los organismos internacionales deben elaborar una respuesta coherente y efectiva.

Como resultado de estas tendencias, siguen ampliándose las desigualdades sanitarias en el mundo. Consideremos dos casos extremos. Una niña nacida en el Japón en 2002 tiene posibilidades razonables de vivir hasta el siglo XXII. Un niño nacido en el Afganistán ese mismo año tiene 25% de posibilidades de morir antes de los cinco años de edad.

La esperanza de vida media en algunos países de altos ingresos es de casi 80 años. Sin embargo, en algunas zonas del África subsahariana, el VIH/SIDA y otras amenazas sanitarias han reducido la esperanza de vida a 40 años o menos. Una sociedad mundializada en la que existen desigualdades tan agudas no es aceptable ni viable.

La cuestión de la equidad tiene un significado especial para mí, que vengo de Corea. Cuando era un muchacho, mi país se encontraba empobrecido y desgarrado por la guerra. Nuestro pueblo ha conocido los mismos padecimientos que muchos otros países pobres, tanto en el pasado como en el presente. Los coreanos de mi generación no hemos olvidado las lecciones de aquella época. Sabemos lo que significan los conflictos, la pobreza y la difusión de las enfermedades. En esta experiencia formativa se basa mi determinación de hacer hincapié en las necesidades sanitarias de los desfavorecidos.

Señor Presidente:

Permítame referirme ahora a la forma en que la OMS y sus asociados han de abordar los problemas sanitarios mundiales en los próximos años. Las principales orientaciones de nuestra labor ya están claras.

Hace 25 años, la Declaración de Alma-Ata proclamó la meta de "salud para todos en el año 2000", que debía alcanzarse mediante el fortalecimiento de los sistemas de atención primaria de salud. No podemos retrasar el reloj de Alma-Ata. Pero debemos renovar el compromiso fundamental de lograr la equidad expresado en la fórmula "salud para todos". La OMS debe trabajar para convertir este ideal en resultados medibles estableciendo un nuevo tipo de relación con los Estados Miembros.

La clave de la labor de la OMS en los próximos años será un nuevo

compromiso para conseguir resultados en los países. De aquí a cinco años, nuestras operaciones se habrán centrado mucho más en los países. Estaremos "más cerca de la base" e intensificaremos nuestra colaboración con las autoridades sanitarias nacionales para dar respuesta a sus objetivos prioritarios en materia de salud. Nos centraremos en el logro de objetivos alcanzables en esferas en las que la OMS puede proporcionar conocimientos técnicos y recursos.

Nuestro colega de la OMS, el doctor Carlo Urbani, ha mostrado lo que puede significar esa orientación para el logro de resultados en los países. El doctor Urbani murió de síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) el pasado 29 de marzo. Fue el primero en reconocer la importancia de esta nueva enfermedad y trató los primeros casos en Hanoi. Junto con otros médicos y científicos de la OMS dio la alerta mundial que permitió desplegar esfuerzos para contener la infección y salvar muchas vidas.

Poco antes de que el doctor Urbani se enfermase, su mujer le expresó su preocupación por los peligros a que se exponía. El doctor Urbani le contestó: "si no puedo trabajar en este tipo de situaciones, ¿para qué estoy aquí? ¿Para responder a los mensajes electrónicos y dedicarme al papeleo?"

Carlo Urbani dio lo mejor de sí a la OMS: no se dedicó al papeleo, sino a impulsar la lucha contra la pobreza y las enfermedades.

Hoy tenemos el honor de que nos acompañe la señora Giuliana Chiorrini, esposa del doctor Urbani. Le ruego a ella y a su familia que acepten la expresión de nuestro pesar y de nuestra profunda gratitud por la labor y la vida de su esposo.

Señor Presidente:

Mi visión de la OMS se basa en el compromiso de lograr resultados en

los países. Tal como lo concibo, este compromiso tiene cinco consecuencias principales. Permítame que me refiera brevemente al amplio alcance de cada una de estas consecuencias para nuestra labor conjunta.

La primera consecuencia es la búsqueda activa del logro de objetivos sanitarios medibles, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio adoptados en septiembre de 2000 en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas. En ellos se establecen metas claras para los países en materia de nutrición, acceso al agua salubre, salud materno infantil, lucha contra las enfermedades infecciosas y acceso a los medicamentos esenciales. Estos objetivos son elementos estratégicos clave de un amplio programa sanitario basado en el legado de Alma-Ata.

Un elemento central de este programa debe ser la intensificación de la lucha contra el VIH/SIDA. Mediante la colaboración con el ONUSIDA, el Fondo Mundial, los Estados Miembros, la sociedad civil y otros interesados, velaré por que la OMS desempeñe una función de liderazgo en el logro de la ambiciosa meta de ampliar el acceso a la terapia antirretrovírica a tres millones de personas de los países en desarrollo para 2005. La promoción de esta terapia debe ir acompañada de una intensificación de los esfuerzos encaminados a prevenir el VIH. Utilizaremos la prestación de servicios de lucha contra el VIH/SIDA para fortalecer los sistemas sanitarios. Colaboraremos con diversos asociados para intensificar la colaboración de las comunidades en la prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA.

Asimismo, promoveremos el logro de otras metas sanitarias. Durante ocho años he dirigido campañas contra la poliomielitis: durante cuatro años en la Región del Pacífico Occidental y posteriormente en la

sede. Me comprometo a lograr la erradicación de esta enfermedad antes de que concluya mi mandato de Director General.

El compromiso de lograr resultados tiene una segunda consecuencia para nuestra labor conjunta, que consiste en destinar más recursos a los países. La descentralización de la labor de la OMS es una medida que permitirá prestar servicios más eficientes a los países. Esta descentralización se llevará a cabo en los casos en que sea un medio para promover el logro de resultados positivos sobre el terreno. Se trata de aplicar nuestra fuerza institucional —la de toda la OMS— allí donde pueda ser más útil para atender las necesidades de los países.

Esto guarda estrecha relación con mi tercera consigna: la eficiencia. En pocas palabras, propongo introducir cambios concretos en cuanto al establecimiento de prioridades y a la adopción de medidas encaminadas a reducir los costos. Para aumentar la eficiencia es necesario utilizar mejor las nuevas tecnologías. Hemos hecho progresos en materia de tecnología de la información pero aún queda mucho por hacer. Propongo acelerar las inversiones en la esfera de la tecnología de la información y, concretamente, en la infraestructura de comunicaciones que vincula a las oficinas en los países con las regiones y la sede.

La cuarta consecuencia es la necesidad de hacer hincapié en la rendición de cuentas. Como Director General me propongo fortalecer sustancialmente la función de auditoría en la OMS.

Ahora bien, considero que la rendición de cuentas no se limita a las cuestiones financieras, sino que también abarca la eficiencia de nuestras contribuciones al logro de resultados sanitarios.

De una manera más general, toda la labor que llevan a cabo los

países debe estar orientada sobre la base de datos sanitarios más fiables y oportunos. En consecuencia, el mejoramiento de la vigilancia sanitaria y de la gestión de datos en el ámbito mundial será un objetivo fundamental en la OMS en los próximos cinco años.

Dirigiré a la OMS y a sus asociados para llevar a cabo una expansión y un fortalecimiento en gran escala de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos. El SRAS es la primera nueva enfermedad que representa una amenaza en el siglo XXI, pero no será la última. Completaremos el establecimiento de los mecanismos de control del SRAS y fortaleceremos nuestras defensas contra la *próxima* infección mortífera. El 90% de los recursos se destinarán a ampliar la capacidad de vigilancia de la morbilidad en los países y las regiones. Ya se han anunciado compromisos de contribuciones sustanciales y acogemos con sumo beneplácito el anuncio reciente de los Estados Unidos de América de que prestará su apoyo en esta esfera.

También ampliaremos y mejoraremos los sistemas de medición de la salud, con especial hincapié en la ampliación de la capacidad en los países. Es necesario disponer de sistemas racionalizados de medición de la salud para poder hacer un seguimiento de los progresos en el logro de las metas sanitarias y mejorar la responsabilización mutua entre los países, los donantes y los organismos internacionales.

Mi quinta y última consigna para los próximos años consistirá en fortalecer los recursos humanos tanto dentro como fuera de la Organización.

Estoy elaborando planes para crear posibilidades de carrera que aclaren las expectativas institucionales y permitan que los funcionarios de la OMS puedan tener un desarro-

llo profesional en el curso de su carrera en la Organización. Asimismo, estoy firmemente decidido a lograr que la dotación de personal del cuadro orgánico de la OMS refleje un mayor equilibrio entre los géneros y responda mejor a la diversidad de nuestros Estados Miembros.

Asimismo –actuando hacia fuera– debemos ayudar a los países para que aborden el desafío de dotarse de suficiente recursos humanos para la salud. Utilizaré los conocimientos especializados y la experiencia de la OMS para elaborar soluciones que permitan resolver los problemas de crisis de personal con que tropiezan muchos sistemas sanitarios.

Señor Presidente:

Al iniciar estas observaciones recordé los valores básicos de la seguridad y la justicia, que son inseparables. Me referí a dos graves problemas que plantea actualmente la situación sanitaria mundial. Y expliqué cuáles, a mi entender, la forma en que la OMS debe desempeñar su papel rector para abordar estos problemas, a saber: asumiendo un nuevo compromiso para realizar en los países actividades orientadas a los resultados centrándose en cinco temas fundamentales.

En mi trabajo en la OMS y en el ejercicio de la medicina antes de incorporarme a la Organización, aprendí que es muy importante saber escuchar. Deseo que la OMS se convierta en una organización que escuche más y ponga mayor hincapié en la comunicación abierta. Yo mismo me dedicaré activamente a modelar esta actitud. El intercambio de ideas será fundamental en los próximos meses. Pero en definitiva su eficacia se verá en la práctica. Unamos nuestras fuerzas para acometer la labor que tenemos por delante.

Muchas gracias.

OMS: el camino hacia adelante. Entrevista con Lee Jong-Wook

El nuevo Director General de la OMS abraza grandes aspiraciones para mejorar la salud mundial

1. El síndrome respiratorio agudo severo, o SRAS, ha protagonizado los titulares últimamente. ¿Cuál ha sido el papel de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y qué hemos aprendido a raíz de esta epidemia?

El SRAS ha confirmado el liderazgo de la OMS en la protección de la comunidad internacional contra las amenazas emergentes para la salud. Desde que se declaró el brote, la OMS ha sido el principal productor mundial de información sobre el SRAS y ha actualizado diariamente dicha información en su sitio web, las visitas al cual se han disparado.

Mientras, a través de la Red Mundial de Alerta y Respuesta, expertos de la Organización han ayudado a coordinar los equipos científicos y médicos que luchan contra el SRAS sobre el terreno. La OMS ha patrocinado teleconferencias clínicas en las que funcionarios de salud de diferentes países intercambiaron información. Una red de laboratorios dirigida por la OMS ha investigado el virus, y redes de epidemiólogos y médicos coordinados por la Organización han proporcionado paralelamente datos sobre las modalidades de transmisión y las mejores prácticas de manejo de los pacientes. Sin la eficaz respuesta internacional articulada por la OMS y sus asociados, las pérdidas humanas y económicas causadas por el SRAS habrían sido mucho mayores.

Con el fin de estar preparados para futuros retos, acometeré de inmediato una gran ampliación y refuerzo de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos. Aumentaremos la capacidad y fortaleceremos la infraestructura en los ámbitos local, nacional y mundial para acelerar la detección y el control de las enfermedades transmisibles emergentes, nuevas o ya existentes.

2. ¿Cuáles considera que son las amenazas más graves para la salud mundial y qué va a hacer la OMS para hacerles frente?

La OMS proporciona datos, directrices y normas y asistencia técnica para ayudar a los países a identificar y afrontar sus retos prioritarios de salud. Las prioridades de los países dependen de los perfiles epidemiológicos, pero también de decisiones políticas.

Al mismo tiempo, la OMS debe hacer un uso selectivo de sus recursos limitados. En un mundo caracterizado por unas desigualdades sanitarias inadmisibles, haremos hincapié en los programas que benefician a los más pobres y a las comunidades más vulnerables.

De ahí nuestro énfasis permanente en la nutrición, por ejemplo. Por razones similares, la lucha contra las infecciones más mortíferas –VIH/SIDA, tuberculosis y malaria– debe seguir siendo una de las principales prioridades de la OMS, no sólo por la proporción de la carga mundial de morbilidad que representan tales enfermedades, sino también porque éstas castigan sobre todo a los pobres.

Hoy día, una parte creciente de la carga de morbilidad, tanto en los países de ingresos bajos como en los de ingresos altos se debe a enfermedades no

transmisibles. En consecuencia, los traumatismos, la salud mental y otras enfermedades no transmisibles también serán importantes para la OMS en los años venideros.

3. Las Naciones Unidas han establecido una serie de Objetivos de Desarrollo del Milenio de cara a los próximos 10 a 15 años. ¿Por qué es tan importante alcanzarlos?

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, surgidos de la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, celebrada en septiembre de 2000, brindan un marco para la mitigación de la pobreza y para el desarrollo, con metas cuantificables para 2015. La salud ocupa un lugar central en la agenda del milenio, y los países se han comprometido a alcanzar puntos de referencia en materia de nutrición, acceso a agua potable, salud materno infantil, control de las enfermedades infecciosas y acceso a los medicamentos esenciales.

Alcanzando esas metas se salvarán millones de vidas y se pondrá fin a mucho sufrimiento. Eso sólo sería ya razón bastante para comprometerse. Pero es que, además, logradas esas metas de salud será más fácil consolidar los cimientos del desarrollo económico a largo plazo en algunas de las regiones más desfavorecidas del mundo.

4. Los responsables de las políticas de salud tenderán a centrar su interés en los objetivos y las metas, pero ¿cómo garantizar que no queden desatendidas las necesidades reales y urgentes de las personas, en particular de los más pobres del mundo?

“Escuchar” será una de las preocupaciones primordiales durante mi mandato como Director General. Eso significa

para mí prestar atención no sólo a los funcionarios de salud y los expertos en materia de políticas, sino también a las organizaciones comunitarias que realmente representan a los pobres. Fomentaré una activa proyección exterior para asegurar que la opinión de esas organizaciones se tenga muy en cuenta al configurar la agenda de la OMS.

La pobreza acentúa muchos tipos de vulnerabilidad. La salud de las personas pobres se ve atacada simultáneamente por diversas amenazas para la salud. En consecuencia, las metas de salud específicas y los programas verticales contra enfermedades deben integrarse en un esfuerzo amplio de refuerzo de los sistemas de salud. Curar un caso de tuberculosis representa una dudosa victoria si resulta que la persona afectada fallece poco después como consecuencia de una enfermedad cardíaca no tratada o de complicaciones obstétricas que no es posible atender, debido a los fallos del sistema sanitario. El desarrollo de los sistemas de salud es crucial para asegurar que las comunidades pobres y vulnerables tengan acceso a una amplia gama de servicios que cubran las necesidades sanitarias reales de la población.

5. Muchos millones de personas carecen de acceso a medicamentos esenciales para el VIH/SIDA y otras enfermedades. Al mismo tiempo, existe una escasez de personal sanitario cualificado para atender la demanda de atención y tratamiento. ¿Cómo podrían utilizarse mejor los recursos de los servicios de salud en beneficio de las personas necesitadas?

Habría que aumentar sustancialmente los recursos dedi-

cados a la salud en el mundo en desarrollo combinando un mayor gasto interno de los países y el refuerzo de las inversiones de los donantes.

En muchos países se necesitará más financiamiento para abordar las crisis sanitarias, en particular la causada por el VIH/SIDA. Bajo mi dirección, la OMS intensificará la colaboración con sus asociados para ampliar el acceso al tratamiento contra el SIDA, especialmente en las regiones con recursos escasos.

No obstante, al tiempo que buscamos un mayor apoyo para el sector de la salud, debemos hallar alternativas que permitan utilizar los recursos disponibles más eficazmente. Estoy preparando propuestas concretas sobre los recursos humanos para la salud. A corto plazo nuestras propuestas incluirán la ampliación del despliegue de agentes de salud comunitarios en las regiones con escasez de médicos y enfermeras. Aprovechando la fuerza de las comunidades nos será más fácil corregir el actual déficit de recursos humanos en los contextos donde necesitamos intensificar urgentemente los programas.

6. En su programa por la salud mundial, habla usted de medir los logros y obtener resultados. ¿Qué logros son los que más le interesan y qué grado de confianza tiene en conseguir los resultados deseados?

Nuestra tarea para los próximos años consiste en sentar las bases para lograr mejoras amplias y duraderas en los resultados sanitarios, especialmente en todas aquellas zonas del mundo donde la salud se ha estancado o ha retrocedido. Las metas concretas establecidas

pueden actuar como catalizador. En relación con el VIH/SIDA, por ejemplo, podemos y debemos lograr la meta, "3 x 5": tres millones de personas de los países en desarrollo sometidas a terapia antirretroviral para 2005.

Al mismo tiempo, la OMS debe forjar alianzas con otros líderes de la salud y otros interesados directos para reforzar la prevención de la infección por el VIH, de acuerdo con las metas mundiales acordadas. Me he comprometido en una guerra total contra la poliomielitis, y quiero llevar a término la erradicación de esta enfermedad durante mi mandato como Director General.

Aun con la mejor de las intenciones, los resultados son difíciles de prever. No obstante, los próximos años brindan una clara ventana de oportunidad para hacer grandes progresos en el campo de la salud. La importancia de la salud para el desarrollo económico y la seguridad mundial es hoy más obvia que nunca. Los líderes mundiales han tenido que dedicar una atención sin precedentes a cuestiones de salud, en particular, aunque no exclusivamente, a enfermedades infecciosas. Podemos y debemos utilizar esta oportunidad para impulsar un programa ambicioso en la salud pública internacional. Colaborando estrechamente con los países para medir los resultados sobre el terreno, garantiremos que las aspiraciones mundiales se traduzcan en mejoras concretas para la salud y el bienestar de las comunidades.

21 de mayo de 2003

*Entrevista realizada por Thomson Prentice,
Director Gerente del Informe
sobre la Salud en el Mundo.*

Prevención de la diabetes mellitus: un problema mundial

Del 24 al 29 de agosto de 2003 se llevó a cabo el XVIII Congreso Anual de la Federación Internacional de Diabetes (IDF, por sus siglas en inglés) en París, Francia. A este evento asistieron alrededor de 15 000 participantes de todo el mundo. Desde su origen, el crecimiento de este evento se relaciona con la importancia que esta enfermedad ha adquirido a escala mundial. De ser una enfermedad característica de los países desarrollados ha pasado a ser una epidemia en países en desarrollo y, a pesar de que existe un progreso considerable en el esclarecimiento de los mecanismos de sus causas y consecuencias,¹ las estrategias para su prevención han resultado insuficientes. La Organización Mundial de la Salud estimó que para 2000 existirían en México 2.18 millones de personas con diabetes mellitus,² sin embargo, la recientemente publicada Encuesta Nacional de Salud 2000, efectuada por el Instituto Nacional de Salud Pública, detectó 3.65 millones,³ y alrededor de 582 826 mexicanos murieron de diabetes en el periodo 1980-2000.⁴ En México esta enfermedad se presentó, igual que en la mayoría de los países en desarrollo, de forma rápida y sin remplazar a los problemas pretransicionales como la desnutrición y las enfermedades infecto-contagiosas, lo que ha complicado todavía más la situación.⁵

No obstante que existen diversas intervenciones que han mostrado efectividad para prevenir la diabetes, la traducción de ese conocimiento en políticas y acciones efectivas ha sido posible sólo en contados casos. Uno de los países pioneros en la implantación de programas de salud efectivos para la prevención de enfermedades crónicas es Finlandia. Su Asociación Nacional de Diabetes ha

desarrollado un plan 2000-2010 para la prevención y cuidado de la diabetes, que considera diversos sectores e identifica a los actores involucrados en cada acción clave para la prevención.⁶ De igual forma, el Programa de Prevención de Diabetes de los Estados Unidos de América ha mostrado resultados importantes que ahora deben traducirse en políticas públicas efectivas.⁷

En la reunión se hizo un recuento de múltiples acciones y estrategias aplicadas por diversos países para abordar este problema, entre las cuales destacan las siguientes: a) aumento del conocimiento sobre las oportunidades de prevención de la diabetes y sus complicaciones; b) promoción de un estilo de vida sano con énfasis en la actividad física y un plan alimentario saludable; c) detección efectiva y control de la diabetes mellitus; d) promoción del autocuidado en personas con diabetes; e) atención especializada a niños con diabetes y apoyo necesario para sus familias; f) apoyo para centros de excelencia en investigación, educación y atención a la diabetes; g) promoción de independencia para personas con diabetes; h) reducción de las complicaciones de la diabetes; i) implantación de sistemas de información para monitorear la calidad de los servicios, y j) promoción de la colaboración internacional.

México, por la alta prevalencia de obesidad y diabetes, y por la creciente mortalidad causada por esta última, está obligado a un análisis profundo de las intervenciones efectivas que pueden ponerse en marcha lo antes posible, no únicamente en población de alto riesgo, sino a través de una estrategia dual que, además, fomente mayor conocimiento del problema en la población general.

Por último, vale la pena mencionar que el 14 de noviembre es el Día Mundial de la Diabetes, la principal campaña de concienciación sobre el problema en el mundo. Un

tiempo de reflexión en el trabajo que se requiere para mejorar la prevención y el cuidado de las personas con esta enfermedad.

Dr. Simón Barquera.

*Departamento de Enfermedades Crónicas y Dieta,
Centro de Investigación en Nutrición y Salud,
Instituto Nacional de Salud Pública.*

REFERENCIAS

1. Haffner SM. Type 2 diabetes: Unravelling its causes and consequences: A compendium of classical papers. Cambridge: Medical

Publications, 2002.

2. NHM-DIA. Diabetes estimates 1995-2025. Ginebra, Suiza: World Health Organization, 2001.

3. Olaiz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, Aguilar C, Cravioto P *et al*. Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 2. La salud de los adultos. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2003.

4. Barquera S, Tovar-Guzmán V, Campos-Nonato I, González-Villalpando C, Rivera-Dommarco J. Geography of diabetes mellitus mortality in Mexico: An epidemiologic transition analysis. Arch Med Res 2003. En prensa.

5. Rivera-Dommarco J, Barquera S, Campirano F, Campos I, Safdie M, Tovar V. The epidemiological and nutritional transition in Mexico: Rapid increase of non-communicable chronic diseases

and obesity. Public Health Nutr 2002; 5(1A): 113-122.

6. Finnish Diabetes Association. Development programme for the prevention and care of diabetes in Finland 2000-2010. Finnish Diabetes Association-Diabetes Centre, Tampere, 2001.

7. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med 2002; 346:393-403.