



Capítulo 1

Salud mundial: retos actuales

Tras analizar las últimas tendencias sanitarias mundiales, en el presente capítulo se llega a la conclusión de que existen indicios preocupantes de que las diferencias en materia de salud se están acentuando en todo el mundo. En 2002, la esperanza de vida al nacer para las mujeres de los países desarrollados pasó a situarse en 78 años, mientras que para los hombres del África subsahariana disminuyó a 46 años, debido principalmente a la epidemia de VIH/SIDA. Hoy por hoy, para millones de niños, sobre todo del continente africano, el mayor reto sanitario estriba en llegar a cumplir los cinco años de edad, aunque las posibilidades que tienen de lograrlo son más reducidas que hace un decenio. Esto se debe al impacto continuado de las enfermedades transmisibles. No obstante, al mismo tiempo se está registrando en el plano mundial un incremento de las enfermedades no transmisibles, lo que exacerbará aún más las enormes dificultades que ya encaran numerosos países en desarrollo.

1

Salud mundial: retos actuales

Aunque el presente informe tiene un alcance mundial, sus conclusiones se centran sobre todo irremediabilmente en la salud cada vez más frágil del África subsahariana. Es en esta parte del planeta, en la que decenas de millones de personas sobreviven a duras penas en medio de la miseria, donde más descarnadamente puede observarse el precio de ser pobre. Se está dejando atrás prácticamente a todo un continente.

En términos generales, un 35% de los niños africanos corren actualmente un mayor riesgo de morir que hace 10 años. Cada hora, más de 500 madres pierden a un hijo pequeño. En 2002 fallecieron más de cuatro millones de niños africanos. Aquellos que sobreviven a la infancia se enfrentan de adultos a tasas de mortalidad superiores a las que había 30 años atrás. La esperanza de vida, ya de por sí inferior a la de prácticamente cualquier otro lugar del mundo, está disminuyendo: en algunos países africanos se ha reducido en 20 años, y en los hombres no llega a los 46 años.

Muy a menudo la muerte planea sobre toda la familia. En el caso de los niños, las principales causas de defunción son frustrantemente conocidas: las afecciones perinatales estrechamente vinculadas a la pobreza; las enfermedades diarreicas; la neumonía y otras infecciones de las vías respiratorias inferiores, y la malaria. El VIH/SIDA, que actualmente constituye en términos mundiales la principal causa de muerte en adultos con edades comprendidas entre los 15 y los 59 años, se está convirtiendo cada vez más en un problema de salud familiar y se cobra en el África subsahariana cada 24 horas la vida de unos 5000 hombres y mujeres de ese grupo de edad y de cerca de 1000 hijos suyos.

Los principales elementos de la tragedia que azota al continente africano reaparecen en muchas de las poblaciones más pobres de otros lugares del planeta. Cabe citar entre ellos: el avance exasperantemente lento hacia el logro de algunos Objetivos de Desarrollo del Milenio, como la reducción de la mortalidad maternoinfantil; la pandemia de VIH/SIDA; o la doble carga impuesta, por un lado, por las enfermedades transmisibles y, por otro, por las no transmisibles, incluidos el tabaquismo o las muchas muertes evitables provocadas por los accidentes de tráfico. En los capítulos siguientes, examinaremos cada uno de esos elementos y veremos cómo pueden y deben ser reorientados para aspirar a un futuro mejor.

Panorama mundial

Aumenta la esperanza de vida... aunque no para todos

En los últimos 50 años, la esperanza media de vida al nacer se ha incrementado en términos mundiales en cerca de 20 años, pasando entre 1950–1955 y 2002 de 46,5 a 65,2 años. Esto representa a nivel planetario un aumento medio de la esperanza de vida equivalente a cuatro meses por año durante dicho periodo. Como media, la esperanza de vida aumentó en nueve

años en los países desarrollados (por ejemplo, en Australia, los países europeos, el Japón, Nueva Zelandia y América del Norte), en 17 años en los países en desarrollo con elevados niveles de mortalidad de niños y de adultos (la mayoría de los países africanos y los países más pobres de Asia, la Región del Mediterráneo Oriental y América Latina) y en 26 años en los países en desarrollo con baja mortalidad. Como se muestra en la figura 1.1, la gran diferencia de los años cincuenta entre las esperanzas de vida de los países desarrollados y los países en desarrollo se ha transformado hoy en una gran diferencia entre los países en desarrollo con alta mortalidad y los otros países.

En 2002 la esperanza de vida al nacer oscilaba entre los 78 años de las mujeres de los países desarrollados y los 46 años de los hombres del África subsahariana; es decir, en términos totales era 1,7 veces superior para las primeras que para los segundos. La esperanza de vida ha mejorado en los últimos 50 años en prácticamente todas las regiones del mundo, con la importante excepción de África y de los países de Europa oriental antes pertenecientes a la Unión Soviética. En este último caso, la esperanza de vida al nacer, tanto de los varones como de las mujeres, disminuyó a lo largo del periodo 1990–2000, respectivamente, en 2,9 años y en 1 año. En el cuadro 1 del anexo se indican los niveles de esperanza de vida de hombres y mujeres estimados para 2002 para los distintos Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud.

Los aumentos de la esperanza de vida registrados en la primera mitad del siglo XX en los países desarrollados fueron el resultado de un rápido descenso de las tasas de mortalidad, en particular de la maternoinfantil y de la atribuible a enfermedades infecciosas en la infancia y en la primera etapa de la edad adulta. El acceso a una vivienda, unos servicios de saneamiento y una educación de mejor calidad, la tendencia a formar familias más reducidas, el incremento de los ingresos y la adopción de medidas de salud pública, como la inmunización contra diversas enfermedades infecciosas, contribuyeron sobremedida a esa transición epidemiológica. En muchos países desarrollados, ese cambio se inició hace aproximadamente 100–150 años. En algunos lugares, por ejemplo en el Japón, la transición comenzó hace

Figura 1.1 Esperanza de vida al nacer: países desarrollados y en desarrollo, 1955–2002

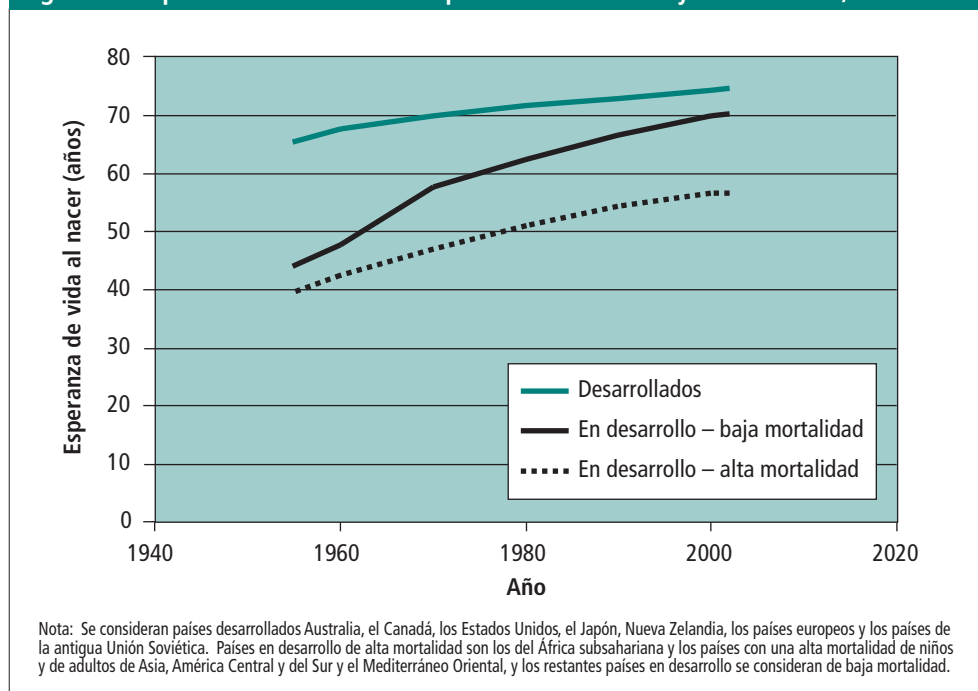
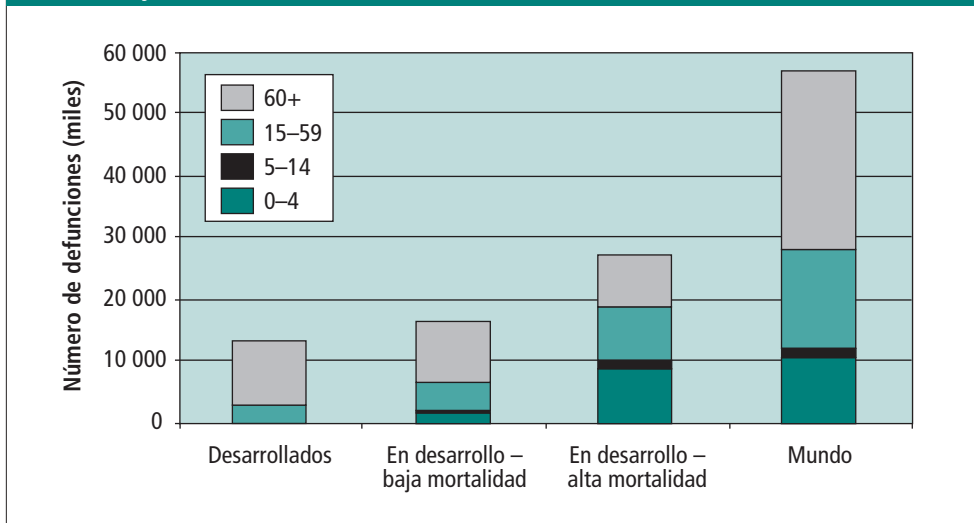


Figura 1.2 Distribución por edades de la mortalidad mundial: países desarrollados y en desarrollo, 2002



menos tiempo, aunque luego avanzó a un ritmo más rápido, y en muchos países en desarrollo se inició incluso más tarde y todavía no ha concluido. En los países desarrollados, las mejoras actuales en los niveles de esperanza de vida se deben principalmente a la reducción de las tasas de mortalidad entre los adultos.

Pautas de mortalidad mundiales

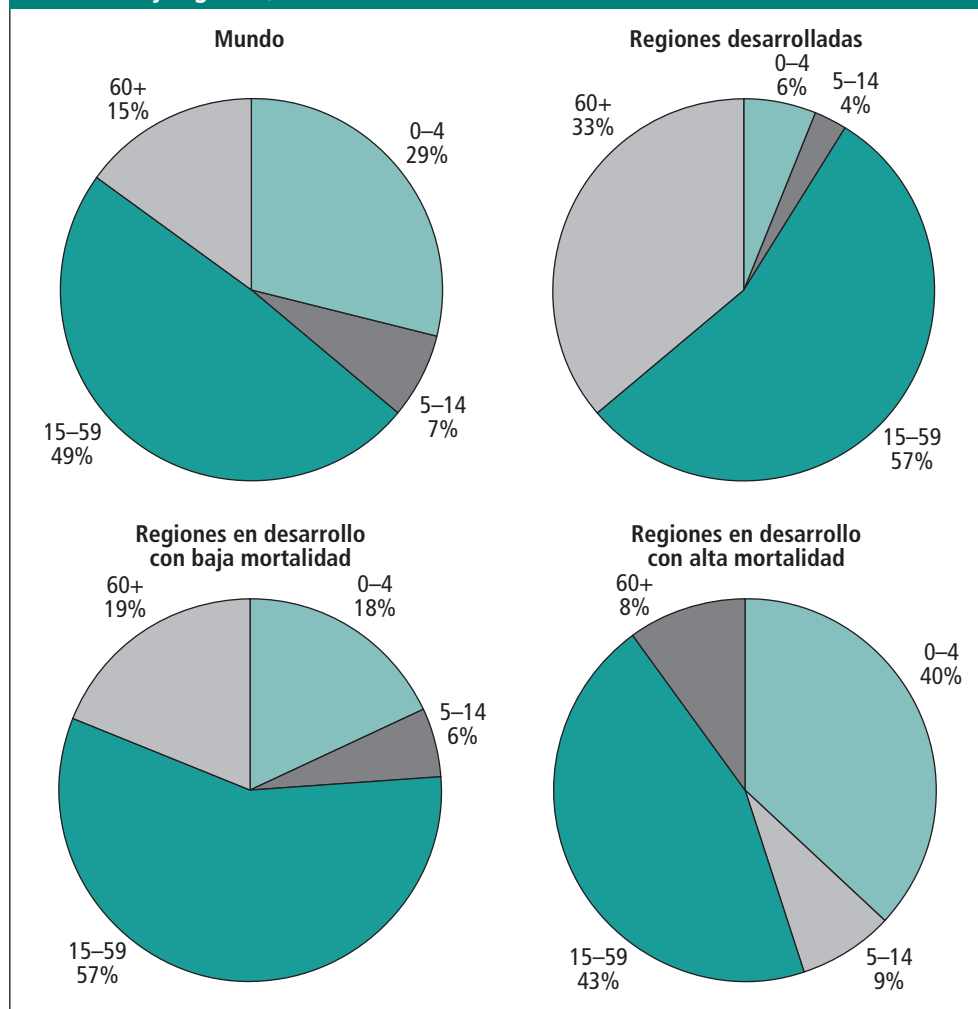
De los cerca de 57 millones de personas que fallecieron en 2002, 10,5 millones (esto es, casi un 20%) eran niños menores de cinco años (véase la figura 1.2). El 98% de esas muertes se produjeron en países en desarrollo. En los países desarrollados, más del 60% de las defunciones se dan en personas mayores de 70 años, mientras que en los países en desarrollo ese porcentaje ronda el 30%. Un factor clave es el número relativamente elevado de muertes registrado en estos últimos en adultos de edades comprendidas entre los 15 y los 59 años. En los países en desarrollo, más del 30% del total de fallecimientos se produce en esas edades, mientras que en las regiones más ricas ese porcentaje se sitúa en un 20%. Esta elevadísima tasa de mortalidad prematura entre los adultos observada en los países en desarrollo es un importante problema de salud pública.

Los países en desarrollo constituyen a su vez un grupo muy heterogéneo en lo que a tasas de mortalidad se refiere (figura 1.1). El contraste entre los países en desarrollo con baja mortalidad, como China (donde se concentra más de una sexta parte de la población mundial), y los países africanos con alta mortalidad (donde vive una décima parte de la población mundial) pone de manifiesto las enormes diferencias que existen entre los países en desarrollo en lo concerniente a la situación sanitaria. En China el número de muertes registradas antes de los cinco años no llega al 10%, mientras que en África asciende al 40%. Por otro lado, en China el número de fallecimientos de personas mayores de 70 años es de un 48%, y en África sólo de un 10%.¹

Aunque el riesgo de defunción es el indicador más sencillo para contrastar el estado de salud de las poblaciones, existe un interés cada vez mayor por describir, medir y comparar sus

¹ En el sitio web de la OMS se pueden encontrar las estimaciones correspondientes a 2002 de las defunciones por causas, grupos de edad y sexo para las seis regiones de la OMS y las 14 subregiones epidemiológicas (www.who.int/evidence/bod).

Figura 1.3 Distribución de la carga de morbilidad (AVAD) por grupos de edad y regiones, 2002



respectivas situaciones sanitarias. Las estadísticas sobre mortalidad, en particular, subestiman considerablemente la carga atribuible a las enfermedades no transmisibles en los adultos, ya que excluyen algunos problemas de salud de consecuencias no mortales como la depresión o los trastornos de la visión. Un método de utilidad para expresar sintéticamente la carga de morbilidad consiste en calcular el número de años ajustados en función de la discapacidad (AVAD), indicador que combina los años de vida perdidos por muerte prematura (APP) y los años perdidos por discapacidad (APD) (1). Podría decirse que un AVAD equivale a un año de «vida sana» perdido y que la carga de morbilidad así medida indica la diferencia entre el estado de salud de una población dada y el de una población mundial de referencia normativa con una elevada esperanza de vida en perfecta salud. En términos de AVAD, el 36% del total de años de vida sana perdidos en 2002 en el mundo se debió a enfermedades y traumatismos padecidos por niños menores de 15 años, y cerca del 50% a enfermedades y traumatismos sufridos por adultos con edades comprendidas entre los 15 y los 59 años (véase la figura 1.3).¹

¹ En el sitio web de la OMS se pueden encontrar las estimaciones correspondientes a 2002 de los AVAD por causas, grupos de edad y sexo para las seis regiones de la OMS y las 14 subregiones epidemiológicas (www.who.int/evidence/bod).

Como puede observarse en la figura 1.3, la supervivencia infantil sigue ocupando un lugar destacado en la agenda internacional de acción sanitaria para los países en desarrollo (2). Dado que cerca del 90% de las defunciones de menores de 15 años que se producen en el mundo se dan en niños que aún no han cumplido cinco años, en los apartados siguientes nos centraremos en las muertes infantiles sobrevenidas antes de dicha edad. En cambio, los esfuerzos internacionales encaminados a comprender la magnitud de los retos sanitarios que encaran los adultos de los países en desarrollo todavía son incipientes. Incluso en nuestros días, impera la idea de que la salud de los adultos sólo constituye una preocupación importante en los países ricos, donde se ha logrado reducir notablemente la mortalidad prematura entre los niños. Sin embargo, las figuras 1.2 y 1.3 también dejan patente la elevada proporción de la carga de enfermedades y traumatismos sufridos por adultos en los países en desarrollo, una carga que va en aumento y que exige la intervención inmediata de las autoridades de salud pública de todo el mundo. Por consiguiente, en este capítulo examinaremos primero las tendencias y las cuestiones relacionadas con la salud infantil, con énfasis especial en los niños de 0 a 4 años, para luego centrarnos en los adultos con edades comprendidas entre los 15 y los 59 años y, por último, en los que tienen 60 años o más.

Lamentablemente, sólo se dispone de datos exhaustivos de registro de defunciones por causas de fallecimiento para contados países (véanse el capítulo 7 y las Notas explicativas del Anexo estadístico). No obstante, los datos de registro civil disponibles, ya estén completos o incompletos (véase el recuadro 1.1), junto con los sistemas de registro de muestras, recogen ya una tercera parte del total mundial de defunciones y ofrecen información sobre el 74% de la mortalidad mundial; en el presente estudio se ha recurrido a ellos para analizar las pautas y tendencias relacionadas con la mortalidad de adultos.

Recuadro 1.1 Registro civil «centinela» en la República Unida de Tanzania

Para formular políticas sanitarias y públicas racionales, es importante que éstas se basen en estadísticas precisas sobre hechos demográficos básicos. Desafortunadamente, en la gran mayoría de los países más pobres del mundo no existen registros civiles fiables. La República Unida de Tanzania ha sido la primera en aplicar métodos nuevos que permitan responder a la necesidad de disponer de datos sobre mortalidad y morbilidad. En 1992, el Ministerio de Salud puso en marcha el Proyecto sobre Morbilidad y Mortalidad Adulta (PMMA) en colaboración con la Universidad de Newcastle upon Tyne (Inglaterra), con fondos del Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido.

Como parte del proyecto se desarrollaron un sistema de vigilancia demográfica e instrumentos de autopsia verbal para medir el número de muertes y las causas de defunción, así como una herramienta validada para estimar el gasto familiar en artículos de consumo, con el fin de hacer un seguimiento de la pobreza medida según los ingresos. Uno de los objetivos iniciales del proyecto era el establecimiento de un nivel de referencia de la mortalidad adulta por causas en tres distritos determinados (3–5). En 1997, el Ministerio de Salud decidió ampliar la recogida de datos a una muestra de distritos más amplia y establecer un sistema nacional de vigilancia «centinela» para monitorear los niveles de salud y de pobreza. Además, se coordinaron las aportaciones de otros puntos de vigilancia demográfica para elaborar resúmenes estadísticos sanitarios anuales y perfiles del desempeño del sector de la salud pública.

En 2002 se empezaron a obtener indicadores básicos para el Plan Director Nacional de Vigilancia de la Pobreza, gracias a los datos del registro civil centinela, los datos sobre las causas de defunción y las cifras de seguimiento de la pobreza procedentes de cinco puntos de

vigilancia gestionados por el Ministerio de Salud y los concejos municipales, y de tres puntos gestionados por organismos de investigación y desarrollo sanitarios. Teniendo en cuenta todos los sistemas de información que generan indicadores demográficos, sanitarios y de pobreza en la República Unida de Tanzania, la vigilancia demográfica centinela genera una gran cantidad de indicadores a partir de una muestra de más de 500 000 personas, a un costo anual ordinario por habitante de US\$ 0,20, muy inferior al de muchos otros sistemas.

A nivel local, el PMMA ha permitido que los distritos aporten información sobre los resultados de la vigilancia centinela relativa a la carga de morbilidad predominante a los miembros de la comunidad, quienes a su vez han participado activamente en el establecimiento de las prioridades sanitarias del distrito. Así, gracias a los datos sobre búsqueda de asistencia sanitaria para niños gravemente afectados por enfermedades febriles agudas en su domicilio, uno de los concejos municipales decidió aumentar los recursos asignados a combatir la malaria y a promover la utilización de mosquiteros tratados con insecticida. En el plano nacional, esos mismos datos aportaron la evidencia necesaria para modificar la política de uso de medicamentos de primera línea contra la malaria. La carga total de mortalidad por causas específicas medida en años de vida perdidos fue fundamental a la hora de diseñar el primer paquete nacional de intervenciones sanitarias básicas. Partiendo de los datos sobre pobreza procedentes de los puntos centinela, también ha sido posible proporcionar al Gobierno evidencia sólida en apoyo de la idea de que las prioridades de intervención sanitaria para los ciudadanos más pobres son distintas de las del resto de la población.

Sobrevivir a los primeros cinco años de vida

Aunque cada año siguen muriendo en el mundo unos 10,5 millones de niños menores de cinco años, se han logrado ciertos avances con respecto a los años setenta, cuando esa cifra superaba los 17 millones. Dicha reducción no se ha producido de manera uniforme en el tiempo ni en la misma proporción en todas las regiones, pero los resultados satisfactorios obtenidos en algunos países en desarrollo demuestran claramente que también en esos entornos es posible alcanzar bajos niveles de mortalidad. No debe subestimarse la repercusión de esos logros: si todo el mundo consiguiera alcanzar el nivel de mortalidad en la niñez que tiene hoy Islandia (el más bajo del mundo en 2002), cada año podría evitarse la muerte de más de 10 millones de niños.

En la actualidad, la inmensa mayoría de las defunciones infantiles se producen en países en desarrollo, de ellas prácticamente la mitad en África. Si bien algunos países africanos han logrado notables progresos en lo que a reducción de la mortalidad en la niñez se refiere, la mayoría de los niños de este continente viven en países donde las mejoras en materia de supervivencia alcanzadas en el pasado han quedado anuladas, debido principalmente a la epidemia de VIH/SIDA.

En el mundo entero los niños corren un mayor riesgo de morir si son pobres. Las disminuciones más pronunciadas de los niveles de mortalidad en la niñez se han registrado en países desarrollados y en países en desarrollo con baja mortalidad que han experimentado una mejora de la situación económica. En cambio, el ritmo de descenso de esos niveles en los países con alta mortalidad ha disminuido, llegando incluso a estancarse o a cambiar de signo. Dadas las mejoras globales registradas en las regiones en desarrollo, la brecha de mortalidad entre el mundo en desarrollo y el mundo desarrollado se ha estrechado desde 1970. Sin embargo, se están acentuando las diferencias entre las distintas regiones en desarrollo, ya que dentro de éstas los países menos desfavorecidos van logrando rápidos avances, mientras que la situación de las poblaciones más pobres no cesa de agravarse.

Mortalidad en la niñez: contrastes en el plano mundial

La figura 1.4 muestra los niveles de mortalidad en la niñez correspondientes a las distintas regiones. De los 20 países del mundo que presentan las cifras más elevadas de mortalidad en la niñez (probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años), 19, es decir todos excepto uno (Afganistán), son africanos.

Figura 1.4 Mortalidad en la niñez en las seis regiones de la OMS, 2002

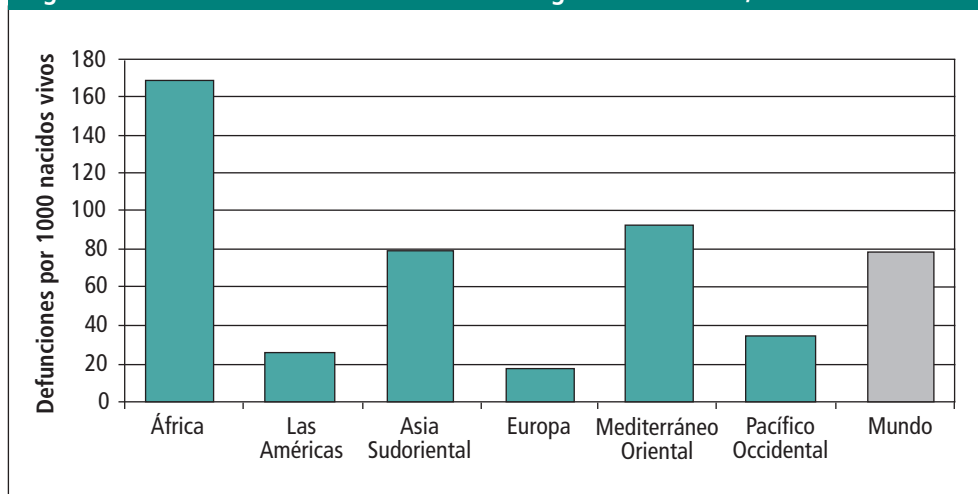
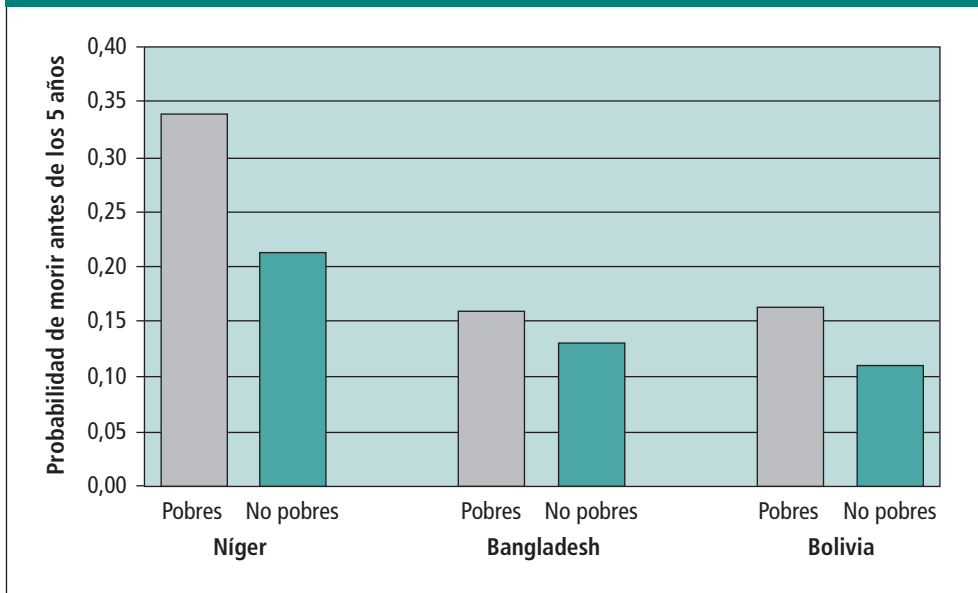


Figura 1.5 Diferencias en la mortalidad en la niñez en tres países en desarrollo según el estatus socioeconómico



Un bebé nacido en Sierra Leona tiene 3,5 veces más probabilidades de morir antes de cumplir los cinco años que un niño venido al mundo en la India, y si esa misma comparación se hace con Islandia o Singapur, el riesgo es cien veces mayor. Quince países, la mayoría de ellos europeos, pero también el Japón y Singapur, arrojaron en 2002 niveles de mortalidad en la niñez inferiores a 5 por 1000 nacidos vivos. En el cuadro 1 del anexo se indican las tasas de mortalidad en la niñez estimadas para 2002 para cada uno de los Estados Miembros de la OMS.

Mortalidad en la niñez: diferencias según el sexo y el estatus socioeconómico

En todo el mundo la mortalidad en la niñez es más elevada en los varones que en las mujeres, pero hay algunas excepciones. En China, la India, Nepal y el Pakistán, la mortalidad de niñas es superior a la de niños. Esa disparidad es particularmente pronunciada en el caso de China, donde el riesgo de defunción es un 33% mayor para las niñas que para los niños. Se cree que estas desigualdades son debidas al trato preferente que se da a los niños varones a la hora de acudir con ellos a los servicios de salud familiar o de alimentarlos.

Dentro de los distintos países, los niveles de mortalidad en la niñez varían considerablemente entre los diferentes grupos de ingresos. Según se desprende de los datos recabados mediante 106 encuestas demográficas y de salud realizadas en más de 60 países, los niños pertenecientes a familias pobres corren un riesgo mucho mayor de morir antes de cumplir los cinco años que los de familias más ricas. Esto queda ilustrado en la figura 1.5, donde se comparan los resultados correspondientes a tres países de distintas regiones. En el eje vertical se indica la probabilidad de morir durante la infancia (en una escala de cero a uno), mientras que en el eje horizontal se muestra la información distinguiendo entre «pobres» y «no pobres».¹ Para diferenciar entre poblaciones pobres y no pobres, se ha empleado una escala mundial basada en una estimación de los ingresos permanentes elaborada a partir de la información disponible sobre derechos de propiedad, acceso a servicios y características de los hogares. La ventaja que ofrece este método es que permite comparar los niveles socioeconómicos entre los dis-

¹ Se consideran «pobres» a las personas situadas en el quintil inferior de ingresos, y «no pobres» a las demás.

tintos países. Así, las personas definidas como pobres en Bangladesh tienen el mismo estatus económico que la población definida como pobre en Bolivia o el Níger.

En todos los países se dan notables diferencias en los riesgos de mortalidad en la niñez según el grado de pobreza, pero la magnitud de esa desigualdad varía; así, por ejemplo, en el Níger el riesgo de morir durante la infancia es aproximadamente 13 puntos porcentuales más elevado para los pobres que para los no pobres, mientras que en Bangladesh esa diferencia es inferior a tres puntos porcentuales.

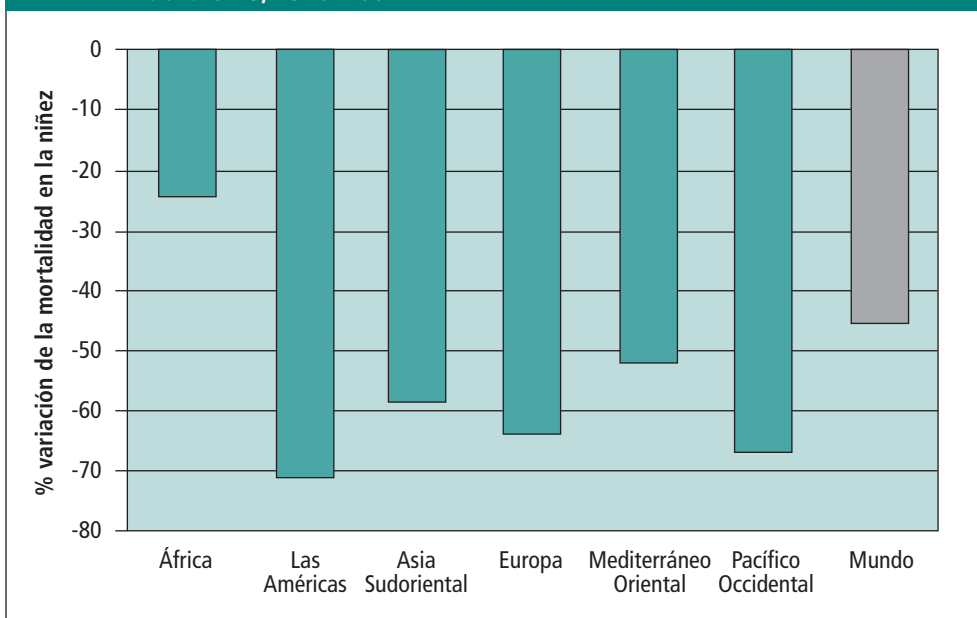
Las tasas de mortalidad en la niñez entre los pobres son mucho más elevadas en África que en cualquier otra región, aunque se emplee el mismo nivel de ingresos para definir la pobreza. Los niños pobres africanos tienen casi el doble de probabilidades de morir que los niños pobres de las Américas. De modo análogo, los niños no pobres de África tienen el doble de probabilidades de morir que los niños no pobres de las Américas. Además, el riesgo de defunción de los niños no pobres de África (16%) es más elevado que el de los niños pobres de las Américas (14%).

Supervivencia infantil: mejoras para algunos niños

En los últimos tres decenios, se han registrado en el mundo entero mejoras importantes en materia de supervivencia infantil (las variaciones por regiones de la OMS se presentan en la figura 1.6). A nivel mundial, la mortalidad en la niñez descendió entre 1970 y 2002 de 147 por 1000 a aproximadamente 80 por 1000 nacidos vivos. Esa reducción fue particularmente acusada en algunos países de las Regiones del Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental y en América Latina, mientras que en los países africanos fue más modesta. También se han registrado mejoras en la supervivencia infantil en las naciones industrializadas ricas, donde los niveles de mortalidad ya eran bajos.

Aunque la mortalidad en la niñez ha disminuido en la mayoría de las regiones del mundo, las mejoras no han sido uniformes en el tiempo ni tampoco entre las regiones. Las mayores reducciones de las tasas de mortalidad en la niñez se registraron en el mundo entero hace

Figura 1.6 Variaciones de las tasas de mortalidad en la niñez por regiones de la OMS, 1970–2002



20–30 años, aunque no así en las Regiones de África y del Pacífico Occidental, donde su ritmo se redujo durante el decenio de 1980, ni tampoco en algunos países de Europa oriental, donde en los años setenta esa tendencia incluso se invirtió. A lo largo de la última década, la mortalidad en la niñez sólo se ha logrado reducir aún más en países de la Región de Asia Sudoriental y en los países latinoamericanos con niveles de mortalidad más elevados.

Las mejoras más notables de los últimos 30 años en materia de supervivencia infantil se han observado en países en desarrollo donde la mortalidad en la niñez ya era relativamente baja, mientras que los países con niveles más elevados experimentaron un descenso menos pronunciado. Pese a la disminución general de las tasas mundiales de mortalidad en la niñez en los últimos tres decenios, las diferencias entre las regiones en desarrollo, y también dentro de éstas, se han ido acentuando.

Mientras que las posibilidades de supervivencia infantil son cada vez más dispares entre las regiones menos adelantadas del mundo, en los últimos 30 años ha habido una reducción de las diferencias de mortalidad en la niñez entre las naciones más ricas, debido en buena medida a los avances medicotecnológicos, particularmente en lo que respecta a la supervivencia neonatal.

En 16 países (14 de ellos africanos), hoy día la mortalidad de niños menores de cinco años es más elevada que la observada en 1990. En nueve países (ocho de ellos africanos), las tasas actuales incluso superan las registradas hace dos decenios. El VIH/SIDA ha tenido mucho que ver en esas regresiones.

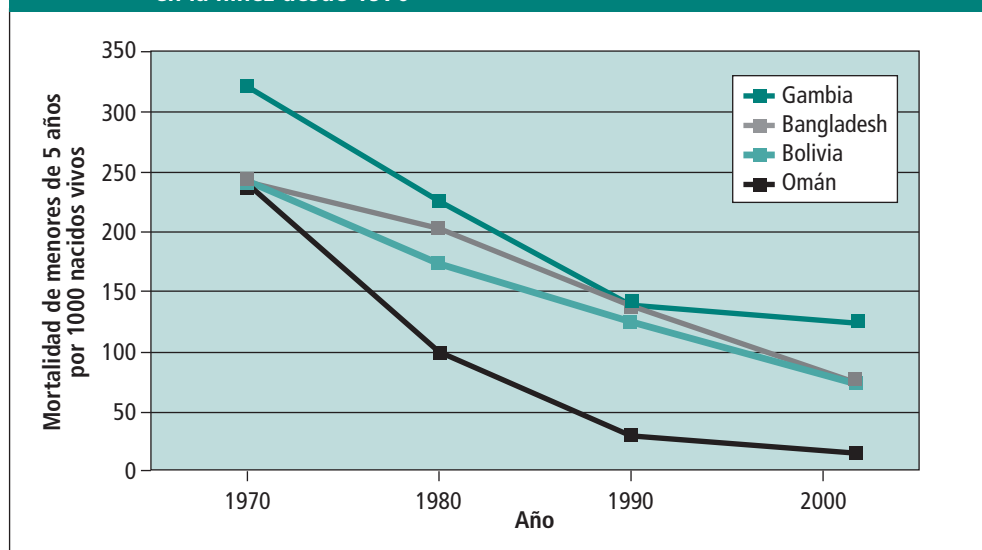
Análisis realizados a partir de encuestas demográficas y de salud ponen de manifiesto que, aunque la mortalidad en la niñez ha aumentado en muchos de los países africanos objeto de estudio, las diferencias de mortalidad entre las poblaciones pobres y no pobres en ese continente no han variado con el paso del tiempo. En cambio, en la Región de las Américas, donde ha habido una disminución general de las tasas de mortalidad en la niñez, la brecha de mortalidad entre los grupos pobres y los más acomodados se ha ido ampliando, lo que indica que en muchas regiones las mejoras en materia de supervivencia han beneficiado a los no pobres. La reducción de la mortalidad en la niñez ha sido más lenta en las zonas rurales, donde se concentra la población pobre, que en las zonas urbanas (6). Los análisis efectuados sugieren que las intervenciones sanitarias llevadas a cabo durante el pasado decenio no han logrado mejorar la situación de la población pobre.

Los descensos de las tasas de supervivencia infantil en algunos países arriba descritos contrastan con las impresionantes mejoras registradas en determinados países africanos. Pese a los estragos causados por la epidemia de VIH/SIDA en África, ocho países de la Región, entre ellos el Gabón, Gambia y Ghana, han logrado reducir desde 1970 la mortalidad en la niñez en más de un 50%.

En términos globales, al menos 169 países, 112 de ellos en desarrollo, han registrado desde 1970 una disminución de los niveles de mortalidad en la niñez. En la figura 1.7, se ilustran algunos de esos casos. Omán presenta la reducción más espectacular, pues ha pasado de 242 por 1000 nacidos vivos en 1970 a la tasa actual de 15 por 1000 nacidos vivos, que es inferior a la de muchos países de Europa. En general, los países de la Región del Mediterráneo Oriental de mortalidad más baja han experimentado un acentuado descenso de los niveles de mortalidad en la niñez, que ha venido acompañado de una reducción de las diferencias entre los niveles de mortalidad en la niñez de los distintos países desde 1970.

La mortalidad en la niñez también ha disminuido notablemente en la Región de las Américas. Las reducciones más destacadas en términos proporcionales se han registrado en Chile, Costa Rica y Cuba, donde las tasas han disminuido desde 1970 en más de un 80%. En términos absolutos, también se han experimentado reducciones importantes en Bolivia, Nicara-

Figura 1.7 Países con las mayores reducciones absolutas de la mortalidad en la niñez desde 1970



gua y el Perú. En cambio, en Haití la tasa de mortalidad en la niñez sigue siendo de 133 por 1000 nacidos vivos, una proporción que prácticamente duplica la correspondiente a Bolivia, que ocupa el segundo lugar en esa Región.

En varios países de Europa oriental se ha observado una interesante evolución de las tendencias relacionadas con la mortalidad en la niñez, que aumentó o se mantuvo en los mismos niveles durante el decenio de 1970 para luego disminuir a partir de 1980 (7). Esto puede deberse hasta cierto punto a que durante dicho periodo los registros de fallecimientos de niños y lactantes fueron haciéndose más completos. Un dato interesante es que mientras que los niveles de mortalidad adulta aumentaron a comienzos del decenio de 1990, la mortalidad en la niñez continuó disminuyendo. Esta pauta de mortalidad no se ha repetido en ninguna otra región de un modo tan sistemático, y siguen sin entenderse bien sus causas.

Cuadro 1.1 Causas principales de defunción en la infancia en los países en desarrollo, 2002

Posición	Causa	Número (miles)	% total defunciones
1	Enfermedades perinatales	2 375	23,1
2	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	1 856	18,1
3	Enfermedades diarreicas	1 566	15,2
4	Malaria	1 098	10,7
5	Sarampión	551	5,4
6	Malformaciones congénitas	386	3,8
7	VIH/SIDA	370	3,6
8	Tos ferina	301	2,9
9	Tétanos	185	1,8
10	Malnutrición proteinoenergética	138	1,3
	Otras causas	1 437	14,0
	Total	10 263	100

Causas de defunción en la infancia

En los países en desarrollo, las enfermedades infecciosas y parasitarias siguen siendo las que más muertes de niños provocan, debido en parte a la epidemia de VIH/SIDA. Aunque en algunas zonas se han logrado mejoras sustanciales (por ejemplo en lo referente a la poliomielitis), las enfermedades transmisibles siguen figurando entre las 10 principales causas de defunción en los niños y provocan alrededor del 60% de las muertes infantiles. En términos generales, las 10 causas principales de defunción son responsables del 86% de todas esas muertes (véase el cuadro 1.1).

En numerosos países de la Región del Mediterráneo Oriental y de América Latina y Asia se ha registrado parcialmente una evolución hacia la distribución de las causas de defun-

ción observada en los países desarrollados. En esos lugares, las enfermedades perinatales, como la asfixia o los traumatismos sufridos durante el parto o la insuficiencia ponderal, que actualmente son responsables de entre una quinta y una tercera parte de las muertes, han desplazado a las enfermedades infecciosas como causas principales de defunción. Ese cambio en la distribución de las causas de muerte no se ha dado en el África subsahariana, donde las enfermedades perinatales ocupan el cuarto lugar. En esta región, la desnutrición, la malaria, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y las enfermedades diarreicas siguen figurando entre las principales causas de defunción en los niños y son responsables del 45% del conjunto de todas las defunciones.

Alrededor del 90% de todas las muertes de niños causadas por el VIH/SIDA y la malaria se producen en el África subsahariana, donde se concentran el 23% de los nacimientos y el 42% de los fallecimientos de niños registrados en el mundo (véase el recuadro 1.2). Los últimos años han venido marcados por un enorme aumento de las defunciones de niños por VIH/SIDA, enfermedad ésta que en la actualidad provoca en el África subsahariana 332 000 muertes infantiles y que en el conjunto de la región es la causa del 8% de la tasa total de mortalidad en la niñez.

Se han observado algunas mejoras en lo que respecta a las enfermedades diarreicas y el sarampión. Aunque, según parece, el nivel de incidencia se mantiene estable, la carga de mortalidad imputable a las enfermedades diarreicas disminuyó entre 1990 y 2002 de 2,5 millones a 1,6 millones de defunciones y representa en la actualidad un 15% del total de muertes de niños. Ha habido asimismo cierta disminución de las defunciones por sarampión, aunque dicha enfermedad sigue cobrándose cada año la vida de más de medio millón de menores de cinco años (8). La malaria provoca anualmente alrededor de un millón de muertes infantiles, de las cuales el 90% corresponden a niños menores de cinco años. En dicho grupo de edad, esta enfermedad es la causa de cerca del 11% del total de defunciones (véase el cuadro 1.1).

Recuadro 1.2 La crisis de la mortalidad en la niñez en África

En la Región de África de la OMS hay 14 países donde la mortalidad en la niñez ha vuelto a aumentar después de alcanzar niveles mínimos en los años noventa. Aproximadamente un 34% de la población menor de cinco años del África subsahariana se ve hoy afectado por esta preocupante tendencia. Sólo en dos países no africanos se ha observado un retroceso similar durante el mismo periodo, pero se trata de países que han sufrido conflictos armados con sanciones económicas. Ocho de los 14 países se encuentran en el África austral, región que durante los años setenta y ochenta pudo exhibir con orgullo algunas de las más marcadas mejoras de la supervivencia infantil. Sin embargo, esas prometedoras mejoras se han esfumado en sólo una década.

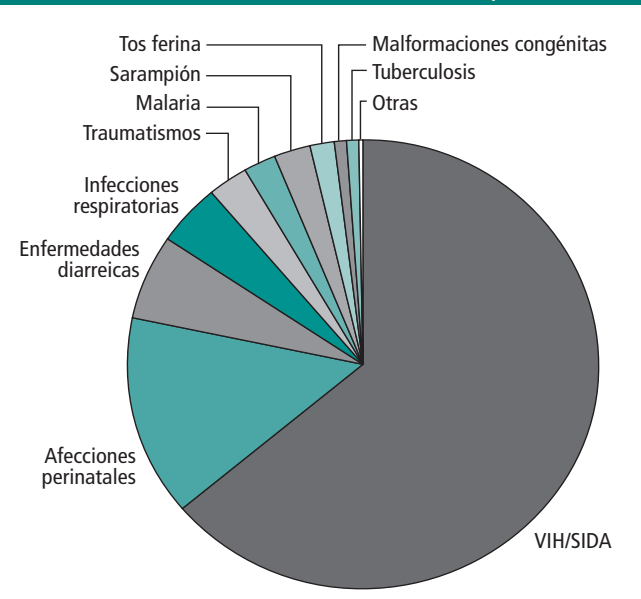
La fuerte irrupción del

VIH/SIDA es directamente responsable de hasta un 60% de las defunciones infantiles en África, como puede apreciarse en la figura adjunta,

donde se representan las causas de mortalidad infantil en Botswana.

Los efectos indirectos del VIH/SIDA en los adultos ensombrecen aún más este escenario. Los niños cuyas madres han sucumbido al VIH/SIDA tienen más probabilidades de fallecer que los niños cuyas madres siguen con vida, con independencia de su situación de afectados o no por el VIH. El desvío de unos recursos ya insuficientes de los programas de salud infantil hacia la atención a las personas afectadas por el SIDA agrava aún más la situación, en un contexto de aumento de la mortalidad por malaria, disturbios civiles o anarquía social.

Causas de defunción en la niñez en Botswana, 2002



En la India, el número total de muertes en la niñez disminuyó entre 1990 y 2002 de unos 3,5 millones a unos 2,3 millones. Ese impresionante descenso es fruto de una reducción de alrededor de un 30% de las tasas globales de mortalidad en la niñez y de una disminución de aproximadamente un 10% de las tasas totales de fecundidad. La distribución de las causas de defunción se ha mantenido bastante estable, exceptuando las enfermedades perinatales, cuya proporción ha aumentado notablemente. Se registraron también algunas disminuciones en la proporción de muertes debidas a las enfermedades diarreicas, el sarampión y el tétanos, probablemente gracias al empleo cada vez más extendido de la terapia de rehidratación oral y a la mayor cobertura de las vacunaciones sistemáticas, así como a la organización de campañas intensivas de inmunización.

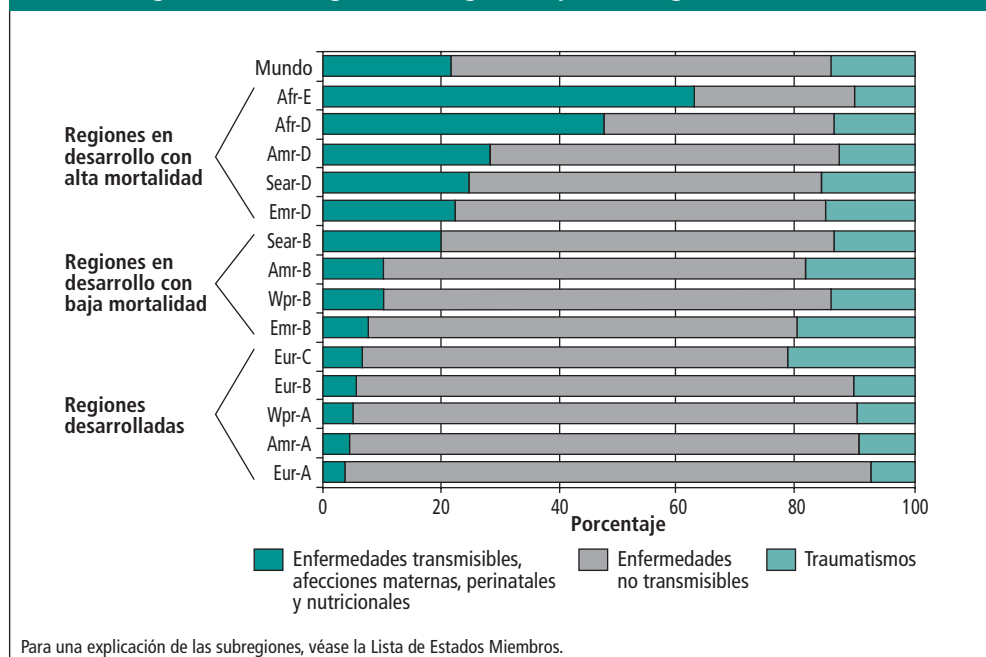
Se puede observar una evolución similar en China, donde el número de muertes infantiles ha disminuido desde 1990 en un 30%, gracias a una reducción de la mortalidad en la niñez en un 18% y a la disminución de las tasas totales de fecundidad en un 6%. Al igual que en el caso de la India, el cambio más notable registrado durante el último decenio en China en la distribución de causas de defunción es el aumento de la proporción de las muertes perinatales.

El desafío que supone reducir la mortalidad en la niñez está ampliamente reconocido, y existen intervenciones eficaces para ello. Lo que urge ahora es pasar a la acción. Como se explica en la sección siguiente, los retos que plantea la mortalidad de adultos son más complejos.

La salud de los adultos en peligro: el ritmo de las mejoras disminuye y las diferencias se acentúan

Las tasas de mortalidad adulta han disminuido en los últimos decenios en la mayoría de las regiones del mundo. En los últimos 20 años, la esperanza de vida a los 15 años ha aumentado en la mayoría de ellas entre 2 y 3 años. Entre las excepciones más destacadas figuran los países con altos niveles de mortalidad de África, donde la esperanza de vida a los 15 años de edad

Figura 1.8 Carga de morbilidad (AVAD) entre los adultos (≥ 15 años), por causas generales, en algunas subregiones epidemiológicas, 2002



disminuyó entre 1980 y 2002 en cerca de 7 años, y de Europa oriental (principalmente países antes pertenecientes a la Unión Soviética), donde en ese mismo periodo se registró una disminución de 4,2 años para los varones y de 1,6 años para las mujeres.

De los 45 millones de muertes de adultos de 15 años o más registradas en 2002, 32 millones – es decir, cerca de tres cuartas partes – se debieron a enfermedades no transmisibles, que se cobraron casi cuatro veces más vidas que las enfermedades transmisibles y las afecciones maternas, perinatales y nutricionales juntas (8,2 millones, lo que equivale al 18% del conjunto de causas). Los traumatismos provocaron en 2002 la muerte de otros 4,5 millones de adultos; es decir, en términos totales, fueron la causa de una de cada 10 defunciones de adultos. Más de 3 millones de esas muertes provocadas por traumatismos – cerca del 70% del total – correspondieron a los varones, más expuestos a sufrir traumatismos en accidentes de tráfico y a ser víctimas de actos de violencia o de guerra (los hombres corren un riesgo tres veces mayor en el primer caso y más de cuatro veces mayor en el segundo).

La importancia relativa de estas causas varía considerablemente de una región a otra. Así, por ejemplo, en África sólo 1 de cada 3 muertes de adultos es provocada por enfermedades no transmisibles, mientras que en los países desarrollados esa proporción es de 9 de cada 10. Resulta preocupante que en América Latina y en los países en desarrollo de Asia y de la Región del Pacífico Occidental 3 de cada 4 muertes de adultos se deban a enfermedades no transmisibles, lo que refleja el estado relativamente avanzado de la transición epidemiológica que se ha alcanzado en esas poblaciones y la aparición de la doble carga de morbilidad. En el cuadro 2 del anexo se ofrecen estimaciones de las muertes totales por causas de defunción registradas en 2002 en cada una de las subregiones epidemiológicas y en el conjunto del planeta. En el sitio web de la OMS pueden consultarse cuadros más detallados sobre las defunciones registradas en las distintas regiones, desglosadas por causas, grupos de edad y sexo (<http://www.who.int/evidence/bod>).

La figura 1.8 pone de relieve los marcados contrastes que existen entre las distintas partes del mundo en lo referente al proceso de transición sanitaria en los adultos (≥ 15 años). En los países desarrollados, sólo el 5% de la carga total de morbilidad es imputable a enfermedades transmisibles y a afecciones maternas, perinatales y nutricionales, mientras que en las regiones en desarrollo con alta mortalidad ese porcentaje asciende a un 40%. En las regiones de África en las que durante el pasado decenio la epidemia de VIH/SIDA repercutió negativamente en la evolución de la transición sanitaria, dichas enfermedades pueden llegar a representar entre el 50% y el 60% de la carga total de morbilidad. En el cuadro 3 del anexo se pueden consultar las estimaciones para 2002 de los AVAD correspondientes a las distintas subregiones epidemiológicas y al conjunto del mundo.

Cuadro 1.2 Causas principales de la carga de morbilidad (AVAD) para hombres y mujeres ≥ 15 años, todo el mundo, 2002

Hombres	% AVAD	Mujeres	% AVAD
1 VIH/SIDA	7,4	1 Trastornos depresivos unipolares	8,4
2 Cardiopatía isquémica	6,8	2 VIH/SIDA	7,2
3 Enfermedades cerebrovasculares	5,0	3 Cardiopatía isquémica	5,3
4 Trastornos depresivos unipolares	4,8	4 Enfermedades cerebrovasculares	5,2
5 Traumatismos por accidentes de tráfico	4,3	5 Catarata	3,1
6 Tuberculosis	4,2	6 Pérdida de oído, comienzo en el adulto	2,8
7 Trastornos por consumo de alcohol	3,4	7 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,7
8 Violencia	3,3	8 Tuberculosis	2,6
9 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3,1	9 Osteoartritis	2,0
10 Pérdida de oído, comienzo en el adulto	2,7	10 Diabetes mellitus	1,9

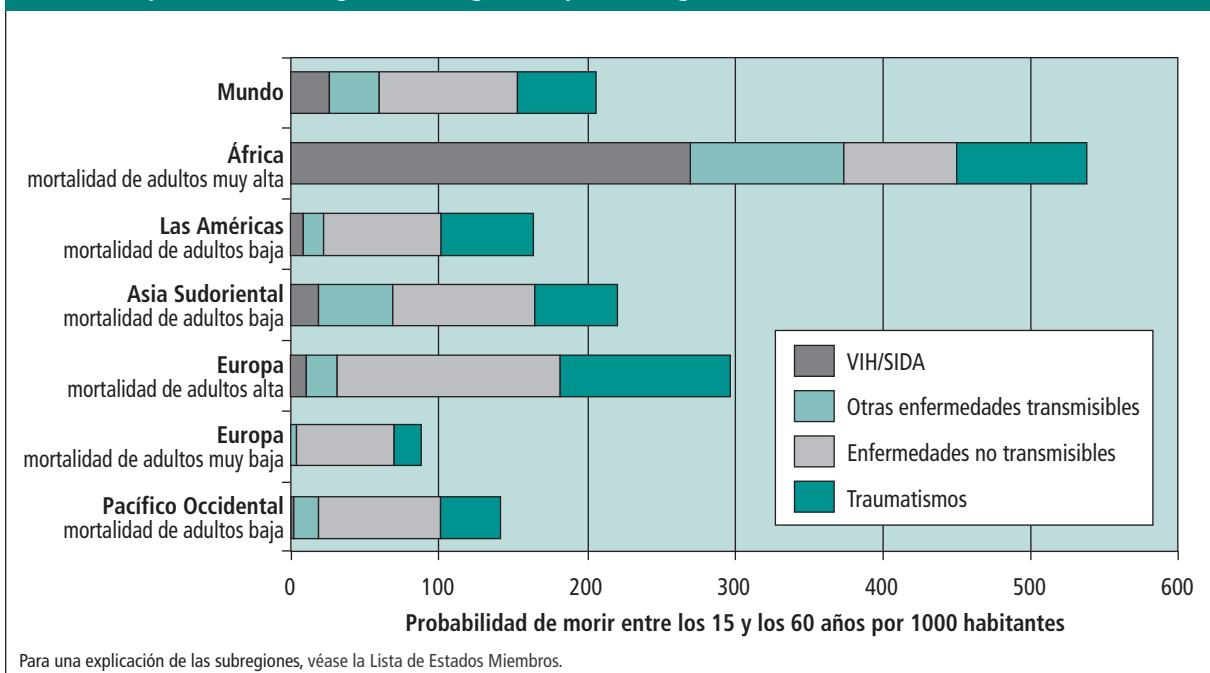
En el cuadro 1.2, se indican las 10 causas principales de morbilidad para los hombres y mujeres de 15 años o más. Las cardiopatías isquémicas y los ataques apopléticos (enfermedades cerebrovasculares) figuran a nivel mundial entre las tres principales causas de morbilidad en adultos varones. El VIH/SIDA, al que corresponde alrededor del 6% de la carga mundial de morbilidad, constituye la primera causa por orden de importancia en los hombres y la segunda entre las mujeres. Los trastornos relacionados con la depresión unipolar representan la principal causa de morbilidad femenina, pues su prevalencia es mayor en las mujeres. Aunque las afecciones maternas consistentes en hemorragias, septicemias y parto obstruido no aparecen en el cuadro 1.2, como grupo constituyen una de las principales causas de morbilidad de la mujer a nivel global, lo que refleja la persistencia de elevados niveles de mortalidad materna en muchos países en desarrollo, así como los altos niveles de discapacidad provocados por esas dolencias.

En la sección siguiente se ofrece una sinopsis del riesgo de muerte prematura en los adultos, expresada en términos de probabilidades de morir entre los 15 y los 60 años de edad – proporción de personas de 15 años que fallecerán antes de cumplir 60 años –, y se examina la distribución mundial de las causas de defunción para el grupo de edades comprendidas entre los 15 y los 59 años. Seguidamente abordaremos la salud de los adultos de 60 o más años.

Distribución mundial del riesgo de mortalidad prematura

La probabilidad que tienen los adultos de sufrir una muerte prematura varía ampliamente de una región a otra, como se puede observar en la figura 1.9. Así, por ejemplo, en algunas partes del África subsahariana ese riesgo es mucho más elevado (casi cuatro veces más) que el observado en países con baja mortalidad pertenecientes a la Región del Pacífico Occidental. Incluso dentro de las regiones desarrolladas se dan importantes variaciones. En algunos países de Europa oriental los varones tienen entre tres y cuatro veces más probabilidades de ser víctimas de una muerte prematura que los hombres de otras regiones desarrolladas. Por otra

Figura 1.9 Mortalidad de adultos: probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años de edad, por causas, en algunas subregiones epidemiológicas, 2002



parte, la mortalidad de adultos varones es mucho más elevada en Europa oriental que en algunos países en desarrollo de las Américas, Asia y la Región del Mediterráneo Oriental. En todas las regiones, la mortalidad masculina es más elevada que la femenina, y esa discrepancia entre ambos sexos en lo referente al riesgo de mortalidad es mucho más acusada que la que se puede observar entre los niños. En cambio, la variación en la proporción de mujeres que mueren prematuramente es mucho menos pronunciada.

Tendencias de la mortalidad de adultos: grupo de 15–59 años

En los últimos cinco decenios se han logrado en todo el mundo extraordinarias mejoras en lo referente al estado de salud de los adultos. El riesgo de morir entre los 15 y los 60 años ha disminuido sustancialmente, de una media mundial de 354 por 1000 habitantes en 1955 a 207 por 1000 en 2002. La desaceleración registrada en los últimos tiempos en el ritmo de descenso es una clara advertencia de que no va a ser fácil lograr una reducción continuada de la mortalidad adulta, particularmente en los países en desarrollo.

Existen diferencias sustanciales en cuanto al ritmo y la magnitud de las tendencias a la baja registradas en relación con la mortalidad prematura en la edad adulta, y ello tanto entre hombres y mujeres como entre las distintas regiones del mundo (véase la figura 1.10). La ralentización mundial de ese ritmo se debe principalmente a los cambios registrados por la mortalidad adulta en algunas regiones. Entre los indicios de un empeoramiento de la salud de los adultos, resulta especialmente preocupante que en África la mortalidad adulta haya cambiado de signo, pasando en 1990 de un estado de disminución paulatina a una situación marcada por un rápido aumento de las tasas. En algunas partes del África subsahariana esa inversión de la tendencia ha sido tan drástica que las tasas actuales de mortalidad adulta superan los niveles registrados tres decenios atrás. En Zimbabwe el aumento de las defunciones registradas de adultos fue mucho más importante en el periodo 1991–1995 que entre 1986 y 1990. La mortalidad de los niños mayores y de los adultos de más edad apenas ha cambiado (9). De no ser por el VIH/SIDA, la esperanza de vida al nacer en la Región de África habría sido en 2002 casi 6,1 años más alta. La disminución de la esperanza de vida varía notablemente entre las distintas regiones de África. El impacto ha sido especialmente devastador en Botswana, Lesotho, Swazilandia y Zimbabwe, donde el VIH/SIDA ha acortado en más de 20 años la esperanza de vida de hombres y mujeres.

El frágil estado de la salud adulta, en medio de un clima general de inestabilidad social, económica y política, también es patente en numerosas regiones de otros continentes. En algunos países de Europa oriental, la mortalidad de varones ha aumentado notablemente y se acerca cada vez más a los niveles de mortalidad adulta vigentes en algunos países africanos. De hecho, el riesgo medio de mortalidad para la Región de Europa en su conjunto ha pasado a situarse para los adultos varones con edades comprendidas entre los 15 y los 60 años en 230 por 1000 habitantes, un nivel similar al registrado en el decenio de 1980. Esto contrasta con la continua tendencia a la baja registrada para las mujeres en el conjunto de la región, donde ese riesgo ha disminuido de 130 en 1970 a 98 en 2002. Como se puede observar en la figura 1.8, la probabilidad de los adultos de 15–59 años de morir de resultas de un traumatismo es seis veces más elevada si viven en un país de Europa oriental que si residen en un país vecino de Europa occidental.

Mortalidad de adultos: las diferencias se acentúan

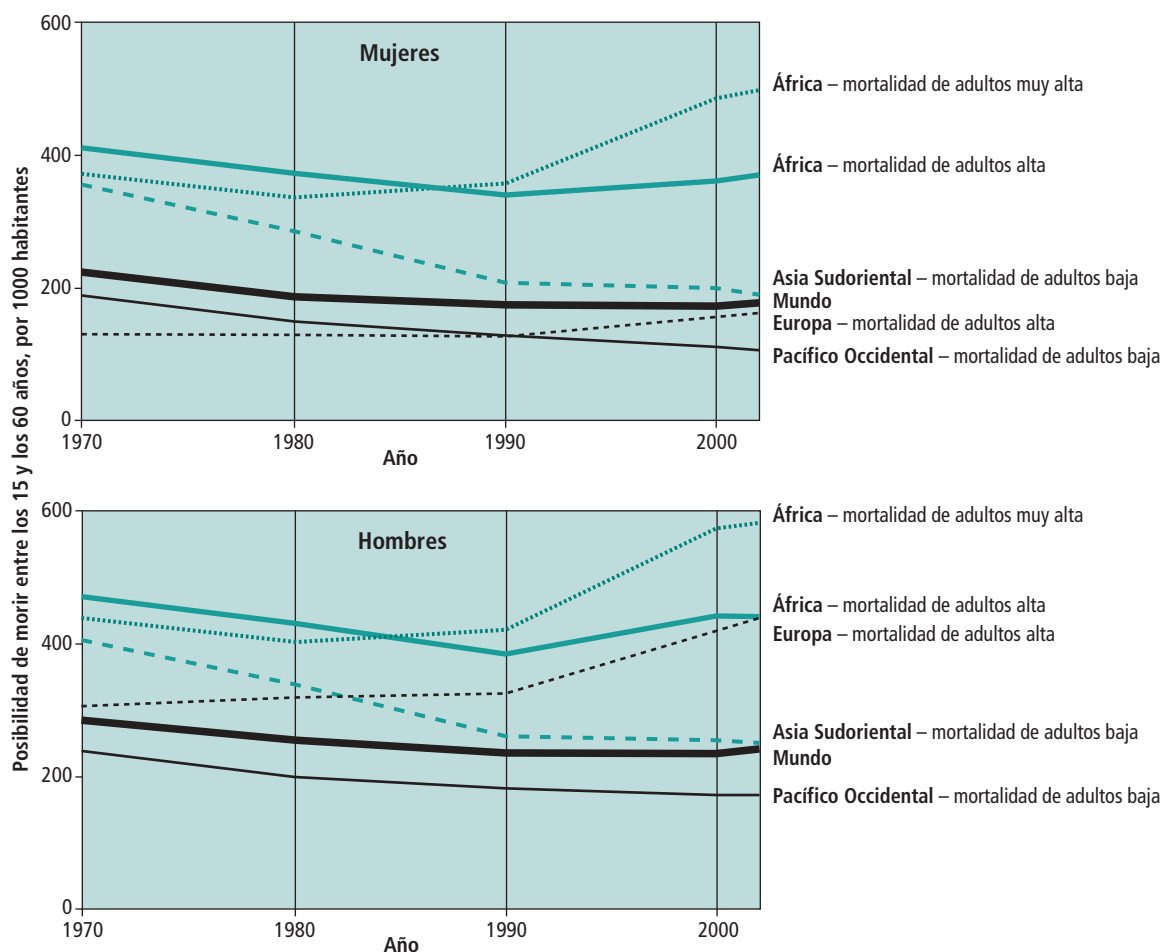
La progresiva disminución de la mortalidad adulta en las regiones con baja mortalidad, unida a la inversión de esa tendencia en las regiones con alta mortalidad, ha traído consigo una ampliación de las diferencias mundiales en esta esfera. La brecha entre las regiones que presentan, respectivamente, el riesgo más bajo y el riesgo más elevado de mortalidad adulta

entre los 15 y los 60 años ha pasado a situarse en 2002 en 340 por 1000 habitantes. Tras ese valor agregado regional de mortalidad adulta se ocultan igualmente enormes disparidades entre los países, que invitan a reflexionar. Así, por ejemplo, en la Región del Mediterráneo Oriental, en 2002 el riesgo de morir entre los 15 y los 60 años era siete veces mayor para las mujeres adultas de Djibouti que para las de Kuwait. En términos globales, la tasa de mortalidad adulta más elevada a nivel de país es casi 12 veces superior a la tasa de mortalidad más baja (véase el cuadro 1 del anexo).

VIH/SIDA: la principal amenaza para la salud

En el cuadro 1.3 se indican las principales causas de defunción y los AVAD para 2002 en adultos a nivel mundial. Pese a una tendencia mundial hacia la disminución de la carga de morbilidad adulta atribuible a las enfermedades transmisibles, el VIH/SIDA se ha convertido en la principal causa de defunción y en el factor que por sí solo más contribuye a la carga de morbilidad de los adultos con edades comprendidas entre los 15 y los 59 años (véase el capítulo 3).

Figura 1.10 Tendencias de la mortalidad de adultos, por sexos, en algunas subregiones epidemiológicas, 1970–2002



Para una explicación de las subregiones, véase la Lista de Estados Miembros.

Cerca del 80% de los 3 millones de muertes provocadas en 2002 en todo el mundo por el VIH/SIDA corresponden al África subsahariana. Como ya se ha indicado, el VIH/SIDA constituye en esta región la principal causa de defunción. Esta enfermedad provoca cada día más de 6000 muertes y es responsable de una de cada dos defunciones de adultos con edades comprendidas entre los 15 y los 59 años. El VIH/SIDA ha invertido en esta región las tendencias de mortalidad adulta, haciendo que las mejoras de la esperanza de vida dieran paso a partir de 1990 a un continuado empeoramiento de esa variable.

Mortalidad y morbilidad en adultos de edad avanzada

En los países en desarrollo, el 42% de las muertes de adultos tienen lugar después de los 60 años, mientras que en los países desarrollados ese porcentaje asciende al 78%. En términos mundiales, las personas de 60 años tienen un 55% de posibilidades de morir antes de cumplir los ochenta. En lo que respecta a las edades más avanzadas, las variaciones regionales en cuanto al riesgo de defunción son menos pronunciadas y oscilan entre el 40% para la mayoría de los países desarrollados de Europa occidental, el 60% para la mayoría de las regiones en desarrollo, y el 70% para el continente africano. Los datos históricos correspondientes a países como Australia o Suecia muestran una lenta evolución de la esperanza de vida restante a los 60 años durante los primeros seis o siete decenios del siglo XX, seguida de un incremento sustancial a partir de 1970 aproximadamente. En el Japón, la esperanza de vida restante a los 60 asciende ya a 25 años. A partir de 1990, algunos países de Europa oriental, como Hungría o Polonia, empezaron a experimentar mejoras similares en lo que respecta a la mortalidad de las personas de edad avanzada, aunque otros, como la Federación de Rusia, no han corrido la misma suerte y están registrando tendencias de empeoramiento de esas tasas. Las principales causas que conforman la carga de mortalidad y morbilidad en personas de edad avanzada no han variado significativamente a lo largo de la última década.

Cuadro 1.3 Causas principales de mortalidad y morbilidad (AVAD) entre los adultos, todo el mundo, 2002

Mortalidad – adultos de 15 a 59 años			Mortalidad – adultos ≥ 60 años		
Posición	Causa	Defunciones (miles)	Posición	Causa	Defunciones (miles)
1	VIH/SIDA	2279	1	Cardiopatía isquémica	5825
2	Cardiopatía isquémica	1332	2	Enfermedades cerebrovasculares	4689
3	Tuberculosis	1036	3	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2399
4	Traumatismos por accidentes de tráfico	814	4	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	1396
5	Enfermedades cerebrovasculares	783	5	Cánceres de tráquea, bronquio y pulmón	928
6	Autolesiones	672	6	Diabetes mellitus	754
7	Violencia	473	7	Cardiopatía hipertensiva	735
8	Cirrosis hepática	382	8	Cáncer de estómago	605
9	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	352	9	Tuberculosis	495
10	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	343	10	Cánceres de colon y recto	477

Morbilidad – adultos de 15 a 59 años			Morbilidad – adultos ≥ 60 años		
Posición	Causa	AVAD (miles)	Posición	Causa	AVAD (miles)
1	VIH/SIDA	68 661	1	Cardiopatía isquémica	31 481
2	Trastornos depresivos unipolares	57 843	2	Enfermedades cerebrovasculares	29 595
3	Tuberculosis	28 380	3	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	14 380
4	Traumatismos por accidentes de tráfico	27 264	4	Alzheimer y otras demencias	8 569
5	Cardiopatía isquémica	26 155	5	Catarata	7 384
6	Trastornos por consumo de alcohol	19 567	6	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	6 597
7	Pérdida de oído, comienzo en el adulto	19 486	7	Pérdida de oído, comienzo en el adulto	6 548
8	Violencia	18 962	8	Cánceres de tráquea, bronquio y pulmón	5 952
9	Enfermedades cerebrovasculares	18 749	9	Diabetes mellitus	5 882
10	Autolesiones	18 522	10	Trastornos de la visión, relacionados con la edad o y de otro tipo	4 766

Carga creciente de enfermedades no transmisibles

La carga atribuible a enfermedades no transmisibles va en aumento y representa actualmente casi la mitad de la carga mundial de morbilidad (para todas las edades), lo que supone un incremento del 10% con respecto a los niveles estimados para 1990. Mientras que la proporción de la carga imputable a enfermedades no transmisibles se mantiene estable en los países desarrollados, rondando el 80% para los adultos de 15 años o más, en los países de ingresos medios esa proporción rebasa ya el 70%. Un dato sorprendente es que en las regiones del mundo con alta mortalidad cerca del 50% de la carga actual de morbilidad adulta viene imputada por enfermedades no transmisibles. El envejecimiento de la población (véase el recuadro 1.3) y los cambios en la distribución de los factores de riesgo han acelerado en muchos países en desarrollo la epidemia de enfermedades no transmisibles (10).

Los trastornos cardiovasculares representan el 13% de la carga de morbilidad en adultos de 15 años o más. La cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares son las dos causas que más contribuyen a la carga de mortalidad y morbilidad en los adultos de edad avanzada (mayores de 60 años). En los países desarrollados, las cardiopatías isquémicas y las enfermedades cerebrovasculares causan conjuntamente más del 36% de las muertes, siendo las tasas de mortalidad más elevadas para los varones que para las mujeres. El incremento de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en los países de Europa oriental se ha visto contrarrestado por los continuos descensos registrados en muchos otros países desarrollados. En las regiones en desarrollo, en cambio, la mortalidad y la morbilidad atribuibles a esas afecciones están aumentando rápidamente (véase el capítulo 6).

De los 7,1 millones de muertes causadas por el cáncer que, según se estima, se produjeron en 2002, el 17% son atribuibles al cáncer de pulmón, y tres cuartas partes de ese porcentaje corresponden a varones (13). Se calcula que en 2000 el número de defunciones causadas por

Recuadro 1.3 El envejecimiento de la población

Se está produciendo en todo el planeta una revolución demográfica. Actualmente hay en el mundo unos 600 millones de personas mayores de 60 años. Ese número se habrá duplicado en 2025, y en 2050 se habrá transformado en 2000 millones, la mayoría de las cuales se encontrarán en el mundo en desarrollo. Ese envejecimiento acelerado de la población mundial aumentará las demandas económicas y sociales en todos los países.

Si bien las consecuencias del envejecimiento de la población en el terreno de la salud y la seguridad de los ingresos están ya muy presentes en los debates de los formuladores de políticas y los planificadores en el mundo desarrollado, aún no se reconoce en toda su magnitud la velocidad y el impacto de ese fenómeno en las regiones menos desarrolladas. Para 2025, en países como el Brasil, China y Tailandia, la proporción de personas de edad superará el 15% de la población, mientras que en Colombia, Indonesia y Kenya las cifras absolutas aumentarán en un 400% a lo largo de los próximos 25 años, lo que supone ocho veces más que los aumentos registrados en sociedades ya viejas de Europa occidental en las que el envejecimiento de la población se ha producido a lo largo de periodos mucho más largos (11).

El envejecimiento de la población se ve impulsado por dos factores, a saber, una disminución de la proporción de niños, reflejo a su vez de una disminución de las tasas de fecundidad en la población general, y un aumento de la proporción de adultos de más de 60 años, consecuencia de la disminución de las tasas de mortalidad. Esta transición

demográfica traerá consigo varios retos importantes para los planificadores de la salud y las políticas sociales. Conforme envejecen las poblaciones, aumenta la carga de enfermedades no transmisibles. La evidencia acumulada en los países desarrollados, sin embargo, muestra que la prevalencia de enfermedades crónicas y los niveles de discapacidad entre las personas mayores pueden reducirse adoptando medidas apropiadas de promoción de la salud y estrategias de prevención de las enfermedades no transmisibles. Un hecho especialmente preocupante es el aumento de la prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas observado en los países en desarrollo. Las oportunidades perdidas por los sistemas de salud para afrontar o gestionar las enfermedades no transmisibles relacionadas con la edad se traducirán en aumentos de la incidencia, de la prevalencia y de las complicaciones asociadas a estas enfermedades, y pueden por tanto desviar recursos de otras prioridades como la salud maternoinfantil.

La mejora de los sistemas de salud y de sus respuestas al envejecimiento de la población está justificada económicamente. Con unas razones de dependencia de las personas mayores que están aumentando prácticamente en todos los países del mundo, la contribución económica y los papeles productivos de las personas mayores cobrarán mayor importancia. Ayudar a la gente a mantenerse sana y a asegurarse una buena calidad de vida para sus últimos años de vida constituye uno de los mayores retos para el sector sanitario de los países tanto desarrollados como en desarrollo (12).

cáncer de pulmón ascendía a 1,2 millones; esto supone un incremento de cerca del 30% en los 10 años transcurridos desde 1990, y refleja la aparición de la epidemia de tabaquismo en los países de ingresos bajos y medios.

El cáncer de estómago, que hasta hace poco ocupaba el primer puesto mundial en lo que a mortalidad causada por el cáncer se refiere, ha retrocedido en todos los lugares del planeta donde es posible evaluar de un modo fiable las tendencias y provoca actualmente 850 000 muertes anuales, es decir, casi una tercera parte menos que el cáncer de pulmón. Los cánceres de hígado y de colon y recto son la tercera y cuarta causas. Se estima que más de la mitad de los casos de cáncer hepático se dan en la Región del Pacífico Occidental. Entre las mujeres, el cáncer más mortífero es el de mama. Aunque durante el pasado decenio las tasas de supervivencia para este tipo de cáncer han mejorado, las posibilidades de sobrevivir a la enfermedad varían en función de factores como la cobertura de la prevención secundaria y el acceso a la misma. En términos mundiales, los trastornos neuropsiquiátricos son responsables del 19% de la carga de morbilidad adulta (véase el recuadro 1.4), atribuible en su inmensa mayoría a problemas de salud no mortales.

Traumatismos: una epidemia oculta que afecta sobre todo a los varones jóvenes

Los traumatismos, tanto accidentales como intencionales, afectan principalmente a los adultos jóvenes y tienen a menudo graves consecuencias discapacitantes. En términos globales, los traumatismos contribuyeron en 2002 en un 14% a la carga mundial de morbilidad adulta. En algunas partes de las Regiones de las Américas, Europa oriental y el Mediterráneo Oriental, más del 30% de la carga total de morbilidad correspondiente a los adultos varones con edades comprendidas entre los 15 y los 44 años es atribuible a los traumatismos.

Entre los hombres, los traumatismos por accidentes de tráfico, los actos de violencia y las autolesiones figuran entre las 10 causas principales de morbilidad para el grupo de edades

Recuadro 1.4 La carga de morbilidad mental

Los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias son responsables de una importante carga de morbilidad y discapacidad: globalmente, el 13% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y el 33% de los años perdidos por discapacidad (APD). Detrás de estas crudas cifras encontramos otra carga de sufrimiento humano: más de 150 millones de personas sufren depresión en algún momento de la vida; casi un millón de personas se suicidan cada año, y aproximadamente 25 millones sufren esquizofrenia, 38 millones epilepsia, y más de 90 millones trastornos de abuso de alcohol o drogas.

Una gran proporción de los afectados no reciben atención sanitaria para su dolencia, en primer lugar porque la infraestructura y los servicios de salud mental de la mayoría de los países son claramente insuficientes para las muchas y crecientes necesidades (14), y en segundo lugar porque los muy extendidos problemas de estigmatización y discriminación les impiden buscar ayuda. El 40% de los países carecen de una política de salud mental, y el 25% de los que disponen de tal política no tienen asignado ningún presupuesto para aplicarla. Los presupuestos, donde existen, son muy pequeños: el 36% de los países dedican menos del 1% de todos sus recursos de salud a la atención de salud mental. Aunque se admite que los servicios comunitarios son los más eficaces, el 65% de todas las camas para enfermos mentales se

encuentran aún en hospitales psiquiátricos, lo que recorta los ya exigüos presupuestos y confía los cuidados asistenciales a un entorno que viola los derechos humanos básicos de los pacientes.

Se dispone de intervenciones de atención sanitaria costoeficaces. Investigaciones recientes demuestran claramente que trastornos como la depresión, la esquizofrenia, el alcoholismo y la epilepsia pueden ser tratados en el marco de la atención primaria. Dicho tratamiento está claramente al alcance incluso de los países de bajos ingresos y reducirá sustancialmente la carga global de esas enfermedades. Las intervenciones implicadas se basan en el uso de medicamentos baratos fácilmente accesibles y que en su mayor parte ya no están sujetos a patente, así como en una formación básica de los profesionales de la salud (15).

La salud mental también incide en los sistemas asistenciales por otras vías. Una gran proporción de las personas con enfermedades físicas crónicas como diabetes e hipertensión, tumores malignos y VIH/SIDA sufren al mismo tiempo un estado de depresión que interfiere en su observancia de los regímenes de tratamiento. Diversos factores comportamentales y relacionados con el estilo de vida también son responsables de numerosas enfermedades transmisibles y no transmisibles (10). Aunque esas asociaciones han sido ampliamente reconocidas, la mayoría de los países no están usando adecuadamente tal información para aumentar la eficacia de sus sistemas asistenciales.

comprendidas entre los 15 y los 44 años. En términos mundiales, los traumatismos por accidentes de tráfico constituyen para ese grupo de edad y sexo la tercera causa de morbilidad, precedida solamente por el VIH/SIDA y la depresión unipolar. La carga atribuible a los traumatismos por accidentes de tráfico va en aumento, especialmente en los países en desarrollo del África subsahariana y de Asia sudoriental, y afecta sobre todo a los varones (véase el capítulo 6).

Los traumatismos intencionales, que incluyen también las autolesiones, el suicidio y los actos de violencia y de guerra, representan una parte cada vez mayor de la carga, sobre todo entre los adultos jóvenes económicamente productivos. En los países desarrollados, los suicidios acaparan la proporción más importante de la carga atribuible a los traumatismos intencionales, mientras que en las regiones en desarrollo son la violencia y la guerra las que ocupan el primer lugar. En los países de la antigua Unión Soviética y en otras naciones de Europa oriental con alta mortalidad, la carga de mortalidad y morbilidad de varones imputable a los traumatismos es similar a la registrada en el África subsahariana.

Afecciones con consecuencias no mortales

La carga total de afecciones discapacitantes con consecuencias no mortales está dominada por un grupo relativamente reducido de causas. En todas las regiones, los trastornos neuropsiquiátricos, principalmente la depresión, constituyen la causa de discapacidad más importante y son responsables de más del 35% de APD entre los adultos (≥ 15 años). La carga de discapacidad a ellos asociada es prácticamente la misma para hombres y mujeres, aunque con diferencias en cuanto a las principales causas contribuyentes. Así, por ejemplo, la carga atribuible a la depresión es un 50% más elevada para las mujeres que para los varones; lo mismo ocurre también con los síndromes de ansiedad, la jaqueca y la demencia senil. En cambio, la carga atribuible a los trastornos asociados al abuso de alcohol y de drogas es casi seis veces superior en los varones que en las mujeres y representa una cuarta parte de la carga de morbilidad masculina causada por trastornos neuropsiquiátricos.

En las regiones en desarrollo con alta mortalidad, los trastornos de la visión, la pérdida de oído y el VIH/SIDA son factores que también contribuyen en buena medida a los APD. En las regiones desarrolladas y en las regiones en desarrollo con baja mortalidad los factores que más discapacidad provocan en los adultos son los trastornos de la visión, la pérdida de oído, las afecciones osteomusculares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otras enfermedades no transmisibles, en particular los accidentes cerebrovasculares.¹

Sorprendentemente, más del 80% del total mundial de APD se concentra en los países en desarrollo, y cerca de la mitad corresponde a países en desarrollo con alta mortalidad. Según puede apreciarse en la figura 1.11, las tasas de APD por 1000 habitantes (ajustadas por edad considerando la población mundial en 2002) son más elevadas en el caso de las regiones en desarrollo, lo que refleja una mayor incidencia de los trastornos discapacitantes, que por añadidura revisten más gravedad. Aunque en los países con alta esperanza de vida la prevalencia de trastornos discapacitantes como la demencia o las enfermedades osteomusculares es más elevada, esto se ve contrarrestado por la menor carga de otras afecciones discapacitantes como los trastornos cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas o las secuelas a largo plazo de enfermedades transmisibles o carencias nutricionales. Dicho de otro modo, los habitantes de los países en desarrollo, además de tener una menor esperanza de vida (o correr un mayor riesgo de muerte prematura) que los de los países desarrollados, pasan una proporción más elevada de su vida con problemas de salud.

¹ En el sitio web de la OMS se pueden encontrar las estimaciones correspondientes a 2002 de los APD por causas, grupos de edad y sexo para las seis regiones de la OMS y las 14 subregiones epidemiológicas (www.who.int/evidence/bod).

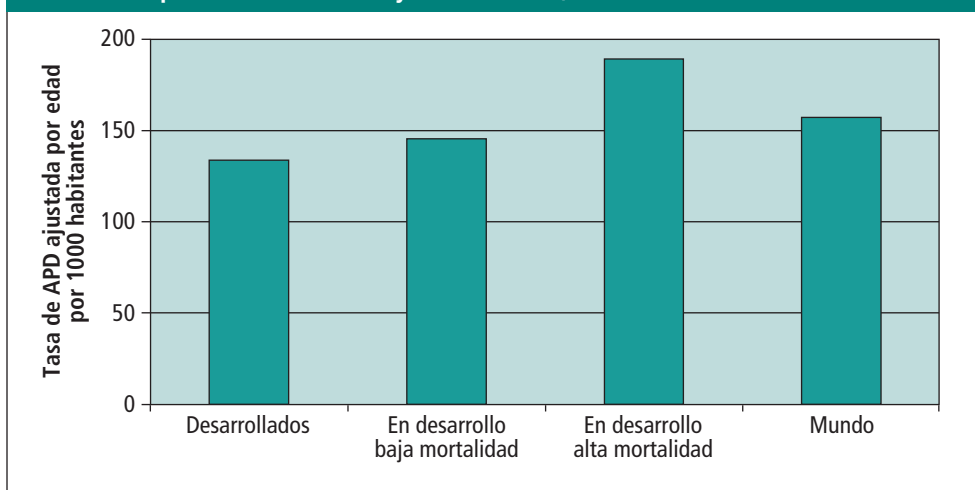
La esperanza de vida sana varía entre las distintas regiones del mundo más aún que la esperanza de vida total, y en 2002 oscilaba entre los 41 años y los 71,4 años, correspondientes respectivamente al África subsahariana y a Europa occidental, con un promedio mundial situado en 57,7 años. Para establecer la esperanza de vida sana se convierte la esperanza de vida total en su equivalente en años vividos con «perfecta salud», tomando en cuenta para ello los años pasados en condiciones en que no se goza de plena salud debido a enfermedades o traumatismos. La diferencia entre la esperanza de vida total y la esperanza de vida sana – es decir, el número de años de vida sana perdidos de resultados de estados en que la población no disfruta de plena salud – varía entre un 9% en las Regiones de Europa y del Pacífico Occidental y un 15% en África. En el cuadro 4 del anexo se incluyen estimaciones de la esperanza de vida sana en los distintos Estados Miembros de la OMS para 2002.

En conclusión, el presente capítulo sirve de recordatorio de que los niños figuran entre los miembros más vulnerables de la sociedad en todo el mundo. Aunque se han alcanzado logros importantes, todavía queda mucho por hacer y urge reducir las defunciones infantiles atribuibles a causas prevenibles. Los buenos resultados obtenidos en numerosos países pobres de todas las regiones demuestran claramente que aun con recursos limitados se pueden lograr importantes avances. Por desgracia, en muchos otros países, en su mayoría africanos, las mejoras obtenidas en décadas anteriores se han malogrado. Las diferencias de mortalidad entre las poblaciones ricas y pobres son cada vez más grandes, de manera que un 7% de todos los niños del mundo y un 35% de los africanos presentan hoy un mayor riesgo de defunción que hace 10 años.

En las últimas cinco décadas se han observado en el mundo mejoras extraordinarias en materia de salud adulta. Las cifras medias ocultan, no obstante, ciertas disparidades en la salud de la población. Especialmente preocupantes resultan las inversiones de las tendencias de mortalidad adulta registradas en el decenio de 1990 en el África subsahariana de resultados del VIH/SIDA y en algunas partes de Europa oriental debido a diversas enfermedades no transmisibles (particularmente, las afecciones cardiovasculares y las relacionadas con el consumo de alcohol) y a los traumatismos.

Las tendencias demográficas y las transiciones sanitarias, junto con los cambios en la distribución de los factores de riesgo, han acelerado la epidemia de enfermedades no transmisibles en muchos países en desarrollo. Algunas enfermedades infecciosas, como el VIH/SIDA o la tuberculosis, tienen graves consecuencias socioeconómicas tanto en el mundo desarrollado

Figura 1.11 Tasa de años perdidos por discapacidad (APD) ajustada por edad: países desarrollados y en desarrollo, 2002



como en el mundo en desarrollo. Por consiguiente, la mayoría de los países en desarrollo encaran una doble carga compuesta por las enfermedades transmisibles y las enfermedades no transmisibles. Además, contrariamente a lo que se suele creer, las discapacidades tienden a presentar una mayor prevalencia en las regiones en desarrollo, puesto que la carga de morbilidad suele recaer sobre todo en las subpoblaciones más vulnerables. Las autoridades de salud pública del mundo entero se encuentran ahora con pautas de morbilidad adulta más complejas y diversas de lo previsto. Se estima que el 47% de las muertes prematuras y el 39% de la carga total de morbilidad se deben mayormente a 20 factores de riesgo causantes de enfermedades y traumatismos en niños y adultos y que, de eliminarse esos riesgos, la esperanza de vida sana mundial aumentaría en 9,3 años; la horquilla de dicha mejora se situaría entre unos 4,4 años para los países industrializados de la Región del Pacífico Occidental y 16,1 años para algunas partes del África subsahariana (16).

Los aumentos sin precedentes de la esperanza de vida a edades más avanzadas que se observan en los países desarrollados ya han rebasado todas las previsiones de esperanza de vida máxima de las poblaciones. Debido a esos incrementos, la carga de enfermedades no mortales está cobrando cada vez más importancia; uno de los objetivos primordiales de la política sanitaria en todo el mundo radicará pues en asegurar que la mayor longevidad vaya acompañada de más salud y menos discapacidad.

En este capítulo hemos descrito muchos aspectos de la vida y la muerte observados a lo largo del mundo, así como las tendencias que influyen en ellos. Buena parte de esos aspectos están muy ligados a los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. En el capítulo siguiente profundizaremos en esos objetivos y en las razones de que sea tan importante y al mismo tiempo tan difícil avanzar hacia su consecución.

Referencias

1. Murray CJL, Lopez AD, eds. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).
2. Lee JW. Child survival: a global health challenge. *Lancet*, 2003, 362:262.
3. Mswia R et al. and the AMMP Team. Dar es Salaam demographic surveillance system. In: The INDEPTH Network. *Population and health in developing countries. Vol. 1: Population, health and survival at INDEPTH sites*. Ottawa, International Development Research Centre, 2002:143–150.
4. Mswia R et al. and the AMMP Team. Hai demographic surveillance system. In: The INDEPTH Network. *Population and health in developing countries. Vol. 1: Population, health and survival at INDEPTH sites*. Ottawa, International Development Research Centre, 2002:151–158.
5. Mswia R et al. and the AMMP Team. Morogoro demographic surveillance system. In: The INDEPTH Network. *Population and health in developing countries. Vol. 1: Population, health and survival at INDEPTH sites*. Ottawa, International Development Research Centre, 2002:167–172.
6. Wang L. Determinants of child mortality in LDCs: empirical findings from demographic and health surveys. *Health Policy*, 2003, 65:277–299.
7. Lock K et al. What targets for international development policies are appropriate for improving health in Russia? *Health Policy and Planning*, 2002, 17:257–263.
8. Stein CE et al. The global burden of measles in the year 2000 – a model using country specific indicators. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187(S1):8–14.
9. Gregson S et al. Recent upturn in mortality in rural Zimbabwe: evidence for an early demographic impact of HIV-1 infection? *AIDS*, 1997, 11:1269–1280.
10. *Informe sobre la salud en el mundo 2002 – Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
11. *World population prospects – the 2002 revision*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, División de Población, 2002.
12. *Active ageing – a policy framework*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (WHO/NMH/NPH/02.8).
13. Shibuya K et al. Global and regional estimates of cancer mortality and incidence by site: II. Results for the Global Burden of Disease 2000. *BMC Cancer*, 2002, 2:37.
14. *Atlas: country profiles on mental health resources 2001*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (WHO/NMH/MSD/MDP/01.3).
15. *Informe sobre la salud en el mundo 2001 – Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.
16. Ezzati M et al. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. *Lancet*, 2003, 362:271–280.

