

# Esperanza de vida y carga de la enfermedad en las personas mayores de la Región de las Américas





# Esperanza de vida y carga de la enfermedad en las personas mayores de la Región de las Américas

Washington, D.C., 2023



**Década  
del envejecimiento  
saludable**  
en las Américas

**La Década del Envejecimiento Saludable en las Américas**  
**situación y desafíos**

Esperanza de vida y carga de la enfermedad en las personas mayores de la Región de las Américas

ISBN: 978-92-75-32671-8 (PDF)

ISBN: 978-92-75-32672-5 (versión impresa)

© **Organización Panamericana de la Salud, 2023**

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

Cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. Esperanza de vida y carga de la enfermedad en las personas mayores de la Región de las Américas. Washington, DC: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326718>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, diríjase a [sales@paho.org](mailto:sales@paho.org). Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase [www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias](http://www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias).

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

FPL/HL/2023

# Contenidos

<b>Abreviaciones .....</b>	<b>VIII</b>
<b>Agradecimientos .....</b>	<b>IX</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>Esperanza de vida y esperanza de vida sana .....</b>	<b>4</b>
Esperanza de vida y esperanza de vida sana al nacer.....	4
Panorama mundial .....	4
Panorama en la Región de las Américas.....	7
Envejecimiento de la población.....	11
Esperanza de vida y esperanza de vida sana a los 60 años.....	14
Panorama mundial.....	14
Panorama en la Región de las Américas.....	18
<b>Carga de la enfermedad de las personas mayores .....</b>	<b>28</b>
Composición de la carga de la enfermedad .....	30
Carga de la enfermedad de personas mayores en años de vida sana perdidos, años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad.....	34
Carga de la enfermedad en personas mayores por causas específicas de años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad .....	44
<b>Mortalidad de las personas mayores .....</b>	<b>57</b>
Utilidad de la información sobre mortalidad.....	57
Defunciones de las personas mayores.....	58
Tendencia de la tasa de mortalidad de las personas mayores .....	62
Principales causas de muerte .....	68
Situación de las personas mayores durante la pandemia de COVID-19.....	80
Edadismo.....	81
<b>Conclusiones.....</b>	<b>83</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>84</b>
Apéndice 1. Panorama nacional del Brasil.....	92
Apéndice 2. Composición de la carga de enfermedad entre países de la Región ...	94

## Figuras y cuadros

<b>Figura 1.</b> Esperanza de vida y esperanza de vida sana al nacer, por sexo y región de la Organización Mundial de la Salud, 2000 y 2019 .....	7
<b>Figura 2.</b> Región de las Américas: esperanza de vida y esperanza de vida sana al nacer de los hombres, por país, 2000 y 2019.....	9
<b>Figura 3.</b> Región de las Américas: esperanza de vida y esperanza de vida sana al nacer de las mujeres, por país, 2000 y 2019 .....	11
<b>Cuadro 1.</b> América Latina y el Caribe, Estados Unidos de América y Canadá: población de 60 años y más, por sexo, 2000-2060 .....	13
<b>Figura 4.</b> Esperanza de vida y esperanza de vida sana a los 60 años, por sexo y región de la Organización Mundial de la Salud, 2000-2019.....	15
<b>Cuadro 2.</b> Esperanza de vida, esperanza de vida sana y esperanza de vida con mala salud a los 60 años, por sexo y región de la Organización Mundial de la Salud, 2000 y 2019.....	16
<b>Figura 5.</b> Región de las Américas: esperanza de vida y esperanza de vida sana a los 60 años de los hombres, por país, 2000 y 2019 .....	18
<b>Cuadro 3.</b> Región de las Américas: esperanza de vida, esperanza de vida sana y esperanza de vida con mala salud a los 60 años de los hombres, por país, 2000 y 2019.....	20
<b>Figura 6.</b> Región de las Américas: esperanza de vida y esperanza de vida sana a los 60 años de las mujeres, por país, 2000 y 2019 .....	22
<b>Cuadro 4.</b> Región de las Américas: esperanza de vida, esperanza de vida sana y esperanza de vida con mala salud a los 60 años de las mujeres, por país, 2000 y 2019 .....	23
<b>Figura 7.</b> Región de las Américas: esperanza de vida y esperanza de vida con mala salud a los 60 años de la población, por sexo y país, 2019 .....	25
<b>Figura 8.</b> Región de las Américas y países seleccionados: carga de la enfermedad en años de vida sana perdidos como porcentaje de la carga total en ambos sexos, por grupo de edad, 2000 y 2019.....	31
<b>Figura 9.</b> Región de las Américas y países seleccionados: carga de la enfermedad en años de vida sana perdidos, por grupo de causas y grupo de edad, 2000 y 2019.....	32
<b>Figura 10.</b> Región de las Américas: carga de la enfermedad en años de vida sana perdidos en personas mayores, por grupo de edad y sexo, 2000-2019 .....	34
<b>Cuadro 5.</b> Región de las Américas: años de vida sana perdidos de las personas mayores, por grupo de edad y sexo, 2000 y 2019.....	34
<b>Cuadro 6.</b> Región de las Américas: años de vida sana perdidos, años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad de las personas mayores, por grupo de edad y sexo, 2019 .....	36

<b>Figura 11.</b> Región de las Américas: carga de la enfermedad en años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad en los hombres de 60 a 64 años, por país, 2000 y 2019 .....	37
<b>Figura 12.</b> Región de las Américas: carga de la enfermedad, en años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad, en las mujeres de 60 a 64 años, por país, 2000 y 2019 .....	39
<b>Figura 13.</b> Región de las Américas: años de vida perdidos por muerte prematura de las personas mayores, por grupo de edad y sexo, 2000 y 2019 .....	40
<b>Figura 14.</b> Región de las Américas: años de vida con discapacidad de las personas mayores, por grupo de edad y sexo, 2000 y 2019.....	41
<b>Figura 15.</b> Región de las Américas: principales causas de los años de vida perdidos por muerte prematura de las personas mayores, por sexo, 2000 y 2019 .....	43
<b>Figura 16.</b> Principales causas de los años de vida con discapacidad de las personas mayores de la Región de las Américas, por sexo, 2000 y 2019.....	45
<b>Figura 17.</b> Región de las Américas: principales causas de los años de vida perdidos por muerte prematura de la población mayor masculina, por grupo de edad y país, 2019.....	48
<b>Figura 18.</b> Región de las Américas: principales causas de los años de vida perdidos por muerte prematura de la población mayor femenina, por grupo de edad y país, 2019.....	49
<b>Figura 19.</b> Región de las Américas: principales causas de los años de vida con discapacidad de la población mayor masculina, por grupo de edad y país, 2019 .....	51
<b>Figura 20.</b> Región de las Américas: principales causas de los años de vida con discapacidad de la población mayor femenina, por grupo de edad y país, 2019.....	52
<b>Figura 21.</b> Región de las Américas y países seleccionados: defunciones, por grupo de edad, 2000-2019.....	58
<b>Figura 22.</b> Región de las Américas: defunciones de hombres, por grupo de edad, 2000 y 2019 .....	59
<b>Figura 23.</b> Región de las Américas: defunciones de mujeres, por grupo de edad, 2000 y 2019 .....	60
<b>Cuadro 7.</b> Región de las Américas: defunciones de personas mayores, por grupo de edad y sexo, 2000, 2010 y 2019.....	61
<b>Figura 24.</b> Región de las Américas: tendencias de la tasa de mortalidad de las personas mayores, por grupo de edad y sexo, 2000-2019.....	62
<b>Cuadro 8.</b> Región de las Américas: tasas de mortalidad de las personas mayores, por grupo de edad y sexo, 2000 y 2019.....	63

<b>Figura 25.</b> Región de las Américas: tendencias de la tasa de mortalidad de las personas mayores, por grupo de edad y sexo y por todas las causas y grupo de causa, 2000-2019 .....	64
<b>Figura 26.</b> Región de las Américas: tasa de mortalidad de las personas mayores, por grupo de edad y sexo, 2000 y 2019.....	65
<b>Figura 27.</b> Región de las Américas: principales causas de muerte de las personas mayores, por sexo, 2000 y 2019 .....	67
<b>Figura 28.</b> Región de las Américas: principales causas de muerte de la población masculina de personas mayores, por grupo de edad y país, 2019 .....	70
<b>Figura 29.</b> Región de las Américas: principales causas de muerte de la población femenina de personas mayores, por grupo de edad y país, 2019 .....	71
<b>Cuadro 9.</b> Región de las Américas: exceso de muertes asociadas a la pandemia por COVID-19, por sexo y grupo de edad, 2020 y 2021.....	76
<b>Figura 30.</b> Región de las Américas: exceso de muertes estimadas asociadas a la pandemia de COVID-19, por subregión, grupo de edad y sexo, 2020 y 2021 .....	77
<b>Cuadro A1.</b> Brasil: esperanza de vida y esperanza de vida sana de la población de 60 años, por estados, 2013 y 2019.....	91
<b>Figura A2.1.</b> Región de las Américas: carga de la enfermedad, en años de vida perdidos por muerte prematura, de los hombres, por grupo de edad y país, 2000 y 2019 ..	93
<b>Figura A2.2.</b> Región de las Américas: carga de enfermedad, en años de vida con discapacidad, de los hombres, por grupo de edad, 2000 y 2019.....	94
<b>Figura A2.3.</b> Región de las Américas: carga de enfermedad, en años de vida perdidos por muerte prematura, de las mujeres, por grupo de edad, 2000 y 2019.....	95
<b>Figura A2.4.</b> Región de las Américas: carga de enfermedad, en años de vida con discapacidad, de las mujeres, por grupo de edad, 2000 y 2019 .....	96
<b>Figura A2.5.</b> Región de las Américas: carga de la enfermedad, en años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad, de los hombres de 65 a 69 años, por país, 2000 y 2019.....	97
<b>Figura A2.6.</b> Región de las Américas: carga de la enfermedad, en años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad, de los hombres de 70 a 74 años, por país, 2000 y 2019 .....	98
<b>Figura A2.7.</b> Región de las Américas: carga de la enfermedad, de años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad, de los hombres de 75 a 79 años, por país, 2000 y 2019 .....	99
<b>Figura A2.8.</b> Región de las Américas: carga de la enfermedad, en años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad, de los hombres de 80 a 84 años, por país, 2000 y 2019 .....	100



<b>Figura A2.9.</b> Región de las Américas: carga de la enfermedad, en años perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad, de los hombres de 85 años y más, por país, 2000 y 2019 .....	101
<b>Figura A2.10.</b> Región de las Américas: carga de la enfermedad, en años perdido por muerte prematura y años de vida con discapacidad, de las mujeres de 65 a 69 años, por país, 2000 y 2019 .....	102
<b>Figura A2.11.</b> Región de las Américas: carga de la enfermedad, en años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad, de las mujeres de 70 a 74 años, por país, 2000 y 2019 .....	103
<b>Figura A2.12.</b> Región de las Américas: carga de la enfermedad, en años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad, de las mujeres de 75 a 79 años, por país, 2000 y 2019 .....	104
<b>Figura A2.13.</b> Región de las Américas: carga de la enfermedad, en años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad, de las mujeres de 80 a 84 años, por país, 2000 y 2019 .....	105
<b>Figura A2.14.</b> Región de las Américas: carga de la enfermedad, en años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad, de las mujeres de 85 años y más, por país, 2000 y 2019 .....	106

## Abreviaciones

AVD: años de vida con discapacidad.

AVISA: años de vida sana perdidos.

AVMP: años de vida perdidos por muerte prematura.

COVID-19: enfermedad por coronavirus.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

## Agradecimientos

Este informe fue elaborado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Su redacción estuvo a cargo de Adrienne Cox, Sebastián García Saisó y Patricia Nilda Soliz del Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud de la OPS.

Esta publicación forma parte de una serie titulada *La Década del Envejecimiento Saludable en las Américas: situación y desafíos* y es fruto de una iniciativa interinstitucional. La serie fue coordinada y editada por Patricia Morsch, Enrique Vega y Pablo Villalobos, bajo la supervisión de Luis Andrés de Francisco Serpa, y Marcos Espinal de la OPS.

El propósito de la serie es ofrecer actualizaciones periódicas sobre los distintos ámbitos de actuación de la Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) en la Región, así como sobre otros aspectos conexos. Se agradece la colaboración de los expertos y expertas de la OPS, del sistema de las Naciones Unidas, del sistema interamericano y del mundo académico que participaron en la iniciativa y formularon observaciones y recomendaciones esenciales para que el proyecto viera la luz.

## Introducción

El envejecimiento poblacional es un reto inmediato para los sistemas de salud en la Región de las Américas. La transición demográfica (1-4) y la transición epidemiológica (5, 6), junto con la globalización, la modernización y los cambios de estilos de vida han aumentado la importancia absoluta y relativa de las enfermedades no transmisibles (7) y el grado de capacidad funcional al envejecer (8). Los avances en las ciencias médicas y la mejoría en las condiciones de vida han contribuido a disminuir sustancialmente las tasas de mortalidad por causas transmisibles, aunque han aumentado las enfermedades no transmisibles y, en realidad, varios países enfrentan una doble carga de enfermedad y la emergencia por el brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19) es un ejemplo de cómo una enfermedad transmisible puede producir efectos y consecuencias muy graves (9) en la salud de la población y en el desempeño de los sistemas de salud. Por lo pronto, en el corto plazo, el envejecimiento de la población significa una mayor carga de la enfermedad y discapacidad, así como la necesidad de cuidados a corto y largo plazo.

No obstante, el envejecimiento debe ser visto como una buena oportunidad para reorientar las políticas públicas y empoderar a las personas mayores y no como una carga para el sistema de salud que aparentemente no tiene solución. En ese sentido, la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030 (10), declarada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre del 2020, es la principal estrategia para lograr y apoyar acciones encaminadas a construir una sociedad para todas las edades. Se basa en orientaciones anteriores, como la Estrategia Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (11), el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (12) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas (13). Esta iniciativa mundial consiste en 10 años de colaboración concertada, catalizadora y sostenida. Las personas mayores son el centro del plan, que aúna los esfuerzos de los Gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, el mundo académico, los medios de comunicación y el sector privado para mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) lidera la agenda concertada de la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030 en las Américas (14). La OPS ha adaptado la marca universal de la Década del Envejecimiento Saludable para su implementación regional.

Un hecho de alta relevancia es la distinción y promoción del envejecimiento saludable (6), entendido como el “proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (8). Este concepto responde a la necesidad de nuevos conceptos, definidos no solo por la presencia o la ausencia de una enfermedad, sino en términos de la repercusión que las afecciones tienen en el funcionamiento y el bienestar de una persona mayor. La capacidad funcional viene determinada por la capacidad intrínseca de una persona (es decir, por la combinación de todas sus capacidades físicas y mentales), por el entorno en el que vive (entendido en su sentido más amplio, incluidos el entorno físico, social y político) y por las interacciones entre ambos.

Es ampliamente reconocido que en las personas mayores las evaluaciones exhaustivas de estos estados de salud predicen considerablemente mejor la supervivencia y otros resultados que la presencia de enfermedades en particular o incluso el grado de comorbilidad (15).

Se espera que, junto al avance de la estrategia de la Década del Envejecimiento Saludable y sus áreas de acción, también se promueva la recolección progresiva de datos, información e indicadores sobre capacidad funcional que permitan mejorar la medición, el seguimiento y la investigación sobre el envejecimiento, además de los indicadores clásicos con los que los países cuentan.

El objetivo de este informe es describir la situación de la salud de las personas mayores en la Región de las Américas, por medio de la presentación de la esperanza de vida, la esperanza de vida sana al nacer y a los 60 años (capítulo segundo), así como de la carga de la enfermedad (capítulo tercero), la tasa de mortalidad del 2000 al 2019 en la Región de las Américas (capítulo cuarto) y el exceso de mortalidad asociado a la COVID-19 en la población de personas mayores del 2020 al 2021 (capítulo quinto). La evidencia presentada podrá contribuir al establecimiento y la modificación de políticas de salud pública que respondan de manera integral a las demandas de la actual generación de personas mayores y la del futuro e iniciar un diálogo para promover la generación de información y la recopilación de indicadores claves sobre el envejecimiento saludable, con enfoque en la capacidad funcional.

Los datos utilizados para la descripción de la esperanza de vida, carga de la enfermedad y patrón de mortalidad provienen de las estimaciones de la OMS para la serie 2000-2019 (16) y no consideran los efectos de la pandemia de COVID-19 que inició en el 2020. Por lo tanto, se presenta un panorama previo a la pandemia y varias de las tendencias y comportamientos en indicadores de salud podrán verse afectados

de manera variable cuando se cuenten con estimaciones que incluyan lo sucedido en el 2020 e incluso en el 2021. Solo para el abordaje del exceso de mortalidad asociado a la COVID-19 (17) se emplean las estimaciones de la OMS que incluyen el período de enero del 2020 a diciembre del 2021 y que también se actualizarán conforme se disponga de información en los países.

## Esperanza de vida y esperanza de vida sana

La esperanza de vida es un indicador clásico del nivel de desarrollo humano. Este indicador resume las experiencias de mortalidad (18) de la población y, de forma indirecta, refleja las condiciones de nutrición, educación y salud en general. La esperanza de vida es el número promedio de años que se espera que viva una persona (19) y se puede calcular para diferentes edades (por ejemplo, al nacer o a los 60 años).

Este indicador reviste gran importancia y, junto la tasa de alfabetización y el producto interno bruto, conforma el índice de desarrollo humano que utiliza el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Lograr una vida larga y saludable es el mejor indicativo del desarrollo social de un país.

La esperanza de vida sana es el número promedio de años que una persona puede esperar vivir con buena salud, es decir, en ausencia de enfermedad, limitaciones de funciones o discapacidad (19). La OMS utiliza ambos indicadores para evaluar los cambios en la salud y el bienestar de las poblaciones.

## Esperanza de vida y esperanza de vida sana al nacer

La esperanza de vida al nacer se define como el número de años que un recién nacido puede esperar vivir si las condiciones de mortalidad de la población en el momento en que nació se mantienen constantes a lo largo de su vida.

### Panorama mundial

La esperanza de vida al nacer mundial aumentó de 66,8 años en el 2000 a 73,3 años en el 2019 para ambos sexos. Las regiones con mayor esperanza de vida en el 2019 fueron Europa, con 78,2 años, y el Pacífico Occidental, con 77,7 años, seguidas por la Región de las Américas, con 77,2 años. Si bien África tuvo la esperanza de vida más baja en el 2019, de 64,5 años, esto es, 8,8 y 13,7 años por debajo de los valores mundial y europeo, respectivamente, fue la región que presentó el mayor cambio absoluto y porcentual (12 años y un 22,5%) respecto al 2000. El valor de la Región de las Américas se incrementó 4 años y cerca de un 5%. La esperanza de vida sana al nacer también aumentó desde el 2000, pero en menor medida que la esperanza de vida. A nivel mundial, una persona podría esperar vivir 73,3 años en el 2019 con una esperanza de vida sana al nacer de 63,7 años, de manera que casi 10 años (13%) de su esperanza de vida viviría con mala salud. De manera similar, en las

Américas, una persona viviría con mala salud 11 años, lo que representa un 14% de su esperanza de vida en el 2019. Sin embargo, este resultado es similar al del 2000, año en que la esperanza de vida sana al nacer representaba un 86% de la esperanza de vida.

En el 2019, la esperanza de vida de las mujeres fue mayor que la de los hombres en todas las regiones (figura 1). El valor mundial en el 2019 fue de 70,9 años en el caso de los hombres y de 75,9 años en el de las mujeres. Teniendo en cuenta la esperanza de vida en el 2019, la Región de las Américas ocupó el tercer lugar entre las regiones del mundo, ya que registró una esperanza de vida de 75,1 años para los hombres y 81,3 años para las mujeres (3,6 años y 4 años más que los valores mundiales, respectivamente). Así pues, la diferencia de la esperanza de vida entre ambos sexos fue de 5,4 años. Europa y el Pacífico Occidental presentaron una diferencia de 6 años entre mujeres y hombres, mientras que las Regiones del Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental registraron una diferencia menor, de 3 años, en el 2019. A nivel mundial, en el 2019 la esperanza de vida sana representó el 88% de la esperanza de vida de los hombres y el 85,5% de la de las mujeres, por lo que un hombre viviría con mala salud 8,3 años, frente a los 7,3 años en el 2000. Las mujeres vivieron más tiempo con mala salud que los hombres tanto en el 2000 (9,7 años) como en el 2019 (11 años). Todas las regiones presentaron un patrón similar. En la Región de las Américas, el porcentaje de vida con mala salud de los hombres fue del 12,1% (8,6 años) y del 13% (9,7 años) en el 2000 y el 2019, respectivamente, y, el de las mujeres, del 14,8% (11,4 años) y del 15,5% (12,3 años) en los mismos años. Independientemente de la edad, las mujeres viven en promedio más años con mala salud que los hombres, en parte debido a su mayor esperanza de vida y su mayor riesgo de experimentar pérdida de la capacidad funcional, especialmente en edades más avanzadas. Esta diferencia por sexo se está ampliando a medida que aumenta la esperanza de vida (20).

De la comparación de los datos analizados cabe destacar:

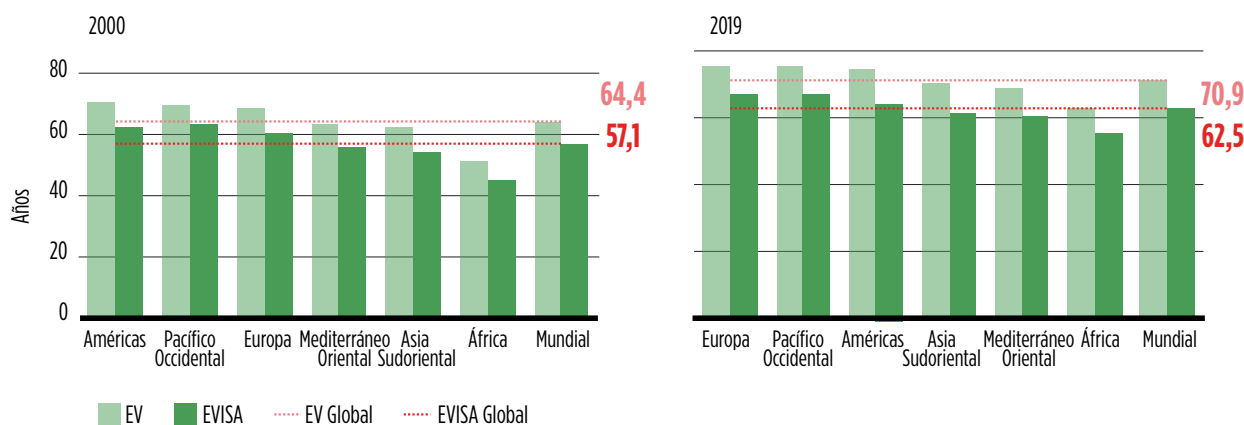
- En la Región de las Américas, la esperanza de vida al nacer de ambos sexos se incrementó en 3 años del 2000 al 2019 (77,2 años), año en el que el valor regional del indicador fue 3,8 años mayor que el valor mundial. Aun así, la Región ocupó el tercer lugar entre las regiones.



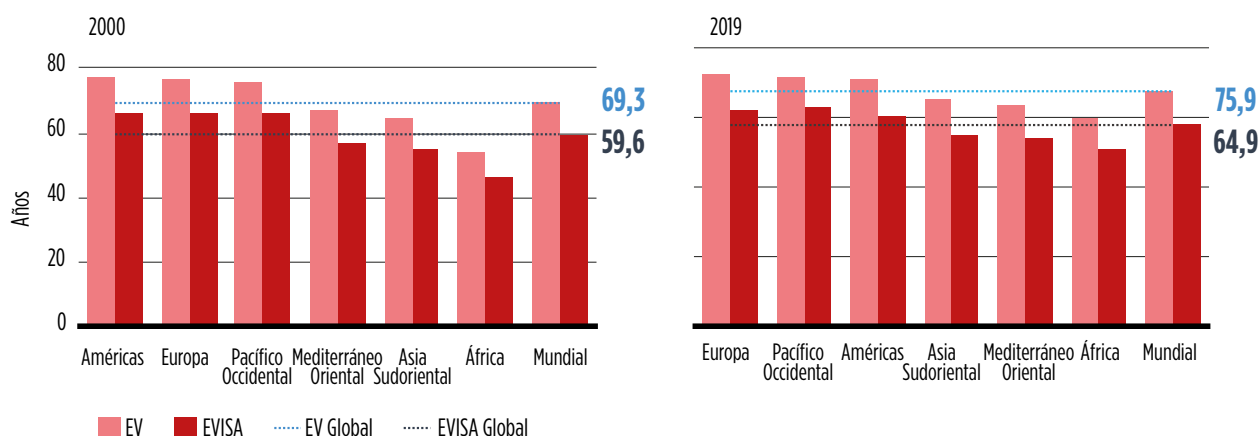
- La diferencia de la esperanza de vida al nacer entre África y la Región de las Américas fue de 21,3 años en el 2000, 14 años menos que la diferencia con la de Europa, región con la esperanza de vida más alta en el 2019.
- En todas las regiones la esperanza de vida de las mujeres fue mayor que la de los hombres, incluso en la Región de las Américas. Las Regiones del Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental son las que presentaron menores diferencias entre sexos en el 2019 (3 y 3,2 años, respectivamente), 2 años por debajo del valor mundial.
- En el 2019, las mujeres y los hombres de la Región de las Américas vivieron el 14,2% de su esperanza de vida con mala salud, en comparación con las otras regiones del mundo, cuyos valores fluctuaron entre el 11,7% y el 14%, mientras que el valor mundial fue del 13,1%.
- En el 2019, la esperanza de vida sana al nacer fue mayor proporcionalmente en la Región del Pacífico Occidental en comparación con las otras regiones tanto en el caso de los hombres (89,6%) como en el de las mujeres (86,8%). En dicha Región, los hombres vivirían con mala salud 7,6 años y las mujeres, 10,6 años, casi 2 años menos que en la Región de las Américas.
- Las mujeres en promedio viven más años con mala salud que los hombres, en parte debido a su mayor esperanza de vida y su mayor riesgo de experimentar pérdida capacidad funcional, especialmente en edades más avanzadas.

**Figura 1.** Esperanza de vida y esperanza de vida sana al nacer, por sexo y región de la Organización Mundial de la Salud, 2000 y 2019

**Mujeres**



**Hombres**



Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/mortality-and-global-health-estimates>.

**Panorama en la Región de las Américas**

**Hombres**

En la Región de las Américas, del 2000 al 2019, la esperanza de vida al nacer de los hombres se incrementó en 3,4 años (casi un 5%). El país con la esperanza de vida más alta en el 2019 fue el Canadá (80,4 años), cuyo valor está 6 años por arriba del valor regional (figura 2) y 18 años por arriba del valor de Guyana. Los cinco países con mayores incrementos porcentuales fueron, en orden, Haití (11,2%, 6, 4 años), Colom-

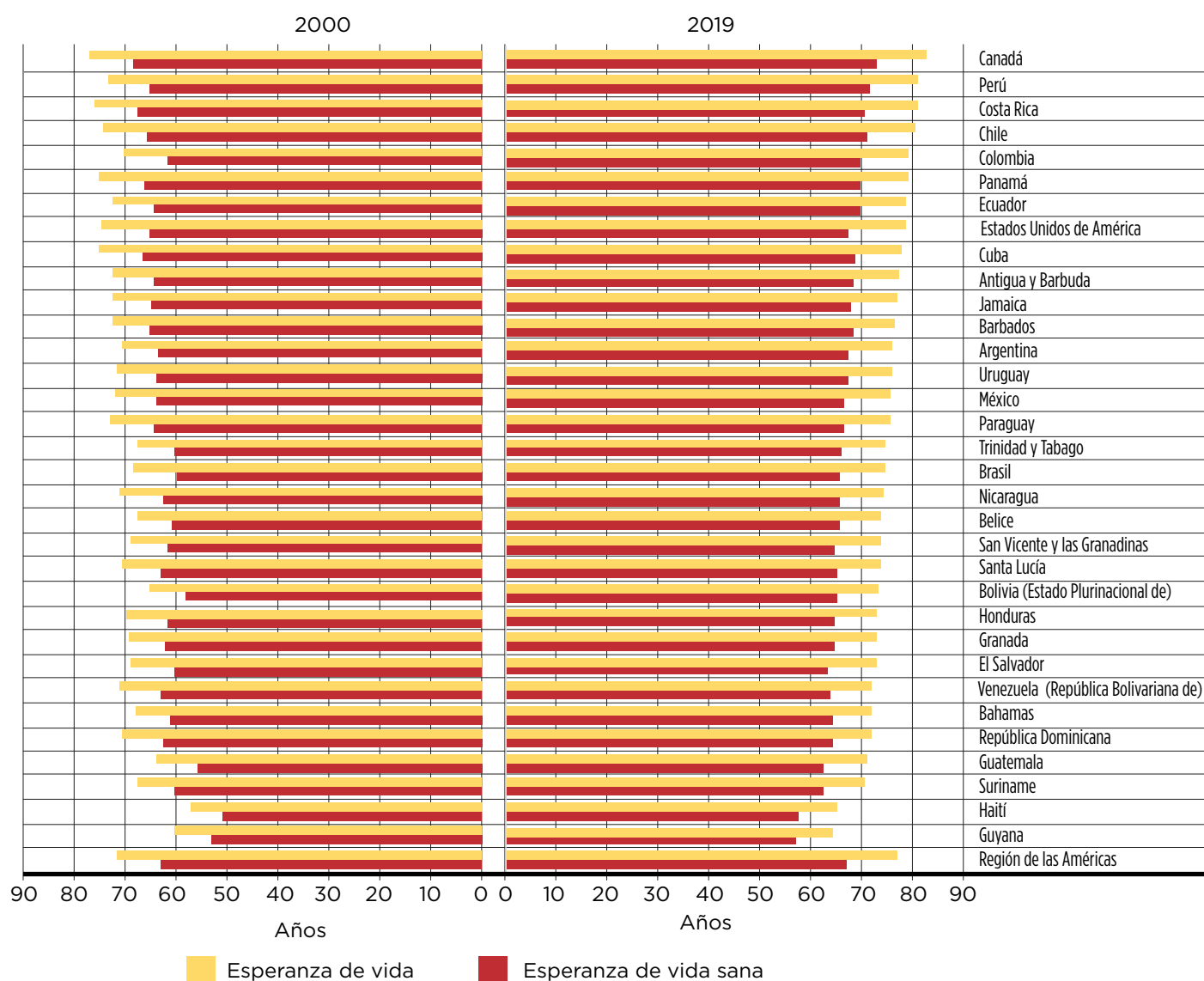
bia (10%, 7 años), el Estado Plurinacional de Bolivia (9,8%, 6,3 años), Guatemala (8,9%, 5,6 años) y Trinidad y Tabago (8,4%, 5,6 años). De los 33 países analizados, en el 2000, 10 tenían una esperanza de vida comprendida entre los 64 y los 69 años y 3, entre los 57 y los 64 años. En cambio, en el 2019, 28 países tenían una esperanza de vida de entre 70 y 79 años. En el 2000, la brecha de esperanza de vida en la Región fue de 19,6 años (Haití con 57 años y el Canadá con 76,5 años).

Se aprecia también un incremento en la esperanza de vida sana al nacer de los hombres que, a nivel regional, del 2000 al 2019, registró un aumento de un 3,7% (2,3 años). El Canadá, el Perú y Chile destacaron por presentar los valores más altos de esperanza de vida sana al nacer tanto en el 2000 como en el 2019. En el 2019, la esperanza de vida sana representó, respecto de la esperanza de vida, entre un 85,5% (55,1 años de 62,5 años en Guyana) y un 89,2% (62,3 años de 69,9 años en las Bahamas). El país con la menor esperanza de vida sana al nacer fue Guyana (55,1 años) y el país con la mayor, el Canadá (70,5 años). En el 2019, los hombres de la Región vivieron en promedio 9,7 años con mala salud, mientras que en los Estados Unidos de América lo hicieron 11,1 años y, en Guyana y Haití, 7,4 años.

La brecha de esperanza de vida sana al nacer en el 2019 fue de 15,4 años (en un extremo se encuentra Guyana, con 55,1 años, y en el otro, el Canadá, con 70,5 años) y, en el 2000, de 17,6 años (50,5 años en Haití y 68,1 años en el Canadá). Del 2000 al 2019, la esperanza de vida sana al nacer de los hombres de la República Bolivariana de Venezuela disminuyó un 1%, mientras que la de los Estados Unidos de América, la República Dominicana y el Paraguay aumentó menos de un 1%.

Cabe señalar el caso particular de Haití, donde, debido a la ocurrencia de un terremoto de gran magnitud en el 2010, de acuerdo con las estimaciones, la esperanza de vida en ese año habría sido cerca de 30 años menor que la del 2000 (57 años) y la esperanza de vida sana, cerca de la mitad que la del 2000 (50,5 años).

**Figura 2.** Región de las Américas: esperanza de vida y esperanza de vida sana al nacer de los hombres, por país, 2000 y 2019



Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/mortality-and-global-health-estimates>.

## Mujeres

La esperanza de vida de las mujeres fue mayor que la de los hombres en todos los países de la Región de las Américas en todo el período del 2000 al 2019. En el 2019 fue 5,4 años más alta que la de los hombres (figura 3). La esperanza de vida se incrementó 2,7 años del 2000 al 2019 (3,6%). En el 2019, los países con mayor esperanza de vida de mujeres fueron el Canadá (84,1 años), Costa Rica (83,4 años), Chile (83,3 años), Panamá (82,1 años) y Colombia (81,9 años). Ese año, 11 países tuvieron una esperanza de vida superior al valor regional de

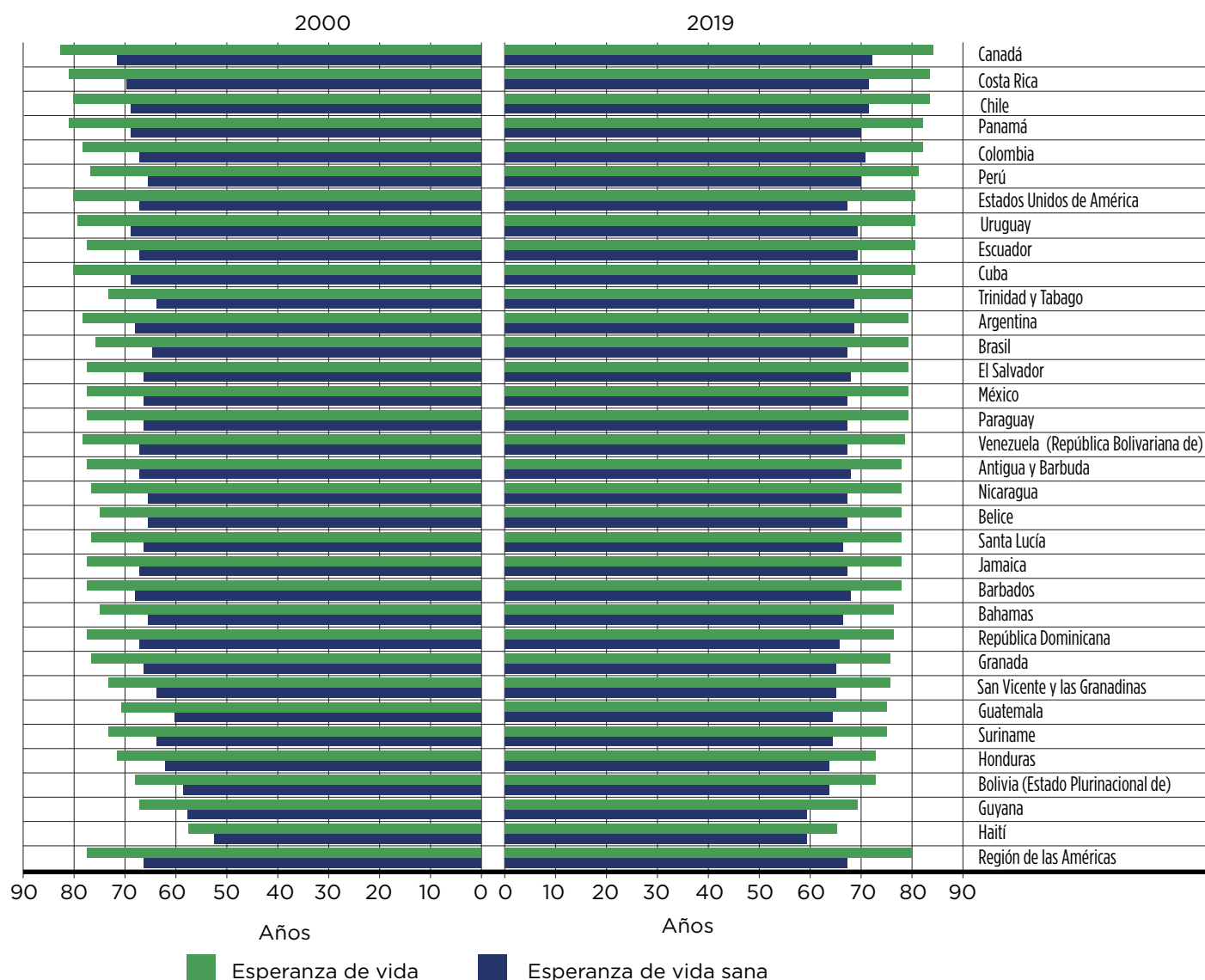
79,8 años. Los países con menor y mayor esperanza de vida fueron, respectivamente, Haití (64,8 años) y el Canadá (84,1 años), lo que arroja una brecha de 20 años. En el 2000, la brecha de la esperanza de vida de las mujeres fue de 24,3 años, también entre los mismos países que en el 2019.

Del 2000 al 2019, la esperanza de vida sana al nacer de las mujeres aumentó 2,7 años (2,7%). En el 2019, la esperanza de vida sana representó, respecto de la esperanza de vida, entre un 83% (55,8 años de 64,8 años en Haití) y un 87,2% (67,7 años de 77,7 años en Barbados). El país con la menor esperanza de vida sana al nacer fue Haití (55,8 años) y el mayor, el Canadá (72 años). En el 2019, las mujeres de la Región vivieron en promedio alrededor de 12,3 años con mala salud, mientras que en los Estados Unidos de América lo hicieron 13,7 años, en Guyana, 9,7 años y en Haití, 9 años.

La brecha de la esperanza de vida sana en el 2019 fue de 16,2 años (Haití registró la menor, 55,8 años, y el Canadá, la mayor, 72 años) y, en el 2000, de 21 años (Haití registró la menor, 49,6 años, y el Canadá, la mayor, 70,6 años). La esperanza de vida sana de Granada y la República Dominicana disminuyó en el 2019 respecto del 2000 (-1,1% y -0,5%, respectivamente) y la de los Estados Unidos de América no presentó cambios.

Al igual que en el caso de los hombres, de acuerdo con las estimaciones, la esperanza de vida de las mujeres en Haití en el 2010 habría sido 21,8 años menor que la del 2000 (57,2 años) y la esperanza de vida sana, 18,4 años menor que la del 2000 (49,6 años). Este es un ejemplo de cómo un evento natural de grandes dimensiones afecta la esperanza de vida y la esperanza de vida sana.

**Figura 3.** Región de las Américas: esperanza de vida y esperanza de vida sana al nacer de las mujeres, por país, 2000 y 2019



*Fuente:* Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/mortality-and-global-health-estimates>.

## Envejecimiento de la población

En todo el mundo, las personas viven más tiempo que antes. Actualmente la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Todos los países del mundo están experimentando un incremento tanto de la cantidad como de la proporción de personas mayores en la población.

En el 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más. En ese momento, el grupo de población de 60 años o más habrá aumentado de 1000 millones en el 2020 a 1.400 millones. En el año 2050, la población mundial de personas de ese grupo de edad se habrá duplicado (2.100 millones). Se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre el 2020 y el 2050, hasta alcanzar los 426 millones de personas.

Este cambio en la distribución de la población de los países hacia edades más avanzadas —lo que se conoce como envejecimiento de la población— empezó en los países de ingresos altos (en el Japón, por ejemplo, el 30% de la población ya tiene más de 60 años), pero los cambios más importantes se están viendo actualmente en los países de ingresos bajos y medianos. En el 2050, dos tercios de la población mundial de más de 60 años vivirá en países de ingresos bajos y medianos (27).

Según las estimaciones y proyecciones de las Naciones Unidas (22), había 42,3 millones de personas de 60 años y más en América Latina y el Caribe en el 2000, que representaban el 8,2% de la población de ambos sexos, el 8,9% de la población masculina y el 7,5% de la femenina (cuadro 1 a). En el 2030, esta población se incrementará a 116 millones, de modo que las personas mayores representarán el 16,6% de la población total de esta subregión (el 18,1% de la población femenina y el 15,1% de la masculina). En el 2060, este porcentaje alcanzará el 30,0% (el 26,9% de la población masculina y el 30,8% de la población femenina) y habrá alrededor de 220 millones de personas mayores.

En cambio, países como el Canadá y los Estados Unidos de América experimentaron el cambio antes que América Latina y el Caribe (cuadro 1 b): en el 2000 el 16% de la población eran personas mayores (el 14,2% y el 18,2% de la población masculina y femenina, respectivamente) frente al 8,2% en América Latina y el Caribe, y en el 2019 esa parte de la población representó el 22,6% del total. Los Estados Unidos de América y el Canadá presentaron un comportamiento similar a países como el Japón.

**Cuadro 1.** América Latina y el Caribe, Estados Unidos de América y Canadá: población de 60 años y más, por sexo, 2000-2060

**A) AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

año	MUJERES		HOMBRES		INDICE DE FEMINIDAD
	en miles de personas	en porcentajes	en miles de personas	en porcentajes	
2000	23 317	8,9	19 030	7,5	122,5
2019	44 501	13,6	36 169	11,4	123,0
2030	64 433	18,1	52 140	15,1	123,6
2060	119 424	30,8	101 085	26,9	118,1

**B) CANADÁ Y ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA**

año	MUJERES		HOMBRES		INDICE DE FEMINIDAD
	en miles de personas	en porcentajes	en miles de personas	en porcentajes	
2000	28 835	18,2	21 916	14,2	131,6
2019	44 813	24,2	38 061	21,0	117,7
2030	54 460	27,6	47 378	24,5	114,9
2060	68 986	31,3	63 830	29,1	108,1

*Fuente:* Elaborado a partir de Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. World Population Prospects. The 2019 Revision. Nueva York: Naciones Unidas; 2019 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/CSV/>.

Como consecuencia de estos cambios en la dinámica demográfica, los factores socioeconómicos y la salud, los países presentan distinta velocidad en el envejecimiento poblacional. Conocer con anticipación este proceso y sus diferentes etapas es esencial para la planificación de programas y políticas públicas sociales, de salud y de financiación, que necesitan tomar en cuenta no solo el número de personas mayores de la población, sino también su tamaño relativo en relación con los otros grupos de edad y la respuesta y la organización de los sistemas de salud.

En este contexto, resulta fundamental medir y analizar la salud de la población de personas mayores por medio de la utilización de indicadores (23) que permitan alcanzar el propósito. Dos indicadores ampliamente usados en el campo de la demografía y salud son la esperanza de vida y la esperanza de vida sana a los 60 años, ya que reflejan el nivel de salud y bienestar que una sociedad puede ofrecer a aquellos que sobreviven hasta convertirse en personas mayores. Es clave resaltar que, dependiendo de la disponibilidad de la información y la construcción de los indicadores, se pueden emplear la esperanza de vida y la esperanza de vida sana a distintas edades, como 65, 80 y 85 años (24, 25), lo que permite conocer mejor a la población de personas mayores.



## Esperanza de vida y esperanza de vida sana a los 60 años

La esperanza de vida a los 60 años es el número promedio de años que una persona de 60 años podría esperar vivir si pasara su vida expuesta a las tasas de mortalidad específicas por sexo y edad prevalecientes en el momento de sus 60 años, durante un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica (24). La esperanza de vida sana a los 60 años es el número promedio de años que una persona de 60 años podría esperar vivir con plena salud según las tasas actuales de mala salud y mortalidad (24). Es importante considerar que la esperanza de vida es un buen indicador del estado de salud de la población, pero la utilización de la esperanza de vida como único indicador general del nivel de salud de la población no proporciona información sobre la calidad de vida en el horizonte de años de vida ni indica si este horizonte se desarrolla con buena salud o, por el contrario, con alguna discapacidad o dependencia. Se puede vivir más, pero ello no significa que la calidad sea mejor. En cambio, la esperanza de vida sana proporciona información sobre la calidad de vida en términos de salud del horizonte de años de vida de las personas. Se considera buena salud la ausencia de enfermedades, limitaciones funcionales o de discapacidad (24). Las enfermedades crónicas, los problemas mentales y la discapacidad física aumentan su prevalencia con la edad y reducen la calidad de vida de las personas que sufren estas condiciones de salud. El uso conjunto de ambos indicadores proporciona una imagen más integral, no solo en función de cantidad de años, sino también en función de calidad de vida.

### Panorama mundial

Del 2000 al 2019, la esperanza de vida de la población de 60 años de ambos sexos se incrementó en 2,3 años a nivel mundial. En la Región de las Américas, pasó de 21,1 años en el 2000 a 22,7 en el 2019, que representa el valor más alto de las regiones del mundo durante el período de 20 años. África fue la región que presentó el mayor cambio porcentual (15,1%) del 2000 al 2019, con un incremento de 2,4 años. No obstante este destacado logro de África, la brecha con la Región de las Américas fue de casi 5 años en el 2019. La Región del Mediterráneo Oriental presentó el menor cambio porcentual y absoluto en la esperanza de vida de la población de 60 años (6,8% y 1,2 años) entre el 2000 y el 2019.

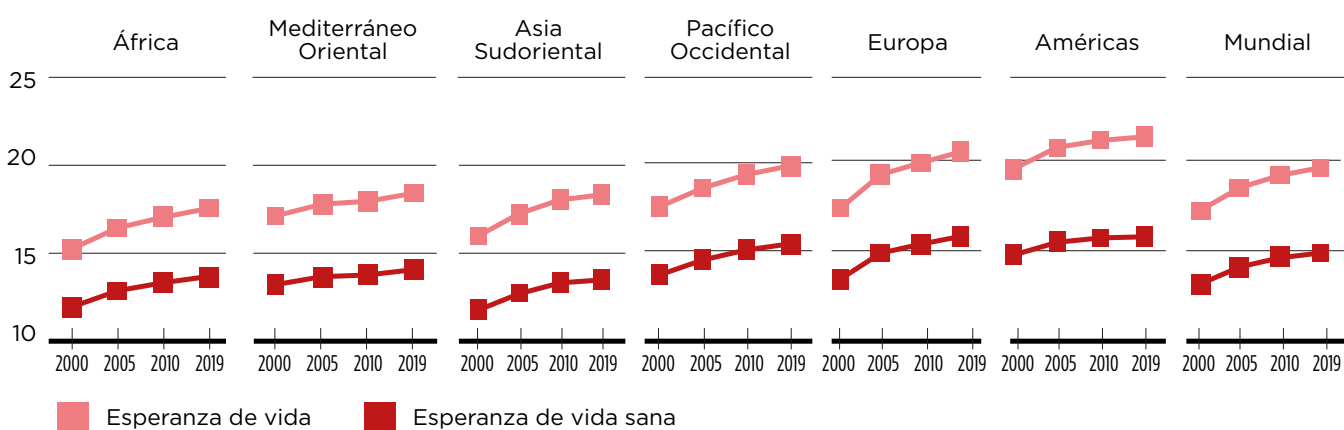
La esperanza de vida sana también aumentó desde el 2000, pero en menor medida que la esperanza de vida. Según los datos del 2019, una persona de 60 años a nivel mundial podría esperar vivir en plena salud

15,8 años (el 74,5% de esperanza de vida). Europa fue la región con mayor esperanza de vida sana, de 17,1 años, casi 2 y 4 años por arriba de los valores mundial y de África, respectivamente. La esperanza de vida sana de la población de 60 años de la Región de las Américas presentó el menor cambio porcentual en comparación con el resto de las regiones del 2000 al 2019 (5,5% y 0,9 años). En la Región, una persona de 60 años viviría con mala salud 6,1 años, lo que representa un 27% de su esperanza de vida en 2019, mientras que, en Europa, el porcentaje de años vividos con mala salud fue del 24%.

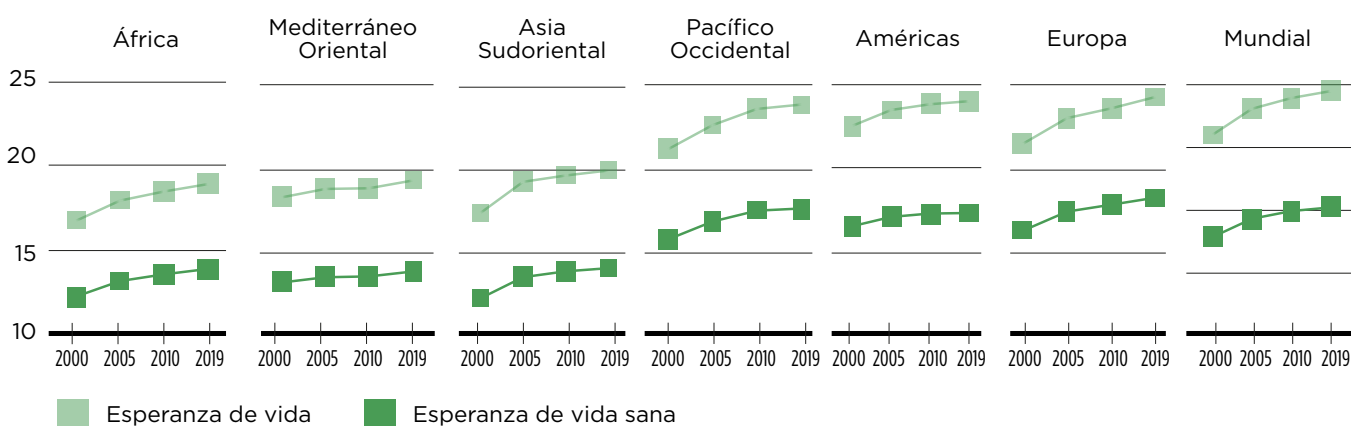
Tanto la esperanza de vida como la esperanza de vida sana de la población de 60 años fue mayor en mujeres que en hombres (figuras 4 y 5) en todo el período de análisis.

**Figura 4.** Esperanza de vida y esperanza de vida sana a los 60 años, por sexo y región de la Organización Mundial de la Salud, 2000-2019

**Hombres**



**Mujeres**



Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/mortality-and-global-health-estimates>.

La esperanza de vida de los hombres a los 60 años a nivel mundial fue de 19,5 años en el 2019 y, en la Región de las Américas, de 21,2 años (cuadro 2). La Región del Mediterráneo Oriental presentó el menor cambio porcentual en comparación con el 2000 (8%) y Europa, el mayor cambio, de casi un 18%. La brecha entre regiones con el valor más bajo y alto fue de 4,5 años. Según los datos del 2019, los hombres de 60 años a nivel mundial podían esperar vivir con buena salud casi 15 años, lo que representa un aumento de un 13% respecto a los valores del 2000. Europa nuevamente presentó el valor más alto de esperanza de vida sana en comparación con el resto de las regiones con casi 3 años más del valor mundial, seguida de la Región de las Américas. A diferencia de la proporción que representa la esperanza de vida sana de la esperanza de vida al nacer, en la población de 60 años su peso es menor y el tiempo vivido con mala salud es mayor. En consecuencia, la población masculina de 60 años vivirá con mala salud casi la cuarta parte de su esperanza de vida, según se desprende de los datos registrados en las distintas regiones del mundo.

**Cuadro 2.** Esperanza de vida, esperanza de vida sana y esperanza de vida con mala salud a los 60 años, por sexo y región de la Organización Mundial de la Salud, 2000 y 2019

	HOMBRES								
	EV A LOS 60 AÑOS		PORCENTAJE DE CAMBIO	Evisa A LOS 60 AÑOS		PORCENTAJE DE CAMBIO	Evisa (%)		PORCENTAJE DE CAMBIO
	2000	2019		2000	2019		2000	2019	
Global	17,2	19,5	13,8	13,1	14,8	13,0	23,6	24,1	2,0
África	14,3	16,7	17,3	10,7	12,6	17,3	24,8	24,8	0,0
América	19,4	21,2	9,1	14,7	15,7	6,8	24,5	26,0	6,4
Asia Sudoriental	15,8	18,2	14,8	11,6	13,3	14,9	26,8	26,7	-0,2
Europa	17,4	20,5	17,9	13,4	15,8	17,6	22,6	22,8	1,0
Mediterráneo Oriental	16,5	17,8	8,0	12,5	13,4	7,0	24,2	24,9	3,0
Pacífico Occidental	17,5	19,8	13,1	13,7	15,4	12,7	21,8	22,0	1,2

	MUJERES								
	EV A LOS 60 AÑOS		PORCENTAJE DE CAMBIO	Evisa A LOS 60 AÑOS		PORCENTAJE DE CAMBIO	Evisa (%)		PORCENTAJE DE CAMBIO
	2000	2019		2000	2019		2000	2019	
Global	20,4	22,7	11,1	15,1	16,6	10,2	26,0	26,6	2,4
África	16,8	19,0	13,0	12,4	13,9	13,4	26,8	26,6	-0,9
América	22,5	24,0	6,5	16,6	17,4	4,7	26,4	27,7	4,6
Asia Sudoriental	17,4	20,0	14,6	12,3	14,1	14,7	29,3	29,3	-0,1
Europa	21,5	24,3	13,0	16,3	18,3	12,1	24,1	24,7	2,5
Mediterráneo Oriental	18,3	19,3	5,5	13,3	13,9	4,9	27,6	28,0	1,4
Pacífico Occidental	21,2	23,9	12,6	15,8	17,7	11,7	25,3	25,9	2,4

Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/mortality-and-global-health-estimates>.

Si bien las mujeres de 60 años tuvieron una esperanza de vida y una esperanza de vida sana mayores que las de los hombres, con brechas de 3,2 años y 1,8 años, respectivamente a nivel global en el 2019, la diferencia porcentual tanto en el caso de la esperanza de vida, como en el de la esperanza de vida sana fue mayor en hombres (cuadro 2). La brecha entre regiones con la esperanza de vida de mujeres de 60 años más baja y más alta fue de 5,3 años (África y Europa) en el 2019. El peso porcentual del tiempo vivido con mala salud en las mujeres es mayor que el de los hombres. Una mujer de 60 años en Asia Sudoriental viviría con mala salud durante una tercera parte (5,9 años) de su esperanza de vida en el 2019, mientras que en la Región de las Américas lo haría 6,6 años (27,7%). Las Regiones del Mediterráneo Oriental y de las Américas registraron las menores diferencias porcentuales de la esperanza de vida y la esperanza de vida sana de hombres y mujeres a los 60 años del 2000 al 2019 en comparación con el resto de las regiones.

De la comparación de los datos analizados cabe destacar:

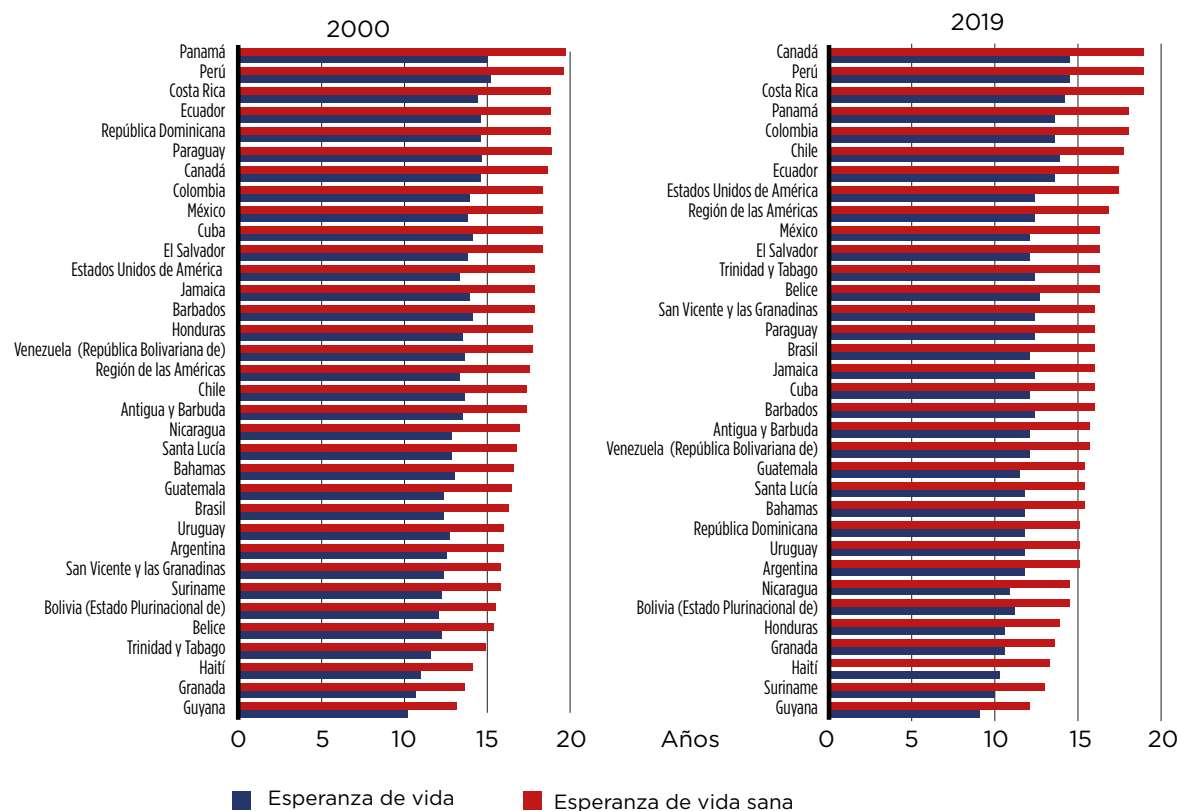
- La esperanza de vida a los 60 años de ambos sexos en la Región de las Américas se incrementó en 1,6 años del 2000 al 2019 (22,7 años), año en el que el valor regional del indicador fue 1,8 años mayor que el valor mundial.
- La brecha entre las regiones con la esperanza de vida de hombres de 60 años más baja y alta fue de 4,5 años (África y Américas).
- En 2019, las mujeres y los hombres de 60 años de la Región de las Américas vivieron el 27,7% y 26%, respectivamente, de su esperanza de vida con mala salud, mientras que en las otras regiones del mundo esos valores fluctuaron entre el 22% y el 26,7% y el 26% y 29,3%.
- Las regiones que registraron la menor diferencia porcentual entre la esperanza de vida y la esperanza de vida sana de hombres y mujeres a los 60 años del 2000 al 2019 fueron en las Regiones del Mediterráneo Oriental y de las Américas.
- Las mujeres de 60 años viven en promedio más años con mala salud que los hombres, en parte debido a su mayor esperanza de vida y su mayor riesgo de experimentar pérdida de la capacidad funcional, especialmente en edades más avanzadas.

## Panorama en la Región de las Américas

### Hombres

En la Región de las Américas la población masculina de 60 años tenía una esperanza de vida de 21,2 años en el 2019, lo que supone un incremento de casi 2 años con relación a la esperanza de vida en el 2000, de 19,4 años. Ocho países superaron el valor regional de 2019 (figura 5). Se sitúan en los cinco primeros lugares: Canadá (23,8 años), Perú (23,7 años), Costa Rica (23,6 años), Panamá (22,6 años) y Colombia (22,5 años). La brecha de la esperanza de vida de los hombres a los 60 años entre los países con la esperanza de vida más baja y alta fue de 7,2 años en el 2000 (Guyana, con 14,6 años, y Panamá, con 21,8 años) y de 8,7 años en el 2019 (Guyana, con 15,1 años, y el Canadá, con 23,8 años). Por otra parte, la esperanza de vida sana a los 60 años aumentó solo un año del 2000 al 2019 a nivel regional. La brecha entre países fue de 5,6 años en el 2000 y de 6,8 años en el 2019. Un patrón importante que considerar es que no necesariamente el orden de países según la esperanza de vida y la esperanza de vida sana a los 60 años es el mismo. Por ejemplo, el Perú tuvo la esperanza de vida sana más alta tanto en el 2000 como en el 2019.

**Figura 5.** Región de las Américas: esperanza de vida y esperanza de vida sana a los 60 años de los hombres, por país, 2000 y 2019



Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/mortality-and-global-health-estimates>.

Los cinco países con mayor cambio de esperanza de vida a los 60 años de los hombres del 2000 al 2019 (cuadro 3) fueron Trinidad y Tabago (24,5%, 4 años), Belice (19,4%, 3,3 años), Chile (16,4%, 3,1 años), el Canadá (16,1%, 3,3 años) y San Vicente y las Granadinas (15,4%, 2,7 años). En el otro extremo, y al contrario de lo que se podía pensar, entre los países con un patrón de disminución del tiempo promedio de vida esperado a los 60 años de los hombres en este período de 20 años figuran Honduras (-10,6%), la República Dominicana (-8,4%), Suriname (-5,9%), Nicaragua (-3,2%), el Paraguay (-2,8) y Cuba (-1,2%).

**Cuadro 3.** Región de las Américas: esperanza de vida, esperanza de vida sana y esperanza de vida con mala salud a los 60 años de los hombres, por país, 2000 y 2019

	EV A LOS 60 AÑOS		PORCENTAJE DE CAMBIO	EVISA A LOS 60 AÑOS		PORCENTAJE DE CAMBIO	EVMSA (%)		PORCENTAJE DE CAMBIO
	2000	2019		2000	2019		2000	2019	
Región de las Américas	19,4	21,2	9,1	14,7	15,7	6,8	24,5	26,0	6,4
Antigua y Barbuda	19,1	19,8	3,6	14,9	15,3	2,7	22,2	22,9	3,1
Argentina	17,6	18,8	7,2	13,9	14,8	6,4	21,0	21,6	2,6
Bahamas	18,3	19,1	4,8	14,4	14,9	3,9	21,3	22,0	3,1
Barbados	19,7	19,9	1,3	15,6	15,7	0,3	20,6	21,4	3,9
Belize	17,0	20,3	19,4	13,6	15,9	17,3	20,4	21,8	6,7
Bolivia (Estado Plurinacional de)	17,2	18,0	4,9	13,3	14,0	4,6	22,4	22,6	1,0
Brasil	18,0	20,1	11,9	13,6	15,2	11,3	24,1	24,4	1,6
Canadá	20,5	23,8	16,1	16,0	18,2	13,7	22,0	23,6	7,3
Chile	19,3	22,4	16,4	15,1	17,3	14,6	21,5	22,7	5,6
Colombia	20,3	22,5	10,8	15,3	17,1	11,4	24,4	24,0	-1,7
Costa Rica	20,8	23,6	13,5	16,0	17,8	11,3	23,0	24,5	6,6
Cuba	20,2	20,0	-1,2	15,6	15,2	-2,8	22,7	23,9	5,2
Ecuador	20,8	22,0	6,2	16,1	17,0	5,3	22,4	23,0	2,9
El Salvador	20,2	20,4	1,2	15,2	15,1	-0,2	24,9	25,9	4,1
Estados Unidos de América	19,8	21,8	10,2	14,7	15,6	5,8	25,5	28,4	11,5
Granada	15,1	17,2	13,5	11,9	13,1	10,7	21,5	23,4	9,0
Guatemala	18,1	19,4	7,2	13,6	14,5	5,9	24,6	25,5	3,5
Guyana	14,6	15,1	3,4	11,2	11,5	2,3	23,3	24,0	3,3
Haití	15,6	16,5	5,8	12,1	12,7	5,2	22,4	22,8	2,1
Honduras	19,6	17,5	-10,6	15,0	13,4	-10,4	23,8	23,6	-0,6
Jamaica	19,7	20,1	1,8	15,5	15,5	0,3	21,7	22,8	5,2
México	20,3	20,5	1,1	15,2	15,3	0,6	25,2	25,6	1,4
Nicaragua	18,6	18,0	-3,2	14,2	13,7	-3,7	23,6	24,0	1,6
Panamá	21,8	22,6	3,4	16,7	17,1	2,5	23,6	24,3	2,9
Paraguay	20,7	20,2	-2,8	16,0	15,4	-3,7	22,6	23,4	3,3
Perú	21,6	23,7	9,3	16,8	18,3	8,5	22,2	22,8	2,7
República Dominicana	20,7	19,0	-8,4	16,1	14,8	-8,2	22,2	22,0	-1,0
San Vicente y las Granadinas	17,5	20,2	15,4	13,6	15,4	13,1	22,0	23,5	7,0
Santa Lucía	18,5	19,2	3,6	14,2	14,7	2,9	23,0	23,5	2,2
Suriname	17,4	16,4	-5,9	13,5	12,6	-6,7	22,3	23,0	3,2
Trinidad y Tabago	16,4	20,4	24,5	12,8	15,6	21,9	22,1	23,7	7,1
Uruguay	17,7	19,0	7,1	14,1	14,9	5,8	20,8	21,7	4,6
Venezuela (República Bolivariana de)	19,6	19,7	0,6	15,0	15,0	0,2	23,4	23,7	1,3

Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/mortality-and-global-health-estimates>.

La diferencia porcentual de la esperanza de vida sana a los 60 años de los hombres del 2000 al 2019 fue menor a la diferencia de la esperanza de vida tanto a nivel regional como de país, excepto en Colombia, que registró una diferencia de un 11,4%. El mayor incremento de la esperanza de vida sana fue nuevamente en Trinidad y Tabago (21,9%), donde los hombres de 60 años vivieron con plena salud 15,6 años en el 2019, 2,6 años menos que el mismo grupo de la población en el Canadá. El patrón de disminución de la esperanza de vida también se aprecia en la esperanza de vida sana para los mismos países, incluido El Salvador (-0,2%).

El porcentaje de tiempo vivido con mala salud en hombres a los 60 años a nivel regional fue de un 24,5% en el 2000 y un 26% en el 2019, lo que significa que los hombres de 60 años vivieron con mala salud la cuarta parte de su esperanza de vida tanto en el 2000 como en el 2019 (4,7 y 5,5 años, respectivamente). De manera general, casi todos los países presentaron en el 2019 un mayor porcentaje de esperanza de vida con mala salud que en el 2000. La Argentina y Barbados registraron un menor porcentaje de esperanza de vida con mala salud en el 2019. A diferencia del valor regional, los hombres de 60 años de ambos países vivieron con mala salud una quinta parte de su esperanza de vida (alrededor de 4 años). En cambio, los Estados Unidos de América presentó el mayor porcentaje de esperanza de vida con mala salud en el 2019. Allí, los hombres de 60 años vivieron con mala salud casi la tercera parte (6,2 años) de su esperanza de vida.

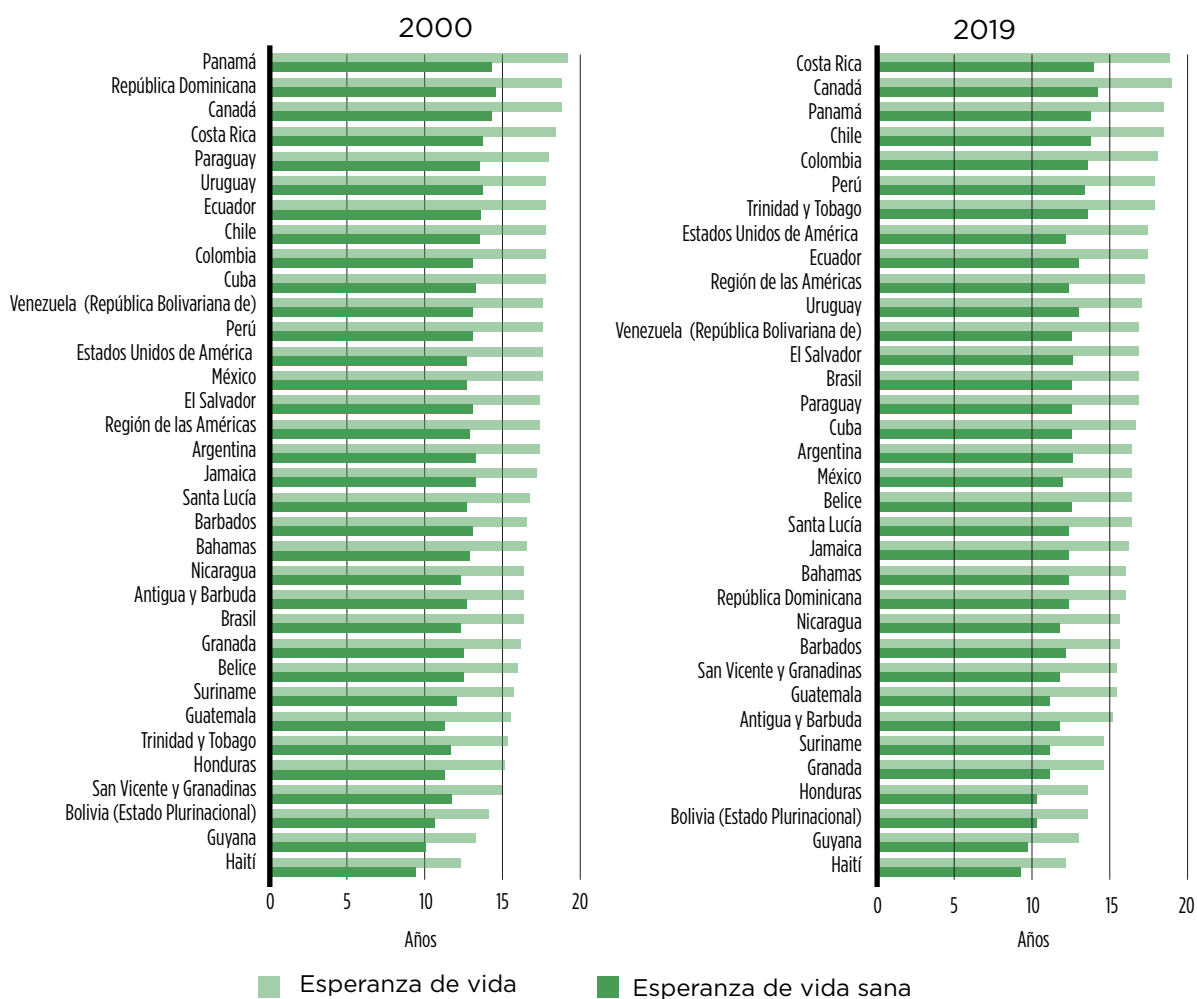
## Mujeres

El tiempo promedio que esperaban vivir las mujeres de 60 años de la Región de las Américas en el 2000 fue de 22,5 años y, en el 2019, de casi 2 años más. Nueve países registraron esperanzas de vida por arriba del valor regional (figura 6), de los cuales los cinco primeros son: Costa Rica (26,4 años), Canadá (26,4 años), Panamá (26 años), Chile (26,9 años) y Colombia (25,3 años), que presentaron valores muy cercanos entre ellos. La brecha entre los países con la menor y la mayor esperanza de vida de las mujeres a los 60 años fue de 9,4 años en el 2019 (Haití, con 17 años, y Costa Rica, con 26,4 años) y de 9 años en el 2000 (Haití, con 15,9 años, y Panamá, con 24,9). Si bien la esperanza de vida de las mujeres de 60 años aumentó en Haití del 2000 al 2019, el tiempo promedio que ese grupo de la población esperaba vivir en ese país continúa siendo menor de 20 años, de modo que se mantiene la diferencia de casi 10 años tanto en el 2000 como en el 2019 con el país con la esperanza de vida a los 60 años más alta.



La esperanza de vida sana de las mujeres a los 60 también se incrementó del 2000 al 2019, pero menos de 1 año a nivel regional. La brecha entre los países con la esperanza de vida sana menor y mayor fue de 6,5 años en el 2000 y de 6,9 años en el 2019. Al igual que en el caso de los hombres, el orden de los países por esperanza de vida y esperanza de vida sana arroja resultados diferentes en cada año del período de análisis. Por ejemplo, la República Dominicana ocupó el primer lugar en esperanza de vida sana en el 2000 (18,7 años), pero descendió hasta debajo del décimo lugar en el 2019 (17,2 años).

**Figura 6.** Región de las Américas: esperanza de vida y esperanza de vida sana a los 60 años de las mujeres, por país, 2000 y 2019



Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/mortality-and-global-health-estimates>.

Los cinco países con mayor cambio de esperanza de vida a los 60 años de las mujeres del 2000 al 2019 (cuadro 4) fueron Trinidad y Tabago (26,6%, 5,2 años), Chile (12,1%, 2,9 años), San Vicente y las Granadinas

(11,2%, 2,1 años), Belice (10,6%, 2,2 años) y el Brasil (10,3%, 2,2 años). De los 33 países, 4 registraron una disminución de la esperanza de vida de las mujeres a los 60 años: República Dominicana (-8,3%), Granada (-3,1%), Honduras (-2,5%) y Suriname (-0,2%). Este comportamiento también se apreció en los valores de los hombres en los mismos países, excepto en Granada.

**Cuadro 4.** Región de las Américas: esperanza de vida, esperanza de vida sana y esperanza de vida con mala salud a los 60 años de las mujeres, por país, 2000 y 2019

	EV A LOS 60 AÑOS		PORCENTAJE DE CAMBIO	EVISA A LOS 60 AÑOS		PORCENTAJE DE CAMBIO	EVMSA (%)		PORCENTAJE DE CAMBIO
	2000	2019		2000	2019		2000	2019	
Región de las Américas	22,5	24,0	6,5	16,6	17,4	4,7	26,4	27,7	4,6
Antigua y Barbuda	21,3	21,3	0,0	16,5	16,3	-1,0	22,6	23,3	3,2
Argentina	22,5	23,1	2,5	17,2	17,6	2,0	23,5	23,8	1,4
Bahamas	21,4	22,4	4,8	16,6	17,3	3,8	22,2	22,9	3,1
Barbados	21,5	21,8	1,3	16,9	16,9	0,1	21,4	22,3	4,3
Belize	20,7	22,9	10,6	16,1	17,6	9,3	22,3	23,2	4,1
Bolivia (Estado Plurinacional de)	18,4	19,1	3,8	13,8	14,4	4,0	24,7	24,6	-0,5
Brasil	21,3	23,5	10,3	15,8	17,4	10,1	25,9	26,0	0,7
Canadá	24,3	26,4	8,7	18,5	19,7	6,7	23,9	25,2	5,8
Chile	23,1	25,9	12,1	17,5	19,3	10,2	24,3	25,6	5,1
Colombia	23,1	25,3	9,6	17,1	18,9	10,8	25,9	25,1	-3,1
Costa Rica	24,0	26,4	10,2	17,8	19,5	9,5	25,5	26,0	1,7
Cuba	23,0	23,2	0,9	17,4	17,4	0,2	24,5	25,0	2,1
Ecuador	23,1	24,3	5,3	17,5	18,2	4,2	24,3	25,1	3,3
El Salvador	22,6	23,6	4,4	16,9	17,4	3,4	25,3	26,0	2,8
Estados Unidos de América	22,8	24,4	6,9	16,6	17,1	3,0	27,3	30,0	9,9
Granada	21,0	20,3	-3,1	16,2	15,6	-4,1	22,7	23,5	3,5
Guatemala	20,1	21,4	6,5	14,6	15,5	6,2	27,3	27,5	0,7
Guyana	17,3	18,1	4,7	13,1	13,6	4,4	24,5	24,8	0,9
Haití	15,9	17,0	6,8	12,2	12,9	5,5	23,4	24,4	4,1
Honduras	19,6	19,1	-2,5	14,6	14,2	-2,5	25,4	25,4	0,2
Jamaica	22,3	22,6	1,6	17,2	17,3	0,8	22,8	23,4	2,5
México	22,7	23,1	1,5	16,4	16,8	2,6	27,9	27,1	-2,8
Nicaragua	21,3	21,9	2,5	16,0	16,3	2,3	25,2	25,3	0,6
Panamá	24,9	26,0	4,1	18,5	19,2	3,6	25,6	26,0	1,6
Paraguay	23,3	23,5	1,0	17,5	17,6	0,5	24,8	25,2	1,6
Perú	22,9	25,1	9,5	17,1	18,7	9,4	25,3	25,3	0,2
República Dominicana	24,4	22,4	-8,3	18,7	17,2	-8,2	23,2	23,1	-0,4
San Vicente y las Granadinas	19,5	21,6	11,2	15,0	16,4	9,6	22,9	24,0	4,7
Santa Lucía	21,7	22,9	5,8	16,3	17,1	5,0	24,7	25,2	2,3
Suriname	20,5	20,5	-0,2	15,6	15,4	-1,0	24,0	24,6	2,6
Trinidad y Tabago	19,8	25,0	26,6	15,2	18,9	24,5	23,2	24,5	5,5
Uruguay	23,1	24,0	3,5	17,8	18,2	2,3	23,2	24,2	4,1
Venezuela (República Bolivariana de)	22,9	23,6	3,1	17,0	17,5	2,9	25,7	25,8	0,6

Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/mortality-and-global-health-estimate>.

La diferencia porcentual de los valores de la esperanza de vida sana a los 60 años de las mujeres del 2000 al 2019 también fue menor a la diferencia de la esperanza de vida tanto a nivel regional y de país, con algunas excepciones, como el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia y México. El mayor incremento de la esperanza de vida sana se registró nuevamente en Trinidad y Tabago (24,5%), donde las mujeres de 60 años vivieron con plena salud 18,9 años en el 2019, 3,7 años más que en el 2000. El patrón de disminución de la esperanza de vida también se aprecia en la esperanza de vida sana de los mismos países.

El porcentaje de tiempo vivido con mala salud en las mujeres a los 60 años a nivel regional fue de un 26,4% en el 2000 y de un 27,7% en el 2019, lo que significa que las mujeres de 60 años vivieron con mala salud una cuarta parte de su esperanza de vida en el 2000 y casi una tercera parte en el 2019 (5,9 y 6,6 años, respectivamente). Al igual que en los hombres de 60 años, casi todos los países presentaron en el 2019 un mayor porcentaje de esperanza de vida con mala salud que en el 2000, excepto el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia y México, con diferencias mínimas, y el Perú, con un porcentaje igual en el 2000 y el 2019.

Barbados y las Bahamas presentaron un menor porcentaje de esperanza de vida con mala salud en 2019. A diferencia del valor regional, las mujeres de 60 años de ambos países vivieron con mala salud un poco más de la quinta parte de su esperanza de vida (alrededor de 5 años). En el otro extremo se encuentran los Estados Unidos de América, que registraron la mayor diferencia porcentual de la esperanza de vida con mala salud entre el 2000 y el 2019 (9,9%). Allí, las mujeres de 60 años vivieron con mala salud casi la tercera parte (7,3 años) de su esperanza de vida en el 2019 y 6,2 años en el 2000.

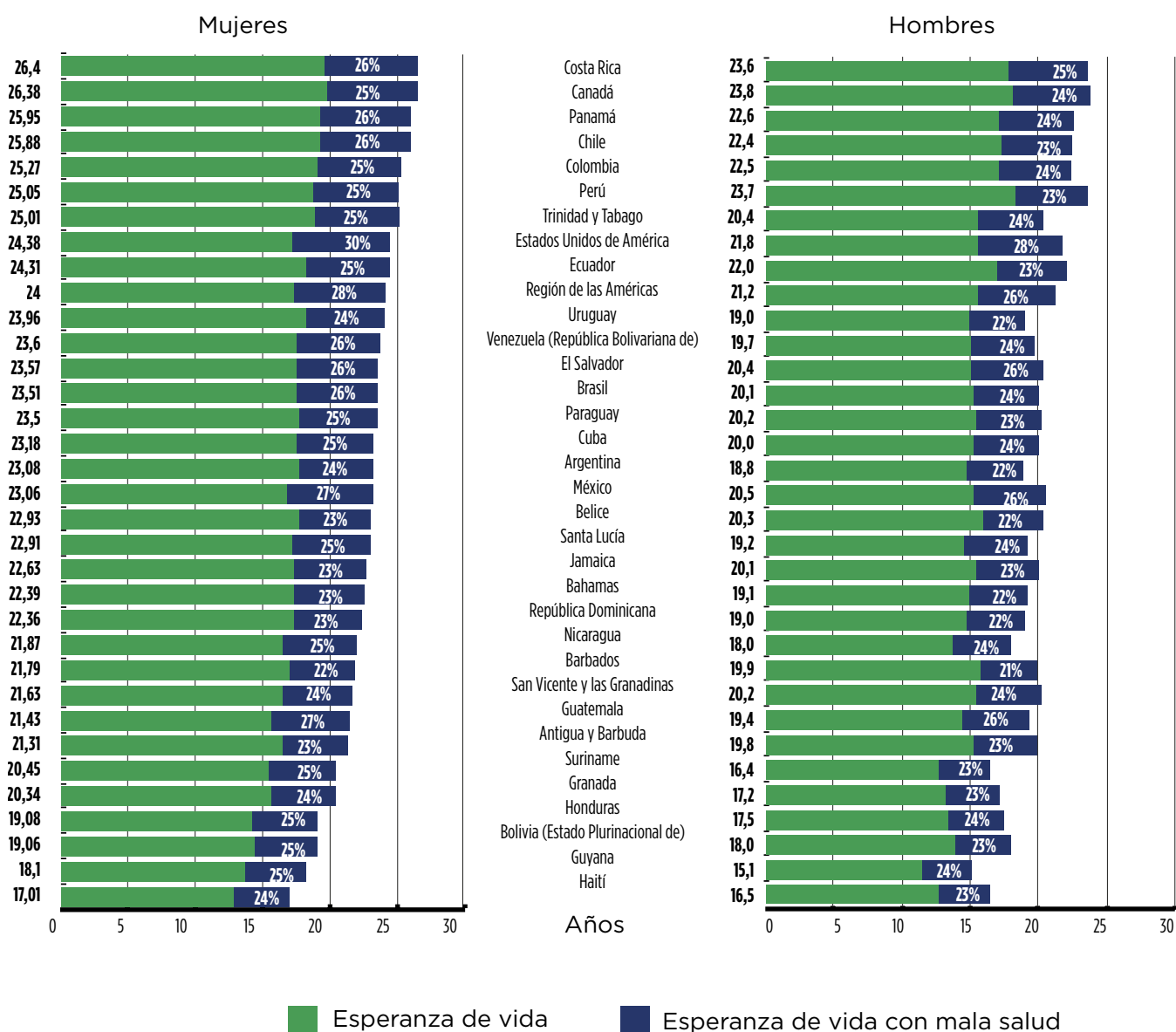
### Comparación entre hombres y mujeres

La diferencia de la esperanza de vida y la esperanza de vida sana a los 60 años entre mujeres y hombres es clara: las mujeres viven más, pero con mayor porcentaje de esperanza de vida con mala salud. Este comportamiento es constante en los países y se ilustra en la figura 7. Las mujeres de 60 años de Costa Rica y el Canadá tuvieron la esperanza de vida más alta en el 2019 (26,4 años), 2,8 y 2,6 años más que los hombres, respectivamente. Presentan brechas mayores, de alrededor de 5 años, el Uruguay (24 años las mujeres y 19 años los hombres), Trinidad y Tabago (25 años las mujeres y 20,4 años los hombres), la Argentina (23,1 años las mujeres y 18,8 años los hombres) y Suriname (20,5 años las mujeres y 16,4 años los hombres). En cambio, en Haití

la brecha entre sexos es de menos de 1 año (17 años las mujeres y 16,5 años los hombres).

Se aprecia también que el porcentaje de esperanza de vida con mala salud es mayor en las mujeres (entre un 22% y un 30% las mujeres y entre un 21% y un 28% los hombres). Los Estados Unidos de América presentan el mayor porcentaje de esperanza de vida con mala salud tanto en mujeres como hombres y Barbados, el menor.

**Figura 7.** Región de las Américas: esperanza de vida y esperanza de vida con mala salud a los 60 años de la población, por sexo y país, 2019



Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/mortality-and-global-health-estimates>.

## Conclusión

El panorama regional es un mosaico heterogéneo con una notable variación de la esperanza de vida y la esperanza de vida sana a los 60 años entre los 33 países analizados. Es claro el éxito en el incremento de la esperanza de vida<sup>1</sup> al nacer y en la población de 60 años en la Región de las Américas. Sin embargo, no es igual la tendencia de esperanza de vida sana, pues se observan desigualdades claras entre países y dentro de estos. A modo de ejemplo, en el apéndice 1 se presenta el caso del Brasil.

Repetidamente se reconoce que las mujeres viven más, pero con menos salud, que los hombres. Cuando los años adicionales de esperanza de vida se pasan con mala salud, los sistemas de salud se enfrentan a mayores gastos de atención médica debido al aumento de la demanda, al igual que los sistemas de protección social y las familias, que deben prestar atención y cuidado a la población de personas mayores debido a la dependencia de cuidados y los años vividos con mala salud.

La salud de las personas mayores no es una simple ecuación: está determinada por la interacción de diferentes factores y experiencias. Los cambios asociados con el proceso de envejecimiento son complejos y no lineales ni constantes, lo que hace que las personas mayores experimenten procesos de envejecimiento y estados de salud muy diferentes y los convierte en un grupo muy diverso (8, 26). Los eventos y experiencias pasadas, así como los entornos y comportamientos, crean condiciones que pueden influir en la salud, los cambios y la calidad de vida de las personas mayores (8, 26).

Es fundamental el desarrollo de estrategias a nivel nacional y subnacional no solo para proporcionar igualdad en acceso a la atención de salud, sino también para reducir los factores de riesgo, disminuir las desigualdades socioeconómicas y apoyar las políticas de prevención y promoción del envejecimiento saludable, y así impulsar el mantenimiento de las capacidades de las personas mayores. En este sentido, la Década del Envejecimiento Saludable es un llamado para la acción de añadir vida a los años, favoreciendo no solamente una mayor esperanza de vida, sino también una mayor esperanza de vida sana.

<sup>1</sup> Las tendencias y patrón del análisis presentando no incluyen el efecto de la pandemia de COVID-19.

## Carga de la enfermedad de las personas mayores

La evaluación del estado de salud de las poblaciones se ha basado tradicionalmente en el uso de indicadores simples de muerte (tales como las tasas de mortalidad general, mortalidad por causa y mortalidad infantil) y de enfermedad (como la incidencia, la prevalencia y la letalidad). Si bien estos indicadores son ampliamente usados y muy útiles, tienen ciertas limitaciones para la medición integral de la salud.

Si se considera específicamente la medición de la salud de las personas mayores y el enfoque de curso de vida, se requieren además otros indicadores para medir otros componentes del estado de salud, como la capacidad funcional y la calidad de la vida.

El estudio de la carga de la enfermedad propuesto por la OMS en la década de 1990 ofrece un enfoque integral de analizar las pérdidas de salud al proporcionar un indicador compuesto que integra los años perdidos por la muerte prematura y los daños por vivir enfermo y con discapacidad con diferentes niveles de dificultad funcional por una o varias enfermedades a la vez. Los años de vida perdidos por muerte prematura (AVMP) y los años de vida con discapacidad (AVD) se integran en un solo indicador compuesto que se conoce como los años de vida sana perdidos (AVISA) por una enfermedad (27). Una característica clave del indicador de AVISA es que mide la muerte y la enfermedad, pero no sumando eventos, sino el tiempo (años) que se pierde por presentarlos. Ofrece además un peso equivalente a las enfermedades letales y a aquellas que no conducen a la muerte pero que afectan y tienen una consecuencia en la capacidad de las personas de manera insidiosa y permanente, y que, además, ejercen una presión diferente sobre los servicios de salud por los costos que se derivan de una atención continua y muchas veces especializada, así como por la magnitud de la demanda (28-31).

Es importante tener en cuenta que una muerte prematura se define como aquella que ocurre antes de alcanzar la esperanza máxima de vida potencial observada a la edad de la persona que falleció (32). Como medida de la carga de la enfermedad, los AVPM tienen las siguientes ventajas: 1) evitan juicios arbitrarios sobre puntos de cortes de edad que no son metodológicamente justificables y las exclusiones de las personas mayores o aquellas personas en las edades fuera de un punto de corte establecido; 2) todas las muertes implican la pérdida de algunos años potenciales de vida, lo que significa que las muertes en todas las edades contribuyen a la cuantificación de la carga de la mortalidad prematura, y 3) una muerte a una edad determinada repre-

senta la misma cantidad de años de vida perdidos independientemente del lugar donde ocurrió, lo que mantiene la naturaleza igualitaria de los AVPM (32).

Un AVD representa el equivalente a un año completo de vida sana perdido debido a una discapacidad, enfermedad o estado de salud menos perfecto. El tiempo vivido con una discapacidad se traduce en una pérdida de tiempo equivalente usando un conjunto de ponderaciones (pesos) que reflejan la disminución de la funcionalidad (33). Los AVD pretenden medir la discapacidad como el reflejo del impacto en el funcionamiento de la persona independientemente de su ambiente. De manera resumida, los AVD de una determinada enfermedad, condición o estado de salud se calculan multiplicando el número de casos por el peso de la discapacidad y la duración de ese estado de salud.

Las condiciones pueden ser de corta duración, como una infección respiratoria baja, o trastornos mentales que pueden durar toda la vida. Para el cálculo de los casos se puede emplear la incidencia de un estado de salud específico o la prevalencia. La diferencia entre estas medidas de frecuencia de enfermedad radica en que la prevalencia describe la proporción de la población que padece la enfermedad que se quiere estudiar en un momento determinado, es decir, como una foto; por otra parte, la incidencia contabiliza el número de casos nuevos de la enfermedad que se estudian, que aparecen en un período de tiempo previamente establecido. Los pesos o ponderadores de discapacidad reflejan la gravedad de diferentes condiciones y se desarrollan a través de encuestas al público en general (33).

El estudio de la carga de la enfermedad en el plano mundial y regional ha estado presente cada vez con mayor fuerza y constituye un insumo clave para la investigación en salud y la definición de prioridades. La Región de las Américas es un ejemplo con estudios nacionales (34-40) que promueven el desarrollo, la actualización, el uso y la aplicación de los estudios de la carga de la enfermedad.

En este capítulo se presentan los principales resultados de las estimaciones de carga de la enfermedad de las personas mayores (60 años y más) en la Región de las Américas, generadas por la OMS (41), y se analizan la magnitud y tendencia de los AVISA, los AVPM y los AVD por grupos de edad, sexo y causas para 33 países de la Región del 2000 al 2019.



## Composición de la carga de la enfermedad

En el 2019, el total de AVISA para ambos sexos por todas las causas en la Región de las Américas fue de 295 718 347 años (248 723 206 a 342 713 488 con un intervalo de confianza del 95%), frente a los 248 700 091 años (215 217 417 a 282 182 765 con un intervalo de confianza del 95%) en el 2000. Si bien se aprecia un incremento en el número de años, la tasa estandarizada por edad muestra una disminución en el mismo período de 30 467 (26 387 a 34 547 con un intervalo de confianza del 95%) en el 2000 a 26 114 (21 727 a 30 501 con un intervalo de confianza del 95%) por 100 000 habitantes en el 2019.

Otro cambio importante que destacar es la contribución por edad que se aprecia en la figura 8, dado que en el 2000 el grupo de menores de 5 años contribuía con el 15,9% de los AVISA, que disminuyó hasta menos del 7% en el 2019 en la Región de las Américas. Al mismo tiempo, el peso de los AVISA en la población de 60 años y más aumentó 10 puntos porcentuales del 2000 al 2019 (del 31,7% al 41,1%). Si se comparan los países con la esperanza de vida a los 60 años más alta y baja en el 2019, el Canadá y Guyana, se aprecian dos patrones similares en cuanto al incremento de la contribución en las personas mayores de 60 años, pero con una diferencia clara en la contribución del grupo de menores de 5 años que tanto en el 2000 como en el 2019 en el Canadá representaba menos del 3% de los AVISA, a diferencia de Guyana, donde la cuarta parte del total de AVISA en el 2000 correspondió a la población de menores de 5 años. Otro ejemplo seleccionado es el de Guatemala, donde un 40,4% de los AVISA correspondía a menores de 5 años en el 2000, porcentaje que, si bien disminuyó a un 19,2% en el 2019, aún está por encima de Guyana y contrasta más con la Región de las Américas y el Canadá.

Con relación al incremento en la contribución de AVISA de las personas mayores de 60 años en el 2019, en el Canadá esa población representó más de la mitad (55%); en Guyana, casi el 30%, y en Guatemala, el 21%. En todos los países se aprecia un cambio y desplazamiento de edades jóvenes a mayores en el período de 20 años no solo para los AVISA, sino también para los AVPM y los AVD (véase el apéndice 2, figuras A2.1 a A2.4).

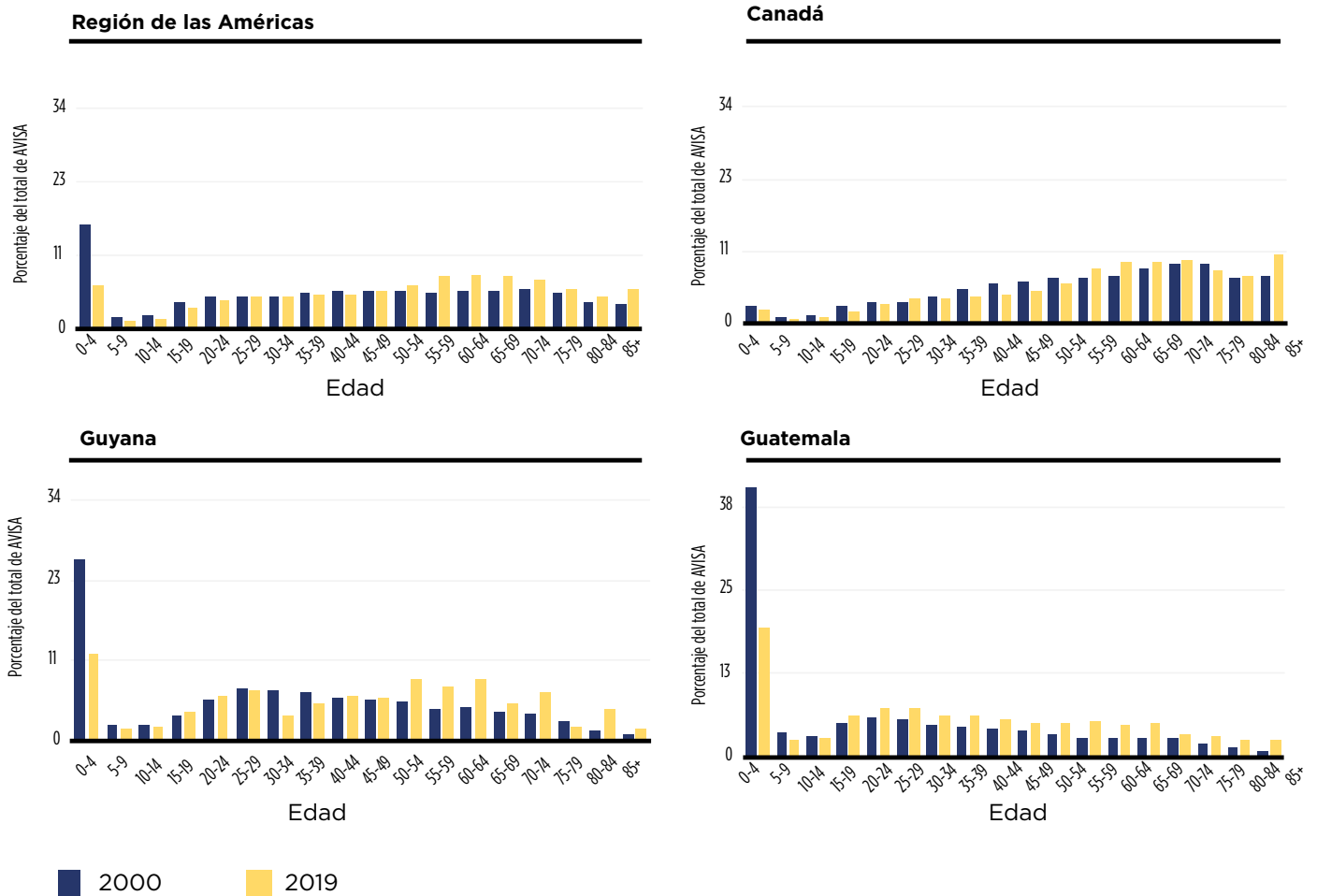
De manera similar al comportamiento y cambio por grupos de edad, se aprecian patrones al analizar los tres grandes grupos de causas de carga de la enfermedad (figura 9): grupo I, condiciones transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales; grupo II, enfermedades no transmisibles, y grupo III, causas externas, que varían dependiendo del gru-

po de edad, el país y el tiempo. En el 2019, el 76,4% de los AVISA en la Región de las Américas se debió al grupo II. Dicho grupo representó el 86% en el Canadá, el 60,5% en Guyana y menos del 40% en Guatemala. De manera general, claramente la contribución del grupo I disminuye a medida que aumenta la edad y el tiempo, con lo que se incrementan las causas del grupo II, y hay un mayor peso del grupo III en edades jóvenes. Por ejemplo, en el 2000, en la Región de las Américas, el 70% de los AVISA en menores de 5 años se debió al grupo I. Ese grupo representó menos de 50% en el Canadá y casi el 80% en Guyana y Guatemala, un valor notablemente más alto. Es importante tomar en cuenta que, si bien el grupo I disminuye dependiendo del grupo de edad y tiempo, al igual que el grupo III, ambos grupos siempre forman parte del patrón de grandes grupos de causas, lo que muestra la doble carga que se afronta y que precisa de diferentes estrategias de prevención y tratamiento.

Si se analiza el grupo objeto de estudio, esto es, las personas mayores (60 años y más), el principal grupo causante de AVISA es indudablemente el grupo II (enfermedades no transmisibles), responsable del 88,6%, 90,4%, 85% y 81% de AVISA en la Región, el Canadá, Guyana y Guatemala, respectivamente, en el 2019. Como se aseveró previamente, los grupos I y III también causan AVISA, aunque en menor proporción en las personas mayores en comparación con la población joven. Este patrón debe llamar la atención para determinar las causas más importantes y, sobre todo, aquellas para las cuales existen estrategias de prevención. Aunque el concepto de envejecimiento saludable tiene muchos determinantes y va mucho más allá de las enfermedades, se pueden elaborar estrategias por medio del conocimiento de la carga de la enfermedad de las personas mayores y el análisis de las condiciones más importantes de AVISA. Las políticas públicas y las intervenciones de salud de base poblacional pueden evitar muchas enfermedades infecciosas y apoyar el manejo adecuado de las enfermedades crónicas para favorecer el mantenimiento de la capacidad funcional (42).

Aunque resulte contradictorio, en la Región aún ocurren defunciones y AVISA por infecciones respiratorias bajas, que figuran entre las principales causas y son prevenibles y tratables. Otro ejemplo real es la pandemia de COVID-19, que representa una causa transmisible (grupo I) e inesperadamente puede cambiar un patrón donde las enfermedades no transmisibles son las dominantes y esta causa transmisible puede súbitamente figurar como una causa principal de la carga de la enfermedad.

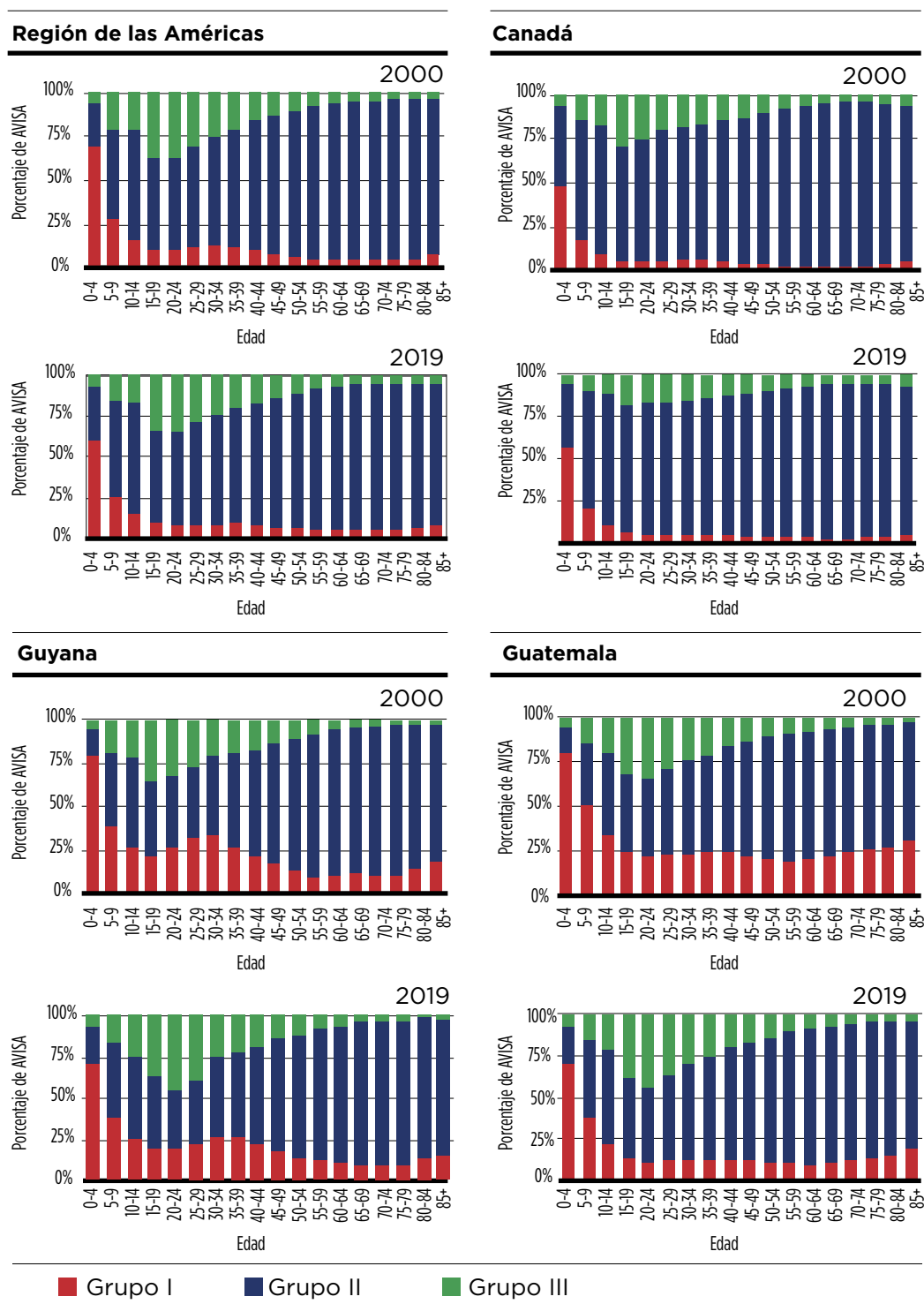
**Figura 8.** Región de las Américas y países seleccionados: carga de la enfermedad en años de vida sana perdidos como porcentaje de la carga total en ambos sexos, por grupo de edad, 2000 y 2019



Nota: AVISA: años de vida sana perdidos.

Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.

**Figura 9.** Región de las Américas y países seleccionados: carga de la enfermedad en años de vida sana perdidos, por grupo de causas y grupo de edad, 2000 y 2019



**Notas:**

a) AVISA: años de vida sana perdidos.

b) Grupo I: condiciones transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales; grupo II: enfermedades no transmisibles; grupo III: causas externas.

*Fuente:* Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.

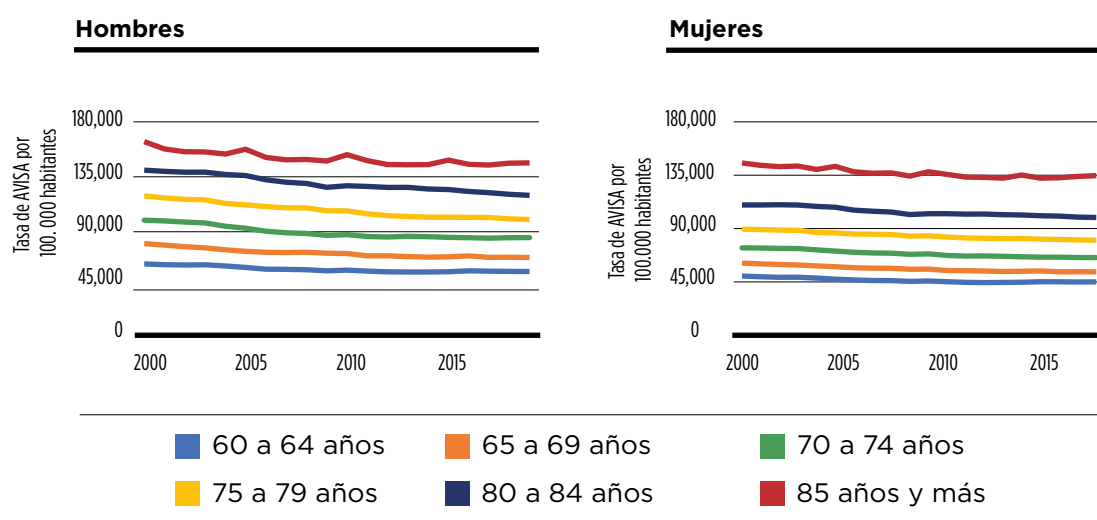
Aunque la carga de la enfermedad ha cambiado siguiendo el incremento de la población de personas mayores, el flujo de asistencia al desarrollo para la salud aún se dirige mucho más a las poblaciones más jóvenes, a pesar de que las personas mayores presentan mayor carga de la enfermedad. Sin esfuerzos coordinados, se prevé que esta disparidad aumentará aún más en el período 2030-2040: del total de 40 600 millones de dólares de los Estados Unidos de América en asistencia al desarrollo para la salud en el 2017, el 32% se dirigió a salud materna, neonatal e infantil, el 25%, al VIH/sida, poco más del 6%, a la malaria, el 4%, a la tuberculosis, casi el 6%, a otras enfermedades infecciosas, y menos del 2%, a las enfermedades no transmisibles (42). Todos los países pueden utilizar la información sobre carga de la enfermedad entre los grupos de edad como parte del análisis integral (42) del contexto nacional y formular acciones concretas basadas en la evidencia.

### **Carga de la enfermedad de personas mayores en años de vida sana perdidos, años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad**

En 2019, los hombres de la Región de las Américas perdieron un total de 60 869 858 AVISA (54 180 847 a 67 558 869 con un intervalo de confianza del 95%) y las mujeres perdieron un valor similar, de 60 766 565 AVISA (53 416 971 a 68 116 160 con un intervalo de confianza del 95%), lo que representa el 38,8% y 43,6%, respectivamente, del total de AVISA de todos los grupos de edad de hombres y mujeres en el mismo año.

Para conocer con detalle el comportamiento de la tasa de AVISA por 100 000 personas mayores, se analiza su tendencia para cada grupo de edad por sexo para el período 2000-2019 (figura 10). El grupo de edad de 85 años y más presenta la tasa más alta en comparación con el resto de los grupos de edad. A mayor edad, mayor es la tasa de AVISA, tanto en hombres como en mujeres. La diferencia entre sexos radica en que los hombres presentan tasas de AVISA mayores en todos los grupos de edad que las mujeres en toda la serie de 20 años.

**Figura 10.** Región de las Américas: carga de la enfermedad en años de vida sana perdidos en personas mayores, por grupo de edad y sexo, 2000-2019



Nota: AVISA: años de vida sana perdidos.

Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.

La tendencia de la tasa de AVISA por cada grupo de edad es claramente descendente. En todos los grupos de edad se aprecia un cambio porcentual negativo entre el 2000 y el 2019 (cuadro 5), que es mayor para las mujeres del grupo de 65 a 69 años (-12,1%) y menor para el grupo de 85 años y más (-7,4%). En los hombres, la tasa de AVISA del grupo de 75 a 79 años presentó una disminución mayor (-15,9%) en comparación con la tasa del grupo de 60 a 64 años, que registró con un valor menor (-9,4%).

**Cuadro 5.** Región de las Américas: años de vida sana perdidos de las personas mayores, por grupo de edad y sexo, 2000 y 2019

MUJERES						
	TASA DE AVISA <sup>a</sup> POR 100 000 HAB.		DIFERENCIA (%)	EVISA A LOS 60 AÑOS		DIFERENCIA (%)
	2000	2019		2000	2019	
60-64	49 781	44 813	-10,0	6 599 509	11 249 527	70,5
65-69	60 772	53 397	-12,1	6 866 171	11 159 805	62,5
70-74	73 688	65 410	-11,2	7 328 857	10 498 026	43,2
75-79	89 595	80 228	-10,5	7 046 683	9 066 541	28,7
80-84	110 147	99 498	-9,7	5 786 011	7 693 009	33,0
85 y más	145 804	135 055	-7,4	6 597 620	11 099 656	68,2
60 y más	77 142	68 045	-11,8	40 224 851	60 766 564	51,1

HOMBRES						
	TASA DE AVISA <sup>a</sup> POR 100 000 HAB.		DIFERENCIA (%)	EVISA A LOS 60 AÑOS		DIFERENCIA (%)
	2000	2019		2000	2019	
60-64	64 919	58 801	-9,4	7 885 966	13 476 580	70,9
65-69	81 379	70 122	-13,8	7 950 044	12 931 070	62,7
70-74	100 404	86 311	-14,0	7 986 593	11 710 224	46,6
75-79	120 042	100 977	-15,9	6 822 386	9 003 535	32,0
80-84	140 993	120 545	-14,5	4 646 368	6 845 854	47,3
85 y más	164 141	146 888	-10,5	3 430 204	6 902 596	101,2
60 y más	94 582	82 011	-13,3	38 721 561	60 869 859	57,2

Nota: a) AVISA: años de vida sana perdidos.

Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.

Los AVPM representan más de la mitad de los AVISA en todos los grupos de edad de las personas mayores tanto en hombres como mujeres (cuadro 6), que tienen un peso mayor en el grupo de 85 años y más (un 74,2% en el caso de los hombres y un 70,5% en el de las mujeres).

Cabe destacar que la contribución de los AVD es porcentualmente mayor en cada grupo de edad en las mujeres que en los hombres. Del total de AVISA de la población femenina de personas mayores de 60 años y más, casi el 40% corresponde a AVD, en comparación con el 30% en la población masculina de personas mayores. El cuadro 6 ilustra uno de los hallazgos claves del capítulo segundo: las mujeres mayores

de 60 años viven en promedio más años con mala salud que los hombres, en parte debido a su mayor esperanza de vida y su mayor riesgo de experimentar pérdida de la capacidad funcional, especialmente en edades más avanzadas.

**Cuadro 6.** Región de las Américas: años de vida sana perdidos, años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad de las personas mayores, por grupo de edad y sexo, 2019

**MUJERES**

EDAD	AVISA <sup>a</sup>	AVPM <sup>b</sup> (AÑOS)	AVD <sup>c</sup>	AVPM <sup>b</sup> (%)	AVD <sup>c</sup>
60-64	11 249 528	6 139 016	5 110 512	54,6	45,4
65-69	11 159 805	6 365 407	4 794 398	57,0	43,0
70-74	10 498 027	6 318 553	4 179 474	60,2	39,8
75-79	9 066 541	5 744 923	3 321 618	63,4	36,6
80-84	7 693 009	5 107 072	2 585 937	66,4	33,6
85 y más	11 099 656	7 826 513	3 273 143	70,5	29,5
60 y más	60 766 566	37 501 484	23 265 082	61,7	38,3

**HOMBRES**

EDAD	AVISA <sup>a</sup>	AVPM <sup>b</sup> (AÑOS)	AVD <sup>c</sup>	AVPM <sup>b</sup> (%)	AVD <sup>c</sup>
60-64	13 476 579	9 131 639	4 344 940	67,8	32,2
65-69	12 931 069	8 865 301	4 065 768	68,6	31,4
70-74	11 710 224	8 247 679	3 462 545	70,4	29,6
75-79	9 003 535	6 417 916	2 585 619	71,3	28,7
80-84	6 845 854	4 978 078	1 867 776	72,7	27,3
85 y más	6 902 596	5 121 683	1 780 913	74,2	25,8
60 y más	60 869 858	42 762 297	18 107 561	70,3	29,7

Notas:

a) AVISA: años de vida sana perdidos.

b) AVPM: años de vida perdidos por muerte prematura.

c) AVD: años de vida con discapacidad.

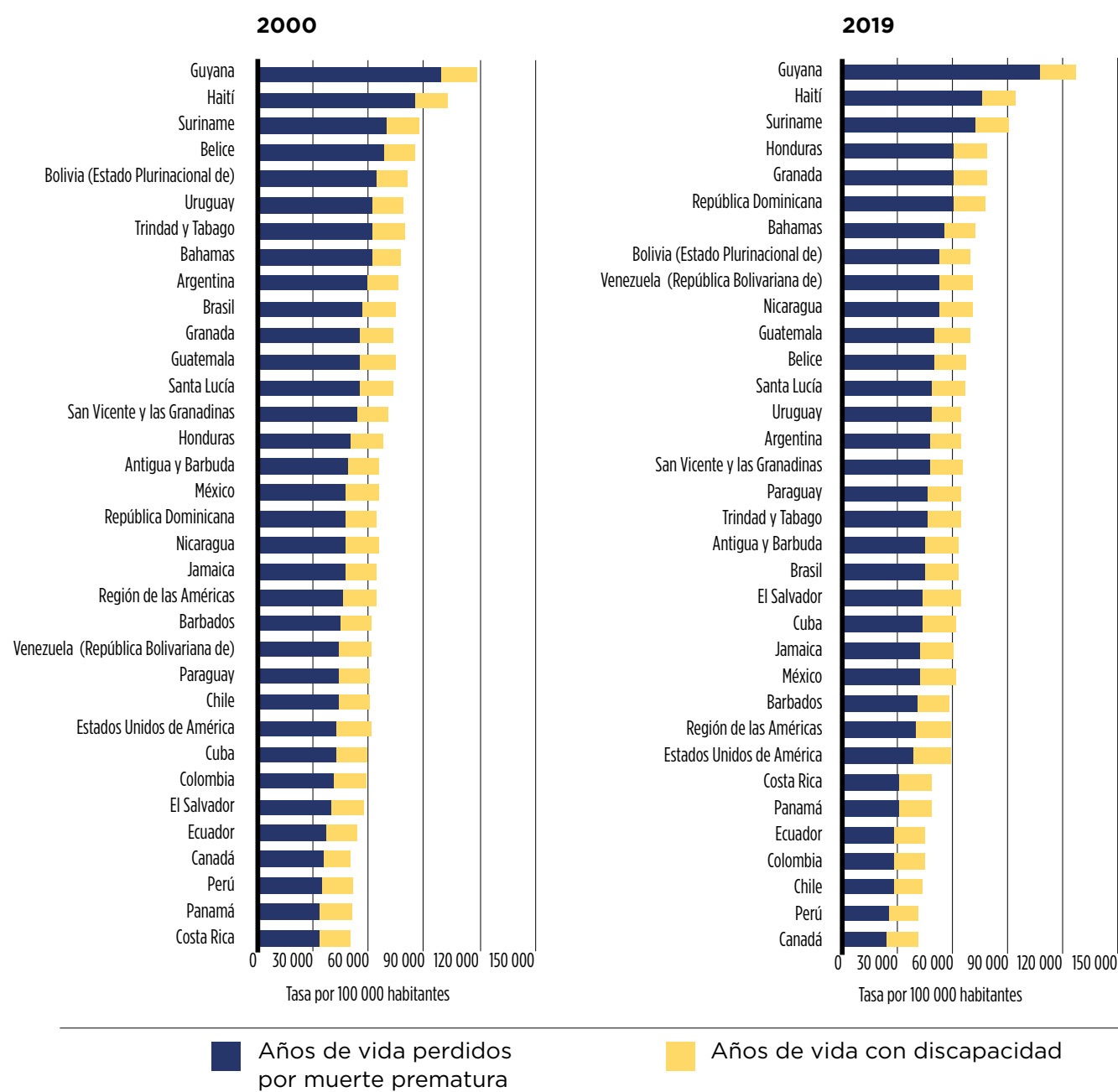
Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.

La contribución de los AVPM y los AVD como parte de los AVISA, descrita previamente a nivel regional, se refleja en el análisis por país. Por ejemplo, para el grupo de hombres de 60 a 64 años es claro el mayor peso de la tasa de AVPM por 100 000 habitantes (figura 11) que la tasa de AVD. La tasa más alta de AVPM fue en Guyana, de 107 518, que casi duplica el valor regional de 58 801 y es más de cuatro veces la tasa del Canadá, de 24 890 por 100 000 hombres de 60 a 64 años. Del 2000 al 2019, todos los países presentaron un descenso en la tasa de AVPM,



excepto Cuba, El Salvador, Granada, Guyana, Honduras, Nicaragua, el Paraguay, la República Dominicana, Suriname y la República Bolivariana de Venezuela, donde se registraron aumentos de entre un 4,7% (Cuba) y un 27,1% (República Dominicana). En cambio, en el resto de los 23 países, el porcentaje de disminución fluctuó entre un -33,3% en Colombia (41665 en el 2000 y 27788 en el 2019) y un -6,9% en Antigua y Barbuda (48456 en el 2000 y 45132 en el 2019). En el apéndice 2 se puede consultar la carga de la enfermedad en AVPM y AVD de los hombres de más de 65 años, por grupo de edad y país (figuras A2.5 a A2.9).

**Figura 11.** Región de las Américas: carga de la enfermedad en años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad en los hombres de 60 a 64 años, por país, 2000 y 2019



*Fuente:* Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.

El comportamiento de la tasa de AVD fue claramente distinto: solo seis países (Estado Plurinacional de Bolivia), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y Perú) presentaron una disminución de la métrica en el 2019 en comparación con el 2000. En el 2019, los Estados Unidos de América registraron la tasa más alta de AVD (20 245) y el Canadá, la más

baja (15 787), mientras que el valor regional se situó en 18.958 AVD por 100 000 hombres.

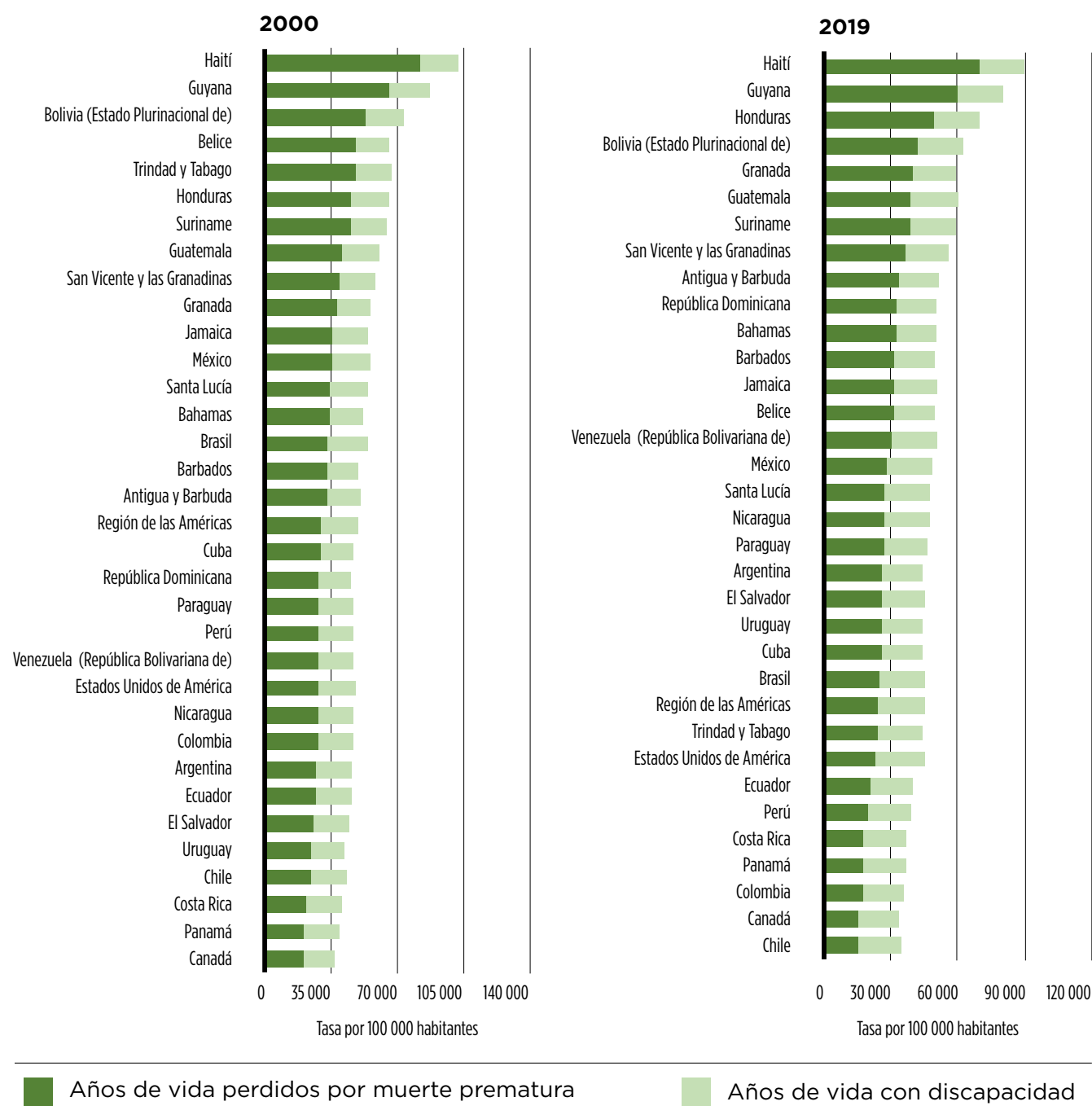
En el caso de las mujeres de entre 60 y 64 años, el país con la tasa de AVISA más alta en el 2019 fue Haití (89812), compuesta por unas tasas de AVPM de 69219 y de AVD de 20593 por 100 000 mujeres (figura 12). En contraposición, Chile presentó la tasa de AVPM más baja (15898), mientras que el valor regional se situó en 44183. Veinticuatro países tuvieron una tasa de AVPM superior al valor regional en el 2019.

En el período de veinte años, todos los países mostraron un descenso de la tasa de AVPM, excepto Antigua y Barbuda, El Salvador, Granada, Honduras, la República Dominicana, el Uruguay y la República Bolivariana de Venezuela, cinco de los cuales también registraron un incremento de la tasa de AVPM en los hombres. El porcentaje de incremento de la tasa de AVPM de la población femenina de personas mayores en estos siete países fue comparativamente menor al incremento apreciado en la tasa de los hombres y fluctuó entre un 0,8% (Antigua y Barbuda) y un 15,4% (República Dominicana). En contraposición, el país con la mayor disminución de la tasa de AVPM en mujeres del 2000 al 2019 fue Trinidad y Tabago, cuya tasa registró una disminución notable a la mitad, de 48 307 a 24 384 por 100 000 mujeres de 60 a 64 años.

De manera similar al panorama de la tasa de AVD en los hombres en el 2019, los Estados Unidos de América tuvieron la tasa de AVD en mujeres más alta (21646), seguidos de Guatemala (21032), y el Canadá registró la tasa más baja (17 291). Solo en seis países la tasa de AVD disminuyó del 2000 al 2019, de los cuales cinco son los mismos que en el caso de los hombres, a los que se suma México en lugar del Ecuador. Colombia presentó la mayor disminución, de alrededor de un 4,5%. Cabe destacar que la tasa de AVPM de los hombres de 60 a 64 años fue mayor en el 2000 y el 2019 que la tasa correspondiente de las mujeres, a diferencia de la tasa de AVD, que fue mayor en las mujeres.

En el apéndice 2, se puede consultar la carga de la enfermedad de las mujeres mayores de 65 años, por grupo de edad y país (figuras A2.10 a A2.14).

**Figura 12.** Región de las Américas: carga de la enfermedad, en años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad, en las mujeres de 60 a 64 años, por país, 2000 y 2019



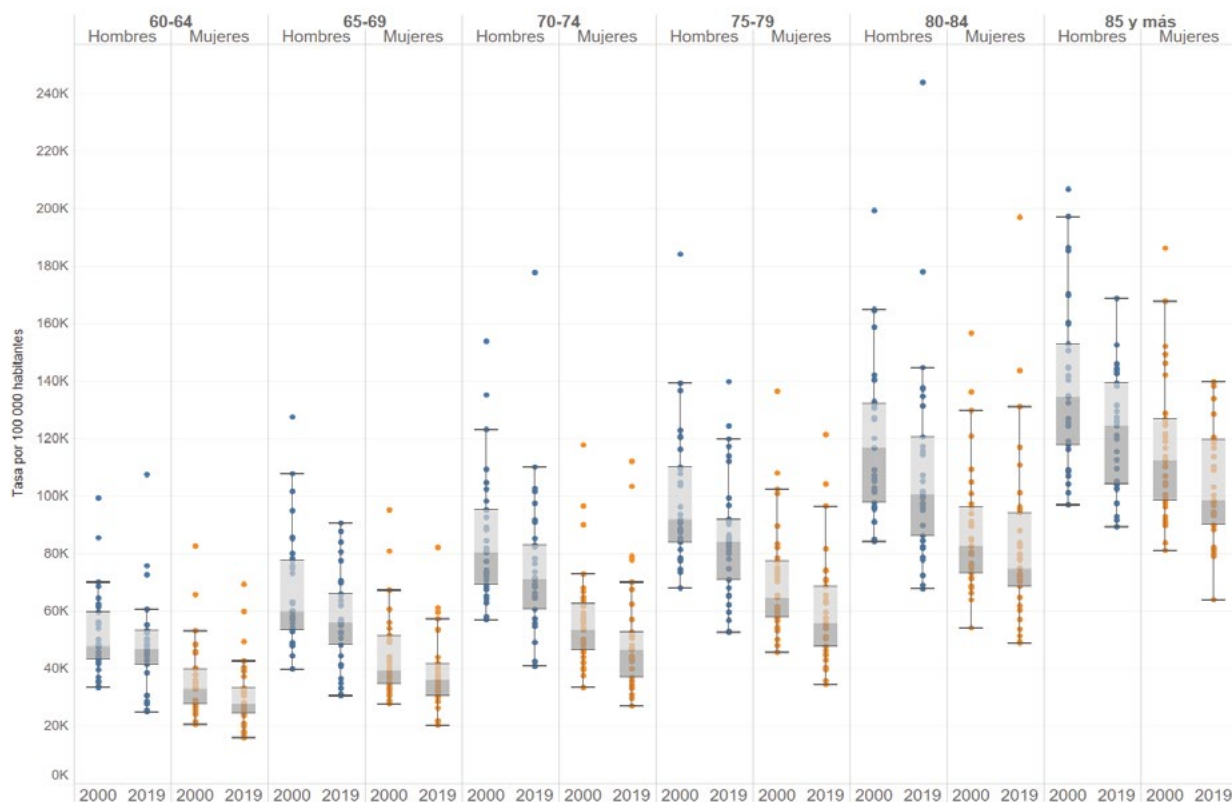
*Fuente:* Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.

Como se describió previamente, la tasa de AVISA tanto de hombres como de mujeres ha disminuido en el período de análisis y es mayor a medida que aumenta la edad a nivel regional (figura 10). Sin embargo, es importante considerar el análisis específico por AVPM y AVD, país

y grupo de edad de las personas mayores. Para ilustrarlo se emplean gráficas de caja y bigotes que muestran la distribución de las tasas de los países en cuartiles, el valor de la mediana y valores atípicos (figuras 13 y 14).

En primer lugar, respecto de la tasa de AVPM (figura 13), se aprecia que la tasa aumenta en cada grupo de edad y es siempre mayor en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad y claramente presenta una disminución del 2000 al 2019 en los seis grupos de edad. Guyana, Haití y Granada presentan valores atípicos en prácticamente todos los grupos de edad tanto en mujeres como en hombres.

**Figura 13.** Región de las Américas: años de vida perdidos por muerte prematura de las personas mayores, por grupo de edad y sexo, 2000 y 2019

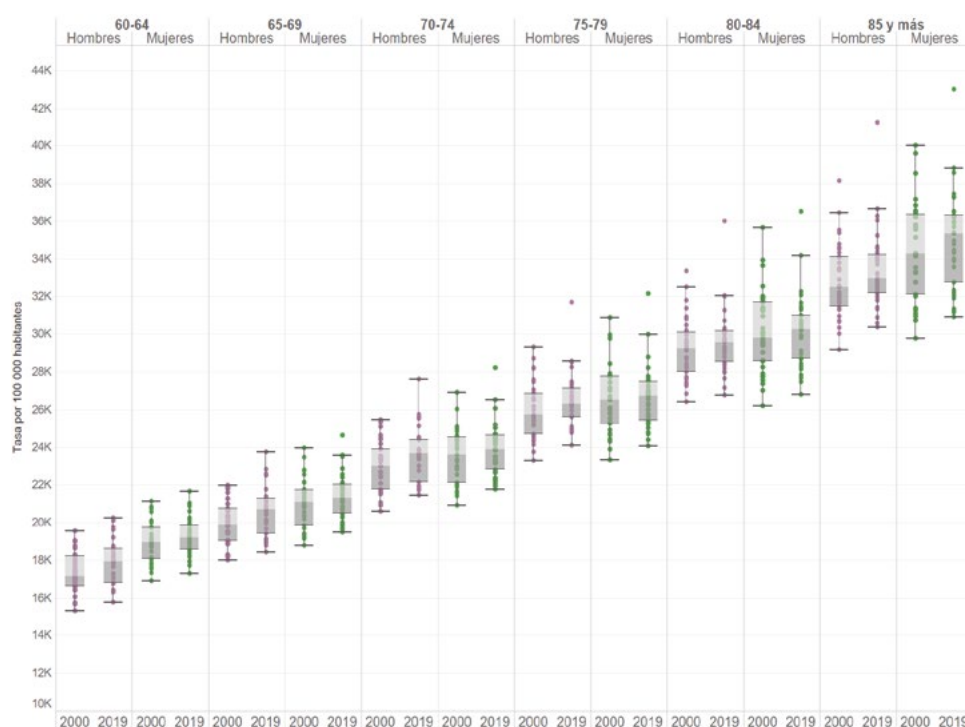


Nota: 1K = 1000.

Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.

El comportamiento de la tasa de AVD de la población de personas mayores (figura 14) comparte una característica con el de la tasa de AVPM: a mayor edad, mayor es el nivel de la tasa, tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, la tasa de AVD es mayor en las mujeres, aunque este patrón es menos notorio en el grupo de 65 a 69 años y de 70 a 74 años. Además, las tasas de AVD se mantienen constantes en la mayoría de los grupos de edad, pero con un aumento del 2000 al 2019 en algunos grupos de edad. La dispersión de la tasa de AVD y el caso de los Estados Unidos de América son un ejemplo de valores atípicos en varios grupos de edad.

**Figura 14.** Región de las Américas: años de vida con discapacidad de las personas mayores, por grupo de edad y sexo, 2000 y 2019



Nota: 1K = 1000.

Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.

## Carga de la enfermedad en personas mayores por causas específicas de años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad

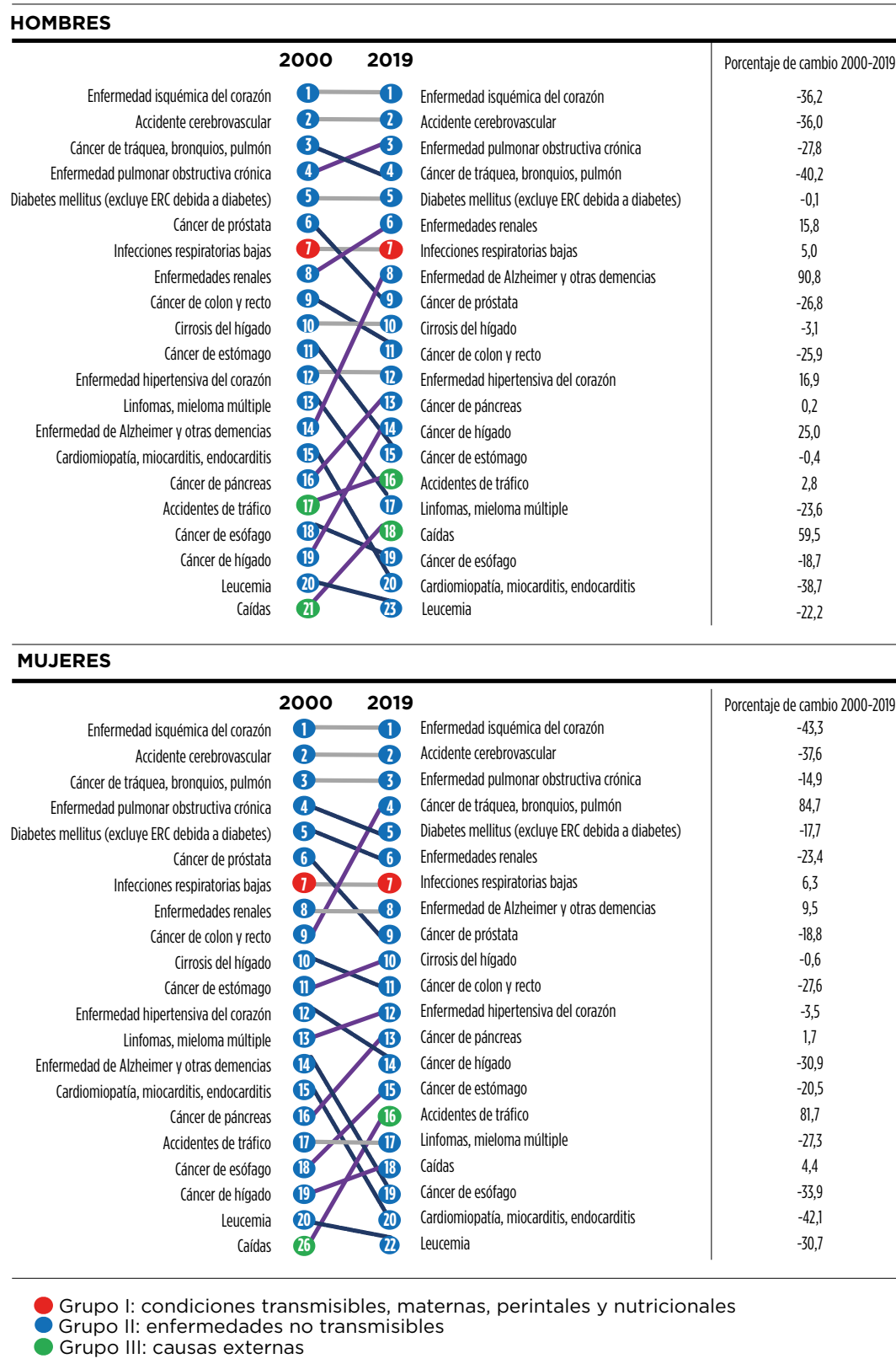
### Panorama en la Región de las Américas

Como se señaló previamente, el principal grupo causante de AVISA en la población de personas mayores (60 años y más) a nivel regional es indudablemente el grupo II, enfermedades no transmisibles, responsable del 88,6% de los AVISA en el 2019 en ambos sexos. Este dato es muy útil, pero también se requiere conocer las principales causas de AVPM y AVD individualmente, debido a que proporcionan, respectivamente, la carga por los años que se pierden por muerte prematura y la carga por los años vividos con discapacidad, y sus causas son diferentes. Este conocimiento es el que sirve para evaluar y diseñar las estrategias de prevención y tratamiento dirigidas a causas específicas que representan, además, la mayor carga en comparación con otras.

El perfil que se desprende del análisis de las causas principales de AVPM de la población masculina de personas mayores a nivel regional (figura 15) se caracteriza por un predominio del grupo II, con solo una causa del grupo I y dos del grupo III entre las 20 primeras causas en el 2019. Estas 20 causas principales fueron responsables del 73% de los AVPM en el 2019. La enfermedad isquémica del corazón fue la responsable de casi la quinta parte, seguida por el accidente cerebrovascular (7%). Tanto en el 2000 como en el 2019 la enfermedad isquémica del corazón ocupó el primer puesto, pero con una disminución de la tasa de AVPM de un 36,2%. Las cinco primeras causas que figuran al inicio y final del período de análisis presentan una disminución en el tiempo importante, que solo es menor del 1% para la diabetes mellitus<sup>2</sup>, que ocupa el quinto lugar. Del 2000 y al 2019, el ritmo de cambio más llamativo lo presentaron la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, que aumentaron un 90,8% y pasaron del puesto 14 al 8, el cáncer de hígado, que paso del puesto 18 al 14, y las caídas, con un notable ascenso del puesto 27 al 18 al incrementarse en un 59,5%. De las 20 causas principales en el 2019, 8 corresponden a cánceres y 6 muestran descensos, de los cuales el mayor porcentaje de reducción lo registró el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (-40,2%), seguido del de próstata (-26,8%). Un hecho significativo es que la única causa del grupo I, infecciones respiratorias bajas, presenta un cambio mínimo y ocupa el mismo puesto tanto en el 2000 como en el 2019.

<sup>2</sup> La diabetes mellitus no comprende la enfermedad renal crónica (ERC) debida a diabetes.

**Figura 15.** Región de las Américas: principales causas de los años de vida perdidos por muerte prematura de las personas mayores, por sexo, 2000 y 2019



Nota: ERC: enfermedad renal crónica.

Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.



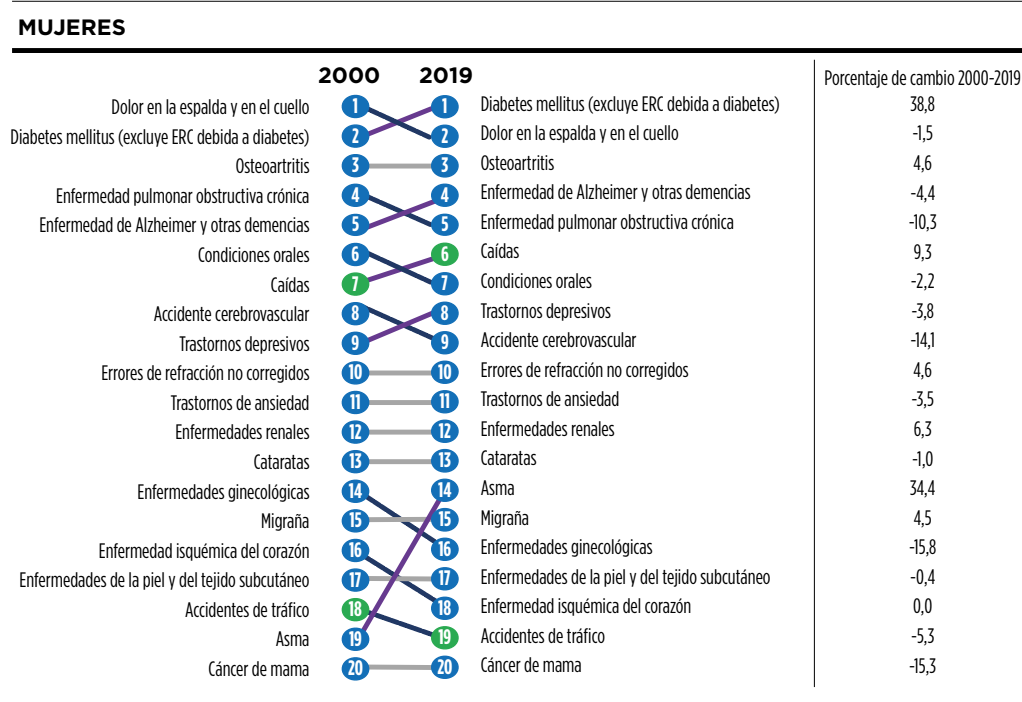
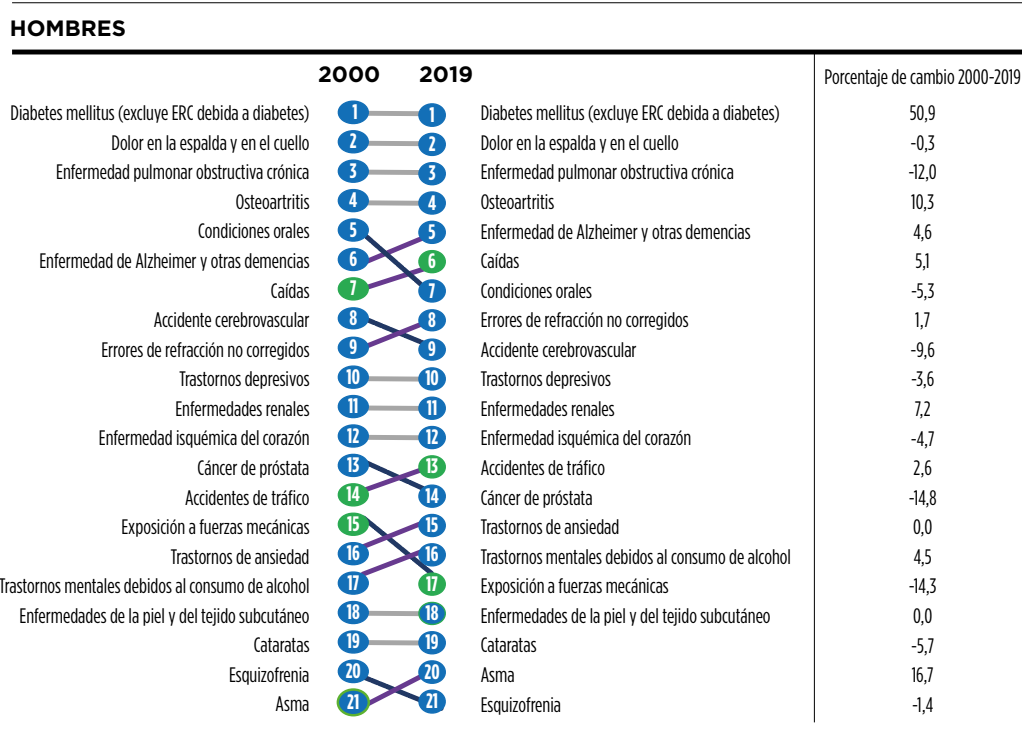
El panorama de las principales causas de muerte prematura de las mujeres mayores de la Región de las Américas (figura 15) muestra también un predominio de las causas correspondientes al grupo II y solo figura una causa del grupo I y III, respectivamente. Las 10 primeras causas fueron responsables del 60% de los AVPM en el 2019, con un peso menor de la enfermedad isquémica del corazón (16%) en comparación con su contribución en el caso de los hombres, seguida del accidente cerebrovascular (8%).

En la población femenina de personas mayores también destaca el incremento importante de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias (84,7%), que se ubica en el cuarto puesto en el 2019, y de las caídas (81,7%), que pasan del puesto 26 al 16. Los mayores descensos dentro de las 10 primeras causas los registran la enfermedad isquémica del corazón (-43,3%) y el accidente cerebrovascular (-37,6%), aunque conservan el primer y segundo puesto, respectivamente. De nueve cánceres, solo el cáncer de hígado aumenta discretamente (1,7%) del 2000 al 2019, a diferencia del de estómago, que registró el mayor descenso (-33,9%). Llama la atención que las infecciones respiratorias bajas, si bien presentan un incremento de menos del 10%, se mantienen en el séptimo puesto.

Cuando se observan las principales causas de AVD, el panorama se torna distinto (figura 16), pues aparecen causas que no figuraban como responsables de los AVPM. Las causas corresponden en su mayoría al grupo II y III, tanto en la población de personas mayores masculina como femenina.

Las 10 primeras causas en el 2019 fueron responsables de casi el 50% del total de AVD en hombres de 60 años y más, de las cuales destacan la diabetes mellitus (12%), que se mantiene en el primer puesto y presenta un incremento en la tasa de AVD de un 50,9%. Una causa no menos importante es el dolor de espalda y cuello, que se mantiene en el segundo puesto y su reducción fue mínima (-0,3%).

**Figura 16.** Principales causas de los años de vida con discapacidad de las personas mayores de la Región de las Américas, por sexo, 2000 y 2019



- Grupo I: condiciones transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales
- Grupo II: enfermedades no transmisibles
- Grupo III: causas externas

Nota: ERC: enfermedad renal crónica.

Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.

Cabe destacar también la osteoartritis, que figura entre las primeras 10 causas de AVD entre los hombres, debido al importante incremento registrado (10,3%), y se mantiene en el cuarto puesto. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias suben un puesto, pero su incremento no es comparable como en el caso de los AVPM.

Las caídas y los accidentes de tráfico, ejemplos de causas del grupo III, suben un puesto y aumentan un 5,1% y un 2,6%, respectivamente, del 2000 al 2019. Si bien la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el accidente cerebrovascular y la enfermedad isquémica del corazón figuran entre las 20 principales causas de AVD y presentan una disminución de un 12%, un 9,6% y un 4,7%, respectivamente, son menos importantes como causas de AVD que de AVPM. Solo un cáncer (de próstata) figura como causa de AVD y registró una disminución de casi un 15%.

De manera similar al patrón de causas de AVD en la población de 60 años y más masculina, en la femenina predominan las causas del grupo II, no hay ninguna causa del grupo I y las 10 primeras causas fueron responsables de la mitad de los AVD en el 2019. La diabetes mellitus sube al primer puesto en el 2019 y destaca por ser la causa que registró el mayor incremento (38,8%). Las causas musculoesqueléticas, como el dolor de espalda y de cuello y la osteoartritis, se mantienen en los primeros cinco puestos y presentan un descenso e incremento mínimos, respectivamente, del 2000 al 2019. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias ocuparon el cuarto puesto en el 2019 y, a diferencia de los hombres, presentaron una disminución de un 4,4%. Las caídas presentaron un incremento porcentual de casi un 10% y los accidentes de tráfico, a diferencia de los hombres, presentaron una disminución (-5,3%). La migraña es una causa de AVD en mujeres que no figura dentro de las primeras 20 causas de la población mayor masculina. La enfermedad isquémica del corazón, primera causa de AVPM en mujeres, ocupa el puesto 18 como causa de AVD y no registró ningún cambio porcentual del 2000 al 2019. El asma presenta un cambio importante no solo al ascender del puesto 19 al 14, sino también al presentar el segundo mayor incremento (34,4%).

Es importante prestar atención a causas como las condiciones orales, los errores de refracción no corregidos, las cataratas, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y el consumo de alcohol que, si bien contribuyen con un peso menor y tasas bajas en comparación con las primeras causas, afectan de manera importante la funcionalidad de las personas mayores y generalmente son las que menos llaman la atención tanto al ambiente cercano de la persona mayor como a los

servicios de salud para ser objeto de actividades de prevención y tratamiento.

También es importante resaltar que, al envejecer, es más probable que las personas presenten multimorbilidad, es decir, varias enfermedades y condiciones crónicas al mismo tiempo. Esto puede provocar diferentes interacciones entre los trastornos y tratamientos utilizados. Como resultado, puede que el impacto de la multimorbilidad en el funcionamiento, la calidad de vida y el riesgo de mortalidad sea considerablemente mayor que la suma de los efectos individuales de esas afecciones (8).

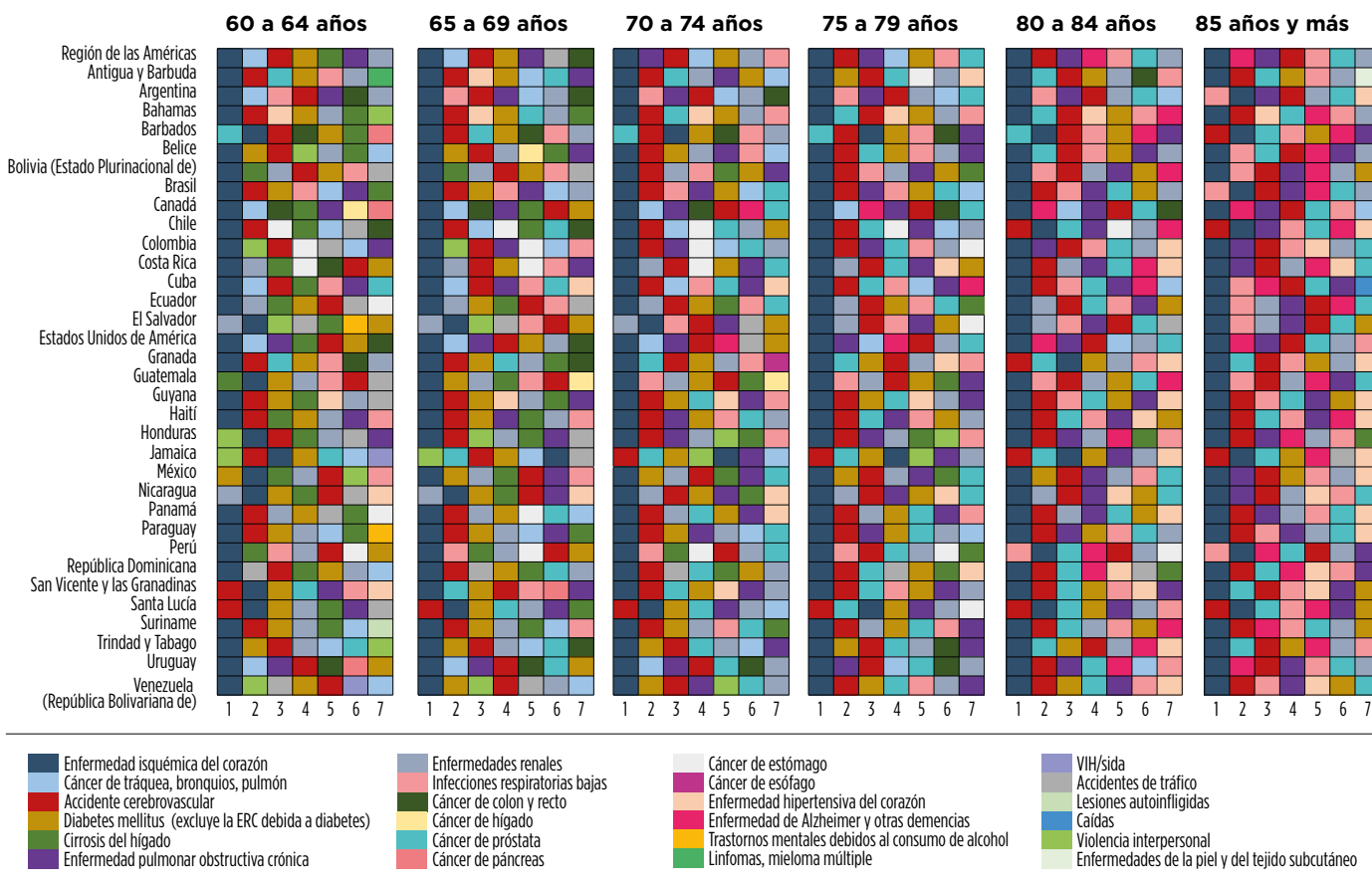
### Panorama por grupo de edad y país de la Región

El patrón de causas de AVPM y AVD de la población de personas mayores masculina y femenina de la Región de las Américas es el resultado de la combinación de las causas en cada país determinadas por diferentes factores propios, no solo demográficos y epidemiológicos, sino también socioeconómicos. Las enfermedades no transmisibles son responsables de cargas extremadamente inequitativas en las personas mayores en los países de ingresos bajos y medianos (8). Así pues, se pueden encontrar países con patrones muy similares al de la Región, pero también otros donde ciertas causas sean particularmente importantes.

Para conocer con mayor detalle el patrón de las principales causas por país, se presentan las primeras siete causas de AVPM y AVD para hombres y mujeres desagregadas por grupo de edad en el 2019 y se incluye como referencia el orden de las causas a nivel regional. Está claro que, tanto en hombres como en mujeres, la mayoría de las principales causas de AVPM (figuras 17 y 18) son comunes. Destacan la enfermedad isquémica del corazón, que claramente se mantiene entre los primeros cinco puestos en todos los grupos de edad, y llega a ocupar el primer puesto en varios países, seguida del accidente cerebrovascular y la diabetes mellitus. El cáncer de próstata en los hombres y el de mama y cuello uterino en las mujeres también disputan un puesto entre las primeras siete causas. Por ejemplo, en Barbados, el cáncer de próstata ocupó el primer lugar en cuatro grupos de edad. Otro comportamiento particular se aprecia en El Salvador, Honduras, Jamaica, Colombia y la República Bolivariana de Venezuela, donde la violencia interpersonal figura entre las primeras cinco causas en hombres en varios grupos de edad. Las enfermedades renales desplazan a la enfermedad isquémica en El Salvador y Nicaragua e incluso llegan a ocupar el primer puesto en la población de personas mayores más joven (60 a 74 años). Otro

patrón llamativo es la desaparición de las causas del grupo III en los grupos mayores de 80 años, en el que hay mayor presencia de las infecciones respiratorias bajas y, sobre todo, de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. La diabetes mellitus en mujeres ocupa en varios países el primer puesto. Con menor presencia que en el caso de los hombres, se observan algunas causas del grupo III. El cáncer de cuello de útero desaparece a partir de los 80 años y la anemia por deficiencia de hierro ocupó el séptimo puesto en Guyana entre las personas mayores de 85 años y más.

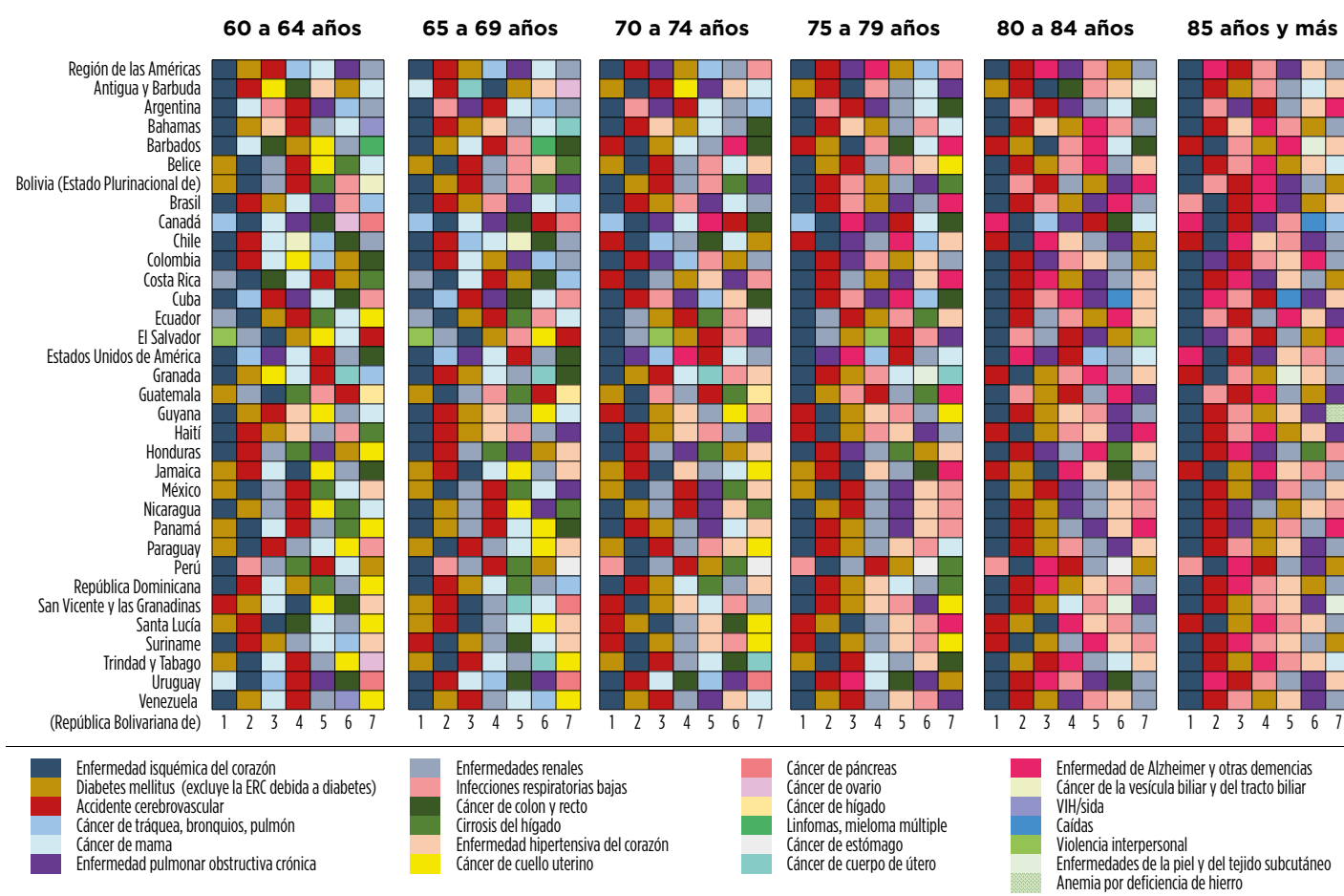
**Figura 17.** Región de las Américas: principales causas de los años de vida perdidos por muerte prematura de la población mayor masculina, por grupo de edad y país, 2019



Nota: ERC: enfermedad renal crónica.

Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.

**Figura 18.** Región de las Américas: principales causas de los años de vida perdidos por muerte prematura de la población mayor femenina, por grupo de edad y país, 2019



Nota: ERC: enfermedad renal crónica.

Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.

Siguiendo el patrón regional, las causas de AVD de la población de personas mayores son diferentes a las de AVPM y predominan de manera constante, aunque con un orden diferente entre los países y grupos de edad (figuras 19 y 20).

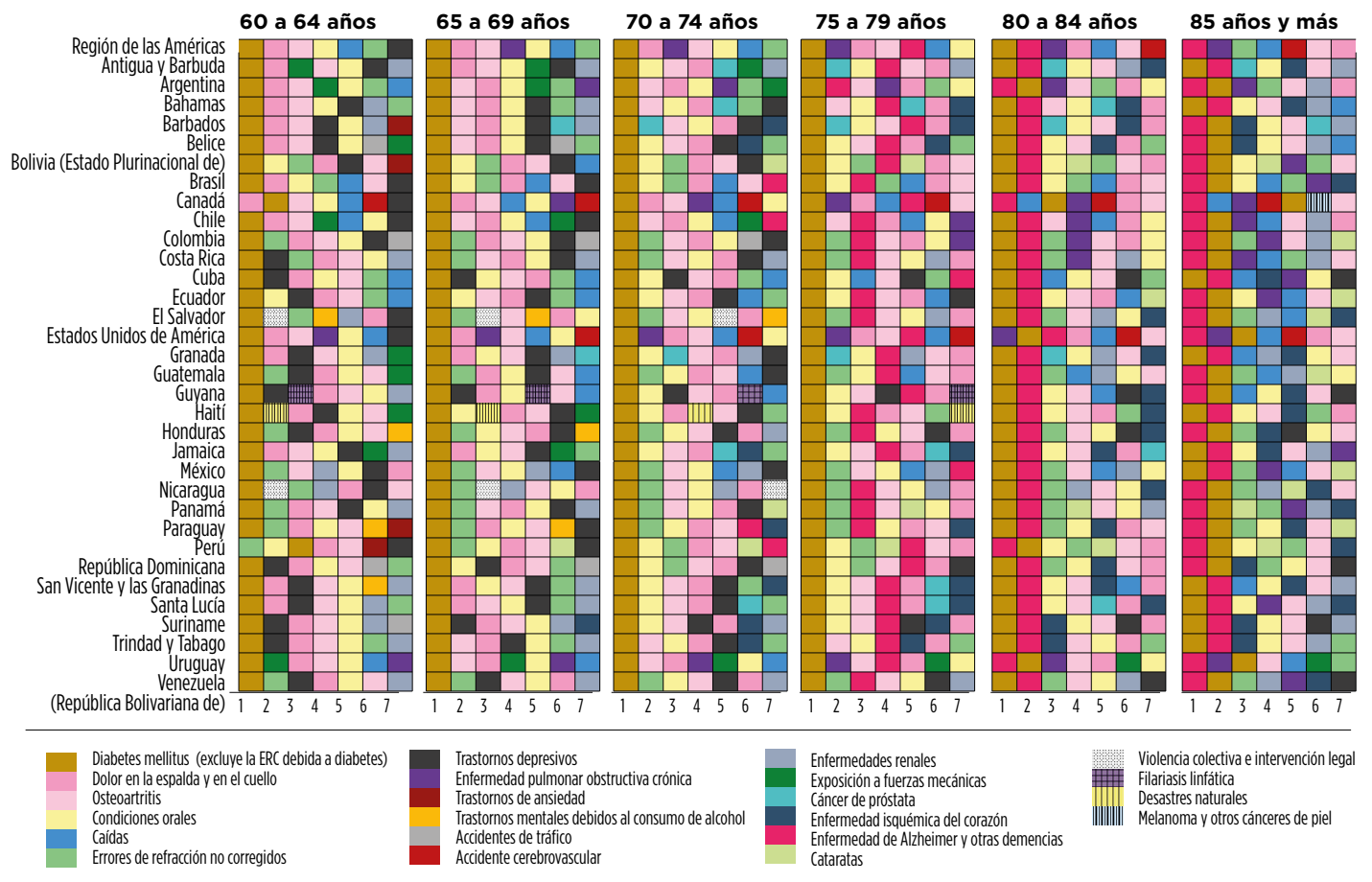
La diabetes mellitus figura claramente como la primera causa en hombres y mujeres en la mayor parte de los países, pero se observa un cambio notorio en el grupo de 85 años y más, en el que baja al segundo puesto, debido a que la enfermedad de Alzheimer se posiciona claramente entre los primeros tres puestos a partir del grupo de 80 años. Las condiciones musculoesqueléticas, como el dolor de espalda y de cuello y la osteoartritis, ratifican su relevancia como principales causas de AVD en la mayoría de los países y en todos los grupos de edad. De manera similar, condiciones como los errores de refracción no corre-

gidos, las cataratas y las condiciones orales también figuran como las principales causas en varios países y llegan a ocupar los tres primeros lugares entre los hombres menores de 80 años del Perú. Ejemplos de causas particulares son la filarisis linfática en Guyana, los desastres naturales en Haití y la violencia colectiva e intervención legal en El Salvador y Nicaragua.

Los trastornos depresivos y de ansiedad figuran de manera importante dentro de los primeros cinco puestos en la mayoría de los países, sobre todo entre la población femenina de personas mayores más joven. En el Perú se aprecia, de similar manera al comportamiento en el caso de los hombres, que los errores de refracción no corregidos y las condiciones orales compiten con la diabetes mellitus en los tres primeros lugares. La anemia por deficiencia de hierro figura como causa de AVD en Guyana y Haití en las mujeres de entre 60 y 75 años. Junto con las infecciones respiratorias bajas, causa de alta relevancia de AVPM, la anemia por deficiencia de hierro se inscribe en el grupo I, conocido también como el grupo de rezago epidemiológico.

Si bien el grupo de personas mayores de 60 años conserva ciertas características comunes, es clave analizar el comportamiento por grupo de edad, ya que claramente existen diferencias en la carga de la enfermedad. Por ejemplo, de los datos se desprende manifiestamente que el grupo de 60 a 64 no es igual al grupo de 85 años y más.

**Figura 19.** Región de las Américas: principales causas de los años de vida con discapacidad de la población mayor masculina, por grupo de edad y país, 2019

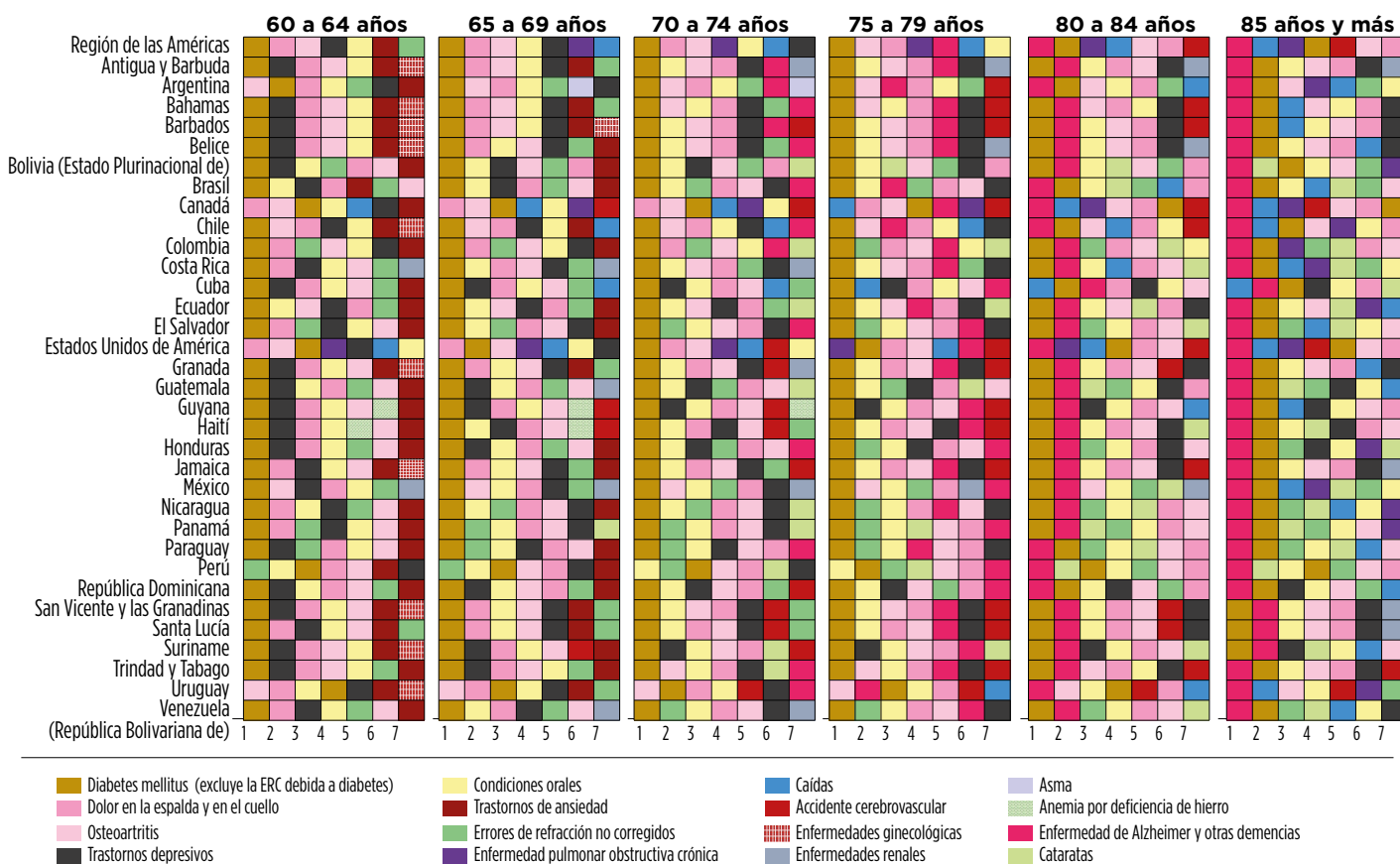


Nota: ERC: enfermedad renal crónica.

Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.



**Figura 20.** Región de las Américas: principales causas de los años de vida con discapacidad de la población mayor femenina, por grupo de edad y país, 2019



Nota: ERC: enfermedad renal crónica.

Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.

### Importancia de conocer el panorama epidemiológico

El panorama epidemiológico en el ámbito regional se ha transformado en las últimas décadas y hoy se encuentra conformado por una combinación amplia de condiciones transmisibles, no transmisibles y externas, cuya complejidad en su atención requiere de esquemas organizativos de los sistemas de salud para enfrentar estos nuevos desafíos de salud pública. Para su identificación y monitoreo son indispensables metodologías que permitan detectar y medir las tendencias y patrones de estos perfiles epidemiológicos, debido a que el uso de los enfoques clásicos (como el análisis de la mortalidad) como único abordaje desplaza y relega a las enfermedades no letales y deja implícito que aquella población de personas mayores que no sufre de las principales causas de muerte y muere prematuramente pudiera estar menos enferma o incluso sana.

Las pérdidas de salud en la Región de las Américas que se desprenden del análisis de los indicadores de la carga de la enfermedad de la población de personas mayores permiten visualizar diferentes escenarios y establecer las prioridades de atención dependiendo del indicador que se utilice. Además, dicho análisis brinda la oportunidad de hacer una incursión en las necesidades de salud de la población de personas mayores y analizarlas desde una visión integral (AVISA) que permita comparar tanto las pérdidas de salud por problemas letales que ocurren prematuramente (AVPM) como por aquellos que no lo son pero que impactan negativamente sobre la calidad de vida de las personas, ya sea por la discapacidad (AVD), la demanda de servicios que generen, los costos asociados a su tratamiento y rehabilitación, los cuidados familiares que requieren acciones fuera del sector médico y la multimorbilidad asociada a la larga convivencia con estas enfermedades y la polifarmacia.

El análisis de las principales causas de AVISA descompuesto por AVPM y AVD propone una lista de enfermedades que están fuertemente influidas por el aumento y envejecimiento de la población. Por eso, no sorprende que la enfermedad isquémica del corazón, el accidente cerebrovascular, la diabetes mellitus, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y los cánceres, entre otros, sean las causas de muerte más relevantes. Sin embargo, sí debe sorprender y hacer un llamado a la acción el hecho de que varias causas son prevenibles y tratables, de manera que esas muertes que ocurrieron prematuramente podrían haberse evitado.

Condiciones de salud como los errores de refracción no corregidos, las condiciones orales, las condiciones musculoesqueléticas (el dolor de espalda y de cuello y la osteoartritis) y los trastornos mentales representan la mayor carga de AVD de la población de personas mayores de la Región de las Américas y pueden no percibirse o incluso figurar como “invisibles” para los proveedores de servicios y tomadores de decisiones debido a que se comportan típicamente como padecimientos crónicos de baja letalidad, pero afectan de manera severa la capacidad funcional porque están estrechamente relacionados con la capacidad intrínseca (43). El bienestar de toda persona se beneficiará en algún momento de su vida de la detección y el manejo de estos problemas. A medida que la discapacidad se convierte en un componente cada vez más importante de la carga de la enfermedad y del gasto en salud, se necesita una mayor inversión en investigación y desarrollo para formular estrategias de intervención más eficaces, así como mayores esfuerzos para que los sistemas de información en salud recolecten información e indicadores sobre la capacidad funcional de manera ru-

tinaria, que se complementarán con los indicadores que se obtienen de encuestas poblacionales.

Con una población regional que envejece rápidamente, las demandas de los servicios de salud para hacer frente a los resultados de discapacidad, que aumentan con la edad, ya exigen a los responsables políticos que aborden estos cambios y se anticipen a otros. Nuevamente, la Década del Envejecimiento Saludable es un llamado para la acción a fin de añadir vida sana a los años y conocer historias exitosas de atención a la población de personas mayores para emular, así como de detectar oportunidades para mejorar.

## Mortalidad de las personas mayores

### Utilidad de la información sobre mortalidad

Como se puntualizó en el capítulo anterior, un abordaje clásico y ampliamente usado para la medición de la salud de la población es el análisis de la mortalidad. Las estadísticas de mortalidad son ampliamente utilizadas para efectuar análisis de la situación de salud, sea de diferentes países, de poblaciones en un mismo momento del tiempo, o de un mismo país en distintos momentos. Este análisis suele acompañarse con información específica discriminada por edad, sexo, causa básica de muerte, causas múltiples y otros. Dependiendo de la disponibilidad de la información, se deben analizar otras variables relevantes, como el lugar de ocurrencia de la defunción, si la persona recibió atención médica antes de morir, el nivel de escolaridad y el grupo étnico, e incorporar variables socioeconómicas que proporcionarán un panorama más integral.

La información sobre mortalidad, natalidad y movimiento migratorio constituye un eje fundamental en el estudio de la dinámica demográfica de una población. Junto con la información proveniente de los censos de población, proporcionan, además, los datos e indicadores básicos para estimar la esperanza de vida y elaborar otros indicadores relevantes sociodemográficos y de salud. La muerte tiene una relevancia indiscutible como hecho del ciclo vital y se propone como un fenómeno contrario a la salud: el fin definitivo de la salud. Por esa razón, se utiliza también en indicadores de impacto y es fundamental para evaluar los programas de salud y definir acciones y estrategias. El análisis de la mortalidad de la población de personas mayores constituye una de las principales herramientas de los tomadores de decisiones y planificadores de salud pública para definir prioridades y asignar recursos disponibles, así como para vigilar problemas específicos de salud, con las consiguientes mejoras en la atención en los servicios de salud.

A nivel global y regional se han elaborado innumerables análisis de mortalidad de la población de personas mayores, que sirvieron para informes y planes nacionales de salud, informes de intervenciones, compromisos internacionales y artículos científicos, entre otros. Considerando a la población de personas mayores como prioridad, indudablemente es clave conocer el patrón de mortalidad, pero también es necesario completar la medición de salud con el análisis de la carga de la enfermedad, indicadores positivos como la esperanza de vida saludable y aquellos que permitan conocer e incrementar la capacidad funcional de las personas mayores. Para un tomador de decisiones, de-

finir prioridades y asignar recursos sería muy diferente si contara con distintos indicadores que se complementan, incluidos los indicadores de percepción de salud de las propias personas mayores y la evaluación del trato de los servicios de salud.

En este capítulo se presenta el patrón de mortalidad de las personas mayores (60 años y más) en la Región de las Américas y se analiza la magnitud y tendencia del riesgo de morir por grupos de edad, sexo y principales causas en 33 países de la Región del 2000 al 2019, usando como fuente estimaciones de la OMS de 2020 (44).

## Defunciones de las personas mayores

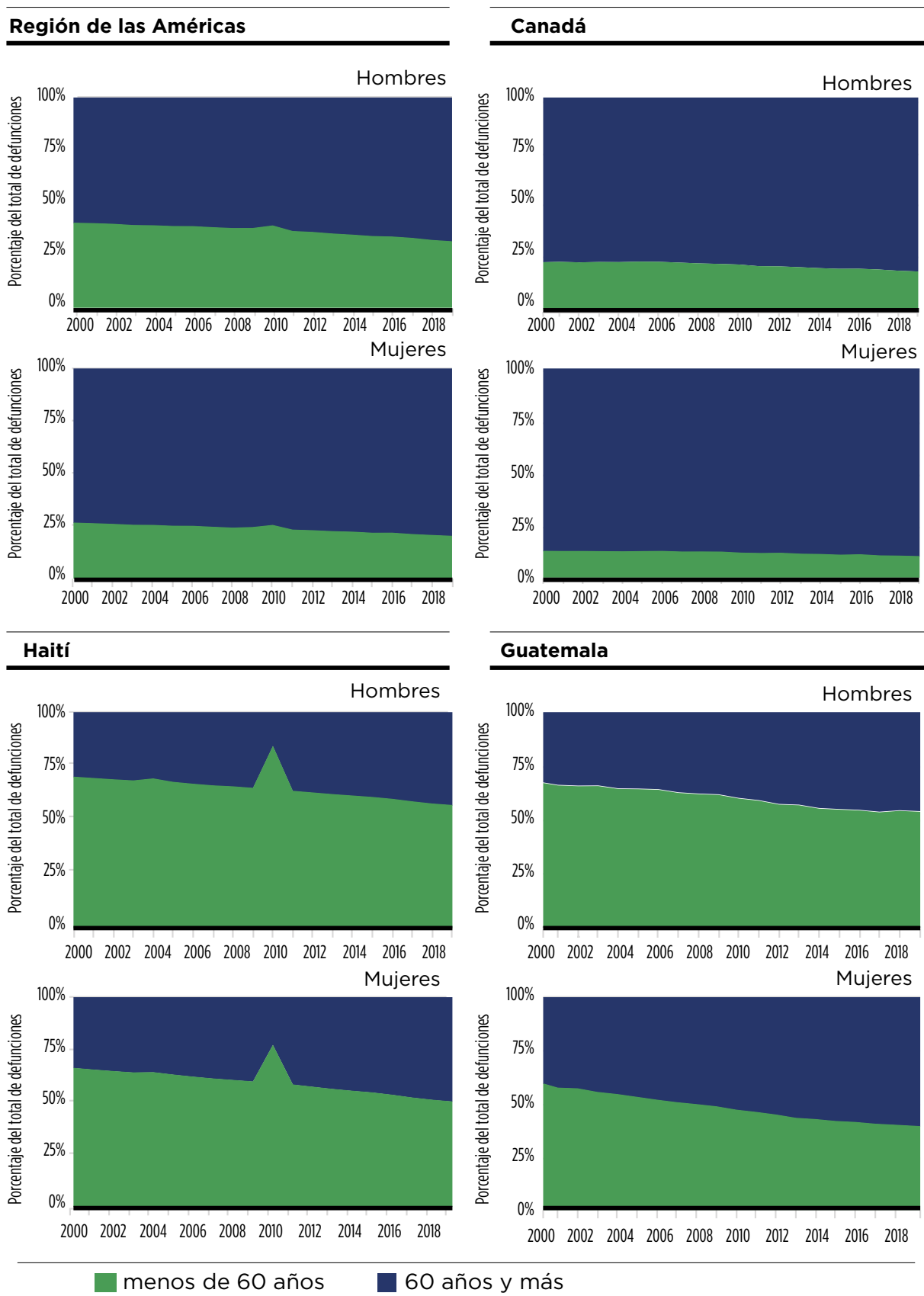
El total de defunciones estimadas para ambos sexos por todas las causas en la Región de las Américas en el 2000 fue de 5 549 233 (5 314 160 a 5 617 533 con un intervalo de confianza del 95%) y, en el 2019, aumentó a 7 160 638 (6 680 426 a 7 731 519 con un intervalo de confianza del 95%). Sin embargo, la tasa de mortalidad estandarizada por el método directo disminuyó un 18% y pasó de 644,3 (627 a 663,1 con un intervalo de confianza del 95%) por 100 000 habitantes en el 2000 a 525,3 (486,2 a 572,1 con un intervalo de confianza del 95%) en el 2019. Del total de defunciones en el 2019, la proporción fue mayor en hombres (53,4%) que en mujeres (46,6%). Entre ambos sexos, en el 2019 la mortalidad fue mayor en hombres con una tasa estandarizada de 639,3 por 100 000 hombres (590,5 a 697,4 con un intervalo de confianza del 95%) en comparación con la mortalidad de las mujeres de 424,7 (394,2 a 461,2 con un intervalo de confianza del 95%) por 100 000 mujeres. Es importante tener presente que las mujeres tienen una esperanza de vida al nacer y a los 60 años más alta que la de los hombres, como se señaló en el capítulo segundo.

De manera similar al cambio en la contribución en las edades en la carga de la enfermedad en los 20 años del período analizado, el peso proporcional de las defunciones de las personas mayores es notablemente mayor que el del resto de los grupos de edad (figura 21). De los 7 millones de defunciones a nivel regional en el 2019, el 75% correspondieron a personas de 60 años y más. En el caso de las mujeres, esas defunciones alcanzan el 80,5%, 10 puntos porcentuales más que en el caso de los hombres. Esta contribución clara de las defunciones de personas mayores en relación con el total es más acentuada en países como el Canadá, donde solo el 10% de las defunciones corresponden a mujeres menores de 60 años. En cambio, si bien del 2000 al 2019 las defunciones de las personas mayores han aumentado en Haití y Guatemala, la proporción de las defunciones correspondientes a personas menores de 60 años es mayor al 50%.

Un detalle que no se puede obviar en la gráfica de Haití y que se aprecia con menor intensidad en la gráfica regional es el pico en 2010 correspondiente a un incremento en las defunciones totales, sobre todo de personas menores de 60 años, debido al terremoto de ese año, que se cobró alrededor de 320 000 vidas, casi el triple de las estimadas para el 2009. Como se describió en el capítulo segundo, eventos de esta naturaleza tienen un impacto claro en la mortalidad y en otros indicadores como la esperanza de vida y los AVPM. Otro ejemplo actual es la pandemia de COVID-19, que, además, ha repercutido notablemente en la población de personas mayores. Se necesitan análisis para comprender el efecto de la pandemia en los indicadores de salud, especialmente en la población mayor.

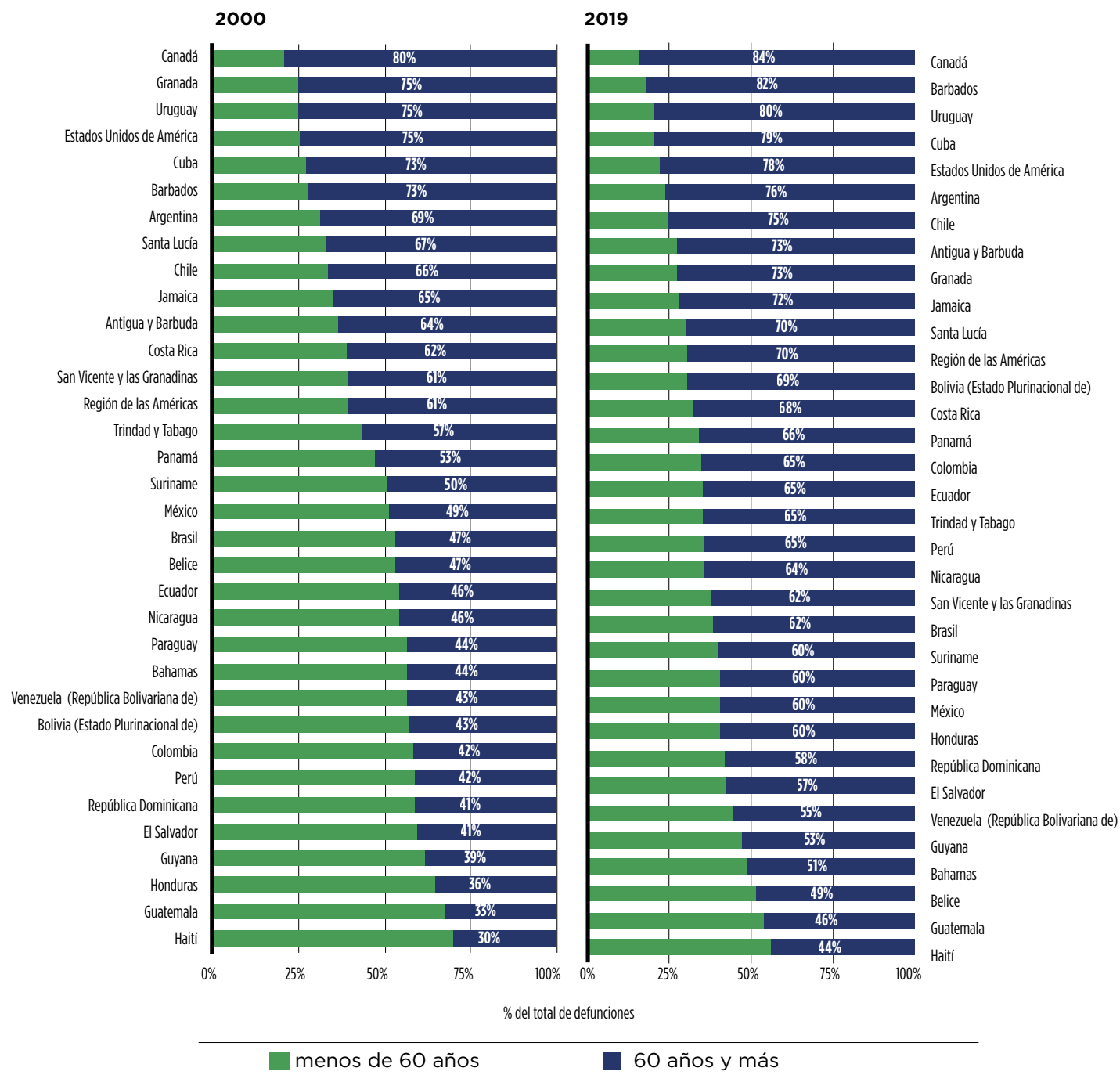
La contribución de las defunciones de las personas mayores a la mortalidad regional varía dependiendo del país. En el 2019, en 11 países el peso porcentual de este grupo de edad fue mayor al valor regional en hombres (69,8%) (figura 22). Haití presentó el valor menor, de un 43,8%, pero mayor al del 2000, de un 30,4%. El comportamiento en las mujeres fue similar (figura 23). En el 2019, de cada 100 defunciones, 70 fueron de mujeres mayores en 25 países de la Región de las Américas, frente a los tan solo 13 países en el 2000.

**Figura 21.** Región de las Américas y países seleccionados: defunciones, por grupo de edad, 2000-



Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.

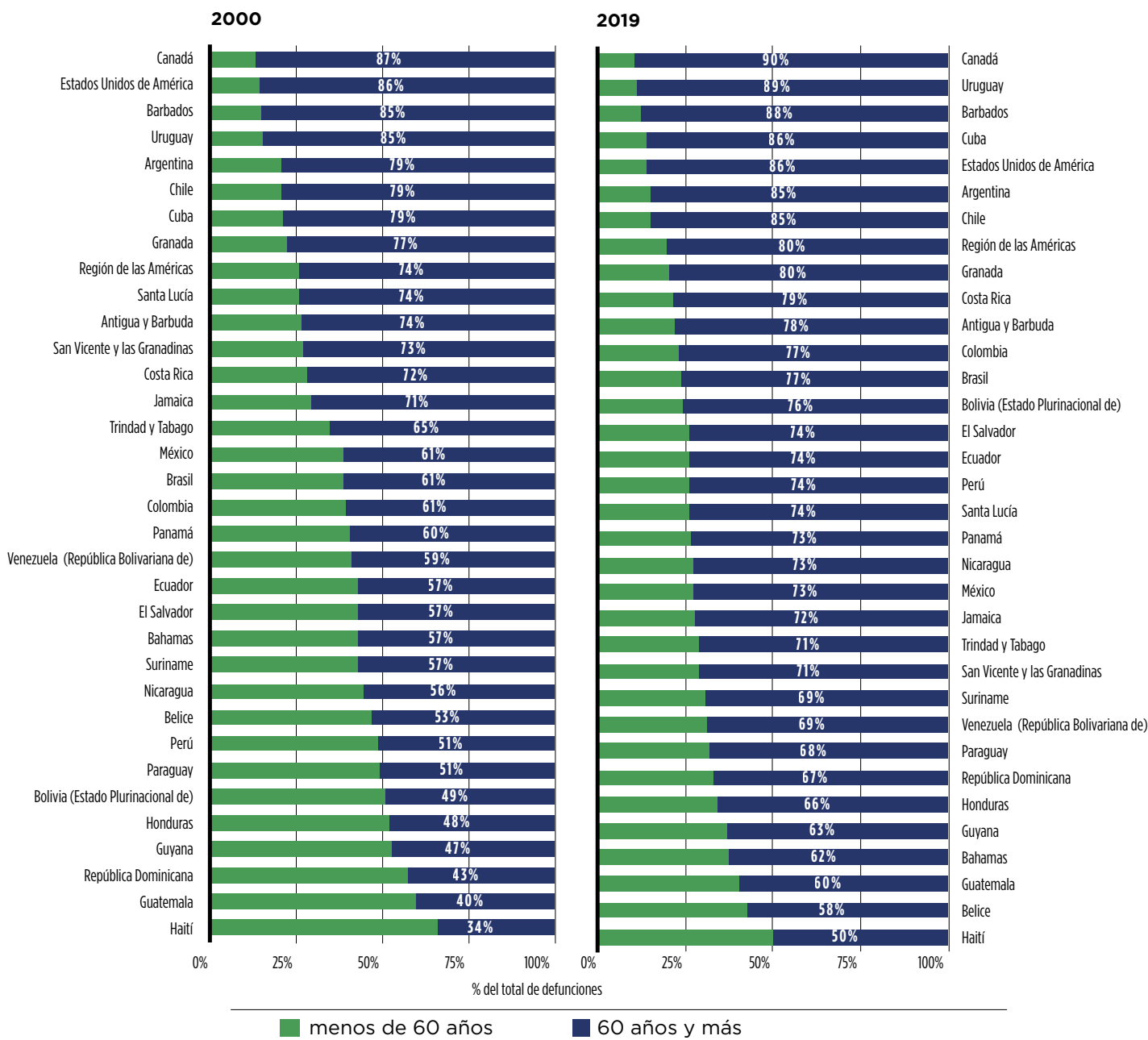
**Figura 22.** Región de las Américas: defunciones de hombres, por grupo de edad, 2000 y 2019



Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.



**Figura 23.** Región de las Américas: defunciones de mujeres, por grupo de edad, 2000 y 2019



Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.

### Tendencia de la tasa de mortalidad de las personas mayores

Para el 2019 se estimaron un total de 5 357 272 defunciones de personas de 60 años y más (5 071 257 a 5 691 188 con un intervalo de confianza del 95%), de las cuales el peso porcentual para hombres y mujeres es similar, de prácticamente el 50%. Dentro del grupo de defunciones de personas mayores (cuadro 7), el mayor peso se aprecia a partir de los 70 años, al que corresponden 7 y 8 defunciones de cada 10 defun-

ciones en hombres y mujeres, respectivamente. El grupo extremo de 85 años y más presenta, a su vez, una mayor contribución con relación al resto de los grupos de edad y es mayor en mujeres que en hombres.

**Cuadro 7.** Región de las Américas: defunciones de personas mayores, por grupo de edad y sexo, 2000, 2010 y 2019

**MUJERES**

Edad	DEFUNCIONES			PORCENTAJE		
	2000	2010	2019	2000	2010	2019
60-64	138 618	171 914	214 208	7,3	7,8	7,9
65-69	180 628	202 277	263 854	9,5	9,2	9,8
70-74	244 137	249 145	319 718	12,9	11,3	11,8
75-79	306 541	310 520	367 162	16,1	14,1	13,6
80-84	339 991	391 092	426 844	17,9	17,8	15,8
85 y más	689 501	873 394	1 109 654	36,3	39,7	41,1
60 y más	1 899 416	2 198 342	2 701 440	100,0	100,0	100,0

**HOMBRES**

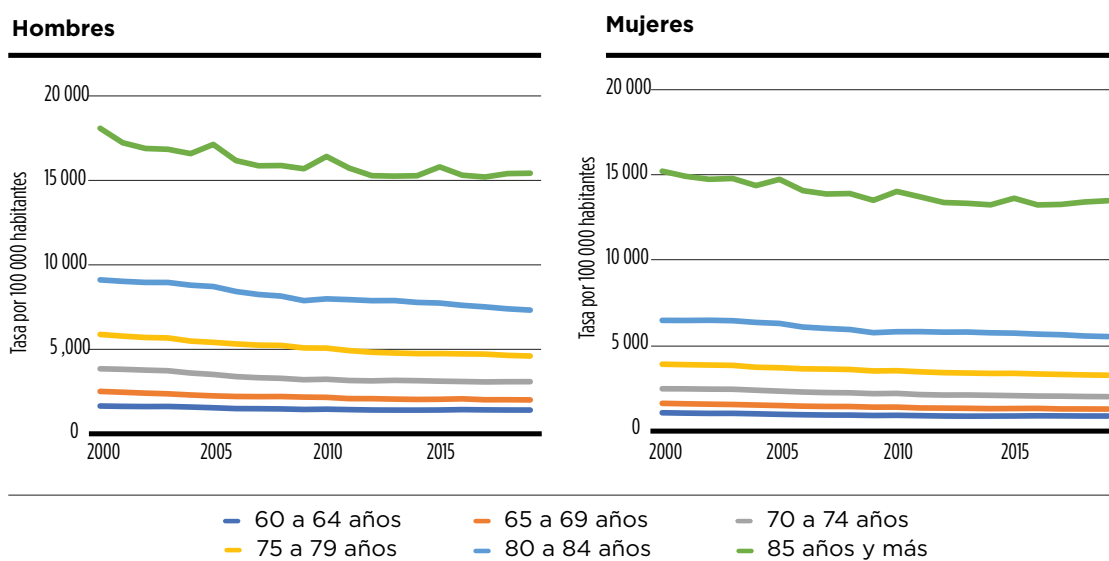
Edad	DEFUNCIONES			PORCENTAJE		
	2000	2010	2019	2000	2010	2019
60-64	198 145	252 107	318 629	11,2	12,1	12,0
65-69	244 160	275 526	367 477	13,9	13,3	13,8
70-74	305 582	310 472	417 331	17,3	14,9	15,7
75-79	334 264	344 563	410 173	19,0	16,6	15,4
80-84	300 597	364 266	416 063	17,1	17,5	15,7
85 y más	378 737	530 346	726 159	21,5	25,5	27,3
60 y más	1 761 485	2 077 280	2 655 832	100,0	100,0	100,0

*Fuente:* Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.

La tendencia de las tasas de mortalidad del 2000 al 2019 por sexo para todos los grupos de edad se muestra en la figura 24. En el 2019, el riesgo de morir de los hombres de entre 60 y 64 años fue el doble en comparación con el riesgo de morir de los hombres de todas las edades (tasa estandarizada por el método directo de 639,3 muertes por cada 100 000 habitantes) y, a su vez, fue mucho más alta la tasa de mortalidad del grupo de 85 años y más (15 453 muertes por cada 100 000 personas mayores de 85 años y más).

Centrando la atención en el grupo de personas mayores, la tasa de mortalidad más alta corresponde al grupo 85 años y más<sup>3</sup> y se observa que, a mayor edad, mayor es la tasa, tanto en hombres como en mujeres. La diferencia entre hombres y mujeres radica en que los primeros presentan una mayor mortalidad en todos los grupos de edad que las mujeres en toda la serie analizada.

**Figura 24.** Región de las Américas: tendencias de la tasa de mortalidad de las personas mayores, por grupo de edad y sexo, 2000-2019



*Fuente:* Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.

La tendencia de la tasa mortalidad por cada grupo de edad es claramente descendente en la serie de 20 años analizada. Todos los grupos de edad de personas mayores presentan un cambio porcentual negativo entre el 2000 y el 2019 (cuadro 8).

El grupo de mujeres de 65 a 69 años presentó la mayor disminución (-21,1%) y la menor correspondió al grupo de 85 años y más (-11,4%). En cambio, el porcentaje de cambio en los hombres fue menor en comparación con las tasas de cada grupo de edad de las mujeres. El grupo más joven de los hombres mayores, de 60 a 64 años, presentó la menor disminución de la tasa de mortalidad (-9,4%) y la mayor correspondió a la tasa de mortalidad por 100 000 habitantes del grupo de 75 a 79 años (-15,9%).

<sup>3</sup> La serie de tasas de mortalidad para el grupo de 85 años y más presenta fluctuaciones en algunos años relacionadas más con las estimaciones y no con eventos epidemiológicos o de mortalidad ocurridos.

**Cuadro 8.** Región de las Américas: tasas de mortalidad de las personas mayores, por grupo de edad y sexo, 2000 y 2019

**MUJERES**

Edad	TASA DE MORTALIDAD POR 100 000 HABITANTES		DIFERENCIA (%)	PORCENTAJE		DIFERENCIA (%)
	2000	2019		2000	2010	
60-64	1046	171 914	-18,5	138 618	214 208	54,5
65-69	1599	202 277	-21,1	180 628	263 854	46,1
70-74	2455	249 145	-18,9	244 137	319 718	31,0
75-79	3897	310 520	-16,6	306 541	367 162	19,8
80-84	6472	391 092	-14,7	339 991	426 844	25,5
85 y más	15238	873 394	-11,4	689 501	1 109 654	60,9
60 y más	3643	2 198 342	-17,0	1 899 416	2 701 440	42,2

**HOMBRES**

Edad	TASA DE MORTALIDAD POR 100 000 HABITANTES		DIFERENCIA (%)	PORCENTAJE		DIFERENCIA (%)
	2000	2019		2000	2010	
60-64	1631	1390	-9,4	198 145	318 629	60,8
65-69	2499	1993	-13,8	244 160	367 477	50,5
70-74	3842	3076	-14,0	305 582	417 331	36,6
75-79	5881	4600	-15,9	334 264	410 173	22,7
80-84	9122	7326	-14,5	300 597	416 063	38,4
85 y más	18 123	15 453	-10,5	378 737	726 159	91,7
60 y más	4303	3578	-13,3	1 761 485	2 655 832	50,8

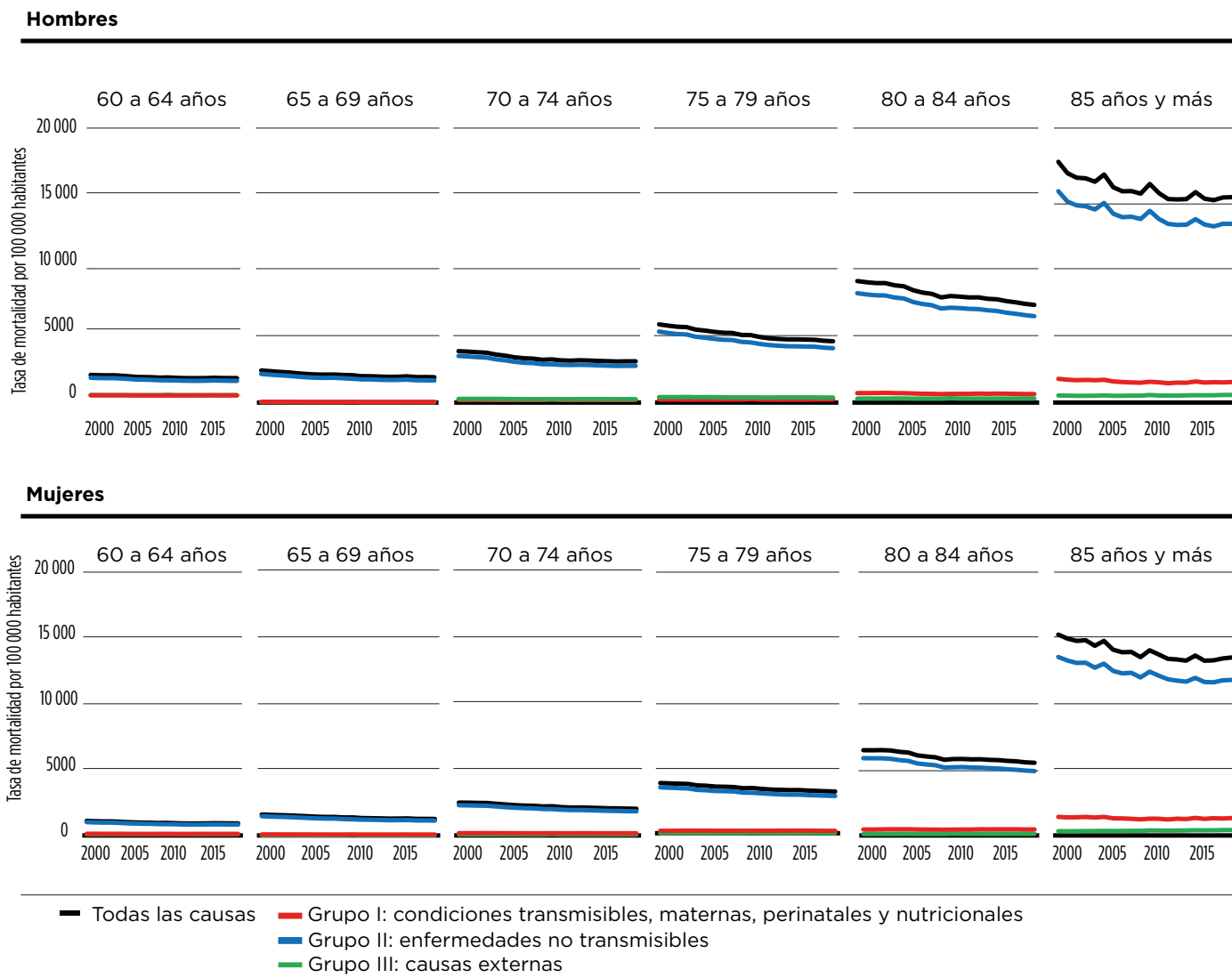
*Fuente:* Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghel-leading-causes-of-death>.

La tendencia de la tasa de mortalidad por grandes grupos de causas (figura 25) pone de manifiesto lo que ya se sabe del peso importante que tienen las causas no transmisibles del grupo II en la carga de la enfermedad y la mortalidad de las personas mayores en comparación con el grupo I, condiciones transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, y el grupo III, causas externas.

Las causas del grupo II son responsables de alrededor del 85% de las muertes en todos los grupos de edad de los hombres mayores y del 90% de las mujeres. Las causas del grupo I y III en conjunto no representan más del 15%. Estos valores no presentan variaciones importantes en la serie de 20 años. La tasa de mortalidad por el grupo II en el 2019

en el grupo de 85 años y más fue de 13 433 y 11797 muertes por cada 100 000 habitantes en hombres y mujeres, respectivamente, seguidas muy de lejos por las causadas por el grupo I (1496 y 1307 muertes por cada 100 000 habitantes) y por el grupo III (524 y 398 muertes por cada 100 000 habitantes)

**Figura 25.** Región de las Américas: tendencias de la tasa de mortalidad de las personas mayores, por grupo de edad y sexo y por todas las causas y grupo de causa, 2000-2019

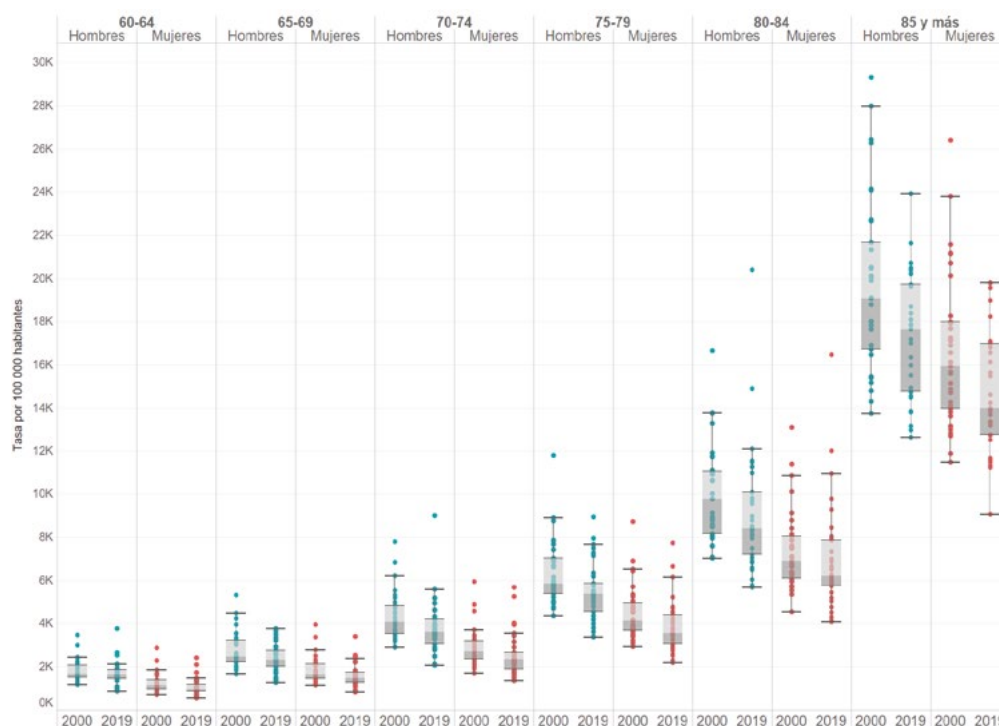


*Fuente:* Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.

Para ilustrar la distribución de las tasas de mortalidad de los países, se emplea una gráfica de caja y bigotes que incluye cuartiles, el valor de la mediana y valores atípicos (figura 26). De manera similar al comportamiento de la tasa de AVPM (figura 13), se aprecia que la tasa aumenta en cada grupo de edad, con mayor mortalidad en hombres

en cada grupo de edad correspondiente. El valor del indicador es menor en el 2019 en comparación con el 2000 en los seis grupos de edad. Guyana, Haití, Suriname y Granada presentan valores atípicos (mayores) en todos los grupos de edad tanto en hombres como en mujeres.

**Figura 26.** Región de las Américas: tasa de mortalidad de las personas mayores, por grupo de edad y sexo, 2000 y 2019



Nota: 1K = 1000.

Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.

## Principales causas de muerte

### Panorama en la Región de las Américas

El perfil que se desprende del análisis de las causas principales de muerte en el 2019 de la población de personas mayores masculina a nivel regional (figura 26) se caracteriza por un predominio del grupo II, con solo una causa del grupo I y dos del grupo III entre las 20 primeras causas. Las causas y su orden son similares a las principales causas de AVPM, presentados en el capítulo tercero, con diferencias en la diferencia porcentual empleando la tasa de mortalidad de 60 años y más.

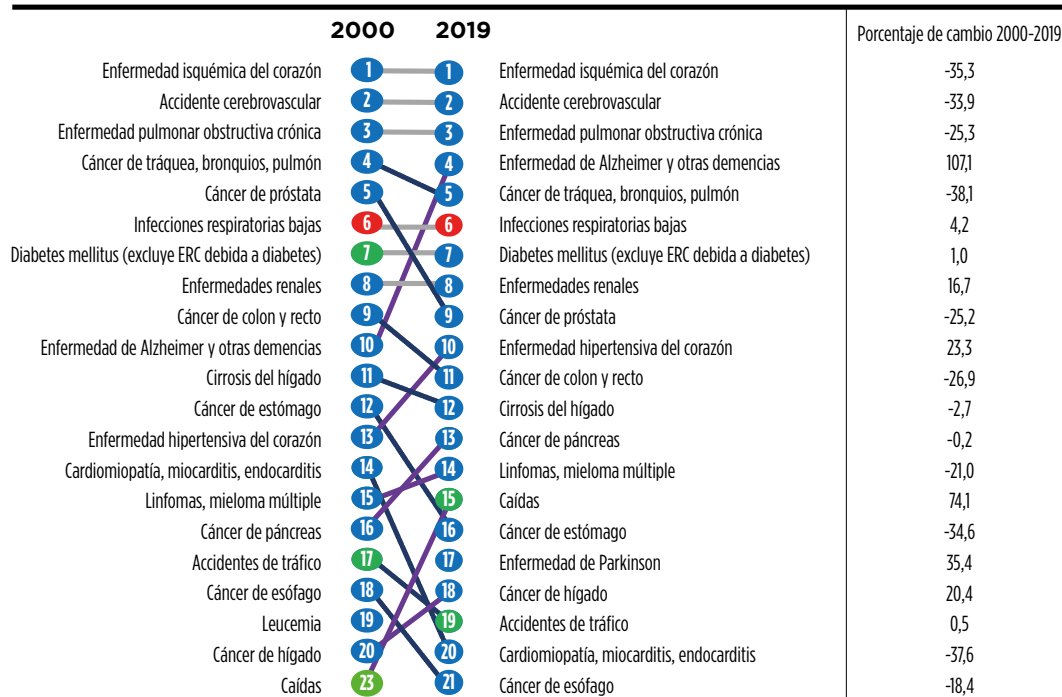
Las 20 causas principales de muerte en hombres fueron responsables del 73% de las muertes en el 2019. La enfermedad isquémica del corazón representa 20 de cada 100 defunciones, seguida por el accidente cerebrovascular, responsable del 7% de las defunciones. Tanto en el 2000 como en el 2019, la enfermedad isquémica del corazón ocupó

el primer puesto, pero la tasa de mortalidad disminuyó un 35,3%. Entre el 2000 y el 2019, cuatro causas suben más de dos puestos, de las cuales destacan la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, que aumentaron más de un 100% y ascendieron del 10.º al 4.º puesto. Las caídas cambiaron del puesto 23.º al 15.º al registrar un incremento del 74,1%. Otro cambio importante se refiere a la enfermedad de Parkinson, que aumentó un 35,4% y figura por primera vez entre las 20 primeras causas de muerte en el 2019. Llamen la atención las infecciones respiratorias bajas, única representante del grupo I, que mantienen su puesto y se incrementaron en un 4,2%. Siete de ocho cánceres presentan un descenso de al menos un 20% y cambian de puesto entre el 2000 y el 2019, exceptuando el cáncer de páncreas, que registró una disminución mínima.

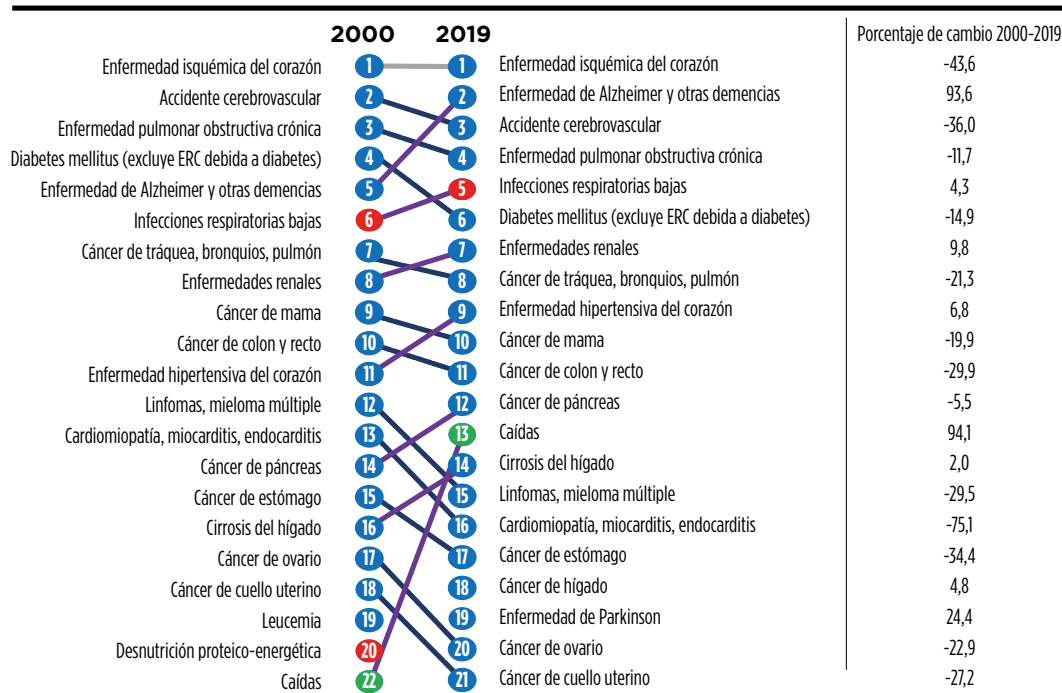
En el caso de las mujeres el comportamiento es similar en cuanto al peso de las muertes por el grupo II, de alrededor de un 74% en el 2019. La tasa de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón disminuyó en un 43,6% entre el 2000 y el 2019 y fue responsable de 16 de cada 100 defunciones en el 2019 y de 24 de cada 100 en el 2000. Siete causas presentan un cambio importante de puesto y porcentual, entre las que también destacan la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, que suben del quinto al segundo puesto al registrar un incremento de casi un 95%. Once causas descendieron y los cánceres presentaron una disminución que fluctuó entre un 5,5% y 34,4%, exceptuando el cáncer de hígado, que aumentó un 4,8%. Las caídas, única representante del grupo III, ascendieron casi 10 puestos con un incremento cercano al 95%. Las infecciones respiratorias bajas mantuvieron su relevancia. Llama la atención que en el 2000 la desnutrición proteico-energética haya figurado entre las 20 principales causas en mujeres mayores y, si bien en el 2019 no lo hace, sí figura entre las primeras 30.

**Figura 27.** Región de las Américas: principales causas de muerte de las personas mayores, por sexo, 2000 y 2019

**HOMBRES**



**MUJERES**



- Grupo I: condiciones transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales
- Grupo II: enfermedades no transmisibles
- Grupo III: causas externas

Nota: ERC: enfermedad renal crónica.

Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.



## Panorama por país

Para el análisis de las principales causas de muerte por país en el 2019, se presentan las 10 primeras causas para hombres y mujeres por grupo de edad. Entre las principales causas en hombres mayores por país (figura 28), la enfermedad isquémica del corazón muestra nuevamente su presencia ocupando el primer puesto en todos los grupos de edad y en la mayoría de los países. Le siguen el accidente cerebrovascular y la diabetes mellitus. Sin embargo, ambas son desplazadas por otras causas. Entre los cánceres, el de próstata y de tráquea, bronquios y pulmón son los de mayor prevalencia. El primero destaca entre las primeras cinco causas sobre todo a partir del grupo de 70 años y más. Solo el cáncer de estómago compite con los anteriores y se ubica entre las primeras cinco causas en Chile, Colombia y Costa Rica en el grupo de 60 a 69 años. Se observa un comportamiento diferente al de las principales causas a nivel regional en El Salvador, Honduras, Jamaica, Colombia y la República Bolivariana de Venezuela, donde la violencia interpersonal figura entre las primeras cinco causas en hombres en varios grupos de edad. Las enfermedades renales desplazan a la enfermedad isquémica en El Salvador y Nicaragua y llegan incluso a ocupar el primer puesto en la población de personas mayores más joven (60 a 69 años). Otro patrón llamativo, similar al orden regional, es la prevalencia de las infecciones respiratorias bajas, que es más discreta en el grupo menor de 70 años, pero notable a partir de los 80 años edad. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias ocupa el segundo lugar a nivel regional, en el Canadá y en los Estados Unidos de América en el grupo de 80 años y más y, si bien ocupa puestos inferiores en otros 20 países, claramente está presente como principal causa de muerte. Otra causa importante son las caídas en el grupo de 80 años y más en Cuba, el Canadá y el Brasil.

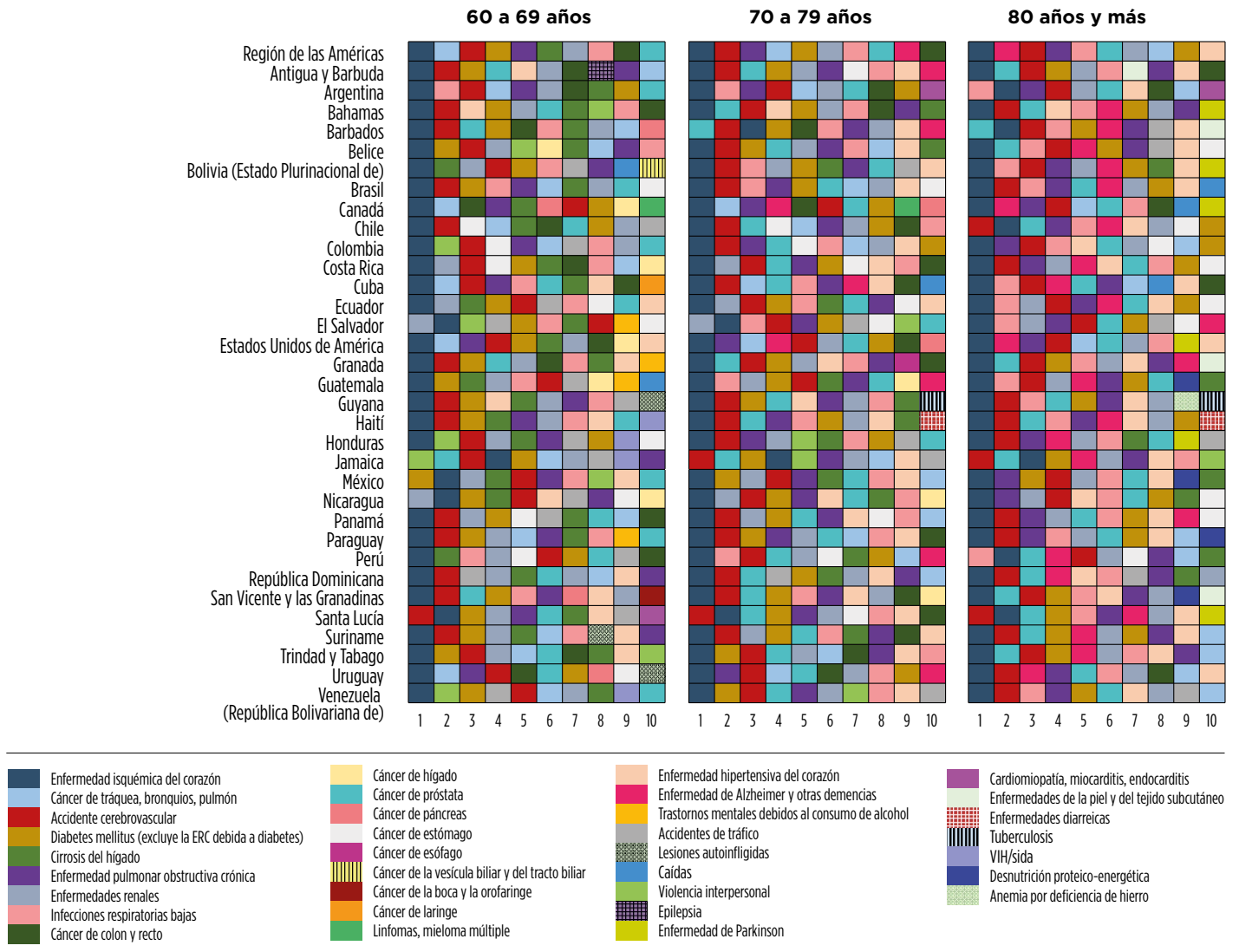
Entre las principales causas de muerte de las mujeres mayores por país (figura 29) también figura en los primeros lugares la enfermedad isquémica del corazón, pero con menor prevalencia que en los hombres. La diabetes mellitus la desplaza a un segundo lugar, por ejemplo, en el grupo más joven, de 60 a 69 años, en siete países. El cáncer de mama y el de tráquea, bronquios y pulmón figuran entre los primeros cinco puestos en la mayoría de los países. El cáncer de cuello de útero compite también por un puesto entre las causas más importantes, y es la principal causa de cáncer, por ejemplo, en Belice, el Estado Plurinacional de Bolivia, El Salvador, Honduras y Nicaragua. Sin embargo, su prevalencia es mucho menor en los grupos de mayor edad y no se encuentra como causa de muerte en ningún grupo de edad, por ejemplo, en la Argentina, Costa Rica, Cuba, el Canadá, los Estados Unidos

de América y el Uruguay. De manera similar al patrón de mortalidad de los hombres, las infecciones respiratorias bajas y la enfermedad de Alzheimer y otras demencias ascienden puestos sobre todo a partir de los 70 años y se sitúan entre las primeras cinco causas en el grupo de 80 años y más. Entre las causas externas, si bien la violencia interpersonal figura entre las principales causas de muerte, su prevalencia es menor que en los hombres. Las caídas ocupan el 10.º puesto a nivel regional en el grupo de 80 años y más y ocupan puestos más altos en el Brasil, Cuba, el Canadá, los Estados Unidos de América, Nicaragua y la República Bolivariana de Venezuela.

A diferencia de la lista a nivel regional, donde solo una causa corresponde al grupo I, en países como Haití, Guyana, Guatemala y Honduras aún figuran como causas principales las enfermedades diarreicas, la tuberculosis, el VIH/sida, la desnutrición proteico-energética y la anemia por deficiencia de hierro tanto en hombres como en mujeres. Otro grupo de causas que a nivel regional difícilmente ocuparía un lugar entre las 30 principales son las enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo que sí figuran como principales causas de muerte en algunos países como las Bahamas, Barbados, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía y Suriname.

Algunos ejemplos de causas con menor prevalencia son la epilepsia, la enfermedad de Parkinson, la cardiomiopatía, la miocarditis y la endocarditis, las lesiones autoinfligidas, el cáncer de la vesícula biliar y del tracto biliar, los linfomas y el mieloma múltiple y los trastornos mentales debidos al consumo de alcohol.

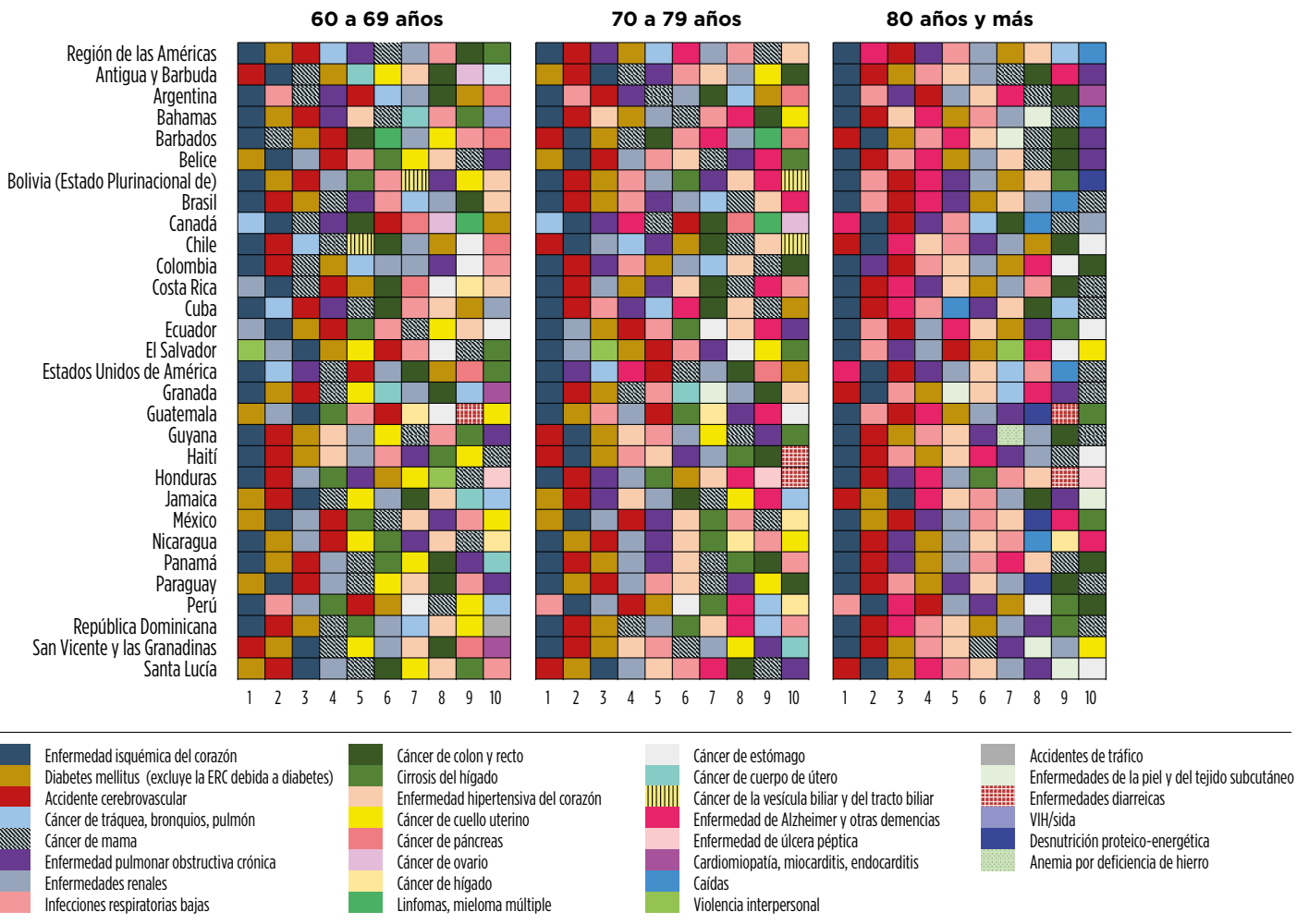
**Figura 28.** Región de las Américas: principales causas de muerte de la población masculina de personas mayores, por grupo de edad y país, 2019



Nota: ERC: enfermedad renal crónica.

Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.

**Figura 29.** Región de las Américas: principales causas de muerte de la población femenina de personas mayores, por grupo de edad y país, 2019



*Nota:* ERC: enfermedad renal crónica.

*Fuente:* Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.

## Conclusiones

La Región de las Américas es un ejemplo de historias exitosas de intervenciones en salud que desde hace varios lustros sin duda han cambiado el patrón de mortalidad, ya que los datos arrojan un cambio importante en esta y en sus causas en la población de personas mayores. Las causas del grupo I, condiciones transmisibles, maternas, perinatales y nutriciones, también conocido como el grupo del rezago epidemiológico, no figuran en varios países. Incluso en el grupo responsable de la mayor parte de las muertes de las personas mayores, el grupo II, enfermedades no transmisibles, la enfermedad isquémica del corazón y el accidente cerebrovascular han mostrado una tendencia descendente. Sin embargo, los esfuerzos deben redoblar para mantener dicha tendencia y evitar una estabilización e incluso una tendencia reversa (45).

Otro hecho importante y que debe llamar la atención es que prácticamente el 76% y el 74% de las causas de muerte en mujeres y hombres mayores, respectivamente, en el 2019 eran evitables. Se considera evitable aquella causa de muerte para la cual se disponen de medidas de prevención y tratamiento y que podrían haberse evitado si se hubieran aplicado oportuna y completamente (46). Sin embargo, las medidas pueden estar disponibles, pero la población puede no tener acceso a ellas por limitación económica o accesibilidad geográfica o incluso por percepción de mala atención de los servicios de salud. En otro escenario, una persona puede comenzar a aplicar medidas después de ser evaluada en un servicio de salud, pero estas pueden no cumplir con los criterios básicos de aplicación o puede existir un costo económico que limitará el cumplimiento de las distintas medidas necesarias.

El patrón de mortalidad de las personas mayores de la Región muestra una doble carga que representa un reto para los servicios y sistemas de salud, porque en algunos países aún coexisten enfermedades del grupo I, aunque el grupo II sea predominante y el grupo III tenga una presencia modesta en comparación con la mortalidad de menores de 60 años. Esto constituye una realidad dura: aún en el 2019 en la Región de las Américas se perdieron vidas de personas mayores por enfermedades diarreicas, desnutrición proteico-energética y tuberculosis, entre otras, que son causas de muerte prevenibles y tratables.

La doble carga de mortalidad es más evidente al comparar países más desarrollados económicamente con países en desarrollo, pero también se pueden observar estas diferencias en los países con diferencias socioeconómicas y exposiciones a factores de riesgo que hacen que la población de personas mayores sea más vulnerable, además

de su propia condición particular. Es importante enfatizar también los nuevos retos en salud que tienen un gran impacto en la mortalidad y discapacidad (como se puntualizó en el capítulo tercero) y que están estrechamente relacionados con el envejecimiento, como, por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias y las caídas.

## Exceso de muertes asociadas a la pandemia de COVID-19 en 2020 y 2021 en la Región de las Américas

Las emergencias en salud y los desastres afectan de manera desproporcionada a las personas mayores e impactan en los indicadores de salud de manera considerable, como se ha señalado previamente en el presente informe. Por ello, en este apartado se presenta un análisis inicial del exceso de mortalidad asociado a la pandemia de COVID-19.

La evolución de la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas sigue siendo sumamente incierta. La disminución de los casos en América Central y del Sur en el primer trimestre del 2022 no es una señal de que la epidemia se haya acabado. Aunque la disponibilidad de vacunas contra la COVID-19 ha mejorado de manera notable, la reticencia a la vacunación podría frenar aún más la aceptación de las vacunas por la población o impedir que se aproveche plenamente su potencial. El despliegue continuo de la vacunación, en particular para los grupos de alto riesgo, como el personal de salud de primera línea y las personas mayores, sigue siendo una prioridad (47).

Entre el momento en que se detectó el primer caso en la Región de las Américas, en enero del 2020, hasta el 23 de junio del 2022 (48), se notificó en la Región un total acumulado de 161,2 millones de casos confirmados de COVID-19, que incluyen 2,8 millones de muertes (48). Las cifras más elevadas de casos y muertes mensuales se notificaron en enero del 2021. Las subregiones de América del Norte y del Sur presentan la mayor proporción de casos acumulados (59,1% y 36,4%, respectivamente) y de muertes (49,7% y 47,1%, respectivamente) al 23 de junio del 2022. Varios países de la Región han notificado un mayor número de casos de COVID-19 en la población más joven. Esto podría deberse a una mayor exposición y una vacunación limitada en este grupo. Sin embargo, es importante considerar que, si bien el proceso de notificación de casos y muertes por los países ha mejorado, el nivel

de cobertura puede variar y es más bajo en personas mayores y ciertos grupos vulnerables.

Los casos y muertes por COVID-19 notificados por sí solos no brindan una imagen completa del impacto de la pandemia de COVID-19 en los países, los sistemas de salud y las personas, y los números notificados no incluyen, por ejemplo, a los que murieron sin realizarse pruebas diagnósticas. Las cifras dependen también de la definición de COVID-19 como la causa de la muerte y no consideran un posible incremento de otras causas de defunción que se han producido debido a sistemas de salud abrumados, restricciones nacionales que los países tuvieron que aplicar para disminuir el contacto físico o pacientes que prefirieron evitar la atención para minimizar los riesgos de contacto con posibles casos de COVID-19.

En cambio, el exceso de mortalidad proporciona una medida más integral y comparable que incluye las muertes asociadas con la COVID-19 de forma directa (debido a la enfermedad) o indirecta (debido al impacto de la pandemia en los sistemas de salud y la sociedad). Las muertes vinculadas indirectamente a la COVID-19 son atribuibles a otras condiciones de salud para las cuales las personas no pudieron acceder a la prevención y el tratamiento porque los sistemas de salud estaban sobrecargados por la pandemia. El número estimado de muertes en exceso también puede verse influenciado por las muertes evitadas durante la pandemia debido a los menores riesgos de ciertos eventos como accidentes automovilísticos, agresiones o lesiones laborales. El exceso de mortalidad se calcula como la diferencia entre el número de muertes que se han producido y el número que se esperaría en ausencia de la pandemia en función de los datos de defunciones de años anteriores (49).

Las estimaciones del exceso de mortalidad de la OMS (50) muestran que el número total de muertes asociadas directa o indirectamente con la pandemia de COVID-19 entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre del 2021 fue de aproximadamente 14,9 millones a nivel mundial (13,3 millones a 16,6 millones con un intervalo de confianza del 95%) (50).

En la Región de las Américas, el exceso de mortalidad fue de 3,2 millones (3,1 millones a 3,3 millones con un intervalo de confianza del 95%). Casi el 83,5% de esas muertes se concentra en solo cinco países: Estados Unidos de América (28,9%), Brasil (21,1%), México (19,4%), Perú (9%) y Colombia (5,1%). Al comparar por mes y año de ocurrencia, el mayor número de muertes en exceso en la Región ocurrió duran-

te enero del 2021 (311 409 muertes), seguido de diciembre del 2020 (226 022 muertes) y julio del 2020 (206 426 muertes) (48).

Dado que el recuento absoluto del exceso de muertes se ve afectado por el tamaño de la población, una comparación de las tasas de exceso de mortalidad (el número de exceso de muertes por cada 100 000 habitantes) proporciona una imagen más objetiva de la pandemia. En la Región de las Américas, la tasa de exceso de mortalidad más alta de enero del 2020 a diciembre del 2021<sup>4</sup> fue en el Perú (437 muertes por 100 000 habitantes, 431 a 442 con un intervalo de confianza del 95%), el Estado Plurinacional de Bolivia (375 muertes por 100 000 habitantes, 370 a 379 con un intervalo de confianza del 95%), México (242 muertes por 100 000 habitantes, 236 a 247 con un intervalo de confianza del 95%) y el Ecuador (228 muertes por 100 000 habitantes, 222 a 234 con un intervalo de confianza del 95%).

De manera similar al panorama mundial, el número de exceso de muertes en la Región de las Américas fue mayor para hombres que para mujeres (un 61% frente al 39%). Al analizar exceso de muertes por grupos de edad es claro el peso a partir de los 50 años, pero, sobre todo, el del grupo de mujeres y hombres de 60 años y más, que representan el 79% y 73%, respectivamente (cuadro 9). Este comportamiento se mantuvo tanto en el 2020 como en el 2021 individualmente como en el período completo. Otro hallazgo importante es que el grupo de 0 a 24 años presentó una disminución, lo que contrarresta lo sucedido en los grupos de mayor edad.

El comportamiento por subregiones (figura 30) muestra un patrón similar, con mayor carga en hombres que en mujeres y en personas mayores. El exceso de muertes se concentró mayormente en las subregiones de América del Norte (49%) y América del Sur (45,8%). Sin embargo, como se puntualizó previamente, el riesgo por subregiones y países debe evaluarse usando tasas de exceso de mortalidad.

En todas las subregiones el exceso de muertes asociadas a la pandemia se concentró en personas mayores de 60 años y más, que fluctuó entre un 71% en América del Norte y un 98% en el Caribe. De manera similar al panorama regional, se aprecia un exceso de mortalidad negativo en los menores de 25 años en todas las subregiones.

4 El período “2020-2021” incluye valores promedio de 2020 y 2021 para “población” y “exceso de muertes asociadas con la pandemia de COVID-19 por todas las causas por 100 000 (media)”, además de la incertidumbre ponderada por años-persona para un intervalo de confianza del 95 %. Véase Organización Mundial de la Salud. Methods for estimating the excess mortality associated with the COVID-19 pandemic. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/methods-for-estimating-the-excess-mortality-associated-with-the-covid-19-pandemic>.



**Cuadro 9.** Región de las Américas: exceso de muertes asociadas a la pandemia por COVID-19, por sexo y grupo de edad, 2020 y 2021

**MUJERES**

Edad (años)	MUERTES			PORCENTAJE		
	2020	2021	2020-2021	2020	2021	2020-2021
0-24	-2842	1892	-950	-0,6	0,3	-0,1
25-39	18 505	23 307	41 812	3,6	3,1	3,3
40-49	31 261	39 032	70 293	6,1	5,2	5,6
50-59	55 370	99 536	154 906	10,8	13,3	12,3
60-69	115 177	172 520	287 697	22,5	23,0	22,8
70-79	112 504	183 685	296 189	21,9	24,5	23,5
80 y más	182 583	230 517	413 100	35,6	30,7	32,7
<b>Total</b>	<b>512 558</b>	<b>750 489</b>	<b>1 263 047</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**HOMBRES**

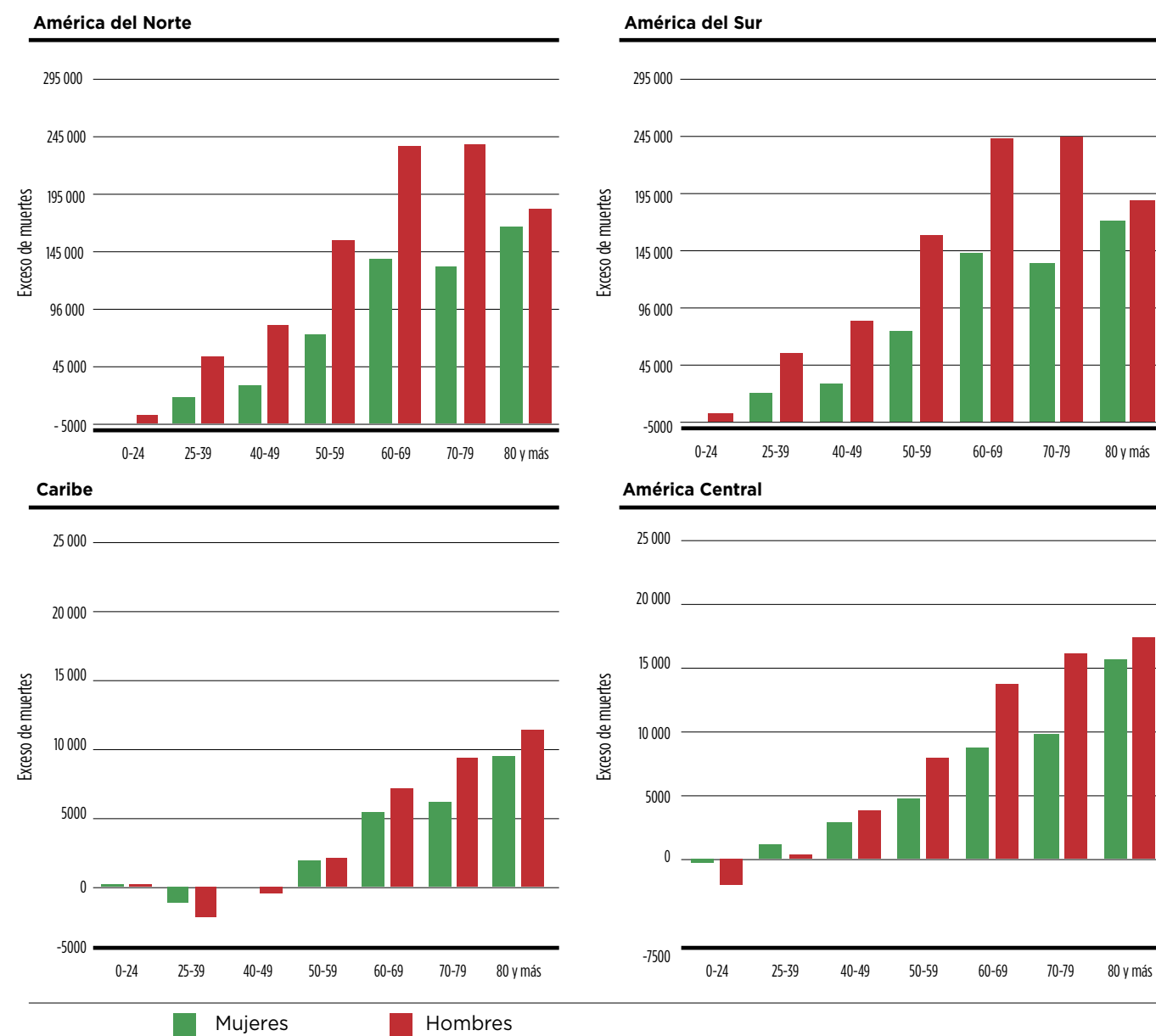
Edad (años)	MUERTES			PORCENTAJE		
	2020	2021	2020-2021	2020	2021	2020-2021
0-24	-6032	6840	808	-0,7	0,6	0,0
25-39	37 063	50 311	87 374	4,3	4,5	4,4
40-49	73 168	78 379	151 547	8,6	7,1	7,7
50-59	121 441	176 207	297 648	14,2	15,9	15,1
60-69	210 228	269 662	479 890	24,6	24,3	24,4
70-79	216 247	287 117	503 364	25,3	25,9	25,6
80 y más	203 609	240 811	444 420	23,8	21,7	22,6
<b>Total</b>	<b>855 724</b>	<b>1 109 327</b>	<b>1 965 051</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

*Fuente:* Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global excess deaths associated with COVID-19 (modelled estimates). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/sets/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-modelled-estimates>. <https://www.who.int/data/sets/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-modelled-estimates>.

Si bien las estimaciones del exceso de mortalidad se actualizarán<sup>5</sup> con base en la información que se obtenga de los países, el exceso de mortalidad asociado a la pandemia es un componente esencial para comprender el impacto de la pandemia y su efecto en la población de personas mayores. También los cambios en las tendencias de mortalidad brindan información a los tomadores de decisiones para guiar las políticas e intervenciones para reducir la mortalidad y prevenir de manera efectiva futuras crisis.

<sup>5</sup> El proceso de actualización de las estimaciones está previsto para finales del 2022.

**Figura 30.** Región de las Américas: exceso de muertes estimadas asociadas a la pandemia de COVID-19, por subregión, grupo de edad y sexo, 2020 y 2021



**Notas:**

a América del Norte: Canadá, Estados Unidos de América y México.

b América del Sur: Argentina, Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú, Paraguay y Uruguay.

c Caribe: Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Dominica, Cuba, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname y Trinidad y Tabago.

d América Central: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

*Fuente:* Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global excess deaths associated with COVID-19 (modelled estimates). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/sets/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-modelled-estimates>.

## Situación de las personas mayores durante la pandemia de COVID-19

Desde el inicio de la pandemia, habida cuenta del desconocimiento de varios aspectos clínicos y epidemiológicos de la enfermedad y sobre la base de estudios realizados en algunos países europeos y del número de casos y defunciones notificado, se llamó la atención sobre la vulnerabilidad y el mayor riesgo del que eran objeto las personas mayores, así como del impacto de la enfermedad en ellas. Por ejemplo, en marzo del 2020 las Naciones Unidas calificaron de “inaceptable” la situación de las personas mayores e instaron a una mejor protección de las personas mayores que enfrentaban el mayor riesgo de la pandemia de COVID-19 (50).

No obstante las comunicaciones y reflexiones de distintas organizaciones internacionales y nacionales, las personas mayores no han sido atendidas de forma preferencial a nivel mundial ni regional. Es más, en algunos ámbitos, se conoce que se les negó la atención hospitalaria. En muchos países se aplicaron criterios de prioridad basados solamente en la edad cronológica para servicios de salud y de emergencia, sin tener en cuenta los riesgos o el pronóstico (51), lo que dejó a las personas mayores desprotegidas y aumentó las barreras de acceso. El hecho de considerar solo la edad cronológica y no otros factores para este tipo de decisión es una actitud edadista.

Además de la historia natural de la enfermedad por COVID-19, otros factores han contribuido a que la población de personas mayores sea más vulnerable (52-54). Es importante señalar los síntomas atípicos relacionados con la presentación de la enfermedad que dificultan un diagnóstico oportuno y manejo adecuado. Por ejemplo, al menos un tercio de las infecciones graves no cursan con fiebre en las personas mayores; los mareos, las caídas, el síndrome de confusión mental (delirium), la disminución del apetito y el estado general de deterioro (*failure to thrive*) son formas de presentación inespecíficas frecuentes de las enfermedades agudas en las personas mayores. Muchos profesionales no conocen estas diferencias, cuestión que también se observó durante la pandemia.

Otro factor claro es el riesgo desproporcionado de muerte de las personas mayores, relacionado con su mayor necesidad de apoyo o de atención por vivir en ambientes de alto riesgo, como las instituciones de cuidado. Esto afecta no solo a la persona mayor, sino también a los cuidadores que en muchos casos viven con ellos y que en diferentes ámbitos no pudieron mantener medidas de aislamiento por la necesi-

dad de continuar con otras actividades además de las relacionadas con el cuidado de la persona mayor (55). Otros factores importantes son la comorbilidad en las personas mayores que predisponen a un mayor riesgo de enfermedad y dificultan su tratamiento, sin olvidar la fragilidad que los hace más vulnerables y condiciona su pobre respuesta inmunitaria, y la disminución de la reserva funcional, lo que conlleva a una reducción de la capacidad intrínseca y la resiliencia. Muchas personas mayores también presentan multimorbididades que dificultan el manejo y aumentan la vulnerabilidad a otros problemas de salud e infecciones como la COVID-19. En este escenario, al analizar la interrupción de los servicios de salud esenciales debido a la COVID-19, se observó que, en general, resultaron afectadas la atención primaria y la atención de rehabilitación, paliativa y a largo plazo, lo que repercute directamente en el cuidado de las personas mayores (56).

Estos factores se suman al hecho de que muchas personas mayores ya estaban socialmente excluidas antes de la pandemia y otras vivían en condiciones de pobreza, con acceso limitado a los servicios de salud, o en espacios confinados, como residencias o prisiones. Aunque ha estado claro durante muchos años que se necesita cambiar la forma en que vivimos para dar cabida a vidas más largas (57-59), la COVID-19 ha puesto al descubierto cuán poco preparadas están las sociedades para empoderar y proteger a las poblaciones que envejecen durante las crisis.

Entre los retos que se plantean en el futuro en el marco de la pandemia figuran, sin duda, el de revisar un modelo de cuidados de las personas mayores que en buena medida se ha visto puesto en entredicho por la crisis sanitaria —un modelo que ahora habrá de tomar como centro a la persona y no a la institución—, así como el de disponer de estrategias que enfatizen las capacidades de las personas mayores con un enfoque de curso de vida.

## Edadismo

Se debe reflexionar seriamente sobre las distintas lecciones aprendidas durante la pandemia de COVID-19. Una de ellas es la lucha contra la discriminación por edad (edadismo) que se apreció clara y dolorosamente a nivel mundial durante las etapas más difíciles de la pandemia. La misma respuesta para controlar la pandemia de COVID-19 ha mostrado lo extendido que está el edadismo, no solo en el discurso público, sino también en las redes sociales, donde se ha estereotipado a las personas mayores y a los jóvenes (52).

Según la OPS (60), se calcula que una de cada dos personas en el mundo tiene actitudes edadistas, lo que empobrece la salud física y mental de las personas mayores, además de reducir su calidad de vida, y cuesta cada año miles de millones de dólares a la sociedad. Sin embargo, existen acciones claras para combatir el edadismo: 1) mediante políticas y legislación que protejan los derechos humanos y luchen contra la discriminación y desigualdad por razones de edad de manera objetiva y efectiva; 2) mediante la promoción de actividades educativas para transmitir conocimientos y competencias y promover al máximo la empatía, y 3) mediante actividades intergeneracionales que conecten a personas de generaciones diferentes.

La lucha contra el edadismo es una de las áreas de acción prioritarias de la Década de Envejecimiento Saludable, así como la provisión de servicios de salud que atiendan las necesidades de las personas mayores. La Década del Envejecimiento Saludable enfatiza la necesidad de adoptar un enfoque holístico donde los derechos humanos de las personas mayores deben considerarse permanentemente para garantizar la equidad en el ejercicio de estos y el acceso a los servicios de salud, cuidados especiales y protección financiera. No solo se debe considerar el incremento de la cobertura de los servicios, sino el incremento en la cobertura efectiva, entendiéndose por ella la ganancia en salud que la población de personas mayores debe experimentar al entrar en contacto con los servicios de salud.

Se puede transformar este momento en una oportunidad única para promover cambios necesarios para que los países de la Región de las Américas ofrezcan a sus poblaciones de personas mayores la transformación necesaria para mantener y alcanzar una vida no solo más larga, sino también más saludable.

## Conclusiones

Es imperante que, para la asignación de los recursos y el establecimiento de prioridades en salud para la población de personas mayores, se considere un análisis basado en indicadores compuestos de la carga de la enfermedad, como los AVISA, la mortalidad y otros indicadores, como la esperanza de vida sana, entre otros.

Se debe prestar especial atención al reto particular del envejecimiento que plantean la discapacidad y la consecuente dependencia, así como los problemas de salud mental, que constituyen una barrera para el envejecimiento saludable. Por eso, es clave establecer y fortalecer la recolección de indicadores de capacidad funcional de la población de personas mayores para contar con una medición de la salud más integral.

Al ser el envejecimiento un fenómeno complejo, se debe considerar que no hay una estrategia única para abordarlo de manera eficiente. Las políticas públicas han de ser coherentes con las expectativas sociales, las visiones políticas de la sociedad, la asignación presupuestal, las capacidades y el entorno institucionales en general, lo cual debe incluir a los programas ya existentes, y, evidentemente, tener en cuenta de manera activa a la población de personas mayores. Es importante también la necesidad de un abordaje intersectorial partiendo del reconocimiento de la transversalidad del tema. La premisa debe ser que el envejecimiento no se debe ver como una carga para el sistema de salud ni como un problema de financiamiento de pensiones, sino más bien como una buena oportunidad para reorientar las políticas públicas y dotar de nuevo significado a las personas mayores y al envejecimiento.

La Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) hace un llamado a repensar cómo enfrentar los hechos y desafíos para un envejecimiento saludable, así como la manera en que transitar del diagnóstico a las políticas públicas efectivas y mejorar la medición y el monitoreo para comprender mejor el envejecimiento y la salud de la población de personas mayores en la Región de las Américas.

## Referencias

1. Davis K. The World Demographic Transition. The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science [Internet]. Enero de 1945 [fecha de consulta: 24 de mayo del 2022]; 237:1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/000271624523700102>.
2. Chackiel J. América Latina: ¿hacia una población decreciente y envejecida? Papeles de Población [Internet]. 2006 [fecha de consulta: 24 de mayo del 2022];12(50):37- 70. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11205006>.
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La nueva era demográfica en América Latina y el Caribe: la hora de la igualdad según el reloj poblacional [Internet]. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2014 [fecha de consulta: 24 de mayo del 2022]. 78 págs. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37252/1/MPD\\_ddr2\\_esp.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37252/1/MPD_ddr2_esp.pdf).
4. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. World Population Ageing 2019 [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2020 [fecha de consulta: 24 de mayo del 2022]. 51 págs. Disponible en: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>.
5. Salomon JA, Murray C. The Epidemiologic Transition Revisited: Compositional Models for Causes of Death by Age and Sex. Population and Development Review [Internet]. Junio del 2002 [fecha de consulta: 30 de mayo del 2022];28(2):205-28. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2002.00205.x>.
6. Mackenbach J. Omran's 'Epidemiologic Transition' 50 years on. International Journal of Epidemiology [Internet]. Febrero del 2022 [fecha de consulta: 30 de mayo del 2022];51(4):1054-1057. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ije/dyac020>.
7. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Datos y cifras [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 16 de septiembre del 2022 [última actualización: 21 de noviembre del 2022; fecha de consulta: 30 mayo del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
8. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 [fecha de consulta: 30 de mayo del 2022]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf).

9. Islam N, Jdanov D, Shkolnikov V, Khunti K, Kawachi I, White M, y otros. Effects of covid-19 pandemic on life expectancy and premature mortality in 2020: time series analysis in 37 countries. *BMJ* [Internet]. 3 de noviembre del 2021 [fecha de consulta: 30 de mayo de 2022];375:e066768. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-066768>.
10. Organización Mundial de la Salud. Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; enero del 2021 [última actualización: 13 de noviembre del 2022; fecha de consulta: 30 de mayo del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/decade-of-healthy-ageing>.
11. Organización Mundial de la Salud, 69.ª Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 24 de mayo del 2016 [fecha de consulta: 30 de mayo del 2022]. 5 págs. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_ACONF8-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_ACONF8-sp.pdf).
12. Naciones Unidas, Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2003 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. 57 págs. Disponible en: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>.
13. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 25 de septiembre del 2015 [última actualización: 23 de noviembre del 2022; fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://sdgs.un.org/es/2030agenda>.
14. Organización Panamericana de la Salud. Década del Envejecimiento Saludable en las Américas (2021-2030) [Internet]. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 21 de enero del 2021 [última actualización: 23 de noviembre del 2022; fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Panamericana%20de%20la,Saludable%20para%20su%20implementaci%C3%B3n%20regional>.
15. Lordos E, Herrmann F, Robine J, Balahoczky M, Giannelli S, Gold G, y otros. Comparative value of medical diagnosis versus physical functioning in predicting the 6-year survival of 1951 hospitalized old patients. *Rejuvenation Research* [Internet]. Agosto del 2008 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022];11(4):829-836. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/rej.2008.0721>.



16. Organización Mundial de la Salud, The Global Health Observatory. Global health estimates 2019: Life expectancy and leading causes of death and disability [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 [última actualización: 21 de noviembre del 2022; fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/mortality-and-global-health-estimates>.
17. Organización Mundial de la Salud. Global excess deaths associated with COVID-19 (modelled estimates) [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [última actualización: 23 de noviembre del 2022; fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/sets/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-modelled-estimates>.
18. Murray C, Salomon J, Mathers C, Lopez A, editors. Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002 [fecha de consulta: 2 de junio de 2022]. 770 págs. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42439>.
19. Organización Mundial de la Salud. World Health Statistics 2022: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. 125 págs. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/356584?locale-attribute=es&>.
20. Hosseinpoor A, Williams J, Jann B, Kowal P, Officer A, Posarac A, y otros. Social determinants of sex differences in disability among older adults: a multi-country decomposition analysis using the World Health Survey. International Journal for Equity Health [Internet]. 8 de septiembre del 2012 [fecha de consulta: 6 de junio del 2022];11:52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22958712/>.
21. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 [última actualización: 2 de octubre del 2022; fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
22. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. World Population Prospects 2022. 2019 Revision [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2022 [última actualización: 23 de noviembre del 2022; fecha de consulta: 6 de junio del 2022]. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/CSV/>.
23. Huenchuán S. Indicadores sobre envejecimiento y personas mayores en Centroamérica, México y el Caribe hispano [Internet]. Ciudad de México: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2021 [fecha de consulta: 6 de junio del 2022]. 161 págs. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/47641>.

24. Martínez R, Morsch P, Soliz P, Hommes C, Ordunez P, Vega E. Life expectancy, healthy life expectancy, and burden of disease in older people in the Americas, 1990–2019: a population-based study [Internet]. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2021 [fecha de consulta: 6 de junio del 2022];45(e114). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54914>.
25. Colaboradores del GBD 2019 Ageing. Global, regional, and national burden of diseases and injuries for adults 70 years and older: systematic analysis for the Global Burden of Disease 2019 Study. *BMJ* [Internet]. 2022 [fecha de consulta: 8 de junio del 2022];376(e068208). Disponible en: <https://www.bmj.com/content/376/bmj-2021-068208>.
26. Organización Panamericana de la Salud. Curso de vida saludable [Internet]. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020 [última actualización: 21 de noviembre del 2022; fecha de consulta: 30 de mayo del 2022]. Disponible en: [www.paho.org/es/temas/curso-vida-saludable](http://www.paho.org/es/temas/curso-vida-saludable).
27. Murray C, Lopez A, Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial, Harvard School of Public Health. The Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996 [fecha de consulta: 6 de junio del 2022]. 27 págs. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41864>.
28. Murray C. Quantifying the burden of disease: technical basis for disability-adjusted life years. *Bulletin of the World Health Organization* [Internet]. 1994 [fecha de consulta: 6 de junio del 2022];72(3):429-445. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2486718/>.
29. Murray C, Lopez A. Global and regional cause of death patterns in 1990. *Bulletin of the World Health Organization* [Internet]. 1994 [fecha de consulta: 6 de junio del 2022];72(3):447-80. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2486698/>.
30. Murray C, Lopez A. Quantifying disability: data, methods and results. *Bulletin of the World Health Organization* [Internet]. 1994 [fecha de consulta: 15 de junio del 2022];72(3):481-494. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2486704>.
31. Murray C, Lopez A, Jamison D. The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions. *Bulletin of the World Health Organization* [Internet]. 1994 [fecha de consulta: 15 de junio del 2022];72(3):495-509. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2486716>.

32. Martínez R, Soliz P, Caixeta R, Ordunez P. Reflection on modern methods: years of life lost due to premature mortality—a versatile and comprehensive measure for monitoring non-communicable disease mortality. *International Journal of Epidemiology* [Internet]. Agosto del 2019 [fecha de consulta: 15 de junio del 2022];48(4):1367-1376. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ije/dyy254>.
33. Hanson K. La medición del estado de salud. Género, carga de morbilidad y establecimiento de prioridades en el sector salud [Internet]. Boston: Harvard Center for Population and Development Studies; 2000 [fecha de consulta: 15 de junio del 2022]. 43 págs. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/810/9275322856.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
34. Lozano R, Murray C, Frenk J, Bobadilla JL. Burden of disease assessment and health system reform: Results of a study in Mexico. *Journal of International Development* [Internet]. Mayo de 1995 [fecha de consulta: 15 de junio del 2022];7(3):555-563. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jid.3380070314>.
35. Gómez-Dantés H, Castro M, Franco-Marina F, Bedregal P, Rodríguez-García J, Espinoza A, y otros. La carga de la enfermedad en países de América Latina. *Salud Publica de México* [Internet]. Enero del 2011 [fecha de consulta: 15 de junio del 2022];53(2):72-77. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800003).
36. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Quinto Informe ONS: Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia [Internet]. Bogotá: Observatorio Nacional de Salud; 2015 [fecha de consulta: 15 de junio del 2022]. 212 págs. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/informe-ons-5.pdf>.
37. Concha-Barrientos M, Aguilera-Sanhueza X, Salas-Vergara J. Estudio de Carga de Enfermedad Informe final. Estudio Prioridades de Inversión en Salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 1996.
38. Ministerio de Salud. Informe final. Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2008 [fecha de consulta: 15 de junio del 2022]. 17 págs. Disponible en: [http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/04/Informe-final-carga\\_Enf\\_2007.pdf](http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/04/Informe-final-carga_Enf_2007.pdf).
39. Lozano R, Gómez-Dantés H, Garrido-Latorre F, y otros. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Publica de México* [Internet]. Noviembre-diciembre de 2013 [fecha de consulta: 15 de junio del 2022];55(6):580-594. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2013/sal136e.pdf>.

40. Lang JJ, Alam S, Cahill LE, Drucker AM, Gotay C, Kayibanda JF, y otros. Global Burden of Disease Study trends for Canada from 1990 to 2016. *Canadian Medical Association Journal* [Internet]. 5 de noviembre del 2018 [fecha de consulta: 15 de junio del 2022];190(44):E1296-E1304. Disponible en: <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/190/44/E1296.full.pdf>.
41. Organización Mundial de la Salud. WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2019 [Internet]. Ginebra; Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 15 de junio del 2022]. 46 págs. Disponible en: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghc2019\\_daly-methods.pdf?sfvrsn=31b25009\\_7](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghc2019_daly-methods.pdf?sfvrsn=31b25009_7).
42. Organización Mundial de la Salud. Decade of healthy ageing: baseline report [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 15 de junio del 2022]. 203 págs. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240017900>.
43. Organización Panamericana de la Salud. Atención integrada para las personas mayores (ICOPE). Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud [Internet]. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 15 de junio del 2022]. 87 págs. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/atencion-integrada-para-personas-mayores-icope-guia-sobre-evaluacion-esquemas-atencion>.
44. Organización Mundial de la Salud. WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000-2019 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 15 de junio del 2022]. 80 págs. Disponible en: [https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghc2019\\_cod\\_methods.pdf](https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghc2019_cod_methods.pdf).
45. Martinez R, Soliz P, Mujica O, Reveiz L, Moran A, Campbell N, Ordunez P. After 20 years of Sustained Reduction, Recent Trends in Cardiovascular Disease Burden have stagnated or reversed to increase in the Region of the Americas. *Journal of Hypertension* [Internet]. Abril del 2021 [fecha de consulta: 15 de junio del 2022];39(Suplemento 1):e30. Disponible en: [https://journals.lww.com/jhypertension/Abstract/2021/04001/AFTER\\_20\\_YEARS\\_OF\\_SUSTAINED\\_REDUCTION,\\_RECENT.78.aspx](https://journals.lww.com/jhypertension/Abstract/2021/04001/AFTER_20_YEARS_OF_SUSTAINED_REDUCTION,_RECENT.78.aspx).
46. Martinez R, Lloyd-Sherlock P, Soliz P, Ebrahim S, Vega E, Vega E, Ordunez P. Trends in premature avertable mortality from non-communicable diseases for 195 countries and territories, 1990–2017: a population-based study. *The Lancet Global Health* [Internet]. Abril del 2020 [fecha de consulta: 10 de junio del 2022];8(4):e511e523. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30035-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30035-8).

47. Organización Panamericana de la Salud, 170.<sup>a</sup> sesión del Comité Ejecutivo. Actualización sobre la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas [Internet]. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 10 de junio del 2022 [fecha de consulta: 15 de junio del 2022]. 37 págs. Disponible en: [https://www.paho.org/sites/default/files/ce170-inf-2-s-covid-19\\_0.pdf](https://www.paho.org/sites/default/files/ce170-inf-2-s-covid-19_0.pdf).
48. Organización Panamericana de la Salud. Geo-Hub COVID-19- Information System for the Region of the Americas [Internet]. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020 [última actualización: 23 de noviembre del 2022; fecha de consulta: 15 de junio del 2022]. Disponible en: <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com>.
49. Organización Mundial de la Salud. 14.9 million excess deaths associated with the COVID-19 pandemic in 202 and 2021 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 5 de mayo del 2022 [fecha de consulta: 15 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/05-05-2022-14.9-million-excess-deaths-were-associated-with-the-covid-19-pandemic-in-2020-and-2021>.
50. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Experta de Naciones Unidas califica de “inaceptable” el abandono de las personas de edad, que corren riesgos más graves por el COVID-19 [Internet]. Ginebra: Naciones Unidas; 27 de marzo del 2020 [fecha de consulta: 15 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/2020/03/unacceptable-un-expert-urges-better-protection-older-persons-facing-highest-risk-covid-19?LangID=E&NewsID=25748>.
51. Inouye SK. Creating an anti-ageist healthcare system to improve care for our current and future selves. *Nature Aging* [Internet]. Febrero del 2021 [fecha de consulta: 20 de junio del 2022];1(2):150-152. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s43587-020-00004-4>.
52. Pinazo-Hernandis S. Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología* [Internet]. Septiembre y octubre del 2020 [fecha de consulta: 20 de junio del 2022];55(5):249-252. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006>.
53. Bonanad C, García-Blas S, Tarazona-Santabalbina FJ, Díez-Villanueva P, Ayesta A, Sanchis Forés J, y otros. Coronavirus: la emergencia geriátrica de 2020. Documento conjunto de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología y la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. *Revista Española de Cardiología* [Internet]. Julio del 2020 [fecha de consulta: 20 de junio del 2022];73(7):569-576. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.03.027>.

54. Jowell A, Carstensen LL, Barry M. A life-course model for healthier ageing: lessons learned during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Healthy Longevity* [Internet]. Octubre del 2020 [fecha de consulta: 15 de junio del 2022];1(7):e9-e10. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(20\)30008-8](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(20)30008-8).
55. Brandén M, Aradhya S, Kolk M, Härkönen J, Drefahl S, Malmberg B, y otros. Residential context and COVID-19 mortality among adults aged 70 years and older in Stockholm: a population-based, observational study using individual-level data. *The Lancet Healthy Longevity* [Internet]. Noviembre del 2020 [fecha de consulta: 15 de junio del 2022];1(2):e80-e88. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(20\)30016-7](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(20)30016-7).
56. Organización Mundial de la Salud. Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January-March 2021: interim report [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [fecha de consulta: 15 de junio del 2022]. 91 págs. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340937?locale-attribute=es&>.
57. Castro-Fuentes R, Castro-Hernández J, Socas-Pérez R. Gerociencia en tiempos de pandemia global por COVID-19. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* [Internet]. Noviembre del 2021 [fecha de consulta: 15 de junio del 2022];56(6):323-325. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.08.001>.
58. Rossen LM, Ahmad FB, Anderson RN, Branum AM, Du C, Krumholz HM, y otros. Disparities in Excess Mortality Associated with COVID-19 — United States, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report* [Internet]. 20 de agosto del 2021 [fecha de consulta: 15 de junio del 2022];70(33):1114-1119. Disponible en: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7033a2>.
59. Cohen K, Ren S, Heath K, Dasmariñas MC, Jubilo KG, Guo Y, y otros. Risk of persistent and new clinical sequelae among adults aged 65 years and older during the post-acute phase of SARS-CoV-2 infection: retrospective cohort study. *BMJ* [Internet]. 9 de febrero del 2022 [fecha de consulta: 15 de junio del 2022];376:e068414. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068414>.
60. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre el edadismo [Internet]. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2022 [fecha de consulta: 29 de junio del 2022]. 116 págs. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275324455>.

## Apéndices

### Apéndice 1. Panorama nacional del Brasil

Como ejemplo a nivel subnacional, se toma como referencia el trabajo de análisis de las desigualdades socioespaciales en la esperanza de vida sana de las personas mayores en el Brasil, en el 2013 y el 2019<sup>6</sup>.

Los hombres tuvieron en promedio una esperanza de vida a los 60 años de 19,9 años en el 2013, que se incrementó a 20,7 en 2019, y fue alrededor de 3,5 años menor que la esperanza de vida de las mujeres (cuadro A1).

---

6 Szwarcwald CL, Almeida WDS, Souza Júnior PRB, Rodrigues JM, Romero DE. Socio-spatial inequalities in healthy life expectancy in the elderly, Brazil, 2013 and 2019. *Cadernos de Saúde Pública*. 6 de mayo del 2022;38(suplemento 1). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00124421>.

**Cuadro A1.** Brasil: esperanza de vida y esperanza de vida sana de la población de 60 años, por estados, 2013 y 2019

ESTADOS	2013			2019		
	ESPERANZA DE VIDA A LOS 60 AÑOS	ESPERANZA DE VIDA SANA A LOS 60 AÑOS (AÑOS)	VIDA CON BUENA SALUD (%)	ESPERANZA DE VIDA A LOS 60 AÑOS	ESPERANZA DE VIDA SANA A LOS 60 AÑOS (AÑOS)	VIDA CON BUENA SALUD (%)
Acre	20,9	16,7	79,9	21,9	17,1	78,1
Alagoas	20,0	14,0	70,0	20,9	16,0	76,6
Amapá	21,3	17,6	82,6	22,1	17,7	80,1
Amazonas	20,0	16,7	83,5	20,7	17,4	84,1
Bahía	21,3	16,3	76,5	21,9	17,2	78,5
Ceará	21,1	16,7	79,1	21,7	16,6	76,5
Distrito Federal	22,7	19,9	87,7	23,6	19,7	83,5
Espírito Santo	23,5	18,8	80,0	24,4	20,1	82,4
Goiás	20,9	15,1	72,2	21,5	17,7	82,3
Marañón	19,9	13,9	69,8	20,6	14,9	72,3
Mato Grosso	20,9	16,0	76,6	21,7	18,2	83,9
Mato Grosso del Sur	21,6	17,5	81,0	22,4	18,1	80,8
Minas Gerais	22,6	18,1	80,1	23,4	18,6	79,5
Pará	20,1	16,0	79,6	20,7	16,8	81,2
Paraíba	20,7	15,5	74,9	21,5	16,6	77,2
Paraná	22,0	16,5	75,0	23,0	19,1	83,0
Pernambuco	20,3	15,5	76,4	21,6	17,3	80,1
Piauí	19,5	14,2	72,8	20,0	14,9	74,5
Río de Janeiro	21,7	18,7	86,2	22,7	19,0	83,7
Río Grande del Norte	22,0	17,0	77,3	22,6	17,7	78,3
Río Grande del Sur	22,4	18,9	84,4	23,4	18,8	80,3
Rondonia	19,1	15,3	80,1	19,7	15,1	76,6
Roraima	19,2	13,6	70,8	20,2	16,7	82,7
Santa Catalina	23,1	18,1	78,4	24,2	20,0	82,6
São Paulo	22,5	19,6	87,1	23,5	19,9	84,7
Sergipe	20,2	16,4	81,2	20,9	14,9	71,3
Tocantins	20,8	13,8	66,3	21,6	17,1	79,2
Rango	19,1-23,5	13,6-19,9	66,3-87,7	19,7-24,4	14,9-20,1	71,3-84,7
Razón estados	1,23	1,46		1,24	1,35	
<b>NACIONAL</b>						
Total	21,7	17,6	81,1	22,6	18,4	81,4
Hombres	19,9	16,7	83,9	20,7	17,6	85,0
Mujeres	23,4	18,5	79,1	24,4	19,1	78,3

Fuente: Elaborado a partir de Szwarcwald CL, Almeida WDS, Souza Júnior PRB, Rodrigues JM, Romero DE. Socio-spatial inequalities in healthy life expectancy in the elderly, Brazil, 2013 and 2019. Cadernos de Saúde Pública. 6 de mayo del 2022;38(Suplemento 1). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00124421>.



En promedio, las mujeres de 60 años esperaban vivir 18,5 años en el 2013 y 24,4 en el 2019 a nivel nacional, lo que supone un incremento porcentual del 4,3%.

La esperanza de vida de la población de 60 años de siete estados fue mayor que el valor nacional en el 2013, de los cuales los tres primeros son: Espiritu Santo (23,5), Santa Catalina (23,1) y Distrito Federal (22,7). La brecha entre el estado con el valor más bajo y alto de esperanza de vida fue de 4,4 años. La esperanza de vida de todos los estados se incrementó del 2013 al 2019 y el mayor cambio, de alrededor de un año, se registró en Acre, Paraná, Pernambuco, Río Grande del Sur y São Paulo. Tanto en el 2013 como en el 2019, Rondonia y Espiritu Santo tuvieron la esperanza de vida a los 60 años más baja y alta, respectivamente.

El tiempo promedio vivido con buena salud fue de 18,4 años para ambos sexos a nivel nacional en el 2019. La esperanza de vida sana fue mayor en el 2019 que en el 2013 en todos los estados, excepto en Ceará, Distrito Federal, Rondonia y Sergipe. La brecha entre el estado con el valor más bajo y alto de esperanza de vida sana en el 2013 fue de 6,3 años (Rondonia, con 13,6 años, y Distrito Federal, con 19,9 años) y de 5,2 años en el 2019 (Marañón, con 14,9 años, y Espiritu Santo, con 20,1).

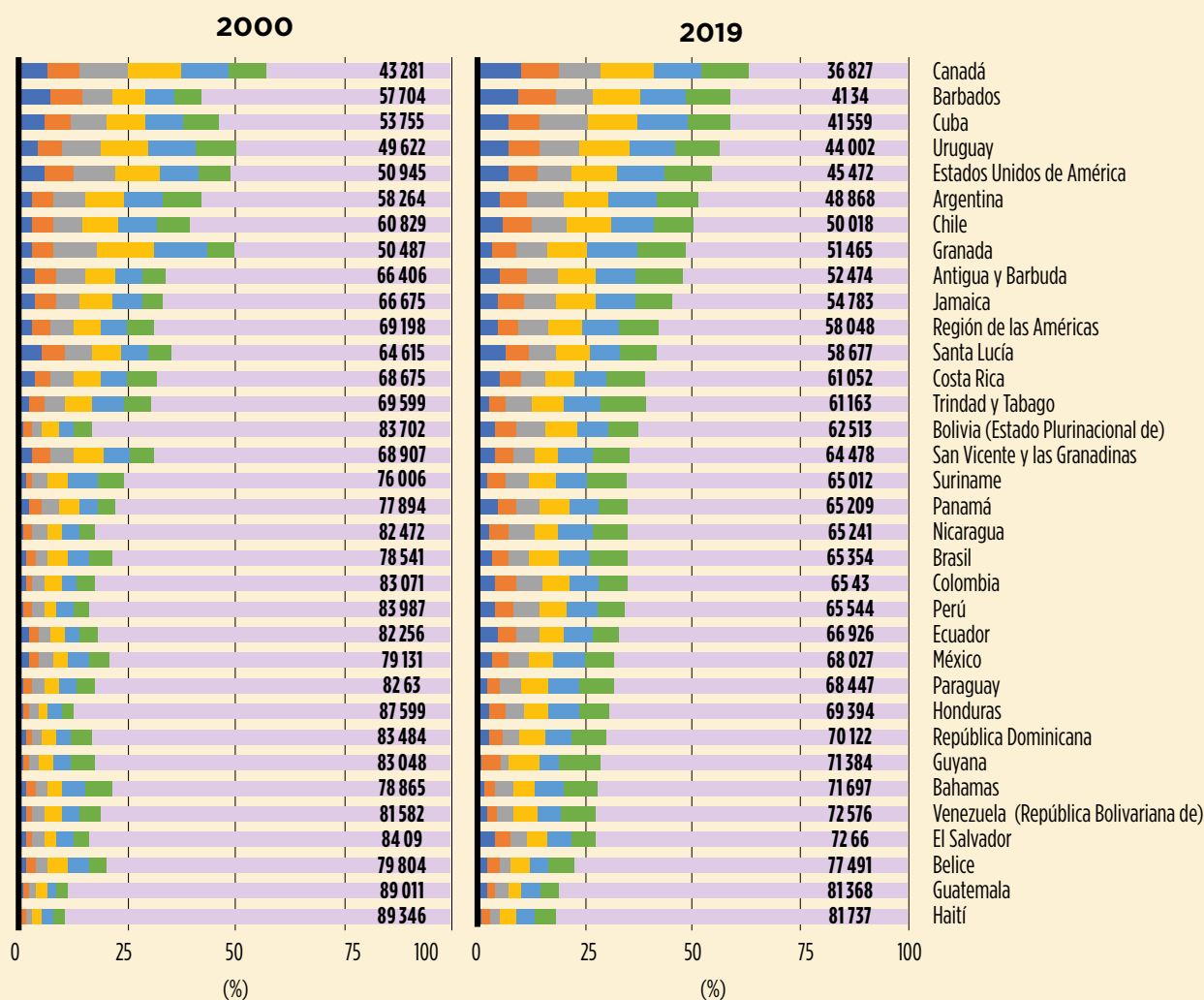
El porcentaje vivido con buena salud de la población de 60 años fluctuó en los estados entre un 71,3% y 84,7% en el 2019. En Sergipe, la esperanza de vida con mala salud fue del 28,7% de su esperanza de vida (6 años de vida con mala salud, dos años más que a nivel nacional). Las mujeres viven más, pero con menos buena salud (78,3%) en comparación con los hombres (85,5%) en el 2019.

El artículo original incluye un análisis completo y aborda las desigualdades socioespaciales. Proporciona información valiosa y constituye un ejemplo de retos para la atención de la población de personas mayores en un país.

## **Apéndice 2. Composición de la carga de enfermedad entre países de la Región**

En este apéndice, se presenta la composición de la carga de la enfermedad (en años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad) de las personas mayores en los distintos países de la Región de las Américas y se compara entre sí la información específica disponible por sexo y grupo de edad (65 a 69 años; 70 a 74 años; 75 a 79 años; 80 a 84 años, y 85 años y más), así como los cambios entre el 2000 y el 2019, en cada país de la Región (figuras A2.1 a A2.14).

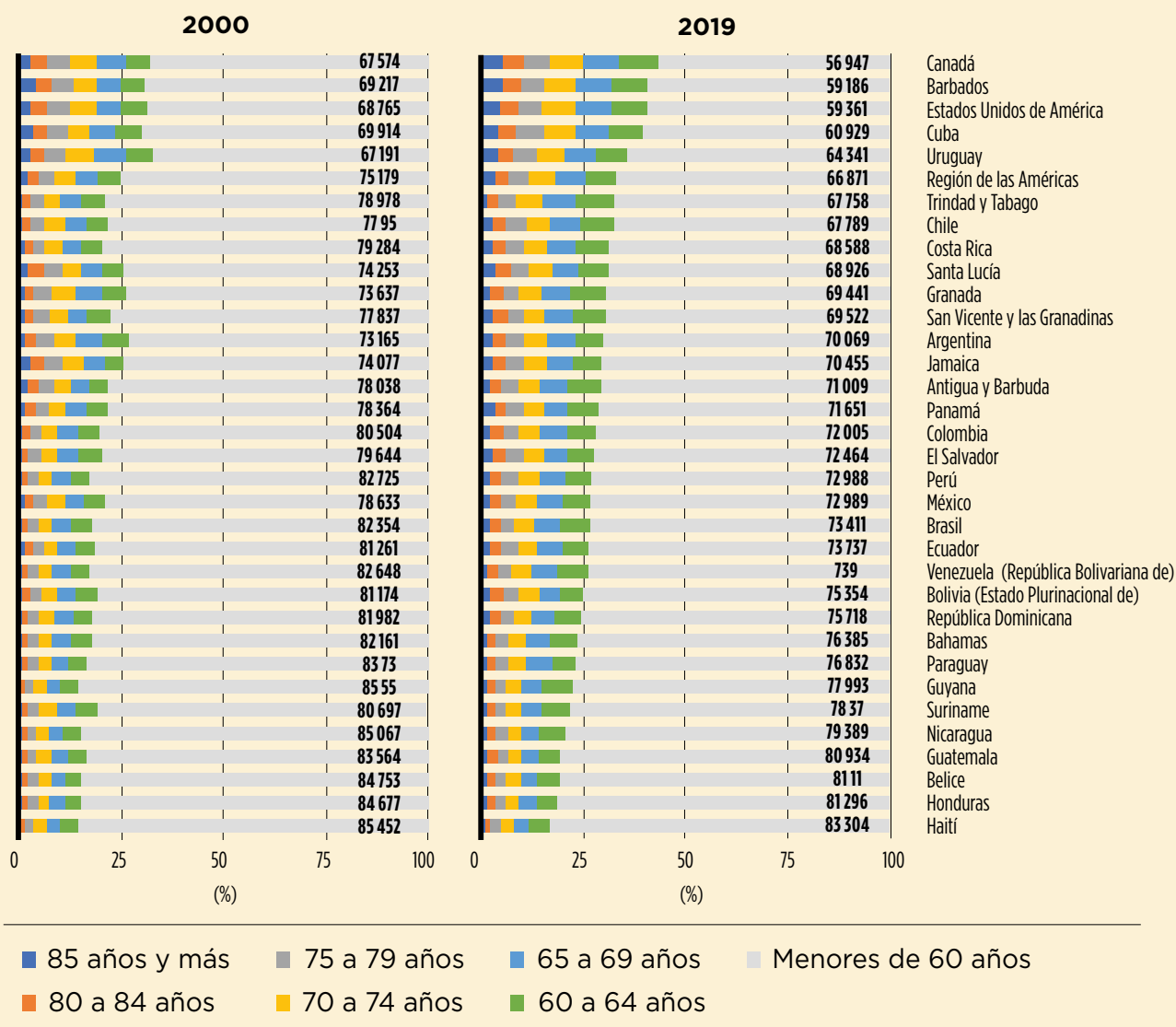
**Figura A2.1.** Región de las Américas: carga de la enfermedad, en años de vida perdidos por muerte prematura, de los hombres, por grupo de edad y país, 2000 y 2019



■ 85 años y más    ■ 75 a 79 años    ■ 65 a 69 años    ■ Menores de 60 años  
 ■ 80 a 84 años    ■ 70 a 74 años    ■ 60 a 64 años

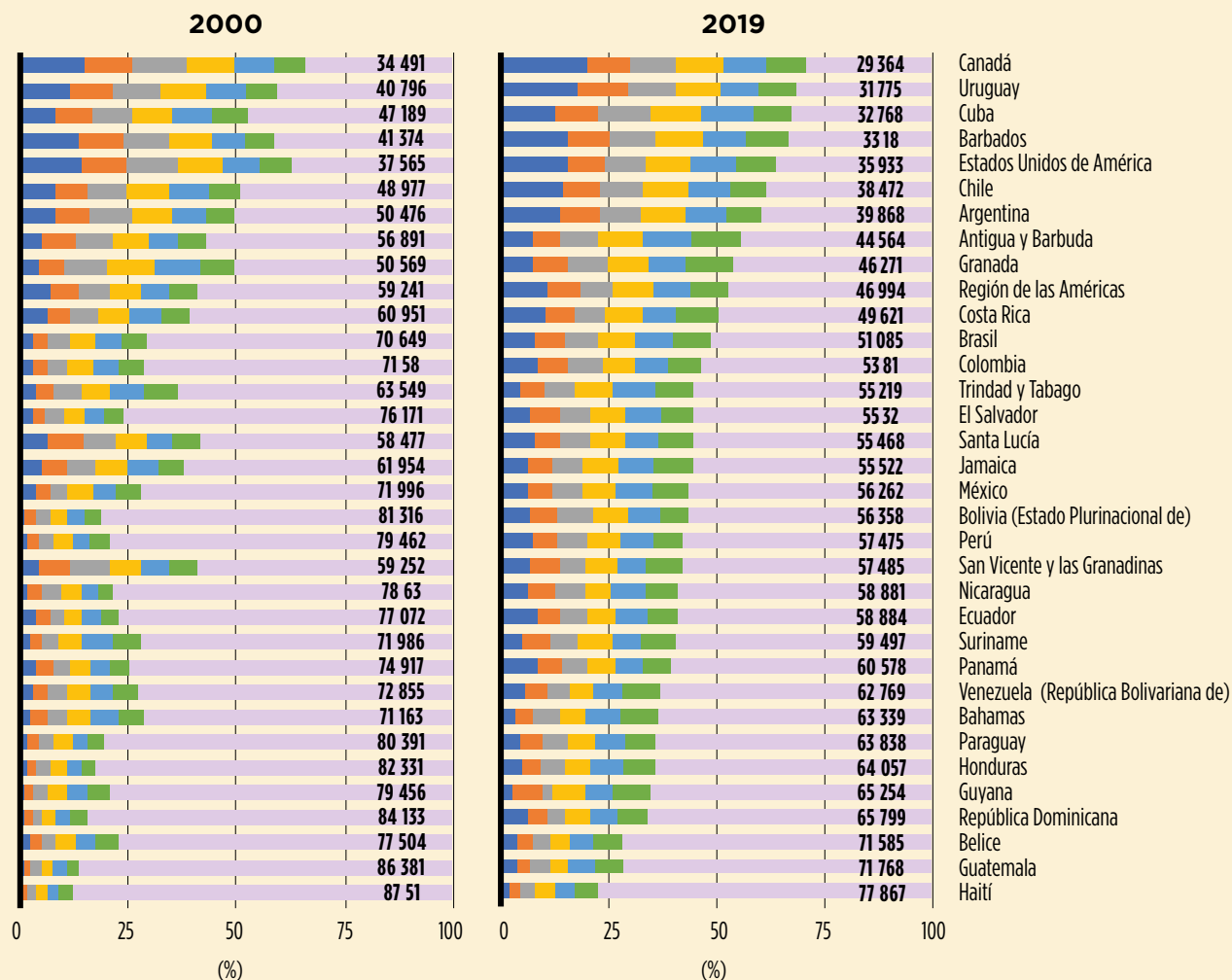
Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.

**Figura A2.2.** Región de las Américas: carga de enfermedad, en años de vida con discapacidad, de los hombres, por grupo de edad, 2000 y 2019



Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.

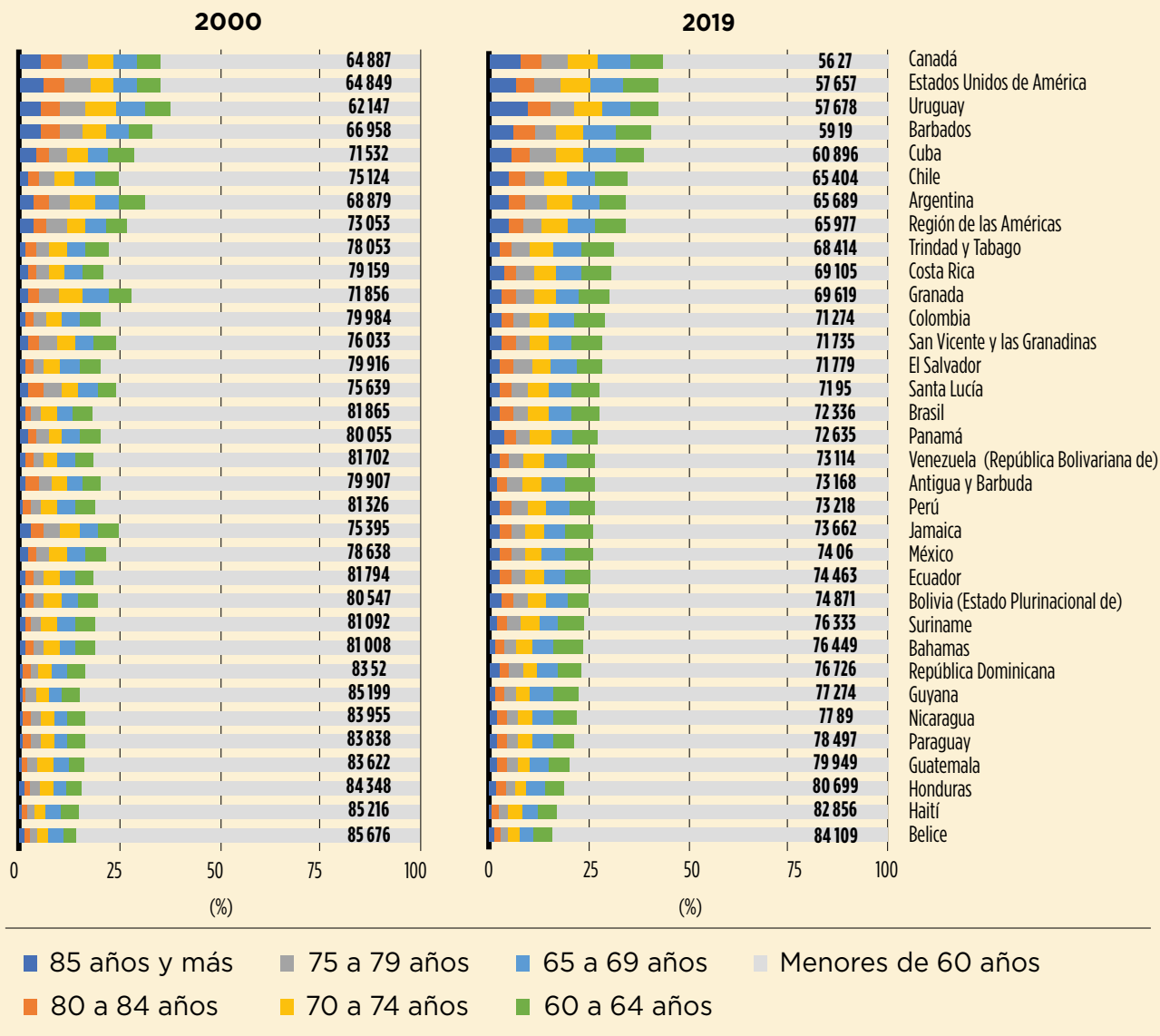
**Figura A2.3.** Región de las Américas: carga de enfermedad, en años de vida perdidos por muerte prematura, de las mujeres, por grupo de edad, 2000 y 2019



■ 85 años y más    ■ 75 a 79 años    ■ 65 a 69 años    ■ Menores de 60 años  
 ■ 80 a 84 años    ■ 70 a 74 años    ■ 60 a 64 años

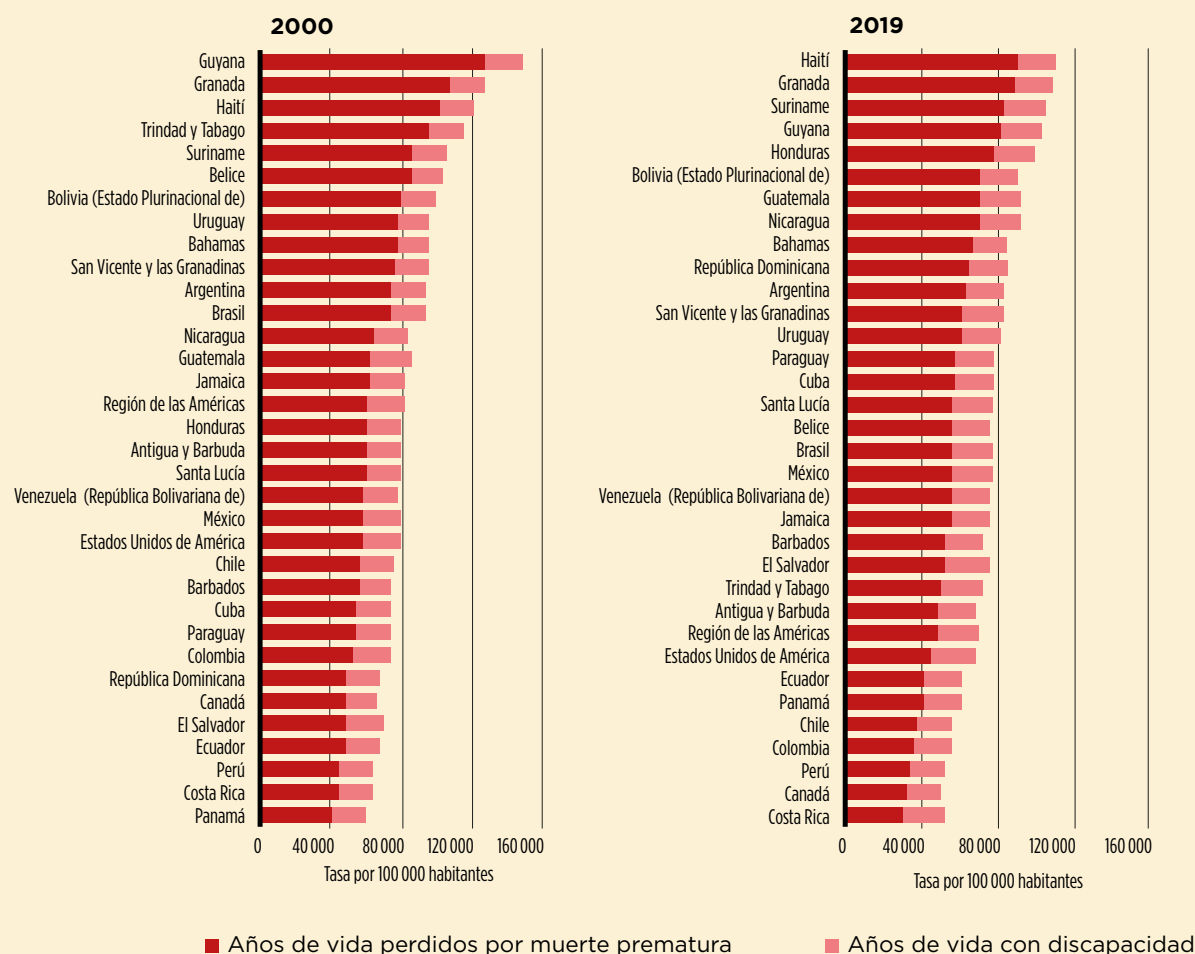
Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.

**Figura A2.4.** Región de las Américas: carga de enfermedad, en años de vida con discapacidad, de las mujeres, por grupo de edad, 2000 y 2019



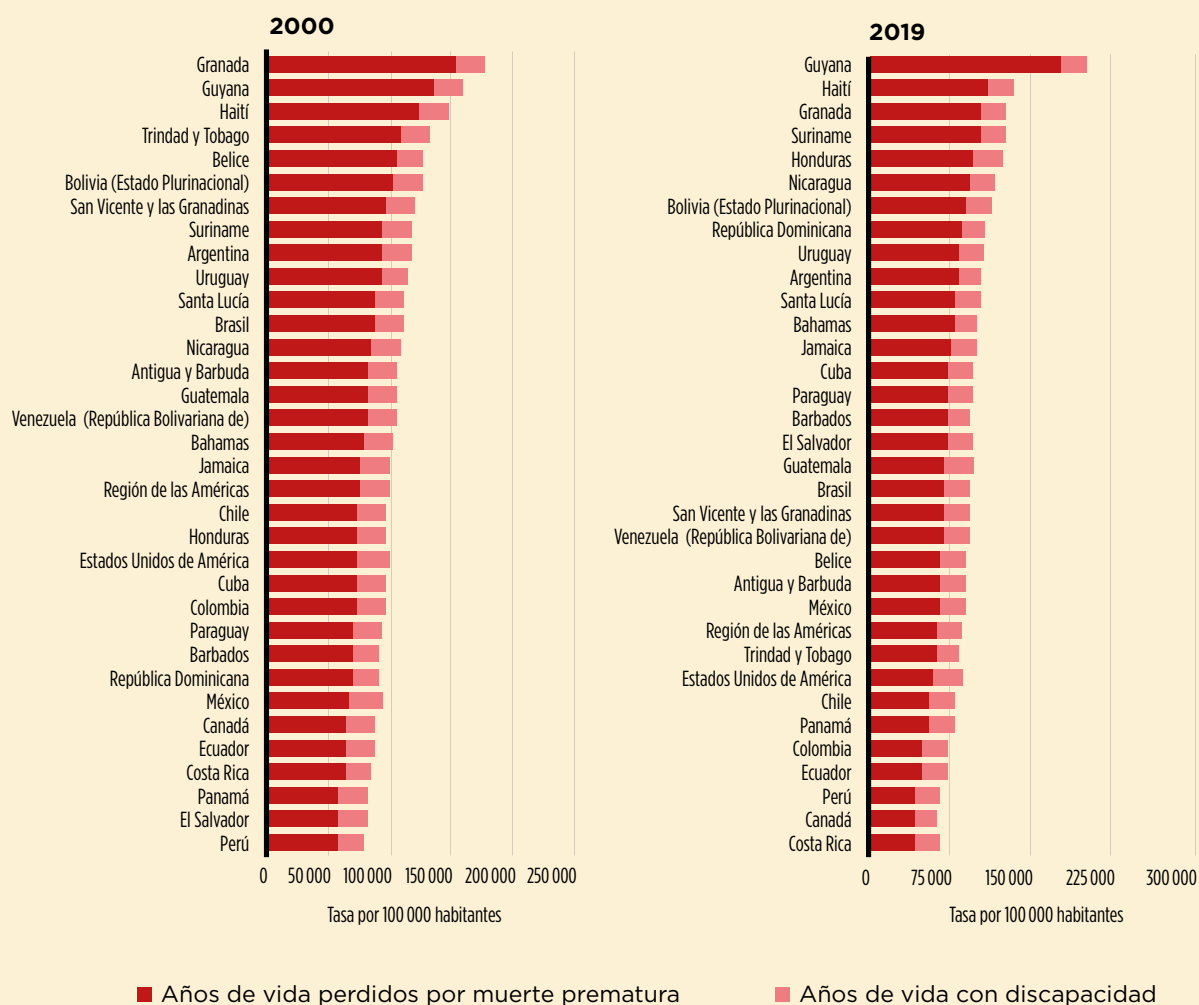
Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.

**Figura A2.5.** Región de las Américas: carga de la enfermedad, en años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad, de los hombres de 65 a 69 años, por país, 2000 y 2019



*Fuente:* Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.

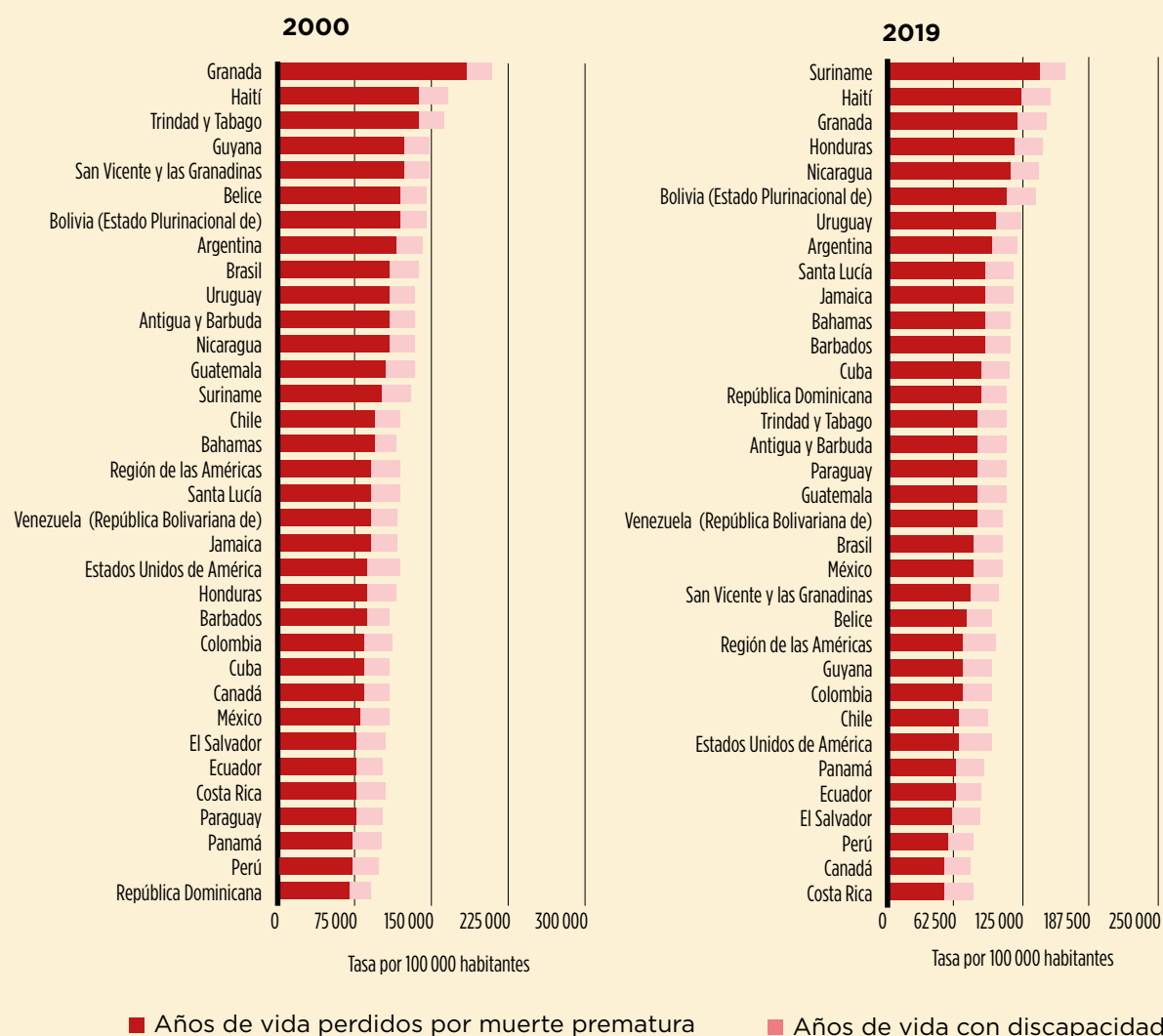
**Figura A2.6.** Región de las Américas: carga de la enfermedad, en años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad, de los hombres de 70 a 74 años, por país, 2000 y 2019



**■ Años de vida perdidos por muerte prematura**      **■ Años de vida con discapacidad**

*Fuente:* Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.

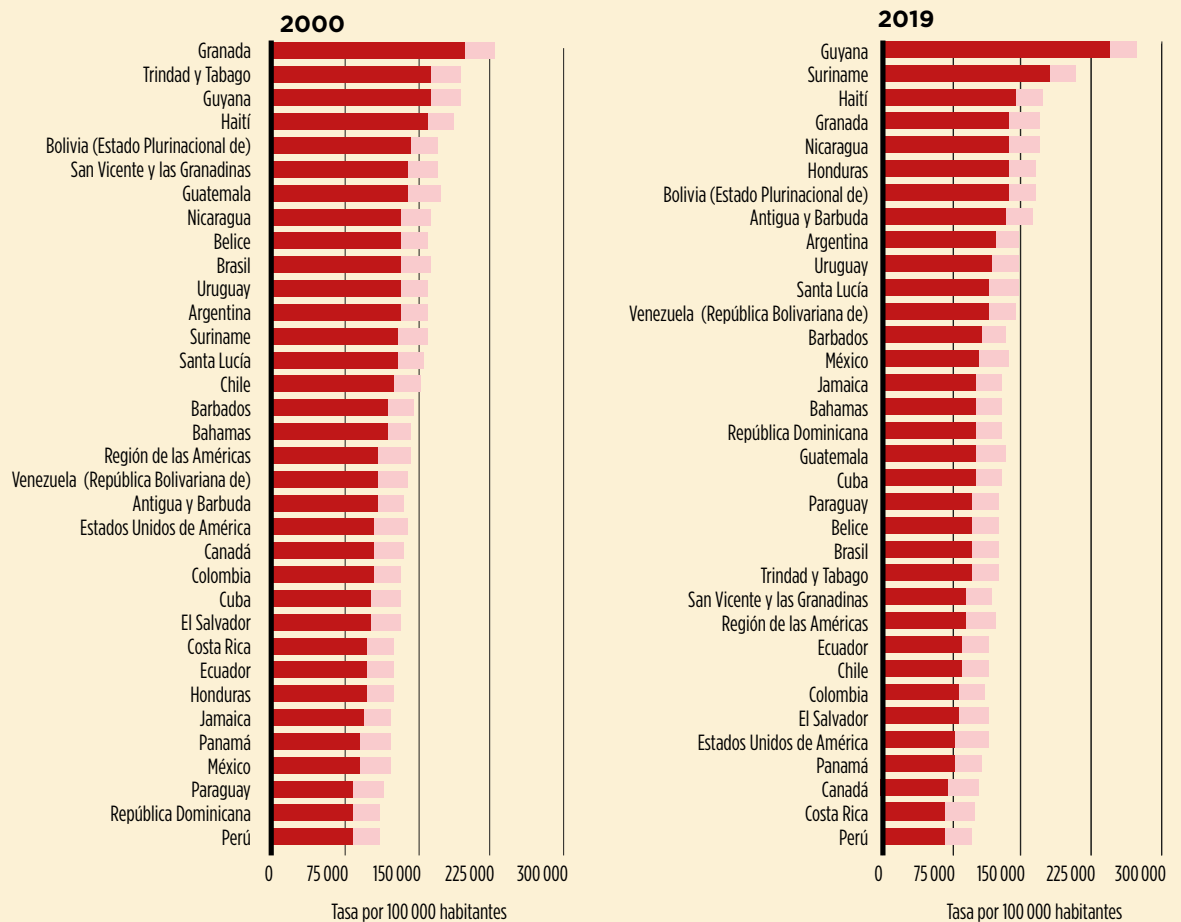
**Figura A2.7.** Región de las Américas: carga de la enfermedad, de años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad, de los hombres de 75 a 79 años, por país, 2000 y 2019



Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.



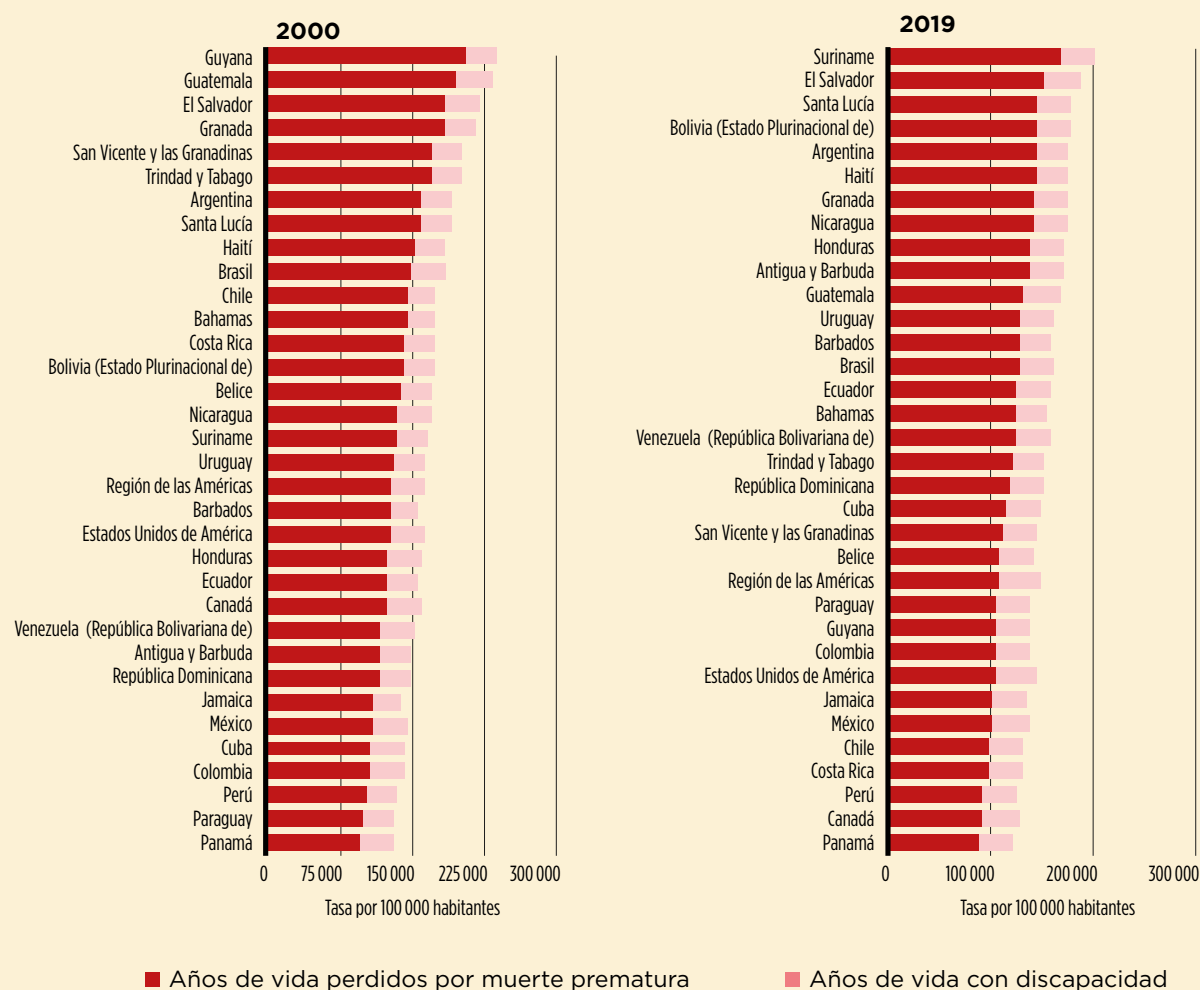
**Figura A2.8.** Región de las Américas: carga de la enfermedad, en años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad, de los hombres de 80 a 84 años, por país, 2000 y 2019



■ Años de vida perdidos por muerte prematura      ■ Años de vida con discapacidad

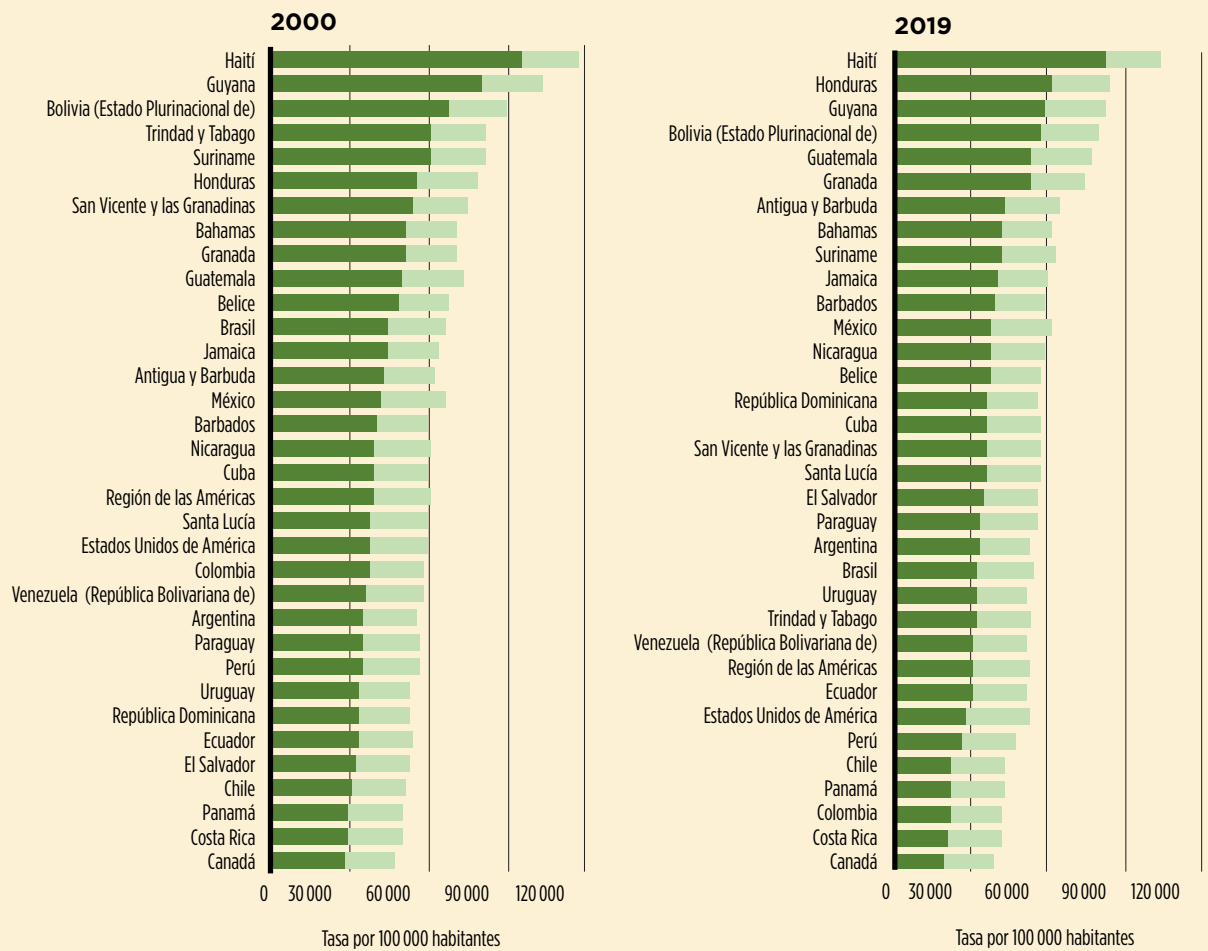
*Fuente:* Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.

**Figura A2.9.** Región de las Américas: carga de la enfermedad, en años perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad, de los hombres de 85 años y más, por país, 2000 y 2019



Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.

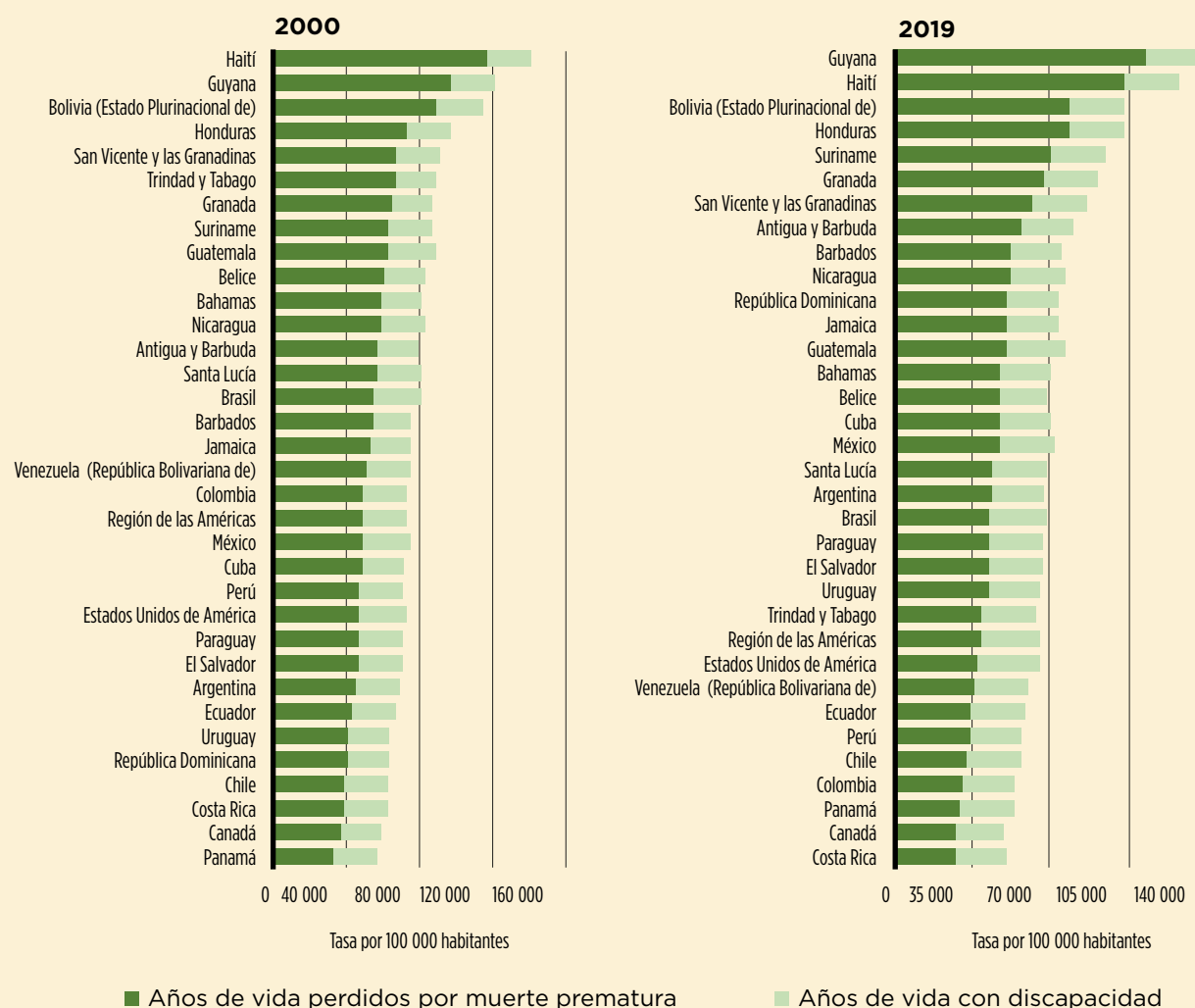
**Figura A2.10.** Región de las Américas: carga de la enfermedad, en años perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad, de las mujeres de 65 a 69 años, por país, 2000 y 2019



■ Años de vida perdidos por muerte prematura      ■ Años de vida con discapacidad

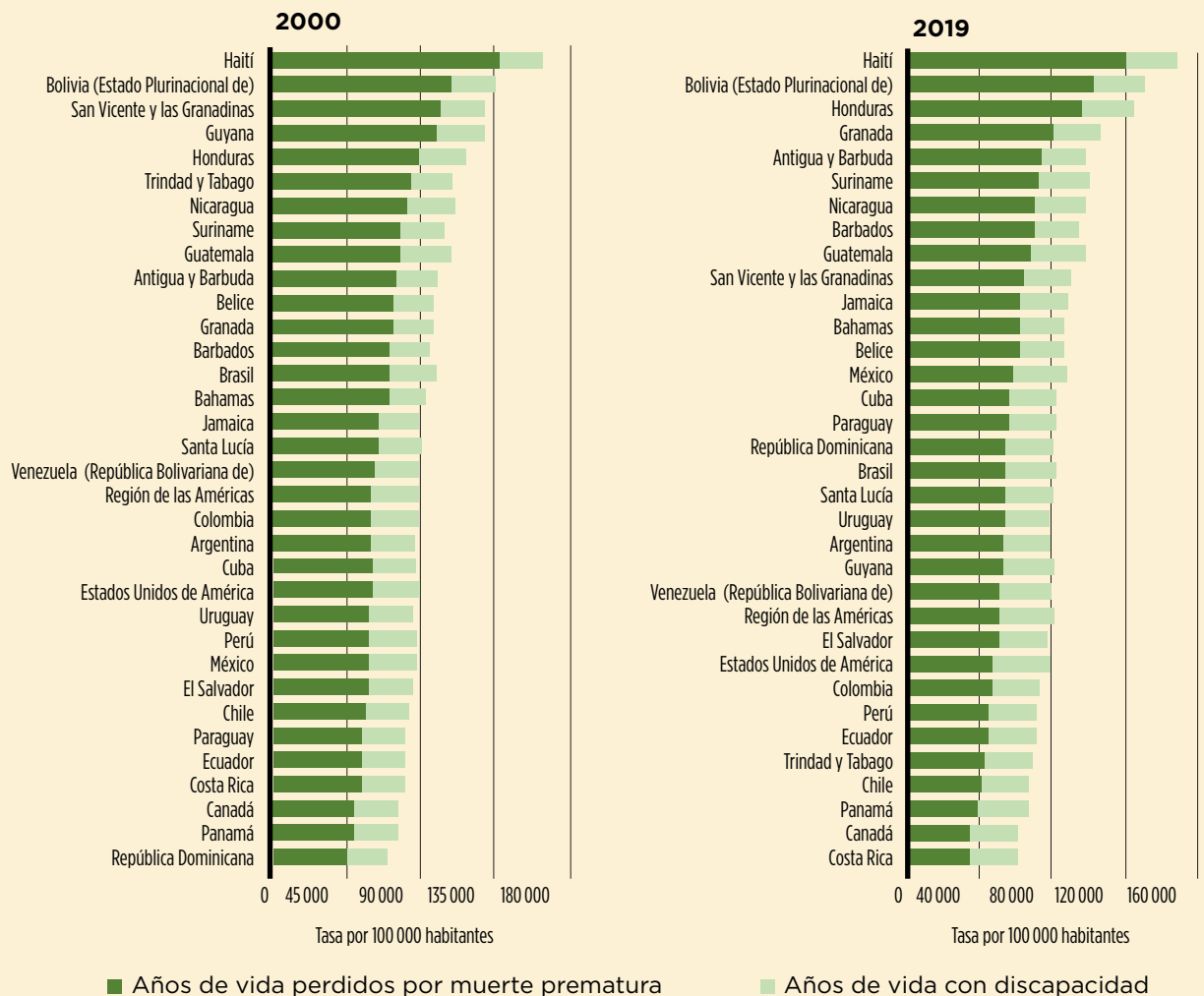
*Fuente:* Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.

**Figura A2.11.** Región de las Américas: carga de la enfermedad, en años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad, de las mujeres de 70 a 74 años, por país, 2000 y 2019



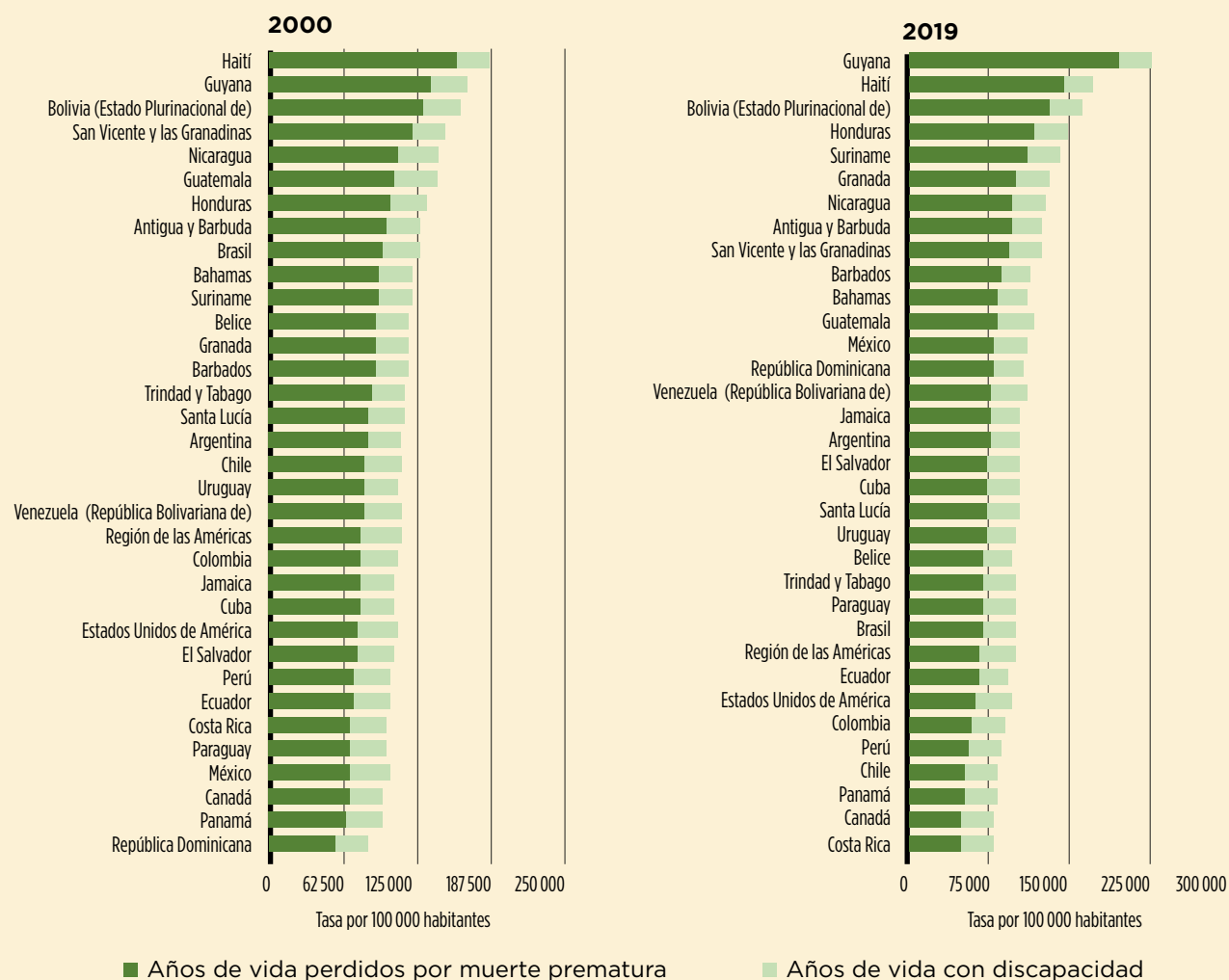
Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.

**Figura A2.12.** Región de las Américas: carga de la enfermedad, en años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad, de las mujeres de 75 a 79 años, por país, 2000 y 2019



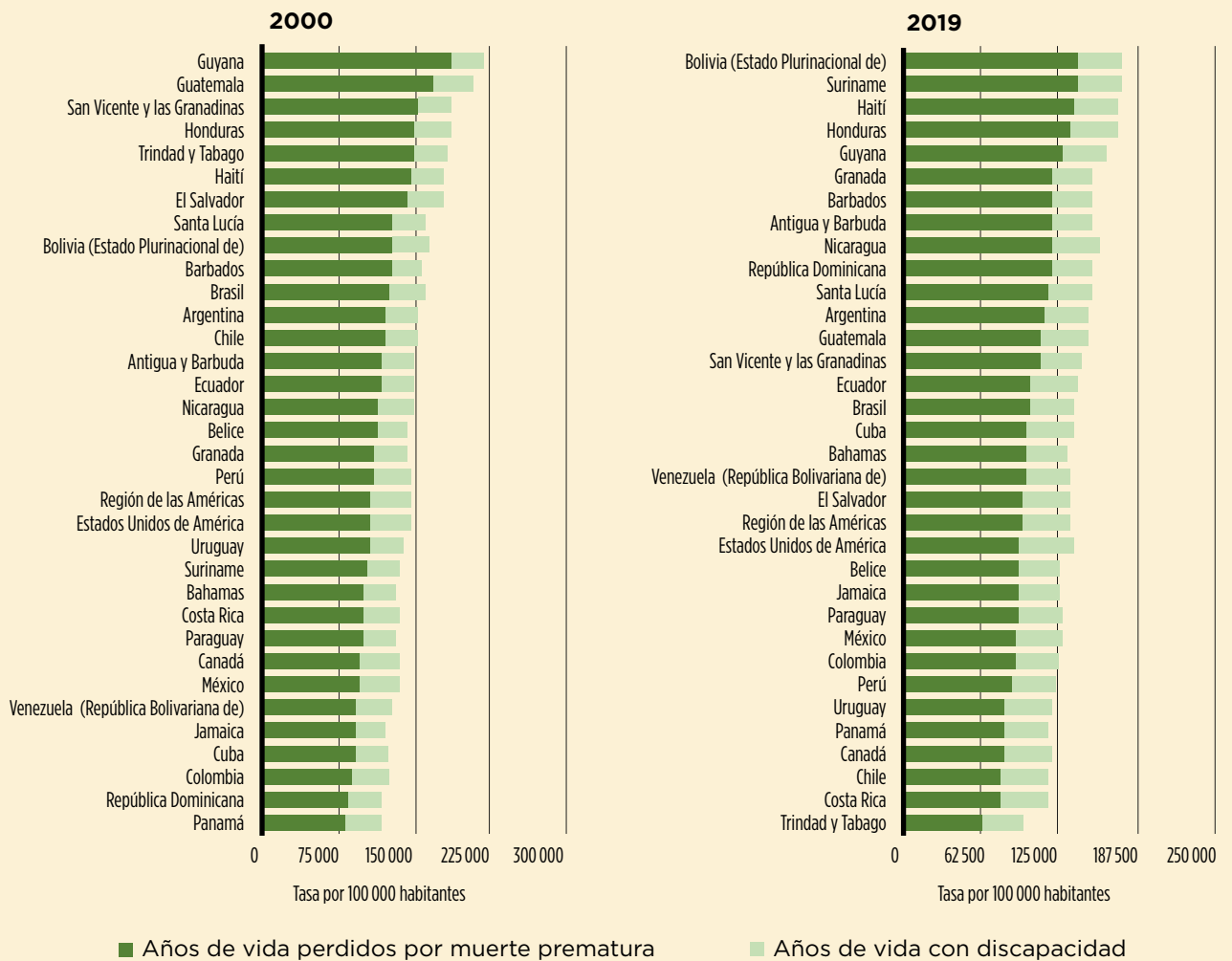
*Fuente:* Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.

**Figura A2.13.** Región de las Américas: carga de la enfermedad, en años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad, de las mujeres de 80 a 84 años, por país, 2000 y 2019



Fuente: Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.

**Figura A2.14.** Región de las Américas: carga de la enfermedad, en años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida con discapacidad, de las mujeres de 85 años y más, por país, 2000 y 2019



*Fuente:* Elaborado a partir de Organización Mundial de la Salud. Global Health Estimates: Leading causes of DALYs, Disease burden, 2000-2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [fecha de consulta: 2 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.

El propósito de este informe es caracterizar la situación de salud las personas mayores en la Región de las Américas a partir de algunos indicadores, como la esperanza de vida, la esperanza de vida sana al nacer y a los 60 años, la carga de la enfermedad y la mortalidad, del 2000 al 2019, así como del exceso de mortalidad asociado a la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en personas mayores del 2020 al 2021. Del análisis se desprende la importancia de estos indicadores para una asignación de recursos adecuada y el establecimiento de prioridades en salud para la población de personas mayores. Es imperante que las acciones en envejecimiento saludable prevean acciones para prevenir la discapacidad y la consecuente dependencia. Por eso es clave establecer y fortalecer la recolección de indicadores de la capacidad funcional de la población de personas mayores para contar con una medición de salud más integral. Esto es extremadamente importante en el actual escenario que vive la Región: una rápida transición demográfica y la pandemia de COVID-19. En todas las subregiones, el exceso de muertes asociadas a la pandemia se concentró en las personas mayores de 60 años, lo que pone de manifiesto la vulnerabilidad de las personas mayores.

Este informe aporta información clave y básica para la promoción de políticas públicas que contribuyan, de manera integral, a mejorar el estado de salud de las personas mayores, con enfoque en la promoción de la capacidad funcional y la prevención de la discapacidad para favorecer el envejecimiento saludable.