

Informe sobre la salud en el mundo 1997

**Vencer el sufrimiento
Enriquecer a la humanidad**



**Organización Mundial de la Salud
Ginebra**

**Resumen de
orientación**

Informe sobre la salud en el mundo 1997

*Vencer el sufrimiento
Enriquecer a la humanidad*

Resumen de orientación



*Organización Mundial de la Salud
Ginebra
1997*

© Organización Mundial de la Salud 1997

El presente documento no es una publicación oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Aunque la Organización se reserva todos los derechos, el documento se puede reseñar, resumir, reproducir o traducir libremente, en parte o en su totalidad, pero no para la venta u otro uso relacionado con fines comerciales.

Las denominaciones empleadas en este documento no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinados sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OMS letra inicial mayúscula.

Puede obtenerse información sobre este documento de:
Oficina del Informe sobre la Salud en el Mundo
Organización Mundial de la Salud
1211 Ginebra 27, Suiza
Fax: (41-22) 791 48 70

Diseño y maquetación: unidad de Gráficos, OMS
Impreso en Francia
97/11275 - Sadag - 1200

Informe sobre la salud en el mundo 1997

Vencer el sufrimiento, enriquecer a la humanidad

Las enfermedades crónicas son responsables de más de 24 millones de defunciones por año, o sea casi la mitad del total mundial.

El estado de la salud en el mundo

Esperanza de vida, esperanza de salud

Los espectaculares aumentos de la esperanza de vida, unidos a los cambios profundos de los modos de vida, darán lugar en los próximos dos decenios a epidemias mundiales de cáncer y de otras enfermedades crónicas, cuyo principal resultado será un enorme aumento del sufrimiento humano y de la discapacidad. Es preciso encontrar cuanto antes la forma de reducir esa carga que se avecina.

Hace medio siglo, la mayor parte de las personas moría antes de cumplir 50 años de edad. Hoy día, la gran mayoría sobrepasa con mucho esa edad. El promedio mundial de la esperanza de vida al nacer alcanzó los 65 años en 1996.

Ahora bien, aunque el alargamiento de la vida es un objetivo apetecible de por sí, lo es mucho más si los años adicionales no van acompañados de pobreza, dolor o discapacidad. Desafortunadamente, para muchos millones de personas la situación, por ahora, no es ésa. La calidad de la vida humana es por lo menos tan importante como la cantidad de años vividos. Las personas tienen derecho a preocuparse no sólo por su esperanza de vida sino sobre todo por su esperanza de salud.

La esperanza de salud puede definirse como la esperanza de vida en buena salud, y corresponde al promedio de años que una persona puede esperar vivir en ese estado favorable. Es fundamental reconocer que la mayor longevidad no resulta gratuita. Cada año muchos millones de personas quedan discapacitadas por enfermedades y afecciones que en gran medida son prevenibles. Una vida más larga puede ser tanto un castigo como un premio. Gran parte del precio se paga en la moneda de la enfermedad crónica, tema en el que se concentra el presente informe.

La transición sanitaria

Se indicó en el *Informe sobre la salud en el mundo 1996: combatir las enfermedades, promover el desarrollo*, las enfermedades infecciosas matan a aproximadamente 17 millones de personas por año y afectan a otros cientos de millones, particularmente en el mundo en desarrollo.

En el mundo industrializado, la mayoría de las enfermedades infecciosas están bajo control. Son las afecciones no infecciosas - en particular el cáncer, las enfermedades del sistema circulatorio, los trastornos mentales, incluida la demencia, las afecciones respiratorias crónicas y las enfermedades del aparato locomotor - las que plantean ahora la mayor amenaza a la salud en los países desarrollados. Se trata fundamentalmente de enfermedades que se contraen en una fase avanzada de la vida y que, al aumentar la esperanza de vida, se volverán más frecuentes.

Las enfermedades crónicas son responsables de más de 24 millones de defunciones por año, o sea casi la mitad del total mundial. Las principales causas son los trastornos circulatorios, entre ellos la cardiopatía y el accidente cerebrovascular, el cáncer y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Como la esperanza de vida aumenta también en los países en desarrollo, no cabe duda de que las personas estarán cada vez más expuestas a las enfermedades que son más comunes en los grupos de edad avanzada. Ya ahora, la perspectiva de la mayor parte de las personas del mundo en desarrollo es que si consiguen sobrevivir a las infecciones de la primera infancia, la niñez y la edad madura estarán expuestas a padecer enfermedades no transmisibles en la edad avanzada.

Esa situación se conoce con el nombre de «transición epidemiológica», y es el cambio de las características epidemiológicas por el cual los países pobres heredan los problemas de los ricos, con inclusión no solamente de las enfer-

medades sino también de los efectos dañinos del tabaco, el alcohol y el uso de drogas, y de los accidentes, el suicidio y la violencia. También se habla de la «doble carga», porque esos problemas vienen a sumarse al peso de las enfermedades infecciosas endémicas.

¿Los más ricos o los más pobres?

En la salud inciden cada vez más unas circunstancias sociales y económicas sobre las que el individuo tiene escaso control, y sobre las que el sector sanitario tradicional tampoco tiene gran influencia. De resultas de ello, en muchos países se está ahondando el abismo entre ricos y pobres en lo tocante a la salud.

El *Informe sobre la salud en el mundo 1995: reducir las desigualdades* mostró que las enfermedades infecciosas son más frecuentes entre la población más pobre y de zonas rurales, en tanto que los habitantes de las ciudades de ingresos medianos y altos, cuya esperanza de vida es mayor, están más expuestos a las enfermedades y afecciones no transmisibles. Además, como lo demuestran claramente las diferencias en la esperanza de vida, los pobres mueren jóvenes y los ricos mueren viejos.

Por lo tanto, en lo que respecta al establecimiento de las prioridades sanitarias mundiales, los pobres se beneficiarían mucho más que los ricos si la atención se siguiera concentrando en las enfermedades infecciosas. En cambio, un desplazamiento considerable de las prioridades desde las enfermedades infecciosas hacia las enfermedades no transmisibles beneficiaría a los ricos a expensas de los pobres. Ello estaría en conflicto directo con los objetivos de la equidad en la salud.

Así pues, toda nueva mejora de la salud exige una acción amplia e integrada contra todos los determinantes de la mala salud. Los países, en particular los del mundo en desarrollo, ya no pueden permitirse acometer estas dos clases de enfermedades unas después de otras, como ha ocurrido hasta ahora: deben combatir las simultáneamente, con ayuda de la comunidad internacional. Se trata de problemas que se arrastrarán por mucho tiempo, pero que deben afrontarse ahora.

Curar y cuidar

Entre las enfermedades infecciosas y crónicas hay una diferencia crucial y convertida que debe reconocerse. La historia de la medicina y de la salud pública demuestra que las enfermedades infecciosas

pueden curarse; una vez eliminado o destruido el agente infeccioso, la enfermedad está vencida.

La erradicación de la viruela es el ejemplo supremo, pero constantemente se están dominando muchas otras enfermedades infecciosas. Ello no sería posible sin una enérgica participación comunitaria; las campañas de inmunización, por ejemplo, no lograrían su objetivo si no contarán con el activo apoyo de la comunidad.

Las enfermedades crónicas no transmisibles, salvo unas cuantas excepciones, no han sido hasta ahora tan fáciles de curar. Se prestan menos a la acción comunitaria. No se propagan de persona a persona. Cada caso de enfermedad crónica es una carga que recae sobre un individuo, el cual, según las circunstancias, puede tener o no acceso a tratamiento o a apoyo.

Esta dura realidad exige una respuesta realista: si la mayoría de las enfermedades crónicas no se puede aún curar, la atención ha de concentrarse en prevenir su inicio prematuro, retrasar su desarrollo en la vida avanzada, reducir mediante los tratamientos disponibles el sufrimiento que causan y crear el entorno social propicio para cuidar a los que quedan discapacitados.

Se estima que actualmente hay en el mundo 380 millones de personas de 65 años de edad o más, y que de ellas alrededor de 220 millones viven en los países en desarrollo. Las proyecciones indican que para el año 2020 esas cifras habrán aumentado a más de 690 millones y 460 millones, respectivamente.

Los riesgos de la vida

Las enfermedades crónicas no obedecen casi nunca, o tal vez nunca, a una sola causa. Además de la vulnerabilidad hereditaria, se sabe que muchos factores relacionados con el modo de vida aumentan los riesgos: el tabaquismo, el elevado consumo de alcohol, la alimentación inapropiada y la insuficiente actividad física, entre otros.

Éstos son factores que una persona bien informada puede, al menos en cierta medida, controlar. Pero hay otros sobre los que el individuo por sí solo tiene escaso control, por ejemplo los efectos de la pobreza; la mala salud reproductiva y materna; la predisposición genética; los riesgos ocupacionales; las condiciones de vida poco sanas; y las condiciones de trabajo que generan tensión.

Si la mayoría de las enfermedades crónicas no se puede aún curar, la atención ha de concentrarse en prevenir su inicio, retrasar su desarrollo, reducir el sufrimiento y crear el entorno social propicio para cuidar a los que quedan discapacitados.

Las enfermedades crónicas afectan y matan prematuramente a muchas personas. Esta tendencia está estrechamente vinculada con los cambios radicales de los modos de vida registrados en los últimos años: del trabajo físico al aire libre al trabajo sedentario, de la vida rural a la existencia urbana, de la alimentación tradicional a la ingesta de alimentos malsanos, de un consumo insignificante de alcohol y/o tabaco a un consumo diario o importante de uno o de ambos productos.

En una edad más avanzada, cientos de millones de adultos sufren trastornos mentales que van desde la depresión crónica hasta la demencia, y enormes cantidades de personas quedan discapacitadas durante muchos años por trastornos del aparato locomotor tales como la artritis reumatoide y la osteoporosis.

Cambiar la situación

En este informe se examinan las enfermedades crónicas y los factores que influyen en ellas a lo largo de toda la vida humana. En todas las etapas existen oportunidades para la prevención o el tratamiento, para la curación o el cuidado. En estas esferas se han hecho también, y se siguen haciendo, importantes esfuerzos para promover los comportamientos sanos de las personas, combatir los factores de riesgo, fomentar la salud como un componente de las políticas sociales y proteger el medio ambiente mediante el control de la contaminación.

Un criterio importante en la preparación del informe ha sido el reconocimiento de que el impacto de la enfermedad en el individuo es un factor clave para mejorar la salud de la comunidad.

El informe examina las esferas fundamentales de las enfermedades no transmisibles que son importantes causas de defunción o de mala salud y discapacidad evitables, esferas que se pueden abordar con medidas que tengan un efecto directo y tangible en la salud individual, que cambien la situación, y que la cambien pronto.

El capítulo 1 del informe comienza con una actualización con datos de 1996 de la situación sanitaria mundial. Luego presenta una breve descripción de las principales enfermedades no transmisibles, da estimaciones del total de personas por ellas afectadas, identifica los factores de riesgo que contribuyen a su aparición, y explica los métodos de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento. En su conjunto, esos métodos constituyen una base para

reducir y vencer el sufrimiento y la carga social y económica que impone a las familias y a la sociedad y, de esa manera, enriquecer a la humanidad.

La situación mundial - actualización con datos de 1996

La población mundial aumentó en más de 80 millones de personas durante el año, alcanzando un total de 5800 millones a mediados de 1996. La población de niños y adolescentes creció aproximadamente un 0,7%, la de adultos un 1,8% y la de personas ancianas un 2,4%.

Entre 1990 y 1995 la fecundidad disminuyó más de lo previsto, llegando a 3,0 hijos por mujer, en lugar de 3,1, como se había pronosticado.

El número de personas de 65 años de edad o más aumentó a 380 millones, lo que representa un incremento total del 14% de ese grupo de edad entre 1990 y 1995. Según las proyecciones, entre 1996 y el año 2020 la población de más de 65 años de edad crecerá un 82% a nivel mundial, aproximadamente un 110% en los países menos adelantados y en desarrollo y alrededor de un 40% en los países desarrollados.

En 1996 la esperanza de vida al nacer alcanzó los 65 años. A nivel mundial aumentó aproximadamente 4,6 años entre 1980 y 1995 (4,4 años para los varones y 4,9 años para las mujeres).

De los más de 52 millones de defunciones ocurridas en el mundo en 1996, más de 17 millones fueron imputables a enfermedades infecciosas y parasitarias; más de 15 millones a enfermedades del sistema circulatorio; más de seis millones a distintos tipos de cáncer; y aproximadamente tres millones a enfermedades respiratorias crónicas no específicas. Alrededor de 40 millones de muertes tuvieron lugar en el mundo en desarrollo.

El cáncer: una carga creciente

En 1996 desarrollaron cáncer más de 10 millones de personas, y más de seis millones de otras personas que ya tenían la enfermedad murieron de ella. La eliminación gradual de algunas otras enfermedades mortales, combinada con el aumento de la esperanza de vida, hacen que el riesgo de contraer cáncer crezca constantemente.

Como la mayor parte de los cánceres aparece en personas de edad avanzada, la carga del cáncer es mucho más importante que la de otras enfermedades en las poblaciones con una alta esperanza de vida.

Se siguen haciendo importantes esfuerzos para promover los comportamientos sanos, combatir los factores de riesgo, fomentar la salud como un componente de las políticas sociales y proteger el medio ambiente.

Los ocho tipos de cáncer más mortales en el mundo son también los más comunes en lo que respecta a la incidencia. En su conjunto, representan aproximadamente el 60% del total de casos de cáncer y de defunciones por esa causa. Se trata del cáncer del pulmón, del estómago, de la mama, del colon/recto, de la boca, del hígado, del cuello del útero y del esófago. Aunque los factores de riesgo no son los mismos, predominan en el grupo unos cuantos factores importantes, a saber, la alimentación, el tabaco, las infecciones, el alcohol y las hormonas.

Las tendencias más siniestras corresponden al cáncer del pulmón y de la mama. El cáncer del pulmón no es sólo el más mortífero y el más común de todos (casi un millón de defunciones por año y más de 1,3 millones de casos), sino que es también prevenible. A nivel mundial, el 85% de los casos en varones y el 46% de los casos en mujeres se deben al tabaquismo. Las tasas relativas a los hombres están aumentando en la mayoría de los países, y las de las mujeres crecen rápidamente en los países en que el tabaquismo femenino no es un hábito nuevo. Como el consumo de tabaco va en aumento en muchos países en desarrollo, parece inevitable que la epidemia de cáncer del pulmón siga creciendo.

El cáncer del pulmón es el cáncer más común en los hombres en los países desarrollados, seguido del cáncer de la próstata.

Se estima que en 1996 había 17,9 millones de personas con cáncer que habían sobrevivido cinco años al diagnóstico. De ellas, 10,5 millones eran mujeres, y 5,3 millones de esas mujeres tenían cáncer de la mama, del cuello del útero o del colon/recto. Entre los hombres, los cánceres con mayor prevalencia eran el de la próstata, el colorrectal y el del pulmón.

En el mundo mueren anualmente por cáncer de mama 376 000 mujeres y se registran 900 000 nuevos casos. La incidencia está aumentando en la mayor parte del mundo. En los países en desarrollo, el cáncer de mama es ahora casi tan frecuente como el del cuello del útero, el principal cáncer en la mujer en el mundo en desarrollo. A diferencia de este último, sin embargo, el cáncer de mama no tiene un agente infeccioso que explique su creciente incidencia.

El cáncer de estómago es el segundo cáncer más común en el mundo, y casi las dos terceras partes de los casos se dan en países en desarrollo. El cáncer colorrectal

es más común en los países más ricos, pero su incidencia está creciendo en algunas naciones en desarrollo. La mayoría de los cánceres del hígado, de la boca, del esófago y del cuello del útero se producen en países en desarrollo. Cabe prever que el riesgo de desarrollar los cánceres que son típicos de los grupos económicos más altos - de la mama, del colon y del recto - crecerá con el desarrollo económico.

Enfermedades del sistema circulatorio

Las enfermedades del corazón y de la circulación - cardiovascular y cerebrovascular -, como los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares, matan a más personas que cualquier otra enfermedad: cada año son responsables de más de 15 millones de defunciones, o sea aproximadamente el 30% del total mundial. Otros muchos millones de personas quedan discapacitadas por ellas. Muchos de los que mueren tienen menos de 65 años y, dado el aumento de la duración de la vida en el mundo de hoy, esas muertes son prematuras. Una gran proporción es también prevenible o evitable, es decir, se produce prematuramente a pesar de lo mucho que se sabe sobre cómo reducir el riesgo de contraer enfermedades. Las consecuencias son el dolor de las familias y la pérdida de una valiosa competencia profesional que muchos países necesitan para su desarrollo económico.

Consideradas en gran medida como enfermedades relacionadas con el modo de vida porque el tabaquismo, la obesidad, la alimentación malsana y el gran consumo de alcohol aumentan el riesgo de contraerlas, las enfermedades del sistema circulatorio parecían ser hasta hace un tiempo un problema que sólo afectaba a las naciones industrializadas.

Ahora, a medida que se modernizan los países en desarrollo, van controlando gradualmente las enfermedades transmisibles y la esperanza de vida de su población aumenta. Desafortunadamente, también aumentan los riesgos de enfermedades del sistema circulatorio, en parte debido a la adopción de modos de vida parecidos a los que son comunes en los países industrializados. Esas enfermedades se están convirtiendo rápidamente en una importante preocupación de salud pública en la mayoría de los países en desarrollo, donde provocan ahora aproximadamente el 25% del total de defunciones: 10 de los 40 millones. En los países desa-

*En 1996 había
17,9 millones de
personas con cáncer que
habían sobrevivido cinco
años al diagnóstico.
De ellas, 10,5 millones
eran mujeres.*

rollados, son responsables de cerca de la mitad del total de muertes: más de cinco de los 12 millones.

Los trastornos más importantes del sistema circulatorio son la hipertensión, la cardiopatía coronaria, la enfermedad cerebrovascular y las cardiomiopatías. A nivel mundial se registran más muertes por cardiopatía coronaria (7,2 millones) que por accidente cerebrovascular (4,6 millones), pero en los países en desarrollo se producen más del doble de defunciones por accidente cerebrovascular que en los países desarrollados.

Además, el mundo en desarrollo aún padece otras afecciones cardíacas tales como la cardiopatía reumática, que está vinculada a la pobreza, y el daño cardíaco relacionado con la enfermedad de Chagas, afección parasitaria que aqueja a unos 17 millones de personas en América Latina. Aproximadamente el 30% de las personas que desarrollan la forma crónica de la enfermedad de Chagas quedan discapacitadas por un daño cardíaco que puede provocar también la muerte súbita. La fiebre reumática es en el mundo la causa más común de cardiopatía en los jóvenes, y provoca alrededor de una tercera parte de las defunciones por enfermedades cardiovasculares.

La epidemia de *cardiopatía coronaria* comenzó en América del Norte, Europa y Australasia en los primeros decenios de este siglo. En muchos países industrializados las tasas de mortalidad alcanzaron su cota máxima en el decenio de 1960 y a comienzos del de 1970, y desde entonces han disminuido de manera espectacular, en más de un 50% en algunos países. Las tasas más altas del mundo corresponden ahora a Europa oriental y central.

Decenios de investigación han demostrado de manera concluyente que varios determinantes - en su mayor parte asociados con el modo de vida - que actúan desde la infancia misma son responsables de la cardiopatía coronaria. La expresión «factor de riesgo» se utilizó por primera vez para esta enfermedad. Los principales factores de riesgo son la hipertensión, el tabaquismo, ciertos hábitos alimentarios (en particular la ingesta excesiva de grasas saturadas), la hipercolesterolemia, la falta de actividad física, la obesidad y la diabetes. La prevención primaria de la hipertensión reviste importancia crucial en la prevención de la mortalidad por cardiopatía coronaria.

La hipercolesterolemia contribuye con mayor frecuencia a la muerte en las mujeres que en los hombres. Las causas pueden ser genéticas, pero más comúnmente se relacionan con una alimentación rica en grasas animales. La falta de actividad física es el factor de riesgo modificable más común en muchos países industrializados.

La *fiebre reumática/cardiopatía reumática* es la enfermedad cardiovascular más común en los niños y los adultos jóvenes, y afecta actualmente a por lo menos 12 millones de personas, provocando 400 000 defunciones al año. Más de dos millones de pacientes necesitan repetidas hospitalizaciones, y un millón requerirá cirugía cardíaca en los próximos 5 a 20 años.

El ataque apoplético y otras *enfermedades cerebrovasculares* son la segunda causa más común de defunción en el mundo, responsable de más de 4,6 millones de muertes, de las cuales dos tercios se producen en los países en desarrollo. La mortalidad y la morbilidad se concentran principalmente en el grupo de más de 65 años de edad. La hipertensión es el factor de riesgo más común; otros son los que se mencionaron en relación con la cardiopatía coronaria. Aproximadamente una tercera parte de los pacientes que sufren un accidente cerebrovascular mueren en los seis meses siguientes; la mayor parte de esas muertes se producen durante el primer mes. Los que sobreviven pueden quedar gravemente discapacitados.

La *hipertensión* es el trastorno cardiovascular más común y afecta aproximadamente al 20% de la población adulta. Se considera tanto una categoría de enfermedad como uno de los principales factores de riesgo de la cardiopatía, el accidente cerebrovascular y las afecciones renales. Es particularmente común en los hombres y las mujeres de edad. Los principales factores de riesgo son el exceso de peso, los malos hábitos alimentarios, en especial la ingesta excesiva de sal y de alcohol, y la actividad física insuficiente. También pueden influir varios factores genéticos.

Enfermedades pulmonares crónicas inespecíficas

La bronquitis y el enfisema crónicos, generalmente considerados en su conjunto como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), y el asma figuran entre las enfermedades pulmonares crónicas inespecíficas que matan a casi tres millo-

Decenios de investigación han demostrado de manera concluyente que varios determinantes - en su mayor parte asociados con el modo de vida - que actúan desde la infancia misma son responsables de la cardiopatía coronaria.

La diabetes está estrechamente asociada con la cardiopatía, la insuficiencia renal y la ceguera, afecta negativamente al desenlace del embarazo y puede dar lugar a gangrena y amputación de extremidades.

nes de personas por año. La EPOC es especialmente frecuente entre las personas de más edad, y se prevé que las defunciones por esta enfermedad aumentarán considerablemente con el incremento del tabaquismo y de la contaminación ambiental.

Las enfermedades respiratorias figuran entre las tres principales causas de pérdida de días de trabajo, y la EPOC es responsable de la mayor parte de ella. Comparte con el asma características tales como la obstrucción de las vías respiratorias. El asma es más frecuente en los niños, causa una alta morbilidad y puede ser mortal incluso en personas jóvenes; también puede transformarse en EPOC. La prevalencia del asma ha aumentado en los últimos años tanto en los niños como en los adultos jóvenes, por razones que no están del todo claras.

Diabetes mellitus

Esta enfermedad constituye uno de los desafíos más grandes en el campo de las enfermedades crónicas. El número de pacientes se estima actualmente en unos 135 millones, y se prevé que aumentará a casi 300 millones para el año 2025. Las principales razones de ello son el envejecimiento de la población, la alimentación malsana, la obesidad y el modo de vida sedentario. Mientras que el aumento de los casos será algo superior al 40% en los países desarrollados, en los países en desarrollo será del orden del 170%.

La diabetes mellitus es una enfermedad hereditaria que tiene dos formas principales: la insulino dependiente y la no insulino dependiente. Estos términos están actualmente en examen. En la forma insulino dependiente, el páncreas no produce la insulina que es indispensable para la supervivencia. Esta forma es más frecuente en niños y adolescentes, pero se está reconociendo, en medida creciente, en una fase más avanzada de la vida; los pacientes son dependientes de las inyecciones diarias de insulina. La forma no insulino dependiente, mucho más común, representa alrededor del 90% del total de los casos y afecta principalmente a adultos; en esta forma, el organismo es incapaz de responder adecuadamente a la acción de la insulina producida por el páncreas.

La diabetes está estrechamente asociada con la cardiopatía, la insuficiencia renal y la ceguera; afecta negativamente al desenlace del embarazo; y puede provocar

lesiones en los pies que a veces dan lugar a gangrena y hace necesaria la amputación. Investigaciones recientes demuestran claramente que es posible, mediante tratamiento adecuado, retrasar o incluso prevenir estas complicaciones a largo plazo de la enfermedad.

Trastornos relacionados con la nutrición

Junto con ser entidades morbosas, los trastornos relacionados con la nutrición son factores causantes de enfermedades crónicas. Una alimentación apropiada es fundamental para evitar enfermedades tales como las afecciones cardiovasculares, la diabetes mellitus, ciertas formas de cáncer y hepatopatías y las caries dentales. La alimentación inadecuada produce dos tipos principales de trastorno nutricional metabólico: la malnutrición proteinoenergética y los trastornos por micronutrientes (principalmente carencias). La desnutrición crónica se produce cuando durante un periodo prolongado el consumo de alimentos es insuficiente para cubrir las necesidades de consumo de energía diarias; la malnutrición aguda (consunción) se produce cuando el consumo de alimentos disminuye seriamente de manera repentina. Se ha demostrado que la malnutrición es una causa básica de más de la mitad de las defunciones infantiles en los países en desarrollo.

Genética humana, enfermedades hereditarias y defectos congénitos

En las sociedades desarrolladas típicas, los trastornos congénitos y genéticos ocupan el segundo lugar, superados sólo por los factores perinatales, entre las causas de mortalidad infantil. Algunos de esos trastornos son hereditarios, entre ellos la talasemia y la anemia falciforme. Casi el 70% de los casos de esta última enfermedad se produce en el África subsahariana.

La fibrosis quística se da en todo el mundo. Sin embargo, en los países desarrollados la esperanza de vida de los niños con la enfermedad ha mejorado gracias a los adelantos médicos; pero en América Latina, por ejemplo, hasta el 95% de los casos no se llega a diagnosticar.

Se estima que en el mundo padecen hemofilia aproximadamente 420 000 personas. Hasta hace poco, la principal causa de muerte entre los hemofílicos era la hemorragia; en el decenio pasado, esa causa fue superada por las infecciones contraídas de resultados del tratamiento, inclusive

el VIH/SIDA y la hepatopatía secundaria a la hepatitis.

Anualmente nacen con importantes malformaciones congénitas alrededor de tres millones de niños, entre mortinatos y nacidos vivos; las causas se desconocen en aproximadamente el 70% de los casos.

Enfermedades del aparato locomotor

Denominadas a menudo enfermedades reumáticas crónicas, las enfermedades del aparato locomotor comprenden alrededor de 200 trastornos que afectan a las articulaciones, los huesos, los tejidos blandos y los músculos. Juntas representan una enorme carga de dolor y, con frecuencia, de discapacidad invalidante, por lo que entrañan un ingente costo en términos de atención sanitaria y pérdida de productividad. Entre las más prevalentes figuran la artritis reumatoide y la artrosis. Particularmente grave es la osteoporosis, que, con las fracturas óseas que provoca, es una importante causa de muerte, enfermedad y discapacidad.

Trastornos mentales y neurológicos

Las repercusiones de los trastornos mentales y neurológicos en la sociedad se volverán probablemente cada vez más profundas en los años venideros. Ya son muchos cientos de millones las personas afectadas por alguna forma de trastorno mental, desde los relativamente leves hasta los incurables y mortales; muchas personas sufren varios trastornos a la vez.

La epilepsia, el trastorno neurológico más común, afecta a 40 millones de personas. Se estima que 45 millones padecen esquizofrenia, y, según las previsiones, la prevalencia de esta enfermedad aumentará debido al incremento de la proporción de la población que llega al grupo de edad más expuesto. Dado su carácter crónico en la mayoría de los casos, la esquizofrenia impone una carga no sólo a los enfermos mismos sino también a sus familias. En muchos países en desarrollo no siempre se puede mantener el suministro de medicamentos esenciales para tratar esta afección.

Alrededor de 29 millones de personas sufren demencia, una de cuyas formas más comunes es la enfermedad de Alzheimer. El envejecimiento de la población mundial se traducirá inevitablemente en un enorme incremento del número de casos de demencia. El riesgo de contraer la enfermedad aumenta abruptamente con la edad en las personas de más de 60 años;

las posibilidades de prevención y tratamiento son limitadas. Las proyecciones indican que África, Asia y América Latina podrían tener, en su conjunto, más de 80 millones de personas con demencia en el año 2025.

Se estima que los trastornos anímicos (incluida la depresión) afectan en cualquier momento dado a 340 millones de personas. En los Estados Unidos de América, el costo anual de la depresión se calcula en US\$ 44 000 millones, cifra equivalente al costo total de todas las enfermedades cardiovasculares.

Según las estimaciones, el tabaco provoca tres millones de defunciones al año, principalmente por cáncer del pulmón y enfermedades del sistema circulatorio. El consumo de alcohol, drogas ilícitas y otras sustancias psicoactivas causa al menos 123 000 defunciones anuales. El alcohol figura también entre las causas de delincuencia, violencia, ruptura matrimonial y pérdida importante de productividad industrial. El uso de anfetaminas y otros psicoestimulantes va en aumento; en muchos países la inyección de drogas se está volviendo más común.

Violencia

La violencia en todas sus formas ha aumentado de manera impresionante en todo el mundo en los últimos decenios. En 1993, al menos cuatro millones de personas murieron por traumatismos accidentales o intencionales, entre ellos 300 000 asesinatos. De las muertes violentas, alrededor de tres millones se produjeron en el mundo en desarrollo. En muchos países el homicidio y el suicidio son responsables de entre el 20% y el 40% de las defunciones de varones de 15 a 34 años de edad. En la mitad de los países de América Latina y el Caribe, el homicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo de edad de 15 a 24 años. Es más frecuente entre los varones y aumenta en relación directa con la edad, y está estrechamente asociado con la depresión, los trastornos de la personalidad, el abuso de sustancias y la esquizofrenia.

Riesgos ocupacionales y de otra índole

Las cifras hacen pensar en el número de víctimas de una gran guerra: por lo menos 200 000 muertos, más de 120 millones de heridos. Sin embargo, no se trata de pérdidas en el campo de batalla, sino en el lugar de trabajo. Y esas pérdidas no repre-

Alrededor de 29 millones de personas sufren demencia, cuya forma más frecuente es la enfermedad de Alzheimer.

Puesto que las
afecciones crónicas
tienen varios factores de
riesgo en común, la
OMS adopta un criterio
integrado para
su prevención.

sentan sino una parte del impacto mucho más amplio de los riesgos para la salud a los que se está expuesto en el trabajo. La relación entre el alcohol y los traumatismos laborales suscita creciente preocupación. Anualmente puede haber hasta 160 millones de casos de enfermedades profesionales provocadas por exposición a agentes químicos, biológicos y físicos y a otros riesgos ambientales. Las encuestas indican una creciente exposición al estrés psicológico en el trabajo.

Naturalmente también hay riesgos en el hogar: entre los traumatismos accidentales, las caídas matan a más personas que todas las demás causas a excepción de los accidentes de tráfico, y la mayor parte de las caídas tienen lugar en casa, al igual que la mayoría de las muertes por quemadura. La mayoría de los traumatismos en el hogar afectan a niños menores de cinco años y a mujeres ancianas. Los más expuestos a accidentes de tráfico son los motociclistas. El traumatismo craneal es una causa importante de muerte y discapacidad permanente; el riesgo puede reducirse marcadamente mediante el uso de cascos de seguridad.

Otros problemas

Ceguera. Se estima que en el mundo hay 180 millones de personas con discapacidad visual; de ellas cerca de 45 millones son ciegos y cuatro de cada cinco viven en países en desarrollo. Aproximadamente el 80% de la ceguera es evitable (tratable o potencialmente prevenible). Sin embargo, una gran proporción de las personas afectadas no recuperan la vista por falta de acceso a una atención oftalmológica asequible. La ceguera no sólo menoscaba la condición económica y social de la persona sino que puede dar lugar también a una muerte prematura. Las principales causas de ceguera y su prevalencia estimada son la catarata (19 millones), el glaucoma (6,4 millones), el tracoma (5,6 millones) y la oncocercosis (0,29 millones).

Se estima que aproximadamente 121 millones de personas padecen una *deficiencia auditiva* discapacitante. Se necesitan con urgencia más datos exactos, basados en la población, sobre la prevalencia y las causas de los defectos de audición, para que los países puedan establecer sus prioridades y determinar las necesidades. A medida que un mayor número de países realiza encuestas, la OMS coteja la información con objeto de obtener

progresivamente un cuadro mundial exacto.

Higiene bucodental. Las enfermedades dentales son afecciones crónicas que empeoran la calidad de la vida, especialmente de los ancianos, en los que pueden tener graves efectos adversos sobre la nutrición. Aunque en los 20 últimos años se han hecho grandes progresos en su control, la caries dental y la periodontitis siguen siendo las más frecuentes. La caries dental es la más común de las dos.

Contribución de la OMS a la salud mundial

Afecciones crónicas

Puesto que las afecciones crónicas tienen varios factores de riesgo en común, la OMS adopta un criterio integrado para su prevención por conducto del proyecto INTERSALUD. Los factores genéticos, por ejemplo, desempeñan un papel importante en la determinación de la vulnerabilidad individual a diferentes tipos de cáncer y a la *diabetes mellitus*, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos hereditarios. La OMS ha establecido programas integrados de ese tipo en todas las regiones del mundo. En Europa, el programa de intervención integrada de alcance nacional en enfermedades no transmisibles (CINDI) abarca ahora 24 países. Sobre la base de la experiencia de la red CINDI, se ha elaborado un plan de acción especial con el propósito de mejorar los medios para prevenir las enfermedades crónicas en Europa oriental. En las Américas existe un proyecto parecido con el nombre de CARMEN, que se concentra principalmente en las enfermedades cardiovasculares pero también se ocupa de la diabetes, el cáncer cervicouterino y la prevención de traumatismos.

El Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) coordina y lleva a cabo investigaciones epidemiológicas y de laboratorio y evaluaciones de riesgos que constituyen la base para las estrategias científicas de prevención del *cáncer*. En 1996, el Centro publicó monografías sobre los riesgos carcinógenos que plantean las tintas y los procesos tipográficos; algunas preparaciones farmacéuticas, como el tamoxifeno; y los retrovirus, entre ellos el VIH. Otras publicaciones versaron sobre la quimioprevención del *cáncer*, la incidencia de esta enfermedad y la mortalidad que provoca, y la carcinogenicidad de las fibras.

El proyecto MONICA, que abarca 26 países y lleva 10 años de existencia, sigue vigilando las tendencias y los determinantes de las *enfermedades del sistema circulatorio* y mide la efectividad de las intervenciones. En 1996 la OMS difundió los primeros datos sobre las tendencias quinquenales de los factores de riesgo y la incidencia de los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares, y puso a disposición protocolos y un manual didáctico para la vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular en los países en desarrollo, así como directrices para promover la actividad física como parte de una estrategia de prevención. La Organización publicó asimismo un plan regional para el control de las enfermedades cardiovasculares y directrices específicas para los países del Mediterráneo Oriental.

En 1996, la OMS realizó un estudio para determinar la prevalencia mundial de la *diabetes mellitus*. Llegó a la conclusión de que aproximadamente 120 millones de personas padecen actualmente esa enfermedad, y de que esa cifra se duplicará con creces en los próximos 25 años. El tema del Día Mundial de la Diabetes, «Insulina para la vida», destacó la persistente falta o inasequibilidad de este medicamento esencial en muchos de los países más pobres del mundo. La OMS estableció un sistema de información computarizado (DIABCARE), publicó (con la Federación Internacional de la Diabetes) directrices para la gestión de la *diabetes mellitus* no insulino dependiente en África y elaboró un plan para el control de la diabetes en el Mediterráneo Oriental.

La Organización siguió respaldando estudios sobre los métodos de prevención primaria de una variedad de *trastornos hereditarios*, entre ellos la hipercolesterolemia familiar, la hemofilia y la fibrosis quística. En 1996 se publicó un importante informe técnico titulado *Control of hereditary diseases* (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 865, 1996).

Las actividades de la OMS en 1996 en relación con la epidemiología de los *trastornos mentales y neurológicos* comprendió un estudio sobre la prevalencia, la gravedad y el costo de trastornos neurológicos tales como la demencia, el accidente cerebrovascular, la epilepsia y la cefalea. Una nomenclatura internacionalmente aceptada ha sido traducida a 25 idiomas. Un proyecto de colaboración de la OMS en 14 países demostró que uno de cada cuatro adultos que acuden a un mé-

dico general tiene en ese momento un trastorno mental diagnosticable, y que sólo el 1% de las personas con esos trastornos recibe atención especializada. La Organización ha preparado versiones sencillas y claras de las pautas de diagnóstico y tratamiento para los trastornos mentales comunes. La OMS y la Liga Internacional contra la Epilepsia anunciaron una campaña mundial contra la epilepsia en 1996.

La Organización estudió las pautas mundiales de la *toxicomanía* y analizó sus consecuencias sanitarias y sociales. La acción encaminada a combatir el tabaquismo es una prioridad central del programa CINDI en Europa, que organizó en 1996 una campaña de abandono del hábito de fumar en la que participaron 24 países y se inscribieron aproximadamente 70 000 fumadores. En una conferencia sobre la dependencia del alcohol, con participantes de 46 países, se adoptó una Carta Europea en la que se establecían los principios éticos básicos y las estrategias de acción. La OMS cuenta con un sistema mundial de vigilancia epidemiológica para evaluar y describir las pautas y las tendencias del abuso de sustancias psicoactivas, junto con las consecuencias sanitarias y las respuestas normativas nacionales.

La OMS promueve la *rehabilitación* de base comunitaria como un componente de la atención primaria de salud, y en 1996 prosiguió su estrecha colaboración en esa esfera con la OIT, la UNESCO, las organizaciones para los discapacitados y otras organizaciones no gubernamentales internacionales. Más de 80 países tienen programas en curso, que ahora están tendiendo a ampliar su centro de atención a las «personas socialmente desfavorecidas» o a las «personas más necesitadas» y a abarcar también a grupos de población vulnerables y especiales como las personas desplazadas y las víctimas de guerras. La OMS adiestró a personal superior de 26 países en la gestión de la rehabilitación de base comunitaria, publicó material didáctico y prosiguió una importante revisión de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.

Salud de los adultos y de las personas de edad

La OMS hace hincapié en el concepto del *envejecimiento sano* y subraya la necesidad de evitar la compartimentación de las personas de edad en la categoría de «los

La OMS hace hincapié en el concepto del envejecimiento sano y subraya la necesidad de evitar la compartimentación de las personas de edad en la categoría de «los ancianos».

La OMS coopera
con los países en la
aplicación de planes
nacionales para
la maternidad
sin riesgos.

ancianos». En 1996 publicó directrices sobre el envejecimiento sano, insistiendo en el envejecimiento activo. La Organización desarrolló asimismo un marco conceptual para establecer los sectores prioritarios de la investigación sobre el envejecimiento y la salud en todo el mundo, y colaboró en la conferencia internacional de 1996 que culminó con la Declaración de Brasilia sobre el Envejecimiento.

En África, la OMS copatrocinó el primer foro sobre la enseñanza de la *salud reproductiva* en las escuelas de medicina y en otras instituciones de formación básica de 16 países, y lanzó un plan de adiestramiento en esta materia. La Organización también formuló recomendaciones sobre los criterios médicos para prescribir diversos anticonceptivos, y respaldó investigaciones sobre la anticoncepción masculina.

Salud de la mujer

La OMS coopera con los países en la aplicación de planes nacionales para la *maternidad sin riesgos* y tiene bancos de datos sobre temas conexos que constituyen una fuente de información actualizada y contribuyen a la elaboración y el mantenimiento de patrones y directrices normativas. En 1996 los módulos de la OMS de formación obstétrica para agentes de salud se ensayaron sobre el terreno y se comenzaron a utilizar en varios países. La Organización prestó apoyo técnico a proyectos de investigación encaminados a reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas con el parto.

En 1996 la OMS celebró una reunión consultiva sobre la *violencia* contra la mujer y realizó un estudio multipaíses acerca de la prevalencia, las consecuencias sanitarias y los factores de riesgo de ese tipo de violencia, esencialmente en la familia.

Salud de los adolescentes y de los niños en edad escolar

La OMS desarrolló su proyecto de «*educación para la vida*», que ayuda a las autoridades docentes a introducir técnicas de solución de problemas, comunicación e interacción en los planes de estudio de las escuelas. En 1996 los sindicatos de profesores de 18 países de América Latina se beneficiaron de programas de formación de instructores basados en la «carpeta de recursos» OMS/UNESCO sobre educa-

ción sanitaria en las escuelas para prevenir el SIDA y las ETS.

En 1996 la OMS firmó un memorando de entendimiento con la UNESCO y la Sociedad y Federación Internacional de Cardiología para establecer un proyecto conjunto de prevención y fomento de la salud sobre el tema de la *fiebre reumática* y la *cardiopatía reumática*. La OMS y el AGFUND apoyaron un programa intensificado de prevención y control de esas afecciones en China, Filipinas, Tonga y Viet Nam.

Se terminó un manual sobre salud y *nutrición* en la alimentación escolar, en el que se da orientación sobre cómo diseñar y aplicar programas de alimentación escolar; se exponen los principios nutricionales para establecer las necesidades alimentarias en las escuelas y para realizar otras actividades escolares relacionadas con la salud.

Salud infantil

A fin de ayudar a vigilar y prevenir la *malnutrición* proteinoenergética, la OMS publicó un informe de un comité de expertos titulado *Physical status: the use and interpretation of anthropometry* (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 854, 1995). Esa publicación y la base de datos mundial de la Organización sobre crecimiento y malnutrición infantil (accesible ahora también en Internet) se han convertido en obras de referencia para quienes trabajan en ese campo. En la publicación *Trace elements in human nutrition and health*, también de 1996, figura una evaluación mundial de la carencia y el exceso de 19 oligoelementos.

Para combatir la *carencia de yodo*, la OMS, en colaboración con otros organismos y organizaciones interesados, ha promovido la yodación de la sal, para la cual existen ahora programas en 110 países.

La estrategia OMS/UNICEF de *tratamiento integrado de las enfermedades de la infancia* proporciona un proceso sistemático para el diagnóstico y el tratamiento de la diarrea, las infecciones respiratorias agudas, la malnutrición (incluidos los problemas de la lactancia materna), el sarampión y el paludismo, que juntos son responsables de aproximadamente el 70% de las defunciones infantiles. En 1996, seis países africanos ya aplicaban el programa.

Gracias a las actividades de la OMS, durante el año se realizaron 500 millones

de contactos de *inmunización* con niños. Uno de los objetivos de la Organización es asegurar un suministro sostenido de cantidades suficientes de vacunas de alta calidad a precios asequibles; con ese fin se estableció en 1996 una red para adiestrar al personal de los servicios nacionales de control.

Enfermedades infecciosas

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) entró en vigor el 1 de enero de 1996. La OMS, uno de sus copatrocinadores, presta apoyo epidemiológico y técnico por medio de la vigilancia epidemiológica. Las publicaciones de 1996 versaron sobre las actividades de orientación respecto del VIH/SIDA, la acción en pro de los niños afectados por el SIDA y la infección combinada por el VIH y la tuberculosis.

En la lucha contra la *tuberculosis*, la OMS siguió promoviendo el tratamiento bajo observación directa. Al final de 1996, más de 80 Estados Miembros habían adoptado o estaban comenzando a utilizar esa estrategia, con un aumento de las tasas de curación del 90% en algunos países.

La OMS trabaja con ministerios y donantes en países en desarrollo para asegurar el apoyo financiero continuo a los países con *paludismo* endémico. Con ese apoyo, en 1996 la Organización impartió adiestramiento en la lucha contra las epidemias, formó a entomólogos en la lucha antivectorial selectiva, prestó asistencia técnica para la prevención y el control del paludismo y publicó directrices para la lucha antipalúdica entre los refugiados y las personas desplazadas.

Reuniendo información a nivel mundial, la OMS ayudó a los países a definir las zonas de alta prioridad en la lucha contra la *lepra* y a movilizar suficientes recursos para ese propósito. Durante el año, el personal nacional, con cooperación técnica de la OMS y de otros organismos y con la participación de voluntarios de las comunidades y agentes de salud generales, llevó adelante la campaña de eliminación de la lepra, con diferentes plazos para la eliminación según las regiones y los países.

Promoción y protección de la salud

La OMS fomenta la adopción de *modos de vida sanos*. Con ese fin se lanzó en 1996 un plan de acción quinquenal para el fomento de la salud en el siglo XXI. El plan

se concentra en la promoción de la salud, la habilitación de las comunidades y el diseño de estrategias de uso de los medios de comunicación en pro de la salud.

La *alimentación sana* y la buena nutrición son piedras angulares del desarrollo socioeconómico. En 1996 hubo brotes de infección por el patógeno enterohemorrágico de transmisión alimentaria *Escherichia coli* en el Japón y el Reino Unido. La OMS mantuvo informada a la comunidad internacional de especialistas en salud pública mediante artículos y hojas informativas sobre esta y otras enfermedades emergentes transmitidas por los alimentos.

La salud humana sigue viéndose menoscabada por muchos *factores ambientales*, que van desde los cambios climáticos hasta el abastecimiento de agua. En 1996, el Grupo Intergubernamental de Expertos sobre Cambios Climáticos, en el que participa la OMS, contribuyó a que se establecieran nuevos compromisos internacionales para acometer las causas básicas del cambio climático mundial.

El programa «ciudades sanas» de la OMS siguió creciendo durante el año. Se convocó un diálogo sobre la salud y los asentamientos humanos, en el que se hizo hincapié en el enfoque participativo y en el importante papel de las autoridades locales en la lucha contra los problemas sanitarios y ambientales en las zonas urbanas. En el Día Mundial de la Salud de 1996, celebrado con el lema «Ciudades sanas para una vida mejor», participaron más de 1000 ciudades de todo el mundo.

La OMS es el organismo de ejecución del Programa Internacional de Seguridad de las Sustancias Químicas (IPCS), administrado conjuntamente con la OIT y el PNUMA. En el campo de la evaluación de los riesgos para la salud humana y el medio ambiente por exposición a sustancias químicas, se produjo información validada en forma de fichas internacionales de seguridad química, hojas de datos sobre plaguicidas y la clasificación de los plaguicidas según el riesgo. Se examinaron y finalizaron más de 30 monografías de información toxicológica y 14 guías de tratamiento. Todas las publicaciones del IPCS están ahora disponibles en CD-ROM. En 15 países en desarrollo de África, Asia y América Latina se dio inicio a un proyecto de formación para los responsables de las decisiones y de la gestión de riesgos.

Durante el año se realizaron 500 millones de contactos de inmunización con niños. La Organización posibilita un suministro sostenido de cantidades suficientes de vacunas de alta calidad a precios asequibles.

Servicios de salud y política sanitaria

La OMS prestó apoyo a los Estados Miembros en cuestiones relacionadas con los *sistemas de salud* tales como el establecimiento de cooperativas médicas, la integración de actividades sanitarias en proyectos agrícolas y los servicios de salud básicos.

Un objetivo importante de la OMS es asegurar la asequibilidad y la disponibilidad de los *medicamentos y vacunas esenciales* a bajo costo, su uso racional, su calidad y su inocuidad. En 1996 se actualizó la *Lista modelo de medicamentos esenciales* teniendo en cuenta el creciente problema de la resistencia a los antimicrobianos. La OMS prestó apoyo a más de 50 países, abarcando todos los elementos de las políticas farmacéuticas nacionales. Más de 110 países tienen ahora una lista de medicamentos esenciales, y aproximadamente 60 han formulado y están aplicando una política farmacéutica nacional.

En el sector de la *seguridad hematólogica*, la Organización perfeccionó su sencillo colorímetro de hemoglobina reutilizable, desarrolló un instrumento para recuperar la sangre perdida por los pacientes con traumatismos, ideó una cadena de frío hemática para asegurar la inocuidad de la sangre y los productos sanguíneos desde el donante hasta el receptor, y organizó tres talleres regionales con ayuda del material OMS de aprendizaje a distancia sobre la seguridad de la sangre y los hemoderivados.

En lo que respecta al *personal de salud*, la OMS desarrolló un sistema de gestión de enfermería en el contexto de los sistemas nacionales de información sobre recursos humanos. En 1996 se finalizó un sistema completo de gestión del programa de becas de la Organización. Durante el año se adoptaron varias iniciativas mundiales, regionales y nacionales para promover la introducción coordinada de cambios en la atención de salud y en el trabajo y la formación de los profesionales sanitarios, por ejemplo el establecimiento de centros de desarrollo educativo, la creación de un grupo de trabajo internacional con la participación de escuelas de formación, y la publicación de directrices para establecer un punto de enlace entre la atención de salud y el ejercicio y la enseñanza de la medicina.

En 1996 la OMS siguió promoviendo y fortaleciendo los *lazos de asociación*

para la salud, es decir, las alianzas estratégicas con la comunidad científica internacional, con organizaciones intergubernamentales pertenecientes o ajenas al sistema de las Naciones Unidas y con organizaciones no gubernamentales y otros órganos. El Comité Consultivo de Investigaciones Sanitarias de la Organización, que ofrece un vínculo privilegiado con los asociados de la comunidad científica, estableció en 1996 un grupo especial sobre trasplante de órganos con objeto de identificar y aclarar los aspectos médicos, sociales, económicos y éticos y otras cuestiones conexas. La cooperación con las Naciones Unidas a lo largo del año se concentró en particular en un importante programa interorganismos, «Naciones unidas para la salud mental», encaminado a reducir la discriminación contra las personas afectadas por trastornos mentales, y en la Iniciativa Especial para África del sistema de las Naciones Unidas, que incluye una estrategia para la reforma del sector sanitario. También revisitaron gran importancia los vínculos de asociación para la salud con la UNCTAD, la FAO, el Banco Mundial, los principales bancos de desarrollo, la ASEAN, la OUA y la Unión Europea. En enero de 1996 el número de organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OMS aumentó a 184, al establecerse relaciones con cuatro nuevas organizaciones.

Con el fin de que esas asociaciones fueran eficaces y se reforzaran mutuamente mediante el *intercambio de información*, la OMS siguió reuniendo, analizando y publicando información científica, así como las experiencias sanitarias prácticas de países de todos los niveles de desarrollo. Aprovechando plenamente las economías de tiempo y dinero que permiten realizar los adelantos de la tecnología de la información, la Organización utilizó los servicios disponibles en Internet para poner a disposición de un vasto público información estadística, técnica y práctica. La OMS mantiene redes electrónicas mundiales que siguen de cerca la propagación de la resistencia a los antibióticos, los niveles de contaminación del aire y el agua, las reacciones tóxicas a las sustancias químicas y las reacciones adversas a las preparaciones farmacéuticas.

En materia de *socorro de emergencia y asistencia humanitaria*, durante 1996 la OMS apoyó a 58 Estados Miembros en actividades tales como el control de en-

La OMS promueve las alianzas estratégicas con la comunidad científica internacional, con organizaciones intergubernamentales pertenecientes o ajenas al sistema de las Naciones Unidas y con organizaciones no gubernamentales.

fermedades transmisibles y la vigilancia y las investigaciones epidemiológicas. La mayor parte de los programas de respuesta de la Organización se concentraron en la coordinación y la prestación de apoyo técnico a los asociados nacionales e internacionales encargados de la ejecución, así como en la provisión de vacunas, suministros de laboratorio y equipo de urgencia para combatir las epidemias y la capacitación de los agentes de salud.

Planear el futuro

Previsiones sanitarias

Las condiciones sanitarias seguirán cambiando probablemente en el futuro, con el rápido envejecimiento de la población mundial y las modificaciones de los hábitos de trabajo y de las actividades de recreación. Se estima que la población anciana (de 65 años de edad o más) aumentará en el mundo más de un 80% durante los próximos 25 años. En el año 2020, en al menos 10 países una persona de cada cinco será anciana. La mayor parte de las defunciones de personas de edad se deberá a un cáncer o a enfermedades pulmonares y cardíacas.

El aumento de la esperanza de vida, fruto principalmente de la disminución de la mortalidad infantil y de la fecundidad, así como de la prevención de las muertes por enfermedades infecciosas, está aumentando los riesgos de desarrollar enfermedades crónicas y debilitantes tales como la cardiopatía, el cáncer, la diabetes y los trastornos mentales.

La rápida mecanización de la vida cotidiana comporta ciertos riesgos. Entre ellos figuran los cambios del comportamiento (la vida sedentaria; la alimentación excesiva o desequilibrada, rica en calorías, colesterol y sal; el tabaquismo) y el deterioro del medio ambiente (contaminación del aire; exposición a sustancias químicas y agentes biológicos; contaminación del suelo y el agua; riesgos en relación con la inocuidad de los alimentos). Ello se traduce en un aumento de las enfermedades cardíacas y pulmonares y del cáncer.

Los profundos cambios de los hábitos laborales y los modos de vida asociados con la modernización hacen que algunas enfermedades tales como la diabetes y la discapacidad prematura relacionada con factores ergonómicos vayan en aumento entre los adultos jóvenes y en la pobla-

ción activa. Además, un mayor número de personas sufrirá probablemente trastornos psiquiátricos y neurológicos.

La mayor longevidad y el progreso económico se han acompañado de una creciente carga de enfermedades crónicas y de problemas de salud sociales y comportamentales. Un mayor número de personas paga con dolor, sufrimiento, pérdida de capacidad física y menoscabo social la posibilidad de vivir hasta una edad más avanzada. La calidad de la vida disminuye, y el precio que paga la sociedad comprende el sustancial costo monetario asociado con la enfermedad mental y los problemas comportamentales.

Aunque la muerte más tardía es en sí misma un beneficio, es necesario examinar la cuestión de la calidad de la vida durante los años así ganados.

Los cambios demográficos actualmente en curso están creando asimismo un desequilibrio sin precedentes entre los jóvenes y los viejos. En tanto que la población de edad aumenta con rapidez, para el año 2020 la población activa de 20 a 64 años de edad crecerá con mucha mayor lentitud (un 46%) y los recién nacidos en sólo un 3%.

Una de las repercusiones socioeconómicas para los países será el desequilibrio entre las personas de edad y la población activa. Un menor número de personas en edad productiva deberá hacerse cargo de un número cada vez mayor de personas de edad.

Prioridades para la acción

El aumento de la esperanza de vida ofrece la posibilidad de mejorar la esperanza de salud. Sin embargo, para avanzar en ese aspecto es imprescindible definir claramente el camino que se ha de seguir. En lo que respecta a la lucha contra las enfermedades no transmisibles, ello significa definir prioridades realistas para la acción internacional.

Del análisis presentado en este informe se desprende claramente que muchas de esas enfermedades tienen en común un número relativamente pequeño de factores de riesgo cruciales. Por lo tanto, se necesita un criterio integrado y coordinado para su prevención. Hasta ahora, la mayoría de las intervenciones han sido de índole médica y se han realizado mediante programas verticales tradicionales contra enfermedades específicas. Ha llegado el momento de sacar provecho de los programas más logrados y de desarrollar con-

La mayor longevidad y el progreso económico se han acompañado de una creciente carga de enfermedades crónicas y de problemas de salud sociales y comportamentales.

El Informe sobre la salud en el mundo 1997 indica las prioridades para la acción con vistas a mejorar las posibilidades de prevención, tratamiento, rehabilitación y, cuando sea factible, curación de las enfermedades no transmisibles más graves.

juntos integrados de intervenciones específicas que incorporen la prevención primaria y secundaria, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación para las enfermedades más comunes.

Hay que proceder cuanto antes a elaborar e incorporar actividades que aumenten la conciencia y la motivación respecto de los modos de vida sanos y de los entornos propicios a esos modos de vida.

Para ello hace falta una nueva relación en la que los especialistas, expertos y dirigentes de los diversos campos miren más allá de sus propias fronteras profesionales. Deben reconocer que muchas enfermedades tienen factores de riesgo en común y aunar su competencia y su experiencia para combatirlos juntos. Ese reconocimiento de los factores de riesgo debe comunicarse claramente al público en general.

La relación entre los servicios básicos de salud física y de salud mental ha sido compleja, y a veces contraproducente. La separación de los dos campos se ha traducido con frecuencia en una fragmentación de los servicios de salud prestados, en detrimento de los pacientes. Se necesita una nueva alianza entre los exponentes de la salud física y mental.

En muchas esferas de la lucha contra las enfermedades no transmisibles existe ya una profusión de técnicas y estrategias de intervención eficaces en relación con el costo. Otras están en fase de desarrollo. Enumeradas en función de su prioridad para la acción, pueden agruparse como sigue: preventivas (comprenden los cambios de comportamiento y la inmunización); médicas (abarcaban el reconocimiento sistemático y la detección precoz, el tratamiento y los cuidados paliativos); normativas (comprenden la legislación y la reglamentación); y de investigación. Al mismo tiempo, las cuestiones éticas están adquiriendo cada vez más importancia.

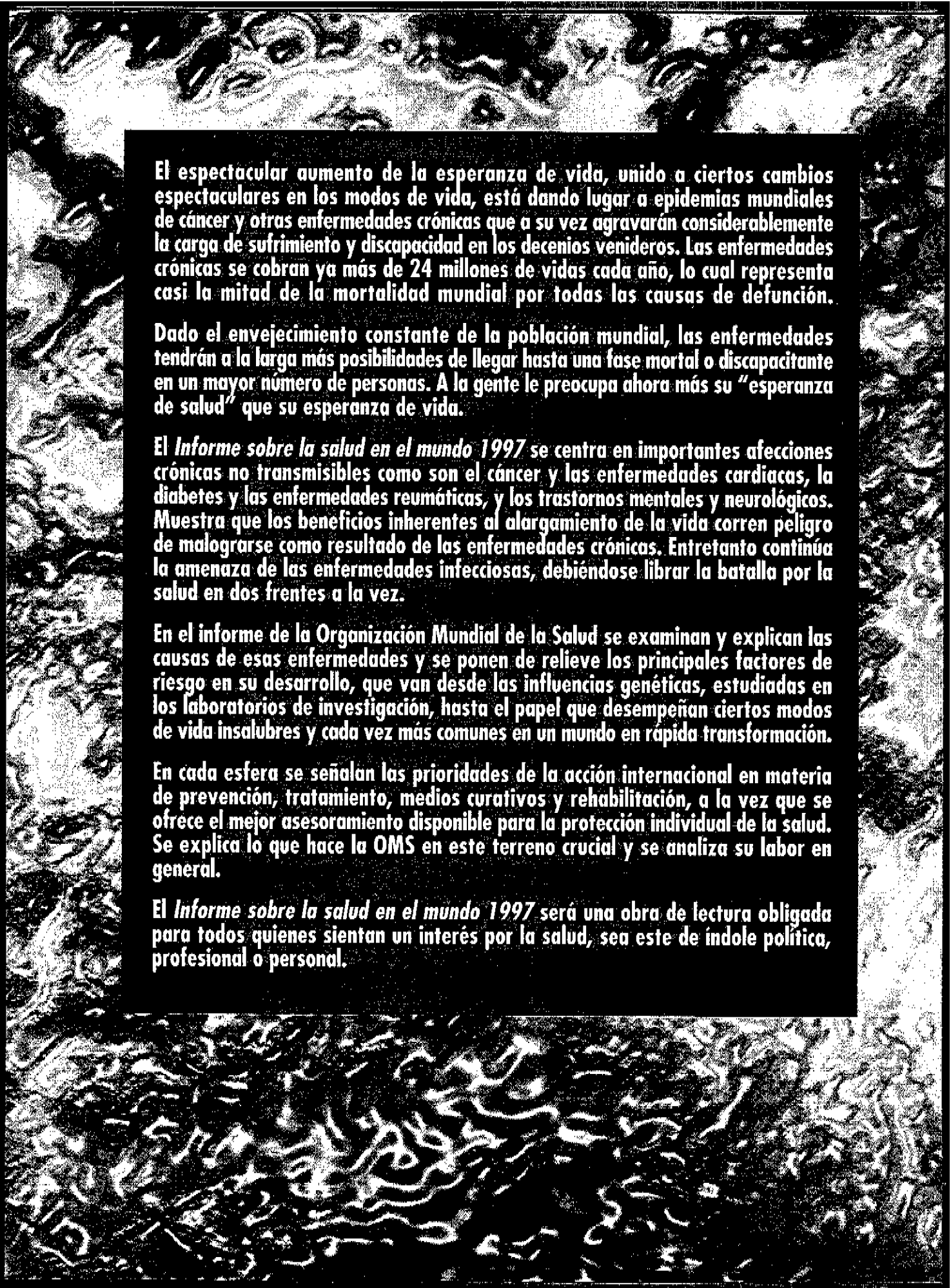
Las esferas prioritarias para la acción internacional en materia de salud deberían ser las siguientes:

1) la integración de intervenciones contra problemas específicos de salud física y mental en un conjunto amplio de medidas de lucha contra las enfermedades crónicas que incorpore la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación, así como una mejor formación de los profesionales de la salud;

- 2) una más amplia aplicación de los métodos eficientes actualmente existentes para la detección y el manejo de las enfermedades, incluido un mejor reconocimiento sistemático, teniendo en cuenta la diversidad genérica de las personas;
- 3) una importante campaña mundial, intensificada pero sostenida, para fomentar los modos de vida sanos, haciendo hincapié en el desarrollo sano de los niños y los adolescentes en relación con factores de riesgo tales como la alimentación, el ejercicio físico y el hábito de fumar;
- 4) políticas de salud pública, incluida una financiación sostenible, y legislación en materia de fijación de precios y de impuestos, en apoyo de los programas de prevención de enfermedades;
- 5) la aceleración de las investigaciones sobre nuevos medicamentos y vacunas y sobre los determinantes genéticos de las enfermedades crónicas;
- 6) el alivio del dolor, la reducción del sufrimiento y la prestación de cuidados paliativos a las personas que no es posible curar.

El Informe sobre la salud en el mundo 1997 indica las prioridades para la acción con vistas a mejorar las posibilidades de prevención, tratamiento, rehabilitación y, cuando sea factible, curación de las enfermedades no transmisibles más graves, y reducir la enorme carga de sufrimiento y discapacidad que esas enfermedades provocan.

Inevitablemente, toda vida humana llega a su fin. Velar por que la vida termine de la manera más digna y con el menor desamparo y dolor posibles también es una prioridad, no sólo para la profesión médica, el sector de la salud o los servicios sociales, sino también para toda sociedad, comunidad, familia y persona.



El espectacular aumento de la esperanza de vida, unido a ciertos cambios espectaculares en los modos de vida, está dando lugar a epidemias mundiales de cáncer y otras enfermedades crónicas que a su vez agravarán considerablemente la carga de sufrimiento y discapacidad en los decenios venideros. Las enfermedades crónicas se cobran ya más de 24 millones de vidas cada año, lo cual representa casi la mitad de la mortalidad mundial por todas las causas de defunción.

Dado el envejecimiento constante de la población mundial, las enfermedades tendrán a la larga más posibilidades de llegar hasta una fase mortal o discapacitante en un mayor número de personas. A la gente le preocupa ahora más su "esperanza de salud" que su esperanza de vida.

El *Informe sobre la salud en el mundo 1997* se centra en importantes afecciones crónicas no transmisibles como son el cáncer y las enfermedades cardíacas, la diabetes y las enfermedades reumáticas, y los trastornos mentales y neurológicos. Muestra que los beneficios inherentes al alargamiento de la vida corren peligro de malograrse como resultado de las enfermedades crónicas. Entretanto continúa la amenaza de las enfermedades infecciosas, debiéndose librar la batalla por la salud en dos frentes a la vez.

En el informe de la Organización Mundial de la Salud se examinan y explican las causas de esas enfermedades y se ponen de relieve los principales factores de riesgo en su desarrollo, que van desde las influencias genéticas, estudiadas en los laboratorios de investigación, hasta el papel que desempeñan ciertos modos de vida insalubres y cada vez más comunes en un mundo en rápida transformación.

En cada esfera se señalan las prioridades de la acción internacional en materia de prevención, tratamiento, medios curativos y rehabilitación, a la vez que se ofrece el mejor asesoramiento disponible para la protección individual de la salud. Se explica lo que hace la OMS en este terreno crucial y se analiza su labor en general.

El *Informe sobre la salud en el mundo 1997* será una obra de lectura obligada para todos quienes sientan un interés por la salud, sea este de índole política, profesional o personal.