

SALUD MUNDIAL: SITUACIÓN ACTUAL Y RETOS PARA EL FUTURO

Las conclusiones del Informe sobre la salud en el mundo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2003 se centran sobre todo en la salud cada vez más frágil del África subsahariana, donde más descarnadamente puede observarse el precio de ser pobre. En 2002 fallecieron más de cuatro millones de niños africanos, principalmente por afecciones perinatales, infecciones respiratorias, diarrea y malaria. 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 está disminuyendo: en algunos países africanos se ha reducido en 20 años, y en los hombres no llega a los 46 años. El VIH/SIDA, que actualmente constituye la principal causa mundial de muerte en adultos, se está convirtiendo cada vez más en un problema de salud familiar.

Globalmente, se observa un avance exasperantemente lento hacia el logro de algunos Objetivos de Desarrollo del Milenio, como la reducción de la mortalidad materno-infantil; 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.

Cuadro 1. Objetivos de desarrollo del milenio.

En septiembre de 2005, la Asamblea General de la ONU revisará los logros conseguidos desde que se firmó la Declaración del Milenio de 2000, lo que incluye el avance hacia la consecución de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio. Estos Objetivos proporcionan elementos de referencia concretos para medir el avance en ocho áreas y fijan el año 2015 como la fecha límite para cumplir la mayoría de ellos:

Objetivo 1 Erradicar la pobreza extrema y el hambre. Reducir a la mitad el porcentaje de personas con ingresos inferiores a un dólar diario y reducir a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambre.

Objetivo 2 Lograr educación primaria universal. Velar porque los niños y las niñas de todo el mundo puedan terminar el ciclo completo de educación primaria.

Objetivo 3 Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer. Eliminar las desigualdades de género en la educación primaria y secundaria, preferiblemente antes de 2005 y no después de 2015.

Objetivo 4 Reducir la mortalidad infantil. Reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años.

Objetivo 5 Mejorar la salud materna. Reducir en dos tercios la tasa de mortalidad materna.

Objetivo 6 Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA y otras enfermedades.

Objetivo 7 Garantizar la sostenibilidad ambiental. Reducir a la mitad la proporción de personas que carecen de acceso sostenible a agua potable y saneamiento.

Objetivo 8 Fomentar una asociación mundial para el desarrollo. Reformar la asistencia y el comercio otorgando un trato especial a los países más pobres.

(Fuente: Informe sobre desarrollo humano, PNUD, 2005)

Evolución en la esperanza de vida

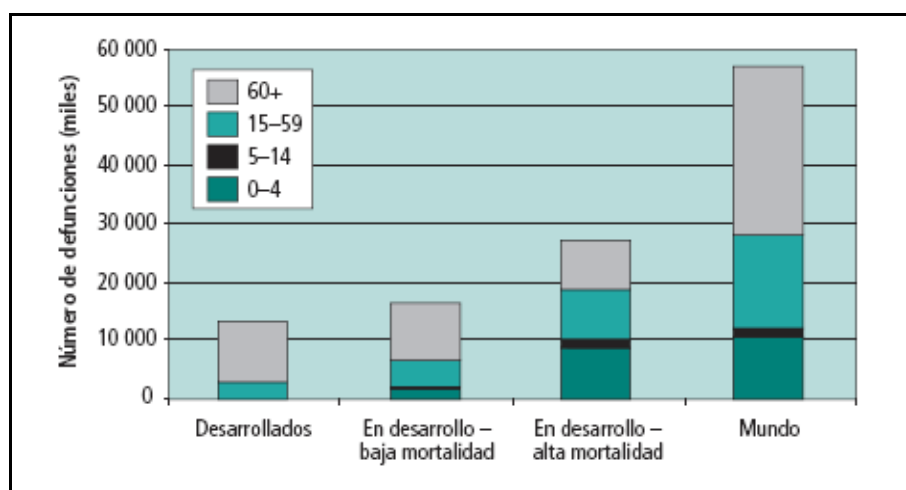
En los últimos 50 años, la esperanza media de vida al nacer se ha incrementado en términos mundiales en cerca de 20 años, pasando de 46,5 años en 1950–55 a 65,2 en 2002 (los extremos se sitúan entre los 78 años de las mujeres de los países desarrollados y los 46 años de los hombres del África subsahariana). 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.

Los aumentos de la esperanza de vida en los países desarrollados fueron el resultado de un rápido descenso de las tasas de mortalidad materno-infantil y por enfermedades infecciosas. 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 ciertas medidas de salud pública, como la inmunización (vacunación), contribuyeron sobremanera a esa transición epidemiológica.

Principales causas de enfermedad y muerte

De los cerca de 57 millones de personas que fallecieron en 2002, 10,5 millones eran niños menores de cinco años (el 98% en países en desarrollo). En los países desarrollados, más del 60% de las defunciones se dan en mayores de 70 años, mientras que en los países en desarrollo ese porcentaje ronda el 30%.

Figura 1. Distribución de la mortalidad mundial por edades: países desarrollados y en desarrollo, 2002.



Fuente: Informe sobre la salud en el mundo, OMS, 2003

El siguiente cuadro muestra las principales causas de mortalidad entre los menores de 5 años. 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), todos excepto uno (Afganistán) son africanos.

Cuadro 2. Principales causas de muerte en la infancia en 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

Fuente: Informe sobre la salud en el mundo, OMS, 2003

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.

En todo el mundo la mortalidad en la niñez es más elevada en los varones que en las mujeres, con la excepción de países como la India, Nepal, Pakistán y, particularmente, China. Por otro lado, si tenemos en cuenta los derechos de propiedad, acceso a servicios y características de los hogares, 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.

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 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, los trastornos de la visión o la discapacidad física. Igualmente, la repercusión social, laboral o familiar de una muerte no es la misma si se produce sobre una persona de 18 años que de 85. Un método de utilidad para expresar sintéticamente la carga de morbilidad consiste en calcular el número de años de vida perdidos 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). Podría decirse que un AVAD equivale a un año de «vida sana» perdido.

Cuadro 3. Principales causas de morbilidad y mortalidad entre los adultos, 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

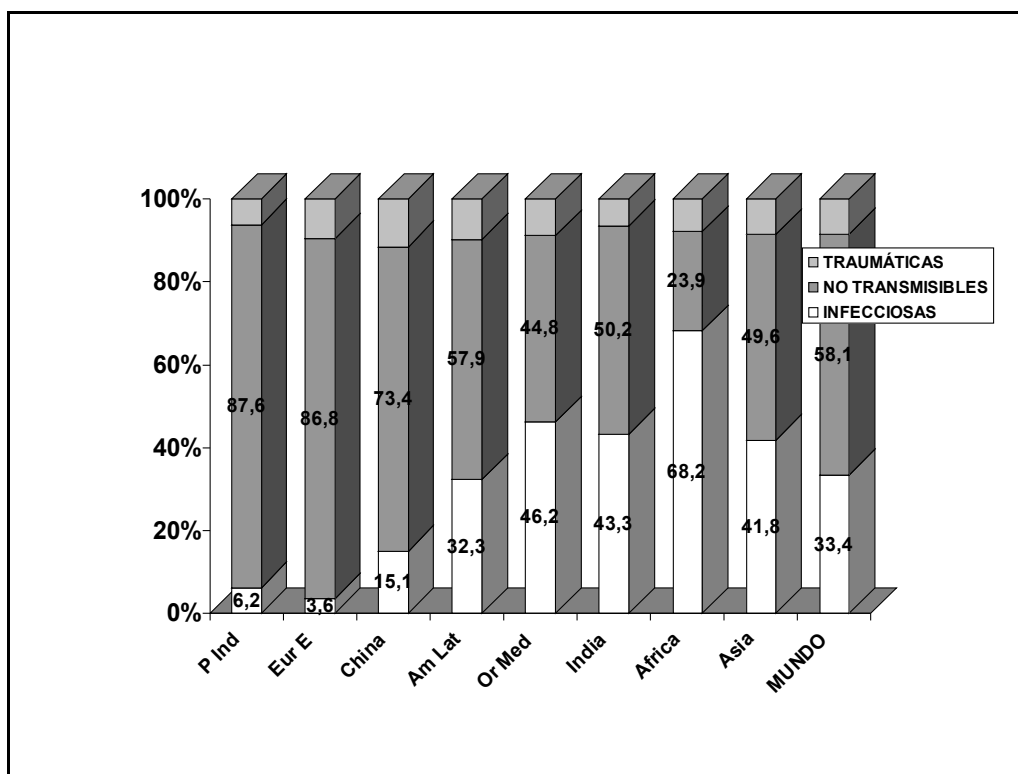
Morbilidad – adultos de 15 a 59 años			Morbilidad – adultos ≥ 60 años		
Posición	Causa	AVAD (miles)	Posición	Causa	AVAD (miles)
1	VIH/SIDA	68 661	1	Cardiopatía isquémica	31 481
2	Trastornos depresivos unipolares	57 843	2	Enfermedades cerebrovasculares	29 595
3	Tuberculosis	28 380	3	Enfermedad pulmonar 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

Fuente: Informe sobre la salud en el mundo, OMS, 2003

De los 45 millones de muertes de adultos de 15 años o más registradas en 2002, 32 millones 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.

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.

Figura 2. Mortalidad por grupos según Regiones de la OMS (Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2004, OMS)

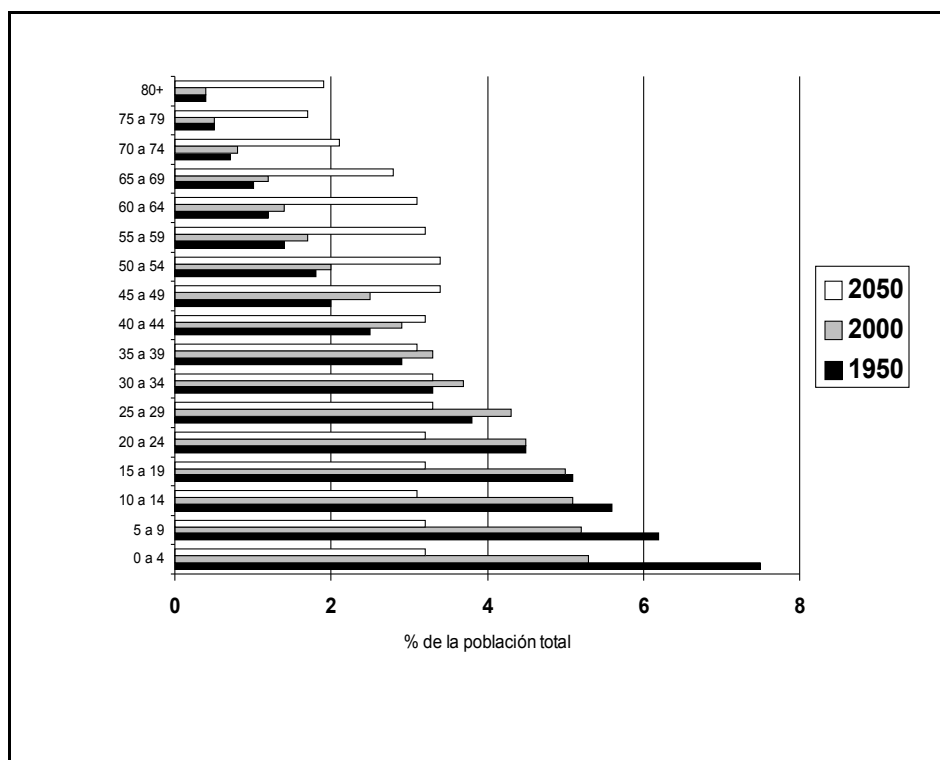


En los países desarrollados, las cardiopatías isquémicas y las enfermedades cerebrovasculares causan conjuntamente más del 36% de las muertes, sobre todo en varones. De los 7,1 millones de muertes causadas por el cáncer, el 17% son atribuibles al cáncer de pulmón.

La estrategia de la atención primaria y la generación y aplicación de nuevos conocimientos y tecnología a la salud han contribuido a la reducción de la mortalidad por enfermedades transmisibles y de la tasa de fertilidad, lo que ha ocasionado una modificación en las pirámides de edad (**transición demográfica**) desde unas poblaciones tradicionalmente jóvenes hacia sociedades con un rápido incremento de la proporción de adultos y viejos.

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 deben a enfermedades no transmisibles, lo que refleja el estado relativamente avanzado de la **transición epidemiológica** que se ha alcanzado en esas poblaciones, ligada al envejecimiento de la población y a los cambios en la distribución de los factores de riesgo.

Figura 3. Superposición de las pirámides de edad de la Región del Sudeste asiático, que muestra la transición demográfica entre el año 1950 y el 2050.



Fuente: UN Population Division, 1998