World Health Organization
Organisation mondiale de la Santé

51ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

Punto 10 del orden del día provisional

A51/3
17 de marzo de 1998

Informe sobre la salud en el mundo 1998
La vida en el siglo XXI: una perspectiva para todos

Resumen

En el presente documento se ofrece un resumen del *Informe sobre la salud en el mundo 1998*, que aparecerá el 11 de mayo de 1998. Se trata del cuarto informe de este tipo que se prepara tras la adopción de la decisión EB93(6), relativa a la producción de un informe anual sobre el estado de la salud en el mundo que fuera al mismo tiempo un informe sobre las actividades de la OMS.

Al conmemorarse este año el cincuentenario de la OMS, el informe, además de analizar los acontecimientos más recientes y la situación sanitaria actual, hace un examen retrospectivo de los últimos 50 años. Asimismo, sobre la base de las tendencias actuales, intenta predecir la evolución probable de la situación sanitaria en el primer cuarto del siglo XXI.

INTRODUCCIÓN

El futuro de la salud

1. El siglo XXI nos ofrece la esperanzadora perspectiva de una mejor salud para todos. Nos aguarda no sólo una vida más larga sino también una vida de mejor calidad, con menos discapacidades y enfermedades. Al aproximarse el nuevo milenio, la población mundial tiene ante sí un futuro más prometedor que nunca en lo que se refiere a su salud.

2. Sopesando los datos del pasado y del presente, el *Informe sobre la salud en el mundo 1998* demuestra que la humanidad tiene muchas razones para ver el futuro con optimismo, aunque ese optimismo ha de atemperarse con el reconocimiento de algunas crudas realidades. A pesar de todo, los avances sin precedentes realizados durante el siglo XX en materia de salud han sentado las bases para efectuar nuevos y espectaculares progresos en los años venideros.

3. El presente informe contiene la más reciente evaluación técnica de la situación sanitaria en el mundo y se apoya en esa evaluación para proyectar las tendencias de la salud hasta el año 2025. Teniendo presente todo el ciclo vital del ser humano y analizando los datos recogidos en los últimos 50 años, estudia el estado de salud de los lactantes y los niños, los adolescentes y los adultos, los ancianos y los «más ancianos», y define las esferas en las que es preciso adoptar medidas prioritarias respecto de cada grupo de edad. La salud de la mujer es objeto de particular atención. El futuro de la salud del ser humano en el siglo XXI depende en gran medida de que se

asuma el compromiso de invertir en la salud de la mujer en el mundo de hoy. La salud de las mujeres determina en gran medida la de sus hijos, los adultos del mañana.

4. El hallazgo más inquietante del informe es que, a pesar del aumento de la esperanza de vida, dos quintas partes de las defunciones ocurridas este año en el mundo pueden calificarse de prematuras: 20 millones de personas mueren anualmente antes de los 50 años, a pesar de que el promedio de la esperanza de vida se ha elevado hasta los 66 años. Diez millones de esas defunciones afectan a niños menores de cinco años y otros 7,4 millones a adultos de edades comprendidas entre los 20 y los 49 años.

5. De todos modos, la característica más sobresaliente del camino recorrido hasta ahora es una tendencia inconfundible hacia una vida más larga y más sana. Esta observación, respaldada por sólidas pruebas científicas de la disminución de la discapacidad entre los ancianos de algunas poblaciones, tiene consecuencias importantes para los individuos y las sociedades.

6. La explicación de esta tendencia se encuentra en los avances sociales y económicos que ha experimentado el mundo en la última parte del siglo XX. Esos avances han traído consigo mejores niveles de vida para muchos, pero no para todos. El mundo atravesó una época dorada de prosperidad sin igual entre 1950 y 1973, seguida de un estancamiento económico que duró 20 años. En 1994 se inició una recuperación económica mundial cuyos beneficios comienzan a manifestarse ahora. Aunque son más evidentes en el mundo industrializado, también se están materializando, lenta pero indudablemente, en muchos países más pobres.

7. Por ejemplo, el suministro de alimentos se ha duplicado con creces en los últimos 40 años, aumentando a un ritmo mucho mayor que el crecimiento demográfico. El PIB por habitante en valores reales ha aumentado en al menos 2,5 veces en los últimos 50 años. La tasas de alfabetismo de adultos han aumentado en más del 50% desde 1970. La proporción de niños escolarizados se ha incrementado, mientras que la proporción de personas crónicamente desnutridas ha disminuido.

8. Estas tendencias están cambiando el mundo. No cabe duda de que el mundo de 2025 será significativamente distinto del de hoy y casi irreconocible respecto del de 1950. Los asombrosos avances tecnológicos de los últimos años, particularmente en las telecomunicaciones mundiales, han hecho que el planeta parezca más pequeño que nunca. En el año 2025 probablemente parecerá más pequeño aún y, si se mantiene el ritmo de crecimiento de la población, estará indudablemente mucho más poblado. En muchos aspectos, la faz de la humanidad está cambiando rápidamente.

9. Dos tendencias principales, el aumento de la esperanza de vida y el descenso de las tasas de fecundidad, permiten pronosticar que en 2025:

- la esperanza de vida a nivel mundial, que actualmente es de 66 años, llegará a los 73 años, lo que representa una mejora del 50% respecto del promedio de 1955 de apenas 48 años

- la población mundial, que en 1997 se cifró en unos 5800 millones de personas, llegará a unos 8000 millones. En 1997, cada día nacieron unos 365 000 niños y murieron unas 140 000 personas, con lo que el aumento natural de la población fue de unas 220 000 personas al día

- habrá más personas de edad y, en proporción, menos jóvenes que nunca antes

- el número de personas mayores de 65 años habrá aumentado de 390 millones en 1997 a 800 millones, es decir, del 6,6% al 10% de la población total

- la proporción de menores de 20 años habrá disminuido del 40% en 1997 al 32% de la población total, a pesar de que habrá 2600 millones de personas en ese grupo de edad, lo que representa un aumento real de 252 millones.

10. Estas tendencias demográficas, que tienen profundas repercusiones en la salud humana en todos los grupos de edad, son reflejo de los numerosos cambios positivos ocurridos en los últimos 50 años. Hoy más personas que nunca tienen acceso a una atención sanitaria cuando menos mínima así como a sistemas de abastecimiento de agua salubre y saneamiento. La mayoría de los niños del mundo están inmunizados contra las seis grandes enfermedades de la infancia: sarampión, poliomielitis, tuberculosis, difteria, tos ferina y tétanos neonatal.

11. Durante el mismo periodo se han producido avances constantes y a veces espectaculares en la lucha y la prevención de otras enfermedades y en la obtención de vacunas y fármacos, junto con innumerables innovaciones médicas y científicas. Los últimos decenios han sido testigo de la derrota definitiva de la viruela, una de las enfermedades más antiguas de la humanidad, y de la reducción gradual de otras como la lepra y la poliomielitis.

Atravesar el umbral

12. En conjunto, estos y otros avances ayudarán a la humanidad a atravesar con paso confiado el umbral del nuevo siglo. Sin embargo, el futuro planteará muchos problemas nuevos, que se sumarán a los que aún no se hayan resuelto.

13. La guerra contra la enfermedad en el siglo XXI habrá de combatirse simultáneamente en dos frentes: las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas no transmisibles. Muchos países en desarrollo padecerán con más intensidad los efectos de ambas, a medida que las cardiopatías, el cáncer, la diabetes y otras afecciones debidas al «modo de vida» adquieran mayor prevalencia, sin que las enfermedades infecciosas dejen de causar estragos. De este último grupo, el VIH/SIDA seguirá siendo la amenaza más mortífera.

14. Esta doble carga impone la necesidad de adoptar difíciles decisiones acerca de la asignación de los recursos, ya de por sí escasos. La experiencia demuestra que la reducción del gasto en la lucha contra las enfermedades infecciosas puede hacer que éstas regresen con redobladas fuerzas, mientras que la mundialización, en particular la intensificación de los viajes y el comercio internacionales, incluido el transporte de alimentos, aumentan el riesgo de que se propaguen a escala mundial. Al mismo tiempo, la aparición sigilosa de las afecciones crónicas también desgasta la fuerza de un país. Esa tendencia recibirá cada vez más atención en los países industrializados, que, de todos modos, no deben bajar la guardia contra las enfermedades infecciosas.

15. En los últimos decenios han quedado de manifiesto las crecientes repercusiones en la salud de la pobreza y la malnutrición; el aumento de las desigualdades sanitarias entre ricos y pobres; la aparición de enfermedades «nuevas» como el VIH/SIDA; el creciente problema de las infecciones resistentes a los antibióticos, y la epidemia de enfermedades relacionadas con el tabaco.

16. Éstos no son más que algunos de los problemas de salud pública que están pendientes a finales de este siglo, y que habrá que combatir con medidas urgentes a principios del próximo.

17. En el informe se estudia la situación sanitaria de todos los grupos de edad: lactantes y menores de cinco años, niños mayores y adolescentes (5 a 19 años); adultos (20 a 64 años) y personas de edad (65 años o más). A continuación se resumen algunas de las principales conclusiones del informe en relación con cada grupo de edad.

Lactantes y niños pequeños

18. Las principales observaciones en relación con este grupo de edad con las siguientes:

a) Continuarán los progresos espectaculares en la reducción de la mortalidad de menores de cinco años conseguida durante los últimos decenios; esa tendencia podría incluso acelerarse. En 1995 murieron unos 11 millones de menores de cinco años, en comparación con 21 millones en 1955.

b) La tasa de mortalidad de lactantes por 1000 nacidos vivos, de 148 en 1955 y de 59 en 1995, será, según las proyecciones, de 29 en 2025.

c) Las tasas de mortalidad de menores de cinco años por 1000 nacidos vivos correspondientes a los mismos años son 210, 78 y 37, respectivamente.

d) En 2025 seguirán muriendo anualmente cinco millones de menores de cinco años, el 97% de ellos en el mundo en desarrollo, en su mayoría por enfermedades infecciosas como la neumonía y la diarrea, combinadas con la malnutrición.

e) La mayoría de esas defunciones de menores de cinco años son prevenibles. Al menos dos millones al año podrían prevenirse mediante las vacunas existentes.

f) Todos los años nacen unos 24 millones de niños con insuficiencia ponderal. Esos niños tienen más probabilidades de morir pronto; los que sobreviven son más propensos a las enfermedades y los retrasos del crecimiento, así como a otros problemas de salud, incluso en la edad adulta.

g) Aunque la mayoría de los recién nacidos prematuros y de bajo peso nacen en el mundo en desarrollo, muchos de los que nacen en los países industrializados deben su supervivencia a una atención neonatal sumamente tecnificada. Esa atención puede tener repercusiones éticas cada vez más complejas.

h) Los niños del mañana se enfrentan a una «nueva morbilidad» de enfermedades y afecciones vinculadas a los cambios sociales y económicos, incluida la rápida urbanización. Entre ellas figuran el abandono, los abusos y la violencia, especialmente entre los niños de la calle, que cada vez son más numerosos.

i) Uno de los peligros mayores para los niños en el siglo XXI será la constante propagación del VIH/SIDA. En 1997, 590 000 menores de 15 años fueron infectados por el virus. La enfermedad podría desbaratar algunos de los grandes logros conseguidos en materia de salud infantil durante los últimos 50 años.

j) Probablemente mejorará la prevención y el tratamiento de algunas enfermedades hereditarias en niños pequeños.

Niños mayores y adolescentes

19. Tradicionalmente considerados como el grupo de edad más sano, los niños mayores y los adolescentes muchas veces no han recibido suficiente atención de salud pública. Hoy, en cambio, se considera que ése es un periodo ideal para promover la adopción de comportamientos sanos que influirán en el desarrollo y el estado de salud más adelante.

a) Aumentará aún más la necesidad de educación y asesoramiento en relación con las dietas desequilibradas, la falta de ejercicio, las actividades sexuales de riesgo y el uso de tabaco, que provocan enfermedades en el adulto pero tienen sus raíces en estos años formativos.

b) Las investigaciones parecen indicar que el estrés, los entornos inapropiados y las deficiencias en la atención durante los primeros años de vida guardan relación con los comportamientos violentos y delictivos a edades posteriores. Cada vez hay más niños que crecen en esas circunstancias.

c) En los próximos años, la transición de la infancia a la edad adulta estará marcada en muchos casos por «rituales» potencialmente mortíferos como la violencia, la delincuencia, las drogas, el alcohol, los accidentes de tráfico y los comportamientos sexuales de riesgo. Para muchos jóvenes, especialmente los que crecen en zonas urbanas pobres, los años de la adolescencia serán los más peligrosos de la vida.

d) La sexualidad y la actividad sexual, aspectos clave para afirmar la madurez y el pleno desarrollo, están haciéndose cada vez más peligrosas debido al VIH y a otras enfermedades de transmisión sexual, mientras que a escala mundial aún hay una enorme ignorancia acerca del sexo entre los jóvenes, particularmente entre los varones adolescentes.

e) En 1995 nacieron 17 millones de niños cuyas madres tenían entre 15 y 19 años. Se prevé que esa cifra apenas habrá descendido a 16 millones en 2025. El embarazo y la maternidad en la adolescencia plantean riesgos mayores tanto para la madre como para el niño. El inicio de la vida sexual a edad más temprana aumenta los riesgos de salud para las mujeres.

Adultos

20. A escala mundial, los adultos viven hoy más años, en gran medida porque en el último medio siglo, desde que eran niños, se ha conseguido controlar mejor las epidemias de enfermedades infecciosas como la tuberculosis y las afecciones respiratorias. Los avances incesantes en la supervivencia de lactantes y niños pequeños hacen que la población de adultos vaya en aumento.

a) Actualmente, algo más de la mitad de la población está en edad de trabajar (20-64 años); en 2025 la proporción habrá alcanzado el 58%.

b) La proporción de personas de edad que necesitan ayuda de adultos en edad de trabajar habrá aumentado del 10,5% en 1955 y el 12,3% en 1995 al 17,2% en 2025.

c) La salud de la población adulta en edad de trabajar será de vital importancia para que ese grupo de edad pueda ocuparse del número creciente de personas a cargo, tanto jóvenes como ancianas.

d) Sin embargo, todos los años mueren más de 15 millones de adultos de edades comprendidas entre los 20 y los 64 años. La mayoría de esas defunciones son prevenibles.

e) Entre las más trágicas de esas defunciones se encuentran las de las 585 000 mujeres jóvenes que mueren todos los años durante el embarazo o el parto.

f) Cada año mueren entre dos y tres millones de adultos de tuberculosis, a pesar de que existe una estrategia que podría curar todos los casos.

g) En 1997 murieron de SIDA alrededor de 1,8 millones de adultos; es probable que el número total de víctimas al año aumente.

21. Los avances realizados en los últimos 50 años contra las enfermedades microbianas y parasitarias son fruto de la creación de un medio más saludable, con mejoras en la higiene y el saneamiento, del tratamiento con antibióticos y fármacos antiparasitarios eficaces y asequibles y de la disponibilidad de vacunas. Lamentablemente, en el futuro no podrá confiarse en la misma medida en esos fármacos, dada la propagación de cepas causantes de neumonía, tuberculosis y paludismo resistentes a los medicamentos más potentes. El aumento constante de los casos de tuberculosis y de las defunciones por esa causa da prueba de esta tendencia.

a) El futuro de la lucha contra las enfermedades infecciosas se apoyará probablemente más en las vacunas que en los fármacos.

b) En general, las enfermedades no transmisibles como las cardiopatías coronarias, el cáncer, la diabetes y los trastornos mentales son más comunes que las enfermedades infecciosas en el mundo industrializado. Las cardiopatías coronarias y los accidentes cerebrovasculares han disminuido como causas de defunción en estos países en los últimos decenios, mientras que las tasas de defunción por ciertos tipos de cáncer han aumentado.

c) En los países en desarrollo, las enfermedades no transmisibles se harán más prevalentes con el crecimiento de la economía, en gran medida debido a la adopción de modos de vida «occidentales», con los factores de riesgo concomitantes: el consumo de tabaco, la alimentación rica en grasas y la falta de ejercicio. Pero las enfermedades infecciosas seguirán constituyendo una carga importante, especialmente el VIH/SIDA.

d) El cáncer seguirá siendo una de las principales causas de defunción en el mundo. A pesar de los progresos realizados en la investigación, la prevención y el tratamiento, apenas un tercio de los casos de cáncer pueden curarse mediante una detección precoz combinada con un tratamiento eficaz. Sin embargo, muchos de los demás casos podrían prevenirse adoptando medidas tales como la abstención del uso de tabaco y una alimentación más sana.

22. Algunas de las tendencias probables hasta 2025 son las siguientes:

a) En general, el riesgo de cáncer seguirá aumentando en los países en desarrollo; en los países industrializados las tasas se mantendrán estables o disminuirán. En los distintos países, algunos cánceres se harán más comunes y otros menos.

b) Los casos de cáncer del pulmón y cáncer colorrectal y las defunciones por esas causas seguirán aumentando, en gran medida a causa del uso de tabaco y de una alimentación poco sana. Las muertes por cáncer del pulmón entre las mujeres aumentarán en casi todos los países industrializados.

c) El cáncer del estómago se hará menos frecuente, principalmente gracias a la mejora de las técnicas de conservación de los alimentos, los cambios en la alimentación y la disminución de las infecciones asociadas.

d) El cáncer cervicouterino seguirá disminuyendo en los países industrializados gracias a las actividades de detección. La posible obtención de una vacuna beneficiaría considerablemente a todos los países, desarrollados y en desarrollo.

e) El cáncer del hígado disminuirá a consecuencia de la inmunización actual y futura contra el virus de la hepatitis B en muchos países y de la detección de casos de hepatitis C.

f) Los casos de diabetes en adultos se duplicarán con creces a escala mundial, pasando de 143 millones en 1997 a 300 millones, en gran medida a causa de la alimentación y de otros factores relacionados con el modo de vida.

Personas de edad

23. Las principales observaciones para el grupo de edad de más de 65 años son las siguientes:

a) En 2025 habrá en el mundo más de 800 millones de personas mayores de 65 años, de las que dos terceras partes vivirán en los países en desarrollo.

b) Solamente en China habrá 274 millones de personas mayores de 60 años, más que la población actual total de los Estados Unidos de América.

c) En muchos países en desarrollo, especialmente de América Latina y Asia, se prevé que en los próximos 30 años la población de ancianos aumentará hasta en un 300%.

d) El envejecimiento de la población tiene enormes repercusiones en todos los países. En el siglo XXI, uno de los mayores desafíos será cómo prevenir y aplazar la enfermedad y la discapacidad y mantener la salud, la independencia y la movilidad de una población cada vez más anciana.

e) Incluso en los países prósperos, la mayoría de las personas ancianas y frágiles no pueden sufragar sino una pequeña parte de los costos de la atención sanitaria que necesitan. En los próximos decenios, pocos países podrán facilitar atención especializada a su gran población de personas mayores.

f) Algunos países europeos ya reconocen que no se ha hecho lo suficiente para poder atender con dignidad las necesidades de los mayores de 75 años, que actualmente consumen muchos más servicios médicos y sociales que los menores de 75.

g) El problema será aún más grave en los países en desarrollo, dadas sus dificultades económicas, la rapidez con que envejecen las poblaciones, la falta de infraestructuras de servicios sociales y la merma de la atención que tradicionalmente prestaban los miembros de la familia.

h) Muchas de las afecciones crónicas de la vejez pueden detectarse, prevenirse y tratarse eficazmente si se dispone de suficientes recursos y un buen acceso a la atención.

i) A escala mundial, las enfermedades circulatorias son la causa principal de defunción y discapacidad en los mayores de 65 años, pero el potencial de tratamiento es alto.

La mujer

24. La salud de la mujer está inextricablemente vinculada a su condición jurídica y social; se beneficia de la igualdad y empeora con la discriminación. Hoy en día, la situación y el estado de salud de innumerables millones de mujeres de todo el mundo siguen siendo trágicamente malos. De ello se resiente el bienestar humano en general, y las perspectivas para las generaciones futuras empeoran.

25. En muchas partes del mundo, la discriminación contra la mujer comienza desde el nacimiento y perdura hasta la muerte. Desde el principio de la historia, algunas sociedades han rechazado a las recién nacidas o las han relegado a una situación de desventaja desde el principio. Hoy en día se sigue denegando a muchas niñas y mujeres los derechos y privilegios de que gozan sus hermanos o esposos, en el hogar, en el trabajo, en el aula o en el dispensario. Padecen con más intensidad los efectos de la pobreza, la escasa consideración social y los muchos riesgos asociados a su papel reproductivo. Por consiguiente, soportan una injusta carga de discriminación y sufrimiento, a menudo a lo largo de toda la vida.

26. El envejecimiento de la población está dando lugar a una evolución hacia sociedades que, en su mayor parte, están formadas por mujeres. Sin embargo, aunque las mujeres suelen vivir más años que los hombres, para muchas la mayor esperanza de vida no supone una ventaja real en términos de más años de vida sin discapacidades.

27. El estado de salud de la mujer en la vejez va tomando forma a lo largo de toda la vida en virtud de factores sobre los que ella apenas tiene control. Para que la mayor esperanza de vida equivalga a más años con una buena calidad de vida, las políticas deben encaminarse a garantizar la mejor salud posible para las mujeres a medida que envejecen. Esas políticas deben orientarse hacia los problemas que comienzan en la lactancia o en la infancia y abarcar todo el ciclo de vida, pasando por la adolescencia y la edad adulta, hasta la vejez.

28. **Lactancia e infancia**. La salud de los padres, particularmente la de la madre antes del embarazo y durante él, y los servicios de que dispone durante toda la gestación y especialmente en el parto, son importantes factores que determinan el estado de salud de los hijos. Los lactantes con un mal estado de salud al nacer son más propensos a padecer diversos problemas de salud más adelante en la vida. Las niñas que no reciben una alimentación adecuada durante la infancia pueden tener una capacidad intelectual deficiente, un retraso de la pubertad, problemas de fecundidad y retrasos del crecimiento, lo que aumenta el riesgo de complicaciones durante el parto. La mutilación genital femenina, a la que están expuestas dos millones de niñas cada año, o el

abuso sexual durante la infancia, aumentan el riesgo de problemas de salud física y mental en los años ulteriores.

29. **Adolescencia**. La mayoría de los programas de salud reproductiva y planificación de la familia no han prestado suficiente atención a las necesidades especiales de los adolescentes. El inicio prematuro de las relaciones sexuales, los comportamientos sexuales de alto riesgo y la falta de educación, de información sanitaria básica y de servicios ponen en peligro el bienestar actual y futuro de las muchachas de este grupo de edad.

30. Estas jóvenes están expuestas a un riesgo mayor de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, maternidad precoz y abortos peligrosos. Las adolescentes no están físicamente preparadas para el parto y corren más peligro de muerte en ese momento que las mujeres a partir de los 20 años. Una alimentación insuficiente durante la adolescencia puede comprometer la salud y el desarrollo físico, con consecuencias permanentes. La anemia por carencia de hierro es particularmente común entre las adolescentes.

31. **Edad adulta**. Las consecuencias de la mala salud durante la infancia y la adolescencia, incluida la malnutrición, se ponen de manifiesto en la edad adulta, particularmente durante los años reproductivos. Esta época es particularmente peligrosa para muchas mujeres de los países en desarrollo, donde los servicios de atención sanitaria, especialmente los de salud reproductiva, son a menudo deficientes y donde la sociedad presiona a las parejas para que tengan muchos hijos. Más del 50% de las embarazadas de los países en desarrollo padecen anemia.

32. Alrededor de 585 000 mujeres mueren todos los años por causas relacionadas con el embarazo. En las mujeres que tienen muchos embarazos, el riesgo de morir por una causa relacionada con ellos se multiplica. Mientras que en Europa es de una defunción por 1400, en Asia es de una por 65 y en África de una por 16.

33. Se calcula que unos 50 millones de mujeres adultas de los países en desarrollo tienen una insuficiencia ponderal grave; cerca de 450 millones padecen bocio.

34. **Edad avanzada**. Muchos millones de mujeres envejecen antes de tiempo por las duras condiciones y desigualdades padecidas durante toda su vida, ya desde la infancia. Están malnutridas, su salud reproductiva deja que desear, trabajan en condiciones peligrosas y son víctimas de la violencia y de enfermedades relacionadas con el modo de vida; todo ello agrava el riesgo de padecer cáncer de la mama y del cuello del útero, osteoporosis y otras afecciones crónicas después de la menopausia. En la vejez, la pobreza, la soledad y la alienación son comunes.

LIDERAZGO Y RESPUESTA

OMS, 1948-1998

35. En el informe se examinan en primer lugar los orígenes de la OMS, incluidas las organizaciones que la precedieron en el siglo XIX y principio del XX, los debates internacionales al final de la Segunda Guerra Mundial sobre la necesidad de una nueva organización sanitaria internacional y el establecimiento de la OMS en 1948. Se describe asimismo cómo la Organización abordó los problemas sanitarios de la época, cómo se enfrentó a la necesidad de descentralizar sus actividades y estableció las seis regiones, y cómo definió sus métodos de trabajo.

36. Hasta los años sesenta inclusive las actividades se centraron en la lucha contra las enfermedades infecciosas peligrosas. En los años setenta se prestó más atención a la evaluación de los progresos del desarrollo en general y del progreso social en particular, incluido el concepto del desarrollo sanitario como algo distinto de la prestación de atención médica. Un hito en el desarrollo de la política sanitaria fue la Conferencia Internacional

sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en 1978 en Alma-Ata, tras la que se reconoció universalmente que la salud era un poderosos motor del desarrollo socioeconómico y de la paz. En 1981, la Asamblea de la Salud adoptó la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000, que desde entonces ha orientado las medidas sanitarias de la Organización y sus Estados Miembros.

37. En el periodo transcurrido desde finales de los años ochenta se han registrado grandes cambios políticos y económicos a escala mundial, disturbios civiles y conflictos armados locales, se ha hecho mayor hincapié en las economías de mercado y en las reformas democráticas y ha habido una reducción de los recursos disponibles para las actividades de desarrollo internacional y para la financiación nacional de los problemas de los sectores sanitario y social. Esos cambios mundiales se vieron acompañados por otras transiciones (ambientales, demográficas), que afectaron de modo significativo a la salud.

Método de trabajo y actividades de la OMS

38. En el informe se describe la forma en que trabaja la Organización en cumplimiento de su mandato, estipulado en su Constitución. Por ejemplo, realiza una amplia gama de actividades normativas, entre las que cabe citar la Clasificación Internacional de Enfermedades, el Reglamento Sanitario Internacional, las denominaciones comunes internacionales para la sustancias farmacéuticas, las guías para la calidad del agua potable, el Codex Alimentarius, el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, y las que lleva a cabo en la esfera de los patrones biológicos.

39. Los programas generales de trabajo establecen objetivos a medio plazo para un periodo determinado (4 a 6 años), mientras que los presupuestos por programas fijan objetivos inmediatos para actividades que han de ejecutarse durante el bienio. En sus distintas etapas, la OMS ha destacado diferentes aspectos de sus funciones y de su cometido en respuesta a la situación sanitaria mundial. Las funciones se han agrupado tradicionalmente en dos categorías: dirección y coordinación de la labor sanitaria internacional, y cooperación técnica con los países. En este marco, las actividades de la OMS tenían por objetivo conseguir resultados que pudieran demostrarse a los gobiernos, por lo que fueron precedidas de cuidadosos análisis con los países para determinar las necesidades de apoyo a sus estrategias. La orientación y los objetivos de los programas comprendieron el fortalecimiento de los servicios de salud nacionales, la promoción y protección de la salud, la prevención y control de problemas de salud concretos y el fomento de las investigaciones médicas y sanitarias.

40. Una tarea esencial de la Organización es el acopio de información vital. Ejemplos de ello son los servicios estadísticos y la vigilancia de las enfermedades. Una vez acopiada, la información ha de ser procesada y difundida. Con este fin, la OMS dispone de servicios de información pública, biblioteca y publicaciones que utilizan muy diversos medios, incluidas las técnicas de comunicación más modernas.

MEDICIÓN DE LA SALUD

41. Habida cuenta de las importantes limitaciones que impone la falta de mediciones adecuadas que capten el sentido de la salud tal y como se define en la Constitución de la OMS, en la evaluación de las tendencias sanitarias que figura en el informe se utilizan indicadores convencionales como la esperanza de vida, la mortalidad y la morbilidad. Se está trabajando en la preparación de indicadores de salud positiva, como la esperanza de salud y sus variantes, pero los problemas de la normalización de las definiciones y de comparabilidad de los valores derivados con que aún se tropieza no permiten emplearlos para evaluar las tendencias en el estadio actual.

Tendencias de la mortalidad

42. La tendencia general del número de defunciones a distintas edades, tanto en las economías de mercado desarrolladas como en los países menos adelantados, es descendente, salvo en el grupo de edad de 65 años o más.

En conjunto, el número de defunciones en todo el mundo fue el mismo en 1995 que en 1955, si bien con una reducción considerable, cercana del 50% entre los menores de cinco años, y en torno al 30% en el grupo de edad de 5 a 19 años. En la población activa de 20 a 64 años hubo un incremento del orden del 5%, si bien con una pequeña disminución del 6% entre la población femenina en edad fecunda (de 15 a 49 años).

43. En cambio, en los países menos adelantados destacan la tendencia descendente de la proporción de defunciones de niños y el rápido aumento de la proporción de defunciones de personas de edad. La proporción de defunciones de adultos (la población en edad de trabajar) aumentó del 25% en 1975 al 29% en 1995, y se prevé que alcance casi el 36% en 2025.

Tendencias de la morbilidad

44. De los más de 50 millones de muertes que se produjeron en el mundo en 1997, aproximadamente la tercera parte se debió a enfermedades infecciosas y parasitarias, como las infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores, la tuberculosis, la diarrea, el VIH/SIDA y el paludismo; alrededor del 29% se debió a trastornos circulatorios como las cardiopatías coronarias y las enfermedades cerebrovasculares, y alrededor del 12% se debió a algún tipo de cáncer. La mortalidad causada por trastornos circulatorios disminuyó del 51% al 46% del total de defunciones en el mundo desarrollado durante el periodo 1985-1997, pero aumentó del 16% al 24% del total en el mundo en desarrollo. Las defunciones por cáncer aumentaron del 6% al 9% del total en el mundo en desarrollo, pero se mantuvieron constantes, en el 21%, del total en el mundo desarrollado. La mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias descendió del 5% al 1% del total de defunciones en el mundo desarrollado y del 45% al 43% en el mundo en desarrollo.

45. Durante los últimos decenios se han hecho considerables avances en la lucha contra algunas de las principales enfermedades infecciosas. Algunas han desaparecido o están casi eliminadas como problemas de salud pública, pero otras siguen representando una sobrecogedora amenaza.

46. En 1980 se declaró erradicada del mundo la **viruela,** tras una campaña que se empezó en 1967.

47. El **pian**, enfermedad tropical que afecta principalmente a la piel y los huesos, ha casi desaparecido.

48. La última de una serie de pandemias de **cólera** lleva afectando a buena parte del mundo desde los años sesenta; la enfermedad es aún endémica en unos 80 países.

49. La amenaza mundial de **peste** ha disminuido en los últimos 40 años, gracias en gran medida a los efectos de los antibióticos y los insecticidas y otras medidas de lucha, pero aún se producen epidemias cíclicas.

50. La mayor epidemia de **fiebre amarilla** registrada jamás tuvo lugar en Etiopía entre 1960 y 1962 y causó unas 30 000 defunciones. Todos los años se producen en el mundo unos 200 000 casos anuales, que provocan alrededor de 30 000 defunciones en total, disminución debida en gran parte a la inmunización. Sin embargo, desde finales de los años ochenta se ha producido un espectacular rebrote de la fiebre amarilla en África y las Américas.

51. Las mejoras de los niveles de saneamiento e higiene registradas en los últimos decenios hacen más infrecuentes los brotes de **fiebre recurrente** transmitida por los piojos, que se producen con más facilidad en las situaciones de falta de higiene y de hacinamiento provocadas por las guerras o los desastres naturales.

52. La propagación de la **esquistosomiasis** a zonas que antes eran de baja endemicidad o no endémicas se relaciona con los recientes cambios ambientales vinculados estrechamente al desarrollo de los recursos hídricos y con el aumento de la densidad de población. La enfermedad sigue siendo endémica en 74 países en desarrollo, casi todos en África.

53. El programa de lucha contra la **oncocercosis** se inició en África occidental en 1974, y se estima que desde entonces ha protegido de la enfermedad a unos 36 millones de personas. El Programa Africano de Lucha contra la Oncocercosis comenzó en enero de 1996 y abarca a otros 19 países. El programa de eliminación de la oncocercosis en las Américas empezó en 1991 en seis países de América Latina y aspira a eliminar las manifestaciones patológicas graves de la enfermedad y a reducir la morbilidad en las Américas mediante la distribución de ivermectina. Se espera alcanzar antes de 2008 la eliminación mundial de la oncocercosis como problema de salud pública.

54. La **enfermedad de Chagas** se produce sólo en las Américas, desde México hasta la Argentina. Los países del Cono Sur de América Latina se han fijado la meta de eliminar la transmisión de la enfermedad para el año 2010.

55. Se ha producido un importante recrudecimiento de la **enfermedad del sueño** (tripanosomiasis africana), particularmente en África central, donde el número de casos notificados se ha duplicado con creces durante los últimos años. En 1997, la Asamblea Mundial de la Salud reconoció el peligro de epidemia en varios países africanos.

56. Desde que en 1955 se introdujeron las primeras vacunas inyectables eficaces contra la **poliomielitis**, la enfermedad se ha eliminado gradualmente en gran parte del mundo; el número de casos ha disminuido más del 90% desde que en 1988 se lanzó la campaña de erradicación mundial de la enfermedad para el año 2000.

57. En el caso de la **lepra**, la OMS elaboró y promovió la terapia multimedicamentosa, que comenzó a recomendar en 1981; desde entonces la carga mundial de lepra se ha reducido enormemente. La meta de la OMS es eliminar la lepra como problema de salud pública para el año 2000.

58. Los progresos en la eliminación de la **dracunculosis** (enfermedad del gusano de Guinea) en el último decenio han sido espectaculares; el número de casos ha disminuido considerablemente en todo el mundo y actualmente se limita a 17 países, de los cuales 16 en África subsahariana.

59. Las perspectivas de control y eliminación de la **filariasis** son prometedoras. En 1997, la Asamblea Mundial de la Salud propugnó la eliminación de la filariasis linfática como problema de salud pública en todo el mundo.

60. En cuanto al **tracoma**, enfermedad causante de ceguera, está prevista su eliminación para el año 2020 con ayuda de los antibióticos de acción prolongada.

61. Aunque se espera eliminar el **sarampión** para el año 2000, esta enfermedad aún mata a alrededor de un millón de niños al año.

62. El **tétanos neonatal** es, después del sarampión y la tos ferina, la tercera enfermedad infantil más mortífera de las seis enfermedades prevenibles mediante vacunación incluidas en el Programa Ampliado de Inmunización. Esta enfermedad afecta a todas las regiones de la OMS salvo a Europa.

63. El **paludismo**, que en su momento se creyó también poder erradicar, sigue siendo una gran amenaza, y la enfermedad es endémica en 100 países. El objetivo de la actual estrategia mundial de lucha antipalúdica es que en el año 2000 la mortalidad se haya reducido como mínimo el 20% con respecto a 1995 en al menos el 75% de los países afectados.

64. Por exceso de confianza en los resultados alcanzados en los últimos tres decenios se han reducido los programas de lucha contra la **tuberculosis** en muchos países. El resultado ha sido un importante rebrote de la enfermedad, que en la actualidad provoca la muerte de unos 3 millones de personas al año. Un tercio de la incidencia de los últimos cinco años puede atribuirse a la coinfección por el VIH.

65. La **meningitis** epidémica es un problema recurrente en el «cinturón de África» que se extiende desde el Senegal hasta Etiopía y comprende, la totalidad o parte de al menos 15 países, cuya población se estima en unos 300 millones de personas.

66. El aumento de la urbanización durante los últimos decenios ha llevado a un aumento de la prevalencia del **dengue y la fiebre hemorrágica dengue**. Se notifican casos de esas enfermedades en más de 100 países de todas las regiones de la OMS, salvo Europa. La fiebre del dengue, y en particular la fiebre hemorrágica dengue, que puede ser letal, se presentan a menudo en forma de epidemias masivas. La estrategia de la OMS sigue basándose en la prevención de la transmisión mediante la lucha contra el vector.

67. Se observa un inquietante aumento de los casos de **leishmaniasis**. Esta enfermedad está relacionada con los cambios ambientales provocados por el desarrollo, que aumentan la exposición al flebótomo que le sirve de vector. Más recientemente, con la propagación de la pandemia de SIDA ha aparecido la combinación de leishmaniasis visceral y SIDA.

68. La infección por el virus de la **hepatitis B** (VHB) es un problema mundial; el 66% de la población del mundo vive en zonas donde el nivel de infección es elevado. Más de 2000 millones de personas saben que tienen o han tenido una infección por el VHB, y 350 millones de personas son portadores crónicos del virus.

69. Identificado en 1989, el virus de la **hepatitis C** (VHC) constituye actualmente un importante problema de salud pública. No se conoce bien la incidencia de la infección por el VHC, pero la OMS estima que un 3% de la población mundial está infectada por el virus y que 170 millones de personas son portadores crónicos con riesgo de padecer cirrosis hepática y cáncer del hígado.

70. El aumento de la esperanza de vida registrado en los últimos decenios, junto con los cambios en el modo de vida derivados del desarrollo socioeconómico, han, paradójicamente, favorecido las **enfermedades no transmisibles**, especialmente los trastornos circulatorios, el cáncer y algunas formas de enfermedad mental. La **cardiopatía coronaria** y los **accidentes cerebrovasculares** causan anualmente 12 millones de defunciones, el cáncer mata a 6 millones de personas y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica a 2,8 millones. Estas y otras enfermedades no transmisibles provocan actualmente el 39% de las defunciones en los países en desarrollo, donde afectan a personas más jóvenes que en los países industrializados. La transición epidemiológica, con su doble carga de enfermedades infecciosas y enfermedades no transmisibles, es común en muchos países en desarrollo, donde se registran actualmente el 64% de las defunciones debidas a trastornos circulatorios, el 60% de las muertes por cáncer y el 66% de las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

71. En muchas partes del mundo se observan modificaciones espectaculares en las cifras relativas al **cáncer**. En varias regiones recientemente industrializadas el cáncer se ha convertido con inesperada rapidez en una de las principales causas de defunción. Los cánceres de la mama, del colon y de la próstata se dan ahora en varios países en los que apenas se conocían hace 20 ó 30 años. En el conjunto de los países, el cáncer que más afecta a los varones es el del pulmón, seguido, en las regiones desarrolladas, por el cáncer de la próstata, el colorrectal y el del estómago. En las regiones en desarrollo, el cáncer del estómago ocupa el segundo lugar, seguido por el del hígado y los cánceres de la boca y la faringe. En la mujer, el cáncer más frecuente en las poblaciones ricas es el de la mama, seguido del cáncer colorrectal, el del pulmón y el del estómago. En las zonas en desarrollo, el cáncer cervicouterino es el más común, pero el de la mama alcanza casi la misma frecuencia, seguida por los cánceres del estómago y el pulmón. Los cambios más notables respecto de la clasificación de hace 10 años son el acusado aumento del cáncer de la próstata (en parte debido a la introducción de programas de detección precoz); el aumento del cáncer de la mama, especialmente en los países en desarrollo, y el aumento del cáncer del pulmón en todo el mundo.

72. El envejecimiento de la población, la alimentación malsana, la obesidad y los modos de vida sedentarios son los principales factores que explican la alarmante tendencia al alza de la **diabetes mellitus** en los últimos años.

73. En los últimos dos o tres decenios, el aumento de la longevidad y el desarrollo socioeconómico se han acompañado de un incremento de algunas formas de **trastornos mentales**. Los factores sociales y ambientales son importantes, en particular para explicar los aumentos del abuso del alcohol y de drogas, del suicidio, de la violencia y de otros problemas comportamentales.

74. En los últimos 20 años han aparecido muchas enfermedades infecciosas nuevas y otras han resurgido en muchas partes del mundo. Entre ellas, el VIH, que causa el **SIDA**, ha tenido, con gran diferencia, el efecto más profundo a escala mundial. Otras enfermedades son la legionelosis, la fiebre hemorrágica de Ébola, la fiebre del Valle del Rift, la viruela símica y la nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

75. La aparición en Hong Kong, al final de 1997, de un nuevo virus de la gripe en el ser humano, el A(H5N1), cuyo reservorio animal son al parecer las aves de corral, nos recordó la necesidad de mantener una firme vigilancia mundial de la **gripe**.

Esperanza de salud

76. Durante mucho tiempo, el conocimiento de la esperanza de vida a distintas edades, la tasa de mortalidad infantil y la distribución de las causas de defunción según los principales tipos de enfermedades bastaron para evaluar el estado de salud de las poblaciones y determinar las prioridades nacionales en materia de salud pública. Sin embargo, en los últimos 20 años ha surgido la necesidad de un nuevo tipo de indicador, al producirse cambios tales como el aumento de la esperanza de vida a raíz de la menor mortalidad entre las personas de edad, y al cobrar más importancia la cuestión de la calidad de los años vividos, especialmente a edades muy avanzadas.

77. Dado que se conocen mal los límites de la longevidad humana, los indicadores de la esperanza de salud - que informan sobre el estado funcional de la población y sobre su vitalidad, así como sobre su calidad de vida - responden bien a la nueva situación.

78. Se ha demostrado que la esperanza de vida sin discapacidad grave a la edad de 65 años en los varones avanza más o menos en paralelo con la esperanza de vida total. Cualquiera que sea el país examinado, el aumento de la esperanza de vida no va acompañado de un aumento del número de años vividos con una discapacidad grave. Los resultados indican, a lo sumo, una pandemia de discapacidades leves y moderadas, pero no de discapacidades graves.

LA SALUD A LO LARGO DE LA VIDA

79. Las principales conclusiones del informe se resumen en la introducción. A continuación se expone la respuesta de la OMS a los problemas encontrados.

Lactantes y niños pequeños

80. La OMS ha participado en el logro de las notables mejoras de la salud infantil en los últimos 50 años. Se ha avanzado en la eliminación del tétanos neonatal mediante la inmunización de la madre y el fomento de la lactancia natural y de los hospitales «hospitales amigos del niño». La OMS ha demostrado que las defunciones perinatales y neonatales pueden reducirse en un 30% mediante un conjunto esencial de intervenciones destinadas a la madre durante el embarazo y el parto y al recién nacido después de éste.

81. Los esfuerzos de la OMS por reducir la mortalidad infantil han evolucionado desde los programas dedicados a una sola enfermedad en los años setenta hasta la estrategia actual de lucha integrada contra las enfermedades infantiles. La OMS ha promovido el uso generalizado de la terapia de rehidratación oral para

reducir la mortalidad por diarrea aguda y la malnutrición asociada. A finales de los años ochenta se demostró que las infecciones agudas de las vías respiratorias, principalmente la neumonía, eran las principales causas de muerte de menores de cinco años. El tratamiento estándar simplificado se convirtió en la base de las actividades de la OMS para reducir la mortalidad por neumonía. Los programas de lucha contra las enfermedades diarreicas y las infecciones agudas de las vías respiratorias se fusionaron en 1990. Para entonces, había quedado claro que la mayoría de las defunciones infantiles se debían a un pequeño número de afecciones: diarrea, neumonía, sarampión, paludismo y malnutrición. En 1992, la OMS y el UNICEF elaboraron unas directrices clínicas que integraban las cinco afecciones. La estrategia resultante se conoce con el nombre de lucha integrada contra las enfermedades de la infancia.

82. En 1992 se adoptó la Declaración Mundial y Plan de Acción para la Nutrición, con nueve metas para el año 2000 y nueve estrategias de trabajo para mejorar la nutrición. En 1997, más de 160 países habían recibido apoyo técnico y/o financiero de la OMS para establecer y aplicar sus políticas y programas nacionales de alimentación y nutrición. La base de datos mundial de la OMS sobre la malnutrición y el crecimiento infantil abarca ahora a más del 90% de los menores de cinco años de todo el mundo, y el banco de datos sobre lactancia natural comprende 65 países. La iniciativa de los «hospitales amigos del niño» se está aplicando en más de 170 países.

83. El Programa Ampliado de Inmunización de la OMS se lanzó en 1974; en 1995, el 80% de los niños del mundo estaban inmunizados contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomielitis, el sarampión y la tuberculosis, frente a menos del 5% en 1974. Tras la erradicación de la viruela, la poliomielitis se ha convertido en la segunda enfermedad propuesta para la erradicación mundial. Prácticamente todos los países endémicos del mundo han comenzado ya a aplicar las estrategias recomendadas por la OMS para la erradicación de la poliomielitis. Se estima que en 1996 la morbilidad y la mortalidad por sarampión en el mundo habían disminuido un 78% y un 88%, respectivamente, en comparación con la época anterior a la vacuna.

Niños mayores y adolescentes

84. La adolescencia es una época crucial en el ciclo del desarrollo humano, y tiene repercusiones para la salud tanto individual como pública. El principal objetivo del enfoque general de la OMS a este respecto ha sido ampliar la base de conocimientos para la salud y el desarrollo del adolescente, comprender el significado, las variables y el estado de salud física, psicológica y social del adolescente y elucidar las medidas concretas que promoverán la salud y el desarrollo de los jóvenes en todas las sociedades. Hasta la fecha, los principales resultados han sido la difusión de información fundamental y la sensibilización del público sobre las necesidades prioritarias.

85. En 1989, la Asamblea Mundial de la Salud pidió a los Estados Miembros que facilitaran recursos y elaborasen programas para atender las necesidades sanitarias de los jóvenes. Se crearon varias bases de datos sobre los principales problemas de salud de los jóvenes, incluida la salud sexual y reproductiva.

86. El factor clave para promover la salud de los niños en edad escolar y de los adolescentes es la educación sanitaria en las escuelas. Según las recomendaciones de la Iniciativa Mundial de Salud Escolar de la OMS, el entorno escolar debe ofrecer servicios de saneamiento y de abastecimiento de agua salubre; proteger de las enfermedades infecciosas; proteger de la discriminación, el hostigamiento, los abusos y la violencia; y rechazar el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas. Toda escuela debe permitir que los niños y los adolescentes de todos los niveles adquieran aptitudes que son decisivas para la salud y la vida a fin de que puedan tomar decisiones adecuadas para la buena salud y adoptar comportamientos sanos durante toda la vida.

Adultos

87. Desde 1971, la OMS ha destacado específicamente a la familia como el núcleo destinatario fundamental de la atención sanitaria, lo que ha llevado al concepto de la salud familiar. Si se protege la salud de las madres y la de los trabajadores, la unidad familiar podrá proteger la salud de los niños y de los ancianos a su cargo.

88. A finales de los años ochenta y principios de los noventa quedó claro que, con el aumento de las coinfecciones por el VIH y la propagación de las cepas polifarmacorresistentes, la epidemia de **tuberculosis** se estaba agravando. En 1991, la Asamblea de la Salud pidió que se fortalecieran los programas antituberculosos centrados en los distritos y que se aplicara ampliamente la quimioterapia breve normalizada, bajo observación directa (DOTS), y gratuita. En 1993, la Asamblea de la Salud declaró que la reaparición de la tuberculosis constituía una emergencia mundial. La estrategia del DOTS se está utilizando para documentar y manejar la curación de los casos de tuberculosis, reduciendo así las fuentes de infección en la comunidad.

89. En los años ochenta, la OMS encabezó la respuesta de emergencia para alertar a las autoridades mundiales respecto de las epidemias nacionales de **VIH/SIDA**. Desde 1986, la Organización ha ayudado a los Estados Miembros a establecer o fortalecer sus programas nacionales contra el SIDA; realizar evaluaciones rápidas; mejorar la capacidad de diagnóstico, de laboratorio y de análisis de la sangre; y planificar actividades nacionales y respuestas a largo plazo sobre la base de proyecciones fiables. El desarrollo de una vacuna barata, segura y eficaz es una tarea prioritaria, aunque las perspectivas son a muy largo plazo, al menos 10 años. La OMS, en colaboración con el ONUSIDA, tiene tres funciones principales a este respecto: apoyar y coordinar las investigaciones; negociar con la industria para garantizar que los productos de la investigación estén al alcance de los más necesitados; y buscar mecanismos para alentar la investigación sobre vacunas, que comercialmente es mucho menos atractiva que la investigación de nuevos medicamentos.

90. La mayoría de las enfermedades ocupacionales pueden prevenirse adoptando medidas en el entorno laboral, mejorando las condiciones de trabajo y reduciendo la exposición nociva. La labor de la OMS en materia de **salud ocupacional** data de 1950, cuando la Organización estableció con la OIT un comité mixto encargado de esa cuestión. A principios de los años noventa, la OMS estableció un nuevo programa sobre trabajo, desarrollo y salud, que condujo a la elaboración de la estrategia mundial de salud ocupacional para todos. En ella se insta a los Estados Miembros a que preparen programas nacionales, prestando especial atención a la provisión de servicios completos de salud ocupacional. La OMS promueve también la salud en el lugar de trabajo en un sentido más amplio, propugnando el concepto de la empresa sana o de la organización sana.

91. Muchos programas de la OMS se ocupan ahora de las **necesidades particulares de las mujeres**, y la Organización está elaborando una política sobre la paridad entre los sexos y la salud que debería facilitar esa tarea. Algunas oficinas regionales están acopiando datos para elaborar perfiles por países de la salud de la mujer. En 1997, la OMS produjo módulos de información con los datos más actualizados sobre la prevalencia y trabajó con asociaciones profesionales para aumentar la sensibilización respecto de estas cuestiones. Se inició un estudio en numerosos países sobre la violencia contra la mujer en la familia, que abarcará la prevalencia, las consecuencias sanitarias y los factores de riesgo y de protección; el estudio abarca países de todas las regiones.

92. La Comisión Mundial sobre la Salud de la Mujer se centra en tres esferas clave: la educación para la salud de las niñas y de las mujeres; la violencia contra la mujer; y la morbilidad y mortalidad maternas. Las actividades en los países y las regiones se han centrado en el acopio de datos, el examen de la documentación y la realización de investigaciones en las esferas en que faltan conocimientos sobre la salud de la mujer.

93. Entre las actividades de la OMS en materia de salud reproductiva en 1997 figuran la expansión de la iniciativa de investigación sobre la función del hombre en la salud reproductiva; la publicación de datos de su estudio en colaboración sobre la enfermedad cardiovascular y la anticoncepción con la hormona esteroide; la finalización del acopio de datos e inicio del análisis final de un gran estudio de vigilancia posterior a la comercialización del implante anticonceptivo Norplant; y el lanzamiento de varias iniciativas regionales en relación con la mutilación femenina, la creciente tasa de partos por cesárea y la calidad de la atención prenatal.

Personas de edad

94. En 1979, la Asamblea de la Salud adoptó su primera resolución específicamente dedicada a la atención de salud de las personas de edad, lo que llevó al establecimiento de un programa mundial. La OMS ha organizado

reuniones científicas sobre cuestiones relativas al envejecimiento, como el estado nutricional, las enfermedades cardiovasculares, la salud mental, la prevención de las infecciones respiratorias, la vida familiar y el apoyo de la familia, la prevención de accidentes y el fomento de la salud. Publicada en 1984, la obra *Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos* estimuló la adopción de nuevos criterios para las investigaciones sobre el envejecimiento. Las actividades realizadas desde finales de los años ochenta hasta mediados de los noventa se centraron en los determinantes de un envejecimiento sano, en la osteoporosis y en las demencias asociadas a la edad. En 1994, el programa se reorientó hacia el tema «envejecimiento y salud».

95. El programa de la OMS se ocupa tanto de la vejez como del envejecimiento. Hace hincapié en el fomento de la salud, concentrándose en un envejecimiento sano o bueno. Tiene en cuenta las diferencias por razón de sexo que se manifiestan tanto en la salud como en los modos de vida, y el hecho de que los entornos culturales en que las personas envejecen determinan su salud en la edad avanzada. Se ocupa asimismo de estrategias para mantener la cohesión entre las generaciones, y de los numerosos aspectos éticos del envejecimiento de la población.

UN MUNDO EN EVOLUCIÓN

96. La salud se encuentra bajo el influjo de tres tendencias mundiales: las tendencias económicas, las tendencias demográficas y las tendencias sociales.

97. En relación con las **tendencias económicas,** el informe examina el crecimiento de la economía durante tres periodos: 1950-1973, época de prosperidad sin igual; 1973-1993, periodo en el que la mayor parte de la economía mundial funcionó por debajo de su potencial; y el periodo posterior a 1993, cuando comenzó la recuperación económica. A continuación el informe se refiere al aumento de las desigualdades y a la carga mundial de la deuda, y por último analiza los cambios sectoriales y las nuevas oportunidades que van surgiendo.

98. Las cuestiones examinadas en relación con las **tendencias demográficas** son las siguientes: tamaño y crecimiento de la población; migración internacional y refugiados; composición por edades y proporción de personas a cargo; y la fecundidad, con un análisis de la prevalencia del uso de anticonceptivos, la fecundidad de los adolescentes y la infertilidad.

99. En relación con las **tendencias sociales**, se examina en primer lugar la urbanización: cerca del 45% de la población mundial vive hoy en zonas urbanas. A continuación se tratan el medio ambiente y la vivienda. La vivienda reviste una importancia crucial para la calidad de vida, y se examina la cuestión de la pobreza de vivienda. En casi todos los países hay personas que padecen hambre y malnutrición; la alimentación y la nutrición, inclusive la seguridad alimentaria, la agricultura urbana y el estado nutricional, son los temas que se examinan después. Es evidente que la educación también tiene un efecto directo en la salud, en la calidad de vida y en las perspectivas de empleo; en el informe se destacan los esfuerzos actuales por aumentar el número de niños y niñas escolarizados. Por último se examinan cuidadosamente los problemas interrelacionados del desempleo (incluidos el desempleo juvenil y la necesidad de mano de obra instruida) y la pobreza (inclusive la necesidad de ejecutar programas para combatirla).

EL LOGRO DE LA SALUD PARA TODOS

100. En 1977, la Asamblea de la Salud decidió que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS debía consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. En otras palabras, como mínimo, los habitantes de todos los países deberían tener un grado de salud tal que les permita trabajar de forma productiva y participar activamente en la vida social de la comunidad en la que viven. La tercera evaluación, efectuada en 1997, de los progresos realizados en la aplicación de la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000 ha revelado mejoras significativas en todo el mundo tanto en el estado de salud como en el acceso a la atención sanitaria. Son

cada vez más los Estados Miembros que están realizando la vigilancia y evaluación de sus estrategias de salud para todos a intervalos determinados; para la primera evaluación en 1985, 147 de 166 Estados Miembros presentaron informes al menos en relación con los indicadores mundiales. En 1997 lo hicieron 158 de 191 Estados Miembros, aunque algunos indicadores se trataban en más detalle que otros, por ejemplo, el 90% de los países informaron sobre la inmunización pero sólo el 30% sobre el acceso a los servicios de salud locales.

101. En general, se ha observado una firme adhesión política al logro de las metas de salud para todos y la mayoría de los países han respaldado al más alto nivel las políticas y estrategias necesarias. Los servicios de salud existentes se están reorientando hacia un sistema de salud basado en la atención primaria que tiene en cuenta el papel del individuo, de la familia, de la comunidad y de las organizaciones no gubernamentales locales, además del personal de salud. Se ha prestado atención considerable a la salud de la mujer y a la función que desempeñan en el desarrollo.

102. Desde la primera evaluación realizada en 1985, se han producido mejoras de importancia a escala mundial en los siguientes elementos de la atención primaria: inmunización contra las seis enfermedades que son objeto del PAI; asistencia por personal capacitado durante el parto; servicios de salud locales; y servicios de abastecimiento de agua y eliminación de excretas. Las diferencias entre los países desarrollados y en desarrollo se han reducido considerablemente, aunque las mejoras en los países menos adelantados han sido menos satisfactorias.

103. Los niveles de cobertura de los diversos elementos de la atención primaria de salud han mejorado en los países en desarrollo, donde el 65% de las mujeres embarazadas tiene acceso a los servicios de atención prenatal y el 53% a personal calificado durante el parto. En las zonas rurales, el 75% de la población tiene acceso a un suministro de agua potable y alrededor del 34% a un saneamiento adecuado.

104. El rápido aumento de la cobertura de los programas de inmunización, desde el 5% en los años setenta a más del 80% en 1996, ha tenido un efecto considerable en el estado de salud de los niños. Esas mejoras, sin embargo, no son tan patentes en los países menos adelantados como en otros países en desarrollo.

105. Según las estimaciones, 106 países, que representaban el 64% de la población mundial, tenían en 1997 una esperanza de vida promedio al nacer superior a los 60 años, una tasa de mortalidad infantil inferior a 50 por 1000 nacidos vivos y una mortalidad de menores de cinco años inferior a 70 por 1000 nacidos vivos. En 1975, apenas 69 países, que representaban el 30% de la población mundial, habían alcanzado esos objetivos.

106. Inevitablemente, cada vez preocupa más la situación de los recursos para la salud, habida cuenta de los costos crecientes de los servicios sanitarios. Los países recurren a distintos métodos para financiar sus sistemas de salud, pero pocos países, ni siquiera los más prósperos, están satisfechos con la distribución de recursos entre los servicios de fomento de la salud y los curativos. También hay muchos problemas en relación con la dotación de recursos humanos para la salud, principalmente en materia de educación y capacitación y en la distribución del personal.

107. A medida que los sistemas de salud se vuelven más complejos y costosos y a medida que se perfecciona la aplicación de las tecnologías nuevas y de las ya existentes, se hace más difícil adoptar las decisiones correctas sobre la asignación de recursos, a menudo escasos. La reproducibilidad y la comparabilidad de los procedimientos y de los resultados son indispensables para el éxito de los laboratorios de salud. El concepto de garantía de la calidad, que comprende la evaluación externa de la calidad y el control interno, ha sido promovido por la OMS y aceptado en todo el mundo. La Organización también ha destacado la prestación y la mejora de la calidad de los servicios radiológicos para el diagnóstico y el tratamiento, esferas que han experimentado progresos espectaculares.

LA OMS EN EL MUNDO

108. En el informe se resumen las tendencias sanitarias desde 1948 en cada una de las seis regiones de la OMS, así como las actividades en curso o los problemas actuales en determinadas esferas, como el desarrollo del sector sanitario, los recursos humanos para la salud, la salud maternoinfantil, los sistemas de vigilancia epidemiológica, las enfermedades nuevas y emergentes, la calidad y el abastecimiento de agua, y el paludismo. Respecto de cada región se analizan las perspectivas para el futuro y los problemas que se plantearán en el siglo XXI.

ASOCIACIONES MUNDIALES EN PRO DE LA SALUD

109. La OMS ha trabajado siempre en asociación con las Naciones Unidas y con otras entidades pertenecientes al sistema. Ejemplos de ello son su ya larga cooperación con las Naciones Unidas en la esfera de la farmacodependencia o, más recientemente, su participación en la Iniciativa Especial para África del sistema de las Naciones Unidas. La cooperación ha sido siempre muy estrecha entre la OMS y el UNICEF, especialmente en la esfera de la inmunización. Otros ejemplos de asociados en el sistema de las Naciones Unidas son la OIT, para las cuestiones de salud ocupacional, la UNESCO, en lo que atañe a la salud de los escolares, y la FAO, en materia de nutrición.

110. La OMS también trabaja con el Banco Mundial, los bancos regionales de desarrollo, la Unión Europea y una amplia gama de organizaciones no gubernamentales, unas dedicadas a una rama particular de las ciencias médicas, otras representantes de intereses más generales.

111. En la respuesta a situaciones de emergencia debidas a desastres naturales y de otro tipo, la OMS colabora con los Estados Miembros, el ACNUR y otros organismos internacionales. La OMS vincula la política de gestión de emergencias con el desarrollo, a fin de ayudar a los países afectados a conseguir mejoras a largo plazo en los sistemas de salud pública, condición indispensable para un desarrollo sostenible.

112. En la esfera de las investigaciones, el CIIC, sometido a la autoridad general de la OMS, se centra en la biología ambiental y en la epidemiología del cáncer. Con el PNUD, el FNUAP y el Banco Mundial como copatrocinadores, la OMS lleva aplicando desde 1972 el Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana. Existe un mecanismo análogo con el PNUD y el Banco Mundial, el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales, establecido en 1975.

113. El CCIS y sus grupos regionales siguen orientando y apoyando a la Organización en lo concerniente a las investigaciones sanitarias y el desarrollo tecnológico. En el contexto de la política de salud para todos en el siglo XXI, se está formulando la estrategia de investigación teniendo en cuenta la rápida evolución de la tecnología de la comunicación que puede reducir las diferencias entre los países desarrollados y en desarrollo en lo que respecta al acceso a la información científica y técnica y a la experiencia de los diferentes países en su aplicación.

PROGRAMA DE SALUD PARA EL SIGLO XXI

114. El *Informe sobre la salud en el mundo 1998* y sus tres predecesores han contribuido a dar un panorama completo de las principales cuestiones que han dominado la salud en el mundo en la segunda mitad del siglo XX. Las prioridades para la acción internacional que se recomiendan en esos cuatro informes dan las claves para la acción sanitaria en el siglo XXI.

115. El *Informe sobre la salud en el mundo 1995: reducir las desigualdades* afirmó que la pobreza es la principal causa de sufrimiento y puso de manifiesto las diferencias cada vez mayores entre ricos y pobres en materia de salud. Recomendó aprovechar con la mayor eficacia posible los recursos de que se dispone y reorientarlos hacia los que más los necesitan.

116. El *Informe sobre la salud en el mundo 1996: combatir las enfermedades, promover el desarrollo* definió tres prioridades fundamentales: ultimar la tarea pendiente de la erradicación y la eliminación de ciertas enfermedades; hacer frente a «viejas» enfermedades como la tuberculosis y el paludismo y a los problemas de la resistencia de los microbios; y combatir las enfermedades de nueva aparición.

117. El *Informe sobre la salud en el mundo 1997: vencer el sufrimiento, enriquecer a la humanidad* destacó la importancia de la esperanza de salud por encima de la esperanza de vida en el contexto de las enfermedades no transmisibles crónicas. Su principal recomendación fue la integración de las intervenciones contra enfermedades concretas en un conjunto amplio de medidas de lucha contra las enfermedades crónicas que incorporase la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y una mejor formación de los profesionales de la salud.

118. El informe correspondiente a este año hace un repaso de los principales acontecimientos y avances en la salud durante los últimos 50 años y describe las tendencias económicas, demográficas y sociales que influirán en la salud a principios del siglo XXI. Es imprescindible mantener y proteger los importantes progresos en materia de esperanza de vida y de lucha contra las enfermedades infecciosas que se han hecho durante este periodo.

119. En cuanto a los **asuntos pendientes** en relación con la salud, la pobreza sigue siendo el más importante. Debe darse prioridad a reducirla en los países más pobres del mundo y hay que eliminar los focos de pobreza que existen en los demás países. Las políticas encaminadas a mejorar la salud y garantizar la equidad son la clave para el crecimiento económico y la reducción de la pobreza.

120. La **protección de los logros** ya realizados en materia de salud depende en gran medida del intercambio de conocimientos, experiencia y expertos en el campo de la salud y la medicina a escala mundial. Los países industrializados pueden contribuir de manera vital a resolver los problemas sanitarios del mundo. Ello va tanto en su propio interés como en el de los países en desarrollo.

121. El aumento de la cooperación internacional en el sector de la salud puede verse facilitado por una red mundial gestionada que haga uso de las últimas tecnologías de la comunicación. La vigilancia mundial para la detección y el control de las nuevas enfermedades infecciosas es indispensable. De resultas del aumento del comercio y los viajes internacionales, la prevención de las infecciones transmitidas por los alimentos en particular reviste cada vez más importancia. Las guerras, los conflictos, los movimientos de refugiados y la degradación del medio ambiente también facilitan la propagación de infecciones, además de constituir por sí mismos una amenaza para la salud.

122. La **mejora del potencial sanitario** en el futuro depende de la prevención y la reducción de la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad prematuras. Supone crear las condiciones necesarias para que las personas de todas las edades consigan con el tiempo su máximo potencial intelectual y físico por conducto de la educación, del desarrollo de aptitudes para la vida y de hábitos sanos.

123. Es preciso comprender mejor las repercusiones de un **envejecimiento sano,** las características físicas y mentales de la edad avanzada y sus problemas asociados. Se necesitan muchas más investigaciones a fin de reducir la discapacidad entre los grupos de edad más avanzada.

124. La preocupación por los miembros mayores de la sociedad de nuestros días forma parte de las relaciones intergeneracionales que será preciso desarrollar en el siglo XXI. Esas relaciones, indispensables para la cohesión social, deben estar basadas en la equidad, la solidaridad y la justicia social.

125. Jóvenes y ancianos deben aprender a comprender las distintas aspiraciones y necesidades respectivas. Los jóvenes tienen las aptitudes y la energía necesarias para mejorar la calidad de vida de sus mayores. Los ancianos tienen la sabiduría de la experiencia, que pueden transmitir a los niños de hoy y a las generaciones venideras.

= = =