



UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA
MBA CON ESPECIALIZACIÓN EN SALUD

TESINA:

**‘RELEVANCIA DEL IMPACTO Y DE LA ESPECIFICIDAD
COMUNICATIVA DE LOS DISCURSOS EN SALUD’**

Realizada por:

Luis Felipe Jiménez Roldán, Fonoaudiólogo y aspirante a título de MBA en salud

Apoya por el profesor guía:

Luis Felipe Vergara Maldonado, PhD. Comunicación

Santiago de Chile
Agosto de 2019

DEDICATORIA

La presente tesina y el esfuerzo que me conlleva, se lo dedico a mis seres queridos, en especial a mi amada esposa quien, me ha motivado desde siempre, y desde la base, a superarme sobre quien soy, lo que puedo ser y hacia dónde puedo ir. Incluyo también a todas aquellas personas que, directa o indirectamente se han involucrado en este arduo recorrido que implica mi existencia: vicisitudes, emociones y roles.

A todos mis mentores, a mi madre, a mi padre, a mi hermano, a mis amigos, a mis conocidos, a quienes han cuidado de mí y a todos aquellos que positiva o negativamente han labrado en mí, experiencias, que me han ayudado, tanto a saber qué ser, como qué no ser.

El trabajo que desarrollaré en las siguientes hojas, incluirá no solo a grandes exponentes (autores) de la temática tratada, sino también mis ideas y creencias, e irán muy claramente definidas, para que cuando pronuncien en voz alta o en silencio lo que este documento contiene, sepan que se licuó, todo el mundo en mi cabeza, y vertí con teclas, con los sentidos a como embudo, un fructífero jugo, que espero se lo tomen en ustedes.

Y, finalmente, estoy seguro de que el análisis de esta propuesta puede ser subjetiva de interpretación, y, por ende, lo que aporte como aplicación en sus vidas, va muy de la línea con lo que dijo alguna vez Henry Ford: *“Si piensas que puedes o que no puedes, estás en lo correcto”*.

AGRADECIMIENTOS

A lo real, que ha existido y estado conmigo, a lo intangible, omnipresente e inentendible,
y a las abstracciones creadas por nosotros, necesarias para dar orden al caos.

RESUMEN

En la presente tesina se aborda un análisis de discursos en salud, a partir de los planteamientos de la micro y macroestructura de Michel Pecheux y Teun Van Dijk, respectivamente, con el objeto de dar respuesta al título que esta misma plantea: si existe una relevancia y especificidad comunicativa en los discursos en salud.

El análisis conlleva a resultados cualitativos y cuantitativos, en los que se observa que prima un factor de neutralidad, en el cual, los diez discursos analizados ni fracasan ni tienen éxito, en su objetivo y en su forma como discurso, a partir de los parámetros planteados por los autores mencionados: *Transmisión de ideologías, actitudes, contexto social y comunicativo, esquema discursivo, garantía de sentido, el sujeto y la significación.*

Específicamente, las falencias en común encontradas y que producen a estos resultados, se hallan en las aristas del escaso marco contextual mostrado, la visible falta de un orden esquemático y canónico de ideas del discurso y, la carencia de sentido general del orden de las frases, palabras y párrafos en algunos de estos, que hacen que se pierda el hilo y el foco principal de la idea que transmite el orador, a nivel del campo de la salud, en este caso en particular, de un director de la Organización Mundial de la Salud.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA.....	7
II.I GENERALIDADES	7
II.II ACERCAMIENTOS A ANÁLISIS DEL DISCURSO, ACORDES LINGÜÍSTAS	8
II.III MACROANÁLISIS O MACROESTRUCTURA DEL DISCURSIVO DE TEUN VAN DIJK.....	9
II.IV MICROANÁLISIS O MICROESTRUCTURA DEL DISCURSIVO DE MICHEL PECHEUX	11
II.V. DISTRIBUCIÓN DE BERNOULLI	12
CAPÍTULO III: OBJETIVOS	13
III.I OBJETIVO GENERAL	13
III.II OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	14
IV.I MACROANÁLISIS O MACROESTRUCTURA DEL DISCURSIVO DE TEUN VAN DIJK.....	14
A nivel del macroanálisis, se usarán los siguientes criterios del autor, ya definidos en el marco teórico; serían:	14
(A)Transmisión de ideologías:.....	14
(B)Actitudes:.....	14
(C)Contexto social y comunicativo:.....	14
(D)Esquema discursivo	14
IV.II MICROANÁLISIS O MICROESTRUCTURA DEL DISCURSIVO DE MICHEL PECHEUX.	14
A nivel del microanálisis, se usarán los siguientes criterios del autor, ya definidos en el marco teórico; serían:	14
(E)Garantía de sentido:.....	14
(F)El sujeto:	14
(G)Significación:.....	14
IV.III ANALISIS CUANTITATIVO:	15
IV.IVANÁLISIS CUALITATIVO:	15
IV.V MUESTREO:.....	15

IV.VI LISTADO, EN TÍTULOS, DE DISCURSOS SOBRE SALUD, EXTRAÍDOS DE LA WEB DE LA OMS, EN ESPAÑOL.....	16
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y RESULTADOS.....	19
TABLA 1: ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LOS DISCURSOS SELECCIONADOS ...	19
TABLA 2: ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS DISCURSOS SELECCIONADOS	19
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN	21
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES	22
GLOSARIO	24
BIBLOGRAFÍA.....	38
ANEXOS	40
DISCURSOS DEL DR. TEDROS ADHANON GHEBREYESUS:	40
1. LAS EMERGENCIAS SANITARIAS CONSTITUYEN UNO DE LOS MAYORES RIESGOS PARA LA ECONOMÍA Y SEGURIDAD MUNDIALES.....	40
2. HACIA UNA RUTA DE LA SEDA SANITARIA.....	43
3. LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL: UNA DECISIÓN POLÍTICA	46
4. LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN EL CONTEXTO DE LA EPIDEMIA DEL VIH Y OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y EPIDEMIAS	49
5. LA SALUD EN EL CENTRO DE TODAS LAS POLÍTICAS.....	54
6. PRESENTACIÓN DEL INFORME SOBRE LAS REPERCUSIONES SOCIOECONÓMICAS Y DE SALUD PÚBLICA DE LOS PRODUCTOS MÉDICOS DE CALIDAD SUBESTÁNDAR Y FALSIFICADOS	60
7. PRIMERA CONFERENCIA MINISTERIAL MUNDIAL DE LA OMS: PONER FIN A LA TB EN LA ERA DE LOS ODS	65
8. PROMOVER LA SALUD DE LOS MIGRANTES – PROMOVER LA PAZ Y UNA VIDA DIGNA PARA TODOS	71
9. VENCER EL TABAQUISMO Y LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	74
10. EL DR. TEDROS ANUNCIA EN LA COP23 UNA INICIATIVA EN MATERIA DE CAMBIO CLIMÁTICO Y SALUD EN LOS PEQUEÑOS ESTADOS INSULARES EN DESARROLLO	77

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: ANÁLISIS CUANTITATIVO	199
TABLA 2: ANÁLISIS CUALITATIVO	199

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Los discursos en salud son una herramienta esencial para comunicar y difundir información respecto de estados de situación epidemiológicos, así como también permiten poner en conocimiento nuevas políticas o reformas gubernamentales, principalmente, a través de representantes, de los medios de comunicación y de las redes sociales. Ya Albert Einstein decía alguna vez en uno de sus primeros intentos de publicar sus hallazgos que “la luz viaja más rápido que el sonido, y es por eso qué, algunas personas parecen brillar hasta que abren la boca”. Esto, hace énfasis en la relevancia de una comunicación efectiva, puesto que finalmente de ello depende que se tome adecuadamente la directriz que recae sobre el accionar de quienes están encargados de la salud de una población.

La comunicación oral, desarrollada desde la antigüedad, y hasta la actualidad, especialmente a nivel del discurso expositivo (el cual no tiene un representante específico, más si más bien una convención definida por lingüistas), ha demostrado servir como canal para informar, orientar, guiar, educar y para conducir a las personas, o a grandes grupos. Y, en salud, hacía lo que idealmente se refiere a su ejecución, son las políticas ministeriales de un país y objetivos de salud del milenio, expresadas por sus más altos representantes.

Por ende, quien está a cargo de presentar un discurso, debiese no solo tener un dominio elocuente verbal del lenguaje per se, sino que debiese conocer a grandes oradores antiguos, tales como Antifonte, Lisias, Demóstenes y Isócrates. Estos, destacan en común por usar evidencias, argumentos sutiles y, la habilidad para hacer un trato realista de las situaciones, con información concreta, que ponían a su favor, a la gran mayoría de oyentes.

Finalmente, citando a Noam Chomsky, fundador de la teoría del LAD (*language acquisition device*, 1960), terminó afirmando que “¿Cómo es que tenemos tanta información, pero sabemos tan poco?”. El diario la vanguardia (en su edición del 7 de diciembre de 2018) analiza que la sobre información de material no contrastado y su entrega deliberada sin un filtro y canal adecuado a la sociedad, hace que exista desinformación y que se vuelva paradójica la interpretación de lo que se nos dice. Entonces, y cito, “¿No deberíamos ser todos mucho más inteligentes con los elementos de los que disponemos hoy en día?”

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

II.1 GENERALIDADES

En término macro, para los lingüistas, el discurso es el uso que se hace de la lengua en situaciones determinadas. La palabra por sí misma, comprende entonces, el uso de esta en todas las actividades comunicativas y sus formas, así como bien lo define la RAE, que incluye también la definición de este, como la “reflexión, raciocinio sobre antecedentes o principios, y una serie de las palabras y frases empleadas para manifestar lo que se piensa o se siente”.

Por ende, si por comunicación entendemos el acto de compartir entre personas informaciones, opiniones, experiencias, sentimientos, teóricamente haríamos énfasis en que, la disciplina del discurso y la comunicación, deberían tratar tanto de las propiedades del texto como las de la conversación, y su contexto, es decir, las características de la situación en la cual se hace referencia a un suceso (Michel 1982).

El discurso proviene del latín *discursus* y, es necesario tener en cuenta el contenido presentado, su contexto, el contexto donde es producido, los elementos expresivos, el propósito y si está centrado en establecer comunicación con el receptor o en solo exponerse como signo artístico (Corgo Riverio, Marcos, 2012).

Existen tipos de discurso, y también forma de análisis. Tenemos el discurso narrativo, que expone una serie de hechos a través de una trama y argumento, con una estructura de inicio, nudo y desenlace; el discurso expositivo que busca explicar de manera concisa, clara y objetiva una temática en particular; el argumentativo que tiene la función de convencer al receptor sobre una determinado tópico por medio de su entendimiento lógico; el informativo que transmite datos con precisión y de manera concreta provenientes de la realidad; el publicitario que tiene como función vender algún servicio o producto. Esto a su vez pueden, según su orientación, ser definidos como religiosos, teóricos, educativos, históricos, políticos, etc. (*Gérard Dessons, 2006*).

El análisis en sí del discurso (independiente de su tipo), es una praxis que se desarrolló en los años sesenta en las diversas ramas de la antropología, la lingüística, la sociología, la filosofía, en donde a partir de su desglose, estudiosos como Foucault, empezaron a enmarcarlo como material del que parte el análisis de lo social y de lo histórico.

El análisis del discurso puede catalogarse como una disciplina que hoy día tiene una especial importancia y está desarrollándose dinámicamente en todos ámbitos sociales. Uno de los fundadores del análisis específico del discurso, Teun Van Dijk dice, fundamente que “la comunicación que puede influir sobre el texto o la conversación. En suma, el análisis del discurso estudia la conversación y el texto en el contexto.” (Dijk, 2001: 24). Por consiguiente, las nociones que de allí se extraen, hacen referencia a una estructura profunda, que es conformada por la disposición que forman entre sí todos los elementos del discurso, mientras que la coherencia entre los enunciados formaría la *macroestructura* y tienen relación con el medio. Estas entre sí, aseguran la coherencia global de la información que transmite quien emite el discurso (Van Dijk, Teun, Algunas notas sobre la ideología y la teoría del discurso, 1980).

II.II ACERCAMIENTOS A ANÁLISIS DEL DISCURSO, ACORDES LINGÜÍSTAS

Michel Pêcheux (1969), afirma que, dependiendo de la competencia idiomática y comunicativa, podemos realizar microanálisis sistemáticos y, desglosa que, solo si un discurso finalmente transmite una idea concreta, logra el objetivo por el cual se formó.

Siguiendo Dominique Maingueneau (1984, 1980), y Patrick Charaudeau (1983, 2005) destacamos propuestas que piden analizar el discurso valiéndose de otras disciplinas como la semiótica, la lingüística y la semántica: sus aportes apuntan a considerar las características de los géneros, deslizándose de tal forma hacia una *pertinencia metodológica* en el análisis.

El trabajo denominado como el *Dictionnaire d'analyse du discours* (Charaudeau y Maingueneau, 2002), en donde el holandés Teun Van Dijk enfoca la relación del discurso con la ideología, lo une a un contexto cognitivo (1996, 2009). Entonces, esto traspasa el análisis hacia una aproximación crítica del mensaje y sus partes. Cuando se llega a este punto, podemos aseverar que tales afirmaciones, en su desarrollo, tienen su origen, en la fundación Foucauldiana

del discurso. Esta dicta que el análisis del discurso se enfoca en descubrir y evaluar el verdadero comunicado que éste transmite y no la intención del emisor. Por tanto, a nivel de salud, cuando oriento este trabajo al análisis de discursos relevantes sea a nivel de materias o de personajes que tienen impacto a nivel poblacional, el análisis del discurso consiste en examinar toda su estructura, todos los elementos que lo forman.

Por el motivo anterior, en el análisis se toman en consideración tanto los elementos lingüísticos (semántica, estructura gramatical, cohesión, coherencia, etc.), así como también los diversos factores que acompañan al discurso, tales como el contexto y la actuación lingüística de quien lo emite. Entonces, cuando hablamos de acto lingüístico o ejecución del discurso, debemos tener en cuenta normas socioculturales, sociolingüísticas, características propias de la persona, el contexto en que se emite y las nociones discursivas del mensaje que se hace público.

Teniendo como recurso la teorización mencionada en los párrafos superiores, podemos establecer que el texto del discurso es la materialización de la expresión primera del lenguaje y enseguida de una idea. Está compuesto por normas lingüísticas textuales (elementos sistémicos) y contextuales (extra-sistémicos) (Lotman, 1970), con lo cual el código que posee detona su mensaje a través de su alocución. Por consiguiente, el sentido, a través de los enunciados, nos va revelando la función del mensaje del discurso, implicando un significado completo, o no. En otros términos, un texto es un conjunto de signos, organizados de manera que producen un discurso.

II.III MACROANÁLISIS O MACROESTRUCTURA DEL DISCURSIVO DE TEUN VAN DIJK

Este autor afirma que “la comunicación que puede influir sobre el texto o la conversación. En suma, el análisis del discurso estudia la conversación y el texto en el contexto.” (Dijk, 2001: 24). Por consiguiente, las nociones que de allí se extraen, hacen referencia a una estructura profunda, que es conformada por la disposición que forman entre sí todos los elementos del discurso, conformándose una *macroestructura* y esta, a su vez tienen relación con el medio y las partes que lo componen (personas, ideologías, situación comunicativa, actitudes, contexto, estructura discursiva). Estas entre sí, aseguran la coherencia

global de la información que transmite quien emite el discurso (Van Dijk, Teun, Algunas notas sobre la ideología y la teoría del discurso, 1980).

Existe un apartado más específico que se puede tomar de este autor, el cual habla sobre la *transmisión de ideologías*. Es decir, que a nivel discursivo existen estrategias globales de una presentación positiva por parte de un grupo y una hetero-presentación negativa, que sería el grupo de quienes permiten su dominancia (Van Dijk, 1993). La polarización de tales grupos, dentro de la dinámica discursiva está caracterizada por sus representaciones sociales e ideologías subyacentes y, se expresa y manifiesta, sea a nivel textual o a nivel del habla: discursos, metáforas, esquemas, formas sintácticas, léxico, contenido del mensaje e imágenes.

También, se puede destacar que, frente a todo discurso hay un modelo de la situación por sí mismo y abarca: conocimientos mutuos, compartidos o no, pasando a definir la construcción subjetiva de las propiedades de la situación, la credibilidad del experto hablante, y el marco en que se encuentra (Van Dijk, 1998).

Por su parte, el autor hace referencia a las *actitudes*, que hacen referencia a cómo puede un público asimilar la postura expresada, ya que por lo general hay preconcepciones, y opiniones esquemáticamente organizadas que pueden diferir drásticamente, lo que genera un pseudo caos, que es ordenado por cada persona, entrelazando ideas (Van Dijk, 1998).

Respecto del *contexto social y comunicativo*, puede este definirse como aquellas “propiedades de la situación social que son relevantes para la producción y la comprensión del Discurso” (Duranti y Goodwin, 1992; Van Dijk, 1998). Este involucra aristas de espacio, tiempo, personas y sus subyacentes actitudes, ideologías y opiniones. Y ya que el nexo de las estructuras del discurso y las estructuras del contexto social pocas veces se hacen explícitos, solo se toman en cuenta las nociones expresadas como ideologías (Van Dijk, 1998). Entonces, esto influencia nuestra interpretación y por ende, la construcción subjetiva de lo que se comunica, forma un modelo mental de contexto y su relevancia (Giles y Coupland, 1991; Van Dijk, 1998).

Finalmente, a nivel del propio *esquema discursivo*, lo definen la entera “forma” canónica de un discurso, y por tanto parecen menos relevantes para la construcción de sistemas.

Entonces, el hecho de que una información sea transmitida en un titular o en una conclusión, puede conllevar una posición más difícil de analizar, a que, si se toma el discurso en todo su contenido, valiéndose de las representaciones semánticas, (Duin, 1988; Van Dijk, 1988; Van Dijk y Kintsch, 1983).

II.IV MICROANÁLISIS O MICROESTRUCTURA DEL DISCURSIVO DE MICHEL PECHEUX

Pêcheux, afirma, a partir de los primeros análisis sobre corpus concretos realizados en 1969, que, según los microanálisis sistemáticos de órdenes concretas y/o directrices, se puede desglosar si un discurso finalmente transmite una idea o, no logra el objetivo por el cual se formó.

Para este autor (Les vérités de La Palice 1975), siempre hay una *garantía de sentido* en los discursos, cuyo objetivo es darle orientación a las palabras, expresiones y proposiciones, sin que se vean afectadas por su asociación con otras palabras, expresiones y proposiciones. Desde este punto y por consecuencia, se hace un constructo, en el que según Pêcheux, el discurso se ejecuta en base a constituir un *el sujeto*.

Un esquema análogo de este autor, permiten plantear la necesidad constituida, a través de la cual, se realiza el sujeto a través de evidencias semánticas tales como: Cosas y personas con intención de comunicar, objetos que dan señales, ciencias humanas intervinientes en el lenguaje, con algo que decir sobre el lenguaje, la posición emocional y el alcance cognitivo de lo expresado, así como también y finalmente, hay un pensamiento y conocimiento tienen un carácter subjetivo (Pêcheux M., 1975).

Pêcheux por otra parte nos informa sobre la dimensión que, al abordaje de los problemas de *la significación*, ya que, en su desarrollo de un análisis automático del discurso aparecen tres divisiones, dando cuenta de que: Existe una teoría de las formaciones sociales e ideologías, que la lingüística contiene mecanismos sintácticos y a su vez formas paralingüísticas de pronunciación y, por último, que el discurso puede presentar variaciones semánticas acorde a

la determinación histórica. Por ello, si bien pueden ser estos analizados, estos tres puntos estarían atravesados una subjetividad psicoanalítica (Pêcheux 1978: 228).

Respecto de sus teorizaciones entonces, la construcción del discurso para Pêcheux implica correlacionar las ideas junto con la forma de pensar el sujeto. Por ende, en la fusión de ambos aspectos es posible constituir postulados centrados en un sistema de mensaje-percepción-conciencia, a partir del cual se transmitiría un mensaje (Pêcheux, M., 1978, Hacia un análisis automático del discurso).

Basándonos en los autores anteriores, se hará un análisis de discurso que considere los aspectos de *microanálisis* y *macroanálisis*, para determinar finalmente si cada uno de los diez (10) corpus de discursos consignados en el anexo (de un director de la organización mundial de la salud), nos ayuda a responder la interrogante de la tesina. Veremos si tal muestra (proveniente de un referente al frente de una entidad como la OMS), presenta una relevancia y especificidad comunicativa, a partir del análisis lingüístico propuesto por los autores detallados. Finalmente se efectuará una discusión y conclusión sobre los resultados.

II.V. DISTRIBUCIÓN DE BERNOULLI

A nivel de determinar el éxito o fracaso de algún elemento o circunstancia en análisis y, para el trabajo a desarrollar en este documento, citamos y trabajamos con la distribución de Bernoulli llamada así en honor al matemático Jacob Bernoulli. Esta es una denominada *distribución de probabilidad discreta*, que toma valor de uno (1) para la probabilidad de éxito y valor cero (0) para la probabilidad de fracaso. Por otro lado entonces, definiré, además, un valor intermedio, que se explicitará en la metodología, para caracterizar los discursos.

CAPÍTULO III: OBJETIVOS

III.I OBJETIVO GENERAL

Estudiar detalladamente discursos a nivel de salud, para determinar si contienen los elementos necesarios que ayuden a responder el planteamiento, título de esta tesina (*relevancia del impacto y de la especificidad comunicativa de los discursos en salud*), con el apoyo de exponentes de la temática discursiva y/o, si, por el contrario, carecen de ello, para establecer discusión y conclusiones al respecto.

III.II OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar aspectos subyacentes al análisis del discurso, acorde a autores: Teun Van Dijk y Michel Pecheux.
- Determinar, el éxito o fracaso de la muestra de discursos seleccionados, a partir de los criterios definidos por los autores de referencia, en base a la aplicación la distribución de Bernoulli.
- Concluir y discutir los resultados, en aras de dar respuesta al título de la tesina.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

IV.I MACROANÁLISIS O MACROESTRUCTURA DEL DISCURSIVO DE TEUN VAN DIJK.

A nivel del macroanálisis, se usarán los siguientes criterios del autor, ya definidos en el marco teórico; serían:

(A) *Transmisión de ideologías:* Se refiere a la meta del discurso, sus metáforas, formas sintácticas, léxico, contenido del mensaje e imágenes.

(B) *Actitudes:* Se refiere a opiniones esquemáticamente organizadas.

(C) *Contexto social y comunicativo:* propiedades de la situación social que son relevantes para la producción y la comprensión del discurso.

(D) *Esquema discursivo:* Es la forma canónica semántica de un discurso.

IV.II MICROANÁLISIS O MICROESTRUCTURA DEL DISCURSIVO DE MICHEL PECHEUX.

A nivel del microanálisis, se usarán los siguientes criterios del autor, ya definidos en el marco teórico; serían:

(E) *Garantía de sentido:* Es la orientación de las palabras, expresiones y proposiciones, sin que se vean afectadas por su asociación con otras palabras, expresiones y proposiciones

(F) *El sujeto:* Son las cosas y personas con intención de comunicar, objetos que dan señales, ciencias humanas intervinientes en el lenguaje, con algo que decir sobre el lenguaje, la posición emocional y el alcance cognitivo de lo expresado.

(G) *Significación:* Son los mecanismos sintácticos y a su vez formas paralingüísticas de pronunciación y, por último, que el discurso puede presentar variaciones semánticas acorde a la determinación histórica.

IV.III ANALISIS CUANTITATIVO: Se analizarán la presencia o ausencia de los elementos anteriores, en los discursos, asignando un 1 si lo posee, o un 0, sino lo posee. La escala será: promedio de 0.00 a 0.49, *'fracasa cumpliendo como un discurso bien estructurado'*, de 0.50 a 0.79, *'ni tiene éxito ni fracasa como un discurso bien estructurado'* y, de 0.80 a 1.00 *'tiene éxito siendo un discurso bien estructurado'*. Se analizarán en una tabla, en eje X (horizontal), para caracterizar el discurso en su totalidad y, en eje Y (vertical), para caracterizar cada ítem de manera transversal a los discursos.

IV.IV ANÁLISIS CUALITATIVO: En base a los puntos desde la 'A' a la 'G', especificados en los primeros dos puntos del capítulo IV (planteados por Teun Van Dijk y Michel Pecheux), analizaré, *descriptivamente*, los discursos seleccionados desde la página web de la OMS.

IV.V MUESTREO: Se elige como criterio, el muestreo aleatorio simple, definiendo como criterio objetivo que cada discurso seleccionado, si bien tiene la misma probabilidad de ser elegido que cualquier otro, debe cumplir con el criterio de garantía de sentido de Michael Pecheux, por el cual un discurso llega a conformarse como tal y en este caso, específicamente, en el que el orden de las oraciones y su metría ponderan lo que se puede considerar como un discurso expositivo-argumentativo.

IV.VI LISTADO, EN TÍTULOS, DE DISCURSOS SOBRE SALUD, EXTRAÍDOS DE LA WEB DE LA OMS, EN ESPAÑOL

LAS EMERGENCIAS SANITARIAS CONSTITUYEN UNO DE LOS MAYORES RIESGOS PARA LA ECONOMÍA Y SEGURIDAD MUNDIALES

Alocución del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus ante el G20, Hamburgo (Alemania)

8 de julio de 2017

<https://www.who.int/dg/speeches/2017/g20-summit/es/>

HACIA UNA RUTA DE LA SEDA SANITARIA

Discurso del Dr. Tedros, Director General de la OMS, en el «Foro de la Franja y la Ruta para la Cooperación Sanitaria: Hacia una Ruta de la Seda sanitaria».

Beijing (República Popular China).

18 de agosto de 2017

<https://www.who.int/dg/speeches/2017/health-silk-road/es/>

LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL: UNA DECISIÓN POLÍTICA

Alocución del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus en un acto paralelo del Foro Político de Alto Nivel, el 17 de julio de 2017. Nueva York (EE.UU.), 17 de julio de 2017

<https://www.who.int/dg/speeches/2017/universal-health-coverage/es/>

LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN EL CONTEXTO DE LA EPIDEMIA DEL VIH Y OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y EPIDEMIAS

Alocución del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, en el Foro Social del Consejo de Derechos Humanos, Palacio de las Naciones, Ginebra, 2 de octubre de 2017

<https://www.who.int/dg/speeches/2017/council-social-forum/es/>

LA SALUD EN EL CENTRO DE TODAS LAS POLÍTICAS

Discurso del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus en la reunión de ministros de salud del G7, Milán, Italia, 5 de noviembre de 2017

<https://www.who.int/dg/speeches/2017/g7-health-ministers/es/>

PRESENTACIÓN DEL INFORME SOBRE LAS REPERCUSIONES SOCIOECONÓMICAS Y DE SALUD PÚBLICA DE LOS PRODUCTOS MÉDICOS DE CALIDAD SUBESTÁNDAR Y FALSIFICADOS

Alocución del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus en The Graduate Institute de Ginebra con ocasión de la presentación del informe sobre las repercusiones socioeconómicas y de salud pública de los productos médicos de calidad subestándar y falsificados, Graduate Institute, Ginebra, 29 de noviembre de 2017

<https://www.who.int/dg/speeches/2017/substandard-falsified-products/es/>

PRIMERA CONFERENCIA MINISTERIAL MUNDIAL DE LA OMS: PONER FIN A LA TB EN LA ERA DE LOS ODS

Discurso de apertura del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus con ocasión de la primera Conferencia ministerial mundial de la OMS: poner fin a la TB en la era de los ODS, Moscú (Federación de Rusia), 16 de noviembre de 2017.

<https://www.who.int/dg/speeches/2017/tb-ministerial-conference/es/>

PROMOVER LA SALUD DE LOS MIGRANTES – PROMOVER LA PAZ Y UNA VIDA DIGNA PARA TODOS

Observaciones del Director General de la OMS, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, en la reunión de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la salud de los migrantes, Nueva York (Estados Unidos de América), 22 de septiembre de 2017.

<https://www.who.int/dg/speeches/2017/promoting-migrant-health/es/>

VENCER EL TABAQUISMO Y LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Discurso del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, con ocasión de la publicación del Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo.

Nueva York (Estados Unidos de América), 19 de julio de 2017.

<https://www.who.int/dg/speeches/2017/tobacco-report-launch/es/>

EL DR. TEDROS ANUNCIA EN LA COP23 UNA INICIATIVA EN MATERIA DE CAMBIO CLIMÁTICO Y SALUD EN LOS PEQUEÑOS ESTADOS INSULARES EN DESARROLLO

Discurso del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus en la 23.^a Conferencia de las Partes de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre Cambio Climático (COP23)

Bonn (Alemania), 12 de noviembre de 2017.

<https://www.who.int/dg/speeches/2017/cop23/es/>

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y RESULTADOS

TABLA 1: ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LOS DISCURSOS SELECCIONADOS

DISCURSO	A	B	C	D	E	F	G	Promedio eje X	Resultado eje X
1	1	1	0	0	0	1	1	0.57	N.N.
2	1	1	0	0	0	1	1	0.57	N.N.
3	1	1	1	1	1	1	1	1	T.E.
4	1	0	1	0	0	1	0	0.43	F.
5	1	1	1	1	1	1	1	1	T.E.
6	1	1	1	1	0	0	1	0.71	N.N.
7	1	1	1	0	1	0	0	0.57	N.N.
8	1	1	1	0	0	1	1	0.71	N.N.
9	0	0	0	0	0	0	1	0.14	F.
10	1	1	1	1	1	1	1	1	T.E.
Promedio eje Y	0.90	0.80	0.70	0.40	0.40	0.70	0.80	Y 0.67 X 0.67	
Resultado eje Y	T.E.	T.E.	N.N.	F.	F.	N.N.	T.E.		Y 'N.N.' X 'N.N.'

VER CAPITULO IV, EN PÁGINA 14, PARA ENTENDER LA METODOLOGÍA Y CRITERIOS SELECCIONADOS

Promedio: Establecido por la suma horizontal de los criterios 'A' a la 'G', dividido entre 7, que corresponde a la cantidad de ítems. Se obtiene un resultado en **eje X**, que analiza cada discurso en su totalidad. También se realiza una suma vertical de los criterios y se divide entre 10 (**eje Y**), para caracterizar a cada criterio, transversalmente a los discursos.

Siglas: T.E. 'Tiene éxito como discurso', 'N.N.' Ni tiene éxito Ni fracasa como discurso, F 'Fracasa como discurso'. Esto respecto de ser un discurso completo y bien estructurado, según Michel Pecheux Y Van Dijk, y aplicando la distribución de Bernoulli.

TABLA 2: ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS DISCURSOS SELECCIONADOS

DISCURSO	ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE FALENCIAS ENCONTRADAS
1	Sus principales carencias radican en no demarcar adecuadamente el contexto, es decir, la situación en la que está inmersa la temática principal. Aparte de lo anterior el orden del discurso no lleva una canonicidad adecuada (cohesión), lo que conlleva a que el sentido en la sucesión de expresiones pierda el foco y la información no llegue efectivamente al público.

2	Carece de orden general en el discurso, perdiéndose información y relevancia en la entrega de ideas; no se contextualiza completamente la situación en la que está inmersa la temática principal y por lo que el sentido final de este queda muy disperso.
3	Contiene todos los elementos y criterios definidos por Van Dijk y Michel Pecheux, por lo que tiene éxito como un discurso macro y microestructuralmente bien formado. Logra su objetivo de impacto y especificidad acorde a lo que plantea en su título.
4	No se presentan opiniones de manera organizadas por parte de quien emite el discurso, el esquema general de presentación no tiene un orden canónico representativo del título y, no hay una garantía de sentido tanto en base a lo anterior, como en base a la formulación sintáctica aplicada.
5	Contiene todos los elementos y criterios definidos por Van Dijk y Michel Pecheux, por lo que tiene éxito como un discurso macro y microestructuralmente bien formado. Logra su objetivo de impacto y especificidad acorde a lo que plantea en su título.
6	La posición emocional del sujeto y contenidos cognitivos vertidos a través del discurso de este, no otorgan un sentido subjetivo coherente a lo largo de todo lo que se expone.
7	El orden del esquema discursivo no cumple con la definición establecida por el criterio, por ende, el orden canónico de las ideas no está bien presentado. La posición emocional del sujeto y el conocimiento que pudo haber expresado, no apareció detalladamente donde podía tener lugar. La sintaxis general, presenta errores en las pausas o entre párrafos.
8	La garantía de sentido del discurso, así como su esquema, no presentan un orden adecuado respecto de la formación del discurso, en su escala de ideas.
9	Apenas cumple con una adecuada sintaxis y significación entre enunciados, más no así con la transmisión de ideologías, actitudes, contexto, esquema, garantía de sentido y posición del sujeto. Por ende, fracasa como discurso.
10	Contiene todos los elementos y criterios definidos por Van Dijk y Michel Pecheux, por lo que tiene éxito como un discurso macro y microestructuralmente bien formado. Logra su objetivo de impacto y especificidad acorde a lo que plantea en su título.

VER CAPITULO IV, EN PÁGINA 14, PARA ENTENDER LA METODOLOGÍA Y CRITERIOS SELECCIONADOS

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

Como se puede apreciar en los análisis hechos en las páginas precedentes, hay una tendencia al *fracaso discursivo*, respecto de los criterios planteados por los lingüistas. Se podría argumentar que, la formación académica del alto cargo analizado de la OMS carece de elementos vitales en el área de la lingüística y/o comunicación o, por lo menos, no cuenta con un asesor especializado.

En general, pareciera que los discursos del Dr. Tedros, están escritos, meramente, como ensayos comunicativos, dirigidos a una audiencia que espera saber sobre un tema. Y solo eso, hay un tema, pero carece de especificidad en los puntos que le otorgarían un impacto comunicativo verdadero. Por tanto, en vez de primar lo definido como *éxito discursivo*, escasea, tomando en su lugar, un fracaso ó un *ni éxito ni fracaso*. Entonces, estos últimos casos, llevan a hacernos pensar que, la relevante función de exponer temáticas en cumbres se minimiza y se interviene, hablando por hablar.

Por otra parte, se observa que el expositor en sus discursos, no abarca completamente la temática, cediendo generosamente espacios de información, esperando que los demás aporten con sus conocimientos, respecto de los vacíos. Es allí donde aparece un error expositivo, dado que pierde relevancia. Por ende, se espera que, quien es la máxima autoridad a nivel mundial en el área de la salud, abarque ordenadamente y de manera completa, el discurso que plantea en su título. Para ello, debe basar y estructurar sus intervenciones, usando aristas de contenido de un discurso, como los planteados en este documento.

Respecto de las traducciones de los discursos, nos podemos aventurar a decir que pudiesen carecer o pudiesen ser complementados, con ciertos elementos gramaticales o semánticos que pueden conducir a errores en la cohesión. Es allí, donde podrían aparecer subjetividades, que no permitirían hacer un análisis correcto de las ideas pensadas en el idioma original (el Dr. Tedros Adhamon es de origen etíope, por tanto, tenemos el traspaso idiomático: Amharico-Inglés-Español). Finalmente, si bien se analizó a un solo referente expositor en salud, es susceptible de que, en trabajos posteriores pueda ampliarse el tamaño de la muestra para realizar conclusiones más representativas.

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES

Las propiedades cualitativas y cuantitativas del discurso, que consideran su ambiente, así como las aristas que convergen en la estandarización de actitudes, lenguajes o el significado mismo de la palabra, en márgenes simbióticos donde la expresión del lenguaje radica en la carga emocional que aporta las afirmaciones del emisor, tiende a esclarecer o abrumar al receptor conforme la información es recibida.

Las creencias subjetivas de cada individuo y conforme la información se emplea con mayor o menor experticia por parte del orador, pueden tender a ser coherente y conectar todas las ideas que se expresan o, en la mayoría de los casos, carecer de una jerarquía.

Los discursos vistos, tienen un contenido específico, pero la dispersión en las ideas, hace que lo que puede ser más concreto y claro para el público que se dirige, termine con adentrarse en confusiones a nivel de *micro* y *macroestructura*, sin llevar, en la mayoría de los casos a una relevancia y especificidad suficiente y comunicativa.

Tener la habilidad para dominar los aspectos gramáticos y toda la estructura que plantean Van Dijk y Michel Pecheux a un nivel expositivo y sintético, se hace difícil para quién escribió los documentos, pero no es una meta imposible, si se plantea como requisito para lograr el éxito a nivel discursivo.

Hablar, exponer, disertar, debiese ser una competencia y habilidad propias de profesionales en salud, más si se trata de un alto cargo, de quien no se espera divagar.

El exceso de información o la falta de organización de esta, así como su locución de una forma gramatical poco ortodoxa, conlleva a que el análisis social, histórico, cultural y contextual zozobre frente a la audiencia.

Para dominar los datos recopilados y el *macroanálisis* objetivo del discurso, se requiere de una preparación previa y/o, maniobrar conforme fluye el dialogo, para que la palabra que se va labrando abarque sintéticamente las inquietudes de lo que el título que reúne a una masa en una conferencia pueda ser resuelta. Luego de ello, debe anticiparse la mayor cantidad de reacciones o posibles puntos de vista que se puedan generar, para no dejar que el análisis

subjetivo en el oyente colinde con un desligue de la praxis comprensiva que se ha tratado de construir con las palabras expuestas en un discurso: las ideologías.

El factor de neutralidad del éxito o fracaso de los discursos analizados se presenta como un punto de partida para un análisis posterior desde otros parámetros y como una advertencia para quien como referente en el campo, desee ser concreto, específico, comunicativo y relevante con su discurso, en la materia sobre la que se pare.

En un discurso a nivel salud, si se desea lograr un cometido de relevancia y especificidad, debe seguir la pauta definida, la que ha sido construida a partir de los aportes de los autores estudiados en la presente tesina. Es desde allí que se podrá tanto informar como repercutir sobre lo que pensamos, sentimos, conllevando así, a desencadenar esa respuesta en el oyente que le implique la generación de un cambio, conforme la temática planteada, de principio a fin.

GLOSARIO

ANTIMICROBIANO: Sustancia que destruye microorganismos, tales como las bacterias o el moho, o les impide crecer y causar enfermedad (<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/antimicrobiano>).

ARTEMISININA: Tratamiento del paludismo falciparum sin complicaciones en zonas donde hay indicios de que la cloroquina, la pirimetamina/sulfadoxina, la mefloquina y la quinina son ineficaces. Se debe administrar siempre conjuntamente con la mefloquina en dosis terapéutica completa (<https://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2924s/2.5.12.html>).

BACILO: La palabra bacilo se usa para describir cualquier bacteria con forma de barra o vara. (<https://es.wikipedia.org/wiki/Bacilo>).

BRICS: La sigla BRICS se utiliza para nombrar al conjunto formado por Brasil (B), Rusia (R), India (I), China (C) y Sudáfrica (S). Se trata de las cinco naciones con economías emergentes o recientemente industrializadas más importantes del planeta. En 2001, el economista inglés Jim O'Neill postuló la idea de BRIC: el bloque formado por Brasil, Rusia, India y China. Siete años después, estos países asumieron el concepto y comenzaron a reunirse para trabajar en conjunto. Años después también se incorporó Sudáfrica a dichos encuentros y así nació BRICS (<https://definicion.de/brics/>).

BROTE: La aparición de una enfermedad, problema o riesgo para la salud en una zona hasta entonces libre de ella (<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-brotes/fd-procedimientos/definicion-brote.shtml>).

CATALIZAR: Favorecer o acelerar el desarrollo de un proceso (<https://dle.rae.es/?id=7u7bdZ3>).

CEPA: Grupo de organismos emparentados, como las bacterias, los hongos o los virus, cuya ascendencia común es conocida (<https://dle.rae.es/?id=8HccZ0a>).

COLERA: El cólera es una infección diarreica aguda causada por los serotipos O1 y O139 de la bacteria *Vibrio cholerae*, que en su manifestación más grave produce un cuadro que lleva rápidamente a la deshidratación. La infección generalmente es benigna o asintomática, pero a veces puede ser grave. Aproximadamente una de cada 20 personas infectadas puede tener la enfermedad en estado grave, caracterizada por diarrea acuosa profusa, vómitos y entumecimiento de las piernas. En estas personas, la pérdida rápida de líquidos corporales lleva a la deshidratación y a la postración. Sin tratamiento adecuado, puede ocurrir la muerte en cuestión de algunas horas (<https://www.minsal.cl/colera/>).

COP23: Según el portal bio-guía, La COP23 es la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático que se viene realizando desde 1922 y ha sido, por ejemplo, el marco en el cual se aprobó en 1997 el Protocolo de Kioto. Este año, se celebrará desde el 6 hasta el 17 de noviembre en Bonn, Alemania (2017). Es allí donde se definirán los mecanismos que tanto los gobiernos como otros actores deberán llevar adelante para implementar el Acuerdo de París del 2015 y poder alcanzar sus objetivos, así como también la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (https://www.bioguia.com/salud/que-es-la-cop23-y-por-que-deberia-importarte_29287808.html).

CRIBADO: en medicina y una prueba es una estrategia aplicada sobre una población para detectar una enfermedad en una población de individuos sin signos o síntomas de esa enfermedad. La Real Academia Nacional de Medicina acepta como sinónimos de cribado: criba, cribaje, despistaje, detección sistemática, examen colectivo, identificación sistemática, *screening* (es un anglicismo) y tamizaje (<https://es.wikipedia.org/wiki/Cribado>).

DENGUE: El dengue es una infección vírica transmitida por la picadura de las hembras infectadas de mosquitos del género *Aedes*. Hay cuatro serotipos de virus del dengue (DEN 1, DEN 2, DEN 3 y DEN 4). Los síntomas aparecen 3–14 días (promedio de 4–7 días) después de la picadura infectiva. El dengue es una enfermedad similar a la gripe que afecta a lactantes, niños pequeños y adultos (<https://www.who.int/features/qa/54/es/>).

DIAZEPAM: Medicamento para aliviar la ansiedad, los espasmos musculares y las crisis convulsivas, y para controlar la agitación causada por la abstinencia de alcohol (<https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682047-es.html>).

EBOLA: a enfermedad por el virus del Ébola (EVE) es un enfermedad grave, a menudo mortal en el ser humano. El virus se detectó por vez primera en 1976 en dos brotes simultáneos ocurridos en Nzara (hoy Sudán del Sur) y Yambuku (República Democrática del Congo). La aldea en que se produjo el segundo de ellos está situada cerca del río Ébola, que da nombre al virus. El brote de ébola de 2014-2016 en África Occidental fue el más extenso y complejo desde que se descubrió el virus en 1976. Hubo más casos y más muertes en este brote que en todos los demás juntos. Además, se extendió a diferentes países: empezó en Guinea y después se propagó a través de las fronteras terrestres a Sierra Leona y Liberia. El género *Ebolavirus* es, junto con los géneros *Marburgvirus* y *Cuevavirus*, uno de los tres miembros de la familia *Filoviridae* (filovirus) (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease>).

EPIDEMIA: Una epidemia se produce cuando una enfermedad contagiosa se propaga rápidamente en una población determinada, afectando simultáneamente a un gran número de personas durante un periodo de tiempo concreto. Si el brote afecta a regiones geográficas extensas (por ejemplo, varios continentes) se cataloga como pandemia; tal es el caso del VIH. En caso de propagación descontrolada, una epidemia puede colapsar un sistema de salud, como ocurrió en 2014 con el brote de Ébola en África occidental.

Estas enfermedades pueden aparecer en zonas donde no existían, por ejemplo, debido a la debilidad del sistema de salud y de las campañas de vacunación; tal fue el caso, en 2017 y 2018, de las epidemias de difteria en Yemen y entre los refugiados rohingyas llegados a Bangladesh desde Myanmar. También pueden desarrollarse brotes epidémicos a partir de enfermedades endémicas: estas últimas persisten de una forma continuada o episódica en una zona determinada. La malaria, el Chagas o el dengue son ejemplos de endemias en zonas muy concretas del planeta (<https://www.msf.es/conocenos/cuando-intervenimos/epidemias>).

ESLABÓN: Elemento necesario para el enlace de acciones, sucesos (<https://dle.rae.es/?id=GQnR13C>).

FIEBRE AMARILLA: La fiebre amarilla es una infección viral que transmite un tipo particular de mosquito. La infección es más frecuente en zonas de África y Sudamérica, y afecta a los viajeros y residentes de dichas zonas. En los casos más leves, la fiebre amarilla causa fiebre, dolores de cabeza, náuseas y vómitos. Pero la fiebre amarilla puede ser mucho más grave y causar problemas cardiacos, hepáticos y renales además de sangrado (hemorragia). Hasta el 50 por ciento de las personas que padecen la forma más grave de la fiebre amarilla mueren a causa de esta enfermedad. No hay tratamiento específico para la fiebre amarilla. Pero vacunarte contra la fiebre amarilla antes de viajar a una zona donde existe el virus te puede proteger de la enfermedad (<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/yellow-fever/symptoms-causes/syc-20353045>).

INEXTRICABLE: Que no se puede desenredar, muy intrincado y confuso (<https://dle.rae.es/?id=LUD9NbV>).

LAD: Language acquisition device, por sus siglas y por su traducción, 'dispositivo de adquisición universal del lenguaje'. Noam Chomsky, en 1960, propone un circuito cerebral universal y subyacente a toda la especie humana, el cual nos permite adquirir cualquier lenguaje y, por el cual, expresamos diferentes tipos de discurso (https://en.wikipedia.org/wiki/Language_acquisition_device).

ESTADO INSULAR: Un país insular es un Estado limitado totalmente a una isla o a un grupo de islas, y que no tiene ningún territorio sobre el continente. En el mundo existen cuarenta y ocho países insulares, incluyendo los más pequeños.

Los países insulares pueden ser clasificados en dos grupos. Un grupo comprende aquellos que son grandes, relativamente poblados, y por lo general, cerca de un continente. Estos incluyen Japón, Sri Lanka, Filipinas, Nueva Zelanda, Cuba, el Reino Unido, Irlanda, Indonesia, Australia y Madagascar. El miembro más grande de este grupo, y el país insular más grande, es Australia. Estos países comparten semejanzas culturales y políticas con sus vecinos continentales. Su

estado insular era una ventaja importante que los ha aislado de invasiones, y los ha hecho importantes en el comercio regional debido a su ubicación y a las capacidades marítimas de la población. Australia forma parte de esta categoría, sin embargo, varios estudios la consideran como sector continental de Oceanía o Australia continental.

El otro grupo comprende países más pequeños como Malta, Chipre, las Comoras, Bahamas, Tonga, y las Maldivas. Estos países tienden a ser muy diferentes de los países continentales. Su pequeño tamaño, por lo general, quiere decir que cuentan con poca tierra agrícola y escasos recursos naturales. Sin embargo, en la actualidad, éstos pequeños países insulares se han convertido en centros turísticos, haciéndose en muchos el turismo la industria dominante. (https://es.wikipedia.org/wiki/Pa%C3%ADs_insular).

ESTAFILOCOCO (STAPHYLOCOCCUS): Las Staphylococcus son un grupo de bacterias. Hay más de 30 tipos. Un tipo llamado Staphylococcus aureus causa la mayoría de las infecciones por estafilococo. Las bacterias de estafilococos pueden causar muchos tipos diferentes de infecciones, incluyendo: Infecciones de la piel: Los tipos más comunes de infecciones por estafilococos, Bacteremia: Infección del torrente sanguíneo que puede llevar a una sepsis, una respuesta inmune muy seria a la infección, Infecciones de los huesos, Endocarditis: Infección del revestimiento interno de las cámaras y válvulas del corazón, Intoxicación por alimentos, Neumonía, Síndrome del shock tóxico: Afección potencialmente mortal causada por toxinas de ciertos tipos de bacterias (<https://medlineplus.gov/spanish/staphylococcalinfections.html>).

ESQUISTOSOMIASIS: Es una enfermedad aguda y crónica causada por gusanos parásitos. La infección se contrae al realizar actividades agrícolas, domésticas profesionales o recreativas habituales en las que hay contacto con aguas infestadas. La falta de higiene y algunas actividades lúdicas de los niños en edad escolar, incluidas la natación y la pesca en aguas infestadas, los hacen particularmente vulnerables a la infección. El control de la esquistosomiasis se centra en la reducción del número de casos mediante el tratamiento periódico y a gran escala de la población con prazicuantel; un enfoque más amplio relativo al agua potable, el saneamiento apropiado y el control de los caracoles también limitaría la

transmisión. Las estimaciones indican que durante el 2017 necesitaron del tratamiento profiláctico contra la esquistosomiasis, al menos 220 millones de personas, de las cuales más de 102 millones lo recibieron (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schistosomiasis>).

FARMACORESISTENCIA: La farmacoresistencia o resistencia a los medicamentos es la reducción de la efectividad de fármacos como los antimicrobianos, antihelmínticos y antineoplásicos para el tratamiento de enfermedades, y se suele referir a la resistencia que los patógenos han «adquirido» mediante la evolución. La resistencia a los antibióticos y a los antineoplásicos dificulta la asistencia clínica y fuerza la investigación. Cuando un organismo es resistente a más de un fármaco, se denomina multirresistente. Cuando el medicamento no está diseñado para matar o inhibir a un patógeno, el término es equivalente a «tolerancia a los fármacos». Incluso el sistema inmunitario de un organismo es esencialmente un sistema de administración de medicamentos, aunque endógeno, y se enfrenta a los mismos problemas que uno externo. Ciertos antibióticos solo se dirigen contra moléculas bacterianas específicas (casi siempre proteínas), lo que facilita el desarrollo de resistencia a los antibióticos: al ser el medicamento tan específico, cualquier mutación de esas moléculas reduce o elimina su efecto destructivo, convirtiéndolas en resistentes a los antibióticos (<https://es.wikipedia.org/wiki/Farmacoresistencia>).

FIEBRE TIFOIDEA: La fiebre tifoidea se produce por la bacteria *Salmonella typhi*. La fiebre tifoidea es poco común en los países industrializados. Sin embargo, sigue siendo una grave amenaza para la salud en el mundo en desarrollo, especialmente para los niños. La fiebre tifoidea se transmite a través de alimentos y agua contaminados o el contacto cercano con una persona infectada. Generalmente, los signos y los síntomas incluyen fiebre alta, dolor de cabeza, dolor abdominal y estreñimiento o diarrea. La mayoría de las personas con fiebre tifoidea se sienten mejor a los pocos días de comenzar el tratamiento con antibióticos, aunque una pequeña cantidad de ellas puede morir debido a complicaciones. Existen vacunas contra la fiebre tifoidea, pero solo son parcialmente efectivas. Las vacunas generalmente se reservan para aquellos que pueden estar expuestos a la enfermedad o que viajan a zonas donde la fiebre

tifoidea es común (<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/typhoid-fever/symptoms-causes/syc-20378661>).

GLASS: Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos. En mayo de 2015, la 68.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos. Uno de los cinco objetivos estratégicos del Plan de acción es reforzar la base científica mediante la mejora de la vigilancia y la investigación a nivel mundial. La vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos es la piedra angular sobre la que se sustentan la evaluación de la carga de resistencia a los antimicrobianos y la facilitación de la información necesaria para la adopción de medidas en apoyo de las estrategias locales, nacionales y mundiales. El Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos (GLASS) se ha puesto en marcha para apoyar la adopción de un enfoque normalizado de la recopilación, el análisis y la compartición de datos sobre la resistencia a los antimicrobianos a nivel mundial, con el fin de orientar el proceso de adopción de decisiones, impulsar la acción a nivel local, nacional y regional y sentar las bases científicas para las medidas y las actividades de promoción. El GLASS tiene como finalidad reunir los datos clínicos, epidemiológicos y de laboratorio sobre los agentes patógenos que representan las mayores amenazas para la salud mundial. En el manual del GLASS se detalla el enfoque propuesto para la puesta en marcha temprana del sistema de vigilancia, que se centrará en las bacterias resistentes a los antibióticos, y se describe a grandes líneas el desarrollo flexible y progresivo del sistema a lo largo del tiempo, en el que se tendrán en cuenta las enseñanzas aprendidas en la fase de puesta en marcha temprana (<https://www.who.int/antimicrobial-resistance/global-action-plan/surveillance/glass/es/>).

G7: Por sus siglas, grupo de los siete (7). Acorde a wikipedia: “Se denomina Grupo de los siete (o con el numerónimo G7 o G-7) a un grupo informal de países del mundo cuyo peso político, económico y militar es tenido aún relevante a escala global. Representa los siete principales poderes económicamente avanzados. Está conformado por Alemania, Canadá, Estados Unidos, Francia, Italia, Japón y Reino Unido. Además, la Unión Europea cuenta con representación política. Los países del G-7 representan más del 64 % de la riqueza global. Los orígenes del G-7 se establecen en marzo de 1973, cuando, a petición del Secretario del Tesoro

estadounidense, George Shultz, se reunieron los ministros de finanzas de Estados Unidos, Japón, Alemania Occidental, Francia y el Reino Unido. En la cumbre de 1975, en Rambouillet, Francia, se produjo la entrada de Italia y, dos años más tarde, en 1977, en la cumbre de San Juan, Puerto Rico, se unió a ellos Canadá. Tras este último se formó el G-7, que a partir de 1998, con la integración de Rusia por su peso político, y no por su peso financiero insignificante, se denominó G-7 + Rusia o foro político G-8” (<https://es.wikipedia.org/wiki/G-7>).

G20: Por sus siglas, grupo de los veinte (20). Según el portal de la BBC, se define: El G20 es el grupo de los países más poderosos del mundo que representan el 85% de la economía mundial. Incluye las mayores potencias industriales...”. “El G-20 está compuesto por 19 países más la Unión Europea. Los estados miembros son: Argentina, Australia, Brasil, Canadá, China, Francia, Alemania, India, Indonesia, Italia, Japón, México, Rusia, Arabia Saudita, Sudáfrica, Corea del Sur, Turquía, el Reino Unido y Estados Unidos. La Unión Europea como bloque también está representada a través de la presidencia rotatoria del Consejo de Ministros y por el Banco Central Europeo.” Y, “El G-20 nació en 1999 como una respuesta a la crisis financiera de fines de los años 90. Su primera reunión se realizó el 15 y 16 de diciembre de ese año en Berlín, Alemania. Su surgimiento estuvo motivado por el reconocimiento de que los principales países emergentes no estaban adecuadamente representados en los organismos financieros internacionales”

(https://www.bbc.com/mundo/1g/economia/2009/03/090317_1530_g20_mes.shtml).

LEPTOSPIROSIS: Es una infección. Se presenta cuando se entra en contacto con la bacteria leptospira. Esta bacteria puede encontrarse en aguas dulces que han sido ensuciada por la orina de animales. También podría infectarse si entra en contacto con animales infectados. La infección ocurre en climas cálidos. La leptospirosis no se propaga de una persona a otra, excepto en casos muy poco comunes. Algunos de los factores de riesgo incluyen: Exposición ocupacional: agricultores, granjeros, trabajadores de los mataderos, cazadores (tramperos), veterinarios, leñadores, personas que trabajan en el alcantarillado, personas que trabajan en arrozales y personal militar, Actividades recreativas: nadar en aguas dulces, hacer canotaje, hacer kayak y ciclismo en áreas cálidas, Exposición en el hogar: tener perros como

mascotas, ganado doméstico, sistemas de recolección de agua de lluvia y roedores infectados (<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001376.htm>).

METICILINA: Pertenece al grupo de medicamentos llamados penicilinas. Se usa para tratar las infecciones causadas por bacterias. Este medicamento no funcionará para los resfríos, la gripe u otras infecciones por virus. Fue desarrollado por la compañía Beecham en 1959. Este medicamento dejó de ser usada debido a que penicilinas similares y más estables como la oxacilina, flucloxacilina y dicloxacilina la remplazaron en la práctica clínica (<https://www.ecured.cu/Meticilina>).

MERS: Middle East Respiratory Syndrome, por sus siglas en ingles. El síndrome respiratorio del medio oriente, es una enfermedad respiratoria grave que involucra principalmente al tracto respiratorio superior. Causa fiebre, tos y dificultad para respirar. Aproximadamente el 30% de las personas que han contraído esta enfermedad han muerto. Algunas personas solo tienen síntomas leves. Se reportó por primera vez en Arabia Saudita en el 2012 y luego se propagó a otros países. La mayoría de los casos se propagaron a partir de personas que viajaron a países del Medio Oriente (<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000723.htm>).

MORBILIDAD: Se entiende por morbilidad la cantidad de individuos considerados enfermos o que son víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinado. La morbilidad es un dato estadístico importante para comprender la evolución o retroceso de alguna enfermedad, las razones de su surgimiento y las posibles soluciones. En el sentido de la epidemiología se puede ampliar al estudio y cuantificación de la presencia y efectos de alguna enfermedad en una población (<https://es.wikipedia.org/wiki/Morbilidad>).

MUTILACION GENITAL: La mutilación genital femenina (MGF) comprende todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos. Estos procedimientos no aportan ningún beneficio a la salud de las mujeres y niñas. Pueden producir hemorragias graves y problemas urinarios, y más tarde pueden causar quistes, infecciones, complicaciones del parto y aumento del riesgo de muerte

del recién nacido. Más de 200 millones de mujeres y niñas vivas actualmente han sido objeto de la MGF en los 30 países de África, Oriente Medio y Asia donde se concentra esta práctica¹. En la mayoría de los casos se practican en la infancia, en algún momento entre la lactancia y los 15 años. La MGF es una violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>).

OMS: Organización mundial de la salud, por sus siglas. Según se define en el portal - significados-, se entiende: “La OMS son las siglas de la Organización Mundial de la Salud. Es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), especializada en la prevención y control de la salud a nivel mundial.

Para la OMS, “la salud es el grado en que una persona puede llevar a cabo sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y relacionarse adecuadamente con su ambiente.”

La OMS fue fundada en el año 1948, con sede en Ginebra, por iniciativa del Consejo Económico y Social que se reunió por primera vez en la fecha señalada. La OMS está constituida por 193 Estados Miembros, incluyendo a los que pertenecen a la ONU, excepto Liechtenstein, y 2 territorios no miembros de la ONU: Niue y las Islas Cook.

La OMS fue creada después del fin de la guerra del siglo XIX. No obstante, la Organización Mundial de la Salud cuenta con un emblema escogido por la primera Asamblea Mundial de la Salud en el mismo año que fue fundada, y consiste en el símbolo de las Naciones Unidas cargado de una vara con una serpiente enroscada.

La OMS fue creada con el objetivo de ser un organismo internacional de salud pública que se encargue de desenvolver al máximo el nivel de salud de todos los habitantes a nivel mundial, es decir, de mejorar el estado completo del individuo, tanto físico como mental y social.

La OMS es financiada por contribuciones de los Estados miembros y de la colaboración de entidades externas, así como de otras organizaciones no gubernamentales e industrias farmacéuticas. En consideración a este punto, España se destaca por la colaboración de la donación y trasplantes de órganos a nivel mundial” (<https://www.significados.com/oms/>).

ODS: Objetivos de desarrollo sostenibles, por sus siglas. Según define la OMS, se apunta a que “Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS) son fruto del acuerdo alcanzado por los Estados Miembros de las Naciones Unidas y se componen de una Declaración, 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas. Los Estados Miembros han convenido en tratar de alcanzarlos para 2030. La salud ocupa un lugar fundamental en el ODS “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, articulado en torno a 13 metas que cubren un amplio abanico de la labor de la OMS. La mayoría de los ODS están relacionados directamente con la salud o contribuirán a la salud indirectamente. El nuevo programa, basado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, tiene por objeto ser pertinente a todos los países y se centra en mejorar la igualdad para responder a las necesidades de las mujeres, los niños y las personas más necesitadas y desfavorecidas” (<https://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/es/>).

OPS: Organización Panamericana de la Salud, por sus siglas. Organismo comprometido en lograr que cada persona tenga acceso a la atención de salud que necesita, de calidad, y sin caer en la pobreza. Por medio de su labor, promueve y apoya el derecho de todos a la salud (<https://www.paho.org/>).

PALUDISMO: El paludismo es una enfermedad causado por un parásito *Plasmodium*, el cual es transmitido por la picadura de un mosquito infectado. Sólo el género anófeles del mosquito transmite el paludismo. Los síntomas de esta enfermedad pueden incluir fiebre, vómito y/o dolor de cabeza. La forma clásica de manifestación en el organismo son "fiebre, sudoración y escalofríos" que aparecen 10 a 15 días después de la picadura del mosquito. Las muestras de sangre son examinadas con un microscopio para diagnosticar el paludismo, en donde el parásito es detectado dentro de los glóbulos rojos. Las pruebas de diagnóstico rápido (RDTs) son usadas para diagnosticar el paludismo en áreas remotas en donde el microscopio no puede ser utilizado (https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2573:2010-general-information-malaria&Itemid=2060&lang=es).

PANDEMIA: Se llama pandemia a la propagación mundial de una nueva enfermedad (https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/).

PATÓGENO: Que origina y desarrolla una enfermedad (<https://dle.rae.es/?id=SAYUd8h>).

PLUVIOSIDAD: Cantidad de lluvia que cae en un lugar y un período de tiempo determinado (<https://es.oxforddictionaries.com/definicion/pluviosidad>).

RESILIENTE: Capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos (<https://dle.rae.es/?id=WA5onlw>).

SARS: Por sus siglas en inglés Severe Acute Respiratory Syndrome (síndrome respiratorio agudo grave, traducido). Acorde a la Clínica Mayo: El síndrome respiratorio agudo grave es una enfermedad respiratoria contagiosa y a veces mortal. El síndrome respiratorio agudo grave apareció por primera vez en China en noviembre de 2002. En unos pocos meses, el síndrome respiratorio agudo grave se propagó mundialmente, llevado por viajeros desprevenidos. El síndrome respiratorio agudo grave demostró cuán rápido se puede propagar una infección en un mundo interconectado y con mucha movilidad. Por otro lado, la cooperación internacional conjunta permitió a los expertos en salud contener rápidamente la propagación de la enfermedad. No ha habido ningún contagio conocido del síndrome respiratorio agudo grave en ninguna parte del mundo desde 2004.” (<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/sars/symptoms-causes/syc-20351765>).

TUBERCULOSIS: La Tuberculosis es una infección bacteriana contagiosa que afecta principalmente a los pulmones, pero puede comprometer cualquier órgano. Es causada por la bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis* o Bacilo de Koch, descubierto por el alemán Robert Koch en 1882. Esta enfermedad ha causado efectos devastadores en el mundo causando millones de muertes, siendo llamada «La peste blanca» durante el siglo XIX. Se puede transmitir por la inhalación de microgotas provenientes de la tos o el estornudo de una persona enferma. Si no es tratada de manera oportuna y adecuada puede causar daños permanentes en los pulmones o incluso la muerte. No todas las personas que se infectan con el Bacilo de Koch presentan la enfermedad, ya que la gran mayoría de las personas controlan la infección y nunca enferman. Alrededor de un 10% de los infectados manifestarán la enfermedad a lo largo de la vida. Se estima que un tercio de la población mundial esta infectada por el Bacilo de Koch, lo

que se traduce en 9,7 millones de casos nuevos de tuberculosis al año y 1,7 millones de muertos por esta enfermedad (<https://www.minsal.cl/tuberculosis/>).

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, por sus siglas. Enfermedad infecciosa, causada por el virus de inmunodeficiencia humana, que se transmite por vía sexual, a través de la sangre o de la madre al feto, y que hace disminuir las defensas naturales del organismo hasta llegar a su completa desaparición (Definición del diccionario de Google).

VIRUS: es una palabra de origen latino, cuyo significado es veneno o toxina. Se trata de una entidad biológica que cuenta con la capacidad de autorreplicarse al utilizar la maquinaria celular. Un virus está formado por una cápside de proteínas que envuelve al ácido nucleico (ADN o ARN). Esta estructura, por su parte, puede estar rodeada por la envoltura vírica (una capa lipídica con diferentes proteínas) (<https://definicion.de/virus/>).

V.I.H: Por sus siglas, Virus de Inmunodeficiencia Humana. Según la clínica mayo: “El síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA es una afección crónica, que puede poner en riesgo la vida, provocada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Al dañar el sistema inmunitario, el VIH interfiere en la capacidad que tiene el cuerpo de combatir los organismos que provocan enfermedades. El VIH es una infección de transmisión sexual. También puede transmitirse por el contacto con sangre infectada o de madre a hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia materna. Sin medicación, pueden pasar años hasta que el VIH debilite el sistema inmunitario al punto de evolucionar al SIDA. El VIH o SIDA no tiene cura, pero hay medicamentos que pueden disminuir el avance de la enfermedad de manera significativa. Esos medicamentos redujeron la cantidad de muertes por SIDA en muchos países desarrollados” (<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hiv-aids/symptoms-causes/syc-20373524>).

ZIKA: El virus de Zika es un flavivirus transmitido por mosquitos que se identificó por vez primera en macacos (Uganda, 1947). Posteriormente, en 1952, se identificó en el ser humano en Uganda y la República Unida de Tanzania. Se han registrado brotes de enfermedad por este virus en África, Las Américas, Asia y el

Pacífico. Entre los años sesenta y los ochenta se detectaron infecciones humanas esporádicas raras en África y Asia, generalmente acompañadas de enfermedad leve.

El primer brote registrado ocurrió en la Isla de Yap (Estados Federados de Micronesia) en 2007. Le siguió en 2013 un gran brote en la Polinesia Francesa y en otros países y territorios del Pacífico. En marzo de 2015 Brasil notificó un gran brote de enfermedad exantematosas que rápidamente se identificó como consecuencia de la infección por el virus de Zika, y en julio del mismo año se describió en ese país su asociación al síndrome de Guillain-Barré.

En octubre de 2015, también se describió en Brasil la asociación entre la infección y la microcefalia. Pronto aparecieron brotes y pruebas de la transmisión en Las Américas, África y otras regiones del mundo. Hasta la fecha, 86 países y territorios han notificado casos de infección por el virus de Zika transmitida por mosquitos.

El periodo de incubación (tiempo transcurrido entre la exposición y la aparición de los síntomas) estimado de la enfermedad por el virus de Zika es de 3 a 14 días. La mayoría de las personas infectadas son asintomáticas. Los síntomas, generalmente leves y de 2 a 7 días de duración, consisten en fiebre, erupciones cutáneas, conjuntivitis, dolores musculares y articulares, malestar y cefaleas (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/zika-virus>).

BIBLOGRAFÍA

ANSCOMBRE, Jean-Claude y DUCROT, Oswald (1983): *La argumentación en la lengua*. Madrid, Gredos.

CORGO RIVERIO, Marcos (2012). *El discurso literario como producto lingüístico, estético y social. Los recursos expresivos de la literatura. Estilística y retórica*.

GÉRARD, Dessons (2006), Émile Benveniste : *L'invention du discours*, In Press.

KRIPPENDORFF, Klaus (1990), *Metodología de análisis de contenido*. Barcelona: Paidós.

LOTMAN, Yuri (1970), "El concepto de texto", en *Estructura del texto artístico*. Madrid: Istmo.

MAINGUENEAU, Dominique (1980), *Introducción a los métodos de análisis del discurso: problemas y perspectiva*. Paris: Hachette.

MAINGUENEAU, Dominique (1991): *L'analyse du discours. Introduction aux lectures de l'archive*. Paris, Hachette.

PATTON, Paul (1992), "Le sujet de pouvoir chez Foucault", en revista *Sociologie et sociétés*, Vol. 24, No 1, 91-102 pp. Montréal: Les Presses Universitaires de Montréal.

PÊCHEUX, Michel et.al. (1982), "Présentation de l'analyse automatique du discours (AAD69): théories, procédures, résultats, perspectives", en revista *Mots*, No 4. 95-123 pp. Lyon: École Normale Supérieure de Lyon.

PÊCHEUX, Michel (2003). "El mecanismo del reconocimiento ideológico", en Žizek, S. (comp.). *Ideología. Un mapa de la cuestión*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

PÊCHEUX, Michel (octubre de 1984). "Sur les contextes épistémologiques de l'analyse de discours". *Mots* 9.

PÊCHEUX, Michel (1978). *Hacia un análisis automático del discurso*. Madrid: Gredos.

PÊCHEUX, Michel (1975). *Les vérités de La Palice*. París: Maspero.

PÊCHEUX, Michel (1969). *Analyse automatique du discours*. París: Dunod.

R. FOWLER et al. *Language and Power* (London, RKP, 1979)

VAN DIJK, Teun (1980), *Algunas notas sobre la ideología y la teoría del discurso*

VAN DIJK, Teun (1996), *Estructuras y funciones del discurso*. México: Siglo XXI.

VAN DIJK, Teun, A. van (2001): "Badania nad dyskursem", en DIJK, Teun A. van: *Dyskurs*

VAN DIJK, Teun (2009). *Discurso y poder. Contribuciones a los estudios críticos del discurso*. Barcelona: Gedisa.

VAN DIJK, Teun, (1984), *Prejudice in discourse*. Amsterdam: Benjamins

VAN DIJK, Teun, 1987), *Communicating racism: Ethnic prejudice in thought and talk*, Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.

VAN DIJK, Teun, (1988a), «How 'They' hit the headlines. Ethnic minorities in the press», en G. Smitherman-Donaldson y T.A. Van Dijk (1988b.), *Discourse and discrimination*, Detroit, MI: Wayne State Univ. Press, 221-262.

VAN DIJK, Teun, (1991), *Racism and the press*, Londres: Routledge.

VAN DIJK, Teun, (1993), «Principles of Critical Discourse Analysis», *Discourse and Society*, 4(2), 249-283.

VAN DIJK, Teun, (1993a), *Elite discourse and racism*, Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.

VAN DIJK, Teun, (1996), «Discourse, Power and Access», en Carmen Rosa Caldas- Coulthard y Malcolm Coulthard (eds.), *Texts and Practices: Readings in Critical Discourse Analysis*, 84-104.

VAN DIJK, Teun, (1998), «Towards a Theory of Context and Experience Models in Discourse Processing», en H. van Oostendorp y S. Goldman (eds.), *The construction of mental models during reading*, Hillsdale, NJ: Erlbaum.

ANEXOS

Los siguientes anexos, con corpus de discursos oficiales publicados en la web de la OMS, en salud.

DISCURSOS DEL DR. TEDROS ADHANON GHEBREYESUS:

1. LAS EMERGENCIAS SANITARIAS CONSTITUYEN UNO DE LOS MAYORES RIESGOS PARA LA ECONOMÍA Y SEGURIDAD MUNDIALES

Alocución del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus ante el G20, Hamburgo (Alemania) 8 de julio de 2017

<https://www.who.int/dg/speeches/2017/g20-summit/es/>

Es para mí un privilegio estar hoy con ustedes para debatir las graves amenazas sanitarias a las que se enfrenta el mundo actual. Y le doy las gracias, Canciller Merkel, por el liderazgo de que ha hecho gala al situar la salud en la agenda del G20 y por el excelente ejercicio de simulación de emergencias al que asistimos junto con los ministros de salud en Berlín el pasado mayo.

La simulación –ya se ha comentado– puso de relieve en mi opinión dos cuestiones importantes, entre otras: primero, que las pandemias de enfermedades infecciosas y otras amenazas para la salud, como la resistencia a los antimicrobianos, trascienden fronteras e intereses nacionales, por lo que la vulnerabilidad de uno es la de todos. Los virus en realidad no saben de fronteras, ni las respetan.

Lo segundo que aprendimos con la simulación es que no estamos bien preparados. Que con gran frecuencia actuamos como reacción a los hechos más que adelantándonos a ellos. Por tanto, necesitamos una vigorosa respuesta mundial: debemos permanecer conectados en este mundo interconectado.

Por ello les pedimos apoyo para la salud mundial, porque queremos apoyarles a ustedes, los líderes, a lograr sus objetivos. Porque las pandemias, las emergencias sanitarias y los sistemas de salud débiles no solo se cobran vidas, sino que se encuentran entre los mayores riesgos para la economía y seguridad mundiales a los que nos enfrentamos hoy en día.

Y ya sabemos lo que ocurrió con la gripe española en 1918: murieron más de 50 millones de personas.

Y el brote de SARS supuso para la economía mundial costos por unos US\$ 60 000 millones.

Hemos sido testigos de lo ocurrido con la gripe aviar, el MERS, el zika. Y ahora el cólera y la fiebre amarilla vuelven con fuerza. La OMS detecta unas 3000 señales cada mes, pero son muy pocas las que llegan a ser de dominio público.

No sabemos dónde ocurrirá la próxima pandemia mundial, ni cuándo, pero sabemos que tendrá un alto costo humano y económico. Con los viajes aéreos (3000 millones de viajeros anualmente) la propagación mundial de cualquier nuevo patógeno sería cuestión de horas. Además del indecible sufrimiento humano, las pérdidas económicas se medirían en billones: pérdidas para el turismo, el comercio, la confianza de los consumidores, además de los problemas y retos políticos. Habrá dos epidemias: una provocada por el virus y otra por el miedo.

Durante el brote de ébola de 2014 en África occidental, la OMS y la comunidad internacional tuvieron que hacer frente a una dura realidad para la que el mundo no estaba preparado –lo que Jim Kim, presidente del Banco Mundial, denomina el ciclo del pánico y el abandono. En el punto álgido de los brotes, reaccionamos hacia la acción, pero muy pronto perdemos la perspectiva. El mundo no puede permitirse que continúe este ciclo vicioso.

Además, del brote de ebola hemos aprendido otra cosa. Nuestro sistema mundial tiene la fortaleza del eslabón más débil. Debemos abordar las causas fundamentales del problema: la falta de acceso de las personas más vulnerables a la atención de salud, especialmente a la atención primaria.

La cobertura sanitaria universal y la seguridad sanitaria son las dos caras de la misma moneda. Este año, 400 millones de personas en todo el mundo, es decir 1 de cada 17, la mayoría de ellas pobres, mujeres y niños, seguirán sin acceso a la atención de salud. Los sistemas de salud robustos no solo serán nuestra mejor defensa: también serán cruciales para lograr los ODS.

Así pues, proponemos cuatro vías de avance ya conocidas por todos.

La primera es la financiación sostenible de los sistemas mundiales de seguridad sanitaria para prevenir, detectar y responder a amenazas emergentes, ya sea naturales o de origen humano. Garantizar un nivel adecuado de financiación para contingencias en caso de brotes y emergencias sería un excelente comienzo.

La segunda es determinar todas las capacidades de que disponemos y que pueden ayudarnos a avanzar; determinar todas las capacidades de los países y utilizarlas de forma coordinada, con arreglo a su ventaja comparativa, para reforzar la preparación.

La tercera recomendación es apoyar el objetivo de la cobertura sanitaria universal, en consonancia con los ODS. Esta es, en realidad, la solución estratégica para prevenir las epidemias y ofrecer atención de calidad a la población: fortaleciendo los sistemas de salud de los países, especialmente en las regiones más frágiles y vulnerables del mundo.

En cuarto lugar, dar prioridad a la investigación y al desarrollo de nuevas contramedidas médicas a través del Proyecto de Investigación y Desarrollo de la Organización Mundial de la Salud. La OMS apoya firmemente la propuesta alemana de establecer el centro de colaboración mundial de investigación y desarrollo sobre la resistencia a los antimicrobianos.

Para hacer realidad estas prioridades se necesitará dinero, pero solo una fracción de lo que costaría no prepararse.

La OMS está dispuesta a asumir plenamente su liderazgo. Y juntos debemos asumir la responsabilidad de hacer de este mundo un lugar más sano y seguro. Es posible y está en nuestras manos.

Muchas gracias. Vielen Dank.

2. HACIA UNA RUTA DE LA SEDA SANITARIA

Discurso del Dr. Tedros, Director General de la OMS, en el «Foro de la Franja y la Ruta para la Cooperación Sanitaria: Hacia una Ruta de la Seda sanitaria». Beijing (República Popular China). 18 de agosto de 2017

<https://www.who.int/dg/speeches/2017/health-silk-road/es/>

Muchas gracias, Excelentísima Viceprimera Ministra, Sra. Liu Yandong, Excelentísimo Ministro, Sr. Li Bin, Excelentísimo Director Ejecutivo, Sr. Michel Sidibé, señoras y señores:

Es un gran placer estar hoy con ustedes, junto a los dirigentes de China y distinguidos colegas de los países de la Franja y la Ruta.

Como bien saben, el mundo se enfrenta a un número creciente de epidemias, pandemias y desastres de complejidad cada vez mayor. Eventos que no solo son más probables, sino que además pueden tener mayores efectos en la salud de los seres humanos, el tejido social, la seguridad y la economía.

En tanto que comunidad, en tanto que países inextricablemente unidos, nuestra fortaleza es la del eslabón más débil.

Por ello, una iniciativa mundial que sitúa la salud en el centro del desarrollo económico y social es inmensamente alentadora.

La propuesta del Presidente Xi para una Ruta de la Seda sanitaria que refuerce y renueve antiguos vínculos entre culturas y pueblos, y en que la salud ocupe un puesto central es, en efecto, visionaria.

Si queremos proteger la salud de los miles de millones de personas representadas aquí, debemos aprovechar las oportunidades que ofrece la iniciativa de la Franja y la Ruta.

Pero ¿cómo lograrlo? Su Excelencia [Liu Yandong] ya ha enunciado la mayoría de las vías.

Primero, debemos establecer sistemas para contener los brotes epidémicos o crisis en su origen e impedir que evolucionen hacia epidemias.

La OMS ha propuesto una alianza estratégica con China para asistir a países vulnerables situados a lo largo de la Franja y la Ruta, así como en África.

Entre ellos hay países en conflicto o que están saliendo de conflictos.

Nos comprometemos a fortalecer la capacidad de respuesta para las emergencias, y a ofrecer servicios de salud esenciales a los países en crisis.

Segundo, la salud es un derecho humano. Nadie debería jamás tener que elegir entre lograr la atención necesaria y tener dificultades financieras o empobrecerse.

La iniciativa de la Franja y la Ruta contiene lo fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal: infraestructuras, acceso a medicamentos, recursos humanos y una plataforma para compartir experiencias y promover prácticas óptimas.

Por último, las mujeres, los niños y los adolescentes deben ocupar un lugar central en la acción para la salud y el desarrollo mundiales. En las emergencias las mujeres y los niños se ven especialmente afectados. Debemos adoptar medidas concretas para protegerles, y nada ayudará más a este grupo a menudo vulnerable que la cobertura sanitaria universal.

Esto queda bien patente en los documentos que han examinado ustedes sobre la iniciativa de la Franja y la Ruta.

Señoras y señores:

China tiene mucho que enseñarnos en estas cuestiones.

Es líder mundial en vigilancia de las enfermedades y control de brotes, y fue uno de los primeros países en intervenir durante el brote de ébola.

China ha establecido un seguro nacional de enfermedad que da cobertura a más del 95% de la población.

El país tiene además una capacidad enorme en investigación y desarrollo, y fue uno de los primeros países en cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio relativo a la salud de la madre.

Estas experiencias deberían inspirarnos.

En breve adoptaremos el documento final de este evento e iniciaremos los debates con expertos técnicos para garantizar que nuestras palabras se traducen en acción.

Los resultados plasmados en el documento están completamente armonizados, al más alto nivel, con las aspiraciones y prioridades de la OMS.

Se centran en el establecimiento de sistemas resilientes de salud, que permitirán detectar pandemias y otras crisis, contenerlas y evitar su escalada. Ponen los cimientos de los servicios esenciales de salud necesarios para garantizar la atención sanitaria universal. Y fortalecen los mecanismos de cooperación necesarios para potenciar la seguridad sanitaria regional e internacional.

Además, incluyen medidas específicas y concretas que permitirán hacer realidad esta aspiración.

Por ejemplo, estableceremos intercambios de recursos humanos y pondremos en marcha redes de investigación de políticas y alianzas hospitalarias que constituyan el tejido esencial de interacción que impulsará la cooperación y la capacidad de aprendizaje mutuo.

Estos y los otros compromisos que asumimos hoy aquí son esenciales para garantizar sistemas de salud sólidos y resilientes.

Estoy plenamente entregado a estas medidas. La OMS y China se han comprometido a trabajar juntas en estas prioridades, con arreglo al memorando de entendimiento firmado al que ha hecho referencia su Excelencia.

Hago un llamamiento a los dirigentes sanitarios de los 60 países reunidos aquí, y a los asociados de salud pública, para construir, todos juntos, una Ruta de la Seda para la salud.

La OMS estará a su lado.

Muchas gracias.

Xie xie.

3. LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL: UNA DECISIÓN POLÍTICA

Alocución del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus en un acto paralelo del Foro Político de Alto Nivel, el 17 de julio de 2017. Nueva York (EE.UU.), 17 de julio de 2017

<https://www.who.int/dg/speeches/2017/universal-health-coverage/es/>

Es un placer estar hoy con todos ustedes. Este es uno de los eventos más importantes a los que asistiré en Nueva York esta semana. Como saben, considero la cobertura sanitaria universal la primera de las prioridades de la OMS. Como ya he dicho en varias ocasiones, todos los caminos llevan a la cobertura sanitaria universal.

Para mí, se trata de una cuestión ética. ¿Aceptaremos que los ciudadanos mueran porque son pobres? ¿O que millones de familias se arruinen porque carecen de protección frente a riesgos financieros? Estas son preguntas muy importantes.

Como saben, actualmente más de 400 millones de personas no tienen acceso a servicios de salud esenciales y el 40% de la población mundial carece de protección social.

A estas personas se les niega un derecho humano fundamental.

Por ello es tan importante que la cobertura sanitaria universal forme parte de la Agenda para el Desarrollo Sostenible. De hecho, es la piedra angular de las metas sanitarias de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Si los países deciden invertir en avanzar hacia la cobertura sanitaria universal, ponen los cimientos para el logro de todas las otras metas sanitarias y otros objetivos: poner fin a la pobreza, mejorar la igualdad de género, el trabajo decente y el crecimiento económico, y más.

Sé por experiencia propia que todos los países pueden lograr la cobertura sanitaria universal. Es principalmente una cuestión de compromiso político.

Hoy mismo, la OMS ha publicado un documento en el que se demuestra que, incluso con bajos ingresos nacionales, los países pueden avanzar. En efecto, muchos países que se encuentran en diferentes grados de desarrollo económico han puesto en marcha la cobertura sanitaria universal.

Ello demuestra que, como he mencionado, se trata más de un reto político que económico.

Hace diez días, en el G20, los líderes mundiales emitieron su comunicado de 2017. Fue la primera vez que se invitaba a la OMS a dicha cumbre. Permítanme citarles sus palabras: «Recordamos que la cobertura sanitaria universal es uno de los objetivos adoptados en la Agenda 2030 y reconocemos que para poder abordar eficazmente las crisis sanitarias es importante contar con sistemas de salud sólidos. Hacemos un llamamiento a las Naciones Unidas para que mantenga la salud en un lugar destacado en la agenda política y nos esforzamos por actuar colectivamente para fortalecer los sistemas de salud en todo el mundo [...]».

Es un llamamiento a la acción que nos incumbe a todos.

¿Cómo ayudará la OMS a los países a lograr la cobertura sanitaria universal? Esta es otra pregunta muy importante.

Sabemos que cada país tiene sus necesidades particulares. Catalizaremos el compromiso proactivo y la promoción con estructuras políticas y líderes mundiales, regionales y nacionales –incluidos los jefes de Estado y los parlamentos nacionales.

Ayudaremos a los países a determinar su posición en materia de cobertura sanitaria universal con respecto a otros países estableciendo referencias para comparar logros.

Documentaremos las mejores prácticas para mostrar a los países lo que ha funcionado en otros lugares y lo que podría funcionar para ellos. Los países aprenden mejor de países que están en su misma situación.

Y ofreceremos asistencia técnica —a partir de las necesidades específicas de los países— en los diferentes Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud.

Estas inversiones también arrojan beneficios, más allá de la salud, para la pobreza.

Los beneficios potenciales son enormes. Son los niños que sobreviven más allá de su quinto cumpleaños porque están inmunizados. Son las mujeres que pueden iniciar pequeños

negocios porque no destinan todo su dinero a la atención de salud. Son los hombres que no mueren prematuramente por una enfermedad no transmisible.

Muchos de nosotros volveremos a Nueva York para la Asamblea General de septiembre. Aprovechemos la ocasión para introducir mejoras transformadoras en la salud mundial. Hagamos que la cobertura sanitaria universal sea una realidad para todos.

Muchas gracias.

4. LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN EL CONTEXTO DE LA EPIDEMIA DEL VIH Y OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y EPIDEMIAS

Alocución del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, en el Foro Social del Consejo de Derechos Humanos, Palacio de las Naciones, Ginebra, 2 de octubre de 2017

<https://www.who.int/dg/speeches/2017/council-social-forum/es/>

Excelentísima señora Maria Nazareth Farani Azevêdo, Representante Permanente del Brasil,

Excelentísimo señor Yury Ambrazevich, Representante Permanente de Belarús,

Excelentísimo señor Mouayed Saleh, vicepresidente del Consejo de Derechos Humanos,

Mi hermano Zeid Ra'ad Al Hussein, Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos,

Mi hermano Michel Sidibe, Director Ejecutivo del ONUSIDA,

Mi hermano Roberto Azevêdo, Director General de la Organización Mundial del Comercio,

Mi hermana Loyce Maturu, Miembro del Comité Directivo de Y+ (Red Mundial de Jóvenes que Viven con el VIH)

Distinguidos colegas, señoras y señores:

Es un honor estar aquí en la sesión de apertura del Foro Social del Consejo de Derechos Humanos de este año.

Me siento bien de estar aquí.

La Organización Mundial de la Salud se fundó sobre el principio de que la salud es un derecho humano fundamental.

Este principio es tan cierto hoy como lo era hace 70 años.

Siempre me ha empujado la convicción de que todas las personas deberían poder hacer realidad ese derecho.

Todas las personas deberían poder obtener la atención sanitaria que precisan. Independientemente de quiénes sean y de dónde vivan, sin ninguna forma de discriminación.

Sin embargo, hoy esto sigue siendo un sueño para muchas personas. Al menos 400 millones de personas en todo el mundo carecen de acceso a los servicios de salud más esenciales.

Y 100 millones de personas se ven sumidas en la pobreza porque tienen que pagar la asistencia sanitaria de su propio bolsillo.

Esto es un escándalo. No podemos aceptar un mundo así.

La solución es la cobertura sanitaria universal.

La explicación más simple de la cobertura sanitaria universal es que permite a todas las personas obtener los servicios sanitarios que necesitan, cuándo y dónde los necesitan, sin hacer frente a dificultades económicas.

La cobertura sanitaria universal no solo mejora la salud. Reduce la pobreza, crea empleos, promueve el crecimiento económico inclusivo, promueve la igualdad de género y protege a las personas frente a las epidemias, incluida la del VIH.

Lograr la cobertura sanitaria universal significa establecer un sistema de atención primaria que preste servicios integrados respecto de todo el abanico de necesidades sanitarias de una persona, en lugar de servicios fragmentados para enfermedades individuales.

Significa garantizar el número correcto de trabajadores sanitarios, con las cualificaciones adecuadas y en los lugares apropiados.

Significa garantizar un suministro adecuado de medicamentos y otros bienes a precios correctos.

Significa fortalecer los sistemas de datos de modo que tengamos un panorama exacto de las tendencias de morbilidad.

Significa garantizar que los servicios sean gratuitos en el lugar de donde se prestan, y que el sistema sea financieramente sostenible.

Y significa proporcionar servicios que estén en consonancia con las necesidades de las personas, y no con las necesidades de los proveedores.

Pero, para lograr esto, es decir, una atención centrada en las personas, debemos abordar los obstáculos sociales que impiden a tantas personas obtener la atención que necesitan.

La lista de estos grupos es inaceptablemente larga. Varía de país a país. Pero prácticamente en todo el mundo, algunas personas sufren más que otras.

Los niños y niñas adolescentes. Los refugiados y los migrantes. Los trabajadores sexuales y los consumidores de drogas. Las personas con VIH. Los presos. Las personas que son simplemente pobres. Y las personas con una orientación sexual minoritaria.

En la OMS hacemos un seguimiento de la información sobre estas desigualdades y la publicamos. Nuestra herramienta de evaluación de la equidad sanitaria es una aplicación informática que los países pueden utilizar para medir la desigualdad, de modo que puedan hacer algo al respecto.

Y trabajamos directamente con las personas que se ven especialmente afectadas. En las últimas semanas hemos establecido un nuevo plan de trabajo con la Red Mundial de Jóvenes que Viven con el VIH.

Porque escandalosamente, en el cuarto decenio de la epidemia del VIH, las personas con VIH siguen sufriendo niveles inaceptables de estigmatización, también en el sistema de salud.

Esta es la razón por la que firmé la declaración sobre la eliminación de la discriminación en la asistencia sanitaria a principios de este año. La discriminación en cualquier lugar es inaceptable. Pero es especialmente inaceptable en la atención sanitaria. Las personas deben sentirse seguras al solicitar atención sanitaria.

Para cambiar los corazones y las mentes tenemos que alzar la voz.

Por ello me complace estar aquí con mi hermana Loyce Maturu. Loyce es una verdadera fuente de inspiración y una buena amiga de la OMS. También tiene VIH.

Fue Loyce quien nos dijo lo que los adolescentes pensaban y sentían acerca de sus posibilidades de obtener tratamiento para el VIH cuando estábamos elaborando las nuevas recomendaciones para los países en 2014.

El pasado año nos ayudó a publicar nuestras últimas orientaciones en la Reunión de alto nivel de las Naciones Unidas para poner fin al SIDA celebrada en Nueva York.

Nuestra relación con personas como Loyce y con grupos como la Red Mundial de Jóvenes que Viven con el VIH nos ayuda a eliminar los obstáculos que impiden que las personas obtengan servicios sanitarios vitales.

Pero también colaboramos con los gobiernos para cambiar las normas sociales, culturales y de género que socavan la salud. Colaboramos, por ejemplo, para poner fin a la violencia de género, a la mutilación genital femenina y al matrimonio infantil.

La cobertura sanitaria universal no se logrará si las personas son marginadas, criminalizadas, estigmatizadas o privadas de acceso a los servicios de salud por cualquier razón.

La cobertura sanitaria universal no se logrará si las personas más pobres deben pagar de manera desproporcionada los servicios.

Y no se logrará si no se cuenta con una capacidad sólida para prevenir, detectar y responder a los brotes de enfermedades que pueden atezar a las naciones y poner el mundo en riesgo.

Los cimientos de todo ello son los sistemas de salud que proporcionan los servicios que las personas dicen que necesitan, no lo que los proveedores deciden que necesitan.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible nos dan la plataforma y el mandato político no solo para mejorar los resultados sanitarios, sino también para transformar los sistemas de salud de los que dependen miles de millones de personas.

Los próximos tres días representan una oportunidad única para que encontremos juntos la forma de realizar verdaderos cambios que permitan a más personas disfrutar del derecho a la buena salud y al bienestar.

Porque ninguno de nosotros puede hacerlo solo. No es fácil. Nos necesitamos los unos a los otros.

Todos contribuimos en algo: las organizaciones de la sociedad civil, los grupos comunitarios, los gobiernos y los organismos de las Naciones Unidas. Y también las empresas con ánimo de lucro.

Tendremos que estar preparados para motivarnos unos a otros y querer escucharnos. No solo los próximos tres días, sino los próximos años.

El espíritu de los ODS significa que trabajamos juntos para complementarnos en beneficio de las personas a las que prestamos servicio, en lugar de competir unos con otros para nuestra propia gloria.

Desearía acabar reconociendo el liderazgo demostrado por el Brasil y Belarús al organizar este Foro.

Nos han mostrado exactamente el tipo de liderazgo animoso necesario para crear el tipo de entorno en el que las intenciones se convierten en acciones.

Les deseo el mejor de los éxitos. Gracias.

5. LA SALUD EN EL CENTRO DE TODAS LAS POLÍTICAS

Discurso del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus en la reunión de ministros de salud del G7, Milán, Italia, 5 de noviembre de 2017

<https://www.who.int/dg/speeches/2017/g7-health-ministers/es/>

Excelencias, distinguidos invitados, señoras y señores:

Es un verdadero honor estar hoy con ustedes en esta reunión tan importante.

En nuestro mundo cada vez más polarizado, me alienta ver a los países reunirse para encontrar soluciones comunes para problemas comunes.

Los temas que van a analizar son algunos de las más apremiantes en nuestros días.

La verdad es que solo podemos avanzar trabajando unidos. El aislamiento no es una opción.

El cambio climático es una amenaza mundial. La propagación de la resistencia a los antimicrobianos no conoce fronteras. Y si no actuamos para mejorar la salud de la mujer, el niño y el adolescente, ponemos en peligro nuestro futuro colectivo.

Tal vez no estemos siempre de acuerdo en todo, pero en pro de la salud mundial tenemos que colaborar para encontrar un terreno de entendimiento en el que podamos encontrar soluciones.

Señoras y señores:

El ser humano no vive en el vacío. Dependemos de nuestro planeta para obtener los alimentos que comemos, el agua que bebemos y el aire que respiramos.

Los cambios en nuestro clima y medio ambiente amenazan los cimientos de la existencia humana.

No es un peligro abstracto.

En la República Unida de Tanzania, las tribus masáis que viven de la agricultura y la ganadería están viendo cómo el aumento de las temperaturas, las lluvias tardías y las sequías están socavando sus medios de vida y su seguridad alimentaria.

En Côte d'Ivoire, el paludismo y la esquistosomiasis están aumentando debido al incremento de las temperaturas y a la variación de la pluviosidad.

En todo el mundo, la contaminación del aire, el agua y la tierra minan la salud de miles de millones de personas y avivan las enfermedades.

Cada año se producen 12,6 millones de muertes prevenibles por riesgos ambientales, incluida la contaminación del aire y la falta de acceso al agua y el saneamiento.

Y entre 2030 y 2050 el cambio climático provocará previsiblemente unas 250 000 muertes adicionales al año, a causa de la malnutrición, el paludismo, la diarrea y golpes de calor.

Los países más perjudicados serán aquellos que tienen una menor responsabilidad, como los pequeños Estados insulares en desarrollo.

Quiero compartir con ustedes la primera conclusión a la que se llegó en una contundente declaración realizada ayer en la Ciudad del Vaticano.

La salud tiene que ocupar un lugar central en las políticas.

Se deberían promover medidas para proteger la salud y el medio ambiente.

Quiero dar las gracias al Vaticano por su liderazgo.

En la conferencia de las partes que se celebrará en Bonn la próxima semana, anunciaré una nueva iniciativa de la OMS para ayudar a los pequeños Estados insulares en desarrollo a adaptarse a los efectos del cambio climático sobre la salud.

Es nuestro deber hacer todo lo posible para ayudarlos a prepararse para un futuro que ya está llegando a sus costas.

Sin embargo, este problema afecta a TODOS los países.

Por ello, la OMS está colaborando con la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático para elaborar perfiles detallados de los países con miras a la evaluación de los riesgos y proporcionar un asesoramiento individualizado sobre el modo en que los países pueden adaptarse a los efectos sanitarios del cambio climático y mitigarlos.

Ya hemos publicado más de 45 perfiles de este tipo, y nos hemos comprometido a completar los perfiles de todos los pequeños Estados insulares en desarrollo para finales del próximo año.

Señoras y señores:

El G7 ha sido una plataforma crucial para realizar mejoras en el ámbito de la salud de la mujer, el niño y el adolescente a nivel mundial.

Gracias a su liderazgo, que comenzó con la Iniciativa de Muskoka en 2010, se han producido reducciones considerables de la mortalidad infantil y materna.

Estos progresos han sido notables, pero el viaje todavía no ha terminado.

Cada año mueren 5,6 millones de niños antes de su quinto cumpleaños.

Cada año mueren 1,2 millones de adolescentes.

Cada año se producen más de 300 000 muertes maternas, la mayoría de las cuales son prevenibles.

No son cifras: son personas.

Una niña que falta a la escuela por el estigma que supone tener la menstruación.

Una mujer que da a luz a un bebé sano pero que muere por la falta de suministros médicos para detener su hemorragia posparto.

Estas tragedias son innecesarias e inaceptables. Sin embargo, hay pasos concretos que podemos dar para impedir las.

Por ejemplo, las inversiones para mejorar la calidad de la atención prenatal tendrían un rendimiento triple: menos muertes de madres y recién nacidos durante el parto y menos mortinatalidad.

Tenemos que velar por que las mujeres tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, de modo que todas ellas puedan decidir si desean tener un hijo y cuándo y con quién quieren tenerlo.

Asimismo, tenemos que adoptar medidas para que las mujeres y los niños puedan vivir sin sufrir violencia, como la mutilación genital femenina y el matrimonio forzado.

Con todo, debemos ir más lejos. En última instancia tenemos que abordar la causa profunda de todas estas cuestiones luchando a favor de la igualdad de género. En gran medida, la batalla en pro de la salud de la mujer es una lucha para ganar los corazones y las mentes.

Por ello aplaudo la organización por parte de Italia de la primera reunión ministerial del G7 sobre el género, que se celebrará este mismo mes.

Señoras y señores:

Los brotes repentinos de enfermedades como las provocadas por el virus del Ebola y el virus de Zika acaparan los titulares, pero la propagación de la resistencia a los antimicrobianos es una amenaza sanitaria mundial que podría empequeñecer estas emergencias.

No se trata de una amenaza futura. Está pasando ya.

Pienso en el bebé de 18 meses de Estados Unidos de América que fue llevado con fiebre por sus padres al hospital. Tenía infección por *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina y murió.

Pienso en el padre de cuatro hijos de Australia con un dolor de garganta que evolucionó a una infección potencialmente letal. Sobrevivió, pero le amputaron los brazos y las piernas.

Pienso en el médico malasio que tuvo que pasar por un doloroso tratamiento de 18 meses de duración por una tuberculosis multirresistente.

Hoy mismo en sus países habrá personas que se infecten por bacterias farmacorresistentes. Algunas morirán porque nos hemos quedado sin alternativas terapéuticas.

Sin embargo, carecemos de datos de calidad sobre el alcance del problema, especialmente en los países en desarrollo.

Es por ello que la OMS ha puesto en marcha el Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos (GLASS), cuya finalidad es recopilar información sobre la resistencia a los antimicrobianos en humanos. En él participan ya 47 países, y se irán adscribiendo muchos más en el futuro.

También necesitamos urgentemente nuevas inversiones en investigación y desarrollo.

A principios de este año la OMS publicó la Lista de Patógenos Prioritarios, en la que se destacan los 12 grupos de bacterias para las que se precisan inversiones de manera más urgente, además de la prioridad de hacer frente a la tuberculosis farmacorresistente.

Asimismo, la edición más reciente de la Lista de Medicamentos Esenciales incluye directrices prácticas sobre qué antibióticos se deben utilizar para tratar infecciones comunes y cuáles se deben reservar para circunstancias extremas.

Gracias por la atención que han prestado a esta cuestión en los últimos tres años.

Este tipo de compromiso político será esencial para que el mundo siga centrando su atención en esta cuestión.

Señoras y señores:

Las cuestiones que van a debatir guardan relación en última instancia con la seguridad sanitaria mundial.

Y la mejor forma de abordarlas es invertir en sistemas de salud que garanticen que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesiten, cuando y donde los necesiten, sin por ello hacer frente a dificultades financieras.

Eso es lo que entendemos por cobertura sanitaria universal: salud para todos.

Nadie debería enfermar y morir porque el aire que respira está contaminado.

Ninguna mujer debería morir dando a luz porque los servicios necesarios para salvar su vida están demasiado lejos.

Nadie debería morir por infecciones comunes o procedimientos médicos menores.

No podemos aceptar un mundo así. Y no tenemos que hacerlo.

Ustedes tienen la capacidad de contribuir a que se realicen progresos reales respecto de todas estas cuestiones.

Pero tenemos que apoyar nuestras palabras con dinero. Les pido tres cosas:

En primer lugar, debemos triplicar la inversión anual en la adaptación sanitaria al cambio climático de aquí al 2020, con un énfasis especial en la mitigación, especialmente para los pequeños Estados insulares en desarrollo.

En segundo lugar, debemos ser la generación que ponga fin a las muertes prevenibles de mujeres, niños y adolescentes con inversiones sostenibles en el Mecanismo de Financiación Mundial y otros mecanismos de financiación.

Y, en tercer lugar, debemos invertir en la investigación y desarrollo de nuevos antibióticos prestando apoyo al Centro de Colaboración de I+D sobre la Resistencia a los Antimicrobianos.

Gracias por su disposición a colaborar para afrontar estos desafíos compartidos.

La OMS está lista para proporcionarles las mejores pruebas y convertir el compromiso y la ambición en beneficios sanitarios tangibles para las personas de todo el mundo.

Gracias.

6. PRESENTACIÓN DEL INFORME SOBRE LAS REPERCUSIONES SOCIOECONÓMICAS Y DE SALUD PÚBLICA DE LOS PRODUCTOS MÉDICOS DE CALIDAD SUBESTÁNDAR Y FALSIFICADOS

Alocución del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus en The Graduate Institute de Ginebra con ocasión de la presentación del informe sobre las repercusiones socioeconómicas y de salud pública de los productos médicos de calidad subestándar y falsificados, Graduate Institute, Ginebra, 29 de noviembre de 2017

<https://www.who.int/dg/speeches/2017/substandard-falsified-products/es/>

Excelencias, distinguidos invitados, amigos, señoras y señores,

Es para mí un gran placer estar aquí con ustedes en la presentación de estos interesantísimos informes.

Los medicamentos de calidad son esenciales para la salud de la humanidad y fundamentales para todos los sistemas de salud.

Quienes vivimos en países desarrollados damos por sentado que los medicamentos que utilizamos actuarán como se espera que lo hagan.

Sin embargo, en gran parte del mundo comprar un medicamento puede ser arriesgado.

Los países de ingresos bajos y medianos son los más afectados, pero esta es una amenaza creciente que también se extiende por los países ricos, debido a la venta de medicamentos de calidad subestándar y falsificados por internet.

Dicho de otro modo, es un problema que nos atañe a todos.

Imaginen tomarse un comprimido con el convencimiento de que les va a salvar la vida, y en realidad ir empeorando hasta morir.

Esta es una realidad demasiado frecuente.

En 2011, más de 200 pacientes murieron y 850 fueron hospitalizados en el Pakistán después de tomar medicamentos para dolencias cardíacas que estaban contaminados.

En 2015, 11 personas murieron y más de 1000 pacientes fueron hospitalizados en la República Democrática del Congo tras tomar diazepam —un sedante común— falsificado.

Los medicamentos de calidad subestándar y falsificados son perjudiciales para la salud y debilitan los sistemas de salud de los que dependemos.

También socavan la confianza en la atención sanitaria y en los profesionales de la salud.

Y cuando la confianza se pierde, se evita solicitar atención cuando se necesita, lo cual desemboca en problemas a largo plazo para la persona y el sistema de salud.

La magnitud y escala de este problema es muy difícil de calcular.

Los medicamentos de calidad subestándar y falsificados son difíciles de detectar y es complicado rastrear su procedencia.

Por tanto, estos informes son un primer paso muy necesario para dibujar una imagen más clara de las repercusiones de esos productos.

En los informes se revela que, de casi 50 000 muestras procedentes de 88 países, aproximadamente una décima parte en los países de ingresos bajos y medianos es de calidad subestándar o falsificada.

En el mejor de los casos, estos productos no hacen sino prolongar la enfermedad, provocar un gasto inútil y erosionar la esperanza. En el peor de los casos, matan o causan daños graves, y alimentan las llamas de la farmacorresistencia.

Es especialmente preocupante que las dos clases de medicamentos más afectados por el problema sean los antipalúdicos y los antibióticos.

La vida de muchas personas depende de estos medicamentos.

Los tratamientos a base de artemisinina constituyen la columna vertebral de la lucha contra el paludismo.

También son la última línea de defensa. Si perdemos las artemisininas, perderemos todos los avances que hemos logrado contra el paludismo.

Ahora bien, empezando por el Mekong, la resistencia a este fármaco viene aumentando desde hace varios años.

Los medicamentos de calidad subestándar y falsificados forman parte del problema.

Los fármacos que contienen cantidades subterapéuticas del principio activo arrojan leña al fuego de la resistencia.

Lo mismo ocurre con los antibióticos.

En el informe también se pone de relieve que cada año se gastan miles de millones de dólares en productos médicos de calidad subestándar y falsificados.

Sabemos que los países con la carga más alta de productos médicos de calidad subestándar y falsificados son los mismos países en que los gastos sanitarios directos son mayores.

Así pues, quienes gastan dinero en medicamentos ineficaces o que en realidad les perjudican, son precisamente quienes menos pueden permitírselo.

¿Cómo es posible que ocurra esto?

Son varias las razones.

La falta de acceso a medicamentos asequibles y de buena calidad impulsa la demanda de productos de calidad subestándar y falsificados.

Cuando los fármacos necesarios no se pueden obtener de fuentes fiables, o no se pueden pagar, los pacientes tratan de obtenerlos de otros modos.

En muchos países, además, existe el problema de la poca sensibilización, incluso entre los profesionales de la salud, sobre la amenaza que suponen los medicamentos de calidad subestándar y falsificados.

La falta de reglamentación estricta o, de existir la reglamentación, su incumplimiento crea un vacío legal que los delincuentes explotan con mucho gusto.

Además, la venta de medicamentos en línea crea un mercado invisible y en gran medida no sujeto a la reglamentación.

¿Qué puede hacerse al respecto?

Debemos actuar en tres frentes: tenemos que prevenir, detectar y responder.

En primer lugar, debemos impedir que los medicamentos de calidad subestándar y falsificados lleguen a los pacientes.

Necesitamos más campañas de sensibilización para alertar a la población y a los profesionales de la salud de esta amenaza.

Debemos velar por la integridad de la cadena de suministros y eliminar toda posibilidad de que se introduzcan en el sistema medicamentos que no cumplen los requisitos.

Y necesitamos un marco legal sólido para que la policía y los funcionarios de aduanas dispongan de las herramientas que necesitan para proteger a las personas.

En segundo lugar, debemos detectar los medicamentos de calidad subestándar y falsificados.

Ello requiere invertir en controles fronterizos más rigurosos, mejores sistemas de notificación, inspecciones más exhaustivas y mejor acceso a laboratorios y equipos de cribado en el terreno.

Y por último, tenemos que responder:

publicando alertas y retiradas de productos cuando se detecte alguno de calidad subestándar y falsificado;

fortaleciendo la reglamentación;

y logrando que los procesos jurídicos sean más transparentes.

Y apuntalando todo esto necesitamos una sólida voluntad política y espíritu de colaboración.

No se trata solamente de un problema de salud. Es un problema que implica a los organismos de reglamentación, los encargados de hacer cumplir la ley, los funcionarios de aduanas, de logística, y otros.

Pero necesitamos líderes políticos que traduzcan las normas en medidas concretas y se comprometan a aportar los recursos humanos y financieros necesarios.

Estos compromisos no son gastos; son inversiones que protegen los negocios y los mercados, y la integridad de los sistemas de salud.

Y lo que es más importante, son inversiones en capital humano.

Señoras y señores,

La publicación de estos informes no puede ser el punto final.

Tiene que ser el trampolín que proporcione a los países la información que necesitan para tomar medidas.

Les insto a todos ustedes a velar por la difusión de los informes, y por que se lean ampliamente y se sigan en todos los países.

Muchas gracias.

7. PRIMERA CONFERENCIA MINISTERIAL MUNDIAL DE LA OMS: PONER FIN A LA TB EN LA ERA DE LOS ODS

Discurso de apertura del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus con ocasión de la primera Conferencia ministerial mundial de la OMS: poner fin a la TB en la era de los ODS, Moscú (Federación de Rusia), 16 de noviembre de 2017.

<https://www.who.int/dg/speeches/2017/tb-ministerial-conference/es/>

Excelentísima señora Dra. Veronika Skvortsova, Ministra de Salud de la Federación de Rusia,

Hermana Amina Mohamed, Vicesecretaria General de las Naciones Unidas,

Dra. Zsuzsanna Jakab, Directora Regional de la OMS para Europa,

Dra. Carissa Etienne, Directora Regional para las Américas/OPS, y Dra. Shidi Moeti, Directora Regional para África.

Honorables ministros, distinguidos invitados, señoras y señores:

Es un gran privilegio estar con ustedes en esta ocasión histórica.

Nos honra enormemente que el Presidente Putin vaya a unirse a nosotros en breve.

Su asistencia hoy aquí y el hecho de que más de 70 ministros de diferentes sectores gubernamentales se hayan reunido hoy para abordar esta cuestión envían un poderoso mensaje sobre el impulso político que se está generando para poner fin a la TB.

Pero no son solo los ministros. Es alentador ver el gran número de partes interesadas que participan en este evento.

Quiero mencionar especialmente la Alianza Alto a la Tuberculosis. Sus incansables esfuerzos por luchar contra esta enfermedad y por atraer la atención mundial sobre esta cuestión están dando sus frutos. Hoy es la prueba de ello.

Deseo dar las gracias a mi hermano, el Dr. Aaron Motsoaledi, Ministro de Salud de Sudáfrica, por su liderazgo como presidente de la Alianza Alto a la Tuberculosis, así como a su Vicepresidenta, la Dra. Joanne Carte, y a la Secretaria Ejecutiva, Dra. Lucica Ditiu.

MSF es otro asociado clave. Durante tres decenios han estado brindando tratamientos vitales a muchos miles de personas. Su dedicación es absolutamente inspiradora.

También quiero dar las gracias al Dr. Eric Goosby, Enviado Especial de las Naciones Unidas para la TB, por su liderazgo orientado hacia el progreso no solo en la lucha contra la tuberculosis, sino también en el logro de la cobertura sanitaria universal.

Y, por supuesto, no puedo olvidarme de nuestro Mario. El Dr. Mario Raviglione, que es director del Programa Mundial contra la Tuberculosis de la OMS desde 2003 y se va a jubilar pronto. Sus logros hablan por sí mismos. Ninguno de nosotros estaríamos hoy aquí si no fuera por usted. Gracias.

Señoras y señores:

Moscú es el lugar perfecto para esta reunión, ya que es un símbolo de progreso y esperanza en la lucha contra la tuberculosis.

La Federación de Rusia tiene una alta carga de TB. Pero también ha hecho progresos increíbles.

El número de nuevos casos de TB en Rusia ha descendido enormemente desde 2010, y la mortalidad se ha reducido en una media del 11% al año.

De los 30 países con la mayor carga de TB, Rusia tiene la mayor cobertura terapéutica.

Son progresos notables.

Y Rusia no es el único país que está avanzando en este ámbito.

Entre 2000 y 2016, nuestros esfuerzos por luchar contra la TB han salvado 53 millones de vidas.

Esto equivale a seis vidas salvadas cada minuto durante 17 años.

Sin embargo, a pesar de estos avances, la carga de sufrimiento y muerte debido a la TB sigue siendo enorme.

Esta antigua enfermedad ha atormentado a la raza humana durante miles de años.

Actualmente es la enfermedad infecciosa más letal en todo el mundo.

El año pasado, más de 10 millones de personas enfermaron por TB, y 1,7 millones de hombres, mujeres y niños murieron.

Esto equivale a tres personas por minuto. En el transcurso de esta alocución que estoy pronunciando hoy ante ustedes, la tuberculosis habrá matado a más de 20 personas.

Aproximadamente el 45% de todos los casos se registran en la Región de Asia Sudoriental, el 25% en la Región de África y el 17% en la Región del Pacífico Occidental.

Casi dos tercios de todos los casos se producen en tan solo siete países (India, Indonesia, China, Filipinas, Pakistán, Nigeria y Sudáfrica). En ellos es donde debemos centrar nuestros esfuerzos. Son la primera línea.

Detrás de cada número hay una persona.

Como la médica que se infectó por una cepa multirresistente del bacilo de la TB durante su formación médica aquí en Rusia y que pasó por un doloroso tratamiento de 18 meses de duración para curarse.

Pronto oirán hablar de Timpiyan Leseni, otra superviviente de la TB. Gracias por su valentía al hablar abiertamente de su experiencia. Usted es la cara humana de esta epidemia. Nos recuerda a qué nos enfrentamos. Nos recuerda qué está en juego.

Como muchas otras enfermedades, la TB azota especialmente a las comunidades más pobres y marginadas.

Las personas que viven en condiciones difíciles. Los presos, los mineros, los indígenas, las personas que viven con el VIH, y los refugiados y migrantes.

Si queremos poner fin verdaderamente a la TB, tenemos que llegar a estas comunidades.

Los principales obstáculos para ello son la estigmatización y la discriminación.

Cada vez que a una persona con VIH se le deniega el tratamiento, ponemos en peligro los progresos.

Cada vez que no prestamos servicios sanitarios a los refugiados, propiciamos que la TB siga matando.

La consigna de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es «no dejar a nadie atrás».

Sin embargo, calculamos que hay más de cuatro millones de personas en el mundo con TB que no saben que padecen la enfermedad debido a la notificación y el diagnóstico insuficientes.

Son cuatro millones de personas a las que se ha dejado atrás.

Señoras y señores:

Es muy oportuno que estemos celebrando esta reunión al mismo tiempo que la Semana Mundial de Concienciación sobre el Uso de los Antibióticos.

La resistencia a los antimicrobianos, de la que es ejemplo la TB multirresistente, representa un importante riesgo para la seguridad sanitaria.

La TB multirresistente ha minado los progresos en la lucha contra la TB durante decenios.

El tratamiento estándar de la TB es bastante exigente, ya que consiste en tomar cuatro medicamentos diferentes durante seis meses.

Pero para la TB multirresistente, el tratamiento dura hasta dos años y es caro, doloroso y tóxico.

Si no luchamos frontalmente contra la TB farmacorresistente, corremos el riesgo de perder lo que hemos logrado. Podríamos retroceder.

Es alentador que el problema de la resistencia a los antimicrobianos, incluido el que plantea la TB multirresistente, esté actualmente en la agenda política mundial, especialmente en el periodo de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas del año pasado y en las reuniones del G20, del G7 y del grupo de países BRICS.

La atención política es sumamente vital. Pero no es suficiente.

Los pacientes están reclamando nuevas opciones terapéuticas.

Tenemos que atender su petición.

Debemos invertir ya en investigación y desarrollo.

La buena noticia es que todos los países se han comprometido a poner fin a la epidemia de TB como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Estrategia Fin a la Tuberculosis de la OMS.

Juntos tenemos que poner en práctica estos compromisos.

Tenemos que ampliar agresivamente los programas de lucha contra la TB.

Y, lo que es más importante, estos programas deben integrarse en los planes nacionales de acción diseñados para alcanzar la cobertura sanitaria universal.

Es por ello que decimos que todos los caminos conducen a la cobertura sanitaria universal. La cobertura sanitaria universal es la respuesta, y la protección financiera es la piedra angular de la cobertura sanitaria universal.

Nadie debería enfermar y morir de TB —o de cualquier otra enfermedad— simplemente por no poder permitirse el tratamiento.

Nadie debería enfermar y morir de TB —o de cualquier otra enfermedad— simplemente por no poder acceder al tratamiento.

La inversión en sistemas de salud fuertes que se basen en una atención primaria centrada en las personas es la mejor forma de promover la salud, prevenir la enfermedad, incrementar la seguridad sanitaria e impulsar el crecimiento económico inclusivo.

Señoras y señores:

Hemos llegado a un momento sin precedentes en la lucha contra esta antigua enfermedad.

La Declaración de Moscú que habéis sacado adelante con tanto esfuerzo será un logro histórico.

La Reunión de Alto nivel sobre la Tuberculosis que se celebrará el próximo año durante el periodo de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas es la oportunidad que muchos de nosotros hemos estado esperando.

Tal vez nunca tengamos otra oportunidad parecida.

La historia nos juzgará. ¿Aprovecharemos esta ocasión?

¿Pondremos en práctica nuestros compromisos?

¿Acompañaremos nuestras palabras con dinero?

Hay cuatro esferas de acción cruciales:

En primer lugar, todos los países deben ampliar el acceso a los servicios de prevención y tratamiento en el contexto de la cobertura sanitaria universal.

En segundo lugar, debemos obtener una financiación suficiente y sostenible para la respuesta a la TB.

En tercer lugar, debemos invertir urgentemente en investigación y desarrollo.

Y, por último, debemos trabajar juntos en todos los sectores para poner fin a la TB de una vez por todas.

Es por ello que hoy hemos acordado con la sociedad civil no hacer ningún llamamiento más. Sin embargo, necesitamos compromisos sólidos, y tenemos que trabajar día tras día hasta encontrarnos de nuevo en la reunión de alto nivel que se celebrará el próximo año en Nueva York.

No será fácil. Pero tenemos que creer que es posible.

Ninguno de nosotros podemos lograr esto solos.

Pero si aprovechamos el poder de la colaboración, podemos poner Fin a la TB juntos.

Estamos todos juntos: ministros y asociados. Tenemos que trabajar mano a mano todos los días hasta septiembre de 2018. Gracias.

8. *PROMOVER LA SALUD DE LOS MIGRANTES – PROMOVER LA PAZ Y UNA VIDA DIGNA PARA TODOS*

Observaciones del Director General de la OMS, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, en la reunión de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la salud de los migrantes, Nueva York (Estados Unidos de América), 22 de septiembre de 2017.

<https://www.who.int/dg/speeches/2017/promoting-migrant-health/es/>

Señor Pramutvinai, Ministro de Relaciones Exteriores de Tailandia, señor Silva, Ministro de Relaciones Exteriores de Portugal, señor Jacome, Viceministro de Movilidad Humana del Ecuador, Embajador Swing, señor Sy, amigos y colegas, señoras y señores:

Todos sabemos que la migración puede ser un motor fundamental de la prosperidad económica y social, ya que puede aportar nuevas ideas y una fuerza de trabajo energética y altamente motivada.

Pero también supone desafíos singulares.

El mundo está experimentando los mayores desplazamientos de población que se hayan visto desde el final de la Segunda Guerra Mundial. Lo que estamos viendo hoy es migración forzada, causada por la pobreza, el cambio climático, los desastres, los conflictos armados y el extremismo violento.

La mayoría de las personas coinciden en que la comunidad internacional debería hacer mucho más para abordar las causas profundas del desplazamiento forzado y la migración.

Es evidente que las políticas y estrategias sanitarias para atender la salud de los migrantes no están a la altura de estos desafíos.

Estos desafíos se han convertido en una crisis con repercusiones políticas, financieras, sanitarias y de seguridad.

Asimismo, la escala del sentimiento de hostilidad hacia los migrantes no tiene precedentes. La contribución positiva de los migrantes se ha olvidado ampliamente.

Muchos migrantes permanecen en los márgenes de la sociedad. Existen convenios y marcos internacionales ratificados que protegen los derechos de los migrantes, pero con

demasiada frecuencia estos siguen careciendo de acceso a los servicios esenciales, entre ellos los servicios sanitarios, debido principalmente a su situación jurídica.

Sufren discriminación y exclusión social y carecen de acceso a los servicios sanitarios y a la continuidad asistencial. Por lo general viven y trabajan en condiciones deficientes.

Esta exclusión tiene un costo para las comunidades de adopción: la falta de integración puede avivar la desigualdad y minar el desarrollo económico y social.

En los Objetivos de Desarrollo Sostenible se reconoce a los migrantes, los refugiados y los desplazados internos como grupos vulnerables, y se hace un llamamiento al pleno respeto de sus derechos.

Como saben, como Director General de la OMS he dado máxima prioridad a la cobertura sanitaria universal, esto es, a la salud para todos. Y cuando decimos salud para todos, queremos decir todos, incluidos los migrantes, independientemente de su situación jurídica.

Algunos cambios tardarán mucho tiempo en dar sus frutos. Sin embargo, habida cuenta de la naturaleza sin precedentes de los últimos acontecimientos, se precisa una acción inmediata.

Déjenme esbozar cuatro necesidades urgentes.

En primer lugar, necesitamos mejores políticas que promuevan el derecho a la salud de los migrantes, atiendan sus necesidades sanitarias y los integren en sus sociedades de acogida.

En segundo lugar, los sistemas sanitarios deben tener en cuenta las necesidades de los migrantes. Esto significa que se han de ofrecer servicios en los idiomas adecuados y que se debe prestar atención a problemas sanitarios singulares, como problemas de salud reproductiva e infantil, enfermedades mentales y traumatismos provocados por heridas o torturas.

En tercer lugar, se precisan un buen sistema de monitoreo de la salud y datos sobre las necesidades sanitarias para poder establecer prioridades realistas.

Por último, la colaboración entre países y sectores es esencial para atender las considerables necesidades sanitarias de los refugiados y los migrantes.

Señoras y señores:

La Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes y los próximos pactos mundiales relativos a los refugiados y a una migración segura, regular y ordenada nos brindan una oportunidad única para abordar la salud de los refugiados y los migrantes.

Por ello es tan importante incluir un sólido componente relativo a la salud en ambos.

Permítanme recordarles que, en cuanto Estados Miembros de la OMS, nos pidieron que elaborásemos un marco de prioridades y principios rectores sobre la promoción de la salud de los refugiados y los migrantes y refrendaron una nueva resolución en la Asamblea Mundial de la Salud de este año. También nos pidieron que realizáramos un análisis de la situación, que identificáramos las prácticas óptimas y que formulásemos un plan de acción mundial.

Si queremos seguir siendo fieles a los principios de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y no dejar a nadie atrás, debemos esforzarnos más por dar a los refugiados y migrantes acceso a los servicios sanitarios.

Salud para todos significa salud para todos.

Gracias.

9. VENCER EL TABAQUISMO Y LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Discurso del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, con ocasión de la publicación del Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Nueva York (Estados Unidos de América), 19 de julio de 2017.

<https://www.who.int/dg/speeches/2017/tobacco-report-launch/es/>

Agradezco enormemente a Michael Bloomberg la organización de este evento y su liderazgo. Doy las gracias también al ministro Basso del Uruguay y a todas las personas presentes hoy aquí por su incansable labor para impedir que la gente siga muriendo en la flor de su vida a causa de enfermedades como el cáncer o de enfermedades cardiopulmonares.

Esta reunión se produce en un momento importante: la salud se encuentra en un momento político crucial.

Hace diez días asistí a la reunión del G20 en Hamburgo (Alemania). Fue la primera vez que la OMS asistía a ese evento, y querría aprovechar esta oportunidad para dar las gracias a la Canciller Merkel y a su gobierno por la invitación.

La semana pasada los dirigentes se reunieron también en Londres para renovar su compromiso con los esfuerzos destinados a velar por que las mujeres y las niñas de todo el mundo tengan los servicios que necesitan para sobrevivir y prosperar.

Y esta semana se reúnen en Nueva York altos responsables gubernamentales de todo el mundo para examinar los progresos hacia el logro de los cinco ODS esenciales, entre ellos el de la salud.

Para la OMS, el centro de gravedad de los ODS es la cobertura sanitaria universal y su lema es «no dejar a nadie atrás».

Y esto es exactamente lo que la cobertura sanitaria universal es y hace: no dejar a nadie atrás y utilizar los ODS como una oportunidad. La cobertura sanitaria universal también significa que todas las personas obtienen la atención que necesitan en el lugar y el momento adecuados, independientemente de donde vivan y de quiénes sean, y sin que ello les suponga dificultades financieras.

La noticia más emocionante es que observamos un impulso político sin precedentes a favor de la cobertura sanitaria universal en todo el mundo. La semana pasada, los dirigentes participantes en la reunión del G20 emitieron un comunicado, del que citaré las siguientes palabras: «Recordamos que la cobertura sanitaria universal es uno de los objetivos adoptados en la Agenda 2030 y reconocemos que para poder abordar eficazmente las crisis sanitarias es importante contar con sistemas de salud sólidos. Hacemos un llamamiento a las Naciones Unidas para que mantenga la salud en un lugar destacado en la agenda política y nos esforzamos por actuar colectivamente para fortalecer los sistemas de salud en todo el mundo».

Un número creciente de países se está dando cuenta de que la cobertura sanitaria universal es una buena inversión. La cobertura sanitaria universal sienta las bases para avanzar hacia el cumplimiento de todas las demás metas relacionadas con la salud, incluida la que nos ha congregado hoy aquí: acabar con las enfermedades no transmisibles.

Este desafío presenta una doble cara. Evidentemente es importante prestar servicios para diagnosticar y tratar a las personas enfermas. Pero el avance decisivo se logrará cuando podamos impedir en primer lugar que las personas desarrollen estas enfermedades: la prevención es la base de nuestra acción.

Como todos ustedes saben, una de las principales causas de las enfermedades no transmisibles es el tabaco. El tabaco mata a más de 7 millones de personas al año. Esto equivale a hacer desaparecer a toda la población de Bulgaria o el Paraguay cada año. Es inaceptable.

Con todo, las cifras (en lo que respecta a la prevalencia del tabaquismo) están empezando a disminuir.

Nos hemos reunido hoy aquí para celebrar que el 60% de la población mundial está protegida por lo que la OMS denomina medidas que representan «prácticas óptimas» para frenar el consumo de tabaco, como la prohibición de la publicidad y de fumar en lugares públicos y el cobro de impuestos sobre el tabaco. Esto ofrece la oportunidad de salvar decenas de millones de vidas.

Lo que me preocupa es cómo proteger al 40% restante.

Por tanto, me complace tener hoy a mi lado a Michael Bloomberg, uno de los empresarios más consumados del mundo, exalcalde de una de las ciudades más importantes del mundo y un luchador comprometido y apasionado contra las ENT y, en especial, contra el tabaco. Muchas gracias, Michael, por tu compromiso, tu aportación y tu pasión.

También me complace ver a tantos Jefes de Estado apoyar esta causa: agradezco la invitación del Presidente del Uruguay, Tabaré Vázquez, para organizar con él una conferencia ministerial sobre las ENT en Montevideo el próximo mes de octubre. Me reuní con el Presidente en Ginebra hace unas semanas y constaté de primera mano su pasión y su compromiso auténtico con la lucha contra el tabaco. Su Gobierno y él mismo han sido precursores en la guerra contra el tabaquismo. Esto es lo que yo llamo liderazgo.

Únanse a mí para felicitarlo, al igual que a Mike Bloomberg y a todos aquellos que nos apoyan en la lucha para acabar con las ENT.

Gracias.

10. EL DR. TEDROS ANUNCIA EN LA COP23 UNA INICIATIVA EN MATERIA DE CAMBIO CLIMÁTICO Y SALUD EN LOS PEQUEÑOS ESTADOS INSULARES EN DESARROLLO

Discurso del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus en la 23.^a Conferencia de las Partes de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre Cambio Climático (COP23) Bonn (Alemania), 12 de noviembre de 2017.

<https://www.who.int/dg/speeches/2017/cop23/es/>

Quisiera comenzar diciendo «bula», y también me gustaría decirles «vinaka» por estar aquí con nosotros. La sala está llena y estoy muy contento de ver el interés de todos los presentes por la salud y el cambio climático.

Excelentísimo señor Frank Bainimarama, presidente de la COP23 y Primer Ministro de la República de Fiji,

También puedo ver hoy aquí al Primer Ministro de las Islas Cook, a la Secretaria Ejecutiva de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre Cambio Climático, la Sra. Patricia Espinosa, y al Gobernador de California, el Sr. Schwarzenegger.

Excelencias, distinguidos invitados, señoras y señores:

Dependemos de nuestro planeta para todo lo que somos y tenemos.

El aire que respiramos, los alimentos que comemos y el agua que bebemos.

Por tanto, el cambio climático afecta de lleno a todos los ámbitos humanos.

Aumenta los riesgos de fenómenos meteorológicos extremos, como los huracanes que asolaron varias islas del Caribe el pasado verano.

Me enorgullece que la OMS haya respondido a estos desastres junto con nuestros asociados mediante la provisión de productos médicos de emergencia, generadores, pastillas de cloro y otros suministros para aliviar el sufrimiento.

Además de las muertes y los daños a los medios de subsistencia, no debemos olvidarnos del daño a la salud mental que provocan estos fenómenos.

Pero el cambio climático también exacerba las enfermedades infecciosas como el paludismo, el dengue y el cólera.

Y contribuye al aumento de las enfermedades no transmisibles debido a la contaminación del aire, los alimentos y el agua en los que se sustenta la vida.

Los pequeños Estados insulares en desarrollo son los que más sienten estos efectos.

Mi hermano el Primer Ministro Bainimarama sabe muy bien de lo que hablo. En Fiji hubo un brote de enfermedad diarreica tras una sequía en 2011.

En 2012 hubo brotes de leptospirosis, fiebre tifoidea y dengue después de una inundación.

Y justo el pasado año, como su excelencia dijo, el ciclón Winston mató a 44 personas y provocó daños por un valor de \$1400 millones, que es más de un tercio de la economía de Fiji.

El cambio climático no es un argumento político en Fiji y otras naciones insulares. Es una realidad cotidiana.

Estas comunidades necesitan ayuda para hacer frente a un mundo que está cambiando delante de ellas. Ayudarlas significa ayudarnos.

Sin embargo, a pesar de las conversaciones que se llevan manteniendo durante años, la respuesta internacional sigue siendo débil.

Menos del 1,5% de los fondos internacionales para la adaptación al cambio climático se destinan a proyectos sanitarios, y los pequeños Estados insulares en desarrollo solo reciben una parte de ese porcentaje.

Ha llegado la hora del cambio.

Es por ello que hoy nos complace anunciar, junto con el Presidente y la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, esta Iniciativa Especial sobre el Cambio Climático y la Salud en los Pequeños Estados Insulares en Desarrollo.

La Iniciativa tiene como finalidad dar a los pequeños Estados insulares en desarrollo los recursos y el apoyo necesarios para entender y gestionar los efectos del cambio climático sobre la salud.

Nuestra visión es que, de aquí a 2030, todos los pequeños Estados insulares en desarrollo tengan sistemas de salud resilientes frente al cambio climático.

Pero no basta simplemente con pedir a estas comunidades que se adapten.

También debemos adoptar medidas para mitigar las causas del cambio climático.

Así, de aquí a 2030, queremos también un mundo en el que los países reduzcan sus emisiones de carbono.

Esto protegerá a los más vulnerables frente a los riesgos climáticos y proporcionará grandes beneficios sanitarios a los países que emiten carbono.

La Iniciativa tiene cuatro objetivos principales:

En primer lugar, amplificar las voces de los líderes sanitarios y políticos de los pequeños Estados insulares en desarrollo para que tengan más influencia en sus países y a nivel internacional.

En segundo lugar, recopilar datos para formular argumentos a favor de la inversión en la salud y la lucha contra el cambio climático.

En tercer lugar, prepararse para hacer frente a los riesgos climáticos mediante políticas de preparación y prevención y construir sistemas de salud «a prueba del clima».

Y en cuarto lugar triplicar el actual apoyo financiero para el clima y la salud en los pequeños Estados insulares en desarrollo.

También queremos desbrozar el camino para que los pequeños Estados insulares en desarrollo transformen sus servicios sanitarios alejándose de los modelos de atención caros que se centran en curar a enfermos y adoptando otros basados en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

Señoras y señores:

Estamos haciendo esto por los pequeños Estados insulares en desarrollo porque estos se verán afectados de manera desproporcionada por la carga del cambio climático. Esto es exactamente lo que estamos observando. No dejar a nadie atrás significa que todos somos responsables de aquellos cuyas voces no se oyen demasiado y cuyos intereses son fácilmente soslayados, algo que estamos observando.

Pero no queremos hacer esto solo para los pequeños Estados insulares en desarrollo. El cambio climático afecta al mundo entero, si bien las islas pequeñas sufren sus consecuencias de manera desproporcionada. Todos estamos en el mismo barco. Esta Iniciativa es para todos nosotros.

No podemos mejorar la salud y el bienestar sin abordar el cambio climático y sin solidaridad. Gracias. Vinaka.

Por último, deseo dar las gracias al presidente por su hospitalidad cuando lo visité en Fiji, así como a mi hermana y al Gobernador por su liderazgo. El compromiso de todos estos líderes es lo que realmente nos ha permitido reunirnos hoy aquí.

Pero esto es solo un compromiso. La acción comienza. Comprometámonos a marcar la diferencia. Muchas gracias.