



Consejo Económico y Social

Distr.: general
11 de diciembre de 1997
Español
Original: inglés

Comisión de Población y Desarrollo

31º período de sesiones

23 a 27 de febrero de 1998

Tema 4 del programa provisional*

Medidas complementarias de las recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Informe conciso sobre las tendencias demográficas internacionales, 1998: salud y mortalidad

Informe del Secretario General

Resumen

El presente informe se ha preparado con arreglo al mandato de la Comisión de Población y Desarrollo y a su programa de trabajo plurianual orientado temáticamente con indicación de prioridades, que hizo suyo el Consejo Económico y Social en su resolución 1995/55.

En el informe se resume la información más reciente sobre determinados aspectos de la salud y la mortalidad y se tratan temas como los niveles y tendencias en materia de mortalidad; la supervivencia y salud infantiles; la atención primaria de la salud y el sector de la salud; la salud de la mujer y la maternidad sin riesgo; el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA); la transición epidemiológica; las políticas en materia de salud y mortalidad; las actividades de las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales respecto de la salud y la mortalidad; y la salud y el desarrollo. La versión preliminar, sin editar, del informe completo se encuentra disponible como documento de trabajo, bajo la signatura ESA/P/WP.142.

El informe fue preparado por la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas, con aportaciones de la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Programa conjunto y de copatrocinio de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

* E/CN.9/1998/1.

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Niveles y tendencias en materia de mortalidad	1-7	3
II. La supervivencia y salud infantiles	8-17	4
III. Atención primaria de la salud y el sector de la salud	18-26	6
IV. La salud de la mujer y la maternidad sin riesgo	27-34	7
V. Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	35-52	9
VI. Transición epidemiológica	53-62	12
VII. Políticas de salud y mortalidad	63-68	14
VIII. Actividades de las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales ...	69-76	16
IX. Salud y desarrollo	77-87	18

Cuadros

1. Mortalidad infantil entre 1970 y 1975 y entre 1990 y 1995, cambio porcentual de la mortalidad infantil entre esos períodos y mortalidad de los niños menores de 5 años entre 1990 y 1995 por principal región o zona clasificadas según el nivel de mortalidad	5
2. Estimaciones revisadas de 1990 de la mortalidad materna por región	8
3. Distribución estimada de personas con VIH/SIDA, 1997	9
4. Grupos de población cuyo nivel de mortalidad preocupa especialmente al gobierno	15

Gráficos

I. Esperanza de vida al nacer combinada correspondiente a ambos sexos en el mundo, las regiones más desarrolladas y las regiones menos desarrolladas, 1950-1995	3
II. Cifra anual de nuevas infecciones de VIH en regiones seleccionadas	10
III. Aceptabilidad de los niveles de mortalidad según los gobiernos, 1995	14

I. Niveles y tendencias en materia de mortalidad

1. Desde la segunda guerra mundial se ha reducido la mortalidad de manera notable, de modo que la esperanza de vida media en todo el mundo ronda los 62 años en los hombres y los 67 años en las mujeres, nivel que caracterizaba a las regiones desarrolladas del mundo a comienzos del

decenio de 1950. La mortalidad ha disminuido realmente en todo el mundo, aunque la esperanza de vida ha aumentado más rápidamente en las regiones menos desarrolladas que en las más desarrolladas, de modo que la diferencia entre ambas se redujo de 25,6 años y a comienzos del decenio de 1950 a 12,1 años en 1990-1995 (gráfico I). En la actualidad, la esperanza de vida en esas dos regiones es de 62,1 años y 74,2 años respectivamente.

Gráfico I

Esperanza de vida al nacer combinada correspondiente a ambos sexos en el mundo, las regiones más desarrolladas y las regiones menos desarrolladas, 1950-1995

Fuente:

World Population Prospects: The 1996 Revision (publicación de las Naciones Unidas, de próxima aparición.)

2. En casi todos los países desarrollados, la disminución de la mortalidad de los adultos y, en particular, de las personas de edad avanzada ha aumentado la esperanza de vida. La mortalidad descendió más rápidamente en Europa meridional, donde se redujo en 12,7 años a lo largo de 40 años. La mortalidad sigue disminuyendo aun cuando la esperanza de vida alcanza niveles muy altos. Por ejemplo, entre 1990 y 1995, la esperanza de vida en el Japón, que es la más alta del mundo, pasó de 75,9 años a 76,4 años en los varones y de 81,8 años a 82,9 años en las mujeres.

3. Las tendencias en materia de mortalidad son diferentes, sin embargo, en los países con economías en transición. Desde el período posterior a la segunda guerra mundial hasta mediados del decenio de 1960, la esperanza de vida en los países de la ex Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas

(URSS) y de los de la mayor parte de Europa oriental aumentó de forma sostenida, básicamente porque la mortalidad infantil, que era muy alta, fue disminuyendo rápidamente. A mediados del decenio de 1960, la esperanza de vida en Europa oriental había alcanzado los mismos niveles que en América del Norte y en Europa occidental. Luego se estabilizó durante dos o tres decenios, aunque se observaron avances y retrocesos de corta duración. La estabilización obedeció a dos tendencias contrarias: el mejoramiento lento de la supervivencia infantil y el empeoramiento de la supervivencia de los adultos, en particular entre los varones. Como consecuencia, la esperanza de vida media combinada correspondiente a ambos sexos en Europa oriental fluctuó en 1990-1995 entre 66,5 años en la Federación de Rusia y 72 años en la República Checa, mientras que en la Unión Europea osciló

entre 74,4 años en Portugal y 78,1 años en Suecia. La situación es más grave en el grupo de nuevos Estados independientes que se formaron tras la disolución de la Unión Soviética. En un período de cinco a ocho años, descendió la esperanza de vida en cada uno de los países de ese grupo y las disminuciones combinadas correspondiente a ambos sexos oscilaron entre 2,7 años en Estonia y 5,9 años en la Federación de Rusia.

4. El progreso registrado en las regiones menos desarrolladas ha sido desigual y los niveles actuales de esperanza de vida difieren considerablemente. El aumento más alto en términos absolutos se produjo en Asia entre 1950 y 1955 y 1990 y 1995 (de 41,3 años a 64,5 años). En las naciones más populosas se observaron aumentos superiores a 20 años: China, Filipinas, la India, Indonesia, el Pakistán, Tailandia y Turquía. Sin embargo, algunos de los países de Asia, por ejemplo, el Afganistán, todavía tienen una de las esperanzas de vida más bajas del mundo (43,5 años entre 1990 y 1995). En América Latina y el Caribe, la esperanza de vida aumentó más lentamente que en Asia (17,1 años), alcanzando 68,5 años entre 1990 y 1995. En África los progresos han sido aún menores: se pasó de 37,8 años entre 1950 y 1955 a 51,8 años entre 1990 y 1995, lo que representa un aumento de 14 años.

5. Si bien en los países menos adelantados, la mayor parte de los cuales se encuentra en el África al sur del Sáhara, la esperanza de vida aumentó en 14,2 años, el cambio ha sido mucho más lento que en los otros países en desarrollo. El hecho de que el aumento medio anual de la esperanza de vida en el período comprendido entre 1950-1955 y entre 1990 y 1995 fuera de cuatro meses en los países menos adelantados en comparación con seis meses en las regiones menos desarrolladas (excluidos los países menos adelantados) significa que se ha acentuado el retroceso de los primeros respecto del resto del mundo. Mientras que en 1950-1955 la esperanza de vida media en el grupo de los países menos adelantados (35,5 años) había sido 6,2 años inferior a la de las regiones menos desarrolladas con exclusión de ese grupo, la diferencia se había ampliado a 14,6 años para el período comprendido entre 1990 y 1995. Desde 1985, se incrementó considerablemente la mortalidad en algunos países como consecuencia de guerras y enfrentamientos civiles. Por ejemplo, se calcula que en Rwanda la esperanza de vida descendió de 46,7 años entre 1985 y 1990 a 22,6 años entre 1990 y 1995.

6. La propagación del virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) es una causa importante de muerte en muchos países en desarrollo. La incidencia de la epidemia es particularmente devastadora en el África al sur del Sáhara, donde el virus comenzó a transmitirse de forma generalizada a fines del decenio de 1970 y a comienzos del decenio de 1980. Se prevé

que la estabilización o disminución de la esperanza de vida causada por el SIDA se mantendrá hasta el año 2000. Sin el SIDA, la esperanza de vida agregada en los 24 países de África al sur del Sáhara más afectados por la epidemia habría sido 51,4 años entre 1985 y 1990 y habría aumentado a 52,6 años entre 1990 y 1995. Como consecuencia del SIDA, la esperanza de vida real fue 1,5 años más baja que entre 1985 y 1990 y descendió todavía a 48,3 años entre 1990 y 1995, lo que representa 4,3 años menos que si no hubiera habido epidemia de SIDA. En los cinco países africanos más afectados por el VIH, en los que un 10% o más de la población adulta está infectada, se perdieron 9,1 años de esperanza de vida por la prevalencia del SIDA entre 1990 y 1995; en esos países, la esperanza de vida media disminuyó a 44 años y se calcula que la epidemia causó unos 1,5 millones de muertes adicionales entre 1985 y 1995.

7. En dos importantes conferencias internacionales recientes, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, de 1994, y la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, de 1995, se fijaron metas para mejorar la esperanza de vida. En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo¹, se señala que los países deberían tratar de que se llegue a una esperanza de vida al nacer que exceda de los 70 años en el año 2005 y de los 75 años en el año 2015 (párr. 8.5). En el Programa de Acción de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social² se propuso que la esperanza de vida fuera de 60 años en el año 2000 (párr. 36 b)). Si se cumplen los supuestos implícitos en las últimas proyecciones demográficas de las Naciones Unidas, 71 países no habrán alcanzado la meta de una esperanza de vida de 70 años en el año 2005 aprobada en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y 111 no habrán alcanzado la meta correspondiente al año 2015 (75 años).

II. La supervivencia y salud infantiles

8. Entre 1990 y 1995, unos 11 millones de niños murieron anualmente antes de cumplir los 5 años y 8,2 millones de ellos no alcanzaron a cumplir 1 año. La mayor parte de esas muertes (98%) se registraron en los países en desarrollo, y en los países menos adelantados se produjo un tercio de las muertes de niños menores de 5 años. En el mundo desarrollado, sólo 11 de 1.000 recién nacidos murieron antes de cumplir el año entre 1990 y 1995; el número de muertes fue de 68 por 1.000 recién nacidos en el mundo en desarrollo. Los niños de los países menos adelantados corrieron peor suerte ya que 109 de 1.000 recién nacidos murieron antes de cumplir el año. De forma análoga, la mortalidad de niños menores de

5 años, un indicador más sensible de los factores socioeconómicos, ambientales y de conducta que la mortalidad infantil, fue siete veces más alta en los países en desarrollo y 12 veces más alta en los países menos adelantados que en los países desarrollados. En el cuadro 1 se muestra la mortalidad infantil y la mortalidad de los niños menores de 5 años en el plano regional.

Cuadro 1

Mortalidad infantil entre 1970 y 1975 y entre 1990 y 1995, cambio porcentual de la mortalidad infantil entre esos períodos y mortalidad de los niños menores de 5 años entre 1990 y 1995 por principal región o zona clasificadas según el nivel de mortalidad

Región o zona principal	Mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)		Cambio porcentual de la mortalidad infantil		Mortalidad de los niños menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos)
	1970-1975	1990-1995	1970-1975 a 1990-1995	1990-1995	
Total mundial	93	62	-33	82	
Regiones más desarrolladas	21	11	-50	13	
Regiones menos desarrolladas	104	68	-35	90	
Países menos adelantados	147	109	-26	156	
América del Norte	18	9	-52	10	
Europa	25	13	-48	16	
Oceanía	41	26	-36	33	
América Latina y el Caribe	80	40	-50	46	
Asia	98	62	-37	77	
África	130	94	-28	145	

Fuente:

World Population Prospects: The 1996 Revisión (publicación de las Naciones Unidas, de próxima aparición), anexo I.

9. Reconociéndose la importancia de redoblar los esfuerzos para disminuir la mortalidad en la niñez, en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se propició la adopción de medidas para promover la supervivencia y salud infantiles y se fijaron metas para disminuir la mortalidad. En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se establece que todos los países deben tratar de que la mortalidad infantil sea inferior a 35 por cada 1.000 nacidos vivos y que la mortalidad de los niños menores de 5 años se sitúe en 45 por cada 1.000 nacidos vivos en el año 2015 (párr. 8.16).

10. Si se examinan en primer término los países con una alta tasa de mortalidad—aquellos en los que, según las últimas estimaciones de mortalidad, infantil se registraron desde 1985 por lo menos 100 muertes por cada 1.000 nacidos vivos o en los que se observa una tasa de mortalidad de niños menores de 5 años de 150 muertes por cada 1.000 nacidos vivos—, queda claro que les será difícil alcanzar las metas fijadas, aun cuando cada país mantenga a partir de 1995 una tasa de reducción equivalente a la tasa más alta que realmente se registre en uno de los miembros del grupo (2,3% anual). Los países que integran ese grupo pertenecen en su mayoría a la categoría de países menos adelantados y están en gran parte en África, especialmente en África occidental y en África oriental. En Asia, los países que componen ese grupo están en el subcontinente indio y, en América Latina y el Caribe, Haití es el único país que integra este grupo.

11. Si bien se calcula que la mortalidad infantil y en la niñez se ha reducido sistemáticamente desde 1970 en todas las regiones en desarrollo, hay indicios de que el ritmo puede haber comenzado a moderarse en el decenio de 1980, en particular en los países menos adelantados. En la mayor parte de estos países, la menor reducción de la tasa de mortalidad en la niñez se relaciona con la incidencia cada vez mayor de la infección por el VIH. En los países en que este fenómeno es importante, la tarea de disminuir la mortalidad en la niñez resulta más onerosa y puede depender no sólo de los programas encaminados a luchar contra las enfermedades infantiles infecciosas típicas sino también de las medidas que se tomen para prevenir nuevos casos de transmisión del VIH.

12. No obstante, cabe destacar que en numerosos países en desarrollo la supervivencia infantil ha mejorado de manera notable en los últimos 20 años. Entre ellos se encuentran algunos de los países más populosos como China, la India y México, en los que las tasas medias anuales de reducción han sobrepasado el 4%. Cabe señalar en particular los países o zonas en las que se han registrado tasas de descenso superiores al 7% anual, entre ellos, Chile, Jamaica y la República de Corea respecto de la mortalidad infantil y esos tres países, además de Costa Rica, Hong Kong, China y Sri Lanka, en relación con la mortalidad de niños menores de 5 años. También hay algunos países en desarrollo, incluidos Israel, la República de Corea y Singapur, en los que los niveles de mortalidad infantil pueden equipararse a los de los países desarrollados (menos de 11 por cada 1.000 nacidos vivos).

13. Una tendencia descendente de la mortalidad infantil también caracteriza a los países con economías en transición. Si bien las estimaciones correspondientes a los Estados sucesores de la ex URSS parecen demostrar que la mortalidad infantil aumentó entre 1970 y 1975, este incremento se vincula con el mejor registro de las muertes de recién nacidos

antes que con un cambio de las tendencias principales. Aunque según las estimaciones, desde 1990 se registran fluctuaciones anuales que a veces suponen un aumento de un año al otro, la tendencia general es descendente. Se observan tendencias análogas en otros países con economías en transición. En efecto, los datos parecen indicar que las transformaciones sociales y económicas que experimentan estos países no han repercutido demasiado negativamente en las probabilidades de supervivencia de los niños.

14. Los países desarrollados con economías de mercado bien establecidas siguen experimentando niveles muy bajos de mortalidad infantil; en los Estados Unidos de América, Grecia, y Portugal se registra el límite más alto (8 muertes por cada 1.000 nacidos vivos) y en Suecia el más bajo (3 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 1996).

15. La mortalidad infantil y en la niñez en los países desarrollados es invariablemente más alta entre los varones que entre las niñas. No siempre ocurre lo mismo en los países en desarrollo, en los que la ventaja que les llevan las niñas a los varones en materia de supervivencia se ve disminuida a veces por otros factores, incluidas las prácticas de puericultura que, al discriminar en favor de los varones, conducen a un exceso de mortalidad de niñas. Si bien sólo en un reducido número de países en desarrollo se observa un claro exceso de mortalidad de niñas, el tamaño de esos países entraña que el fenómeno tiene una incidencia importante. Se estima, por ejemplo, que se registran anualmente 250.000 muertes prevenibles de niñas menores de 5 años.

16. En los últimos 20 años, la comunidad internacional se ha movilizado para disminuir las muertes de niños que se pueden prevenir mediante la adopción de medidas estratégicas de bajo costo y gran alcance. A mediados del decenio de 1980, la inmunización de niños se transformó en un componente importante de muchos programas de salud. La inmunización y otras medidas en pro de la supervivencia de los niños contribuyeron a que se prestara apoyo a la salud y al desarrollo infantiles y a que se diera importancia al fomento de la capacidad y al sostenimiento de los programas, en los ámbitos comunitario y nacional.

17. En el decenio de 1990 se intensificaron los esfuerzos internacionales para mejorar la supervivencia y el desarrollo infantiles, tarea en la que colaboraron estrechamente los gobiernos nacionales, los organismos del sistema de las Naciones Unidas, las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones bilaterales y multilaterales. La Cumbre Mundial en favor de la Infancia, celebrada en 1990, constituyó un importante hito en cuanto al incremento de las medidas encaminadas a fomentar la supervivencia y el desarrollo infantiles. En el informe del Secretario General de 1996 sobre

los progresos hechos a mediados del decenio en la aplicación de la resolución 45/217 de la Asamblea General sobre la Cumbre Mundial en favor de la Infancia (A/51/256), se señalaba que se avanzó considerablemente en la consecución de las metas fijadas para el año 2000. No obstante, pese a los adelantos, la mortalidad infantil sigue siendo inaceptablemente alta en el mundo en desarrollo, en particular en el África al sur del Sáhara y en Asia meridional.

III.

Atención primaria de la salud y el sector de la salud

18. La atención primaria de la salud ha contribuido de forma considerable al mejoramiento del estado de salud de la población. Sin embargo, tras la Declaración de Alma-Ata³, transcurrió un largo período antes de que se comenzara a reorientar los recursos humanos y financieros hacia la atención primaria de la salud. Las decisiones que se adoptan en el sector de la salud todavía favorecen la medicina clínica de carácter curativo y no el fomento de la salud pública de carácter preventivo. Los sistemas y servicios de salud pública cuentan con menos recursos de los que necesitan y la atención de los grupos vulnerables, los discapacitados y las personas de edad recibe en general un apoyo insuficiente.

19. Respecto de los recursos humanos, mientras los países desarrollados con economías de mercado tienen un número estimado de 750 enfermeras y parteras por cada 100.000 habitantes y los países con economías en transición cuentan con un número estimado de 800 enfermeras, en los países menos adelantados hay sólo 20 enfermeras por cada 100.000 habitantes. Cabe señalar como algo positivo que va en aumento la demanda general de servicios de enfermería y partería y que en todas las regiones en las que funciona la Organización Mundial de la Salud (OMS) se informó del aumento de la demanda de apoyo a la capacitación de enfermeras y al desarrollo de recursos humanos.

20. En la mayor parte de los países aún se registra una marcada preferencia por confiar a los médicos la atención principal de los pacientes, aun cuando la experiencia demuestra que las enfermeras y otros trabajadores de la salud pueden prestar muchos de los mismos servicios con igual idoneidad. Es necesario intensificar la supervisión de la productividad de los trabajadores del sector de la salud, la calidad de los servicios y los costos.

21. En 1996 la OMS emprendió una iniciativa encaminada a tratar la amplia cuestión de la equidad en materia de salud y atención de la salud. Con esta iniciativa se busca garantizar

que las necesidades de la población y no sus privilegios sociales determinen las oportunidades de lograr el bienestar y que se reduzcan las disparidades evitables que caracterizan el estado de salud de hombres y mujeres y de los grupos con distintos niveles de privilegio social o de los servicios de salud que se les presta.

22. Las intervenciones destinadas a solucionar los problemas de las personas de edad, los discapacitados y las personas con VIH/SIDA son más eficaces cuando se realizan en el ámbito comunitario. Análogamente, la promoción de la lactancia natural, el asesoramiento en salud genésica y la educación de las madres en puericultura tienen una repercusión más directa cuando provienen de personas que pertenecen a la comunidad que cuando parecen impuestos por una burocracia central.

23. El acceso a los medicamentos básicos ha aumentado considerablemente en cifras absolutas en los últimos 20 años, desde que la OMS adoptó el concepto de medicamentos esenciales y publicó la primera lista de esos medicamentos. Numerosos países han adoptado ese concepto como modo de racionalizar el sistema de suministro de medicamentos. Más de 120 países revisan periódicamente sus listas de medicamentos esenciales. La adquisición y distribución de medicamentos en el sector público ha mejorado gracias a la creación de depósitos centrales autónomos de suministros médicos y de planes como la Iniciativa de Bamako, en la que se incluyen métodos de financiación alternativos, como la participación en la financiación de los gastos. El rápido desarrollo del sector privado ha contribuido a que se disponga de medicamentos en la mayoría de los países. No obstante, pese a este adelanto, se calcula que más de un tercio de la población mundial todavía carece de medicamentos esenciales y que en algunas regiones del mundo, en particular en los países más pobres de África y de Asia, más del 50% de la población no tiene acceso a ellos.

24. Numerosos países han ampliado su capacidad de reglamentar el uso de fármacos mediante normas y parámetros formulados por la OMS. Sin embargo, sigue preocupando la calidad de los medicamentos y es cada vez más corriente que existan medicamentos falsificados y de mala calidad en el comercio internacional. La escasez de recursos humanos y financieros, exacerbada por los recortes presupuestarios, socavan la capacidad de las autoridades que reglamentan los medicamentos para garantizar que los que existen en el mercado sean seguros, eficaces y de calidad aceptable.

25. La falta de servicios de saneamiento básicos, y de abastecimiento de agua potable y la insalubridad de los alimentos contribuyen en gran medida a la prevalencia de las enfermedades infecciosas. Si bien han aumentado esos

servicios no bastan para satisfacer las necesidades generadas por el crecimiento demográfico en muchos países. Se calcula que en 1994, un 75% de la población de los países en desarrollo tenía acceso al agua potable y un 34% a los servicios de saneamiento. La situación es más precaria en las zonas rurales. En 1994, los servicios de saneamiento en las zonas urbanas alcanzaban a un 63% de la población, mientras que en las zonas rurales llegaban a sólo un 18%. De forma análoga, el 70% de la población tenía acceso al agua potable en el campo en comparación con un 82% en las ciudades.

26. En todo el mundo se reconoce que es necesario reformar el sector de la salud, aunque las opiniones difieren considerablemente en cuanto a los métodos que habrán de utilizarse. La mayor parte de los países han optado por traspasar la responsabilidad al plano local, privatizar los servicios de salud y potenciar la capacidad de elegir y la responsabilidad de cada uno en materia de gastos de atención de la salud. Si bien la descentralización puede adoptar diversas formas, en todos los casos ha entrañado cambios considerables en la financiación de la atención de la salud, la capacitación, los suministros o los niveles de recursos. Como hasta ahora se carece de datos, es sumamente difícil determinar la manera en que ha evolucionado el sistema. Una mayor cantidad de información permitiría efectuar un análisis más racional de las tendencias que se registran en el estado de salud de la población de cada país. La difusión de la tecnología de la información debería facilitar esta tarea en el futuro.

IV. La salud de la mujer y la maternidad sin riesgo

27. Las complicaciones vinculadas con el embarazo y el parto figuran entre las causas principales de mortalidad de la mujer en edad de procreación en muchas partes del mundo en desarrollo. Según estimaciones de la mortalidad derivada del embarazo publicadas en 1996, alrededor de 585.000 mujeres mueren anualmente de causas vinculadas con el embarazo y el 99% de ellas viven en los países en desarrollo (cuadro 2). Existe una enorme diferencia entre las tasas de mortalidad derivada del embarazo que se registran en las regiones más desarrolladas y en las menos desarrolladas: en 1990 las cifras oscilaron entre más de 480 muertes de madres por cada 100.000 nacidos vivos en las regiones menos desarrolladas y alrededor de 27 por cada 100.000 nacidos vivos en las regiones más desarrolladas. En algunas partes de África, las tasas pueden alcanzar hasta 1.000 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

Cuadro 2

Estimaciones revisadas de 1990 de la mortalidad materna por región

	Coeficiente de mortalidad materna (defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos)	Número de defunciones maternas (en miles)
Total mundial	430	585
Regiones más desarrolladas	27	4
Regiones menos desarrolladas	480	582
África	870	235
Asia ^a	390	323
Europa	36	3
América Latina y el Caribe	190	23
América septentrional	11	0,5
Oceanía ^b	680	1

Fuente:

Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Estimaciones revisadas de 1990 de la mortalidad materna (Ginebra, 1996).

^a Menos el Japón, que se incluye en las regiones más desarrolladas.

^b Menos Australia y Nueva Zelandia, que se incluyen en las regiones más desarrolladas.

28. En todo el mundo las causas de las defunciones maternas son similares. A nivel mundial, alrededor del 80% de esas muertes tienen causas directas, es decir, complicaciones obstétricas en torno al embarazo (embarazo, parto y puerperio), intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o una cadena de acontecimientos como resultado de cualesquiera de las razones mencionadas anteriormente. La causa directa de muerte más común, que representa el 25% de todas las defunciones maternas, es la hemorragia obstétrica, que suele producirse después del parto. Las infecciones puerperales, muchas veces provocadas por la falta de higiene durante el parto o por infecciones en el aparato reproductivo que no hayan atendido (incluidas las transmitidas sexualmente), representan alrededor del 15% de la mortalidad materna. Los trastornos hipertensivos del embarazo, en particular la eclampsia (convulsiones), constituyen alrededor del 13% de las defunciones maternas. Alrededor del 7% de las defunciones maternas ocurren como resultado de partos prolongados u obstruidos. Otras causas directas de defunciones maternas son los embarazos ectópicos y molares, las embolias y las consecuencias de intervenciones como la anestesia. Cerca del 20% de las defunciones maternas ocurren por causas indirectas, es decir, como resultado de alguna enfermedad agravada por los efectos fisiológicos del embarazo. De esas causas

indirectas de muerte, la anemia es una de las más significativas.

29. Una gran proporción de las defunciones maternas, aproximadamente el 13%, se debe a complicaciones asociadas con abortos practicados en malas condiciones⁴. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo reconoció que los abortos realizados en condiciones no adecuadas era un importante problema de salud pública y recomendó que se redujera el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. El Programa de Acción destaca además que en los casos en que el aborto no sea contrario a la ley, deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. En la actualidad, aproximadamente el 90% de los países del mundo, que representan el 96% de la población mundial, tiene políticas que permiten el aborto en diversas situaciones jurídicas para salvar la vida de la mujer. Sin embargo, una proporción significativa de los abortos son inducidos por las propias mujeres o se efectúan en malas condiciones, y son la causa de un gran porcentaje de los fallecimientos de las madres o de lesiones permanentes en las mujeres afectadas.

30. La atención inadecuada de la madre durante el embarazo y el parto es la causa inmediata de las complicaciones relacionadas con el embarazo, la mala salud y la muerte. Como factores más distantes cabe mencionar la situación subordinada, la mala salud y la nutrición inadecuada de la mujer. La edad a la que las mujeres empiezan a tener hijos o dejan de tenerlos, el intervalo entre los nacimientos, el número total de embarazos a lo largo de la vida y las circunstancias socioculturales y económicas en que viven las mujeres son factores que influyen en la morbilidad y mortalidad maternas. Así y todo, el factor determinante más importante y directo de la salud y la supervivencia materna es el grado en que las mujeres puedan recibir servicios de maternidad de elevada calidad. Esta cuestión fue reconocida explícitamente en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (párr. 8.22), que dice: "Todos los países, con apoyo de todos los sectores de la comunidad internacional, deberían aumentar la prestación de servicios de maternidad en el marco de la atención primaria de la salud ... Todos los nacimientos deberían contar con la asistencia de personas capacitadas, de preferencia enfermeras y parteras, pero al menos, comadronas capacitadas".

31. Las estimaciones actuales a nivel mundial de la OMS muestran que, en el mundo en desarrollo, aproximadamente el 65% de las mujeres embarazadas reciben al menos alguna atención médica durante el embarazo; que el 40% de los

partos se efectúan en centros de salud; y que poco más de la mitad de todos los partos son asistidos por personal calificado. Esto contrasta notablemente con los países desarrollados, donde prácticamente todas las mujeres reciben atención médica sistemática durante el embarazo, el parto y el período posterior al parto.

32. El cuidado durante el puerperio ha sido un aspecto relativamente descuidado en lo que respecta a la atención materna. Las estimaciones basadas en los limitados datos de que se dispone indican que menos del 30% de las mujeres recibe atención durante el puerperio en el caso de los países en desarrollo, y el 35% a nivel mundial. Este bajo nivel de atención es alarmante, ya que las intervenciones oportunas durante el puerperio pueden evitar la muerte de madres y recién nacidos, así como reducir la morbilidad a largo plazo asociada al embarazo.

33. La distancia es el factor más evidente que impide el uso de los servicios de atención materna. En las zonas rurales, donde las mujeres tienen poco acceso a recursos para pagar el transporte, y donde probablemente las carreteras son malas y escasean los vehículos, este tipo de obstáculos materiales complica incluso el uso de los servicios habituales de atención prenatal y dificulta los servicios en caso de complicaciones y urgencias.

34. A medida que aumenta la experiencia en la aplicación de los programas de maternidad sin riesgo, se hace cada vez más evidente que el indicador del estado de la salud materna empleado tradicionalmente, a saber, el coeficiente de mortalidad materna, no es útil para verificar los avances a corto plazo. La mayoría de los programas de maternidad sin riesgo se basan actualmente en indicadores de procesos para supervisar los programas ordinarios. Esos indicadores pueden incluir el número y la distribución de los servicios esenciales de atención obstétrica, la proporción de partos atendidos por personal capacitado de atención a la salud o efectuados en instituciones, las tasas de ejecución operativa y las tasas de letalidad institucional. Además, se insta a los países a que aprovechen al máximo las técnicas cualitativas para evaluar la calidad de la atención prestada, como exámenes maternos minuciosos y exámenes de casos.

V. Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

35. Se estimó que a finales de 1997 más de 30 millones de personas en todo el mundo estaban infectadas con el VIH o

el SIDA, y que de ellas, alrededor de 1,1 millones eran niños (cuadro 3). Más del 90% de los casos se encuentran en los países en desarrollo.

Cuadro 3
Distribución estimada de personas con VIH/SIDA, 1997

Región	Número de adultos y niños con VIH/SIDA (en miles)	Tasa de prevalencia de VIH (porcentaje) ^a
Total mundial	30 612	
África al sur del Sáhara	20 800	7,4
Asia meridional y sudoriental	6 000	0,6
Asia oriental y el Pacífico	440	0,05
Caribe	310	1,9
América Latina	1 300	0,5
África septentrional y Asia occidental	210	0,13
América septentrional	860	0,6
Europa occidental	530	0,3
Europa central y oriental/Asia central	150	0,07
Australia y Nueva Zelandia	12	0,1

Fuente:

Organización Mundial de la Salud/Programa conjunto y de copatrocinio de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA* (Ginebra, diciembre de 1997).

^a Proporción de adultos con VIH/SIDA en la población adulta de entre 15 y 49 años de edad.

36. Se estima que durante 1997 hubo unos 5,8 millones de nuevos casos de infecciones de VIH, a razón de unos 16.000 casos diarios casi el 40% de esas nuevas infecciones se produjo en mujeres, y cerca del 10% en niños. El VIH afecta desproporcionadamente a los jóvenes adultos: en 1997, más de la mitad de los adultos recientemente infectados tenían menos de 25 años de edad. Las afecciones asociadas al VIH ocasionaron la muerte a unos 2,3 millones de personas en 1997, o sea, alrededor del 20% de los que han muerto desde el comienzo de la pandemia. De esos 2,3 millones de personas que murieron, alrededor de 460.000 eran niños.

37. La infección con el VIH no tiene una distribución geográfica uniforme. En algunas zonas el virus se propagó desde principios del decenio de 1980, mientras que en otra, el virus comenzó a propagarse sólo alrededor de 1991 (véase el gráfico II). La pandemia mundial abarca una serie de microepidemias entrecruzadas, cada cual con su propia estructura y dinámica. Si bien algunos países relativamente prósperos han podido detener el crecimiento de la epidemia dentro de sus fronteras, en otras partes del mundo están surgiendo nuevas epidemias, algunas veces muy virulentas. Prácticamente todos los rincones del mundo ya están afectados por el VIH.

Gráfico II

Cifra anual de nuevas infecciones de VIH en regiones seleccionadas

Fuente:

Organización Mundial de la Salud/Programa conjunto y de copatrocinio de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA* (Ginebra, diciembre de 1997).

^a “Europa occidental, América del Norte, Australia, Nueva Zelanda y el Japón.

38. Se estima que a finales de 1997 alrededor de 21 millones de personas estaban infectadas con el VIH en el África al sur del Sáhara, aproximadamente las dos terceras partes del total mundial. El VIH comenzó a propagarse a principios del decenio de 1980 en países de África oriental. Las epidemias cuyos orígenes son más recientes, a saber, las de Botswana, Lesotho, Namibia, Sudáfrica y Suazilandia, han

seguido pautas de propagación e intensidad similares a las de las de los grupos más antiguos.

39. La propagación significativa del VIH en partes de Asia comenzó después que en África, o sea, a partir de mediados del decenio de 1980. En 10 años o menos, las tasas de prevalencia han aumentado muy rápidamente en algunas zonas. Además de las grandes variaciones entre los países,

también hay considerables diferencias en cada país en cuanto a la dinámica de transmisión del VIH en Asia, en particular en China y la India.

40. El país mejor documentado de la región es Tailandia, donde la epidemia cobró fuerza en 1988 con una propagación inicial entre los usuarios de drogas inyectables. La prevalencia en ese grupo aumentó del 0% a 35% en los primeros nueve meses del año. En dos años, aumentos similares ocurrieron entre los usuarios de drogas inyectables en Myanmar y, posteriormente, en el nordeste de la India. Con todo, la transmisión sexual ha sido la forma predominante en los países de Asia.

41. La propagación del VIH en América Latina comenzó temprano, alrededor de 1980, inicialmente entre varones homosexuales y bisexuales, y usuarios de drogas inyectables. Los países o zonas más afectados de la región han sido el Caribe, Honduras y el Brasil.

42. En América del Norte, si bien la tasa general de aumento de la incidencia de SIDA ha disminuido en los últimos años, ha habido considerables variaciones en las poblaciones afectadas. El aumento de la incidencia de SIDA en el decenio de 1990 ha sido mayor entre las mujeres y las poblaciones desfavorecidas económicamente, y en el caso de personas infectadas mediante contactos heterosexuales en contraposición con los modos homosexuales o no sexuales de transmisión. Las tasas de muertes causadas por el SIDA han descendido en los últimos años, básicamente como resultado de los adelantos terapéuticos.

43. En Europa occidental, si bien la incidencia de SIDA se ha estabilizado en los últimos años, en diversos países de la región noroccidental del continente, continúa aumentando en los países de Europa sudoccidental. En España y Portugal, en particular, el uso de drogas inyectables ha contribuido a que siga propagándose el VIH.

44. En partes de Europa central y oriental hay epidemias que se desarrollan rápidamente, alimentadas por diversas fuerzas, como la transición política y económica y sus efectos sobre los estilos de vida, las expectativas y los servicios de salud. Se ha informado de grandes brotes de infección de VIH relacionados con el uso de drogas inyectables en diversos países, primero en Polonia y en la ex Yugoslavia a finales del decenio de 1980, y más recientemente en ciudades de Ucrania en la costa del Mar Negro. El uso de drogas inyectables desempeña ahora un papel significativo en la epidemia en la Federación de Rusia.

45. Según se informa en Australia y Nueva Zelanda, más del 85% de las infecciones han sido adquiridas por contacto sexual entre hombres. Hay pruebas de que las tasas de infección de VIH han llegado a estabilizarse en Australia y de que están disminuyendo en Nueva Zelanda.

46. El VIH se transmite exclusivamente mediante los humores orgánicos. Se estima que la transmisión sexual representa más del 85% de todas las infecciones de VIH en el mundo. La transmisión por conducto de la sangre y hemoderivados es el segundo medio principal de contagio de VIH. El uso de drogas inyectables, cuando las personas comparten agujas o jeringuillas no esterilizadas, es un vector significativo en este sentido en muchos lugares, tanto en países desarrollados como en desarrollo.

47. El tercer medio principal de transmisión de la infección es de madre a hijo, tanto perinatal como durante el puerperio. La transmisión de madre a hijo es la fuente principal de infección de VIH en niños menores de 15 años de edad. Los niños también pueden ser infectados con el VIH por transfusiones de sangre y mediante el uso de instrumentos médicos contaminados.

48. Si bien en la actualidad no hay cura contra la infección de VIH, su avance puede detenerse significativamente con una terapia de combinación antirretrovírica. Además, se dispone de múltiples tratamientos para prevenir y tratar las infecciones oportunistas y las neoplasias malignas que afectan a las personas cuyo sistema inmunológico ha sido debilitado por el virus. También hay terapia antirretrovírica profiláctica, encaminada a reducir la probabilidad de infección por VIH tras una exposición al virus. Con todo, el principal problema en muchos países es el acceso a esos tratamientos, dada la avasalladora falta de disponibilidad o posibilidades de sufragar la mayoría de ellos, o ambas cosas.

49. Las respuestas al VIH son la prevención y la atención, y ambas fases se interrelacionan cada vez más estrechamente a medida que avanza la pandemia. Casi todos los países han adoptado algún tipo de medida ante los problemas y las amenazas concomitantes a la propagación del VIH a nivel mundial. Por lo general las medidas son dictadas por el Ministerio de Salud, el Programa Nacional del SIDA o, en algunos casos, los dirigentes nacionales. En muchos casos, la respuesta ha sido más enérgica en las comunidades más afectadas por el virus —grupos comunitarios locales o asociaciones de personas con VIH/SIDA.

50. Puesto que la mayoría de las infecciones por VIH se producen por contacto sexual o drogas inyectables, la medida fundamental para tratar de prevenir la transmisión es modificar la conducta. Uno de los objetivos esenciales del programa de prevención es detectar las poblaciones en riesgo, por su comportamiento sexual o por compartir agujas, y facilitarles una combinación de conocimientos, capacidad, mecanismos y clima de apoyo para cambiar esos comportamientos y, por ende, reducir los riesgos. Los programas de prevención también tienen que centrarse en las cuestiones más amplias que puedan afectar la vulnerabilidad de diversas poblaciones ante el VIH/SIDA. Entre esas medidas a más largo plazo cabe

mencionar el logro de cambios sociales y culturales, en particular con respecto a la situación de la mujer, ya que en muchas sociedades son especialmente vulnerables al VIH/SIDA.

51. Dada la vulnerabilidad de los jóvenes al VIH y a otras enfermedades de transmisión sexual, la sociedad tiene que hacer un mayor esfuerzo para ayudar a los niños a protegerse, educándolos en las escuelas, en el hogar, y por conducto de los medios de difusión, y brindándoles oportunidades para que desarrollen la capacidad de protegerse. Educar a los niños sobre el SIDA en la escuela, aun cuando no corran riesgo alguno hoy, es una inversión eficaz en su futuro.

52. Las cuestiones relacionadas con el VIH y el SIDA se han ido normalizando cada vez más pues algunas partes del mundo llevan 20 años enfrentándose a los efectos de la pandemia. En algunos países, esta normalización se ha logrado tratando al VIH como a cualquier otra enfermedad transmisible. En otros, se han ampliado y redefinido los servicios de salud genésica y sexual. Por consiguiente, hay que abordar abiertamente y en consulta con los grupos afectados y las comunidades la cuestión de la integración de los servicios relacionados con el VIH en otras formas de prestación de servicios. Si bien los que trabajan en ese cometido deben ser conscientes de los beneficios que puede reportar algunas veces esa integración, también deben conocer los aspectos que distinguen a esa epidemia y sus efectos sobre los grupos y comunidades más marginados.

VI. Transición epidemiológica

53. En estos momentos en todas las regiones del mundo se está efectuando la transición epidemiológica, o sea, el cambio de la predominancia de enfermedades infecciosas y parasitarias al de las enfermedades crónicas y degenerativas de la edad adulta como principales causas de muerte. Ya desde mediados de siglo las enfermedades no transmisibles, muy en particular las enfermedades circulatorias y el cáncer, habían reemplazado a las enfermedades infecciosas como las causas más prevalecientes de muerte en los países desarrollados. Para principios del decenio de 1990, casi el 90% de todas las muertes de esas zonas se debían a esas causas.

54. Las muertes por enfermedades crónicas y degenerativas también constituyen una proporción cada vez mayor de todas las muertes en los países en desarrollo. En la medida en que han tenido éxito las estrategias mundiales de supervivencia del niño encaminadas a reducir la mortalidad en la infancia y la niñez provocada por enfermedades transmisibles, están cambiando los perfiles de causas de defunción en los países en desarrollo. A su vez, el descenso de la fecundidad ha conducido a un cambio en la estructura por edad de la

población hacia poblaciones de edades más avanzadas, lo que también ha contribuido a una mayor proporción de muertes por enfermedades crónicas y degenerativas en la adultez, aun cuando las tasas de defunción de adultos han seguido disminuyendo. Más personas mueren a edades más avanzadas en los lugares en que las enfermedades no transmisibles dominan la estructura de las causas de defunción.

55. Una labor integral encaminada a proporcionar estimaciones de la mortalidad por causas específicas por regiones muestra que en 1990 cerca del 60% de todas las muertes en el mundo se debieron a enfermedades no transmisibles. Las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias malignas fueron los dos grupos de enfermedades crónicas más importantes entre hombres y mujeres. Las enfermedades cardiovasculares ocasionaron aproximadamente 14,3 millones de muertes en todo el mundo en 1990, y se estima que de esa suma el 63% corresponde a los países en desarrollo. La principal causa de mortalidad en todo el mundo por enfermedades cardiovasculares fue la cardiopatía isquémica, seguida por las enfermedades cerebrovasculares. A su vez, en el decenio de 1990 se produjeron aproximadamente 6 millones de muertes en todo el mundo debido a neoplasias malignas, y se estima que el 60% de esas muertes ocurrieron en los países en desarrollo. El cáncer de mamas fue la forma más común de cáncer, entre las mujeres, seguido por el cáncer de estómago. En las regiones en desarrollo, el cáncer del cuello uterino también constituyó una importante amenaza a la salud de las mujeres. Entre los hombres, la causa más importante de muerte por cáncer fue el cáncer de pulmones, seguido por el cáncer de estómago.

56. De los 17,2 millones de muertes por enfermedades transmisibles estimadas en 1990, se calcula que el 96% se produjo en los países en desarrollo. Entre las enfermedades transmisibles, las enfermedades infecciosas y parasitarias fueron con creces las causas más importantes de muerte en todas las regiones para ambos sexos, excepto en las economías de mercado establecidas, las ex economías socialistas de Europa, y China. En esas regiones, las infecciones respiratorias desempeñaron un papel relativamente más importante. Las condiciones en torno a la maternidad también fueron un factor determinante de la mortalidad por región entre las mujeres en edad reproductiva.

57. Se estima que las defunciones por traumatismos constituyeron el 10% de todas las muertes a nivel mundial en 1990. La proporción de muertes por traumatismos varió por región desde un 6% de todas las muertes en las economías de mercado establecidas, hasta un 12% a 13% en América Latina y el Caribe y el África al sur del Sáhara. El 84% de las 5,1 millones de muertes por traumatismos en todo el mundo corresponde a los países en desarrollo.

58. Si bien desde mediados de siglo las enfermedades no transmisibles han sido las causas de defunción más importantes en los países desarrollados, las contribuciones relativas de las diversas causas a la mortalidad general varían de un lugar a otro y reflejan la distribución del comportamiento y otros factores de riesgo para las enfermedades crónicas. Esos diferenciales se evidencian en las diferencias regionales en cuanto a la mortalidad por causa de defunción entre las economías de mercado establecidas y las antiguas economías socialistas de Europa. En este último caso, la mortalidad tiende a ser mayor por causas que son comunes a ambas regiones. Además, los traumatismos no intencionales e intencionales contribuyen más a la mortalidad general en las antiguas economías socialistas de Europa que en las economías de mercado establecidas. Esos diferenciales suelen atribuirse a factores como el comportamiento, el estilo de vida y el medio ambiente y a la atención médica, y más recientemente se han añadido a la lista los factores socio-psicológicos.

59. El logro de una mayor esperanza de vida en los países desarrollados, donde la gran mayoría de las muertes se producen entre personas de 65 años o más, dependerá en gran medida de las tendencias futuras en lo que respecta a la mortalidad por enfermedades crónicas a edades más avanzadas. Aunque el futuro no se puede predecir con certeza, pruebas recientes indican que es probable que continúe disminuyendo la mortalidad en edades avanzadas. En la mayoría de los países desarrollados, aparte de Europa oriental, la mortalidad a edades más avanzadas ha descendido desde el decenio de 1960. También parece probable que continúe descendiendo la mortalidad gracias a cambios de comportamiento y adelantos en la tecnología médica. En Europa oriental, una mayor esperanza de vida dependerá del rumbo futuro de la mortalidad por enfermedades crónicas, no sólo a edades avanzadas, sino a edad madura, y por accidentes y traumatismos además de las enfermedades crónicas y degenerativas.

60. En el caso de los países en desarrollo, el rumbo de la transición epidemiológica ha variado considerablemente de un lugar a otro. De las regiones y países examinados, la transición ha progresado más en China, donde las enfermedades transmisibles representan sólo el 16% de todas las defunciones de 1990. Con todo, es interesante observar que las contribuciones relativas de las enfermedades crónicas específicas en China difiere de las de Europa y América septentrional. Es un hecho muy conocido que las pautas de las causas de defunción varían entre los países de Asia de baja mortalidad, incluido el Japón, y Occidente. La mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, en particular por accidentes hemorrágicos es, por ejemplo, mucho más común en los países de Asia que en Occidente, mientras que las cardiopatías isquémicas desempeñan un papel más importante en la

mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Occidente que en los países de Asia. En el caso de China, la obstrucción pulmonar crónica y el cáncer de hígado también son causas importantes de mortalidad por enfermedades crónicas. Esos diferenciales ilustran que la mortalidad por enfermedades no transmisibles puede variar sustancialmente de un lugar a otro, lo que refleja diferenciales en los perfiles de factores de riesgo entre países y regiones.

61. En otros países en desarrollo, la transición epidemiológica no está tan avanzada como en China o en los países desarrollados. Aunque actualmente en América Latina y el Caribe, África septentrional, Asia centromeridional y occidental y otras zonas de Asia y las islas del Pacífico las enfermedades no contagiosas causan mayor número de muertes que las enfermedades contagiosas, una proporción igual o superior a una tercera parte de todas las muertes de esas zonas todavía se debe a enfermedades contagiosas. Éstas son especialmente importantes en la India y el África al sur del Sáhara, donde más de la mitad de todas las muertes se puede atribuir a enfermedades contagiosas. Las enfermedades de este tipo de mayor incidencia en los países en desarrollo son las enfermedades diarreicas, las infecciones de las vías respiratorias inferiores, los trastornos perinatales y la tuberculosis. Además de éstas, el sarampión y el tétanos se cuentan entre las 10 causas principales de muerte en la India, África septentrional y Asia centromeridional y occidental, mientras que el sarampión, el paludismo y el VIH ocupan posiciones análogas en el África al sur del Sáhara. Tal vez lo más inquietante de los datos que se presentan aquí es que muchas de estas enfermedades se pueden prevenir o curar gracias a la tecnología médica moderna.

62. El aumento de la mortalidad debida a enfermedades crónicas, junto con la continuada incidencia de las enfermedades contagiosas, ha hecho que muchos gobiernos de países en desarrollo sean objeto de una presión creciente para invertir los escasos recursos que hasta ahora se destinaban a la prevención y el tratamiento de las enfermedades infecciosas de la infancia en el tratamiento de enfermedades crónicas y degenerativas propias de la edad adulta. El modo en que respondan los gobiernos a estas presiones habrá de tener consecuencias importantes para la distribución de los recursos dedicados a la salud. Al parecer, dentro de cada país la transición epidemiológica se ha desarrollado siguiendo pautas socioeconómicas: las enfermedades crónicas y degenerativas de la edad adulta son cada vez más frecuentes entre la población acomodada, mientras que las enfermedades contagiosas siguen siendo relativamente más frecuentes entre los pobres. Dejar de prestar atención a la prevención y el tratamiento de las enfermedades infecciosas de la infancia podría también tener consecuencias a largo plazo para la incidencia de las enfermedades crónicas en la edad adulta, ya que muchas de esas enfermedades (por ejemplo, la cardiopa-

tía reumática, el cáncer de estómago y las enfermedades respiratorias) tienen un origen infeccioso. Dado que el ritmo de la transición epidemiológica varía de una región a otra y de un país a otro dentro de cada región, cada vez es más importante concebir políticas de atención de la salud basadas en el conocimiento de las circunstancias locales y estudiar las repercusiones a corto y a largo plazo de la distribución de los recursos de atención de la salud entre la prevención y el tratamiento de las enfermedades contagiosas y no contagiosas.

VII. Políticas de salud y mortalidad

63. La salud es esencial para que tanto los individuos como las familias, las comunidades y las sociedades puedan alcanzar las metas sociales y económicas. El planteamiento que favorece la atención primaria de la salud sirve de modelo para la formulación de políticas de salud tanto en el plano nacional como internacional. Desde la Conferencia Interna-

cional sobre la Atención Primaria de la Salud, celebrada en Alma-Ata en 1978, que dio impulso a este tipo de actividades, prácticamente todos los países del mundo han adoptado estrategias basadas en el lema "Salud para todos". Ello ha sido determinante para que la salud pase a ocupar un lugar prioritario entre los objetivos de las actividades de desarrollo. De acuerdo con este enfoque, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo reafirmó que el aumento del acceso a la atención primaria de la salud y la promoción de la salud constituyen métodos esenciales para reducir la mortalidad y la morbilidad.

64. Pese a que la esperanza de vida ha aumentado de forma notable en todo el mundo, no existe ningún nivel de mortalidad aceptable y ningún gobierno considera plenamente satisfactorios los de su país. No obstante, los gobiernos evalúan los niveles de mortalidad en relación con el nivel de tecnología médica y de recursos disponibles para reducir la mortalidad, de modo que, con arreglo a ese sistema, en 1995, 73 países de todo el mundo estimaban que su nivel de mortalidad era aceptable y 107 lo consideraban inaceptable. Como cabe suponer, el 86% de los países que consideraron inaceptable su nivel de mortalidad eran países en desarrollo (gráfico III).

Gráfico III

Aceptabilidad de los niveles de mortalidad según los gobiernos, 1995

Fuente:

Banco de datos sobre políticas en materia de población de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas.

65. El nivel de mortalidad de un país no sólo influye en las percepciones del gobierno sino también en los ámbitos que merecen su atención en materia de salud. En los países en desarrollo, la supervivencia infantil, tanto de los niños menores de 1 año como de los que tienen edades comprendidas entre 1 y 5 años, y la mortalidad derivada de la maternidad constituyen las principales preocupaciones de los gobiernos. Más de la mitad de los países en desarrollo y unos dos tercios de los países menos adelantados señalaron que la mortalidad de los niños menores de 1 año era una de sus principales preocupaciones (cuadro 4). Para aproximadamente una quinta parte de los países en desarrollo y algo menos de una tercera parte de los países menos adelantados, el nivel de mortalidad de las madres y de las mujeres embarazadas, así como el de las mujeres en edad reproductiva, constituía motivo de inquietud. De los 53 países de África, 38 expresaron su preocupación por el nivel de mortalidad de los niños de hasta 1 año de edad y 30 por el nivel de mortalidad de los niños de 1 y 5 años de edad. Dieciocho países de África se

mostraron profundamente preocupados por el nivel de mortalidad de las madres y de las mujeres embarazadas y 17 por el de las mujeres en edad reproductiva. De los 46 países de Asia, 18 expresaron preocupación por el nivel de mortalidad de los niños menores de 1 año y siete países por el de los niños de 1 y 5 años que se registraba en sus países. De los 33 países de América Latina y el Caribe, fueron 15 y 13 los países que expresaron preocupación por una y otra cuestión. Sólo siete países de Asia manifestaron inquietud por el nivel de mortalidad de las madres o de las mujeres embarazadas y seis por el de las mujeres en edad reproductiva. En América Latina y el Caribe, el nivel de mortalidad de las madres y mujeres embarazadas se consideraba preocupante en tres países y el de las mujeres en edad reproductiva en seis países. Nueve países en desarrollo expresaron una preocupación especial por el nivel de mortalidad de su población rural.

Cuadro 4

Grupos de población cuyo nivel de mortalidad preocupa especialmente al gobierno

Zona y región	Número total de países	Grupo de población					
		Niños menores de 1 año	Niños entre 1 y 5 años	Madres y mujeres embarazadas	Mujeres en edad reproductiva	Hombres	Otros
Total mundial	193	84	57	29	30	17	29
Regiones más adelantadas	56	14	7	0	2	14	12
Regiones menos adelantadas	137	70	50	29	28	3	17
Países menos adelantados	48	31	23	15	14	0	3
África	53	38	30	18	17	0	4
América del Norte	2	1	1	0	0	1	2
América Latina y el Caribe	33	15	13	3	6	2	7
Asia	46	18	7	7	6	2	6
Europa	43	9	5	0	1	12	8
Oceanía	16	3	1	1	0	0	2

Fuente:

Banco de datos sobre políticas en materia de población de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas.

66. En las regiones más adelantadas del mundo, el nivel de mortalidad de los hombres adultos en su conjunto, o de los hombres adultos de grupos de edad determinados, era una de las principales preocupaciones señaladas por 14 países, mientras que la elevada o creciente mortalidad de los hombres adultos era motivo de especial inquietud para cinco países de la Europa oriental. Tras el empeoramiento de la situación en materia de salud que se produjo en Europa oriental durante la primera mitad del decenio de 1990, nueve países expresaron también preocupación por el nivel de mortalidad de los niños menores de 1 año y cinco países por el de los niños de 1 a 5 años.

67. Las reformas de la atención de la salud acaparan el debate sobre las políticas en materia de salud tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Pese a que en los países en desarrollo se ha avanzado considerablemente en la práctica de la atención primaria de la salud, y de manera particularmente notable en los programas de inmunización, ha aumentado la preocupación por el hecho de que un gran número o un número creciente de personas pertenecientes a los grupos socioeconómicos menos favorecidos o que viven en zonas rurales apenas tiene acceso escaso o nulo a la atención básica de la salud. Si bien el acceso universal a los servicios básicos de salud es un principio esencial del enfoque que da prioridad a la atención primaria de la salud, son muy pocos los países que han adoptado políticas y estrategias de salud basadas en la equidad. En la gran mayoría de los países de bajos ingresos, la red hospitalaria absorbe la mayor parte de los limitados fondos públicos que recibe el sector de la salud, de modo que son escasos los recursos que se destinan al sistema de atención primaria de la salud, que ha de atender las necesidades básicas y esenciales de toda la población en materia de salud. En un contexto de dificultades económicas y creciente liberalización, los costos aumentan rápidamente al tiempo que el sistema se vuelve cada vez más ineficiente e injusto.

68. En los países desarrollados, el debate sobre la reforma de la atención de la salud se ha visto dominado por consideraciones de tipo económico. Una idea común a las propuestas de reforma es que se pueden reducir sustancialmente los costos aumentando la eficiencia y eficacia de la prestación de servicios. Para ello es esencial redefinir la función de los organismos de financiación de la salud, ya sean autoridades públicas o compañías privadas de seguros, de modo que dejen de ser solamente fuentes de financiación para actuar también como compradores activos de atención de la salud. Fomentar la competencia entre los proveedores del sector de la salud es otro de los principales componentes de los nuevos enfoques propuestos para la prestación de los servicios de salud. La marcada insistencia de una gran parte de la reforma de la

atención de la salud en los aspectos económicos ha originado diversas inquietudes respecto de las repercusiones de la reforma. Hasta el momento, no se ha detectado una relación clara entre las innovaciones administrativas y el mejoramiento de la salud. También se ha destacado que la formulación, adopción y aplicación de todo conjunto de medidas de salud, probablemente en mayor proporción que en ningún otro ámbito, son resultado de un proceso social y político en que es esencial que estén representados todos los agentes. Además, se ha demostrado que la responsabilidad de adoptar medidas que tengan una influencia importante en la salud recae cada vez más en las autoridades subnacionales como los gobiernos municipales y las comunidades locales.

VIII. Actividades de las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales

69. Las organizaciones no gubernamentales vienen contribuyendo de manera destacada desde hace largo tiempo a mejorar la salud y el bienestar humanos. Han demostrado que son complementos importantes de las organizaciones gubernamentales e internacionales y con frecuencia se ocupan de poblaciones y zonas a las que es difícil acceder por los cauces oficiales. Las organizaciones no gubernamentales contribuyen de manera cada vez más activa al logro de los objetivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. En el ámbito de la salud y la mortalidad, las múltiples iniciativas comprenden un amplio espectro de actividades encaminadas a aumentar la duración y la calidad de la vida: educación para el desarrollo, promoción de la salud, prestación de servicios, capacitación permanente de profesionales, investigación científica, publicaciones, etc.

70. El número de organizaciones no gubernamentales que se ocupan de la salud y cuestiones conexas es elevado y aumenta constantemente. Esas organizaciones trabajan en los planos local, nacional e internacional. Según un estudio de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), a principios del decenio de 1990, de las más de 1.000 organizaciones no gubernamentales existentes en los Estados miembros, 752 trabajaban en el ámbito de la población y el desarrollo. El 85% de éstas se ocupaban de cuestiones de salud y llevaban a cabo sus actividades en más de 50 países de África, 35 de Asia y el Pacífico y 29 de América Latina y el Caribe. Entre los diversos tipos de actividades, las relacionadas con la salud maternoinfantil eran las que se realizaban en mayor número de países, mientras que las de la atención primaria de la salud eran las que se llevaban a

cabo con mayor frecuencia (65%). Muchas de las organizaciones no gubernamentales de los países miembros de la OCDE brindaban apoyo a sus homólogas meridionales y cooperaban estrechamente con ellas. Su labor consistía en brindar apoyo no sólo financiero sino también en los ámbitos técnico y de información, cuyos beneficios son prolongados.

71. Numerosas organizaciones no gubernamentales hacen hincapié en mejorar la comprensión científica de ciertas enfermedades asociadas a una elevada mortalidad. Su labor científica es muestra de la importante y fructífera función que han desempeñado en el mejoramiento de la salud y la reducción de la mortalidad. La Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias, por ejemplo, se sitúa a la cabeza de las organizaciones no gubernamentales en la búsqueda de tratamientos efectivos y eficientes contra la tuberculosis, una de las enfermedades infecciosas más frecuentes, especialmente en los países en desarrollo. Actualmente un tercio de la población mundial está infectada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, agente causante de la tuberculosis. Los miembros de la Unión Internacional reúnen y divulgan los conocimientos relativos a todos los aspectos de la tuberculosis y las enfermedades respiratorias, así como a los problemas de la salud comunitaria, por medio de conferencias, investigaciones y publicaciones, y realizan actividades en el plano nacional. Un ejemplo de la contribución de la Unión Internacional a la lucha contra la tuberculosis es la labor de vanguardia que realizó al elaborar la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa, cuya utilización ha recomendado la Organización Mundial de la Salud (OMS) a los dirigentes médicos y políticos para controlar la epidemia mundial de tuberculosis; por lo tanto, la Unión Internacional constituye un importante ejemplo del modo en que las actividades de una organización no gubernamental pueden conducir a la elaboración de estrategias y tratamientos que habrán de salvar muchas vidas.

72. Dos organizaciones no gubernamentales, la Sociedad y Federación Internacional de Cardiología y la World Hypertension League, combinan el estudio científico de las enfermedades circulatorias con importantes actividades de promoción de la salud. Las enfermedades circulatorias, como los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares, causan un número mayor de muertes que ninguna otra enfermedad. La Sociedad y Federación Internacional de Cardiología se compone de sociedades y fundaciones de cardiología de más de 80 países, así como de particulares. La World Hypertension League está compuesta por asociaciones nacionales de más de 60 países. Cabe ilustrar mediante el ejemplo la importancia de estas organizaciones no gubernamentales para el intercambio de información sobre promoción de la salud entre naciones. Uno de los principales mensajes que transmite

la Irish Heart Foundation es que la falta de ejercicio físico adecuado es uno de los cuatro factores de riesgo principales de las enfermedades cardíacas. En 1996, la Fundación, con el apoyo de numerosas asociaciones y autoridades locales, puso en marcha un plan que utilizaba un sistema de vistosas señales colocadas en postes y senderos a intervalos de un kilómetro para alentar a las personas de todas las edades a hacer ejercicio como entretenimiento y para mejorar su salud. La divulgación de esta idea de promoción de la salud por medio de las organizaciones no gubernamentales hizo que Finlandia, Dinamarca, Suecia, Alemania e Irlanda del Norte adoptaran también el programa en colaboración con las fundaciones correspondientes. Éste es, pues, otro ejemplo del modo en que las actividades de las organizaciones no gubernamentales promueven estilos de vida más saludables.

73. Las organizaciones de base comunitaria contribuyen de una manera cada vez más perceptible e importante a proporcionar servicios de salud tanto en países en desarrollo como en países desarrollados. Estas organizaciones, al igual que organismos como los grupos de mujeres o de agricultores, pueden considerarse estructuras de desarrollo sanitario, es decir, uno de los tres principales componentes interrelacionados de todo sistema de salud de distrito. Las estructuras de desarrollo sanitario llevan a cabo una amplia gama de iniciativas. Por ejemplo, movilizan a la población local para que participe en actividades de atención de la salud y, cuando hay recursos disponibles, contribuyen directamente a la prestación de servicios sanitarios. En términos más generales, las estructuras de desarrollo sanitario desempeñan una función educativa para la población que representan.

74. Casi la totalidad de los aproximadamente 4.000 distritos sanitarios de la región de África de la OMS cuentan con comités de salud. Si bien algunas de las estructuras de desarrollo sanitario han sido creadas por los gobiernos, otras son resultado de la evolución de una organización basada en la comunidad, frecuentemente sin que se le haya atribuido explícitamente ninguna función de desarrollo sanitario. Por ejemplo, el director de una escuela local creó una organización después de que un huracán azotara a la población.

75. Las organizaciones de base comunitaria están al margen de las estructuras gubernamentales oficiales y, por lo tanto, no son conocidas por el sector sanitario oficial. Ello significa que, en gran medida, constituyen un recurso insuficientemente utilizado. En muchos distritos sanitarios, estas organizaciones pueden ser bastante numerosas. Por ejemplo, tanto en Nigeria como en el Senegal, se han documentado unas 500 en las zonas sanitarias estudiadas por la OMS, y otros países han informado también de la existencia de un número significativo. En el estudio se hizo un importante descubrimiento relacionado con la cuestión de la equidad. En muchas zonas

donde la intervención del sector sanitario oficial era nula, las estructuras de desarrollo sanitario constituían la fuente fundamental de servicios de salud. Además, la función de vigilancia del funcionamiento de los servicios sanitarios de distrito que éstas desempeñaban y su labor en pro del aumento de la eficacia hicieron que se incrementara la equidad en la distribución de los servicios en países como Nigeria y Jamaica.

76. Las organizaciones no gubernamentales, incluidas las de base comunitaria, continúan desempeñando una función esencial en la investigación científica, el tratamiento sanitario y la promoción de la salud. Al mismo tiempo, ofrecen servicios, educan a los profesionales de la salud, las personas ajenas a la profesión médica y las familias, emprenden investigaciones, así como técnicas de tratamiento y prevención, y difunden sus resultados. Como se subraya en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, es esencial que los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales establezcan una amplia y eficaz asociación en el plano local, nacional e internacional. Las iniciativas, cada vez más frecuentes, para seguir fortaleciendo las organizaciones no gubernamentales y ampliando los vínculos de estas organizaciones entre sí y con los gobiernos a todos los niveles no sólo son oportunas, sino que beneficiarán a los países en desarrollo y a los países desarrollados.

IX. Salud y desarrollo

77. Las cuestiones relativas a la salud y el desarrollo vuelven a ser objeto de examen debido a diversas amenazas a la salud de alcance mundial, entre las que están el paludismo, las enfermedades nuevas o que vuelven a brotar (VIH/SIDA, tuberculosis, fiebre de Ebola), la mayor incidencia del cáncer y otras enfermedades crónicas, los casos recientes en que ha aumentado la mortalidad, el mayor costo de la atención médica, la imposibilidad de paliar la pobreza, los conflictos armados y la degradación del medio ambiente. Desde el decenio de 1960, el concepto de desarrollo ha evolucionado, pasando de ser una perspectiva estrictamente económica a otra que subraya los aspectos sociales y la sostenibilidad ecológica del desarrollo. El anhelo de una mejor integración en el desarrollo de los factores económicos y sociales ha impulsado una estrategia que hace hincapié en la salud, la planificación de la familia, la nutrición, la educación, el agua potable, el saneamiento, la vivienda, la erradicación de la pobreza y el crecimiento económico sostenible.

78. Los análisis estadísticos comparativos entre países han revelado que la mejora en las tasas de supervivencia entre 1930 y 1960 era atribuible sólo en una tercera parte a factores socioeconómicos, es decir, renta, alfabetización y nutrición. Las otras dos terceras partes se debían a otros factores, tales como los programas antipalúdicos, las campañas de vacunación y la promoción de la salud personal. Durante el período comprendido entre 1965 y 1969 y 1975 y 1979, la renta, la alfabetización y la nutrición fueron los factores dominantes que explicaban el descenso de la mortalidad, por lo cual se sugirió que la menor repercusión de otros factores podía atribuirse a que, en el período más reciente, se había reducido la inversión en programas de salud.

79. La renta es un importante factor determinante de la salud, ya que facilita el acceso a los alimentos, la vivienda y la atención de la salud. En los niveles de ingresos más bajos, la esperanza de vida, que sigue asociándose a la renta per cápita, aumenta vertiginosamente a medida que crecen los ingresos, en especial cuando la renta per cápita se sitúa entre los 2.000 y 3.999 dólares de los EE.UU. (a valores de poder adquisitivo de 1994), mientras que disminuye cuando se trata de niveles de ingresos mayores, lo que sugiere que el aumento de la renta tiene mayor repercusión en la salud cuando se trata de poblaciones muy pobres. No obstante, no hay duda de que la salud no sólo depende de la renta. Dado que la pobreza tiene una enorme influencia en la salud, además de la renta media per cápita, hay otros factores importantes, como el número de personas que viven en una pobreza absoluta y la distribución de la renta (pobreza relativa). Por pobreza se entiende la carencia de alimentos, agua potable, saneamiento, atención de la salud, vivienda, educación e información.

80. A pesar de las limitaciones que imponen los ingresos bajos, algunos países en desarrollo han alcanzado una baja tasa de mortalidad. En China, Cuba, Costa Rica, el Estado de Kerala en la India, Jamaica y Sri Lanka, la esperanza de vida se acerca a la de los países en desarrollo, lo que demuestra que la salud es un objetivo posible siempre que el compromiso político se traduzca en un amplio acceso a los servicios de salud básicos, la educación y los alimentos. En los países en desarrollo, la educación de las madres es un factor determinante y de importancia crucial para la supervivencia de los niños. La gran cantidad de canales de transmisión existente se debe probablemente a la diversidad de experiencias nacionales sobre el logro de una salud mejor.

81. En los últimos años, el centro de la atención se ha desplazado del examen de la repercusión a largo plazo de los cambios económicos en la salud a la valoración de las consecuencias de las fluctuaciones macroeconómicas a corto plazo. El interés se ha centrado en la repercusión del ajuste estructural en los países en desarrollo, la influencia de la

reforma económica en aquellos países cuyas economías se encuentran en transición y en las consecuencias del estancamiento económico en las economías de mercado desarrolladas. En el decenio de 1980, la grave depresión económica en algunos países en desarrollo condujo a la imposición de programas de ajuste estructural, que, como se estima, contribuyeron a erosionar las condiciones sanitarias, a medida que los países recortaban el gasto estatal. Debido a que existen pocos instrumentos para medir la repercusión del ajuste en la salud, es difícil establecer una relación entre causas y efectos. Sin embargo, quizá no sería realista esperar repercusiones inmediatas en la mortalidad, aunque pueden aparecer en las futuras tendencias de la mortalidad.

82. La reorganización de la URSS en varios Estados sucesores y los trascendentes cambios políticos, económicos y sociales en toda la Europa oriental han venido acompañados de un deterioro de las condiciones sanitarias. Muchos de estos países registran un estancamiento o un aumento de las tasas de mortalidad. Entre las explicaciones que se ofrecen están la ineficacia e ineficiencia de los servicios de salud, el efecto de los riesgos que conllevaba el modo de vida anterior, el empobrecimiento económico, la creciente desigualdad social, el desmoronamiento de las instituciones políticas y el elevado consumo de alcohol combinado con el uso desmesurado de la bebida.

83. En las economías de mercado desarrolladas, se ha examinado la posible repercusión perjudicial que pueda tener la depresión económica prolongada en la morbilidad y la mortalidad. Dado que en Europa occidental sigue habiendo una alta tasa de desempleo, las investigaciones se han orientado hacia la repercusión del desempleo prolongado en la mortalidad. Los datos obtenidos no confirman que haya relación entre el desempleo y la muerte prematura. Paradójicamente, en Finlandia las tasas de mortalidad mejoraron con mayor rapidez durante la actual depresión económica que antes de ésta. Además, no hay pruebas concluyentes de que el desempleo propicie modos de vida insalubres. No obstante, el desempleo tiene, al parecer, un efecto perjudicial en la salud mental.

84. El medio ambiente es un punto de intersección clave entre los problemas de la salud y del desarrollo. El agua potable, el saneamiento, la contaminación, la deforestación, la desertificación, el agotamiento de la capa de ozono y el cambio climático son factores determinantes de gran importancia para la salud. Los países menos adelantados son más vulnerables a los riesgos que plantean los peligros tradicionales a la salud, incluidos la carencia de agua potable y de saneamiento, la vivienda y el cobijo deficientes, los alimentos insalubres y la alta prevalencia de los vectores transmisores de enfermedades. En los países en desarrollo que experimen-

tan una industrialización rápida, los factores de riesgo tradicionales se combinan con peligros modernos, tales como la contaminación, los desechos peligrosos, los plaguicidas y otros productos químicos insalubres, los peligros en el lugar de trabajo y los accidentes de tránsito. Otra amenaza es la posible repercusión perjudicial de los cambios climáticos mundiales, incluidos los cambios en la distribución de las enfermedades infecciosas y transmitidas por vectores a consecuencia de los cambios climáticos. La falta de calidad del medio ambiente está relacionada con las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias y una serie de enfermedades parasitarias, así como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

85. Es difícil evaluar las consecuencias negativas de la mala salud, ya que los hogares tienen la posibilidad de reducir los costos que ésta acarrea adoptando estrategias de supervivencia, como compensar la falta de ingresos laborales de alguien que ha caído enfermo. Sin embargo, en algunos casos se ha comprobado que la mala de salud repercute negativamente en el consumo y la inversión de los hogares. En África occidental, los hogares afectados por la oncocercosis (ceguera de los ríos) dispusieron de sus bienes para financiar la atención médica, mientras que en Tailandia, el 60% de las ventas forzosas de tierras se debieron a enfermedades. Los intentos de establecer una relación entre la salud y la productividad en el plano individual han sido más fructíferos. En Kenya y la India, se ha podido demostrar la relación entre nutrición, salud y productividad agrícola. El estado de la alimentación de los niños es otro factor importante, concretamente en el rendimiento escolar. En el Brasil, se ha observado que la salud influye en los salarios.

86. Las enfermedades y las epidemias que se extienden por grandes territorios pueden repercutir significativamente en el desarrollo. En África, el control de la oncocercosis ha abierto amplias extensiones para el cultivo agrícola. El control del paludismo y de otras enfermedades endémicas ha contribuido a que se produzcan alimentos y cosechas en zonas anteriormente plagadas por los mosquitos. Se estima que el Perú perdió 500 millones de dólares de los EE.UU. tras la epidemia de cólera que se declaró en todo el país en 1991. El VIH/SIDA amenaza el crecimiento económico con sus efectos en el ahorro y la productividad nacionales. Su repercusión es importante, porque, en primer lugar, las víctimas son a menudo adultos con educación y capacitación que se encuentran en plena vida laboral y, en segundo lugar, por el alto costo del tratamiento de esta enfermedad, de 1.000 a 1.500 dólares por mes y paciente, recursos que podrían destinarse a otras actividades.

87. En los últimos decenios se han producido cambios trascendentales en la salud y el desarrollo que han hecho

surgir un nuevo punto de vista según el cual la salud es el núcleo del desarrollo. La salud y las bajas tasas de mortalidad no son meros objetivos intermedios ni hitos en el camino hacia el desarrollo socioeconómico. De hecho, cada vez con mayor frecuencia se considera que la buena salud y la longevidad son objetivos en sí mismos, así como parte de los pilares fundamentales del desarrollo.

Notas

- ¹ *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.95.XIII.18), cap. I, resolución 1, anexo.
 - ² *Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, Copenhague, 6 a 12 de marzo de 1995* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.96.IV.8), cap. I, resolución 1, anexo II.
 - ³ *Alma-Ata 1978: Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, 6 a 12 de septiembre de 1978* (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978), serie “Salud para todos”, No. 1, reimpreso en 1983.
 - ⁴ El aborto practicado en condiciones de riesgo se define como una intervención para interrumpir un embarazo no deseado realizada por personas que carecen de las aptitudes necesarias o en un medio sin los mínimos requisitos médicos (basado en la Organización Mundial de la Salud, “Prevención y gestión del aborto practicado en condiciones de riesgo”, informe de un Grupo Técnico de Trabajo, Ginebra, abril de 1992 (WHO/MSM/92.5)).
-