



Consejo Económico y Social

Distr. general
28 de enero de 2010
Español
Original: inglés

Comisión de Población y Desarrollo

43º período de sesiones

12 a 16 de abril de 2010

Tema 3 del programa provisional*

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

Salud, morbilidad, mortalidad y desarrollo

Informe del Secretario General

Resumen

El presente informe se ha elaborado en respuesta a la decisión 2008/101 de la Comisión de Población y Desarrollo, según la cual esta examinará en 2010 el tema de la salud, la morbilidad, la mortalidad y el desarrollo. En él se consignan los principales logros alcanzados desde 1950 en la reducción de la mortalidad en todos los países y se documenta cómo la carga de morbilidad de las enfermedades no transmisibles está cobrando más importancia que la de las enfermedades transmisibles. Asimismo, se examina la relación entre salud y desarrollo, y se explica que un aumento de los ingresos está asociado siempre a una salud mejor, pero que a nivel de los países también se han registrado mejoras de la salud sin un aumento sustancial de los ingresos. Esos logros se pueden repetir combinando un enfoque intersectorial con respecto a la prevención de enfermedades con medidas para reforzar la prestación de atención sanitaria de manera sostenible, sobre todo garantizando que la base de los sistemas de salud sea una atención primaria integral.

* E/CN.9/2010/1.



Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción	3
II. Tendencias de la mortalidad	4
III. Causas de defunción	10
IV. La carga de morbilidad	13
V. Salud y desarrollo	16
VI. Papel de la atención primaria de salud.	18
VII. Necesidad de profesionales sanitarios	22
VIII. Prevención y tratamiento de las enfermedades transmisibles y las afecciones maternas.	23
IX. Prevención de las enfermedades no transmisibles	27
X. Prevención de traumatismos.	31
XI. Conclusiones y recomendaciones.	32

I. Introducción

1. La disminución sin precedentes de la mortalidad, que comenzó a acelerarse en las regiones más desarrolladas del planeta en el siglo XIX y se extendió al mundo entero en el siglo XX, constituye uno de los mayores logros de la humanidad. Según una estimación, la esperanza de vida al nacer aumentó de 30 a 67 años entre 1800 y 2005, lo que dio lugar a un veloz crecimiento de la población: esta ha pasado de 1.000 millones en 1810 a casi 7.000 millones en 2010.

2. En los dos últimos siglos, el descenso de la mortalidad ha ido acompañado por lo general de un aumento de los ingresos, pero existe consenso sobre el hecho de que los avances tecnológicos y la comprensión de las causas de morbilidad son el principal motivo de ese descenso. Así pues, el aumento de la ingesta calórica, gracias al incremento de la productividad agrícola; la mayor higiene, facilitada por la mejora de los sistemas de saneamiento y el acceso a agua potable; el desarrollo de insecticidas, y los numerosos avances de la tecnología médica, que han permitido contar con intervenciones de salud pública rentables y tratamientos eficaces, son otros tantos de los factores que han contribuido a reducir la incidencia de las enfermedades a edades más tempranas y a evitar la mortalidad cuando las enfermedades atacan.

3. El descenso de la mortalidad obedece a un cambio fundamental en las causas de defunción. La baja esperanza de vida es característica de las poblaciones en que la mayoría de las muertes se atribuyen a enfermedades transmisibles y la mortalidad en la niñez es elevada. El notable aumento de la longevidad es resultado del control de la propagación de las enfermedades transmisibles y el uso de medicamentos eficaces para tratarlas. Así pues, se ha producido una transición epidemiológica, en que las enfermedades transmisibles han dejado paso a las no transmisibles como principales causas de defunción. Al mismo tiempo, la distribución de la mortalidad por edades muestra que esta ha pasado a ser mayor a edades más avanzadas y la esperanza de vida ha alcanzado niveles sin precedentes.

4. En la década de los setenta, cuando quedó patente que se estaba logrando controlar o tratar las principales enfermedades infecciosas y parasitarias que habían afectado a la humanidad durante siglos y, por tanto, reducir la mortalidad incluso sin un crecimiento económico sostenido, se esperaba que la mortalidad por enfermedades transmisibles continuara disminuyendo en todas partes. La aparición del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) echó por tierra esas esperanzas y dio paso a una era en que el aumento de la mortalidad por una enfermedad transmisible se convirtió en una realidad en muchos países de ingresos bajos. Además se ha descubierto que la causa fundamental de enfermedades consideradas no transmisibles, como el cáncer cervicouterino, de hígado o estómago, son agentes infecciosos, y la aparición de nuevos agentes infecciosos (por ejemplo, el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS)) o las mutaciones del virus de la gripe plantean una amenaza de pandemia mundial. Por consiguiente, preocupa cada vez más que el descenso de la mortalidad no se mantenga en el futuro.

5. En el presente informe se documentan las tendencias pasadas de la mortalidad, los cambios en las causas de defunción y la carga de morbilidad. Asimismo, se describe la manera en que comprendemos actualmente la relación entre salud y desarrollo y se examinan los principales retos sanitarios con que se enfrentan los países en distintas fases de desarrollo. Mejorar la salud y reducir la mortalidad es

uno de los principales fines del desarrollo, y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) lo dejan claro. Sin embargo, como se verá en este informe, los ODM relacionados con la salud están centrados en las causas de una pequeña proporción de muertes en el mundo entero y atañen sobre todo a los países de ingresos bajos. Se están haciendo ya grandes esfuerzos para alcanzar los ODM, y en 2009 las deliberaciones de la Comisión de Población y Desarrollo giraron en torno al logro de los mismos¹. Por ese motivo, el presente informe se dedica principalmente a cuestiones de salud que van más allá de los ODM y a las medidas destinadas a conseguir mejoras sanitarias en todos los terrenos.

II. Tendencias de la mortalidad²

6. A nivel mundial, la esperanza de vida aumentó rápidamente después de 1950, pasando de 47 años en 1950-1955 a 68 años en 2005-2010. Los mayores progresos se registraron en los países en desarrollo, cuya esperanza media de vida creció de 41 a 66 años, pero en todas las regiones mejoró la situación. A raíz de ello, disminuyó la brecha en cuanto a la esperanza de vida entre las principales regiones y entre los distintos grupos de ingresos. Sin embargo, las diferencias siguen siendo enormes. Actualmente, la esperanza de vida es mayor en los países de ingresos altos³ que en los de ingresos medios, y los países de pocos ingresos son los que presentan los niveles más bajos (gráfico I). Desde un punto de vista geográfico, América del Norte y Europa son las regiones donde se han registrado los mayores niveles de esperanza de vida y donde los incrementos han sido menores desde 1950, entre otras cosas, porque partían de un nivel alto. Además, el incremento de la mortalidad en Europa oriental, sobre todo en la Federación de Rusia, a comienzos de la década de los ochenta y después de 1990 frenó el aumento de la esperanza de vida en Europa.

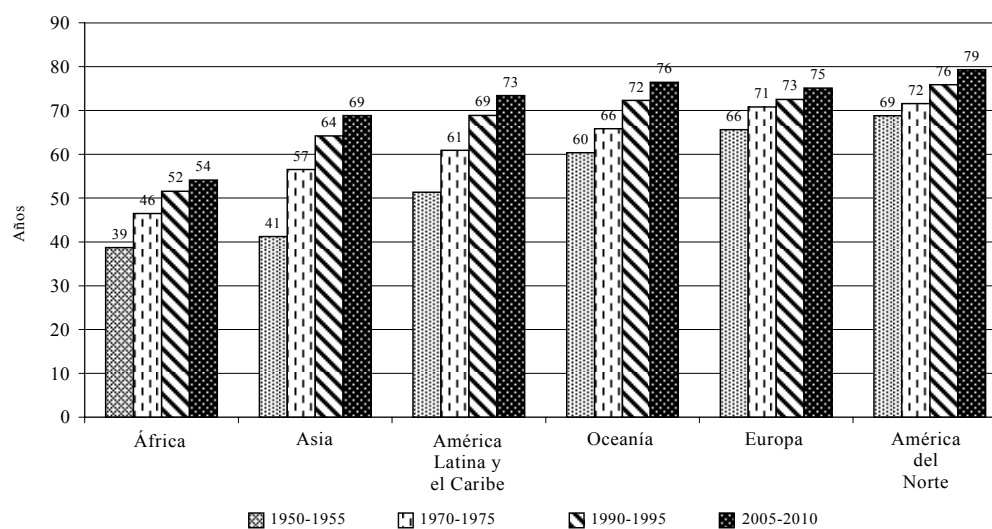
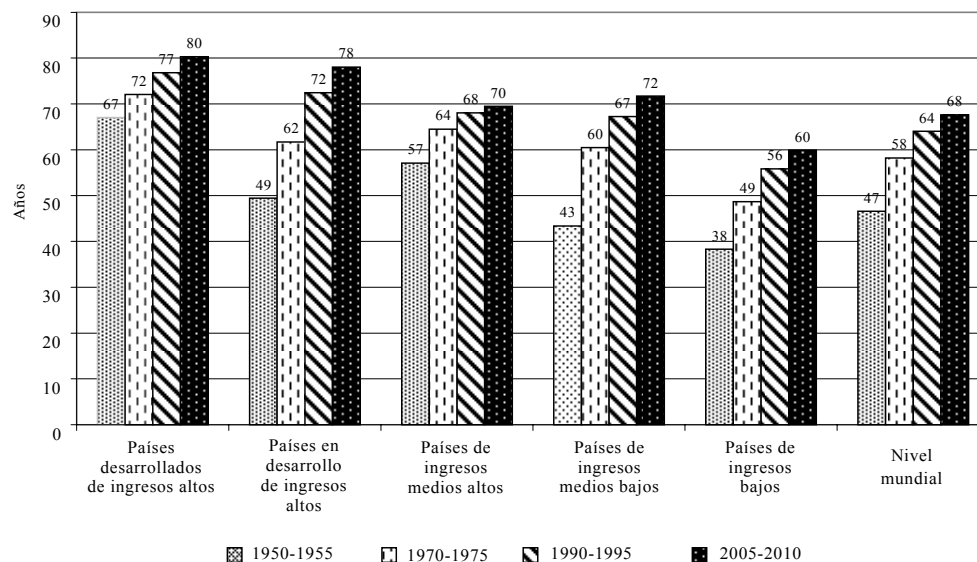
7. En el mundo en desarrollo, los mayores progresos en la esperanza de vida desde 1950 se han registrado en Asia. China y la India son los países que presentan el aumento más destacado: de 41 y 38 años, respectivamente, en 1950-1955 se pasó a 72 y 68 años en 2005-2010. La esperanza de vida también creció considerablemente en América Latina y el Caribe (de 51 a 73 años), sobre todo porque partía de un nivel moderado. Sin embargo, África había hecho escasos progresos en 1980 y, debido a la epidemia de VIH/SIDA, aún no ha logrado que la esperanza media de vida supere los 55 años. La India figura entre los países de ingresos bajos, por lo que las recientes mejoras en la esperanza de vida en ese grupo de países superan las del continente africano, y la esperanza media de vida en ellos se sitúa en los 60 años.

¹ Véase el informe del Secretario General sobre el seguimiento de la población mundial, con especial referencia a la contribución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo a los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio (E/CN.9/2009/3).

² Todas las estimaciones a que se hace referencia en esta sección proceden de *World Population Prospects: The 2008 Revision* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: 09.XII.6).

³ La lista de países por grupo de ingresos se puede consultar en *The Global Burden of Disease: 2004 Update* (Organización Mundial de la Salud, 2008).

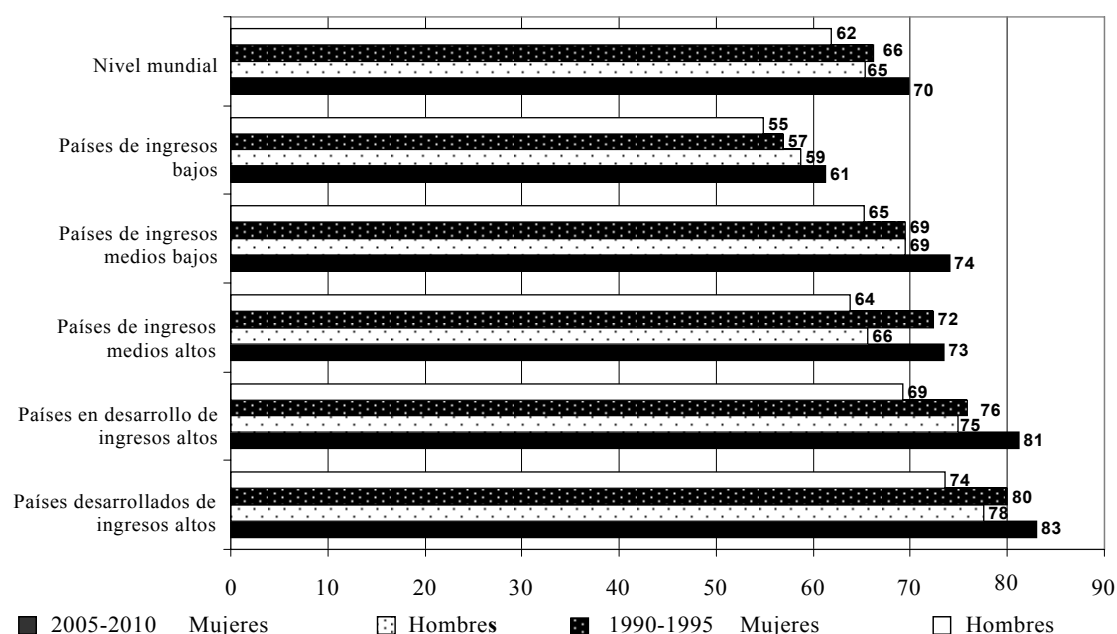
Gráfico I
Evolución de la esperanza de vida al nacer, por grupo de ingresos
y región, entre 1950-1955 y 2005-2010



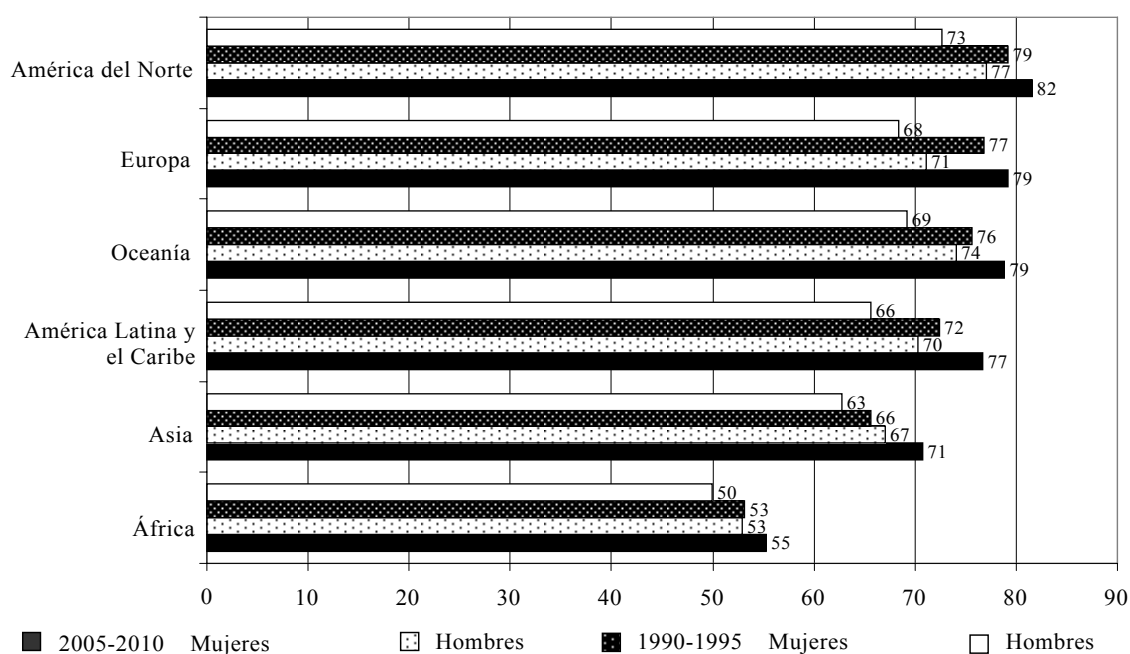
8. En todos los grupos de ingresos y regiones, la esperanza de vida de las mujeres supera la de los hombres (gráfico II). A nivel mundial, la esperanza de vida en el período 2005-2010 se sitúa en 70 años para las mujeres, frente a 65 años para los hombres. La ventaja femenina es más marcada en Europa y América Latina y el Caribe. En Europa, esa ventaja se debe en gran parte a que las mujeres viven mucho más tiempo que los hombres en Europa oriental, sobre todo en la Federación de Rusia donde, de acuerdo con las actuales tasas de mortalidad, la esperanza de vida de las mujeres es 13 años superior a la de los hombres (73 frente a 60 años). En América Latina y el Caribe la ventaja de la esperanza de vida femenina es de 7 años. África es la región donde esa ventaja es menor, pues supone apenas 2 años, en parte debido a la elevada prevalencia del VIH/SIDA entre las mujeres y a las altas tasas de mortalidad materna. En todas las regiones, salvo en Asia, la ventaja femenina ha disminuido desde 1990-1995. En los países desarrollados esa tendencia está asociada a una disminución de las diferencias entre hombres y mujeres debida a las enfermedades cardiovasculares y los traumatismos⁴.

Gráfico II

Esperanza de vida al nacer, por sexo y por grupo de ingresos y geográfico, 1990-1995 y 2005-2010

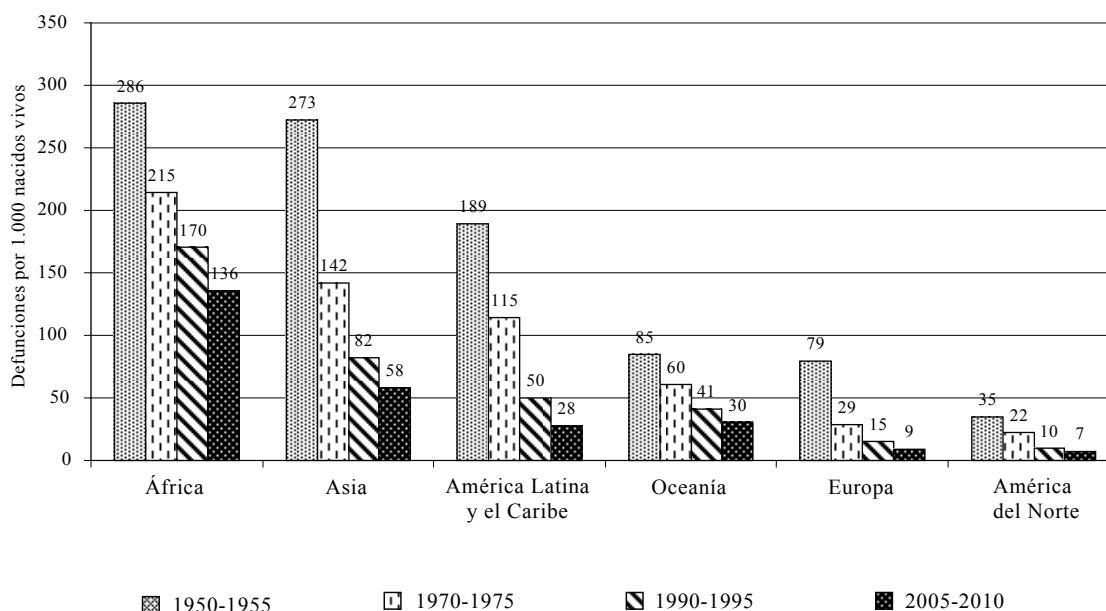


⁴ Frank Trovato y Nils B. Heyen, "A varied pattern of change of the sex differential in survival in the G7 countries", *Journal of Biosocial Science*, vol. 38 (2006), págs. 391 a 401.



9. Un factor que ha contribuido en gran medida al aumento de la esperanza de vida ha sido el descenso de la mortalidad en la niñez. A nivel mundial, la mortalidad de los menores de 5 años ha pasado de 233 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 1950-1955 a 71 por 1.000 en 2005-2010, lo que supone una disminución del 70%. Ese descenso corresponde principalmente a los países en desarrollo, donde la mortalidad de los menores de 5 años cayó de 271 a 78 defunciones por 1.000 nacidos vivos entre 1950-1955 y 2005-2010. Aunque la mortalidad en la niñez ha disminuido en todas las regiones, sigue habiendo diferencias muy marcadas (gráfico III). Actualmente, la mortalidad de los menores de 5 años es inferior a 10 por 1.000 nacidos vivos en Europa y América del Norte, pero en África continúa siendo de 136 por 1.000. En el marco del ODM 4, se insta a reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil entre 1990 y 2015. Esa reducción es muy difícil de alcanzar cuando la mortalidad en la niñez ya es baja. Sin embargo, Europa y América Latina han hecho más progresos que las demás regiones con respecto al logro de ese objetivo. La disminución de la mortalidad infantil ha sido especialmente lenta en África, donde todos los años fallecen 4,7 millones de niños menores de 5 años, sobre todo por causas prevenibles.

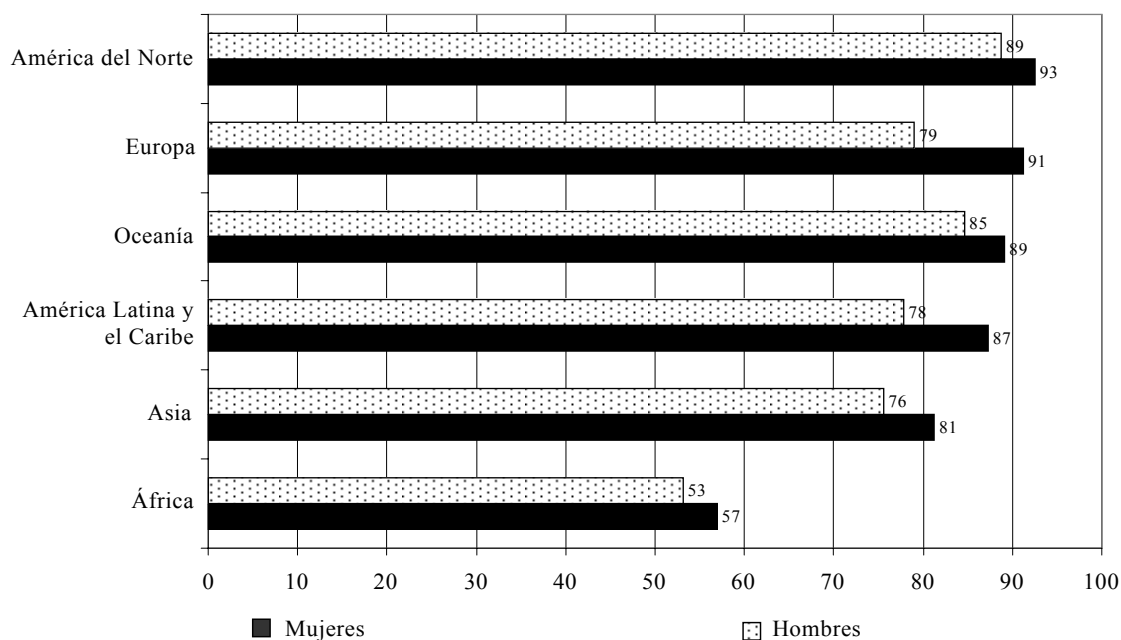
Gráfico III
Mortalidad de niños menores de 5 años, por región, 1950-1955 a 2005-2010



10. Dados los progresos en la reducción de la mortalidad a edades más tempranas y las actuales tasas de mortalidad, las probabilidades de llegar a los 60 años son altas: de un 79% para las mujeres y un 73% para los hombres a nivel mundial. Como sucede con otros indicadores de la mortalidad, existen grandes diferencias entre las principales regiones y entre hombres y mujeres (gráfico IV). De acuerdo con las tasas de mortalidad actuales, las mujeres tienen muchas probabilidades de vivir hasta los 60 años en todas las regiones, sobre todo en Europa y en América del Norte (más de un 90%). Las probabilidades de las mujeres de llegar a los 60 años también son altas en América Latina y el Caribe (87% y 89%, respectivamente). En Asia son algo inferiores, pues se sitúan en un 81%, pero los niveles más bajos son los registrados en África (un 57%). Donde más probabilidades tienen los hombres de cumplir 60 años es en América del Norte y Oceanía (89% y 85%, respectivamente); esas probabilidades son menores en Asia, Europa y América Latina y el Caribe (oscilan entre un 76% y un 79%) y especialmente bajas en África (un 53%). Esto significa que, incluso en las zonas donde la mortalidad femenina es elevada durante los años reproductivos, las mujeres tienen más probabilidades de llegar a los 60 años que los hombres.

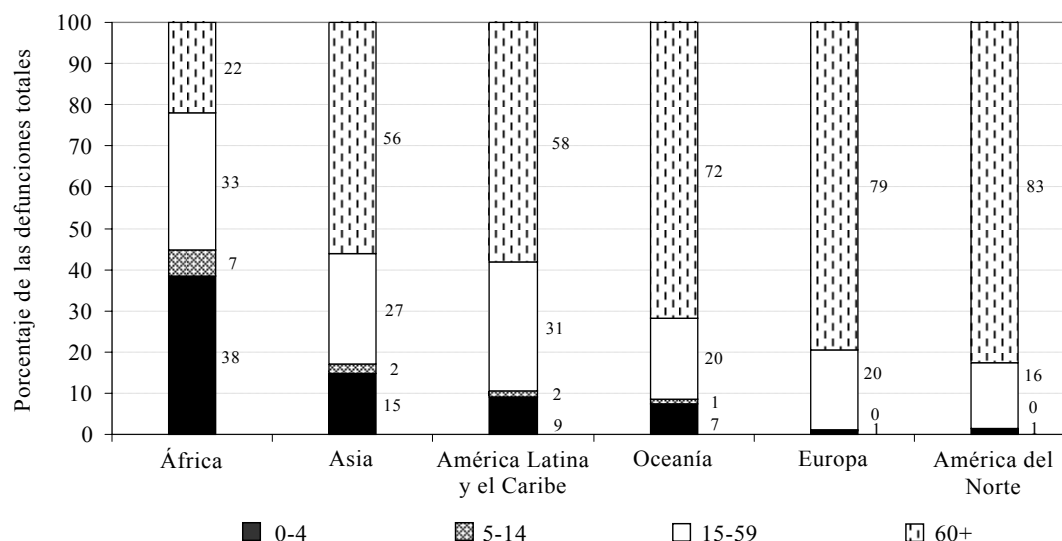
Gráfico IV
Probabilidades de vivir hasta los 60 años de acuerdo con las tasas
de mortalidad correspondientes a 2005-2010, por sexo y región

(En porcentaje)



11. A medida que aumenta la esperanza de vida, las defunciones se concentran cada vez más en las personas de edad avanzada. Así, a nivel mundial, la proporción de defunciones de menores de 5 años pasó de un 40% en 1950-1955 a un 16% en 2005-2010, mientras que la de personas de 60 años o más creció de un 26% a un 54% entre esos periodos. Asimismo, mientras en África el 38% de todas las defunciones se producen actualmente antes de los 5 años, en Europa y América del Norte la proporción de defunciones de menores de 5 años es apenas de un 1%. Además, en esas dos grandes regiones, casi el 80% de las muertes tiene lugar a edades avanzadas, pero en África solo el 22% de las defunciones corresponde a personas de 60 años o más (gráfico V).

Gráfico V
Distribución de las defunciones por grupo de edad y región, 2005-2010



III. Causas de defunción⁵

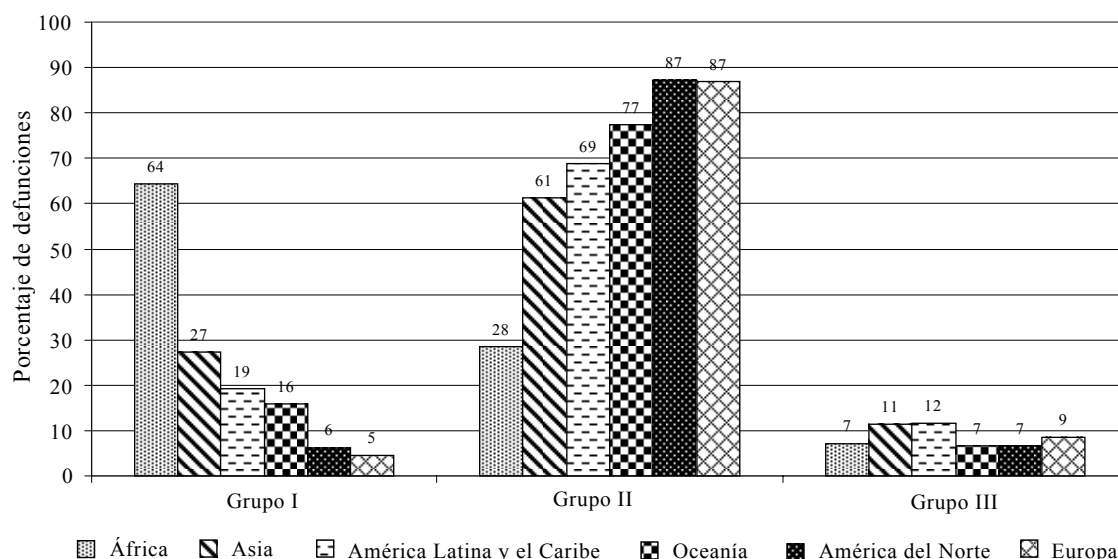
12. La transición epidemiológica a que responde la reducción de la mortalidad ha originado un cambio importante en las causas de defunción. La Organización Mundial de la Salud hace estimaciones de la distribución de las defunciones por causa, con arreglo a tres grandes grupos de causas. El Grupo I abarca las enfermedades infecciosas y parasitarias, las infecciones respiratorias, las afecciones maternas y perinatales y las deficiencias nutricionales, es decir, incluye todas las enfermedades transmisibles asociadas a la pobreza. El Grupo II comprende las enfermedades no transmisibles: neoplasias (cáncer); enfermedades cardiovasculares, respiratorias y digestivas; enfermedades del aparato genitourinario; enfermedades osteomusculares, de la piel y bucodentales; diabetes, trastornos nutricionales y endocrinos, trastornos neuropsiquiátricos y de los órganos sensoriales y malformaciones congénitas. El Grupo III abarca todos los traumatismos, intencionales y no intencionales.

13. En 2004, el 31% de todas las defunciones del mundo se debieron a las causas del Grupo I; el 60%, a las del Grupo II, y el 10%, a traumatismos (Grupo III). La distribución de las defunciones por causa varía considerablemente entre las principales regiones (gráfico VI). En Europa y América del Norte las enfermedades transmisibles (Grupo I) provocan como máximo el 6% de las muertes, mientras que las no transmisibles (Grupo II) son las causantes del 87% de todas las defunciones. Las enfermedades no transmisibles son también las responsables de la mayoría de

⁵ Todas las estimaciones a que se hace referencia en esta sección se basan en los datos presentados en *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009* (Organización Mundial de la Salud, 2009).

las defunciones en Asia, América Latina y el Caribe y Oceanía, con proporciones que oscilan entre el 61% de Asia y el 77% de Oceanía. Las enfermedades transmisibles son la principal causa de mortalidad sólo en África, donde representan el 64% de todas las defunciones.

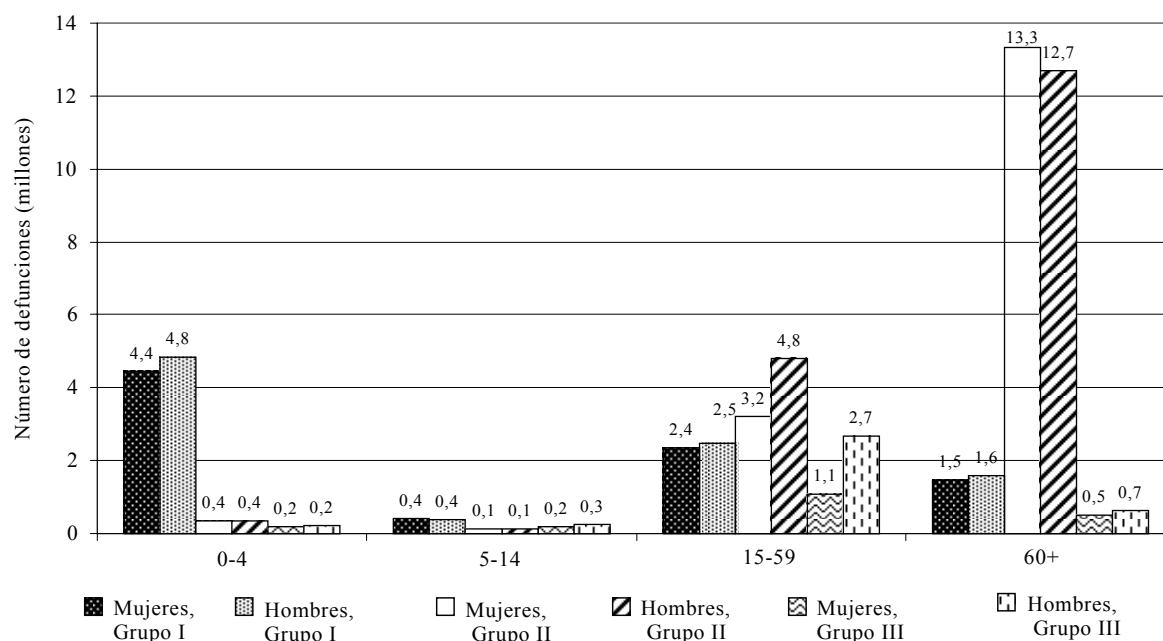
Gráfico VI

Distribución de las defunciones por causa y región, 2004

14. Las causas de defunción varían con la edad. En 2004, las enfermedades transmisibles provocaron el 89% de las muertes de niños menores de 5 años y el 53% de las de niños de 5 a 14 años. A los traumatismos correspondió otra gran proporción de las defunciones de niños de 5 a 14 años: un 30%. Entre las personas de 15 a 59 años, las enfermedades no transmisibles fueron las causantes de la mayor parte de las defunciones (un 48%), mientras que las enfermedades transmisibles representaron otro 29% de esas defunciones y los traumatismos, un 23%. Casi todas las personas de 60 años o más (un 86%) fallecieron por enfermedades no transmisibles, y solo un 10%, por enfermedades transmisibles.

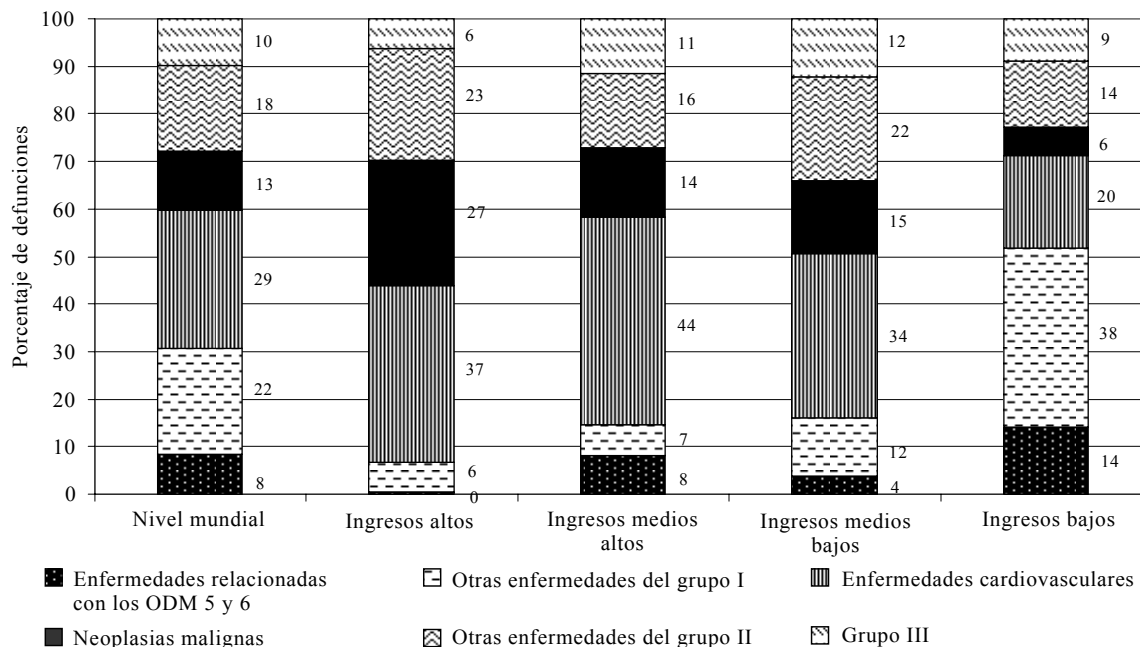
15. Los datos relativos al número de defunciones por causa, grupo de edad y sexo indican que entre las personas menores de 60 años y para todos los grupos de causas, el número de muertes de varones es superior o igual al de mujeres (gráfico VII). Esa misma conclusión se aplica a las defunciones de personas de 15 a 59 años provocadas por causas del Grupo I, que abarcan las relacionadas con afecciones maternas. El número de defunciones de mujeres por enfermedades no transmisibles sólo es superior al de hombres entre las personas de 60 años o más, principalmente debido a que más mujeres que hombres llegan a edades avanzadas.

Gráfico VII
Número de defunciones por causa, sexo y grupo de edad, 2004



16. La distribución de la mortalidad por causa varía considerablemente entre los países agrupados por ingresos (gráfico VIII). En los países de ingresos altos y medios, las enfermedades cardiovasculares representan la mayor proporción de las muertes: entre un 34% y un 44%. Las neoplasias malignas son la segunda causa principal de mortalidad en los países de ingresos altos, pero en los de ingresos medios el porcentaje de defunciones correspondiente a “otras enfermedades del Grupo II” (enfermedades no transmisibles, excepto neoplasias malignas y enfermedades cardiovasculares) es mayor que el correspondiente a neoplasias. Además, la proporción de muertes debidas a traumatismos en los países de ingresos medios (11% a 12%) es dos veces superior a la registrada en los de ingresos altos (6%). En los países de ingresos bajos, las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias malignas representan en su conjunto el 26% de todas las defunciones, pero esa proporción es muy inferior al 38% que corresponde a “otras enfermedades del Grupo I” (enfermedades transmisibles, salvo las relacionadas con los ODM 5 y 6). Los países de ingresos bajos son los que presentan la mayor proporción de defunciones por VIH/SIDA, tuberculosis, malaria y afecciones maternas (ODM 5 y 6) (14%), seguidos por los países de ingresos medios altos (8%) y los de ingresos medios bajos (4%). En los países de ingresos altos, el porcentaje de muertes causadas por esas enfermedades es casi nulo.

Gráfico VIII
Porcentaje de defunciones, por causa, en los principales grupos de ingresos, 2004



IV. La carga de morbilidad⁶

17. Aunque las causas de defunción son indicativas del impacto de las distintas enfermedades en una población, no reflejan adecuadamente el estado de salud de ésta, pues muchas enfermedades no son mortales, pero empeoran la calidad de vida de quienes las padecen. Por esa razón se utiliza otra medida, los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), para tener en cuenta la carga de las enfermedades y los traumatismos, tanto mortales como no mortales, en una población. La OMS emplea el término “discapacidad” para referirse a la “pérdida de salud”, entendiéndose por salud que una persona tiene capacidad funcional plena en cuanto a movilidad, cognición, oído y vista. Los AVAD son la suma de los años de vida perdidos por una muerte prematura y los años de vida saludable perdidos a causa de una discapacidad provocada por una enfermedad o un traumatismo.

18. En 2004, los 6.400 millones de personas del planeta perdieron 1.500 millones de AVAD (véase el cuadro). El 54% de esos años correspondió a los países de ingresos bajos, aunque sus habitantes representaban solo el 37% de la población mundial. La parte correspondiente a los países de ingresos medios bajos fue de un 30%, proporción inferior a la de sus habitantes en la población mundial (38%). Los países de ingresos medios altos abarcaban el 9% de la población mundial y a ellos

⁶ Todas las estimaciones a que se hace referencia en esta sección se basan en datos recogidos en *The Global Burden of Disease: 2004 Update* (Organización Mundial de la Salud, 2008).

correspondió el 8% de los AVAD, mientras que a los países de ingresos altos, en los que vivía el 15% de la población, correspondió tan solo el 8% de esos años. Así, los países de ingresos bajos soportaban una parte desproporcionadamente grande de la carga mundial de morbilidad.

Distribución de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) por causa, a nivel mundial y en los distintos grupos de ingresos, 2004

	<i>Nivel mundial</i>	<i>Países de ingresos altos</i>	<i>Países de ingresos medios altos</i>	<i>Países de ingresos medios bajos</i>	<i>Países de ingresos bajos</i>
Población (millones)	6 437	977	580	2 465	2 413
Total AVAD (millones)	1 523	122	121	452	828
<i>Porcentaje</i>					
Enfermedades transmisibles y afecciones maternas y perinatales	39,7	6,0	21,4	22,5	56,6
Enfermedades no transmisibles	48,0	84,8	63,0	61,7	32,9
Traumatismos	12,3	9,2	15,6	15,8	10,4
<i>De estas enfermedades y traumatismos:</i>					
Trastornos neuropsiquiátricos	13,1	25,8	16,2	16,6	8,8
Enfermedades cardiovasculares	9,9	14,6	17,7	12,1	6,9
Traumatismos distintos de los provocados por accidentes de tráfico	9,6	6,6	12,5	11,9	8,4
Trastornos de los órganos sensoriales, osteomusculares y congénitos	9,4	13,2	9,5	12,2	7,3
VIH/SIDA, tuberculosis, malaria y enfermedades de transmisión sexual	9,0	0,8	10,9	3,8	12,8
Neoplasias	5,2	14,9	7,3	7,3	2,4
Accidentes de tráfico	2,7	2,6	3,1	3,9	2,0
Afecciones maternas	2,6	0,5	1,1	1,8	3,5
Diabetes	1,3	3,0	2,1	1,7	0,7
Enfermedades tropicales desatendidas	1,2	0,0	0,3	0,7	1,9

19. A nivel mundial, el 48% de los AVAD estuvieron relacionados con enfermedades no transmisibles; el 40%, con enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales y deficiencias nutricionales, y el 12%, con traumatismos. El grupo de los trastornos neuropsiquiátricos fue el causante de la mayor proporción de los AVAD totales (13%), seguido por las enfermedades cardiovasculares y los traumatismos distintos de los accidentes de circulación (10% para cada uno de ellos). Las afecciones de los órganos sensoriales, osteomusculares y congénitas fueron en su conjunto responsables del 9% de los AVAD totales, proporción igual a la correspondiente al VIH/SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades de transmisión sexual combinados.

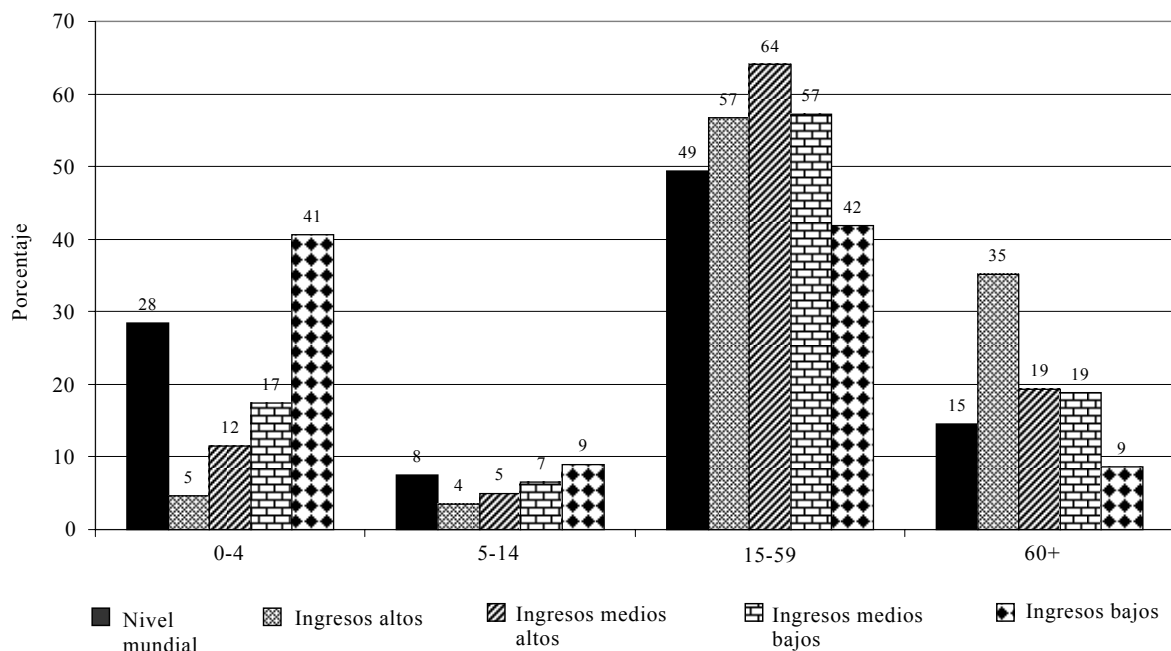
20. La mayoría de los AVAD correspondió a enfermedades no transmisibles en los países de ingresos altos (85%) y los países de ingresos medios (62%). Tanto los trastornos neuropsiquiátricos como las enfermedades cardiovasculares fueron responsables de una gran proporción de AVAD en esos países. A los traumatismos no provocados por accidentes de tráfico se debió una parte importante de los AVAD en los países de ingresos medios altos, entre los que se encuentra la Federación de Rusia, y en los de ingresos medios bajos, que incluyen a China.

21. En los países de ingresos bajos, la mayoría de los AVAD estuvo asociada con enfermedades transmisibles (57%) y la proporción correspondiente al VIH/SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades de transmisión sexual en su conjunto fue de un 13%. Sin embargo, las enfermedades no transmisibles provocaron el 33% de la carga de morbilidad en esos países y, de ellas, los trastornos neuropsiquiátricos llegaron a representar un 9%. Los traumatismos distintos de los accidentes de tráfico fueron responsables del 8% de los AVAD, seguidos de los trastornos de los órganos sensoriales, osteomusculares y congénitos combinados y las enfermedades cardiovasculares, a cada uno de los cuales correspondió un 7%. En los países de ingresos bajos, la proporción de AVAD correspondiente a las afecciones maternas fue de un 4%, la más elevada de todos los grupos de ingresos.

22. La diabetes representó solo un 1% de los AVAD a nivel mundial, pero a ella se atribuyó el 3% de esos años en los países de ingresos altos y el 2% en los de ingresos medios. Las enfermedades tropicales desatendidas, a las que se correspondió el 1% de los AVAD totales, representaron el 2% de esos años en los países de ingresos bajos, y el 89% de la carga de morbilidad que provocaron afectó a personas de entre 5 y 59 años, es decir, en edad escolar o laboral.

23. A nivel mundial, en 2004 el 28% de los AVAD correspondió a niños menores de 5 años; el 49%, a personas de 15 a 59 años y el 15%, a personas de 60 años o más (gráfico IX). En los países de ingresos bajos, el 41% y el 42% de los AVAD correspondió a niños menores de 5 años y a personas de 15 a 59 años, respectivamente. En los demás grupos de ingresos, la mayor parte de los AVAD afectó a personas de 15 a 59 años, y después a las de 60 años o más. En los países de ingresos altos y medios, las proporciones de AVAD correspondientes a los menores de 5 años fueron bajas. Dado el elevado porcentaje de personas de edad avanzada en los países de ingresos altos, el 31% de los AVAD en esos países estuvo relacionado con personas de 60 años o más. Evidentemente, las grandes diferencias en la carga de morbilidad según las edades guardan relación con los niveles de ingresos.

Gráfico IX
Distribución de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), por grupo de edad y grupo de ingresos, 2004



V. Salud y desarrollo

24. Una mejor salud está asociada con unos ingresos más altos y una situación socioeconómica más favorable, pero la dirección de la causalidad sigue siendo controvertida. Cuando se presentan las estimaciones relativas a la esperanza de vida en todos los países del mundo en función del producto interno bruto (PIB) por habitante, se observa una relación creciente y cóncava; esto quiere decir que, cuando los niveles de ingresos son bajos, la esperanza de vida crece a un ritmo más rápido al aumentar los ingresos que cuando esos ingresos son ya altos. La forma de esta relación ha permanecido en general estable a lo largo del tiempo, pero la curva se ha movido hacia arriba en el eje de la esperanza de vida, lo que significa que ésta ha aumentado sin que se registraran incrementos significativos de los ingresos. De acuerdo con una estimación, sólo entre un 10% y un 25% del incremento global de la esperanza de vida registrado entre la década de 1930 y la de 1960 se puede atribuir a una subida de los ingresos; el resto del incremento obedece a otros factores, como las intervenciones de salud pública y la difusión de innovaciones sanitarias⁷.

25. El papel de la salud como capital humano y, por ende, como determinante del crecimiento económico ha sido objeto de una atención creciente. Se reconoce que, a partir de 1800, el aumento de la oferta de alimentos en los actuales países

⁷ Samuel Preston, "The changing relation between mortality and level of economic development", *Population Studies*, vol. 29, núm. 2 (1975), págs. 231 a 248.

desarrollados dio lugar a una disminución de la morbilidad y la mortalidad que hizo crecer la productividad de los trabajadores y los ingresos. Los economistas sostienen que cuando la vida es más larga se generan incentivos para invertir en educación, aumenta el tiempo pasado en la fuerza de trabajo y disminuye el tiempo de enfermedad y, por consiguiente, crecen la productividad y las posibilidades de generar ingresos de una población. Los estudios realizados a nivel individual⁸ han corroborado que el estado de salud importa a la hora de determinar el desarrollo cognitivo, la participación de la fuerza de trabajo, los sueldos y los ingresos, las horas trabajadas, las decisiones en materia de ahorro y la edad de jubilación.

26. El análisis de los datos de panel pone de manifiesto que la educación y la situación económica en la infancia son predictores clave de los resultados sanitarios en etapas ulteriores de la vida, pero el efecto que tienen en la salud los propios recursos financieros de una persona en la edad adulta está menos claro. Ese análisis muestra también que las crisis de salud imprevistas provocan un empeoramiento notable de la situación socioeconómica, porque reducen la capacidad de las personas para trabajar y originan pérdidas de ingresos⁹. Así pues, la salud afecta a la situación socioeconómica y viceversa.

27. No es sencillo aplicar los resultados de los estudios realizados a nivel individual en el plano nacional, debido a otros macroefectos relacionados con una salud mejor, por ejemplo, externalidades positivas, como la repercusión de la salud en la educación, o la disminución de ingresos que puede acarrear el aumento de la presión demográfica sobre unos recursos de tierras y un capital físico limitados a raíz de un descenso de la mortalidad. Dado que una salud mejor redundaría en beneficio de la cognición y genera incentivos para invertir en educación y que la educación impulsa el crecimiento económico, los análisis que integran el efecto simultáneo de ambas muestran que la repercusión indirecta de la mejora de la salud puede ser notable y positiva.

28. Para el análisis macroeconómico de la relación entre la salud y el crecimiento económico se han adoptado diversos enfoques. Uno de ellos se basa en el uso de modelos agregados de crecimiento económico que incorporan explícitamente los efectos de la salud. Los estudios realizados con este método indican que el incremento de la esperanza de vida puede contribuir a aumentar la producción, pero el efecto es mayor si ese incremento se debe a un aumento de la longevidad de los trabajadores productivos y más débil si obedece a un descenso de la mortalidad de los lactantes, que acelera el crecimiento de la población sin que mejore necesariamente el nivel de preparación de la población¹⁰.

29. Otro enfoque consiste en utilizar el análisis de regresión con datos de corte transversal para evaluar los determinantes del aumento de los ingresos por habitante. Este método ha permitido observar una influencia positiva, importante y apreciable de la esperanza de vida en los ingresos¹⁰. Los detractores de este enfoque señalan que los efectos estimados pueden verse sesgados por la multicolinealidad de las

⁸ M. J. Jusain, "Contribution of health to economic development: a survey and overview" (2009), disponible en: www.economics-ejournal.org, y M. Suhrcke y otros, *The Contribution of Health to the Economy in the European Union* (Comisión Europea, Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores, 2005).

⁹ J. P. Smith, "Unravelling the SES health connection", IFS Working Papers No. W04/02 (Institute for Fiscal Studies, 2004).

¹⁰ M. J. Jusain, op. cit.

variables utilizadas y por los efectos de las variables omitidas. Para solucionar el problema de la multicolinealidad, se utilizó en un estudio¹¹ una variable instrumental basada en la distribución de la mortalidad con arreglo a 15 grandes causas de defunción antes de las intervenciones y en las fechas de las intervenciones mundiales. La conclusión del estudio fue que el aumento de la esperanza de vida acelera el crecimiento de la población, pero sólo tiene un efecto moderado en el PIB, tanto en un primer momento como al cabo de 40 años, sobre todo porque la tierra y el capital disponibles no se ajustan lo suficiente al crecimiento acelerado de la población producido por el descenso de la mortalidad. En la medida en que el instrumento utilizado refleja principalmente la mortalidad en la niñez, este resultado parece coherente con los obtenidos con modelos agregados de crecimiento.

30. En los modelos considerados más arriba no se incluye una intervención que también afecta al desarrollo: la planificación de la familia como componente de la salud reproductiva. Esta intervención, que permite a las parejas y las mujeres espaciar los nacimientos y tener el número de hijos que desean, ha contribuido a reducir la mortalidad materna y mejorar la supervivencia infantil. También ha dado lugar a un descenso de la fecundidad, lo que contrarresta el efecto de la disminución de la mortalidad a una edad temprana. Por consiguiente, según han demostrado los economistas, la planificación de la familia contribuye al incremento de los ingresos por habitante a nivel familiar y nacional y hace que tanto una mortalidad baja como una fecundidad baja sean beneficiosas para el desarrollo¹².

31. La asociación entre una mejor situación socioeconómica y una salud mejor es extraordinariamente constante tanto en los distintos países como dentro de ellos. Incluso en los países de ingresos altos existe un gradiente de la salud, según el cual las personas con menos años de escolarización, empleos de menor categoría y sueldos más bajos tienen una salud peor que las que ocupan un lugar más alto en la escala socioeconómica. Cuanto más tiempo vive una persona en situación desfavorecida, más probabilidades tiene de padecer mala salud. El estrés en el lugar de trabajo aumenta el riesgo de enfermedad. Esos efectos se hacen sentir con más fuerza en los países con muchas desigualdades. Para afrontar el gradiente socioeconómico de la salud, es necesario adoptar un enfoque integral que vaya más allá de la política sanitaria y permita reducir la estratificación social, entre otras cosas, mediante políticas laborales, educativas, de vivienda y de bienestar familiar¹³.

VI. Papel de la atención primaria de salud¹⁴

32. En 1978, en la Conferencia de Alma Ata, la comunidad internacional definió la atención primaria de salud como una estrategia que permitiría llevar la asistencia

¹¹ D. Acemoglu y S. Johnson, “Disease and development: the effect of life expectancy on economic growth”, *Journal of Political Economy*, vol. 115, núm. 6 (diciembre de 2007), págs. 925 a 985.

¹² Véase E/CN.9/2009/3.

¹³ *Subsanar las desigualdades en una generación* (WHO/IER/CSDH/08.1) (Organización Mundial de la Salud, 2008).

¹⁴ Basado en el *Informe sobre la salud en el mundo 2008* (Organización Mundial de la Salud, 2008); y en J. De Maeseneer y otros, “Primary health care as a strategy for achieving equitable care”, documento preparado para la red de conocimientos sobre sistemas de salud (Health Systems Knowledge Network) de la OMS, 2007.

sanitaria esencial a los individuos y las familias de la comunidad, lo más cerca posible de sus lugares de residencia y trabajo, a un costo aceptable, y que sería parte integrante del sistema de salud. En la Conferencia se definieron también los componentes básicos de la atención primaria: educación sanitaria, saneamiento ambiental, especialmente en relación con los alimentos y el agua; programas de salud maternoinfantil, entre otros, de inmunización y planificación de la familia; prevención de enfermedades endémicas y tratamiento adecuado de enfermedades y traumatismos comunes; suministro de medicamentos esenciales; promoción de una buena nutrición, y medicina tradicional.

33. Tras la Conferencia surgieron dos grandes enfoques para la aplicación de la atención primaria de salud: un enfoque selectivo centrado en los problemas más graves de salud pública de la comunidad, orientado a lograr resultados rápidos, y un enfoque integral, destinado a abordar toda la gama de problemas de salud de una comunidad a largo plazo. El primero de ellos dio lugar al desarrollo de programas verticales para afrontar problemas de salud concretos mediante un conjunto limitado de intervenciones. El segundo, llamado enfoque “horizontal” o “integral”, tenía como fin crear un sistema de instituciones permanentes que promovieran la participación activa de la comunidad en la mejora de la salud, la cual se intentaría conseguir no solo con el tratamiento de las enfermedades, sino también mediante la prevención y detección temprana de estas.

34. La visión de Alma Ata no se ha traducido con facilidad en una transformación efectiva de los sistemas de salud, y el desarrollo de la atención primaria se ha estancado en muchos países. En los últimos 40 años, los donantes multilaterales, bilaterales y privados han tendido a dar preferencia a los programas verticales de control y prevención de enfermedades, porque tienen más probabilidades de producir resultados en ciclos de financiación breves. En particular, la propagación de la epidemia de VIH/SIDA dio un nuevo impulso al enfoque vertical. Actualmente las principales iniciativas internacionales para alcanzar los ODM relacionados con la salud se basan en programas verticales orientados a enfermedades, algunos de los cuales han perjudicado al sistema de atención primaria, con el que compiten por los escasos recursos humanos y de otro tipo disponibles. Los programas verticales que no están integrados en el sistema general de salud también duplican los gastos administrativos, provocan deficiencias en la atención y socavan la capacidad de los gobiernos para mejorar sus propios servicios de atención sanitaria. Para evitar esos efectos perniciosos, se ha elaborado un código de buenas prácticas para los programas de control de enfermedades¹⁵. En él se insta a integrar la mayoría de los programas y actividades de control de enfermedades en los establecimientos de salud que ofrecen atención centrada en el paciente y en los establecimientos sanitarios sin ánimo de lucro. También se pide que los programas de control de enfermedades se diseñen y se apliquen de manera tal que los sistemas de salud se vean reforzados y que no haya conflicto con la prestación de asistencia sanitaria.

35. El establecimiento de sistemas integrales de atención primaria de salud en los países en desarrollo se ha visto retrasado también por la insuficiente financiación del sector de la salud, sobre todo durante el período de ajuste estructural. En muchos casos se ha promovido la privatización de los servicios de salud partiendo de la idea,

¹⁵ J. P. Unger y otros, “A code of best practice for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries”, *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 18 (octubre/diciembre de 2003), págs. S27 a S39.

común entre los organismos donantes, de que el sector privado puede prestar servicios de forma más eficaz que el público. Como consecuencia de ello, los gobiernos, tanto de países desarrollados como en desarrollo, han privatizado servicios de salud, subcontratado la prestación de asistencia sanitaria al sector privado, alquilado o vendido hospitales públicos al sector privado o concedido autonomía en materia de gestión a hospitales públicos, lo que ha hecho que se difuminen los límites entre los objetivos públicos y los fines de lucro. Esa situación, unida a la creciente especialización de los profesionales sanitarios a todos los niveles (personal de enfermería, médicos, agentes de salud pública, etc.) ha dado lugar a sistemas de salud que ofrecen un acceso descoordinado a los hospitales y asistencia de especialistas fragmentada, principalmente a quienes se lo pueden permitir. Tanto en los países desarrollados como en desarrollo, el gasto público en salud a menudo beneficia de forma desproporcionada a los ricos, y las personas con medios consumen más atención que los pobres, que se ven afectados por más problemas de salud. Siempre que la población tenga que efectuar pagos directos para cubrir los gastos de la atención sanitaria, se podrán producir gastos catastróficos en salud que lleven a una situación de pobreza. En muchos países los servicios de salud destinados a los pobres están sumamente fragmentados y adolecen de una gran falta de recursos. Además, la tendencia a agrupar los recursos en torno a servicios curativos que suelen ser onerosos hace que no queden recursos suficientes para actividades de prevención y promoción sanitaria, las cuales, según una estimación, podrían prevenir hasta un 70% de la carga de morbilidad.

36. A nivel mundial la proporción del PIB asignada a la salud pasó de un 8% en 2000 a un 8,6% en 2005, lo que supone que la “economía de la salud” está creciendo a un ritmo mayor que el PIB. El gasto mundial en salud, ajustado por inflación, creció un 35% entre 2000 y 2005. El aumento de las enfermedades no transmisibles, la mayoría de las cuales son crónicas y requieren ser tratadas y gestionadas a largo plazo, ha contribuido a esa subida, y la alta probabilidad de que el incremento de la carga de las enfermedades crónicas y los gastos sanitarios se acelere en el futuro es motivo de gran preocupación para los países desarrollados y los países en desarrollo.

37. Esos hechos han llevado a los formuladores de políticas a renovar su apoyo al enfoque de una atención primaria de salud integral para contrarrestar la fragmentación de los sistemas de salud, lograr la equidad sanitaria, promover la seguridad sanitaria a nivel de las comunidades y aportar una respuesta integral y coordinada a las necesidades de atención de salud de las personas y sus familias. Para lograr esos objetivos, el enfoque de la atención primaria de salud ha de utilizarse como un marco rector flexible, de manera que se pueda adaptar a las necesidades locales y los distintos contextos socioculturales. Además, para ser integral, la atención primaria debe aunar la atención individual y la atención basada en la población, combinando los conocimientos especializados de los médicos con la epidemiología, la medicina preventiva y la promoción de la salud. En principio, la atención primaria formaría parte de un sistema de salud distrital y sería el primer punto de contacto con los pacientes. Se ocuparía de la mayoría de los casos que se presentaran y derivaría el resto a centros de atención secundaria y terciaria mediante un sistema eficaz en función de los costos que garantizaría la continuidad de la atención. Habría equipos interdisciplinarios, integrados por médicos de familia, personal de enfermería, trabajadores sociales y nutricionistas, que prestarían una atención continuada y sin fisuras, centrada en la promoción de la salud, la

prevención de enfermedades, el tratamiento de afecciones agudas y el tratamiento y el manejo a largo plazo de enfermedades crónicas. Gracias a la cooperación intersectorial, los agentes de la atención primaria de salud identificarían los problemas de las comunidades que afectasen a la salud y propondrían soluciones.

38. La adopción de un enfoque de atención primaria de salud integral puede ahorrar dinero. En los países de ingresos altos con una fuerte orientación a la atención primaria, el gasto sanitario por habitante es por término medio inferior al de otros países de ingresos altos. Además, cuando se ofrece el máximo acceso a la atención primaria y existen suficientes oportunidades de derivación de casos, disminuye la desigualdad en materia de salud¹⁶. Por ejemplo, en los Estados Unidos de América, una mayor proporción de médicos de familia con respecto a la población está asociada a mejores resultados sanitarios en las zonas con las mayores desigualdades en cuanto a ingresos. Los datos disponibles de países en desarrollo confirman las posibilidades que tiene la atención primaria de reducir las desigualdades en el terreno de la salud. Por ejemplo, en México el acceso a centros de atención primaria y la continuidad de la atención, respaldados por sistemas adecuados de derivación de casos, han contribuido a reducir la mortalidad en la niñez entre las poblaciones desfavorecidas.

39. Para establecer una atención primaria de salud integral y cosechar los beneficios que puede aportar, se necesitan una serie de reformas. En primer lugar, hay que garantizar que todas las personas tengan acceso a esa atención mediante métodos de financiación que ofrezcan cobertura universal y estén basados en la distribución de los riesgos. En segundo lugar, es preciso reformar la prestación de los servicios de salud para que los sistemas sanitarios respondan a las necesidades reales de las personas. En tercer lugar, los gobiernos deben mantener su compromiso de reformar las políticas públicas para integrar las intervenciones de salud pública y la atención primaria. En cuarto lugar, las personas encargadas del sector de la salud deben seguir aportando respuestas a las necesidades de las comunidades y para ello promover la participación activa de sus miembros. Los dirigentes deben esforzarse también por mejorar la salud mediante la adopción de políticas en otros sectores, como los relacionados con la educación, la inocuidad y calidad de los alimentos y el control del tabaco y el alcohol.

40. Hoy en día los países de ingresos altos con un gasto sanitario elevado tienen un amplio margen para transferir recursos de la atención terciaria a la primaria y garantizar una cobertura universal¹⁷. Esa empresa es más difícil, pero también más necesaria, en los países de ingresos medios, donde viven 3.000 millones de personas y donde los sistemas de salud han de adaptarse a las nuevas exigencias. A ese respecto, seguir un enfoque orientado a la atención primaria y garantizar la cobertura universal constituyen estrategias clave para evitar errores del pasado. Por último, en los países de ingresos bajos, sobre todo en los del África Subsahariana y Asia meridional, donde residen 2.000 millones de personas, es indispensable centrarse en el enfoque de la atención primaria integral para que exista equidad sanitaria. En todos los países que aún no ofrecen cobertura universal hay que sustituir el sistema basado en el cobro de tarifas a los pacientes por un sistema de

¹⁶ B. Starfield, L. Shi y J. Macinko, "Contribution of primary care to health systems and health", *Milbank Quarterly*, vol. 83, núm. 3 (2005), págs. 457 a 502.

¹⁷ *Informe sobre la salud en el mundo 2008* (Organización Mundial de la Salud, 2008), Introducción y panorámica.

protección garantizado por dispositivos de cotizaciones y pago anticipado. Los países de ingresos bajos, que actualmente no son capaces de afrontar los gastos de los servicios de salud esenciales, necesitarán ayuda externa para introducir los cambios precisos.

VII. Necesidad de profesionales sanitarios¹⁸

41. La fuerza de trabajo sanitaria abarca a todas las personas que prestan servicios de salud —médicos, enfermeros, fisioterapeutas, farmacéuticos, técnicos de laboratorio— así como al personal de gestión y apoyo necesario para que funcionen esos servicios. En 2006, la OMS calculó que había 60 millones de trabajadores sanitarios en el mundo entero, 40 millones que prestaban servicios de salud y 20 millones dedicados a actividades de gestión y otras actividades de apoyo. Sin embargo, los trabajadores sanitarios no están repartidos equitativamente entre los países ni dentro de ellos. Los países de ingresos altos cuentan con más agentes de salud por habitante que los demás. En todos los países esos profesionales tienden a concentrarse en las ciudades más grandes, mientras que los núcleos urbanos pequeños y las zonas rurales adolecen de falta de personal. Según la OMS, 57 países, en su mayoría de África y Asia, no cuentan con suficientes profesionales sanitarios para atender a las necesidades de salud de su población. También según la OMS, en 2006 esos países necesitaban 2,4 millones de proveedores de servicios de salud y 1,9 millones de trabajadores de gestión y apoyo adicionales. Esa falta de personal constituye un importante obstáculo al logro de los ODM relacionados con la salud y hace difícil desarrollar y mantener la infraestructura de la atención primaria indispensable para reducir las inequidades en el acceso a la atención de salud.

42. Existe la necesidad urgente de aumentar las inversiones en la capacitación y el apoyo de los profesionales sanitarios, en particular de subir sus sueldos y ofrecer incentivos a quienes trabajan en zonas subatendidas. Suponiendo que los 4,3 millones de trabajadores adicionales que necesitan los 57 países con grave escasez de personal se formaran en los dos próximos decenios, habría que aumentar los presupuestos en salud en 10 dólares de los EE.UU. por persona y año. Además de recursos financieros, hacen falta planes amplios para desarrollar y mantener una fuerza de trabajo sanitaria eficaz, que habrían de establecer y llevar a la práctica dirigentes políticos comprometidos. Esos planes deben garantizar que la capacitación que reciban los profesionales sanitarios esté orientada al entorno en que van a desempeñar su labor y que se prevean incentivos de carrera para animar a los agentes de salud a trabajar fuera de las grandes ciudades.

43. También es preciso capacitar a los actuales trabajadores de todos los países para que se mantengan al día de los nuevos tratamientos y prácticas. Hay que mejorar la labor de gestión y supervisión, a fin de que los recursos humanos se utilicen de manera más eficaz, sobre todo en el contexto de la atención primaria de salud integral, en el que hay que introducir nuevos modelos de atención en equipo y ofrecer capacitación basada en datos científicos para la gestión holística de las enfermedades. En todo el mundo hacen falta trabajadores sanitarios con grandes

¹⁸ Sección basada en “The global shortage of health workers and its impact”, nota descriptiva de la OMS núm. 302, abril de 2006, y “Migration of health workers”, nota descriptiva de la OMS núm. 301, abril de 2006.

dotes para la comunicación, que sean capaces de utilizar técnicas para introducir cambios de comportamiento y educar a los pacientes, y con aptitudes de asesoramiento para proporcionar atención en los casos de afecciones crónicas¹⁹. También es necesaria la delegación de funciones, de forma que los profesionales altamente cualificados deleguen tareas sanitarias en trabajadores menos cualificados capaces de dominarlas, sobre todo cuando, con la supervisión y el apoyo adecuados, esas tareas pueden ser desempeñadas eficazmente por voluntarios y agentes de salud de las comunidades.

44. En los países más ricos, donde los sueldos son mejores, hay demanda de personal de salud, por lo que los trabajadores sanitarios de países de ingresos medios y bajos han venido migrando a los primeros. Los sistemas de salud de algunos países de ingresos altos cuentan con un elevado porcentaje de médicos y enfermeros formados en el exterior. Dado que las personas tienen todo el derecho a abandonar sus países, la cooperación entre los países de origen y destino es necesaria para reducir el impacto negativo de la migración de los trabajadores sanitarios. Los países de origen deben mejorar las condiciones de trabajo de su personal de salud, ofrecer más capacitación y orientar esa capacitación al contexto en que se va a trabajar (por ejemplo, en zonas rurales). Los donantes pueden proporcionar financiación para tal fin. Los países de destino han de capacitar a más médicos y enfermeros a nivel local y aplicar prácticas de contratación responsables. Actualmente se está preparando un código de prácticas internacional para la contratación de personal sanitario²⁰.

VIII. Prevención y tratamiento de las enfermedades transmisibles y las afecciones maternas

45. Las enfermedades transmisibles provocan el 23% de todas las defunciones y el 57% de las de niños menores de 5 años, a pesar de que la mayoría de ellas son prevenibles, tratables o curables con intervenciones poco costosas. Se reconoce de forma generalizada que las enfermedades transmisibles suponen una gran carga para la salud de los pobres, y los Objetivos de Desarrollo del Milenio se centran en la prevención y el control de las más mortíferas. Sin embargo, no están haciendo suficientes progresos de cara al logro de esos objetivos, y los ODM no abarcan todas las enfermedades transmisibles. A continuación se examinan las intervenciones clave destinadas a combatir las principales de esas enfermedades, de manera individual o conjunta.

46. **VIH/SIDA.** En 2008, unos 33 millones de personas vivían con el VIH, y de ellas 22 millones residían en el África Subsahariana²¹. Ese año 2,7 millones de personas se infectaron con el VIH y el SIDA mató a 2 millones, lo que supone una disminución con respecto a la cifra máxima de 2,2 millones registrada en 2004. La mitad de las personas que viven con el VIH son mujeres, y la mitad de las nuevas

¹⁹ *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action* (Organización Mundial de la Salud, 2002).

²⁰ Contratación internacional de personal de salud: proyecto de código de prácticas, informe de la Secretaría (EB124/13) (Organización Mundial de la Salud, 2008).

²¹ *2009 AIDS Epidemic Update* (Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y Organización Mundial de la Salud, 2009).

infecciones se producen entre jóvenes de 15 a 24 años. Para evitar la propagación del VIH es necesaria una estrategia en varios frentes. Esa estrategia consiste en organizar campañas educativas y de información para que se comprenda mejor cómo se propaga el VIH y cómo se pueden proteger las personas; aplicar programas orientados específicamente a reducir las conductas de alto riesgo; analizar los productos sanguíneos; evitar que se reutilicen agujas infectadas; proporcionar acceso a asesoramiento y pruebas voluntarias para saber quién está infectado; ofrecer tratamiento a quienes lo necesitan y prevenir la transmisión de la madre al niño tratando a las embarazadas seropositivas. Las epidemias generalizadas se han evitado cuando se ha conseguido llegar a los grupos de alto riesgo, como los profesionales del sexo y los consumidores de drogas inyectables. En los países que padecen epidemias generalizadas se ha ampliado considerablemente el acceso a la terapia antirretroviral para las personas que la necesitan. Se calcula que en 2008 recibió la terapia cerca del 42% de los 9,5 millones de personas que la necesitaban²². La ampliación de la cobertura del tratamiento se ha acelerado gracias a la disminución de los precios de los antirretrovirales, como los negociados por la Iniciativa VIH/SIDA de la Fundación Clinton y el Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID) en 2007. Habrá que continuar ampliando y mantener a largo plazo la cobertura de tratamiento y de diagnóstico para que las personas continúen sobreviviendo con el VIH. También es preciso robustecer las medidas de prevención, facilitando el acceso a preservativos y tratando las enfermedades de transmisión sexual.

47. **Tuberculosis.** En 2007 hubo 9,3 millones de casos nuevos de tuberculosis, el 15% de los cuales se produjeron en personas seropositivas. La tuberculosis se cura si se diagnostica pronto. Por lo tanto, las estrategias para erradicar la enfermedad deben integrar tanto la detección temprana como el uso rápido del tratamiento breve bajo observación directa, muy eficaz contra la enfermedad. Un hecho cada vez más preocupante es la creciente prevalencia de la tuberculosis polifarmacorresistente, que se observó en el 3% de los nuevos infectados y el 19% de las personas con infecciones recurrentes. Tanto diagnosticar como tratar esa variante de la enfermedad resulta costoso y difícil. Algunas organizaciones, entre ellas la Alianza Alto a la Tuberculosis, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y el UNITAID, se esfuerzan por proporcionar medicamentos para tratar la tuberculosis farmacorresistente.

48. **Malaria.** En 2008 hubo 243 millones de casos de malaria, que provocaron 863.000 defunciones, cuatro quintas partes de las cuales correspondieron a niños menores de 5 años²³. Nueve de cada diez casos de malaria se producen en el África Subsahariana. La malaria en las embarazadas está asociada a anemia materna y partos prematuros, lo que provoca insuficiencia ponderal del recién nacido y un aumento de la mortalidad de los lactantes. Para controlar la propagación de la malaria son necesarios un diagnóstico temprano y un tratamiento eficaz, y prevenir la transmisión usando mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración y fumigando los espacios interiores con insecticidas de acción residual. Debido a la creciente resistencia a los antipalúdicos, en África y Asia el único tratamiento eficaz contra la malaria es el tratamiento combinado basado en la artemisinina, que es más

²² La infección por VIH tarda años en debilitar el sistema inmunitario. La terapia está indicada sólo una vez que aparecen signos claros de debilitamiento de ese sistema.

²³ *Informe mundial sobre el paludismo 2009* (Organización Mundial de la Salud, 2009).

costoso que los medicamentos que ya no surten efecto²⁴. Actualmente se está tratando de ampliar la difusión de ese tratamiento, sobre todo proporcionando tratamiento preventivo intermitente a las embarazadas que residen en zonas de alta transmisión y tratamiento pediátrico a los niños. Otro objetivo que se persigue es ampliar la cobertura de los mosquiteros. Según la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, es necesario haber distribuido más de 700 millones de mosquiteros en 2010 para poder frenar la propagación de la enfermedad.

49. Enfermedades tropicales desatendidas. Una serie de enfermedades infecciosas y parasitarias, endémicas en zonas tropicales, suponen una gran carga para las poblaciones afectadas, ya que provocan morbilidad crónica. Entre ellas figuran la esquistosomiasis y las helmintiasis transmitidas por el suelo (infección por anquilostomas, ascariasis y tricuriasis), todas las cuales provocan anemia en las embarazadas y afectan al desarrollo físico y cognitivo de los niños; la filariasis linfática, que causa una inflamación severa de las piernas; el tracoma y la oncocercosis, que provocan ceguera; la enfermedad de Chagas, que afecta al aparato digestivo y el corazón; la leishmaniasis, que produce lesiones cutáneas y úlceras; la tripanosomiasis africana humana (enfermedad del sueño), y el dengue, una infección viral. Cerca de 1.000 millones de personas padecen una o más de estas enfermedades o sus secuelas²⁵. Si no se tratan, las enfermedades parasitarias pueden durar décadas y provocar discapacidades importantes. También aumentan la vulnerabilidad a otras enfermedades, como el VIH y la malaria. Y lo que es más importante, la mayoría de estas enfermedades tropicales se puede prevenir o tratar. El acceso a agua salubre y servicios básicos de saneamiento reducen la incidencia de la esquistosomiasis y el tracoma. El control de los vectores puede reducir la transmisión del dengue, la enfermedad del sueño y la enfermedad de Chagas. La filariasis linfática, las helmintiasis transmitidas por el suelo y la oncocercosis se pueden tratar eficazmente con dosis únicas de medicamentos de bajo coste, lo que hace posible controlarlas mediante la administración masiva de medicamentos a las comunidades afectadas o en las escuelas. Como estas enfermedades son debilitantes, pero no causan la muerte, las medidas para luchar contra ellas o tratarlas no están recibiendo apoyo suficiente.

50. Enfermedades transmisibles causantes de mortalidad en la niñez. Las principales causas de mortalidad en la niñez son las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas, a cada una de las cuales corresponde el 17% de todas las defunciones infantiles. Las vacunas han eliminado prácticamente la neumonía en los países desarrollados, pero todavía no se utilizan de forma generalizada en muchos países en desarrollo, donde la pobreza, la nutrición inadecuada y la contaminación del aire en los locales cerrados contribuyen a la elevada incidencia de las infecciones de las vías respiratorias inferiores. Mejorando la nutrición de los niños y la calidad del aire en los locales cerrados se puede reducir la incidencia de las infecciones respiratorias agudas y, una vez aparece la infección, el diagnóstico temprano y el tratamiento con antibióticos y oxígeno pueden evitar que la enfermedad se vuelva grave o mortal. Un sistema de atención primaria de salud que funcione adecuadamente proporcionaría ese tratamiento. En cuanto a las enfermedades diarreicas, están causadas principalmente por patógenos transmitidos de persona a persona, cuando el agua, los alimentos o las manos se contaminan con materia fecal. Una higiene básica, como lavarse las manos, y el acceso a agua

²⁴ Ibid.

²⁵ Peter J. Hotez, *Forgotten People, Forgotten Diseases* (Washington, D.C., ASM Press, 2008).

salubre y servicios de saneamiento pueden reducir drásticamente la morbilidad y mortalidad provocadas por estas enfermedades. Cuando aparece la diarrea, la terapia de rehidratación oral y la administración de suplementos de zinc, combinadas con la lactancia natural exclusiva para los lactantes, apoyo nutricional y un uso adecuado de antibióticos, puede evitar que la enfermedad se vuelva grave o mortal. Las vacunas han resultado eficaces para prevenir otras enfermedades infantiles graves. El sarampión, otra de las principales enfermedades causantes de mortalidad en la niñez se puede prevenir con dos dosis de una vacuna. En 2007, el 82% de los niños de 12 a 23 meses había recibido al menos una dosis de la vacuna. Las vacunas también son eficaces para prevenir la poliomielitis, la difteria, la pertusis y el tétanos. Las campañas nacionales de vacunación son un buen ejemplo de campañas verticales eficaces, sobre todo en los lugares de ingresos bajos.

51. **Afecciones maternas.** Aunque la mortalidad materna representa sólo el 2% de las defunciones femeninas en el mundo entero, la mayoría de las 536.000 mujeres que fallecieron en 2005 por causas relacionadas con la maternidad podrían haberse salvado de haber tenido acceso a una atención adecuada. Casi todas las defunciones maternas se producen en países en desarrollo, y la mitad de ellas en el África Subsahariana. Desde 1990 se han hecho escasos progresos en la reducción de la mortalidad materna. La falta de una atención obstétrica adecuada es la principal causa inmediata de mortalidad y morbilidad maternas. A nivel mundial, 300 millones de mujeres padecen secuelas del embarazo y el parto, y todos los años hay 20 millones de casos nuevos. Entre esas secuelas cabe citar infertilidad, anemia aguda, prolapso uterino y fistula vaginal. La anemia, que afecta al 42% de las embarazadas y a menudo se ve agravada por la malaria, el VIH y otras afecciones, aumenta el riesgo de mortalidad materna por hemorragia. A nivel mundial, 33 millones de mujeres de países en desarrollo son estériles debido a complicaciones derivadas de abortos peligrosos y sepsis materna. La asistencia de profesionales sanitarios cualificados en el parto (médicos y personal de enfermería o partería) es vital para reducir la mortalidad materna. Tanto en Asia meridional como en el África Subsahariana, donde se produce el mayor número de defunciones maternas, menos de la mitad de los partos son atendidos por personal de salud cualificado. Para poder evitar muertes y hacer frente a complicaciones del parto, el personal cualificado debe disponer del equipo oportuno y tener la posibilidad de remitir y trasladar a las mujeres que presenten complicaciones a servicios obstétricos de emergencia. El acceso a esos servicios sigue siendo limitado en los países de ingresos bajos. Especialmente en esos lugares, ofrecer a la mujer opciones de planificación familiar para evitar embarazos inoportunos o no deseados constituye una intervención poco costosa para reducir la morbilidad y mortalidad maternas. Todos los años se podrían evitar cerca de 53 millones de embarazos no previstos si se atendieran las necesidades no cubiertas de planificación de la familia en los países en desarrollo, y con ello se prevendrían 150.000 defunciones maternas²⁶. Para mejorar la salud reproductiva y reducir la mortalidad y morbilidad maternas es fundamental proporcionar atención prenatal y asesoramiento postnatal, educación y acceso a métodos anticonceptivos eficaces a las mujeres que los desean.

²⁶ Instituto Guttmacher y Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Adding it Up. The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health* (2009).

IX. Prevención de las enfermedades no transmisibles

52. En su conjunto, las enfermedades no transmisibles son responsables ya de un 60% de las defunciones en el mundo entero, y de un 72% de las registradas en los países de ingresos medios, y está previsto que en el futuro aumente la parte que les corresponde de la carga de morbilidad. Entre ellas, las enfermedades cardiovasculares, los cánceres, las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes y la depresión constituyen las principales amenazas para la salud y el desarrollo humanos. Las enfermedades no transmisibles suponen una gran carga económica y social, porque en su mayoría son crónicas y requieren tratamiento a largo plazo. Sin embargo, hasta un 80% de las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes de tipo 2 y más de una tercera parte de los cánceres se podrían prevenir eliminando factores de riesgo compartidos, en particular el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la inactividad física. Además, los avances en la tecnología biomédica y la gestión del comportamiento han potenciado considerablemente la capacidad de las intervenciones sanitarias para prevenir y controlar esas enfermedades, sobre todo cuando los pacientes reciben tratamientos eficaces, apoyo para el automanejo y seguimiento periódico.

53. A medida que envejece una población, crece el número de personas que vive con una o más afecciones crónicas durante decenios. El aumento de la vida sedentaria asociado al creciente proceso de urbanización, las frecuentes dietas malsanas y la comercialización mundial de productos que entrañan riesgos sanitarios, como el tabaco, son también factores que contribuyen al incremento de esas afecciones. Como consecuencia de ello, se exige más a los sistemas nacionales de salud y aumenta el gasto de la atención sanitaria. Además, como con el tiempo los comportamientos de riesgo tienden a concentrarse en los sectores más pobres de la población, las enfermedades crónicas están interrelacionadas con la pobreza y pueden contribuir a agravar ésta cuando hay que hacer frente a tratamientos costosos durante periodos de tiempo largos. El incremento de las afecciones crónicas en los países de ingresos medios y bajos resulta especialmente problemático, porque en muchos de ellos la carga de morbilidad debida a enfermedades infecciosas agudas, afecciones maternas y malnutrición sigue siendo grande.

54. Las políticas nacionales de los sectores distintos del de la salud influyen de manera considerable, y a menudo decisiva, en la definición de los factores de riesgo de una enfermedad no transmisible. Así, la mejora de la salud depende de las políticas públicas en materia de comercio, fiscalidad, educación, agricultura, desarrollo urbano, alimentos y producción farmacéutica. Por tanto, es indispensable la acción intersectorial en la planificación nacional para reducir la carga de las enfermedades no transmisibles. Por ejemplo, para modificar la alimentación, reducir la prevalencia de la obesidad y aumentar la actividad física es preciso: lograr cambios de comportamiento mediante cambios en la producción, comercialización y publicidad de los alimentos; difundir información nutricional; ofrecer acceso a educación sanitaria, y llevar a cabo una planificación de los entornos urbanos y el transporte público. En 2004, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud²⁷ para proporcionar orientación sobre cómo abordar esos factores.

²⁷ Resolución WHA57.17, anexo.

55. El consumo de tabaco es la principal causa prevenible de mortalidad del mundo, pues es un factor de riesgo de todas las grandes enfermedades no transmisibles. La prevalencia del tabaquismo ha disminuido en muchos países desarrollados y se ha estabilizado o descendido ligeramente entre los hombres en gran parte del mundo en desarrollo, pero está creciendo entre las mujeres de los países en desarrollo y de Europa central y oriental²⁸. Sin un descenso sostenido de la prevalencia del tabaquismo, el número de fumadores aumentará con el crecimiento de la población mundial. El tabaco es adictivo, de ahí que los fumadores tengan dificultades para dejarlo. Por ello es fundamental evitar que las personas, en particular los jóvenes, empiecen a fumar. Existe un firme compromiso por parte de los gobiernos de reducir la propagación del consumo de tabaco: al mes de noviembre de 2009, 168 gobiernos habían ratificado el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco²⁹. Este convenio contiene disposiciones destinadas a reducir tanto la demanda como la oferta de tabaco. Gravar el tabaco es la medida sanitaria más eficaz en función de los costos que pueden adoptar los gobiernos.

56. Una pequeña variación en los niveles medios de los factores de riesgo puede dar lugar a cambios importantes en la carga de las enfermedades no transmisibles. El objetivo de las estrategias de lucha contra esas enfermedades debe ser reducir los niveles nacionales de los factores de riesgo y prevenir esas enfermedades en los individuos de alto riesgo. Esas estrategias deben incluir cambios legislativos y reglamentarios; medidas tributarias y en materia de precios; actividades de promoción y educativas; intervenciones en las comunidades, escuelas y lugares de trabajo, y actividades de detección, prevención clínica y manejo de enfermedades. Varios elementos de esas estrategias se pueden aplicar incluso en los países de ingresos bajos. Para evitar la duplicación de tareas es necesario que exista una coordinación intersectorial en el marco de un plan de acción nacional unificador. El plan de acción de la OMS para aplicar la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2008-2013 ofrece orientación sobre adopción de medidas a los distintos agentes interesados.

57. Para destacar la importancia que tiene la reducción de los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, a continuación se describe su influencia en la carga de esas enfermedades.

58. **Enfermedades cardiovasculares.** Las enfermedades cardiovasculares son las causantes de la mayor proporción de muertes a nivel mundial: en 2004 representaron un 32% de las defunciones de mujeres y un 27% de las de hombres. Las más mortíferas son los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares, que provocaron, respectivamente, 7 millones y 6 millones de muertes ese año. Los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares son la hipertensión y la hipercolesterolemia, asociadas a su vez a dietas ricas en grasas y sodio, modos de vida sedentarios y tabaquismo. El daño causado por la diabetes provoca también ataques cardíacos. Los países de ingresos altos han reducido las tasas de enfermedades cardiovasculares mediante una combinación de medidas de prevención y tratamiento. Entre las medidas de prevención cabe citar la promoción de entornos libres de humo, dietas más sanas y más ejercicio físico; esos cambios en los modos de vida han sido adoptados por grandes sectores de la población. Además, el tratamiento sistemático de la hipertensión y la hipercolesterolemia ha permitido

²⁸ J. Mackay y M. Eriksen, *The Tobacco Atlas* (Organización Mundial de la Salud, 2002).

²⁹ Adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud el 21 de mayo de 2003.

retrasar la aparición de la enfermedad. Sin embargo, los crecientes niveles de obesidad y diabetes en gran parte del mundo auguran dificultades cada vez mayores para seguir reduciendo las graves consecuencias de las enfermedades cardiovasculares.

59. **Diabetes.** La diabetes aparece cuando el cuerpo no produce insulina para procesar la glucosa (tipo 1) o no puede utilizar eficazmente la insulina que produce (tipo 2). Si no se trata, provoca un alto nivel de glucosa en la sangre que, con el tiempo, daña los sistemas circulatorio y nervioso. En 2004, 220 millones de personas padecían diabetes y 1,1 millón de personas murieron directa o indirectamente a causa de la enfermedad. Sin embargo, hasta 2,9 millones de defunciones pueden ser atribuidas directa o indirectamente a la diabetes y sus complicaciones, como las cardiopatías y la insuficiencia renal. Si no realizan pruebas de detección adecuadas, la diabetes muy a menudo no se detecta hasta que ha dañado sistemas clave del cuerpo. Una vez detectada, la diabetes y sus complicaciones requieren un tratamiento a largo plazo y un manejo continuado, que incluyen cambios en la alimentación y los modos de vida. La creciente incidencia de la enfermedad a nivel mundial está asociada a la prevalencia cada vez mayor de la obesidad, sobre todo en los países de ingresos altos y medios.

60. **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cánceres relacionados con el tabaquismo.** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una enfermedad pulmonar potencialmente mortal que impide respirar con normalidad. En 2004, provocó 3 millones de defunciones, el 90% de las cuales se produjeron en países de ingresos bajos y medios, y afectaron a hombres y mujeres por igual. La principal causa de esta enfermedad es la inhalación de humo, bien a causa del consumo de tabaco o del empleo de fogones interiores, por lo que se puede prevenir reduciendo el consumo de tabaco y subvencionando el uso de combustibles menos contaminantes para cocinar para los pobres. Lo mismo se aplica a todos los tipos de cánceres más relacionados con el tabaquismo, como los de tráquea, bronquios, pulmón, boca y orofaringe. A ellos correspondió en 2004 el 29% de todas las defunciones por cáncer, y el 34% de las registradas en Asia, sin contar Asia occidental. El consumo de tabaco es una importante causa de sobremortalidad masculina. A nivel mundial, el 80% de los fumadores son hombres, que viven en su mayoría en países en desarrollo.

61. **Cánceres del aparato reproductor.** Los cánceres de mama, cervicouterino y de ovario representaron el 18% de todos los nuevos casos de neoplasia registrados en 2004 y el 13% de las defunciones por cáncer. El cáncer de próstata representó el 5% de los nuevos casos de cáncer y el 4% de todas las defunciones por cáncer. Estos tipos de cáncer son las neoplasias más comunes en África, donde provocaron el 45% de las muertes por cáncer entre las mujeres y el 21% entre los hombres. A nivel mundial, el cáncer de mama es el segundo tipo de cáncer más común: todos los años se dan 1,1 millones de casos nuevos y mueren 520.000 personas, casi todas ellas de mujeres. El diagnóstico precoz del cáncer de mama, que requiere la realización de mamografías a las mujeres de 50 a 74 años, mejora el pronóstico. El cáncer cervicouterino es el segundo tipo de cáncer más común entre las mujeres; todos los años hay unos 500.000 casos nuevos y se registran 250.000 defunciones. Más de 4 de cada 5 casos de cáncer cervicouterino se dan en países de ingresos bajos, y este es el cáncer más común en África y Asia meridional. La mortalidad por este tipo de cáncer es también más elevada en los países en desarrollo, sobre todo porque estos no suelen contar con mecanismos eficaces de detección de la enfermedad. El cáncer

cervicouterino está provocado por el papilomavirus humano, para el cual ya existe una vacuna. Algunos países han puesto en marcha programas de vacunación, pero es demasiado temprano para evaluar su eficacia. Entre los hombres, el cáncer de próstata es el principal cáncer del aparato reproductor, y aparece a edades avanzadas; la mayoría de las defunciones por este cáncer se producen después de los 70 años. Se trata de un cáncer que evoluciona lentamente, por lo que ya no se recomienda realizar pruebas sistemáticas de detección.

62. Otros tipos de cáncer. En 2004, el 64% de los casos de cáncer guardó relación con órganos distintos de los pulmones o los del aparato reproductor. Los factores de riesgo de estos otros cánceres varían. El sobrepeso y la obesidad están asociados con diversos tipos, como los de esófago, mama, endometrio, riñón y colorrectal. El consumo en grandes cantidades de conservas de carne o carne roja está asociado con un aumento del riesgo de cáncer colorrectal. La composición de la dieta es importante, ya que las frutas y las hortalizas parecen tener un efecto protector, y reducen el riesgo de desarrollar cáncer de la boca, de esófago, de estómago y colorrectal. Por otra parte, se ha observado que el consumo elevado de bebidas alcohólicas aumenta el riesgo de cáncer de la cavidad bucal, faringe, laringe, esófago, hígado y mama. También se ha observado que el ejercicio reduce el riesgo de cáncer colorrectal. Algunos agentes infecciosos o parasitarios están relacionados con el cáncer: las hepatitis virales tipo B y C provocan cáncer de hígado; la bacteria *Helicobacter pylori* aumenta el riesgo de cáncer de estómago; la esquistosomiasis aumenta el riesgo de cáncer de vejiga, y la distomatosis hepática incrementa el riesgo de cáncer de las vías biliares. La exposición a radiaciones ionizantes puede dar origen a algunos tipos de cáncer, y la excesiva radiación ultravioleta solar aumenta el riesgo de todos los tipos de cáncer de piel. La identificación de los distintos factores de riesgo sirve de base para las intervenciones destinadas a reducir la prevalencia de esas enfermedades en la población. Controlar el peso y evitar engordar en la edad adulta reduciendo el aporte calórico y aumentando la actividad física protege contra el cáncer. Otras medidas que pueden reducir la incidencia del cáncer son el fomento de una alimentación más sana y del ejercicio; la vacunación contra la hepatitis B; el aumento de la concienciación sobre los peligros de una exposición excesiva al sol, y la aplicación de impuestos a las bebidas alcohólicas para reducir su consumo.

63. Trastornos neuropsiquiátricos. A nivel mundial, los trastornos neuropsiquiátricos representan el 13% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad y la depresión es responsable de una tercera parte de sus efectos. Pese a ser una importante causa de discapacidad, los trastornos mentales no reciben la atención que merecen, sobre todo en los países de ingresos medios y bajos. El estigma a menudo asociado a ellos hace que las personas afectadas no soliciten tratamiento, y los médicos de familia no suelen estar suficientemente capacitados para reconocer y manejar los trastornos mentales de leves a moderados. Hoy en día existen medicamentos eficaces para toda una gama de trastornos mentales, y las psicoterapias centradas en los síntomas, como la cognitivo-conductual, ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de algunos trastornos. Para garantizar que los sistemas de salud no dejen de lado los trastornos mentales, las autoridades sanitarias deberían desarrollar una política de salud mental; integrar los tratamientos de salud mental en la atención primaria; prever fondos para el desarrollo de la fuerza de trabajo y la adquisición de medicamentos esenciales, y proporcionar formación en salud mental a los proveedores de atención primaria.

X. Prevención de traumatismos

64. Los traumatismos intencionales y no intencionales provocan más de 5 millones de muertes cada año y varios millones de discapacidades temporales o permanentes que requieren hospitalizaciones, visitas a servicios de urgencia y uso de otros servicios de salud. La morbilidad y mortalidad derivadas de traumatismos no intencionales y de la violencia constituyen problemas de salud pública para todas las poblaciones del mundo, pero su prevalencia y consecuencias afectan de forma desproporcionada a los países en desarrollo donde las condiciones de vida y trabajo peligrosas son moneda corriente. En 2004, el riesgo de morir de resultados de un traumatismo no intencional era casi dos veces mayor en los países de ingresos bajos y medios que en los de ingresos altos. Los varones jóvenes están especialmente expuestos a sufrir traumatismos no intencionales o violencia. En 2004, ocho de las 14 causas principales de mortalidad entre los hombres de 15 a 29 años estaban relacionadas con traumatismos, como accidentes de tráfico, homicidios y suicidios.

65. De los 5,8 millones de defunciones debidas a traumatismos en 2004, los accidentes de tráfico causaron 1,3 millones. El consumo de alcohol es un factor que contribuye de manera importante tanto a los traumatismos no intencionales como a la violencia. Provoca 1,8 millones de defunciones al año, el 32% de las cuales se deben a traumatismos no intencionales, muchos de ellos relacionados con accidentes de circulación. En 2004, la OMS formuló recomendaciones sobre medidas para reducir los accidentes de tráfico en el *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito*. Se insta a los gobiernos a que adopten leyes amplias para proteger a los usuarios de las vías de tránsito, incluidos los peatones, estableciendo límites de velocidad y alcoholemia adecuados, y exigiendo el uso de los debidos mecanismos de protección, como cascos, cinturones de seguridad y sistemas de retención para niños.

66. Los traumatismos no intencionales distintos de los accidentes de tráfico, como envenenamientos, ahogamientos, incendios y caídas, provocaron 2,6 millones de muertes en 2004. Para prevenir los traumatismos en los niños, se recomienda el uso de envases resistentes a ellos, que impidan los envenenamientos, y la instalación de vallas alrededor de las piscinas para evitar que se ahoguen. También se recomienda eliminar del hogar lo que pueda entrañar peligro de caídas, en particular de niños y ancianos.

67. La reducción de los traumatismos y muertes causados por la violencia requiere adoptar estrategias multisectoriales y culturalmente adecuadas. Los programas destinados a restringir el acceso a métodos comunes de suicidio y violencia interpersonal, como pistolas, contribuyen a que disminuya la mortalidad derivada de traumatismos intencionales. Los programas educativos escolares para aumentar la autoestima, controlar la ira y aprender a resolver conflictos adecuadamente pueden prevenir la violencia entre los jóvenes, en particular entre las parejas. También es fundamental tratar a las personas que sufren depresión y otros trastornos mentales y crear centros de crisis que puedan ofrecer apoyo inmediato a las víctimas o víctimas potenciales de suicidio o violencia.

XI. Conclusiones y recomendaciones

68. El descenso mundial de la mortalidad que tuvo lugar en la mayoría de los países en el siglo XX ha hecho que la esperanza de vida se sitúe en 69 años o más en todas las regiones del mundo, salvo en África, y que la mortalidad se desplace de las personas más jóvenes a las de edad más avanzada. Esa transición se debe al control y el tratamiento eficaces de las principales enfermedades transmisibles, gracias a los cuales éstas representan en el mundo entero, salvo en África, una proporción de pequeña a moderada de todas las defunciones (un 27% o menos). Asimismo, la proporción de la carga de morbilidad que corresponde a las enfermedades transmisibles en los países de ingresos medios es baja, de un 22%, y de tan sólo un 6% en los países de ingresos altos.

69. La disminución de la carga de morbilidad atribuible a las enfermedades transmisibles se ha acompañado de un aumento de la carga asociada a las enfermedades no transmisibles, la mayoría de las cuales son crónicas y requieren tratamiento a largo plazo. Entre estas últimas, los trastornos neuropsiquiátricos y las enfermedades cardiovasculares, sobre todo los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares, representan una proporción importante de la carga de morbilidad en los países de ingresos altos y medios. Los cánceres, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes contribuyen también en gran medida a la carga de morbilidad en esos países.

70. En el África Subsahariana, la transición a una mortalidad baja no había progresado tan rápido como en otras regiones en 1980, y en algunos países del continente la aparición de la epidemia de VIH/SIDA enlenteció e incluso revirtió los avances logrados en decenios anteriores. Pese a los grandes progresos hechos en la reducción de la propagación del VIH y en el tratamiento de las personas afectadas, siguen registrándose todos los años 2,7 millones de casos nuevos de la enfermedad y, para quienes reciben tratamiento, la infección por VIH se ha convertido en una afección crónica que debe ser tratada a largo plazo. En los países de ingresos bajos, entre los que figuran la mayoría de los del África Subsahariana y la India, el 57% de la carga de morbilidad se atribuye a enfermedades transmisibles, como el VIH/SIDA y las afecciones maternas y perinatales, y otro 33% corresponde a enfermedades no transmisibles. Así pues, los países de ingresos bajos se ven enfrentados al doble desafío de prevenir la propagación de enfermedades transmisibles y tratar a los afectados por ellas y de afrontar la creciente prevalencia de las enfermedad crónicas no trasmisibles.

71. En todos los países, los sectores más pobres de la población son más vulnerables a las enfermedades y cuentan con menos recursos para prevenirlas o tratarlas. Sin embargo, el gasto sanitario suele favorecer a los ricos. Por lo tanto, todos los países se hallan ante el reto de reducir las inequidades en el acceso a la asistencia sanitaria y de establecer mecanismos de financiación que garanticen una cobertura universal basada en la distribución de los riesgos, para evitar que las enfermedades conduzcan a la pobreza.

72. Una estrategia clave para afrontar esos múltiples desafíos es robustecer los sistemas de salud, de manera que puedan prestar los servicios que necesitan las comunidades, no sólo de atención curativa y tratamiento de las afecciones

agudas, sino también de atención preventiva, promoción de la salud y manejo de las afecciones crónicas a largo plazo. El enfoque de la atención primaria de salud integral ofrece un marco flexible para alcanzar esos objetivos. Para ser integral, la atención primaria debe englobar la atención basada en las personas y la basada en la población, y combinar el enfoque clínico con la epidemiología, la medicina preventiva y la promoción de la salud. La atención primaria ha de ser la base de un sistema de salud distrital, que tenga capacidad para tratar la mayoría de los casos y cuente con un apoyo adecuado por parte de los centros de atención secundaria y terciaria para el envío de casos. Asimismo, debe velar por que se aplique un enfoque holístico al mantenimiento de la salud, la prevención de enfermedades y el manejo de las afecciones crónicas mediante una práctica interdisciplinaria y la continuidad de la atención.

73. El enfoque de la atención primaria de salud integral resulta eficaz en función de los costos, pero sólo se puede desarrollar mediante un esfuerzo sostenido a medio plazo y orientado a objetivos precisos. Por esa razón, las necesidades apremiantes han sido atendidas en su mayoría con programas verticales centrados en enfermedades concretas, en detrimento de un enfoque integral. Las necesidades apremiantes son una realidad, de ahí que los planificadores de la salud y los donantes tengan que encontrar medios novedosos de integrar sus intervenciones en los centros de atención primaria o, cuando sea oportuno aplicar programas verticales, de velar por que esos programas no afecten negativamente a las iniciativas de refuerzo de la atención primaria. En los países que dependen de los fondos de los donantes para aumentar los presupuestos para salud, la continuidad de la financiación es necesaria para sostener los esfuerzos encaminados a establecer un sistema de atención primaria de salud integral.

74. Un elemento crucial para robustecer los sistemas de salud es contar con la fuerza de trabajo necesaria. La escasez de profesionales sanitarios es grave en muchos países de ingresos bajos, pero también se hace sentir en los de ingresos altos, debido al aumento de la carga de las enfermedades crónicas entre unas poblaciones que envejecen. Así pues, es preciso adoptar medidas concertadas a nivel nacional e internacional para formar a una cantidad suficiente de agentes de salud, velando por que esa formación permita contar con las diversas aptitudes profesionales necesarias y esté orientada a los entornos en que se precisa personal de salud. También hay que establecer incentivos para que los profesionales sanitarios acepten empleos y permanezcan en zonas subatendidas, sobre todo en las zonas rurales de los países en desarrollo. La financiación de los donantes puede ayudar a los gobiernos de los países de ingresos bajos a aplicar planes nacionales de retención y formación de personal de salud. Los países de ingresos altos deberían seguir prácticas de contratación responsables, con objeto de no agravar el problema de la falta de agentes de salud de los países de ingresos bajos.

75. En los países de ingresos bajos, la prioridad actualmente es alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, y las iniciativas al respecto están muy avanzadas. La financiación para toda una serie de intervenciones ha venido creciendo, pero sigue siendo insuficiente. Por otra parte, es preciso ampliar las intervenciones que dan buenos resultados. En el cuerpo del presente informe se han examinado las diversas medidas necesarias. Una intervención que merece ser destacada es el apoyo a los programas de

planificación de la familia en los países menos adelantados. Los fondos asignados por los donantes a esas actividades han disminuido desde mediados de la década de los noventa, y la necesidad de contar con métodos modernos de contracepción es todavía muy grande en los países menos adelantados, donde 1 de cada 4 mujeres de 15 a 49 años casadas o en una unión de hecho no tiene cubierta esa necesidad³⁰. Al evitar embarazos inoportunos o no deseados, la planificación de la familia puede contribuir a reducir la mortalidad materna en un 28% y, al espaciar los nacimientos, puede ayudar a reducir la mortalidad en la niñez. Por cada dólar gastado en planificación de la familia, se pueden ahorrar entre 2 y 6 dólares en intervenciones para lograr otros ODM³¹.

76. La estrategia más eficaz para reducir la creciente carga de las enfermedades crónicas no transmisibles es hacer que disminuya la prevalencia de los factores de riesgo asociados a las enfermedades más comunes. El consumo de tabaco, las dietas malsanas, el sobrepeso y la obesidad, la inactividad física y el consumo excesivo de alcohol contribuyen a aumentar los riesgos de las principales causas de enfermedad crónica. Las políticas nacionales de sectores distintos del de la salud ejercen una influencia notable y a menudo decisiva en la definición de esos factores de riesgo. Así, la mejora de la salud depende de las políticas públicas relacionadas con el comercio, la fiscalidad, la educación, la agricultura, el desarrollo urbano, los alimentos y la producción farmacéutica. Por lo tanto, la acción intersectorial es clave en el proceso de planificación nacional para reducir la carga de las enfermedades transmisibles. La Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2004 ofrece orientación sobre cómo mejorar la alimentación y promover la actividad física. Asimismo, el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco contiene disposiciones relativas a la reducción de la demanda y la oferta de tabaco, y gravar el tabaco es una de las medidas sanitarias más eficaces en función de los costos que pueden tomar los gobiernos. En el plan de acción de la OMS para aplicar la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2008-2013 se indican medidas oportunas para todas las partes interesadas.

77. Los trastornos mentales, especialmente la depresión, son los causantes de una parte considerable de la carga de morbilidad, a pesar de lo cual los tratamientos de salud mental no suelen estar integrados en los sistemas de salud de los países de ingresos medios y bajos. Hoy en día existen medicamentos eficaces para tratar una amplia gama de trastornos mentales. Para asegurarse de que los sistemas de salud no dejan de lado esos trastornos, las autoridades sanitarias deberían establecer una política de salud mental, integrar los tratamientos de salud mental en la atención primaria, prever fondos para el desarrollo de la fuerza de trabajo y la adquisición de medicamentos esenciales y proporcionar formación en salud mental a los proveedores de atención primaria.

³⁰ “What would it take to accelerate fertility decline in the least developed countries?” (División de Población de las Naciones Unidas, Policy Brief, núm. 2009/1).

³¹ Scott Moreland y Sandra Talbird, “Achieving the Millennium Development Goals: the contribution of fulfilling the unmet need for family planning” (Washington, D.C., Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), 2006).

78. Los traumatismos siguen siendo una destacada causa de defunción en todos los grupos de países, pero su carga es mayor en los de ingresos medios. Los accidentes de tráfico representan una quinta parte de todas las muertes debidas a traumatismos y se podrían reducir considerablemente adoptando y aplicando reglamentaciones que fijen límites de velocidad y de alcoholemia adecuados, y exigiendo el uso de mecanismos de protección oportunos, como cascos, cinturones de seguridad y sistemas de retención para niños. También es importante reducir el consumo de alcohol y eliminar las viviendas y las condiciones de trabajo inseguras. Restringir el acceso a métodos comunes de suicidio y violencia interpersonal, como pistolas, es una medida eficaz para que disminuya la mortalidad por traumatismos intencionales.

79. En resumen, si la mortalidad continúa descendiendo en todos los países, la carga de morbilidad se verá todavía más dominada por las enfermedades no transmisibles, la mayoría de las cuales son crónicas y requieren un tratamiento y un manejo a largo plazo. Dado que la muerte es algo inevitable y que por el momento no existen medios para erradicar determinadas enfermedades no transmisibles, el principal objetivo ha de ser retrasar la aparición de las enfermedades. Por fortuna, los gobiernos pueden hacer mucho para alcanzar ese objetivo, sobre todo adoptando medidas para reducir la prevalencia de los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas. La mayoría de esas medidas guardan relación con sectores distintos del de la salud y resultan eficaces en función de los costos. Aplicándolas cuanto antes se ganará tiempo para reforzar los sistemas de salud y garantizar un acceso a la atención más equitativo y eficaz a todas las personas que la necesitan.
