

Esperanza de vida

Principales hallazgos

- La esperanza de vida en los Trópicos se ha incrementado de 22.8 a 64.4 años entre 1950 y 2010.
- La mortalidad infantil en los Trópicos bajó de 161 muertes por cada 1 000 nacidos vivos a 58 durante el mismo periodo. Sin embargo, la tasa en el resto del mundo es de 33 y la tasa de mejora ha sido mayor.
- La esperanza de vida en mujeres en los Trópicos es mayor que para los hombres, y la diferencia se ha incrementado en los últimos 60 años.
- La diferencia en la esperanza de vida entre los Trópicos y el resto del mundo ha bajado a 7.7 años en 2010, en comparación a la brecha de 12.6 años en 1950.
- Entre los principales factores que contribuyen a la mejora en la esperanza de vida y disminución de las tasas de mortalidad infantil y adulta se encuentran:
 - El impacto del crecimiento económico en el ingreso familiar y el poder adquisitivo, especialmente de alimentos.
 - Inversión pública en servicios sociales como educación y salud.
 - Mejora en la infraestructura sanitaria e hidráulica y avances en la tecnología médica.
- Las condiciones ambientales, políticas, culturales, sociales y económicas imperantes en cada país incluyen en la esperanza de vida, junto con la capacidad de implementar y financiar políticas pertinentes.



Numerosas instituciones importantes de todo el mundo han unido esfuerzos para evaluar e informar sobre aspectos cruciales que enfrenta una de las regiones más importantes y de crecimiento más rápido: los Trópicos.

Durante el último medio siglo, los trópicos surgen como una región cada vez más importante. Más del 40% de la población mundial hoy vive en los trópicos y es posible que se acerque a 50% en el 2050. La región genera cerca del 20% de la producción económica global y alberga a alrededor del 80% de la biodiversidad del mundo.

Sin embargo, los recursos para mantener grandes poblaciones y el crecimiento económico imponen

una presión constante. Los problemas prioritarios incluyen los resultados de salud relativamente negativos, con más de mil millones de personas con enfermedades tropicales, niveles inaceptables de mortalidad infantil y esperanza de vida reducida; pobreza extrema; deficientes resultados en educación; degradación ambiental y, en algunos casos, inestabilidad política y económica.

El proyecto

A principios de 2011, doce instituciones líderes decidieron examinar las condiciones de vida en los Trópicos. El grupo se reunió en Singapur a mediados de 2011 para definir

un proyecto y decidir compartir su experiencia para preparar un informe que evalúa un amplio rango de indicadores sociales y económicos.

Este trabajo culminará con la publicación del **Informe sobre el Estado de los Trópicos**, el cual arrojará una luz sobre la importancia crucial de las personas y los problemas del mundo del trópico, a su vez contribuirá a mejorar la vida de las personas de los trópicos y su entorno. Durante el 2012, se publicarán una serie de reportes sobre los indicadores que sustentan el informe, iniciando con este sobre la **Esperanza de vida** en los Trópicos, un indicador clave de salud.

Las doce instituciones inicialmente involucradas en el proyecto son: Escuela Superior Politécnica del Litoral (Ecuador), James Cook University (Australia), Liverpool School of Tropical Medicine (Inglaterra), Mahidol University (Tailandia), Nanyang Technological University (Singapur), National University of Singapore, Organización para Estudios Tropicales (Costa Rica), University of Copenhagen (Dinamarca), University of Hawaii-Manoa (EUA), University of Nairobi (Kenia), University of Papua New Guinea, University of the South Pacific (Fiji). El Instituto Nacional de Pesquisas de Amazônia (Brasil) también se incorporó desde ese entonces.

Antecedentes

Hace más de 2 000 años, Aristóteles describió el mundo como si estuviese dividido en tres zonas: la gélida, la templada y la tórrida. Él creyó que la zona tórrida era demasiado caliente para la población civilizada, y que los humanos solo podían vivir y trabajar productivamente en la zona templada. Aunque la zona tórrida de Aristóteles no estaba definida geográficamente de forma precisa, está claro que aquella región inhabitable era lo que hoy conocemos como los Trópicos.

Otras formas de ver el mundo han variado con el tiempo: el norte/sur era el centro de atención durante la expansión europea temprana; oriente/occidente a medida que se aceleraba esta expansión y se desarrollaban los sistemas políticos y económicos; al percatarnos de las inequidades económicas, sociales y

políticas hubo un interés marcado en la perspectiva de primer/tercer mundo; y tras la Segunda Guerra Mundial, ha sido la dicotomía de países de la OCDE/fuera de la OCDE o en desarrollo/desarrollados.

Cada una de estas perspectivas del mundo generaron visiones temporalmente relevantes, pero también encubrieron la idea fundamental de Aristóteles: su visión lateral del mundo. Puede esperarse que las tres zonas geográficas y climáticas compartan problemas y retos comunes, también que hayan problemas particulares en cada zona. El rango y significancia de los problemas que enfrentan las naciones y los territorios en los Trópicos sugiere que es momento de examinar el mundo utilizando la idea de Aristóteles, al considerar los Trópicos como una región discreta y definir

sus características y problemas.

Con excepción de Europa y la Antártica, todos los continentes se encuentran parcialmente en los Trópicos, y existen 144 naciones y territorios ya sea total o parcialmente en la región tropical¹. Se estima que más del 40% de la población del mundo ya vive en los Trópicos, hasta un 30% en 1950.

Aunque el crecimiento económico anual ha sido de cerca de un punto porcentual más alto que el resto del mundo durante los últimos 30 años, la disparidad entre la población (40% de la población mundial) y la producción económica (20% de la producción económica mundial) significa que, para el Trópico como un todo, las personas son menos acaudaladas en comparación con otras latitudes. Muchas naciones tropicales enfrentan una

exposición relativamente mayor y más inminente a algunos de los problemas cruciales de nuestros días, de forma más notable el impacto del cambio climático en la seguridad humana y alimentaria, tales como el aumento de los niveles marinos, una disminución del rendimiento del cultivo y la extinción de especies vulnerables.

Una proporción importante del 80% estimado de la biodiversidad mundial que existe en los Trópicos también está bajo amenaza y es probable que el cambio climático tenga un mayor impacto en los Trópicos donde muchas especies son sensibles a las temperaturas y no toleran cambios en el clima, tan bien como aquellas especies habituadas a cambios más significativos en condiciones estacionales.

Los trópicos

Los Trópicos se definen comúnmente como la región de la Tierra que rodea el ecuador dentro de las latitudes de los Trópicos de Cáncer y Capricornio a +/- 23.5 grados (ver figura 1). Con sus orígenes en la astronomía, estas latitudes son el límite de donde el Sol alcanza un punto directamente sobre la Tierra al menos una vez durante el año solar, y

son usados para definir los Trópicos en este artículo.

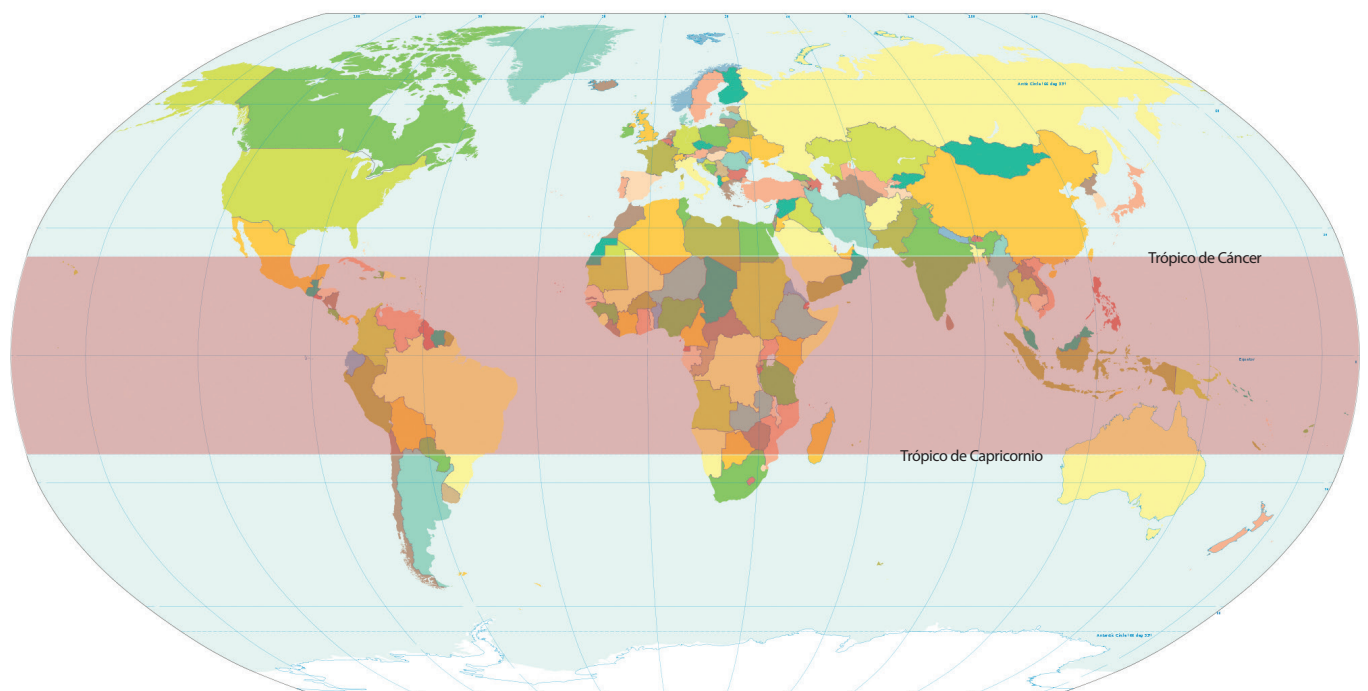
Aunque la topografía y otros factores contribuyen a la variación climática, las regiones tropicales típicamente son cálidas y experimentan pocos cambios estacionales en la temperatura diaria. Una característica importante de los Trópicos es la prevalencia de la

lluvia en las regiones húmedas internas cerca del ecuador, y que la estacionalidad de las lluvias se incrementa con la distancia desde el ecuador².

En la clasificación climática de Köppen-Geiger³ la clasificación climática de los Trópicos está dominada por los climas 'ecuatoriales' y 'áridos', siendo principalmente los climas 'cálido

templado', 'nevado' y 'polar' el equilibrio del mundo. Los climas ecuatoriales tienen una temperatura media para todos los meses por encima de los 18°C (64°F), y las zonas áridas están definidas con referencia tanto a la temperatura como a la lluvia, pero se caracterizan por una falta de agua que inhibe la vida vegetal y animal.

Figura 2: Los trópicos



Esperanza de vida

La esperanza de vida es el número promedio de años que una persona puede esperar vivir dados los patrones de mortalidad existentes, y consideran la pregunta de salud más fundamental: "¿Cuánto espero poder vivir?"

Como un indicador de salud, la esperanza de vida tiene la ventaja clave de ser fácilmente comparable entre los países y las regiones. Como tal, la esperanza de vida, y especialmente al nacer, es uno de los indicadores usados más comúnmente del estado general de salud de una población.

No obstante, debe reconocerse que la esperanza de vida es un indicador de la longitud de la vida más que de la calidad de vida, ya que no considera la carga de afecciones y discapacidad. El desarrollo de indicadores tales como los años de vida adaptados a una

discapacidad y 'esperanza de vida sana' está en progreso, aunque las series cronológicas de datos generalmente aún no están disponibles.

Muchos factores han contribuido a mejorar las cifras de salud y esperanza de vida, y, por algún tiempo, se ha reconocido que los determinantes sociales de la salud desempeñan un papel fundamental⁴. Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, también incluyen aspectos tales como la nutrición, condiciones de salubridad, suministro de agua y condiciones de vida, así como el sistema de salud. Estos factores se configuran según la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel global, nacional y local, los cuales, a su vez, están influenciados por las opciones políticas. Los avances en tecnología médica también han sido importantes, especialmente en los últimos 50 años⁵.

Tendencias

Desde 1950 la brecha de la esperanza de vida entre el mundo y los Trópicos se ha reducido de 6.1 años en el periodo de 1950-1955 a 3.5 años en 2005-2010⁶ (ver figura 2).

Sin embargo, la proporción de población mundial que vive en los Trópicos ha aumentado constantemente de alrededor de 30% en 1950 a 41% en 2010. Es decir que los Trópicos tienen un impacto importante en las cifras globales.

Excluyendo el impacto de los Trópicos en las cifras globales (i.e. comparando la zona tropical con el 'resto del mundo'), la brecha en la esperanza de vida en 1950-1955 era de 12.6 años, bajando a 7.7 en 2005-2010. Esta es una mejora significativa en las cifras de salud en los Trópicos durante los últimos 60 años, aunque la brecha actual de 7.7 años indica que aún persiste un gran déficit de salud en los Trópicos.

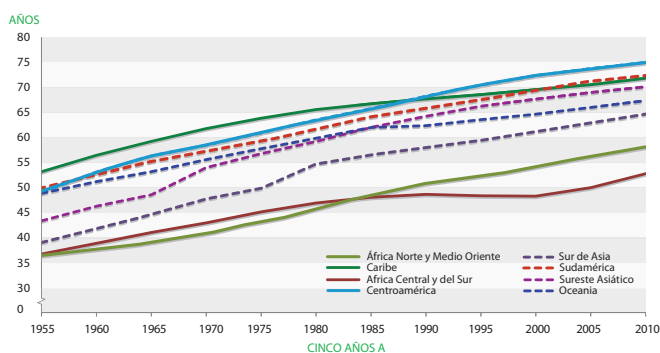
Las mejoras relativamente mayores en la esperanza de vida en los Trópicos refleja un número de factores incluyendo

un punto de partida más bajo. Otros factores son el progreso en los determinantes sociales de la salud que incorporan los sistemas de acceso a agua potable y a instalaciones sanitarias junto con el mejoramiento de la infraestructura de salud pública y la amplia introducción de vacunas. Estos factores contribuyeron al incremento de la esperanza de vida en los Trópicos de un 55% en los años 2005-2010 en comparación al 3% en el resto del mundo.

A diferencia de la decreciente brecha en la esperanza de vida entre los Trópicos del mundo, la brecha entre las diversas regiones de los Trópicos es bastante amplia y ha aumentado de forma general a lo largo de los años (ver figura 3).

Por ejemplo, en 1950-1955 la región del Caribe reportó la esperanza de vida más alta al nacer a 53.3 años y la región de África del Norte y del Medio Oriente la menor con 36.4 años, una brecha de 16.9 años. En 2005-2010 la región Centroamericana reportó la

Figura 3: Esperanza de vida al nacer, regiones tropicales



Fuente: Estimados basados en *World Population Prospects*, de Naciones Unidas, Revisión 2010 y datos del censo

esperanza de vida al nacer mayor con 75 años, y África Central y del Sur la más baja con 52.8 años, una brecha de 22.2 años.

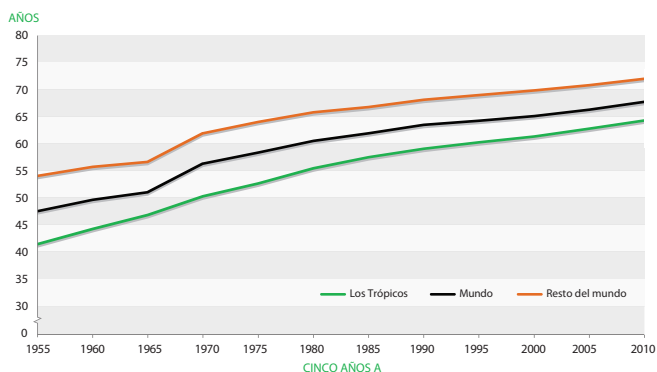
Esta variación refleja la naturaleza heterogénea de las regiones de los Trópicos en términos de la combinación de características ecológicas, económicas, sociales, políticas, históricas y genéticas, así como el hecho de que la salud y, por añadidura, la esperanza de vida se derivan de estas características.

La figura 3 muestra que en 1950-1955 la esperanza de vida en las regiones de África Central y del Sur (36.8 años), África del Norte y el Medio Oriente (36.4 años) y el Sur de Asia (38.9 años) fue menor de 40 años. En 2005-2010 estas regiones aún tienen la menor esperanza de vida en los Trópicos aunque el Sur de Asia ha superado considerablemente las regiones africanas, reportando un incremento en la esperanza de vida de 25.8 años (a 64.7 años) en comparación con el incremento de África Central y del Sur de 16.0 años a 52.8 años.

En 2005-2010 África Central y del Sur así como África del Norte y el Medio Oriente fueron las únicas regiones tropicales en reportar una esperanza de vida de menos de 60 años. El impacto devastador del VIH/SIDA ha sido una significativa contribución a estas cifras negativas, especialmente en África Central y del Sur, donde en los países más afectados el VIH/SIDA provocó más del 60% de las muertes durante el 2002⁷, y representó un descenso de la esperanza de vida al nacer de más de 15 años.

Durante los 60 años hasta el 2005-2010, la región del Sudeste Asiático experimentó el incremento mayor en la esperanza de vida (26.7 años), seguido por Centroamérica (25.9 años), el Sur de Asia (25.8 años) y Suramérica (22.6). Estas cuatro regiones actualmente representan dos tercios de la población en los Trópicos (menos de cerca de tres cuartos en 1950) y las mayores contribuciones a la mejora general en la esperanza de vida en los Trópicos durante los últimos 60 años.

Figura 2: Esperanza de vida al nacer



Fuente: Estimados basados en *World Population Prospects*, de Naciones Unidas, Revisión 2010 y datos del censo

Hombres y mujeres

Las mujeres en los Trópicos tienden a vivir más que los hombres, y esto se refleja en diferencias en la esperanza de vida. En los Trópicos y en todo el mundo, generalmente, esta brecha ha tendido a aumentar en los últimos 60 años, aunque se ha incrementado significativamente más rápido en los Trópicos (ver tabla 1).

En 1950-55 un bebé de sexo femenino que nace en los Trópicos podía esperar vivir 1.3 años adicionales en comparación a un varón (42.3 años comparado con 41). Para 2005-2010 la brecha se incrementó 3.5 años, con un crecimiento del 57% la esperanza de vida al nacer para las mujeres a 66.2 años y para los varones,

un 53% a 62.7 años. En el resto del mundo, la brecha aumentó de 3.5 años en 1950-1955 a 4.6 años en 2005-2010. De manera interesante, en la región del Sur de Asia no fue sino hasta 1980-1985 que la esperanza de vida al nacer en mujeres superó la de los hombres.

En los 60 años hasta 2005-2010 el incremento en la esperanza de vida al nacer para las mujeres en la región del Sur de Asia (a 28.2 años) fue mayor que la de las mujeres en los Trópicos más extensos (24 años), y significativamente mayor que el aumento de 18.5 años para el resto del mundo.

Tabla 1: Brecha en la esperanza de vida al nacer (mujeres menos hombres)

| | 1950-1955 | 1955-1960 | 1965-1970 | 1975-1980 | 1985-1990 | 1995-2000 | 2005-2010 | Cambio en 'Brecha' 1950-1955 a 2005-2010 |
|----------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--|
| Los trópicos | 1.3 | 1.5 | 1.7 | 2.5 | 3.0 | 3.3 | 3.5 | 2.2 |
| África Central y del Sur | 2.8 | 2.8 | 2.9 | 2.9 | 3.0 | 2.4 | 2.0 | -0.8 |
| África del Norte y Medio Oriente | 2.4 | 2.4 | 2.5 | 2.4 | 2.2 | 2.4 | 2.4 | 0 |
| Sur de Asia | -1.5 | -1.6 | -1.3 | -0.2 | 0.3 | 1.7 | 2.9 | 4.4 |
| Sudeste Asiático | 2.0 | 2.4 | 2.7 | 3.6 | 3.8 | 4.0 | 4.1 | 2.1 |
| Caribe | 3.1 | 3.3 | 3.6 | 3.7 | 4.3 | 4.6 | 4.5 | 1.4 |
| Centroamérica | 3.4 | 3.6 | 4.1 | 6.1 | 6.3 | 5.3 | 5.3 | 1.7 |
| Sudamérica | 3.3 | 3.5 | 3.8 | 4.6 | 6.6 | 7.0 | 6.8 | 3.5 |
| Oceanía | 4.0 | 4.1 | 4.2 | 4.6 | 5.5 | 5.0 | 4.6 | 0.6 |
| Resto del mundo | 3.5 | 4.0 | 3.8 | 4.8 | 4.9 | 4.7 | 4.6 | 1.1 |
| Mundo | 2.0 | 2.5 | 2.8 | 3.9 | 4.3 | 4.4 | 4.4 | 2.4 |

Fuente: Estimados basados en World Population Prospects, de Naciones Unidas, Revisión 2010, y datos del censo

Mortalidad infantil

La menor esperanza de vida en los países en desarrollo, incluyendo los Trópicos, se asocia, generalmente, con una mayor carga de morbilidad, que incluye mayores tasas de mortalidad infantil (ver cuadro 1).

Desde 1950-1955 las tasas de mortalidad infantil han disminuido considerablemente. En los Trópicos, la tasa de mortalidad infantil (es decir, muertes por cada nacido vivo) bajó de 161 en 1950-1955 a 58 en 2005-2010, una disminución de 103, o 64% (ver figura 4). En el resto del mundo la tasa bajó de 117 a 33 en el mismo periodo, una disminución de 84, o 72%. En términos absolutos, las mejoras en materia de mortalidad infantil han sido mucho mayores en los Trópicos, reflejando en parte un relativo bajo punto de partida.

Muchos factores contribuyen a menores tasas de mortalidad infantil, aunque pueden agruparse en grandes rasgos a factores asociados con el crecimiento económico y la reducción de la pobreza, así como la expansión de los servicios sociales incluyendo mejores estándares y acceso a

servicios de salud. Un reciente análisis sugiere que en países en desarrollo, el ingreso familiar y el nivel educativo de la madre son factores clave en determinar las tasas de mortalidad en lactantes y niños⁸. El aumento en la tasa de inmunización también es un factor importante, especialmente en el caso del sarampión.

Sin embargo la tasa de mortalidad infantil en los Trópicos como porcentaje del resto del mundo en realidad se incrementó de 138% en 1950-1955 a 177% en 2005-2010. Esto refleja que en los 55 años hasta 2005-2010 la tasa de mortalidad infantil en los Trópicos disminuyó a una tasa promedio de 1.9% anual, comparado con 2.3% anual para el resto del mundo. Es decir, tomando en cuenta los puntos de partida relativos, las mejoras en los servicios de salud y sociales que afectan la mortalidad infantil han sido considerablemente mayores en el resto del mundo. Aunque los cambios absolutos son de interés real para los individuos que se benefician de las mejoras en materia de salud, el aumento en la relatividad sugiere que aún hay un

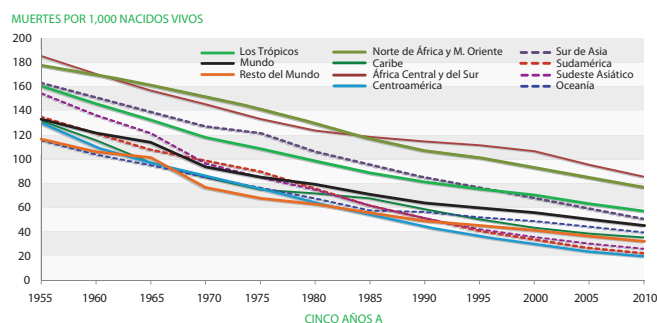
margen considerable susceptible de mejoras en cuanto a las tasas de mortalidad infantil en los Trópicos.

La correlación entre la mortalidad infantil y la esperanza de vida puede observarse en la tabla 2. Como regla general, las regiones que han experimentado disminuciones mayores en la tasa de mortalidad infantil absoluta también reportan grandes mejoras en la esperanza de vida. La excepción es África Central y del Sur donde, a pesar de que las tasas de mortalidad infantil han bajado significativamente, las altas tasas

de mortalidad en la población no infantil, debido en gran parte al VIH/SIDA, han limitado las mejoras en general en la esperanza de vida (ver cuadro 2).

De las 21 naciones para las que el VIH/SIDA representó más del 10% de las muertes en 2008, 17 fueron en la región de África Central y del Sur, con una proporción de muertes mayor al 40% en dos países de esta región⁹. Las duras tasas de mortalidad en estos países fueron sustancialmente más altas que a nivel global.

Figura 4: Tasas de mortalidad infantil



Fuente: Estimados basados en World Population Prospects, Naciones Unidas, Revisión 2010 y datos del censo

Cuadro 1: Impacto de la carga de morbilidad

Las cifras de salud son una mezcla compleja de características ecológicas, económicas, sociales, históricas y genéticas de la población. En los Trópicos la carga de morbilidad es considerablemente más alta, con cifras de salud significativamente mejores en las zonas templadas, incluso después de determinar el nivel de PIB per cápita.

Los Trópicos están sujetos a una mayor carga de morbilidad por muchas razones que interactúan: una ecología física que sostiene un nivel más alto de transmisión de enfermedades infecciosas; mala nutrición como resultado de la baja producción de alimentos; y

Fuente: Sachs J (2000). *Tropical Underdevelopment*. CID Documento de trabajo No. 57.

múltiples factores como la pobreza (analfabetismo, falta de acceso a servicios médicos, sanidad, etc.) Las malas cifras de salud afectan directa e indirectamente el desempeño económico: directamente a través de productividad laboral reducida debido a días laborales perdidos y capacidades físicas y cognitivas reducidas, y también directamente a través de los efectos de altas cargas de morbilidad en las tasas de fertilidad, estructura de la edad poblacional, y tasas de crecimiento de población generales.

Significativamente, muchas enfermedades han resultado difíciles de controlar.

Mortalidad adulta

La carga de morbilidad entre los adultos se está incrementando en muchos países debido al crecimiento de la esperanza de vida (i.e. envejecimiento de la población) y las transiciones de salud asociadas que contribuyen al incremento en la incidencia de enfermedades no transmisibles (ENT). El aumento en el ingreso económico en algunos países también parece estar ampliando la prevalencia de factores de riesgo para ENT tales como hipertensión arterial y obesidad. Fumar también sigue jugando un papel importante en las tasas de ENT en todo el mundo.

Sin embargo, en muchos países en desarrollo, y notablemente en los Trópicos, las enfermedades transmisibles siguen representando una carga de morbilidad significativa. Investigaciones recientes indican que la desigualdad en la mortalidad adulta a lo largo de los países con el mayor y peor desempeño ha incrementado con el tiempo, a diferencia de la mortalidad en lactantes y madres, donde la brecha ha disminuido, y ha mostrado grandes progresos desde 1970¹⁰.

Por cada 1 000 personas, en el resto del mundo, que superen los 15 años entre 2005-2010, se estima que 154 morirán antes de cumplir los 60, en comparación con las 240 en los Trópicos. Apesar del importante déficit que se mantiene en los Trópicos, la

brecha disminuyó ligeramente de 92 entre 1995-2000 a 86 durante 2005-2010 (ver tabla 3). En términos absolutos, la mortalidad adulta en los Trópicos, el resto del mundo así como el mundo en su totalidad descendió prácticamente lo mismo entre 1995-2000 y 2005-2010, a 23, 17 y 20 respectivamente. No obstante, al igual que con la mortalidad infantil, un punto de partida más alto significa que la tasa de descenso ha sido considerablemente más lenta en las regiones tropicales que en el resto del mundo.

En los Trópicos, las tasas de mortalidad adulta son particularmente altas en África Central y del Sur (377 en 2005-2010) y en menor medida en África del Norte y Medio Oriente (270), Oceanía (234) y el Sur de Asia (215).

Hay un amplio rango de factores que influyen las variaciones regionales, con factores como el conflicto armado, la malaria y el VIH contribuyendo a tasas más altas de mortalidad adulta en África Central y del Sur, mientras que en Oceanía las enfermedades cardiovasculares son el principal factor que contribuye a mayores tasas de mortalidad adulta. Cabe destacar que las tasas de mortalidad adulta en Centroamérica son menores que en el resto del mundo.

Tabla 2: Cambio en indicadores seleccionados, 1950-1955 a 2005-2010

| | Esperanza de vida en años | Tasa de Mortalidad Infantil* No. |
|-------------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| Los trópicos | 22.8 | -103 |
| África Central y del Sur | 16.0 | -100 |
| África del Norte y M. Oriente | 21.7 | -100 |
| Sur de Asia | 25.8 | -112 |
| Sudeste Asiático | 26.7 | -128 |
| Caribe | 18.6 | -96 |
| Centroamérica | 25.9 | -110 |
| Sudamérica | 22.6 | -113 |
| Oceanía | 18.5 | -76 |
| Resto del mundo | 17.9 | -84 |
| Mundo | 20.2 | -88 |

Fuente: Estimados basados en *World Population Prospects*, de Naciones Unidas, *Revisión 2010* y datos del censo
* Muertes por 1,000 nacidos vivos

Tabla 3: Tasas de mortalidad adulta*

| | 1995-2000 | 2000-2005 | 2005-2010 |
|-------------------------------|------------|------------|------------|
| Los trópicos | 263 | 255 | 240 |
| África Central y del Sur | 413 | 414 | 377 |
| África del Norte y M. Oriente | 313 | 288 | 270 |
| Sur de Asia | 243 | 228 | 215 |
| Sudeste Asiático | 201 | 185 | 174 |
| Caribe | 199 | 190 | 176 |
| Centroamérica | 147 | 137 | 127 |
| Sudamérica | 188 | 176 | 162 |
| Oceanía | 273 | 253 | 234 |
| Resto del mundo | 171 | 164 | 154 |
| Mundo | 196 | 189 | 176 |

Fuente: Estimados basados en *World Population Prospects*, de Naciones Unidas, *Revisión 2010* y datos del censo
* Muertes de menores de 60 por 1,000 vivos a la edad de 15.

Cuadro 2: Incidencia de VIH

La incidencia global de la tasa de VIH (es decir, el número de nuevas infecciones durante un cierto periodo, usualmente de un año) disminuyeron de forma constante entre 2001 y 2009, bajando a casi 25%. Sin embargo, hubo importantes diferencias regionales. Mientras que la tasa de incidencia bajó significativamente en África Subsahariana y el Sur de Asia, se incrementó en el este de Europa y Asia Central.

Fuente: Naciones Unidas (2011). *The Millennium Development Goals Report 2011*. Naciones Unidas, Nueva York.

En 2009, un estimado de 2.6 millones de personas fueron infectadas con VIH, y 33.3 millones vivían con el virus.

El África Subsahariana sigue siendo la región más altamente afectada, representando un 69% de las nuevas infecciones de VIH, 68% de todas las personas viviendo con VIH y un 72% de las muertes por SIDA.

De cara al futuro

En las últimas dos décadas se han estado construyendo iniciativas globales para abordar la baja esperanza de vida en el mundo en vías de desarrollo. Se han realizado avances en muchas áreas y se incrementa nuestra comprensión sobre los factores que contribuyen a una esperanza de vida más elevada y una mortalidad infantil y adulta menor. Un factor clave que afecta las cifras de salud y esperanza de vida

es el crecimiento económico y su impacto en el ingreso familiar y poder adquisitivo, especialmente para alimentos. La inversión pública en servicios sociales tales como educación y salud también son esenciales, al igual que la mejora en el acceso a agua potable y sanidad. Sin embargo, las condiciones ambientales, políticas, culturales, sociales y económicas dentro de los países determinan el nivel de acceso al que los

distintos grupos de personas tienen a estos recursos. Hay un creciente reconocimiento de que dirigir los esfuerzos de desarrollo a la mejora de la salud de las poblaciones vulnerables beneficia el crecimiento económico, la productividad laboral y reducción de la pobreza, mientras que los problemas de salud persistentes perjudican el desarrollo económico y los esfuerzos por reducir la pobreza¹¹.

Dirigir los esfuerzos a mejorar la salud en los Trópicos asegurará que la inversión alcance a las personas que se encuentran entre las más pobres del mundo, incrementando la esperanza de vida y, de este modo, generando soluciones a la pobreza y mejorando la productividad y salud global.

Notas

1. Se implementó un proceso de dos etapas para evaluar qué países se clasifican como pertenecientes a los Trópicos para fines del reporte; una etapa basada en la población y otra de disponibilidad de datos. Para grandes naciones que se extienden por los Trópicos el análisis y reporte es principalmente para provincias subnacionales sobre todo en los Trópicos. Estos países son Australia, Bangladesh, Brasil, China, India, México, Arabia Saudita y los Estados Unidos. El reporte cubre 109 de las 144 naciones total o parcialmente en los Trópicos. Más información sobre las naciones y regiones incluidas en el reporte está disponible en www.stateofthetropics.org
2. Isaac J. Turton S. (2009). *Expansion of the tropics: Evidence and implications*. Consultado el 5 de marzo de 2012 en: www-public.jcu.edu.au/news/current/JCUPRD_048832.
3. El sistema está basado en el concepto de que la vegetación nativa es la mejor expresión del clima. Las delimitaciones de las zonas climáticas reflejan la distribución de la vegetación y son definidas con referencia a una combinación de temperaturas y precipitaciones promedio anuales y mensuales, así como la precipitación estacional. Los cinco principales grupos climáticos son ecuatorial, árido, cálido, templado, nevado y polar.
4. CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Reporte final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
5. Buró Australiano de Estadística (2004). *Measures of Australia's Progress 2004*. ABS Cat. No. 1370.0, ABS, Canberra.
6. Los datos más antiguos disponibles son para 1950-1955 y es la base para que este sea el punto de partida. Para las naciones que se extienden a ambos lados de la zona tropical, las cifras se basan en los estimados de esperanza de vida nacional y la proporción de la población mundial que vive en los Trópicos. Los modelos de la esperanza de vida específica a los Trópicos para estas naciones resultan en un mínimo ajuste hacia abajo de 0.2 años de la esperanza de vida total en 2005-2010 y un ajuste hacia arriba de 0.1 años en el resto del mundo. En este caso se encuentran el Sur de Asia (-0.5 años en 2005-2010) Sudeste Asiático (-0.3 años), Oceanía (-0.1 años) y Suramérica (+0.2 años).
7. Organización Mundial de la Salud (2004). *Estimated total deaths, by cause and WHO Member State, 2002*. Tabla consultada el 21 de agosto 2012 en: www.who.int/healthinfo/statistics/bodgbddeathdalyestimates.xls.
8. Naciones Unidas (2011). *The Millennium Development Goals Report 2011*. Naciones Unidas, Nueva York.
9. Organización Mundial de la Salud (2011). *Deaths estimates for 2008 by cause for WHO Member States*. Tabla consultada el 10 de noviembre 2011 en: www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_country/en/index.html.
10. Rajaratnam JK, Marcus JR, Levin-Rector A, Chalupka AN, Wang H, Dwyer L, Costa M, Lopez AD, Murray CJL. (2010). *Worldwide mortality in men and women aged 15–59 years from 1970 to 2010: a systematic analysis*. The Lancet. 2010 Abril 30; 375:1704–20.
11. Organización Mundial de la Salud (2001). *Investing in Health: A Summary of the Findings of the Commission on Macroeconomics and Health*.

Foto cortesía de: mothers2mothers, Andrew Topham