



Informe sobre la Salud en el Mundo 2003



Forjemos el futuro



Informe sobre la Salud en el Mundo

2003

Forjemos el futuro



Organización Mundial de la Salud

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Organización Mundial de la Salud.

Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro.

1. Salud mundial – tendencias 2. Prestación de atención de salud – tendencias
3. Atención primaria de salud 4. Justicia social 5. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – terapia 6. Poliomiéltis –
prevención y control 7. Síndrome respiratorio agudo grave – prevención y control 8. Enfermedades cardiovasculares –
prevención y control 9. Accidentes de tránsito – tendencias 10. Tabaquismo - prevención y control
I. Título II. Forjemos el futuro.

ISBN 92 4 356243 6 (Clasificación NLM: WA 540.1)

ISSN 1020-6760

© Organización Mundial de la Salud 2003

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a
Comercialización y Difusión, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza
(tel.: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización
para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS – ya sea para la venta o para la distribución sin fines comercia-
les – deben dirigirse a la Oficina de Publicaciones, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806);
correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no
implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, 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
Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión,
las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud no garantiza que la información contenida en la presente publicación sea
completa y exacta. La Organización no podrá ser considerada responsable de los daños que pudiere ocasionar la
utilización de los datos.

La información relativa a esta publicación puede obtenerse de:

World Health Report
Organización Mundial de la Salud
1211 Ginebra 27, Suiza
Fax: +41 22 791 4870

Para cursar pedido de ejemplares de esta publicación: bookorders@who.int

El informe ha sido preparado bajo la dirección general de Tim Evans (Subdirector General) y Robert Beaglehole (Redactor Jefe). Los autores principales son Robert Beaglehole, Alec Irwin y Thomson Prentice.

Los otros colaboradores principales de los distintos capítulos fueron los siguientes: *Capítulo 1*: Colin Mathers, Kenji Shibuya y Claudia Stein; *Capítulo 2*: Andrew Cassels y Michel Thieren; *Capítulo 3*: Paul Farmer; *Capítulo 4*: Bruce Aylward; *Capítulo 5*: David Heymann y Mary Kay Kindhauser; *Capítulo 6*: Ruth Bonita y Srinath Reddy (sección de enfermedades cardiovasculares); Sarah Galbraith y Douglas Bettcher (sección sobre la lucha contra el tabaco); Margaret MacIntyre, Margaret Peden, Mark Rozenberg y Christie Vu (sección sobre los peligros del tráfico rodado); *Capítulo 7*: Rafael Bengoa, Ties Boerma, Marie-Andrée Diouf, David Evans, William Savedoff, Alaka Singh, Barbara Stilwell, Wim Van Lerberghe y Eugenio Villar Montesinos.

Otros colaboradores que también han intervenido son: Perna Banati, Michel Beusenberg, Sandro Colombo, Carlos Dora, Joan Dzenowagis, Helga Fogstad, Elangovan Gajraj, Gauden Galea, Claudio Garcia Moreno, Yusuf Hemed, Alan Hinman, Alex Kalache, Rania Kawar, Michele Levin, Alan Lopez, Abdelhay Mechbal, Lembit Rago, Shekhar Saxena, Philip Setel, Cyrus Shahpar, Hans Troedsson y Alice Yang.

Han contribuido a preparar los cuadros estadísticos las siguientes personas: Dorjsure Bayarsaikha, Steve Begg, Christina Bernard, Dan Chisholm, Steve Ebener, Emmanuela Gakidou, Yaniss Guigoz, Patricia Hernández, Mollie Hogan, Kim Iburg, Chandika Indikadahena, Mie Inoue, Karsten Lunze, Doris Ma Fat, Takondwa Mwase, Fanny Naville, Jean-Pierre Poullier, Chalapati Rao, Darryl Rhoades, Hossein Salehi, Joshua Salomon, Angelica Sousa, Ruben M. Suarez-Berenguela, U Than Sein, Niels Tomijima, Nathalie Van de Maele, Sven Volkmuth y Hongyi Xu.

Aportaron información valiosa los Subdirectores Generales, los asesores de política del Director General en la sede de la OMS y muchos funcionarios técnicos. Los Directores Regionales y algunos de sus colaboradores también facilitaron amablemente ayuda y asesoramiento.

El informe fue editado por Barbara Campanini, respaldada por Leo Vita-Finzi. Shelagh Probst, con la ayuda de Laura Pearson y Gary Walker, aseguró la coordinación de las traducciones y otras funciones administrativas y de apoyo a la producción. La versión española del informe corrió a cargo del Servicio de Traducción al Español de la OMS en Ginebra. Fotografías de la portada (arriba, empezando por la izquierda): reproducida con permiso de Ming Pao, China, Región Administrativa Especial de Hong Kong; OMS/P. Viro; PhotoDisc; (debajo, empezando por la izquierda): OMS/P. Viro; PhotoDisc; Digital Stock/Corbis.

Diseño de la cubierta: Marilyn Langfeld
Diseño interior: Steve Ewart y Marilyn Langfeld
Maqueta: Steve Ewart y Reda Sadki
Impreso en Francia
2003/15424 - Sadag - 2500

Índice

Mensaje del Director General	vii
Panorama general	ix
Sistemas de salud mejores: requisitos mínimos	x
Valores fundamentales para una alianza mundial en pro de la salud	xi
Resúmenes de los capítulos	xii
Capítulo 1	
Salud mundial: retos actuales	1
Panorama mundial	3
Aumenta la esperanza de vida... aunque no para todos	3
Pautas de mortalidad mundiales	5
Sobrevivir a los primeros cinco años de vida	8
Mortalidad en la niñez: contrastes en el plano mundial	8
Mortalidad en la niñez: diferencias según el sexo y el estatus socioeconómico	9
Supervivencia infantil: mejoras para algunos niños	10
Causas de defunción en la infancia	12
La salud de los adultos en peligro: el ritmo de las mejoras disminuye y las diferencias se acentúan	14
Distribución mundial del riesgo de mortalidad prematura	16
Tendencias de la mortalidad de adultos: grupo de 15-59 años	17
Mortalidad de adultos: las diferencias se acentúan	17
VIH/SIDA: la principal amenaza para la salud	18
Mortalidad y morbilidad en adultos de edad avanzada	19
Carga creciente de enfermedades no transmisibles	20
Traumatismos: una epidemia oculta que afecta sobre todo a los varones jóvenes	21
Afecciones con consecuencias no mortales	22
Capítulo 2	
Objetivos de Salud del Milenio: caminos hacia el futuro	27
Compromisos internacionales asumidos en la Cumbre del Milenio	29
Un pacto para acabar con la pobreza	30
Nuevos conceptos de pobreza y desarrollo	30
Interacción entre salud y desarrollo	31
Progresos y perspectivas	33
La otra parte del pacto: el Objetivo 8	36
Comercio	36
Asistencia para el desarrollo	37
Deuda	37
Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en la práctica	38
¿A quién pertenecen los ODM?	38
¿Qué grado de flexibilidad tiene este enfoque?	38
¿Hasta qué punto promueven los ODM la equidad?	39
Medición de los progresos	39
Salud reproductiva	40
Fortalecimiento de los sistemas de salud	40
Los ODM y la OMS	40
Definición del lugar que los ODM deben ocupar en el seno de la OMS	40
Colaboración con otros asociados	42
Aceleración de los progresos	43

Capítulo 3

VIH/SIDA: resistir a un agente mortífero	47
La epidemia de VIH/SIDA: un breve resumen	50
Emerge una nueva enfermedad	50
La situación actual	51
El tributo que realmente se cobra el VIH/SIDA	52
La respuesta al VIH/SIDA: lecciones de los últimos 20 años	53
Integración de la prevención y la atención de la infección por VIH	55
Prevención y atención integradas: logros destacados	55
Establecer una nueva agenda	57
Una perspectiva atenta a los derechos humanos	57
Dimensiones de un control eficaz del VIH/SIDA	58
Actividades de la OMS en la lucha contra el VIH/SIDA	59
Invertir en una buena prevención y atención del VIH	60
Una respuesta de emergencia a una emergencia mundial	60

Capítulo 4

Erradicación de la poliomielitis: el desafío definitivo	63
Una nueva clase de alianza	65
Promoción de la participación efectiva de los dirigentes	66
Obtención de fondos	70
Movilización de recursos humanos	71
Perspectivas para un futuro libre de poliomielitis	73
Extensión masiva de los servicios de salud	74

Capítulo 5

SRAS: enseñanzas de una nueva enfermedad	77
Los primeros casos	79
Orígenes y propagación internacional	80
Detección y respuesta	81
Repercusiones del SRAS	84
Enseñanzas aprendidas	85

Capítulo 6

Epidemias mundiales desatendidas: tres amenazas crecientes	91
Enfermedades cardiovasculares: la necesidad de actuar	93
Conocemos las causas	95
Disponemos de políticas adecuadas	96
Actuar ya y evaluar los avances	97
Control del tabaco: reforzar las actividades nacionales	100
Orientación de las estrategias de control del tabaco	101
Programas y políticas nacionales	102
Fortalecimiento de la capacidad nacional	103
Integración del control del tabaco en los sistemas de salud	104
Peligros del tráfico rodado: epidemias ocultas	106
La seguridad: una responsabilidad compartida	107
Movilización para la acción	108
Prevención de traumatismos, seguridad y tratamiento	109
Integración de la seguridad vial en políticas más generales	110

Capítulo 7

Sistemas de salud: principios para una atención integrada	115
Principios básicos de la atención primaria de salud	118
Principios perdurables en un entorno cambiante	119
Aplicación de los principios en el marco de un enfoque sistémico	120
La crisis mundial de personal sanitario	122
Dimensiones, composición y distribución del personal sanitario	123
Formación del personal	124
Emigración del personal sanitario	125
Pagar más y pagar de distinta forma	126
Mejorar la calidad: trabajadores y sistemas	127
Responder a la crisis de personal	127

Información sanitaria: mejor pero no suficientemente buena	129
Evolución de la información sanitaria	129
Un sistema de información impulsado por la atención primaria	130
Mejorar los sistemas de información	131
La Red de Sanimetría	132
Financiación de los sistemas de salud	133
Desarrollo de una financiación sostenible	134
Resolver los estrangulamientos del sistema	135
Sistemas de salud pro equidad: función central de los gobiernos	136
Perfiles de inequidad en el acceso a la atención	136
Objetivo: el acceso universal	139
Rectoría pública, participación de la comunidad	140
Crear sistemas basados en principios: cooperación de la OMS con los países	142

Anexo estadístico 147

Notas explicativas	149
Cuadro 1 Indicadores básicos de todos los Estados Miembros	162
Cuadro 2 Defunciones por causas, sexo y estratos de mortalidad en las regiones de la OMS, estimaciones para 2002	170
Cuadro 3 Carga de morbilidad expresada como AVAD por causas, sexo y estratos de mortalidad en las regiones de la OMS, estimaciones para 2002	176
Cuadro 4 Esperanza de vida sana (EVAS) en todos los Estados Miembros, estimaciones para 2002	182
Cuadro 5 Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud: mediciones del gasto sanitario, 1997–2001	186
Cuadro 6 Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud: mediciones del gasto sanitario per cápita, 1997–2001	194

Lista de Estados Miembros por regiones de la OMS y estratos de mortalidad 198

Índice alfabético 201

Cuadros

Cuadro 1.1 Causas principales de defunción en la infancia en los países en desarrollo, 2002	12
Cuadro 1.2 Causas principales de la carga de morbilidad (AVAD) para hombres y mujeres ≥ 15 años, todo el mundo, 2002	15
Cuadro 1.3 Causas principales de mortalidad y morbilidad (AVAD) entre los adultos, todo el mundo, 2002	19
Cuadro 2.1 Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, con sus metas e indicadores	32
Cuadro 3.1 Cobertura de los adultos con terapia antirretroviral en los países en desarrollo, por regiones de la OMS, en diciembre de 2002	51
Cuadro 6.1 Un método progresivo para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles	98
Cuadro 7.1 Disponibilidad de datos de registros de mortalidad (número de países por regiones de la OMS)	130

Figuras

Figura 1.1 Esperanza de vida al nacer: países desarrollados y en desarrollo, 1955–2002	4
Figura 1.2 Distribución por edades de la mortalidad mundial: países desarrollados y en desarrollo, 2002	5
Figura 1.3 Distribución de la carga de morbilidad (AVAD) por grupos de edad y regiones, 2002	6
Figura 1.4 Mortalidad en la niñez en las seis regiones de la OMS, 2002	8
Figura 1.5 Diferencias en la mortalidad en la niñez en tres países en desarrollo según el estatus socioeconómico	9
Figura 1.6 Variaciones de las tasas de mortalidad en la niñez por regiones de la OMS, 1970–2002	10
Figura 1.7 Países con las mayores reducciones absolutas de la mortalidad en la niñez desde 1970	12
Figura 1.8 Carga de morbilidad (AVAD) entre los adultos (≥ 15 años), por causas generales, en algunas subregiones epidemiológicas, 2002	14

Figura 1.9	Mortalidad de adultos: probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años de edad, por causas, en algunas subregiones epidemiológicas, 2002	16
Figura 1.10	Tendencias de la mortalidad de adultos, por sexos, en algunas subregiones epidemiológicas, 1970–2002	18
Figura 1.11	Tasa de años perdidos por discapacidad (APD) ajustada por edad: países desarrollados y en desarrollo, 2002	23
Figura 3.1	Tendencias de la tasa de mortalidad ajustada por edad para la infección por el VIH, EE.UU., 1987–2000	50
Figura 3.2	VIH/SIDA: historia de una epidemia	52
Figura 3.3	Tendencias del costo de los ARV y del número de personas sometidas a tratamiento, Uganda, 1997–2002	57
Figura 4.1	Poliomielitis endémica en 1988 y a mediados de 2003	67
Figura 4.2	Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiélitis: apoyo financiero 1988–2005	70
Figura 4.3	Plan de acción mundial para el confinamiento de poliovirus salvajes en laboratorio, febrero de 2003	74
Figura 5.1	Casos probables de SRAS en el mundo al 7 de agosto de 2003	81
Figura 5.2	Casos probables de SRAS en el mundo entre el 1 de noviembre de 2002 y el 11 de julio de 2003	86
Figura 6.1	Muertes atribuibles a las 16 causas principales de defunción en los países en desarrollo, 2001	94
Figura 6.2	Previsiones de la mortalidad relacionada con el tabaco en distintos escenarios	104
Figura 7.1	Relación entre los nacimientos asistidos por personal de partería cualificado y el número de profesionales de la salud en 33 países en desarrollo y países con economías en transición	124
Figura 7.2	Desigualdades de los gastos en salud y los ingresos, por regiones, 2001	133
Figura 7.3	Perfiles de distribución de la privación de asistencia sanitaria en Uzbekistán, Turquía y el Níger	137

Recuadros

Recuadro 1.1	Registro civil «centinela» en la República Unida de Tanzania	7
Recuadro 1.2	La crisis de la mortalidad en la niñez en África	13
Recuadro 1.3	El envejecimiento de la población	20
Recuadro 1.4	La carga de morbilidad mental	21
Recuadro 2.1	Progresos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio: el caso de Uganda	33
Recuadro 2.2	Supervivencia infantil: convertir los conocimientos en acción	34
Recuadro 2.3	Lucha contra la mortalidad materna: reducir los riesgos del embarazo	35
Recuadro 2.4	Objetivos de Desarrollo del Milenio en Europa oriental	38
Recuadro 2.5	Asegurar la calidad de los medicamentos contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria	41
Recuadro 3.1	El VIH/SIDA en la Región de Europa	53
Recuadro 3.2	Los <i>accompagnateurs</i> : un ejemplo de la atención del SIDA en los entornos de recursos escasos	56
Recuadro 4.1	Progresos realizados hacia la erradicación de la poliomiélitis en el Mediterráneo Oriental	68
Recuadro 4.2	Respuestas al reto de la erradicación de la poliomiélitis en Asia Sudoriental	69
Recuadro 4.3	Una alianza publicoprivada para la erradicación de la poliomiélitis	71
Recuadro 5.1	La respuesta al SRAS en la Región del Pacífico Occidental	82
Recuadro 6.1	Medición de los progresos: vigilancia integrada de los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles	100
Recuadro 6.2	Ejemplos de estrategias eficaces de control del tabaco	103
Recuadro 6.3	El tabaquismo entre los escolares en la Región del Pacífico Occidental	105
Recuadro 6.4	Un ejemplo de estrategia de seguridad vial poco costosa: colocación de badenes en las carreteras de Ghana	109
Recuadro 7.1	Observatorio Europeo sobre los Sistemas de Atención Sanitaria	118
Recuadro 7.2	La atención primaria en un entorno cambiante: las «casas de salud» de la República Islámica del Irán	119
Recuadro 7.3	Reconstrucción del sector de la salud del Iraq	122
Recuadro 7.4	Capacitación de funcionarios médicos adjuntos: los <i>técnicos</i> de Mozambique	125
Recuadro 7.5	Constitución de una fuerza de trabajo capacitada para el mañana	128
Recuadro 7.6	El Observatorio de Recursos Humanos en las reformas del sector de la salud	129
Recuadro 7.7	Información fidedigna y oportuna sobre la salud	132
Recuadro 7.8	Reformas sanitarias comunitarias en las Islas Tiwi	138
Recuadro 7.9	Establecimiento de alianzas en pro de la salud en el Sudán	140

Mensaje del Director General

La actual situación sanitaria mundial plantea cuestiones apremiantes en relación con la justicia. En algunas partes del mundo existe la expectativa permanente de disfrutar de una vida más larga y agradable, mientras en muchas otras se asiste con desesperanza al fracaso de la lucha contra las enfermedades, aun cuando existen los medios necesarios para combatirlas.

Ese contraste es claramente patente en la falta de acceso al tratamiento contra el VIH/SIDA, problema que me llevó este año a declarar una emergencia sanitaria mundial. La OMS decidió tomar esta excepcional medida después de evaluar la situación mundial y concluir que sólo un 5% de las personas del mundo en desarrollo que necesitan antirretrovirales (ARV) se benefician de ellos. En el África subsahariana, sólo 50 000 de los 4 millones de personas que los necesitan tienen acceso a los ARV. Esto augura una catástrofe no sólo para las sociedades más castigadas por el virus, sino para todo el mundo. Nuestro primer paso en respuesta a esta crisis debe ser alcanzar el objetivo «tres millones para 2005», esto es, que tres millones de personas de los países en desarrollo reciban antirretrovirales en 2005. Existen también grandes disparidades en terrenos como el de la mortalidad en la niñez: la casi totalidad de los más de 10 millones de menores de 5 años que mueren cada año viven en países en desarrollo.

Un mundo marcado por tales desigualdades es un mundo abocado a problemas muy serios. Tenemos que idear fórmulas para poner en común nuestros puntos fuertes como comunidad mundial y forjar un futuro más sano. En este informe sobre la salud en el mundo, el primero publicado desde que asumí el cargo, se dan algunas indicaciones iniciales sobre la manera de lograrlo.

Un mensaje reiterado a lo largo de estas páginas es que los progresos sanitarios, incluida la expansión rápida y sostenible de los tratamientos de emergencia, requieren sistemas de salud nacionales y locales que sean viables. La extensión masiva del tratamiento ARV en los entornos con pocos recursos ha de hacerse de manera que refuerce los sistemas de salud insistiendo en la atención primaria. En la mayoría de los países, los progresos hacia unos niveles de salud aceptables serán limitados y efímeros si no se consigue desarrollar sistemas de atención sanitaria suficientemente robustos para responder a los actuales retos.

A fin de imprimir impulso a ese proceso, la OMS está haciendo de los resultados en los países su principal objetivo. Es posible adoptar en todos los países medidas eficaces que mejoren la salud de la población, pero para transformar esa posibilidad en realidad es necesario aprovechar los conocimientos y las bazas locales. Es una lección que hemos aprendido gracias a



LEE Jong-wook

éxitos como el control de la epidemia de SRAS y los importantes avances de la campaña de erradicación de la poliomielitis, pero también como consecuencia de algunos reveses, entre ellos el continuo aumento de los casos de SIDA, tuberculosis y malaria. Todas esas lecciones nos han preparado para la tarea que nos espera.

Hace 25 años, la Declaración de Alma-Ata desafió al mundo a adherirse a los principios de la atención primaria como alternativa para superar las grandes desigualdades en salud surgidas en los países y entre ellos. La «salud para todos» se convirtió en el lema de ese movimiento. Se trataba no sólo de un ideal, sino también de un principio organizativo: todo el mundo necesita disfrutar del nivel más alto posible de salud y tiene derecho a ello. Los principios establecidos en esa ocasión siguen siendo indispensables para tener una visión coherente de la salud mundial. Pero para transformar esa visión en realidad es necesario distinguir claramente tanto las posibilidades como los obstáculos que han frenado, y en algunos casos invertido, los progresos hacia la satisfacción de las necesidades de salud de todas las personas. Eso significa trabajar con los países, especialmente con los más necesitados, para afrontar las crisis sanitarias, pero también para construir sistemas de salud sostenibles y equitativos.

Quisiera instar aquí a la comunidad sanitaria mundial a poner la mira en objetivos audaces. Todos los países del mundo se han comprometido a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio establecidos en la Cumbre de las Naciones Unidas en 2000. Ello incluye metas ambiciosas para la nutrición, la salud materno-infantil, la lucha contra las enfermedades infecciosas y el acceso a los medicamentos esenciales. Con ese apoyo tenemos hoy una oportunidad real de lograr avances que se traduzcan en una vida más larga y sana para millones de personas, que transformen la desesperanza en una esperanza realista y que sienten las bases para que las generaciones venideras disfruten de una salud mejor.

Esos objetivos sólo se alcanzarán con un mayor compromiso para aportar recursos y una colaboración intensificada entre los asociados. El informe que sigue a continuación describe los retos que debemos afrontar y señala el camino para que la OMS y la comunidad sanitaria mundial articulen una respuesta unitaria.



LEE Jong-wook
Ginebra
Octubre de 2003

Panorama general

El estudio de la salud mundial pone de manifiesto contrastes. Mientras que la esperanza de vida de una niña nacida hoy en el Japón es de unos 85 años, la de otra nacida en el mismo momento en Sierra Leona es de 36 años. La pequeña japonesa recibirá vacunas, una nutrición adecuada y una buena escolaridad. Cuando vaya a ser madre gozará de una atención de maternidad de alta calidad. Con los años, cuando envejezca, quizás contraiga enfermedades crónicas, pero tendrá a disposición tratamiento y servicios de rehabilitación excelentes; podrá recibir medicamentos cuyo valor anual promedio será de unos US\$ 550, o mucho más si es necesario.

Entretanto, la muchacha de Sierra Leona tiene escasas posibilidades de recibir inmunizaciones y una alta probabilidad de tener un peso inferior al normal durante toda la niñez. Probablemente se casará en la adolescencia y dará a luz a seis niños, o más, sin asistencia de una partera capacitada. Uno o más de sus hijos morirán durante la lactancia y ella misma correrá un riesgo elevado de muerte durante el parto. Si se enferma, podrá recibir como promedio unos US\$ 3 por año en medicamentos. Si sobrevive a la edad madura, contraerá enfermedades crónicas pero, sin acceso a un tratamiento adecuado, morirá prematuramente.

Estas historias contrapuestas son muy reveladoras de lo que permiten conseguir la medicina y la salud pública y de las necesidades insatisfechas en un mundo donde las desigualdades de salud son grandes y cada vez mayores. En el *Informe sobre la salud en el mundo 2003* se afirma que la tarea decisiva de la comunidad mundial de la salud consiste en reducir esas disparidades. Sobre la base de la experiencia y los logros del pasado, el informe propone estrategias coherentes para forjar un futuro más saludable y más equitativo.

Un mensaje clave de este informe es que, para que se logren progresos reales en materia de salud, se requieren sistemas mejores basados en la atención primaria. La mayor parte de los países sólo conseguirán adelantos limitados hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas y otras prioridades nacionales de salud si no desarrollan sistemas de atención que respondan a los complejos retos de salud del presente. Los sistemas deben integrar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, por una parte, y el tratamiento de las enfermedades agudas y la atención de las enfermedades crónicas, por otra. Esto debe hacerse en todos los niveles a fin de prestar equitativa y eficientemente servicios de calidad a la población entera. Las enseñanzas que nos han dejado el SRAS y los programas de erradicación de la poliomielitis son pautas para formular estrategias que posibiliten una respuesta urgente del sistema de salud al VIH/SIDA; a su vez, la extensión masiva de la lucha contra el VIH/SIDA contribuirá mucho a fortalecer los sistemas de salud.

Sistemas de salud mejores: requisitos mínimos

¿Cómo se pueden ofrecer a la niña de Sierra Leona las mismas posibilidades de llevar una vida sana que las que tiene la pequeña japonesa? Muchos factores, como la pobreza, los conflictos armados, la estabilidad institucional y el estado de la infraestructura básica, se encuentran más allá del control directo del sistema de salud. Consciente de la importancia de esos factores, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propugna resueltamente la introducción de mejoras en los principales factores determinantes de la salud. Pero un sistema de salud que funcione bien puede hacer mucho para reducir las desigualdades de salud mientras prosiguen las actividades encaminadas a reducir la pobreza y las injusticias socioeconómicas.

Para que cada niño que nazca hoy tenga buenas posibilidades de llevar una vida larga y sana, cada sistema de salud debe cumplir de manera equitativa con algunos requisitos mínimos, a saber: acceso a servicios de calidad para atender las necesidades de salud agudas y crónicas; servicios eficaces de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, y respuestas apropiadas a las amenazas nuevas a medida que surjan. Estas últimas comprenderán enfermedades infecciosas nuevas, pero también cambios a largo plazo tales como el aumento de la carga de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos, así como los efectos de los cambios ambientales mundiales en la salud. Estos retos se deben afrontar de manera simultánea, inclusiva y sostenible mientras se mejoran los principales factores determinantes de la salud.

En este informe se sostiene que la clave del éxito radica en el fortalecimiento de los sistemas de salud orientado por las estrategias y los principios de la atención primaria y en la preparación de respuestas que promuevan un desarrollo integrado y a largo plazo de los sistemas de salud en beneficio de toda la población. Para ello se requiere un aprovechamiento eficaz de los conocimientos y técnicas existentes, así como innovaciones para crear nuevos instrumentos sanitarios y estructuras y estrategias apropiadas para aplicarlos. A fin de obtener buenos resultados se requerirán nuevas formas de cooperación entre los organismos de salud internacionales, las autoridades sanitarias nacionales, los trabajadores de salud y las comunidades, así como otros sectores pertinentes.

El *Informe sobre la salud en el mundo 2003* consta de siete capítulos. A continuación exponemos brevemente las principales ideas y conexiones temáticas entre ellos. En una sección subsiguiente de esta panorámica se resume con más detalle el contenido del informe.

El *capítulo 1* comienza con una descripción del estado actual de la salud en el mundo. Se examinan la esperanza de vida y la esperanza de vida sana, se muestran las desigualdades entre una y otra a nivel mundial y regional y se destacan las diferencias existentes en todo lugar entre la población pobre y la mejor acomodada. Entre las principales causas transmisibles y no transmisibles de mortalidad y discapacidad, el VIH/SIDA sobresale como la prioridad más apremiante. Esto se desprende en primer lugar del *capítulo 2*, en el que se señala la lentitud de los progresos realizados hasta ahora en pos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, incluso en la lucha contra el VIH/SIDA; el *capítulo 3* está dedicado completamente a la pandemia misma y muestra por qué la lucha decidida contra el VIH/SIDA debe impulsar las actividades de la comunidad sanitaria mundial.

Las enfermedades transmisibles forman parte de la doble carga de la morbilidad. Abarcan infecciones tanto viejas como nuevas. Uno de los grandes objetivos de salud pública del siglo XX era la erradicación de la poliomielitis. En el *capítulo 4* se examinan las últimas medidas necesarias para lograrlo en los próximos años. Entretanto, en el transcurso de los últimos 20 años o más, han aparecido enfermedades nuevas a razón de una por año. La última de ellas,

que provocó una alarma mundial en 2003, es el SRAS, y el *capítulo 5* se refiere a las enseñanzas que nos han dejado esos brotes.

El *capítulo 6* versa sobre la lucha contra la doble carga de morbilidad. En todo el mundo en desarrollo coinciden de forma nefasta las enfermedades transmisibles y no transmisibles y los traumatismos y ello da lugar a una crisis de prioridades en sistemas de salud cuyos recursos ya son escasos. Este capítulo está dividido en tres secciones referentes, respectivamente, a la epidemia rápidamente creciente de las enfermedades cardiovasculares, la epidemia mundial de tabaquismo y los múltiples riesgos directos e indirectos del aumento de la circulación vial.

Todas las cuestiones señaladas más arriba exigen un fortalecimiento de los sistemas de salud. El *capítulo 7* aborda en profundidad esta cuestión. Propugna un fortalecimiento de los sistemas de salud inspirado en los principios y prácticas de la atención primaria y examina los aspectos más importantes de la extensión masiva, desde la crisis de la fuerza de trabajo del sector de la salud hasta una rectoría del sistema de salud en favor de la equidad.

Valores fundamentales para una alianza mundial en pro de la salud

A fin de alcanzar los objetivos de salud nacionales y mundiales se requieren recursos nuevos y una cooperación sin precedentes entre los organismos multilaterales, las autoridades nacionales, las comunidades, el sector privado y otros interesados directos. Una movilización semejante debe basarse en criterios científicos rigurosos y en una perspectiva ética clara.

La perspectiva ética de la salud mundial está inspirada en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que data de 1946. En ese momento, al igual que hoy, el mundo estaba profundamente preocupado por cuestiones de seguridad. En efecto, «mantener la paz y la seguridad internacionales» es el primer propósito establecido de las Naciones Unidas. Pero los fundadores de la OMS y del sistema de las Naciones Unidas vieron claramente la relación entre la seguridad y la justicia. Ninguno de estos dos valores se puede sostener sin el otro. Quienes vivían durante la Segunda Guerra Mundial fueron testigos de las consecuencias del nacionalismo, del odio étnico y del desprecio de la dignidad humana llevados al extremo y entendieron esa interdependencia. El preámbulo de la Carta de las Naciones Unidas dice que la misión de las Naciones Unidas de protección de la seguridad depende de que se establezcan las «condiciones bajo las cuales puedan mantenerse la justicia...».

Los fundadores del sistema internacional hace más de medio siglo percibieron la estrecha relación existente entre la salud, entendida como «un estado de completo bienestar físico, mental y social», y los valores fundamentales de justicia y seguridad. La Constitución de la OMS dice que «el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción...». Un aspecto muy importante de la justicia en las relaciones humanas consiste en promover un acceso equitativo a las condiciones que posibilitan la salud.

En los últimos decenios del siglo XX, la salud y la seguridad se solían examinar por separado en los debates nacionales e internacionales. Sin embargo, se vuelven a poner cada vez más de manifiesto las conexiones entre ambas. El Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y órganos nacionales reconocen, por ejemplo, las repercusiones crecientes del VIH/SIDA en la seguridad. La amenaza de nuevas infecciones exige nuevas formas de cooperación entre los ámbitos de la seguridad y la salud pública.

A medida que se acelera la globalización, la interdependencia de las naciones se percibe cada vez más claramente. Hoy día, tratar a otros de forma justa no sólo es un imperativo moral sino también un aspecto de una política de seguridad sensata. En este *Informe sobre la salud en el mundo* se muestra la manera en que el SRAS ha puesto muy de relieve la interdependencia y la necesidad de cooperación internacional. Pero el principio básico es extensivo a muchas otras esferas de interés para la salud pública.

La salud de la población contribuye de forma decisiva al desarrollo económico y social. Esto se ve reflejado, por ejemplo, en la importancia otorgada a las cuestiones de salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. Estos objetivos son fundamentales en el programa de la OMS y en este informe. La salud es tanto un objetivo como una contribución decisiva para el logro de otros objetivos.

Este informe no es exhaustivo. Concentra la atención en algunos temas seleccionados y menciona sólo tangencialmente muchos otros temas importantes. La salud mental, la tuberculosis, el paludismo, la malnutrición y la salud reproductiva seguirán siendo claramente áreas de interés esencial para la OMS, aunque aquí reciban una atención limitada. También se presta escasa atención directa a las repercusiones de las actividades humanas en el medio ambiente natural y a las consecuencias de los cambios ambientales en la salud de las poblaciones humanas. Sin embargo, estos procesos tendrán efectos significativos en las tendencias sanitarias y en las exigencias que recaerán sobre los sistemas de salud en los años venideros.

La finalidad de este *Informe sobre la salud en el mundo* es promover una acción encaminada al mejoramiento de la salud, especialmente de los pobres y desfavorecidos. No es hora de debates académicos: el imperativo moral es la acción urgente. La cooperación entre los gobiernos, las instituciones internacionales, el sector privado y la sociedad civil activó progresos de salud pública notables en el siglo XX. En un mundo cada vez más interdependiente, una colaboración semejante que vaya más allá de los límites políticos y sectoriales es más vital que nunca. Este informe insta a cada lector, esté dentro o fuera de una institución de salud pública, a que contribuya a forjar un futuro sano, equitativo y sostenible para todos.

Resúmenes de los capítulos

En el *capítulo 1* se evalúa la situación sanitaria mundial y se presentan algunos resultados importantes e inesperados. Durante los últimos 50 años, como promedio, la esperanza de vida al nacer aumentó casi 20 años a nivel mundial, de 46,5 años en 1950–1955 a 65,2 años en 2002. En los años cincuenta había una gran desigualdad en cuanto a la esperanza de vida entre los países desarrollados y los países en desarrollo. Hoy día esa desigualdad se sitúa entre los países en desarrollo más pobres y todos los demás.

De los 57 millones de defunciones registradas en 2002, unos 10,5 millones correspondían a menores de cinco años de edad, y más del 98% de éstas ocurrieron en países en desarrollo. A nivel mundial, se han logrado adelantos considerables desde 1970, año en que se registraron más de 17 millones de defunciones de niños (menores de cinco años). En 14 países africanos, sin embargo, los niveles actuales de mortalidad en la niñez son mayores que en 1990. En general, el 35% de los niños de África corren hoy mayores riesgos de muerte que hace 10 años. Las principales causas de mortalidad en los niños son los trastornos perinatales, las infecciones de las vías respiratorias inferiores, las enfermedades diarreicas y el paludismo, mientras que la malnutrición es un factor contribuyente en todos esos casos. En el África subsahariana, en 2002, el VIH/SIDA causó unas 332 000 defunciones de niños. En todo el mundo, los niños corren mayor riesgo de muerte si son pobres y están malnutridos, y las

desigualdades registradas en la mortalidad entre los pudientes y los desfavorecidos son cada vez mayores.

El estado de salud de los adultos a comienzos del siglo XXI se caracteriza por dos tendencias principales: una desaceleración de los beneficios y un aumento de las desigualdades; y una complejidad cada vez mayor de la carga de morbilidad. El signo más alarmante de deterioro de la salud de los adultos es que, después de los adelantos realizados en materia de supervivencia de adultos en África, se ha sufrido un retroceso tan grande que en algunas partes del África subsahariana las tasas actuales de mortalidad de adultos son mayores que hace 30 años. El peor impacto se ha verificado en Botswana, Lesotho, Swazilandia y Zimbabwe, donde el VIH/SIDA ha reducido más de 20 años la esperanza de vida de hombres y mujeres.

En otros lugares es evidente la fragilidad de la salud de los adultos ante la inestabilidad social, económica y política. En algunos países de Europa oriental ha aumentado sustancialmente la mortalidad masculina. A nivel mundial, la mayor parte de los países ya están haciendo frente a la doble carga de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. En las regiones de mortalidad alta del mundo, casi la mitad de la carga de morbilidad es atribuible ahora a enfermedades no transmisibles. El envejecimiento de la población y los cambios en la distribución de los factores de riesgo han acelerado estas epidemias en la mayor parte de los países en desarrollo. Los traumatismos, tanto intencionales como no intencionales, van en aumento, principalmente entre los adultos jóvenes.

En el *capítulo 2* se reseñan los orígenes de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los progresos realizados hasta el presente para alcanzarlos. Estos objetivos representan el compromiso de los gobiernos de todo el mundo de redoblar los esfuerzos para reducir la pobreza y el hambre y ocuparse de la mala salud, las disparidades entre los géneros, la falta de educación, el acceso al agua limpia y la degradación del medio ambiente. Tres de los ocho objetivos están directamente relacionados con la salud; los demás tienen importantes efectos indirectos en ésta.

En los Objetivos de Desarrollo del Milenio se asigna a la salud una importancia fundamental para el desarrollo. En el capítulo se advierte que, si los países tanto ricos como en desarrollo no refuerzan significativamente sus compromisos, no se alcanzarán los objetivos a nivel mundial, y en algunos de los países más pobres los resultados serán muy inferiores a los esperados.

En el *capítulo 3* se examinan las principales tendencias de la epidemia de VIH y los éxitos y fracasos de la lucha contra la enfermedad infecciosa más devastadora del mundo, antes de pasar a abordar las metas para los próximos años. Entre éstas figura la reducción de las disparidades de los resultados de la lucha contra el SIDA mediante el suministro de tratamiento antirretroviral (ARV) combinado a tres millones de personas de países en desarrollo para fines de 2005 (conocida como meta «tres millones para 2005»). Aunque una prevención y una atención vigorosas del VIH exigen una intervención sanitaria compleja, esa clase de intervenciones son no sólo factibles en los entornos de escasos recursos sino precisamente lo que se necesita.

En el capítulo se muestra la división a menudo muy marcada entre la prevención y la atención del SIDA, división que en el mundo en desarrollo significa que la mayor parte de las personas que viven con el VIH carecen absolutamente de atención médica aceptable. Pero también se muestran ejemplos, como el del Brasil, en los que la prevención y la atención se han integrado con éxito. En el capítulo se reconoce que aún queda mucho por hacer a fin de alcanzar la meta de suministrar tratamiento con ARV a tres millones de personas para 2005. Por esta razón, la OMS ha declarado oficialmente que el acceso a los ARV es insuficiente para

una emergencia mundial de salud y ha establecido varias iniciativas a fin de responder en consecuencia y avanzar hacia la meta final de acceso universal al tratamiento con ARV.

En el *capítulo 4* se relata la historia alentadora de la victoria frente a una antigua enfermedad grave. Como resultado de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, uno de los esfuerzos de salud pública más grandes de la historia, el número anual de niños paralizados por causa de esta enfermedad devastadora se ha reducido de más de 350 000 en 1988 a unos 1900 en 2003; el número de países donde esta enfermedad es endémica ha bajado de más de 125 a siete. Este capítulo se refiere a los últimos días previstos de la poliomielitis, una de las enfermedades más viejas que se conozcan, puesto que la campaña de erradicación se aproxima a su fin. La visión de un mundo libre de poliomielitis está al alcance, aunque quedan por salvar obstáculos enormes.

Los éxitos obtenidos hasta la fecha son resultado de una alianza extraordinaria entre gobiernos, organismos internacionales, organizaciones humanitarias y el sector privado. Por intermedio de ella, sólo en 2001, más de 10 millones de voluntarios inmunizaron a 575 millones de niños contra la poliomielitis en casi 100 de los países de más bajos ingresos del mundo. El elemento más visible de la Iniciativa han sido los días nacionales de inmunización, en los que se inmuniza a todos los menores de cinco años de edad (casi el 20% de la población de un país) en el transcurso de uno a tres días, varias veces por año, durante varios años consecutivos. En muchos países, la escala y la complejidad logística de estas actividades han sido aun mayores que las de las campañas realizadas en el momento culminante del esfuerzo de erradicación de la viruela.

A fin de sacar partido de los progresos realizados hasta la fecha se requieren esfuerzos sustanciales para interrumpir las últimas cadenas de transmisión, certificar ese logro y reducir al mínimo el riesgo de reintroducción de la poliomielitis en el futuro. Pero todavía no está garantizado el éxito definitivo del esfuerzo de erradicación; sólo queda un número muy pequeño de zonas endémicas, donde se debe inmunizar a todos los niños, y falta que los donantes cubran el déficit financiero crónico para estas actividades.

En el *capítulo 5*, sobre el SRAS, se describe la manera en que una enfermedad completamente nueva puede tener consecuencias internacionales muy graves para la salud, la economía y el comercio. La contención rápida del SRAS es uno de los logros ejemplares de la salud pública de los últimos años y representa una gran victoria, fruto de la colaboración en pro de la salud pública.

El SRAS es una infección humana recién identificada causada por un coronavirus diferente de todos los demás de su familia, afectan éstos a seres humanos o animales. Se transmite principalmente de una persona a otra por exposición cara a cara a gotículas de secreciones respiratorias infectadas expulsadas durante la tos o el estornudo. La tasa de letalidad general, conocida ya la evolución de la mayoría de los casos, se aproxima a un 11% pero es mucho mayor entre las personas de edad. Con el tiempo, el brote internacional dio lugar a más de 8000 casos y 900 defunciones en 30 países.

De la epidemia de SRAS se desprenden siete lecciones principales que en el futuro contribuirán a orientar la lucha contra las enfermedades infecciosas. Lo primero y lo más imperioso es que se notifiquen con prontitud y abiertamente los casos de cualquier enfermedad que pueda propagarse a escala internacional. Segundo, mediante alertas mundiales oportunas es posible prevenir que casos importados den lugar a grandes brotes en lugares nuevos, a condición de que haya una infraestructura de salud pública y se dé una respuesta rápida apropiada. Tercero, las recomendaciones sobre viajes y las medidas de cribado en los aeropuertos ayudan a contener la propagación internacional de una infección rápidamente emergente.

Cuarto, los científicos, clínicos y expertos en salud pública del mundo, con ayuda de medios de comunicación electrónica, pueden colaborar para establecer rápidamente las bases científicas de las medidas de control. Quinto, las deficiencias de los sistemas de salud, especialmente en la lucha contra las infecciones, desempeñan una función decisiva porque permiten que las infecciones emergentes se propaguen. Sexto, es posible contener un brote incluso sin medicamentos curativos ni vacunas si las intervenciones se adaptan a las circunstancias y están apoyadas por un compromiso político. Por último, la comunicación sobre los riesgos de las infecciones nuevas y emergentes constituye un gran reto, y es vital que se vele por que se comunique eficaz e inequívocamente al público información exacta y precisa.

En el *capítulo 6*, por su parte, se describen las repercusiones que tienen en los países en desarrollo las epidemias de enfermedades no transmisibles y traumatismos, cuya evolución es sigilosa pero rápida, en particular las de enfermedades cardiovasculares (ECV), la epidemia mundial de tabaquismo y las «epidemias escondidas» directa e indirectamente resultantes del crecimiento del tránsito automotor.

Hoy día en los países en desarrollo la carga de morbilidad y discapacidad causada por las enfermedades no transmisibles es más pesada que la de la vieja morbilidad transmisible. En este capítulo se examinan las repercusiones de la combinación de esas dos categorías y se propone una «respuesta doble» que comprende la integración de la prevención y del control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles en el marco de un sistema sanitario integral basado en la atención primaria.

Por ironía del destino, las tasas de ECV están ahora disminuyendo en los países industrializados que fueron su primer terreno más fértil, pero no disminuyen en todos los grupos de población. Sin embargo, esa incongruencia es esperanzadora porque la disminución es en gran medida resultado de los éxitos de la prevención primaria y en menor grado del tratamiento. Lo que ha resultado eficaz en los países más ricos puede ser igualmente eficaz en los más pobres, pero se debe velar con especial atención por que se beneficie toda la población. Ya se dispone de pruebas abundantes sobre cuya base se pueden iniciar acciones eficaces a nivel nacional y mundial para promover y proteger la salud cardiovascular mediante medidas orientadas hacia la población encaminadas a prevenir los principales factores de riesgo comunes a todas las enfermedades no transmisibles. La aplicación de los conocimientos existentes ofrece posibilidades de hacer una contribución muy importante, rápida y costoeficaz a la prevención y al control de las epidemias de enfermedades no transmisibles.

El consumo de cigarrillos y otros productos de tabaco y la exposición al humo de tabaco son la principal causa mundial prevenible de mortalidad, responsable de alrededor de cinco millones de defunciones en 2003, principalmente en los países y poblaciones pobres. Ese tributo se duplicará en 20 años a menos que se adopten urgente y extensamente las intervenciones de reconocida eficacia. Conscientes de que la globalización de la epidemia de tabaquismo puede socavar el mejor programa nacional de control, los 192 Estados Miembros adoptaron en la Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2003, el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS).

La apertura del Convenio a la firma y ratificación ofrece a los países una oportunidad sin precedentes de fortalecer la capacidad nacional de control del tabaco. El éxito de la lucha contra la epidemia de tabaquismo requiere un compromiso político continuo y recursos adicionales a nivel tanto mundial como nacional. El consiguiente mejoramiento de la salud, en especial de las poblaciones pobres, será un gran logro de salud pública.

El capítulo 6 termina con una evaluación de la creciente carga de mortalidad y traumatismos debida a los accidentes de tránsito y subraya los efectos indirectos, pero igualmente impor-

tantes, del crecimiento de la circulación de vehículos automotores. Cada año, más de 20 millones de personas sufren heridas graves o mueren en accidentes de tránsito. La carga social y económica más pesada recae sobre los países en desarrollo y aumentará aún más de forma considerable en esos mismos países debido al aumento rápido del número de vehículos en circulación. Los conocimientos existentes deben convertirse en intervenciones eficaces para los países en desarrollo, teniendo en cuenta las circunstancias específicas de la seguridad vial en cada país. De una manera más general, la colaboración intersectorial permite mejorar la salud pública y aprovechar más eficientemente los recursos de los sectores de la salud, el ambiente y el transporte.

En el *capítulo 7* se recalca que es necesario fortalecer los sistemas de salud para afrontar los inmensos desafíos señalados en los capítulos anteriores. Sin un fortalecimiento significativo de los sistemas de salud, muchos países harán pocos progresos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como hacia el de «tres millones para 2005» y otros objetivos de salud. Se propone un enfoque de extensión masiva de los sistemas de salud basado en los principios centrales de la atención primaria formulados en la Declaración de Alma-Ata de 1978: acceso y cobertura universales atendiendo a las necesidades; equidad en materia de salud como parte de un desarrollo orientado hacia la justicia social; participación comunitaria en la definición y la ejecución de los programas de salud; y enfoques intersectoriales de la salud. Si bien estos principios siguen siendo válidos, se deben reinterpretar teniendo en cuenta los cambios espectaculares ocurridos en el campo de la salud en los últimos 25 años. Se aclaran las bases conceptuales de un desarrollo de los sistemas de salud orientado por la atención primaria, luego se examina la manera en que los sistemas de salud basados en los principios de la atención primaria permiten hacer frente a cuatro grandes desafíos de hoy, a saber: la crisis mundial de recursos humanos para la salud; la información sanitaria inadecuada; la falta de recursos financieros; y la función de rectoría en la aplicación de políticas sanitarias en favor de la equidad en un entorno pluralista.

El *Informe sobre la salud en el mundo 2003* termina mostrando que el fortalecimiento de la cooperación con los países para extender masivamente de los sistemas de salud forma parte de la nueva modalidad de trabajo de la OMS. El fortalecimiento de la presencia y la cooperación técnica de la Organización en los países es la mejor manera en que la OMS puede acelerar los progresos hacia las metas más importantes de la comunidad mundial de la salud: mejoras cuantificables de la salud para todos y avances dinámicos para corregir las faltas de equidad. Las desigualdades de salud perjudican el presente y amenazan el futuro. Se necesitan nuevas formas de colaboración para el desarrollo integral de sistemas de salud a fin de hacer posible un mundo en el cual todas las personas puedan gozar de una vida sana y digna. El informe expone la manera en que la OMS y sus asociados están aprendiendo de los logros recientes para seguir adelante en esta dirección.



Capítulo 1

Salud mundial: retos actuales

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

1

Salud mundial: retos actuales

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

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

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

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

Panorama mundial

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

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

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

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

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

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

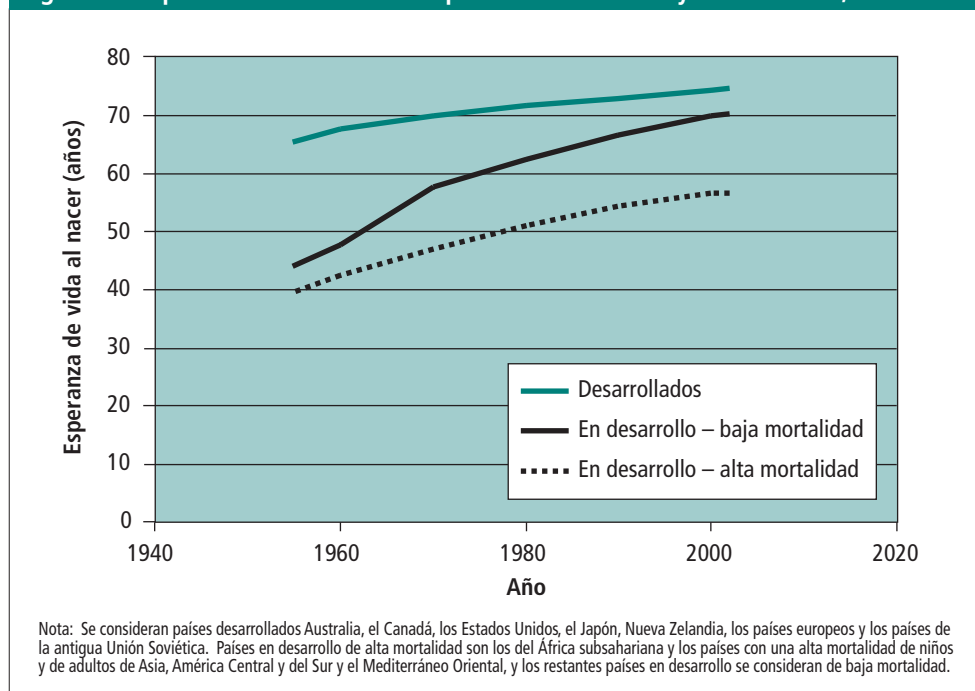
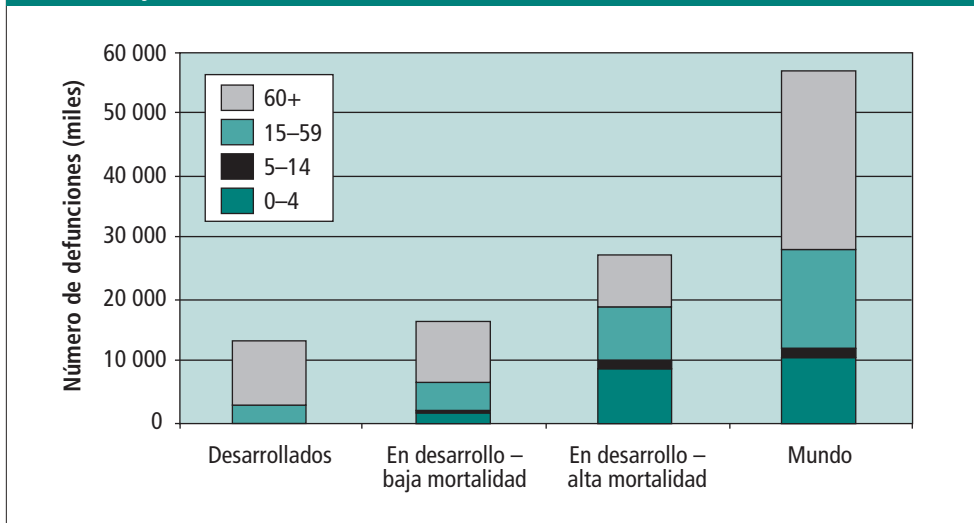


Figura 1.2 Distribución por edades de la mortalidad mundial: países desarrollados y en desarrollo, 2002



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

Pautas de mortalidad mundiales

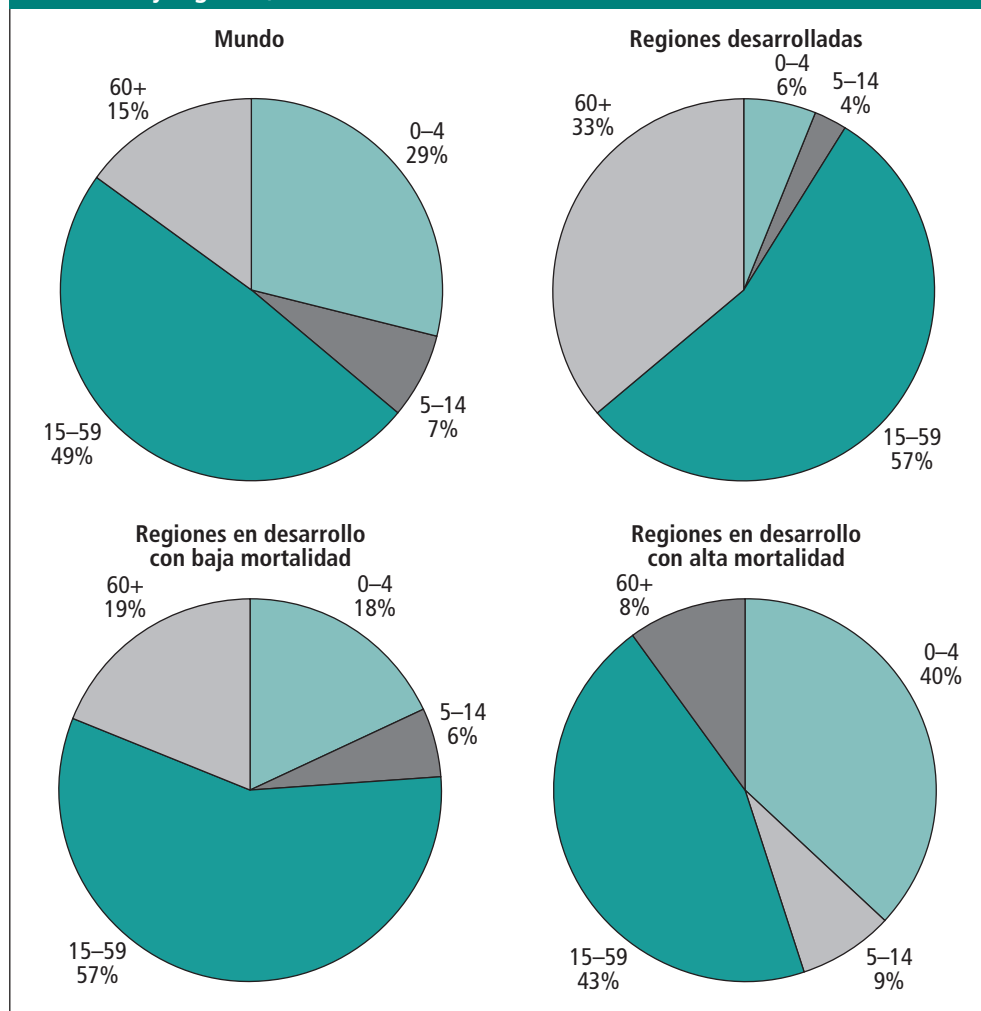
De los cerca de 57 millones de personas que fallecieron en 2002, 10,5 millones (esto es, casi un 20%) eran niños menores de cinco años (véase la figura 1.2). El 98% de esas muertes se produjeron en países en desarrollo. En los países desarrollados, más del 60% de las defunciones se dan en personas mayores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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sobrevivir a los primeros cinco años de vida

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

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

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

Mortalidad en la niñez: contrastes en el plano mundial

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

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

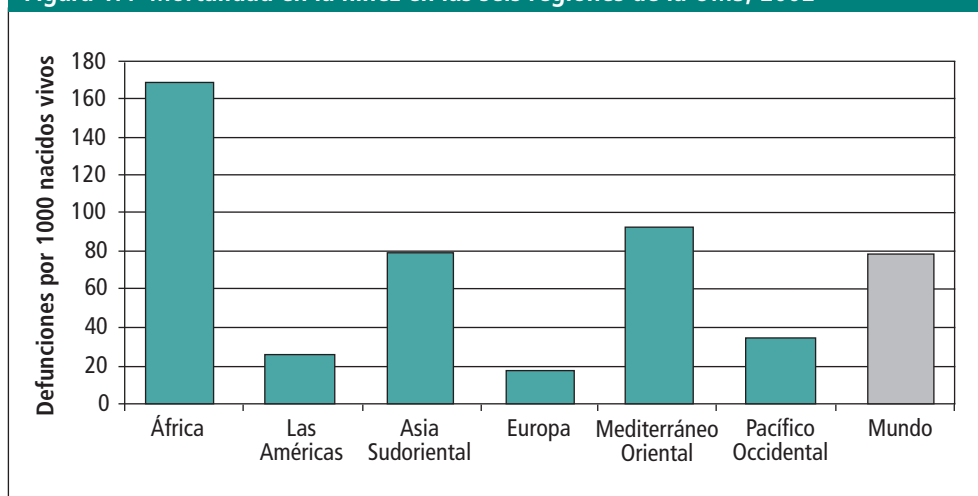
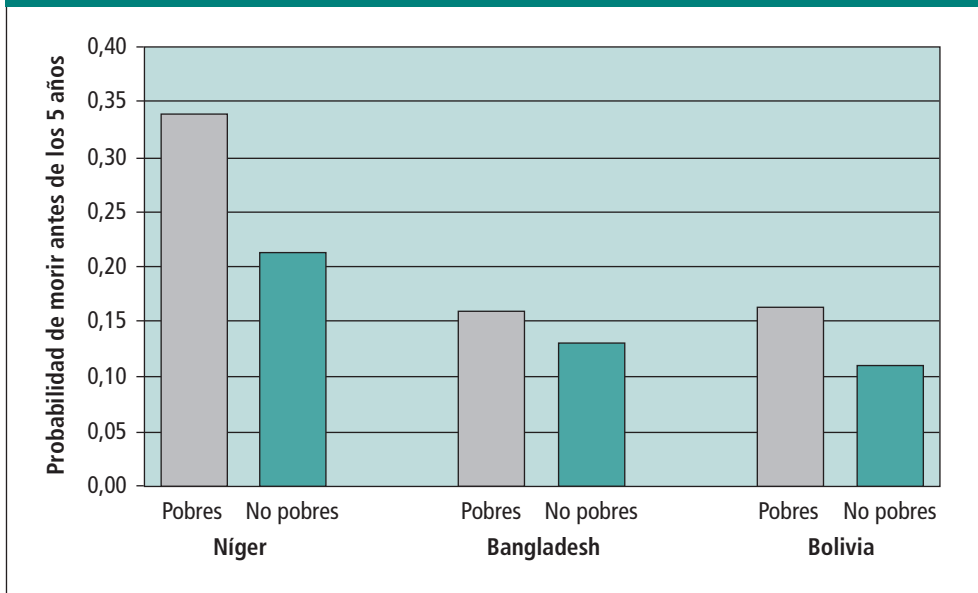


Figura 1.5 Diferencias en la mortalidad en la niñez en tres países en desarrollo según el estatus socioeconómico



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

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

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

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

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

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

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

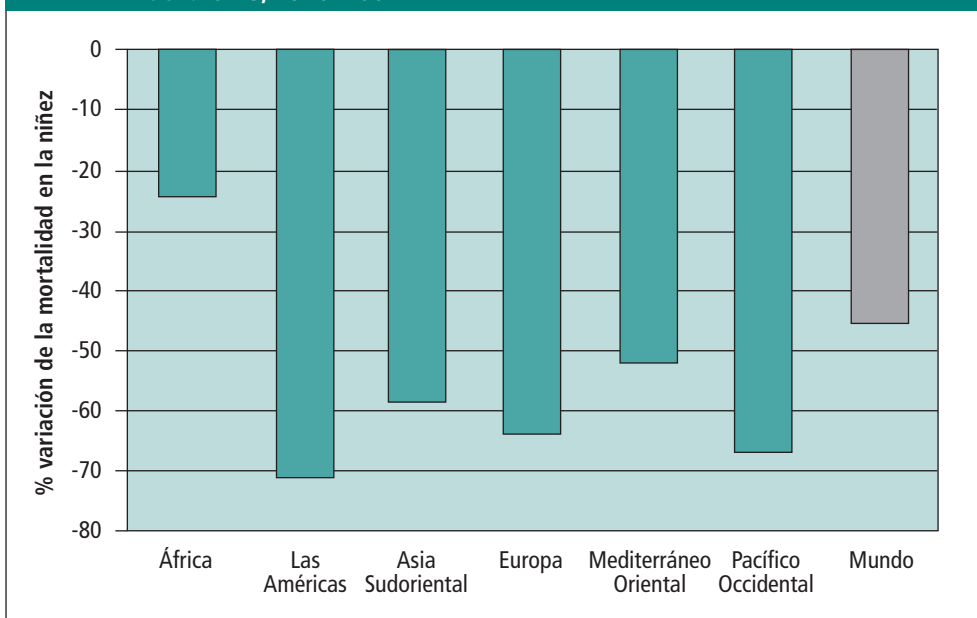
Las tasas de mortalidad en la niñez entre los pobres son mucho más elevadas en África que en cualquier otra región, aunque se emplee el mismo nivel de ingresos para definir la pobreza. Los niños pobres africanos tienen casi el doble de probabilidades de morir que los niños pobres de las Américas. De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

Supervivencia infantil: mejoras para algunos niños

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

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

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



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

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

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

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

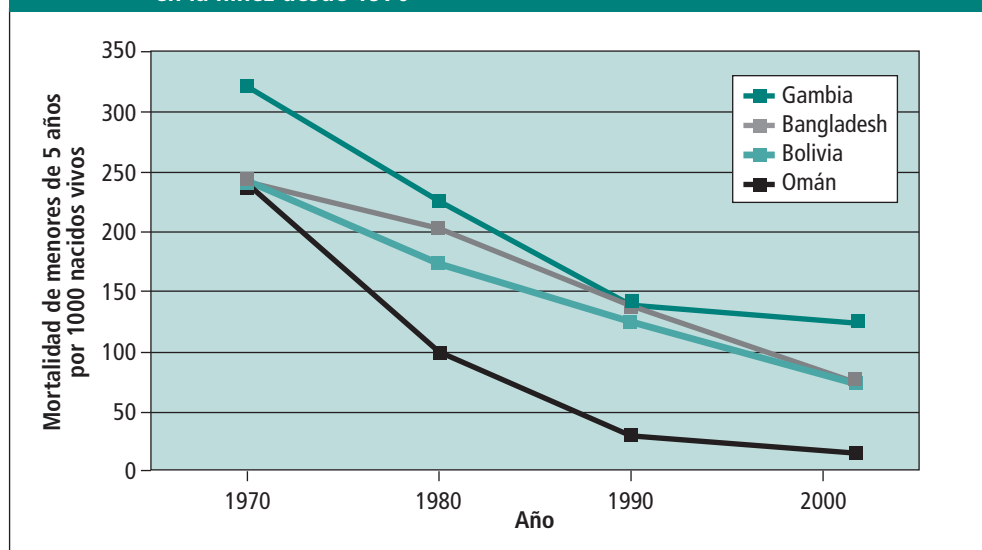
Análisis realizados a partir de encuestas demográficas y de salud ponen de manifiesto que, aunque la mortalidad en la niñez ha aumentado en muchos de los países africanos objeto de estudio, las diferencias de mortalidad entre las poblaciones pobres y no pobres en ese continente no han variado con el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

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

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

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

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



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

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

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

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

Causas de defunción en la infancia

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

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

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

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

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

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

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

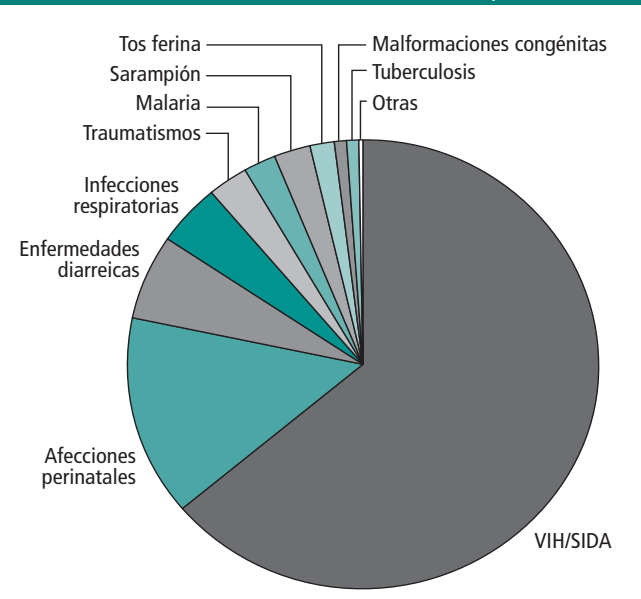
La fuerte irrupción del

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

donde se representan las causas de mortalidad infantil en Botswana.

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

Causas de defunción en la niñez en Botswana, 2002



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

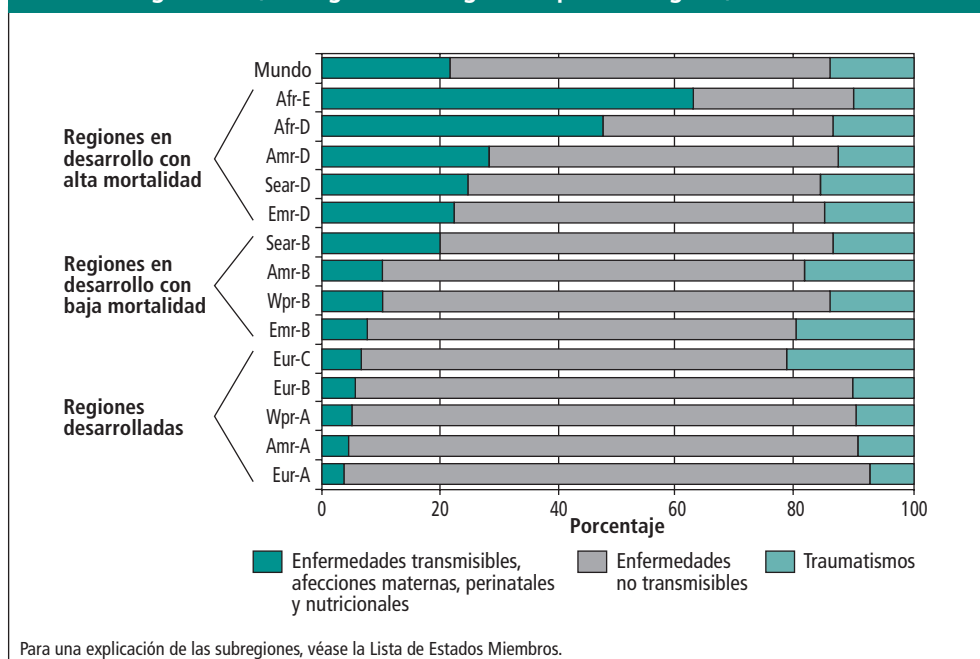
Se puede observar una evolución similar en China, donde el número de muertes infantiles ha disminuido desde 1990 en un 30%, gracias a una reducción de la mortalidad en la niñez en un 18% y a la disminución de las tasas totales de fecundidad en un 6%. Al igual que en el caso de la India, el cambio más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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

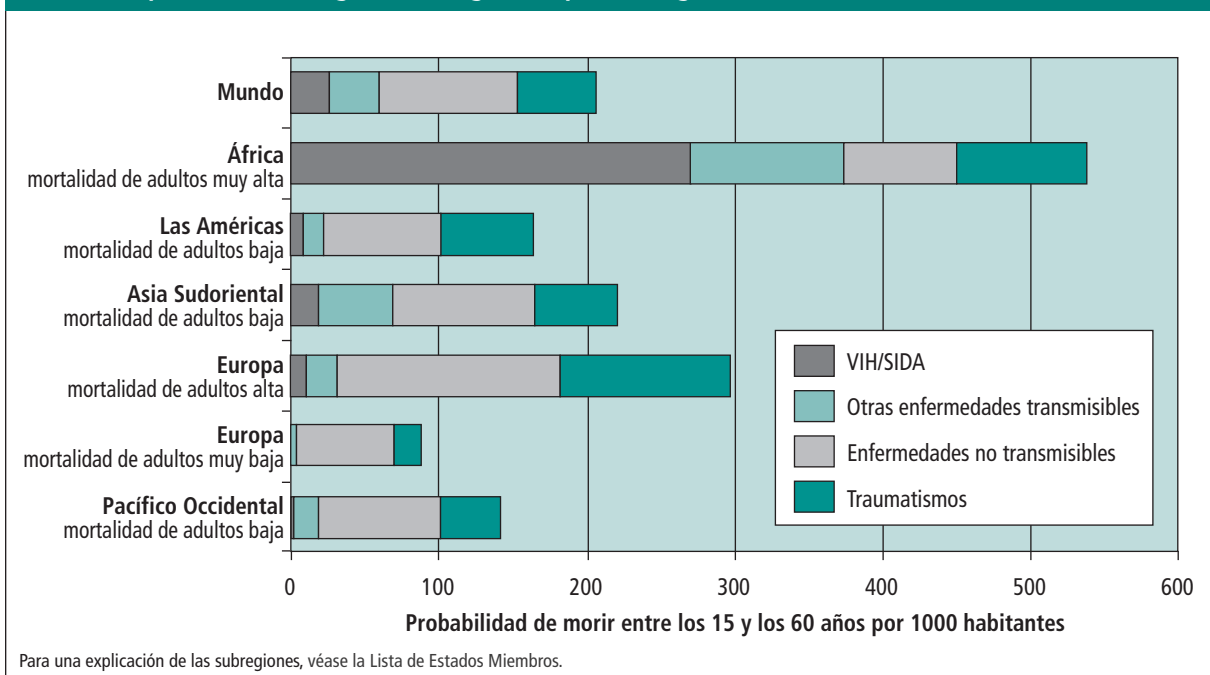
En el cuadro 1.2, se indican las 10 causas principales de morbilidad para los hombres y mujeres de 15 años o más. Las cardiopatías isquémicas y los ataques apopléticos (enfermedades cerebrovasculares) figuran a nivel mundial entre las tres principales causas de morbilidad en adultos varones. El VIH/SIDA,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

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

Distribución mundial del riesgo de mortalidad prematura

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

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



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

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

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

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

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

Mortalidad de adultos: las diferencias se acentúan

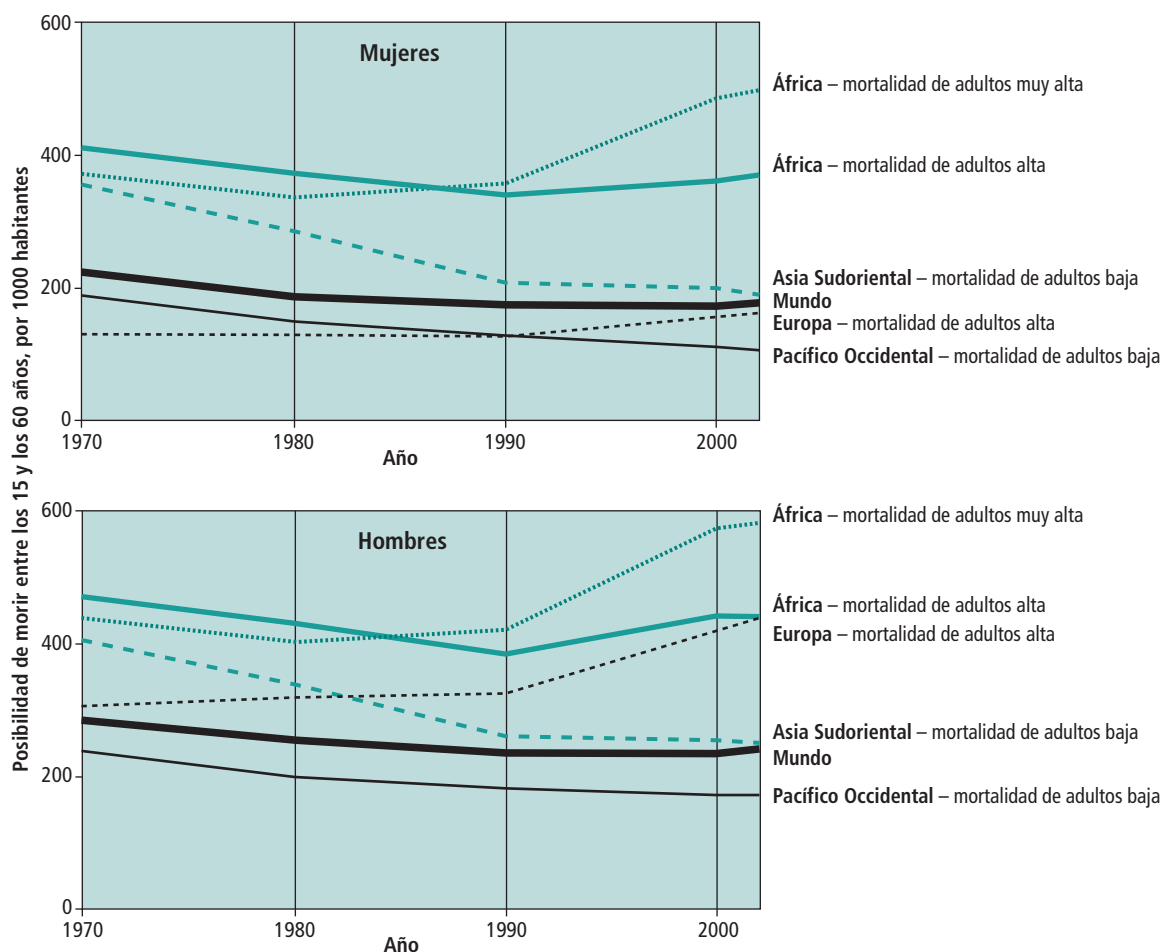
La progresiva disminución de la mortalidad adulta en las regiones con baja mortalidad, unida a la inversión de esa tendencia en las regiones con alta mortalidad, ha traído consigo una ampliación de las diferencias mundiales en esta esfera. La brecha entre las regiones que presentan, respectivamente,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

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

VIH/SIDA: la principal amenaza para la salud

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

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



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

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

Mortalidad y morbilidad en adultos de edad avanzada

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

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

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

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

Carga creciente de enfermedades no transmisibles

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

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

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

Recuadro 1.3 El envejecimiento de la población

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Recuadro 1.4 La carga de morbilidad mental

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

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

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

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

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

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

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

Afecciones con consecuencias no mortales

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

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

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

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

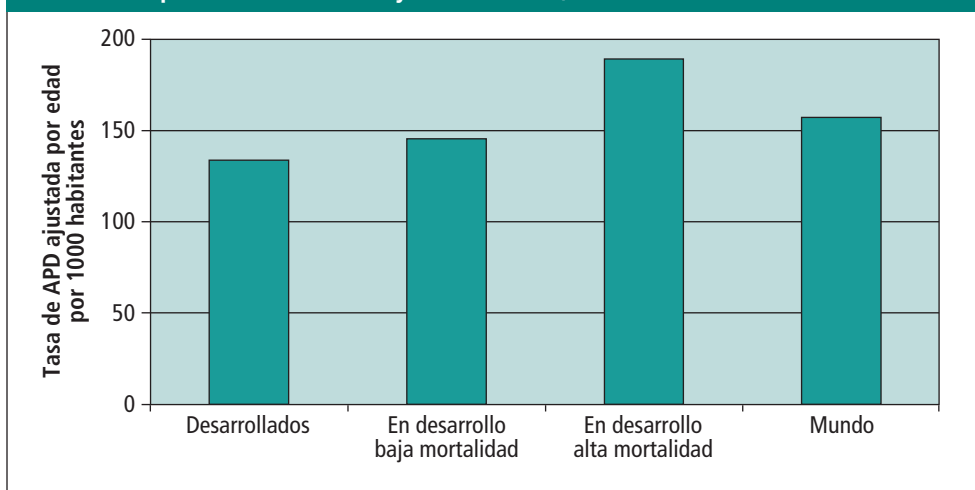
La esperanza de vida sana varía entre las distintas regiones del mundo más aún que la esperanza de vida total, y en 2002 oscilaba entre los 41 años y los 71,4 años, correspondientes respectivamente al África subsahariana y a Europa occidental, con un promedio mundial situado en 57,7 años. Para establecer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

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

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

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

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



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

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

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

Referencias

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



Capítulo 2

Objetivos de Salud del Milenio: caminos hacia el futuro

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) sitúan la salud en el corazón del desarrollo y representan una serie de compromisos contraídos por gobiernos del mundo entero para contribuir con más ahínco a reducir la pobreza y el hambre y dar respuesta a problemas como la mala salud, las desigualdades por razón de sexo, la falta de educación, el acceso a agua salubre y la degradación ambiental. Tres de los ocho objetivos están directamente relacionados con la salud, y todos los demás tienen importantes efectos indirectos en ella. Este capítulo, en el que se describen los orígenes de los ODM y se evalúan los avances logrados hasta la fecha hacia su consecución, contiene una importante advertencia: si los países, tanto los ricos como los que se hallan en vías de desarrollo, no refuerzan notablemente sus compromisos, será imposible alcanzar estos objetivos para el conjunto del planeta.

2

Objetivos de Salud del Milenio: caminos hacia el futuro

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por las Naciones Unidas en 2000 brindan la ocasión de emprender una acción concertada para mejorar la salud mundial. Los ODM sitúan la salud en el corazón del desarrollo y establecen un novedoso pacto mundial que vincula a los países desarrollados y los países en desarrollo por medio de obligaciones claras y recíprocas.

No va a resultar fácil aprovechar la oportunidad que ofrecen los ODM. Por ahora, los países ricos no han asumido plenamente todas las responsabilidades previstas en el pacto, como el establecimiento de políticas más justas de comercio internacional, el aumento de la asistencia oficial para el desarrollo, la adopción de medidas para aliviar la carga de la deuda o la agilización de la transferencia de tecnología. Pese a los progresos registrados en algunas esferas, muchos países en desarrollo aún no han empezado a avanzar hacia la consecución de sus ODM relacionados con la salud. Si los países, tanto desarrollados como en desarrollo, no refuerzan notablemente sus compromisos, va a ser imposible asegurar el cumplimiento de los ODM en el plano mundial; además, los resultados obtenidos en algunos de los países más pobres serán muy inferiores a los logros esperados. La OMS y los asociados internacionales en la esfera de la salud deben intensificar su cooperación con los Estados Miembros para acelerar los progresos hacia los ODM y asegurar que las mejoras que se obtengan beneficien a los más necesitados.

Compromisos internacionales asumidos en la Cumbre del Milenio

En septiembre de 2000, representantes de 189 países, entre ellos 147 jefes de Estado, se dieron cita en Nueva York en la Cumbre del Milenio para adoptar la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (1), donde se enunciaban los principios y valores que debían regir las relaciones internacionales en el siglo XXI. Los dirigentes de los distintos países asumieron compromisos en siete esferas: la paz, la seguridad y el desarme; el desarrollo y la erradicación de la pobreza; la protección del entorno común; los derechos humanos, la democracia y el buen gobierno; la protección de las personas vulnerables; la atención a las necesidades especiales de África; y el fortalecimiento de las Naciones Unidas.

La Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio (2), elaborada después de la Cumbre, establecía las metas y objetivos que deben alcanzarse para 2015 en cada una de las siete áreas. Los objetivos del área de desarrollo y erradicación de la pobreza, que se ha dado en denominar Objetivos de Desarrollo del Milenio, representan los compromisos contraídos

por gobiernos del mundo entero para redoblar los esfuerzos encaminados a reducir la pobreza y el hambre y dar respuesta a problemas como la mala salud, las desigualdades por razón de sexo, la falta de educación, la falta de acceso a agua salubre y la degradación ambiental. Los ODM también incluyen compromisos para reducir la deuda, fomentar la transferencia de tecnología y establecer nuevas alianzas en pro del desarrollo.

Un pacto para acabar con la pobreza

La idea de considerar los ODM como un pacto, que impone responsabilidades a países ricos y pobres, se afinó a comienzos de 2002 en Monterrey (México) en la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo. El Consenso de Monterrey (3), fruto de dicha conferencia, reafirma la importancia de los ODM y brinda un marco para crear las alianzas necesarias para su consecución. Al cabo de unos meses, en septiembre de 2002, la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible, celebrada en Johannesburgo (Sudáfrica), hizo avanzar el proceso otro paso más, al reconocerse que reducir la pobreza y lograr los ODM era fundamental para el conjunto del programa de acción para el desarrollo sostenible (4). Tanto el *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2003* como el *Informe sobre el Desarrollo Humano 2003* han seguido consolidando el concepto de un pacto, con miras a asegurar la formulación de políticas fundamentadas.

En los ODM se resumen algunos de los principales compromisos contraídos en las conferencias más importantes de las Naciones Unidas celebradas en el decenio de 1990. Estos objetivos también se basan en los objetivos internacionales de desarrollo establecidos por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) en 1996 (5). Con todo, lo que los diferencia de sus predecesores es su naturaleza bidireccional. Los países en desarrollo tienen el cometido de cumplir los Objetivos 1 a 7. El Objetivo 8, en cambio, incumbe a los países desarrollados y establece las medidas que éstos pueden adoptar para crear un entorno más propicio en las esferas del comercio, la asistencia para el desarrollo, la deuda, los medicamentos esenciales y la transferencia de tecnología. Si no se logran progresos hacia el Objetivo 8, es poco probable que los países más pobres consigan salvar los obstáculos estructurales que los mantienen sumidos en la miseria o asegurar los niveles de inversión necesarios para alcanzar los demás objetivos.

Nuevos conceptos de pobreza y desarrollo

Desde comienzos del decenio de 1990, los conceptos de pobreza y desarrollo han ido evolucionando para dejar de hacer énfasis exclusivamente en los ingresos y avanzar hacia una noción más amplia de lo que constituye el bienestar de las personas; esto queda patente en el Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y en otros índices multifactoriales, que ofrecen, para medir el desarrollo, indicadores distintos del producto nacional bruto (PNB) per cápita (6).

Dentro de este nuevo planteamiento, la pobreza no sólo es sinónimo de bajo nivel de ingresos, sino también de debilitamiento de toda una serie de capacidades humanas fundamentales, incluidas las relacionadas con la salud. El término *pobreza humana* hace referencia a la carencia de medios para alcanzar dichas capacidades (por ejemplo, el acceso físico a la atención de salud) y a la falta de «factores de conversión» básicos que permitan poner remedio a esa situación (por ejemplo, el acceso social a la atención de salud) (7). El término *desarrollo humano* se aplica a los procesos que amplían las opciones de que disponen las personas para el disfrute efectivo de las capacidades antes citadas (por ejemplo, la posibilidad de optar por un modo de vida saludable) (8).

Interacción entre salud y desarrollo

Este nuevo concepto más complejo de pobreza y desarrollo tiene en cuenta los procesos interactivos que tan importantes resultan para la dinámica social del proceso de mejoramiento de la salud. Así, por ejemplo, las capacidades económicas afectan a la salud, ya que las limitaciones que conllevan los bajos ingresos restringen el acceso a la atención sanitaria y las oportunidades de promoción de la salud. Otro factor igualmente significativo es que la mala salud coarta las posibilidades de las personas de incrementar sus ingresos, lo que contribuye a la pobreza.

La relación de causalidad recíproca entre salud y desarrollo también ha sido resaltada por la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, que ha hecho hincapié en el papel fundamental que la salud desempeña dentro del crecimiento económico (9). La importancia de la salud dentro de un modelo multidimensional de desarrollo humano sostenible es también uno de los principales mensajes transmitidos por los ODM.

Aunque los avances en la esfera sanitaria son importantes en sí mismos, asegurar una salud mejor también es un requisito previo para el desarrollo económico y la cohesión social y un importante impulsor de ambos objetivos. Y a la inversa, las mejoras en el acceso de las personas a la tecnología sanitaria constituyen un buen indicador del éxito de otros procesos de desarrollo. Todas estas vinculaciones quedan patentes en los ODM: tres de los ocho objetivos, ocho de las 18 metas exigidas para la consecución de estos últimos y 18 de los 48 indicadores de progreso están relacionados con la salud (véase el cuadro 2.1).

Los ODM están relacionados entre sí y son interdependientes. En muchos países va a ser imposible reducir a la mitad la pobreza de ingresos (Objetivo 1, meta 1) si no se adoptan medidas para mejorar la salud de la población. De modo análogo, eliminar las desigualdades entre los géneros (Objetivo 3) y aumentar los niveles de escolarización en la enseñanza primaria (Objetivo 2) son requisitos indispensables para avanzar en la mejora de los resultados sanitarios. La salud de la población ya no puede examinarse por separado, sin tener en cuenta cuestiones relacionadas con la gestión de los recursos naturales y la sostenibilidad ambiental (Objetivo 7). Así pues, es importante que los ODM referentes a la salud no se aborden de forma aislada – como estrategias no relacionadas entre sí –, sino como el resultado, o el fruto esperado, de un programa de desarrollo en el que colaboran varias partes.

Uno de los objetivos más difíciles de cumplir, el de reducir en dos tercios la mortalidad en la niñez (Objetivo 4, meta 5), exige intervenciones técnicas que atajen las causas principales de las muertes infantiles, como la malnutrición, las infecciones y las enfermedades parasitarias. Ahora bien, la eficacia de esas intervenciones dependerá de una red de sistemas asistenciales, tanto públicos como privados, y estará supeditada a la consecución de niveles de financiación adecuados. Su efecto vendrá reforzado por diversas medidas, como por ejemplo las encaminadas a asegurar una mayor seguridad alimentaria o el acceso a la educación, a los medicamentos esenciales y al agua salubre, y por mejoras en la gestión del gasto público. La capacidad de los gobiernos para financiar esas actuaciones estará condicionada no sólo por las políticas nacionales e internacionales en la materia sino también por los entornos comerciales y, en los países más pobres, por la disponibilidad de fuentes externas de ayuda financiera. Los ODM constituyen, por consiguiente, un medio para la evaluación y el seguimiento de los avances que se van logrando en una serie de frentes decisivos; representan además un resumen de los *logros*, o resultados, que los gobiernos se han comprometido a cumplir, sin estipular los *medios* con que se deben alcanzar esos logros.

Cuadro 2.1 Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, con sus metas e indicadores

Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Meta: 2. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre

- Indicador:** 4. Número de niños menores de 5 años de peso inferior al normal
5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria^a

Objetivo 4. Reducir la mortalidad en la niñez

Meta: 5. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.

- Indicador:** 13. Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años
14. Tasa de mortalidad infantil
15. Porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión

Objetivo 5. Mejorar la salud materna

Meta: 6. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

- Indicador:** 16. Tasa de mortalidad materna
17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado

Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades

Meta: 7. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

- Indicador:** 18. Prevalencia del VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años^b
19. Tasa de uso de preservativos en la tasa de uso de anticonceptivos
20. Número de niños huérfanos por causa del VIH/SIDA

Meta: 8. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de malaria y de otras enfermedades graves

- Indicador:** 21. Prevalencia y tasas de mortalidad por malaria
22. Proporción de la población de zonas de riesgo de malaria que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento de la malaria
23. Prevalencia y tasas de mortalidad por tuberculosis
24. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS)

Objetivo 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

Meta: 9. Incorporar los principios de desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente

- Indicador:** 29. Proporción de la población que usa combustibles sólidos

Meta: 10. Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso a agua potable

- Indicador:** 30. Proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, urbanas y rurales

Meta: 11. Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios

- Indicador:** 31. Proporción de la población urbana con acceso a mejores servicios de saneamiento

Objetivo 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Meta: 17. En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales asequibles en los países en desarrollo

- Indicador:** 46. Proporción de la población con acceso a medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible

^a Indicador relacionado con la salud notificado por la FAO únicamente.

^b Indicadores de la lista de ODM reformulados por la OMS y por el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

Progresos y perspectivas

Pese al consenso político y al compromiso explícito de países del mundo entero, los ODM no se cumplirán si se sigue avanzando al ritmo actual.

En el *Informe sobre el Desarrollo Humano 2003* se señala que «si el progreso mundial continúa al mismo ritmo que en los noventa, tan sólo los Objetivos de Desarrollo del Milenio de reducir a la mitad la pobreza de ingresos y el porcentaje de personas que carecen de acceso a agua potable tendrán posibilidades de realizarse, principalmente gracias a China y la India. [...] Los países al sur del Sáhara no alcanzarían los objetivos de pobreza hasta el año 2147, y en lo que respecta al VIH/SIDA y el hambre, la tendencia en esta región es a aumentar, en lugar de disminuir». El informe indica asimismo que, al ritmo actual, esta región no logrará reducir para 2165 la mortalidad en la niñez en dos tercios. Aunque en algunas esferas existen motivos para el optimismo, en general los pronósticos, sobre todo para el África subsahariana, son sombríos. Incluso en los países donde se observan avances globales, es posible que la brecha entre ricos y pobres en lo referente al estado de salud se esté ampliando (véase el recuadro 2.1).

Hay consenso general en que **reducir la mortalidad en la niñez** en dos tercios antes de 2015 es, de todos los objetivos relacionados con la salud, el que más lejos se está de alcanzar. La mortalidad de lactantes y niños es el indicador de desarrollo más complejo, pues se considera que incluye tanto factores sistémicos como socioeconómicos y culturales (véase el recuadro 2.2). Aunque, en términos generales, es posible que América Latina, Asia central, el Caribe y

Recuadro 2.1 Progresos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio: el caso de Uganda

Muchos países subsaharianos están luchando para alcanzar los ODM, pero hay algunos países de la Región de África de la OMS que han conseguido ya espectaculares resultados (10, 11).

Uganda, por ejemplo, recortó drásticamente los niveles de pobreza en los años noventa, y si la actual tendencia se mantiene alcanzará la meta de reducción de la pobreza. Sin embargo, puede que se necesiten políticas económicas específicamente dirigidas a los pobres para conseguir distribuir los beneficios del crecimiento económico más homogéneamente entre ricos y pobres, sobre todo en las zonas rurales. Además, es necesario relanzar el propio crecimiento económico mediante iniciativas de diversificación económica. En lo que respecta al control de la propagación del VIH, los progresos de Uganda han sido mucho más rápidos de lo que se requería para alcanzar la meta ODM (figura A).

Los progresos con miras a reducir la mortalidad entre los menores de cinco años también han sido sustanciales. No obstante, es importante desglosar los datos sobre la mortalidad en esa franja de edad si queremos entender el impacto de los distintos grupos socioeconómicos. Como se indica en la figura B, las diferencias entre los sectores más rico y más pobre de la población aumentaron a mediados de los años noventa. Si bien los más ricos vieron mejorada su situación en coherencia con los ODM, en el caso de los hogares más pobres no se observaron grandes progresos. Dado que los pobres representan más de la tercera parte de la población de Uganda, la aplicación de un enfoque «de abajo arriba» centrado en abordar primero las necesidades de los quintiles inferiores permitiría alcanzar antes de lo previsto la meta ODM de mortalidad de menores de cinco años.

Figura A Progresos actuales y previstos hacia la meta de los ODM relativa a la prevalencia del VIH, Uganda

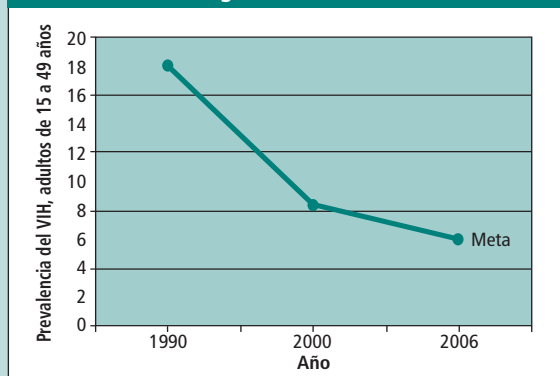
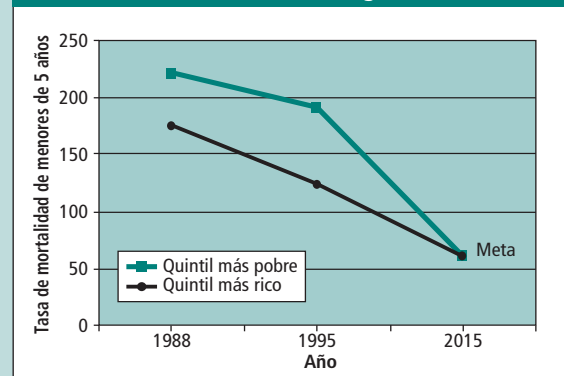


Figura B Ricos y pobres – progreso desigual hacia las metas de los ODM relativas a la mortalidad de menores de 5 años, Uganda



Europa, algunos países de la Región del Mediterráneo Oriental y el África septentrional estén logrando avances más o menos importantes, en cada una de estas regiones hay varios países que van a la zaga. Algunos países de la Región de Asia Sudoriental acusan retrasos, y el África subsahariana, como ya se ha señalado antes, tiene pocas probabilidades de alcanzar el citado objetivo antes de la segunda mitad del siglo que viene. Si las tendencias generales se mantienen, la mortalidad mundial de niños menores de cinco años se reducirá en el periodo 1990–2015 en aproximadamente una cuarta parte, lo que dista mucho del objetivo de hacerla disminuir en dos tercios. Aunque en algunas partes de África cabe achacar la falta de avances al incremento de los casos de transmisión del VIH de la madre al niño, en la mayoría de los países la causa fundamental es la falta de inversión, problema éste que viene arrastrándose desde hace tiempo. Esto se aplica tanto a los esfuerzos encaminados a hacer disminuir la malnutrición como a los dirigidos a alcanzar la plena cobertura de las intervenciones que tienen por objeto reducir la mortalidad atribuible a la diarrea, a la neumonía, a enfermedades prevenibles mediante vacunación, a la malaria o a causas perinatales.

La **mortalidad materna** ofrece un panorama parecido, con una brecha similar entre, por un lado, el Asia meridional y el África subsahariana y, por otro, el resto del mundo. Las probabilidades, a lo largo de la vida, de morir por causas relacionadas con el embarazo son 100 veces mayores en los países más pobres que en los más ricos. Uno de los indicadores de progreso, la

Recuadro 2.2 Supervivencia infantil: convertir los conocimientos en acción

Pese a los progresos de las últimas décadas, cada año mueren aún en todo el mundo más de 10 millones de niños. El número de niños y adolescentes fallecidos en 2002 duplica la cifra total de defunciones de adultos por SIDA, tuberculosis y malaria combinados. Todas esas defunciones, exceptuando sólo en torno a un 1%, se producen en los países en desarrollo, y más de la mitad se deben a malnutrición, neumonía, diarrea, sarampión, malaria y VIH/SIDA. Existen intervenciones eficaces de bajo costo que permiten prevenir al menos dos de cada tres de esas muertes. Algunas de ellas son preventivas, como por ejemplo la lactancia materna, los materiales tratados con insecticida, la alimentación complementaria, el zinc, los suplementos de vitamina A, una mejor asistencia al parto y las inmunizaciones; otras implican alguna forma de tratamiento, como la terapia de rehidratación oral, los antibióticos para casos de septicemia y neumonía, los antimaláricos y la reanimación de recién nacidos. El reto que se plantea es hacer llegar esas intervenciones que salvan vidas a los niños que más las necesitan.

A fin de multiplicar las intervenciones eficaces en pro de la salud infantil, habrá que prestar más atención a la salud de los recién nacidos y a la aplicación de un enfoque integrado y amplio de la salud infantil a nivel de país.

Si bien en lo que atañe a la mortalidad en la niñez se han logrado importantes progresos durante los últimos 10 años, la mortalidad entre los recién nacidos apenas ha mejorado. Cada año, casi cuatro millones de lactantes mueren antes de cumplir su primer mes de vida. La mayoría de las defunciones de neonatos son el resultado de un mal estado sanitario y nutricional de la madre, de una atención inexistente o de baja calidad durante el embarazo y el parto, y de las insuficiencias de la atención básica prestada a los niños sanos y el manejo de los lactantes enfermos. Es necesario adoptar urgentemente medidas para mejorar la salud y la supervivencia de los recién nacidos y sus madres. Unos servicios de maternidad de alta calidad, incluida la intervención de parteras cualificadas en el parto, pueden salvar la vida tanto de muchos recién

nacidos como de sus madres. La lactancia materna precoz y exclusiva protege la vida de los neonatos. Un metanálisis reciente ha revelado que niños del Brasil, Filipinas y el Pakistán a los que no se amamantó tenían una probabilidad 5,8 veces mayor de morir antes de cumplir un mes que los niños que se habían alimentado al menos parcialmente con leche materna (12). Debería asegurarse la presencia de una partera cualificada en todos los partos, el control de las infecciones de los recién nacidos, el apoyo a la lactancia materna exclusiva y la identificación de las complicaciones. Y en caso necesario los lactantes deberían ser derivados urgentemente a niveles superiores del sistema asistencial.

Es preciso que los programas de salud infantil, lejos de limitarse a enfermedades concretas, aborden la salud general y el bienestar de los niños. Basándose en la experiencia de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), la OMS y diversos asociados están desarrollando un marco sencillo pero amplio que orientará a los países en la aplicación y extensión masiva de intervenciones eficaces de salud infantil. Dicho marco abarca cinco componentes:

- Análisis de la situación para evaluar las variables específicas del país o el contexto, como la carga de enfermedades infantiles, el estatus socioeconómico, la infraestructura, la capacidad del sistema sanitario, los recursos disponibles, la estabilidad política y la previsibilidad del futuro de las inversiones.
- Desarrollo y formulación de una política nacional concisa de salud infantil con orientaciones estratégicas centradas en los resultados.
- Identificación de un conjunto de intervenciones demostradamente costoeficaces de salud infantil.
- Extensión masiva de las intervenciones mediante un enfoque doble: aumentar la eficiencia del sistema sanitario para atender a más niños, e implicar más estrechamente a las familias y las comunidades en la prevención de enfermedades y el cuidado de los niños enfermos.
- Monitoreo permanente para orientar la adopción de decisiones a nivel operativo y ayudar a los países y los asociados a medir los progresos.

proporción de partos atendidos por personal cualificado, está aumentando lentamente, a partir de un nivel muy bajo, en algunas partes de la Región de Asia Sudoriental, mientras que en el África subsahariana se ha estancado. Sólo una mejora drástica de la calidad y la cobertura de los servicios de salud podría influir significativamente en el logro de avances hacia este objetivo (véase el recuadro 2.3).

La pandemia mundial de VIH/SIDA sigue empeorando; más del 70% de todas las infecciones se concentran en el África subsahariana. Actualmente hay unos 40 millones de personas afectadas por el SIDA, cada año se producen más de cinco millones de nuevas infecciones, y en 2002 esta enfermedad se cobró la vida de casi tres millones de personas. Los progresos actualmente se evalúan (a los efectos de hacer un seguimiento del Objetivo 6) en función de la reducción de la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas de 15–24 años (que en algunas ciudades africanas está empezando a disminuir), la reducción del número de huérfanos del VIH/SIDA (que, según se prevé, se va a duplicar para 2010), y el aumento en la utilización de preservativos entre los jóvenes de 15–24 años. Algunos países podrían alcanzar el objetivo de reducir la propagación del SIDA para 2015, pero, también en este caso, sólo si hay un incremento sin precedentes de los esfuerzos desplegados en las regiones más afectadas.

Otras previsiones similares ensombrecen asimismo los demás objetivos e indicadores relacionados con la salud, a saber, los referentes a la tuberculosis y la malaria, el mejoramiento de

Recuadro 2.3 Lucha contra la mortalidad materna: reducir los riesgos del embarazo

Para más de 30 millones de mujeres cada año, el embarazo y el parto acarrearán sufrimientos innecesarios, problemas de salud o incluso la muerte. Más de medio millón de mujeres fallecen cada año de resultas de complicaciones relacionadas con el embarazo, el 99% de ellas en los países en desarrollo. Sin embargo, la mayoría de las defunciones y discapacidades maternas podrían evitarse mediante unos servicios de salud de mayor calidad y una buena nutrición materna.

De todas las estadísticas sanitarias, las correspondientes a la mortalidad materna muestran algunas de las mayores disparidades entre los países en desarrollo y los desarrollados. El riesgo a lo largo de la vida de fallecer por causas maternas es en el África subsahariana de 1/16, frente a 1/160 en América Latina y 1/4000 en Europa occidental. En los países pobres, nada menos que un 30% de las defunciones registradas entre las mujeres en edad fértil (15–49 años) pueden deberse a causas relacionadas con el embarazo, en comparación con una frecuencia de menos del 1% en América del Norte, Australia, Europa, el Japón y Nueva Zelanda.

Cada defunción materna es una tragedia. Todos los años, millones de niños quedan huérfanos de madre, y se estima que un millón de ellos fallecen como consecuencia de ese hecho. Los niños que sobreviven a la muerte de su madre rara vez llegan a cumplir un año, y el riesgo de defunción de los menores de cinco años se duplica cuando la madre fallece en el parto.

Aunque las causas de la alta morbilidad materna y perinatal y las medidas para prevenirla y tratarla son bien conocidas, los progresos siguen siendo lentos en muchos países. Sin embargo, algunos países – a veces muy pobres – han tenido éxito en lo que respecta a reducir la mortalidad materna. La mortalidad materna y neonatal puede reducirse considerablemente mediante intervenciones de salud materna basadas en la evidencia, confiables, costoeficaces y factibles incluso en entornos pobres.

Mediante su iniciativa Reducir los Riesgos del Embarazo, la OMS colabora con los países para lograr sus objetivos de maternidad sin riesgo. La idea fundamental de la iniciativa es aumentar la proporción de embarazos y partos asistidos por personal sanitario cualificado. Para las instancias decisorias nacionales, las necesidades más importantes con miras a mejorar la salud materna se concretan en:

- Promover la introducción de reformas jurídicas y la movilización de la comunidad para lograr que las mujeres tengan acceso a una atención adecuada durante el embarazo, el parto y el puerperio.
- Formular e implementar planes para formar y desplegar a un número suficiente de trabajadores sanitarios cualificados, proporcionándoles suministros y equipo básicos y asegurando su presencia en las comunidades pobres y rurales.
- Velar por que todas las mujeres y sus recién nacidos tengan acceso a atención especializada de calidad, que incluya atención prenatal, asistencia en el parto, atención obstétrica de urgencia, atención puerperal, atención del recién nacido, manejo de las complicaciones del aborto y atención postaborto, servicios de planificación familiar, educación y servicios de salud reproductiva para las adolescentes, y también la posibilidad de someterse a un aborto en condiciones seguras, allí donde esa operación sea legal.
- Asegurar que la cobertura y el uso de los servicios de salud materna sean objeto de monitoreo, y que los hallazgos en ese sentido se utilicen para reforzar las futuras actividades y mejorar la calidad de la asistencia.
- Reforzar las redes de investigación y la difusión de los resultados más importantes para mejorar la planificación y la adopción de decisiones en relación con las intervenciones más trascendentales.

los recursos hídricos, la prestación de mejores servicios de saneamiento y el uso de combustibles sólidos (como indicador de la contaminación del aire en espacios cerrados). Aunque en algunos países sólo se han logrado avances limitados, existen importantes diferencias en cuanto al nivel de progreso entre las regiones y entre los países y también en el interior de unas y otros. Así, por ejemplo, destacan las variaciones en el suministro de medicamentos esenciales: la OMS estima que el 91% de la producción mundial de productos farmacéuticos es consumido por un 15% de la población mundial (en términos de valor). Los avances globales vienen condicionados por lo que ocurre en los países más grandes del mundo, como China y la India. La consecución de los ODM relacionados con la salud requiere, ante todo, que de aquí a 2015 se asegure un nivel de compromiso y esfuerzo mucho más elevado que el que se ha podido observar desde el inicio de la cuenta atrás, en 1990.

La otra parte del pacto: el Objetivo 8

Los debates sobre los ODM suelen centrarse primordialmente en los Objetivos 1 a 7. No obstante, para una evaluación exhaustiva de los avances es preciso examinar ambas partes del pacto. Fue difícil definir indicadores para el Objetivo 8. Es más, algunos países desarrollados incluso se mostraron reacios a respaldar los ODM debido precisamente a la existencia de ese objetivo. Por otro lado, sólo contados países han cumplido el compromiso asumido en el marco de la OCDE de transferir a los países de bajos ingresos el 0,7% de su PNB, en concepto de asistencia para el desarrollo (según lo acordado a comienzos del decenio de 1970). El porcentaje del PNB asignado por término medio por los países de la OCDE a la ayuda al desarrollo sigue siendo extremadamente bajo.

Tres son los elementos de la alianza en pro del desarrollo que a juicio de la mayoría de los países revisten particular importancia y ofrecen posibilidades de avanzar: la nueva ronda de negociaciones comerciales lanzada en 2001 en Doha (Qatar) por la Organización Mundial del Comercio (OMC) (aunque también deberán tenerse en cuenta las deliberaciones de la Conferencia Ministerial de Cancún (México)), el Consenso de Monterrey sobre financiación para el desarrollo y la Iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (PPME). La importancia de estos elementos es a la vez sustantiva y simbólica: sustantiva por la influencia del comercio, la deuda y la asistencia para el desarrollo en las economías nacionales, y simbólica por la necesidad de reforzar la confianza en un debate cada vez más polarizado entre países desarrollados y países en desarrollo sobre la distribución de funciones y responsabilidades en materia de desarrollo.

Comercio

El programa de comercio y desarrollo continúa dominado por cinco cuestiones: el Acuerdo sobre los ADPIC (aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio) y la salud pública; el comercio de servicios de salud; los derechos arancelarios y las subvenciones aplicados a los productos agropecuarios y las oportunidades de acceso a los mercados de los productos no agropecuarios; la adaptación del trato especial y diferenciado a las prioridades nacionales de desarrollo; y el fortalecimiento de la capacidad en los países menos adelantados. Las primeras dos cuestiones tienen un impacto obvio y directo en la salud. Ahora bien, las otras tres son igualmente importantes, dada su repercusión en las economías del mundo en desarrollo.

Tras la adopción, en 2001, de la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública, que constituye todo un hito en esta esfera, los miembros de la OMC

alcanzaron en agosto de 2003 un consenso sobre la aplicación de las disposiciones sobre acceso a los medicamentos por los países cuya capacidad para fabricar productos farmacéuticos es limitada o insuficiente. La repercusión total de dicho acuerdo dependerá del grado en que los países puedan asegurar su aplicación efectiva.

Asistencia para el desarrollo

Es poco probable que se alcancen los ODM si no se fortalece significativamente la asistencia para el desarrollo. La cifra global más comúnmente citada en este contexto es la de un aumento anual de US\$ 50 000 millones de los recursos destinados a ese fin, con lo que más o menos se duplicarían los niveles actuales (3). Según los cálculos de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud sobre las inversiones necesarias en esta esfera, principalmente en materia de atención sanitaria, los fondos destinados a la asistencia para el desarrollo deberían ascender a un total anual de US\$ 27 000 millones, suma ésta cuatro veces superior a la actualmente destinada por los donantes a la salud. A la luz de esas estimaciones, la respuesta ha sido generalmente modesta, y sólo unos pocos países donantes han hecho progresos significativos hacia el objetivo de asignar un 0,7% de su PNB a la asistencia para el desarrollo. No obstante, pese a las tendencias generales, ha habido un aumento del gasto en salud y de la aportación de fondos a la lucha contra el SIDA. Otro cambio destacable es la tendencia a recurrir a mecanismos de financiación innovadores, como por ejemplo la «Cuenta para los desafíos del milenio» (Millennium Challenge Account) de los Estados Unidos; el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; o el mecanismo denominado International Financial Facility, propuesto por el Gobierno del Reino Unido.

Deuda

Es evidente que desde su lanzamiento, hace más de seis años, la Iniciativa para los PPME ha arrojado escasos resultados. Al mes de marzo de 2003, únicamente siete países habían alcanzado su punto de culminación, pasando a beneficiarse de una reducción, concedida por los acreedores oficiales, del 90% de los pagos netos actuales por concepto de servicio de la deuda. En algunos PPME incluso los modestos beneficios obtenidos gracias al alivio de la deuda han quedado anulados por la reiterada disminución de los ingresos de exportación provocada por el deterioro de su relación real de intercambio. Aunque se siguen debatiendo las ventajas e inconvenientes que presentan los distintos instrumentos de alivio de la deuda, es evidente que la magnitud de la carga de la deuda y su perpetuación en el tiempo, además de actuar como importantes contrapesos a los esfuerzos de asistencia para el desarrollo, constituyen un gran obstáculo para incrementar la aportación de fondos nacionales para la promoción del desarrollo humano. Por otro lado, de los 82 países que reunían las condiciones para acogerse al Servicio para el Crecimiento y la Lucha contra la Pobreza/la Iniciativa para los PPME/el proceso del Documento de Estrategia de Lucha contra la Pobreza, sólo siete han pasado en los últimos siete años por todo el proceso, lo que puede socavar la eficacia de la iniciativa de alivio de la deuda para reducir la pobreza en un corto plazo de tiempo.

En resumen, según se desprende del análisis de los avances logrados hacia la consecución del Objetivo 8 – incluso en ausencia de indicadores sólidos –, la situación en líneas generales es similar a la descrita para los Objetivos 1–7. Es preciso redoblar notablemente los esfuerzos si se quieren cumplir los compromisos mundiales en él recogidos. El examen de las dificultades y los avances relacionados con el Objetivo 8 debe ocupar un lugar destacado dentro del programa de acción relativo a los ODM.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en la práctica

Aunque los ODM representan indudablemente una importante oportunidad para promover la obtención de mejores resultados sanitarios entre los pobres, no debemos olvidar que son fruto de un proceso político y constituyen un instrumento que no es perfecto. La experiencia práctica relacionada con el empleo de los ODM ha planteado distintos interrogantes y problemas; algunos de ellos indican la necesidad de introducir en el futuro mejoras en determinadas esferas.

¿A quién pertenecen los ODM?

Es importante que los países sientan los ODM como suyos. La fuerza, y también la finalidad, de estos objetivos consiste en que ofrecen a los ciudadanos un instrumento para seguir la actuación de las autoridades (por ese motivo, un elemento esencial de la estrategia de las Naciones Unidas es que los resultados se publiquen en forma accesible y en los idiomas locales que proceda). Existe, no obstante, el riesgo de que algunos países en desarrollo perciban los ODM como algo que interesa principalmente a los donantes; cabe la posibilidad de que se considere que representan una nueva forma de imponer condiciones y que su alcance es demasiado restringido para abarcar la naturaleza multidimensional del desarrollo. Esto último incluye también el temor a que un enfoque exclusivamente centrado en los ODM suponga un rechazo de los objetivos fijados en otras conferencias de las Naciones Unidas (véase más abajo la referencia a la salud reproductiva). Habida cuenta de estas inquietudes, es fundamental mantener un consenso político real.

¿Qué grado de flexibilidad tiene este enfoque?

Muchos países sostienen que los ODM deberían ajustarse más a su nivel de desarrollo y ponen en duda que sirva de algo luchar por avanzar hacia un objetivo que tiene escasas probabilidades de hacerse realidad. Otros reconocen el valor de las metas perseguidas, pero desean que sean más ambiciosas o tengan un mayor alcance (lo que en ocasiones se ha dado en llamar ODM-Plus). Algunos países alegan que en muchas partes del mundo no procede centrar la atención en las enfermedades transmisibles, en vista del rápido aumento de los efectos que en la salud de las poblaciones pobres tienen las enfermedades no transmisibles, como las afecciones causadas por el tabaco, y los traumatismos (véase el recuadro 2.4). Los objetivos, metas e indicadores ODM actuales sólo reflejan parcialmente la rápida transición de la carga de morbilidad en los países en desarrollo. Cada vez se alzan más voces a favor de establecer un

Recuadro 2.4 Objetivos de Desarrollo del Milenio en Europa oriental

Europa oriental no suele centrar los debates sobre el desarrollo en general y sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en particular, pero varios países de esa región tienen hoy día unos ingresos per cápita comparables a los de los países en desarrollo de las Regiones de África y Asia Sudoriental. Ese bajo nivel de desarrollo económico se debe en gran parte a la pronunciada caída de la producción que sufrieron durante la década que siguió a la transición a una economía de mercado.

Se requerirá un firme compromiso nacional e internacional para que Europa oriental alcance la meta de reducción de la pobreza establecida para 2015. Que ello se logre o no dependerá entre otras cosas del ritmo al que se progresa hacia los otros ODM y de si los indicadores seleccionados para los otros objetivos se corresponden con las que cons-

tituyen áreas prioritarias para Europa oriental. Existen algunos indicios de que esto último quizá no se cumple por lo que se refiere a los indicadores relacionados con la salud (13).

En los países en desarrollo del África subsahariana y de la Región de Asia Sudoriental, los problemas sanitarios más importantes guardan relación con aspectos de la salud materno-infantil y con las enfermedades infecciosas, pero la situación es distinta en la mayoría de los países de Europa oriental, donde la mortalidad de adultos es relativamente alta y las enfermedades no transmisibles representan el grueso de la carga de morbilidad. Así pues, en el caso especial de Europa oriental, convendría usar indicadores de salud adicionales (por ejemplo, la esperanza de vida).

conjunto de objetivos regionales y mundiales, con metas acompañadas de plazos concretos, para las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, los trastornos neuropsiquiátricos y los traumatismos.

Sin duda alguna es necesario conjugar en la justa medida la necesidad de permitir comparaciones entre los países y la necesidad de asegurar la pertinencia de los datos (y la identificación de los países con la estrategia). Si se emplean indicadores normalizados, no debería haber, en principio, ningún motivo que impida a los países informar tanto sobre sus propios objetivos como sobre los internacionales; al igual que ocurre con los ODM, la formulación de metas con plazos y políticas prácticas en relación con las enfermedades no transmisibles exigiría la atención y el compromiso de la comunidad sanitaria internacional. La OMS va a apostar firmemente por la elaboración de un conjunto más ambicioso y completo de objetivos y metas mundiales de salud.

¿Hasta qué punto promueven los ODM la equidad?

La crítica más importante que suele hacerse respecto a los objetivos relacionados con la salud es que, a diferencia de muchos de los otros ODM, están expresados en términos de promedios nacionales y no en términos de beneficios para los grupos pobres o desfavorecidos. El logro de avances importantes en los grupos no pobres puede hacer que algunos objetivos se alcancen sin que se hayan registrado mejoras sustantivas en el estado de salud de los más pobres (14). Entonces es cuando se plantean las preguntas siguientes: ¿En qué medida promueven la equidad los distintos avances logrados hacia la consecución de los ODM? ¿Qué beneficios aportan los ODM a los grupos de ingresos más bajos, en comparación con los que conllevan para los grupos de ingresos más elevados? El hecho de que dentro del programa relativo a los ODM sea posible adoptar diferentes políticas significa que puede haber grandes diferencias en cuanto a la distribución social de los beneficios sanitarios. Así, por ejemplo, los esfuerzos desplegados durante el decenio de 1990 en América Latina con miras a reducir la mortalidad de los menores de cinco años arrojaron en los distintos países una distribución muy dispar entre los quintiles más pobre y más rico de la población. Las medidas adoptadas en Guatemala en pro de la equidad hicieron que las mayores disminuciones de la mortalidad en la niñez se registraran en los segmentos más pobres de la sociedad. En otros países, en cambio, la mortalidad de los niños menores de cinco años había empeorado en el caso de las familias más pobres si se comparaba con los resultados obtenidos para las más ricas, y ello pese a la mejora de las medias nacionales globales (11). Por consiguiente, la posibilidad de desglosar los datos relativos a la salud por criterios como el nivel de ingresos es esencial para formular políticas fundamentadas, hecho éste que debe tenerse en cuenta a la hora de elaborar sistemas de información sanitaria a nivel de países.

Medición de los progresos

Aunque los objetivos y las metas de desarrollo fueron acordados durante el proceso político que culminó en la Declaración del Milenio, los indicadores conexos se adoptaron en un momento posterior. Muchos consideran que los indicadores relacionados con los objetivos de salud son insatisfactorios: algunos indicadores abarcan más de un elemento que luego debe evaluarse; otros no están desglosados por grupos de población afectados por la enfermedad en cuestión o vulnerables a ella; otros son costosos de medir; y otros tienen numeradores o denominadores mal definidos. Se han logrado ciertas mejoras con la inclusión de indicadores adicionales, por ejemplo para la esperanza de vida sana global, que vienen a complementar las cifras de mortalidad por enfermedades específicas, pero esas adiciones siguen teniendo la categoría de notas a pie de página. Existe cierta renuencia a abrir el proceso al cambio, al menos hasta después de realizado el examen de fondo previsto para 2005.

Salud reproductiva

En las metas internacionales de desarrollo que precedieron a los ODM se hacía referencia explícita a la necesidad de facilitar el acceso a los servicios de salud reproductiva, sobre la base de las metas y los objetivos acordados en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo (Egipto) en 1994 (15). Ése no es el caso de los ODM. La ausencia de esas metas preocupa a muchas personas, que temen que se echen a perder los logros alcanzados en El Cairo y en la CIPD+5 (revisión a los cinco años). En la práctica, los ODM recogen varias de las dimensiones clave de la salud reproductiva, como la salud materna, la salud del niño (incluida la salud del recién nacido) o el VIH/SIDA. Dentro de la OMS, se está elaborando, en respuesta a una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud (16), una estrategia para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y metas internacionales de desarrollo relacionados con la salud reproductiva.

Fortalecimiento de los sistemas de salud

Los ODM no se centran específicamente en el fortalecimiento de los sistemas de salud, lo que ha suscitado numerosas críticas. Es evidente que en muchos países de ingresos bajos y medios únicamente se logrará alcanzar las metas de los ODM relacionados con la salud – y, lo que es aún más importante, asegurar su sostenibilidad – si se refuerzan sustancialmente los sistemas sanitarios. Con todo, los objetivos hacen hincapié en cuestiones de salud a largo plazo que resultan fundamentales para los países, y algunos de los indicadores, como el relativo a la mortalidad materna, pueden servir para calibrar de forma aproximada la eficacia del sistema de atención de salud en su conjunto. El concepto de ODM exige que se avance simultáneamente en varios frentes, pero, sin inversiones suficientes en los sistemas sanitarios, está claro que las probabilidades de lograr al mismo tiempo progresos significativos en la salud materno-infantil, el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria, así como un mayor acceso a los medicamentos adecuados en cada caso, son escasas.

Los ODM y otros objetivos de salud sólo se alcanzarán si se aúnan las fuerzas y si se confiere al examen de las limitaciones que afectan a los sistemas sanitarios una importancia acorde con la magnitud del problema. En el capítulo 7 se examinan las principales cuestiones que deben abordarse a este respecto.

Por otro lado, existen varias cuestiones transversales no directamente relacionadas con la reforma de la atención de salud que también influyen notablemente en los resultados sanitarios. Cabe citar como ejemplos el agua y el saneamiento, el transporte, y la relación entre varios ODM y los derechos humanos. Esa interrelación – sobre todo en lo referente a los pobres – ha sido recientemente objeto de atención por parte del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud (17).

Los ODM y la OMS

Definición del lugar que los ODM deben ocupar en el seno de la OMS

Los ODM están cobrando una importancia estratégica cada vez mayor para numerosas organizaciones internacionales. Para los gobiernos y los organismos de desarrollo constituyen a la vez una importante selección de objetivos y un instrumento para reorientar sus estrategias y definir parámetros de gestión responsable. La OMS otorga gran importancia a los esfuerzos encaminados a ayudar a los países y los asociados en pro del desarrollo en su empeño por alcanzar los ODM relacionados con la salud. Se han logrado ciertos avances, por ejemplo en lo referente a la mejora del acceso a los medicamentos esenciales en diversos países de cada una de las seis regiones de la Organización (véase el recuadro 2.5).

Con todo, centrar la atención en los ODM no está reñido con tratar de avanzar en lo referente a cuestiones o países que no guardan una relación directa con esos objetivos. Además, los esfuerzos dedicados a los ODM no se limitan a las actividades de la OMS expresamente mencionadas en uno o en varios objetivos o metas (como ocurre con la salud del niño o el VIH/SIDA). En ese sentido, buena parte de lo que sigue en el presente informe está relacionado con esos objetivos. El concepto de ODM implica la obtención de resultados, eso sí, mediante una amplia variedad de intervenciones sanitarias. Con todo, como ya se ha señalado en relación con la formulación de políticas, si se pretende abarcarlo todo, puede que no se obtenga nada.

La labor de la OMS en relación con los ODM se regirá por tres principios. En primer lugar, la Organización colaborará con los países para ayudarles a idear y consolidar un conjunto más completo de objetivos de salud que se centren específicamente en sus propias circunstancias particulares. En segundo lugar, la OMS concederá especial prioridad a ayudar a los países a preparar objetivos y planes encaminados a conseguir que los grupos desfavorecidos compartan plenamente las mejoras derivadas de los progresos hacia los ODM relacionados con la salud (por ejemplo, asegurando que las mejoras de las condiciones de las personas que viven por debajo de los umbrales de pobreza de sus respectivos países sean, en términos porcentuales, como mínimo igual de importantes que las mejoras medias registradas para el conjunto de la población). En tercer lugar, la OMS exhortará enérgicamente a los países desarrollados a cumplir con su parte del pacto, en especial tomando medidas con respecto a los elementos del Objetivo 8 de importancia vital para los demás ODM.

Desde un punto de vista práctico, la OMS llevará a cabo su labor del modo descrito a continuación.

- **Labor normativa y técnica.** La OMS respalda los esfuerzos nacionales encaminados a lograr los ODM mediante una amplia labor normativa y técnica en las esferas de la salud materna, la salud del niño, el VIH/SIDA, la tuberculosis, la malaria, el agua y el saneamiento, el acceso a los medicamentos, los sistemas de salud y la salud ambiental, y también trabajando en cuestiones de desarrollo relacionadas con la salud, como el comercio, la deuda, la asistencia para el desarrollo y los derechos humanos. Aunque todas estas esferas son importantes, el reto de lograr progresos más rápidos en materia de salud maternoinfantil obliga a conceder a estos objetivos una atención cada vez mayor.

Recuadro 2.5 Asegurar la calidad de los medicamentos contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria

Hasta 2001 las Naciones Unidas y otros organismos compradores carecían de un sistema coordinado de evaluación de la calidad para los medicamentos contra el VIH/SIDA. A medida que se intensifican los esfuerzos encaminados a extender masivamente el acceso al tratamiento para las personas afectadas por el VIH/SIDA, y conforme se facilita la adquisición de medicamentos genéricos más baratos para los países de bajos ingresos, el acuerdo en torno a un procedimiento que asegure que esos medicamentos sean de calidad aceptable permitirá adquirir esos productos en mayores cantidades (18).

En marzo de 2001 la OMS inició un sistema piloto en colaboración con otras organizaciones de las Naciones Unidas (UNICEF, FNUAP y ONUSIDA) para evaluar la conformidad de los medicamentos contra el VIH/SIDA con las normas internacionales, y por tanto su idoneidad para ser adquiridos por los organismos de las Naciones Unidas. El procedimiento en cuestión comprende lo siguiente:

- evaluación de la información sobre el producto suministrado por los fabricantes;

- inspección de los sitios de fabricación;
- realización de comprobaciones aleatorias de seguimiento de la calidad de productos evaluados anteriormente.

El examen de más de 250 expedientes de productos de distintos fabricantes de sustancias nuevas y genéricas demuestra que un número creciente se ajusta ya a las normas y patrones que exige la OMS. Estos cambios se recogen en la última edición de la lista de productos y fabricantes preacreditados, publicada y actualizada regularmente en el sitio web de la OMS (<http://www.who.int/medicines/organization/qsm/activities/pilotproc/pilotprocmain.shtml>). Dicha lista incluye ya 50 antirretrovirales (entre ellos 22 genéricos), que se desglosan en 44 productos con un solo componente, cinco combinaciones dobles y una combinación triple. La iniciativa ha empezado a trabajar también en la preacreditación de medicamentos contra la malaria y la tuberculosis, terreno en el que ha hecho avances considerables.

- **Seguimiento de los progresos y evaluación de los resultados.** La OMS ha colaborado estrechamente con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas para establecer indicadores para cada uno de los objetivos y metas de desarrollo del milenio relacionados con la salud. Se han logrado asimismo notables avances en lo referente a la formulación de procedimientos de notificación coherentes y complementarios entre sí. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la División de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial están utilizando las bases de datos del ONUSIDA, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la OMS como fuentes principales de información sanitaria en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La labor de la OMS relativa a la notificación de resultados relacionados con los ODM viene a complementar otras iniciativas destinadas a mejorar la calidad de los datos sanitarios por países. Al mismo tiempo, también tiene por objeto fortalecer la capacidad de los países para recabar y analizar la información pertinente y, sobre todo, para adoptar seguidamente las medidas que procedan. Se ha creado un marco para mejorar la calidad de las estadísticas sanitarias sobre la base de cinco criterios: la validez, la fiabilidad, la comparabilidad entre poblaciones, la posibilidad de asegurar para los datos un seguimiento de auditoría y la celebración de consultas con las autoridades nacionales. Las fuentes, los métodos y el ciclo completo de elaboración de cada una de las cifras publicadas se han hecho más transparentes, y las verificaciones retrospectivas explícitas están ahora a disposición del público y pueden ser objeto de examen colegiado.

La OMS informará sobre 17 de los indicadores ODM relacionados con la salud. Asimismo, se encarga de vigilar otros indicadores clave relacionados con la salud o con otras esferas de la salud pública que pueden ayudar a explicar los avances logrados (o la ausencia de avances) hacia la consecución de objetivos concretos a nivel de país. Entre dichos indicadores figuran la cobertura de la inmunización con antígenos nuevos, la prevalencia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, la eficacia de las intervenciones contra estas enfermedades y el empobrecimiento de los hogares a consecuencia de los gastos médicos. La OMS está colaborando con sus asociados en el desarrollo de la Red de Sanimetría, que les ayudará a fortalecer sus sistemas de información sanitaria, lo que a su vez mejorará la vigilancia de los indicadores ODM (véase el capítulo 7).

- **Fortalecimiento de la colaboración técnica.** En esta esfera se contará con el apoyo de todas las partes de la OMS; los trabajos se articularán mediante estrategias concretas de cooperación en los países. Reforzar la presencia de la Organización en los países constituye una importante prioridad para los años venideros, y colaborar con ellos a fin de alcanzar las metas de los ODM será un componente esencial del compromiso de la OMS de contribuir a hacer realidad el logro de mejoras sanitarias mensurables.

Colaboración con otros asociados

La OMS apoya activamente la estrategia fundamental de las Naciones Unidas para el logro de los ODM, que consta de cuatro elementos independientes: el Proyecto del Milenio, el apoyo operacional prestado por los equipos de las Naciones Unidas en los países, los Informes del Milenio y la Campaña del Milenio.

El **Proyecto del Milenio** comprende la investigación sobre las estrategias requeridas para lograr los ODM y el análisis de las mismas. Durante un periodo de tres años, sus 10 grupos de estudio procurarán determinar las prioridades operacionales, los instrumentos institucionales de ejecución y las estructuras financieras necesarias para alcanzar dichos objetivos. El trabajo preliminar realizado en el marco del proyecto ha servido para preparar el *Informe sobre el Desarrollo Humano 2003*. Uno de los principales cometidos del Proyecto del Milenio, y también de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, estribará en formular una serie de mensajes claros y de hacerlos llegar a instancias políticas que quizá no estén debidamente

familiarizadas con las cuestiones relacionadas con el desarrollo. Según se desprende de las consultas celebradas recientemente con directores de proyecto, debería haber un grupo de estudio adicional encargado de los problemas referentes al desarrollo de los sistemas de salud.

El **apoyo operacional** para la consecución de los ODM corre a cargo de los equipos de las Naciones Unidas en los países. Los ODM han pasado a formar parte integral de los instrumentos – en particular, el sistema de evaluación común para los países y el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo – empleados por las instituciones del sistema para planificar y programar su labor. Además, la OMS participa en la preparación de **informes nacionales sobre los ODM** y colaborará con las autoridades de los distintos países para asegurar el cumplimiento de las recomendaciones en ellos contenidas. Estos informes, de carácter divulgativo y destinados al público general y a los medios de comunicación locales, se centran en los avances y los obstáculos encontrados y son considerados como un medio de reforzar el control sobre la actuación del gobierno. El número de informes publicados hasta la fecha asciende ya a más de 40.

La **Campaña del Milenio** tiene por objeto sensibilizar al público y fomentar el compromiso político para con los ODM tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.

Una vez reconocida la necesidad de velar por que los ODM relacionados con la salud sigan ocupando un lugar destacado dentro de las preocupaciones políticas, se propuso la creación del Foro de Alto Nivel sobre los ODM relacionados con la Salud, la Nutrición y la Población, que aglutinará a diferentes instituciones y se ocupará de una amplia gama de actividades destinadas a avanzar hacia la consecución de los ODM. El Foro ofrecerá asimismo a los altos funcionarios de los organismos donantes y los gobiernos nacionales una estructura para supervisar los progresos logrados respecto del conjunto de los ODM relacionados con la salud (aunque en sí mismo no tendrá responsabilidad alguna en lo referente a su seguimiento). Además, propiciará el intercambio de experiencias entre países y regiones; fomentará la creación de vínculos y la interacción (sobre todo entre alianzas mundiales en pro de la salud y las estrategias nacionales de reducción de la pobreza); y permitirá detectar oportunidades y formular recomendaciones para la adopción de medidas por otras partes.

Aceleración de los progresos

Los ODM representan un compromiso asumido en el plano mundial para reducir la pobreza y el hambre y dar respuesta a problemas relacionados con la mala salud, las desigualdades por razón de sexo, la falta de educación, el acceso a agua salubre y a medicamentos esenciales y la degradación ambiental. Las mejoras en el campo de la salud, además de ser importantes en sí mismas como objetivos de desarrollo, también son consideradas como importantes impulsores del crecimiento económico y la reducción de la pobreza.

Los ODM poco tienen en común con anteriores conjuntos de objetivos internacionales en materia de política de desarrollo. En primer lugar, destaca su carácter explícitamente interdependiente e interrelacionado: el logro de un objetivo depende de los esfuerzos desplegados para alcanzar los demás. En segundo lugar, las metas estipuladas para los primeros siete objetivos sólo representan una de las partes de esta asociación en pro del desarrollo. Para que los países en desarrollo puedan obtener resultados, es fundamental que el mundo desarrollado cumpla con la otra mitad del pacto y adopte medidas que propicien esos logros, y ello en las esferas del comercio, la asistencia para el desarrollo, el alivio de la deuda y la transferencia de tecnología. Todas esas metas están incluidas en el Objetivo 8.

No obstante, aun contando con el consenso y compromiso político necesario, muchos de los ODM no se lograrán si las partes interesadas no intensifican sus esfuerzos. Actualmente, a

medio camino entre el año base (1990) y la fecha tope (2015), los indicadores de progreso sugieren que en el África subsahariana el objetivo de reducir la mortalidad en la niñez en dos tercios, por poner un ejemplo, no se va a poder alcanzar en este siglo, y mucho menos en los próximos 12 años. Por otro lado, incluso en los países en que se están logrando importantes avances hacia los ODM, las mejoras globales registradas a nivel nacional pueden resultar engañosas. Está cada vez más claro que el logro de avances importantes para grupos no pobres puede entrañar la consecución de algunos objetivos sin que por ello haya mejorado sustancialmente el estado de salud de los más pobres.

Los ODM constituyen un instrumento que permite al ciudadano de a pie pedir cuentas a las autoridades. Ahora bien, esto sólo será posible si los objetivos son aceptados como legítimos y si todas las partes interesadas se identifican con ellos. Los países desarrollados deben cumplir con su parte del pacto y demostrar que los ODM no son un mecanismo de control impuesto por los donantes sino el punto de partida para una nueva forma de colaboración internacional para la promoción, más equitativa, de capacidades humanas esenciales.

Como se indica en este capítulo y más adelante a lo largo del informe, se puede hacer mucho para acelerar los progresos: es posible intensificar los esfuerzos encaminados a combatir la pandemia de SIDA, reducir el riesgo de morir durante el parto, asegurar la supervivencia de los niños y robustecer la infraestructura sanitaria para ponerla a la altura de los ODM y de otros objetivos de salud.

En el capítulo 1 se confirmaba que el VIH/SIDA constituye la principal causa de defunción entre los adultos jóvenes, y en éste hemos comprobado la importancia que dicha enfermedad reviste para los ODM; en el siguiente capítulo analizaremos de qué manera el VIH/SIDA ha cambiado el mundo – en particular el África subsahariana – durante los últimos 20 años, por qué esa enfermedad representa actualmente una emergencia sanitaria mundial, y cómo podríamos controlarla.

Referencias

1. *Declaración del Milenio*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 2000 (resolución 55/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas; <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>, visitado el 22 de septiembre de 2003).
2. *Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 2002 (documento A56/326 de la Asamblea General de las Naciones Unidas).
3. *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo, Monterrey (México), 18 a 22 de marzo de 2002*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 2002.
4. *Informe de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible, Johannesburgo (Sudáfrica), 26 de agosto a 4 de septiembre de 2002*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 2002.
5. Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. *Shaping the 21st century: the contribution of development co-operation*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 1996.
6. *Informe sobre Desarrollo Humano 1990: Concepto y Medición del Desarrollo Humano*. Nueva York, NY, Oxford University Press para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 1990.
7. *What is human development?* Nueva York, NY, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (<http://hdr.undp.org/hd/default.cfm>, visitado el 23 de septiembre de 2003).
8. Sen A. *Development as freedom*. Oxford, Oxford University Press, 2001.
9. Comisión sobre Macroeconomía y Salud. *Macroeconomía y salud: Invertir en Salud en pro del Desarrollo Económico*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.
10. Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Financing the development goals: an analysis of Tanzania, Cameroon, Malawi, Uganda and Philippines*. Informe resumido preparado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2002 (<http://www.undg.org>, visitado el 24 de septiembre de 2003).
11. Minujin A, Delamonica E. Mind the gap! Child mortality differentials by income group. In: Cornia GA, ed. *Harnessing globalisation for children: a report to UNICEF*. Florencia, Centro de Investigaciones «Innocenti» del UNICEF, 2002.
12. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*, 2000, 355:451–455.
13. Rechel B, Shapo L, McKee M. *Appropriate health related Millennium Development Goals for the Europe and Central Asia Region: impacts and policy implications*. Washington, DC, Banco Mundial (en prensa).
14. Gwatkin D. *Who would gain most from efforts to reach the Millennium Development Goals for health? An inquiry into the possibility of progress that fails to reach the poor*. Washington, DC, Banco Mundial, 2002 (HNP Discussion Paper).
15. *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5–13 de septiembre de 1994* (http://www.unfpa.org/icpd/docs/icpd/icpd_spa.pdf, visitado el 23 de septiembre de 2003).
16. *Contribución de la OMS al logro de los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (resolución de la Asamblea Mundial de la Salud WHA55.19; http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA55/ewha5519.pdf, visitado el 23 de septiembre de 2003).
17. *Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales: El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Ginebra, Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2003 (documento E/CN.4/2003/58; [http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/4bc1d63406259b69c1256cec005b4768/\\$FILE/G0310982.doc](http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/4bc1d63406259b69c1256cec005b4768/$FILE/G0310982.doc), visitado el 23 de septiembre de 2003).
18. Prequalification of HIV drugs: access to generic antiretrovirals. *WHO Drug Information*, 2003, 17:160–164.



Capítulo 3

VIH/SIDA: resistir a un agente mortífero

El VIH/SIDA es hoy una seria emergencia sanitaria mundial, que afecta a todas las regiones del mundo y causa millones de defunciones, y sufrimiento a muchos millones de personas más. Pero las oportunidades de acceso a una prevención y un tratamiento eficaces varían enormemente. En este capítulo se analiza lo que puede y debe hacerse para reducir esa brecha y para combatir la enfermedad incluso en los países más pobres. Se sugiere una estrategia enérgica de acción mundial contra la pandemia que fusione los esfuerzos de la OMS y sus asociados de muchos sectores y que combine eficazmente la prevención y la atención.

3

VIH/SIDA:

resistir a un agente mortífero

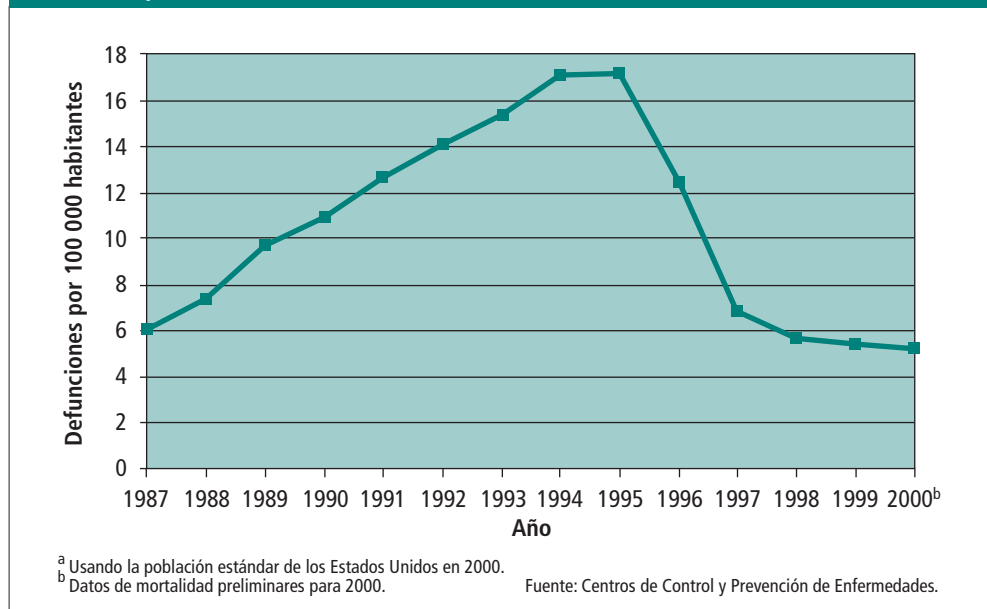
El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es la principal causa infecciosa de muerte en adultos en el mundo. Si no se trata, la enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tiene una tasa de letalidad cercana al 100%. Desde la peste bubónica del siglo XIV, ningún agente patógeno había causado tales estragos. El SIDA ha desgarrado a numerosas familias y ha causado un sufrimiento incalculable en las regiones más castigadas por el virus. En tales regiones, entre ellas algunas de las más pobres del mundo, el VIH ha invertido la tendencia de aumento de la esperanza de vida registrada en las tres últimas décadas del siglo XX. El VIH/SIDA es una seria emergencia sanitaria mundial.

La infección por VIH está atizando también otras epidemias de alcance mundial, en particular la de tuberculosis, que se ha convertido en una causa destacada de muerte no sólo entre las personas afectadas por el VIH, sino también entre sus familiares y contactos VIH-negativos. Pero el SIDA no es el mismo en todas partes. El acceso a una prevención y un tratamiento eficaces, y en consecuencia el destino de los individuos infectados, varían ampliamente. Las personas que viven con el VIH pero se benefician de los últimos avances médicos pueden esperar llevar una vida normal en muchos aspectos: la poliquimioterapia con agentes antirretrovirales (ARV) hace del SIDA una enfermedad crónica y tratable, más parecida en este sentido a la diabetes que a otras enfermedades víricas graves para las que no hay ningún tratamiento eficaz (véase la figura 3.1). En Australia, los Estados Unidos de América, Europa y el Japón, muchas personas con SIDA avanzado han reanudado su vida normal. En los países más pobres, sin embargo, y entre los pobres que viven en las sociedades ricas, el VIH sigue siendo sinónimo de pena de muerte. Durante la última década, la «brecha de resultados», esto es, la distinta suerte corrida por ricos y pobres, se ha ampliado considerablemente (1).

¿Por qué no se ha logrado contener el VIH/SIDA? ¿Por qué no se ha conseguido hacer llegar los frutos de la medicina moderna, incluidos los ARV, a los más necesitados? La respuesta a estas dos preguntas es básicamente la misma: el SIDA es una enfermedad que tiene un impacto mucho mayor cuando confluyen la pobreza y las desigualdades sociales, incluida la desigualdad de género. No es posible manejarlo fácilmente en los entornos caracterizados por la inoperancia de unos sistemas de salud debilitados, como ocurre sobre todo con las minorías y con quienes viven en la pobreza. El VIH/SIDA, así pues, obliga a ocuparse urgentemente de aspectos relacionados con los derechos humanos, en especial con el derecho a la atención de salud (véase el cuadro 3.1).

Por todas estas razones, el VIH/SIDA sirve de criterio de valoración de la situación sanitaria mundial actual: una incidencia en aumento y el creciente tributo en términos de vidas humanas son un varapalo al optimismo. Es fundamental que la comunidad sanitaria mundial haga un esfuerzo enérgico contra el VIH/SIDA, guiada por la firme voluntad de fomentar la equidad en la prevención y la atención.

Figura 3.1 Tendencias de la tasa de mortalidad ajustada por edad^a para la infección por el VIH, EE.UU., 1987–2000



Este capítulo examina las tendencias más importantes de la epidemia de VIH y las alternativas por las que pueden optar las alianzas surgidas para combatir eficazmente tanto la pandemia como sus causas últimas. Se examinan en él los éxitos y fracasos de la lucha contra la enfermedad infecciosa más devastadora del mundo, para abordar después las metas de cara a los próximos años. Éstas incluyen la reducción de la brecha de resultados del SIDA, como resultado de haber suministrado a tres millones de personas de los países en desarrollo la politerapia ARV para fines de 2005 (la conocida como meta «tres millones para 2005»). A lo largo de este análisis, se entiende que la atención del VIH/SIDA incluye el tratamiento ARV. Aunque asegurar una prevención y atención sólidas contra la infección por VIH es una intervención sanitaria no exenta de complejidad, ese tipo de medidas no sólo son factibles en los entornos de recursos escasos, sino que además son precisamente lo que se necesita.

La epidemia de VIH/SIDA: un breve resumen

Emerge una nueva enfermedad

El SIDA se describió por primera vez en 1981, cuando algunos hombres jóvenes hasta ese momento sanos – principalmente adultos que vivían en zonas urbanas de los Estados Unidos – empezaron a ser víctimas de infecciones oportunistas antes desconocidas en ese grupo de edad. No tardaron en notificarse infecciones similares en África, el Caribe y Europa; el SIDA era claramente una enfermedad epidémica. La mayoría de esos jóvenes murieron, y se improvisó un sinnúmero de hipótesis discrepantes, pero desde muy pronto se sospechó que la causa era un patógeno vírico transmitido por la sangre. En 1983 esa sospecha se vio confirmada cuando el Profesor Luc Montagnier y otros investigadores descubrieron un nuevo agente patógeno: un retrovirus con tropismo por las células CD4 que organizan la inmunidad celular y protegen al ser humano de una gran diversidad de patógenos víricos, micobacterianos y fúngicos.

Allí donde se pudo aplicar un cribado eficaz, se consiguió yugular la transmisión asociada a transfusiones, pero el VIH se resistía a desaparecer. El preservativo demostró ser un arma

eficaz para prevenir la transmisión sexual del virus, pero los estudiosos del SIDA no necesitaron mucho tiempo para concluir que el preservativo masculino por sí solo no bastaría en los entornos en que la pobreza y la desigualdad de género se confabulan para hacer a las mujeres pobres especialmente vulnerables a la infección por VIH (2). Las mujeres transmitían a su vez el VIH a sus hijos aún no nacidos o a los pequeños a los que amamantaban. El consumo de drogas inyectables introdujo el VIH en regiones anteriormente indemnes de la antigua Unión Soviética y en zonas de Asia. Una atención sanitaria deficiente – incluida la reutilización de jeringas, agujas y demás administrículos médicos – también contribuyó a facilitar el arraigo de esta nueva epidemia.

Cuadro 3.1 Cobertura de los adultos con terapia antirretroviral en los países en desarrollo, por regiones de la OMS, en diciembre de 2002

Región	Número de personas	Necesidades estimadas	Cobertura
África	50 000	4 100 000	1%
Las Américas	196 000	370 000	53%
Europa	7 000	80 000	9%
Mediterráneo Oriental	3 000	9 000	29%
Asia Sudoriental y Pacífico Occidental	43 000	1 000 000	4%
Todas las regiones de la OMS	300 000	5 500 000	5%

La situación actual

Cabe preguntarse si la comunidad internacional ha reaccionado satisfactoriamente ante esta nueva amenaza para la salud mundial. A pesar de los notables logros científicos – el desarrollo de medios diagnósticos de bajo costo a mediados de los ochenta, la secuenciación de todo el genoma del VIH menos de 15 años después, y el desarrollo de una terapia antirretroviral eficaz para 1995 –, el virus ha seguido propagándose (véase la figura 3.2). Se estima que a lo largo de 2002 unos 5 millones de personas resultaron infectadas por el VIH, y casi 3 millones de personas murieron de SIDA.

En todo el mundo, el VIH se propaga utilizando un número bastante limitado de vías. Retrovirus transmitido por la sangre, el VIH aprovecha los contactos sexuales, las transfusiones de sangre contaminada, las drogas inyectables, la no observancia de lo que en los círculos médicos se denominan ahora «precauciones universales», y las vías que conducen de la madre al niño durante el embarazo, el parto y la lactancia.

En 2003 el continente más severamente castigado fue África, donde la propagación de la pandemia se ha visto acelerada por diversos factores, entre ellos una pobreza generalizada, la desigualdad de género y unos sistemas de salud debilitados por presiones tales como la enorme carga de deuda externa de los Estados. En África se concentran más del 70% de las personas actualmente infectadas por el VIH. De todas las defunciones por SIDA registradas en el mundo – 28 millones a finales de 2002 –, la mayoría se han producido también en ese continente (3). La infección por VIH ha avivado la epidemia de tuberculosis en algunos países de África, aumentando así los riesgos para el conjunto de la población, con independencia de su estado serológico. En toda el África subsahariana, las tasas de tuberculosis se han más que triplicado, y son muchos los que piensan que será imposible controlar la enfermedad sin un tratamiento enérgico del SIDA (4).

Persisten los debates sobre la importancia relativa de los distintos modos de transmisión del VIH en el África subsahariana, pero la evidencia acumulada indica que en esta región el VIH es ante todo un patógeno de transmisión sexual (5). No obstante, las dificultades con que tropieza el seguimiento de las precauciones universales en unos servicios de atención sanitaria sobrecargados y faltos de recursos podrían estar en el origen de muchas muertes por SIDA en África (6). En muchas regiones se siguen practicando transfusiones de sangre peligrosas, lo que subraya la importancia de la seguridad de los productos sanguíneos como componente de un control eficaz del VIH/SIDA.

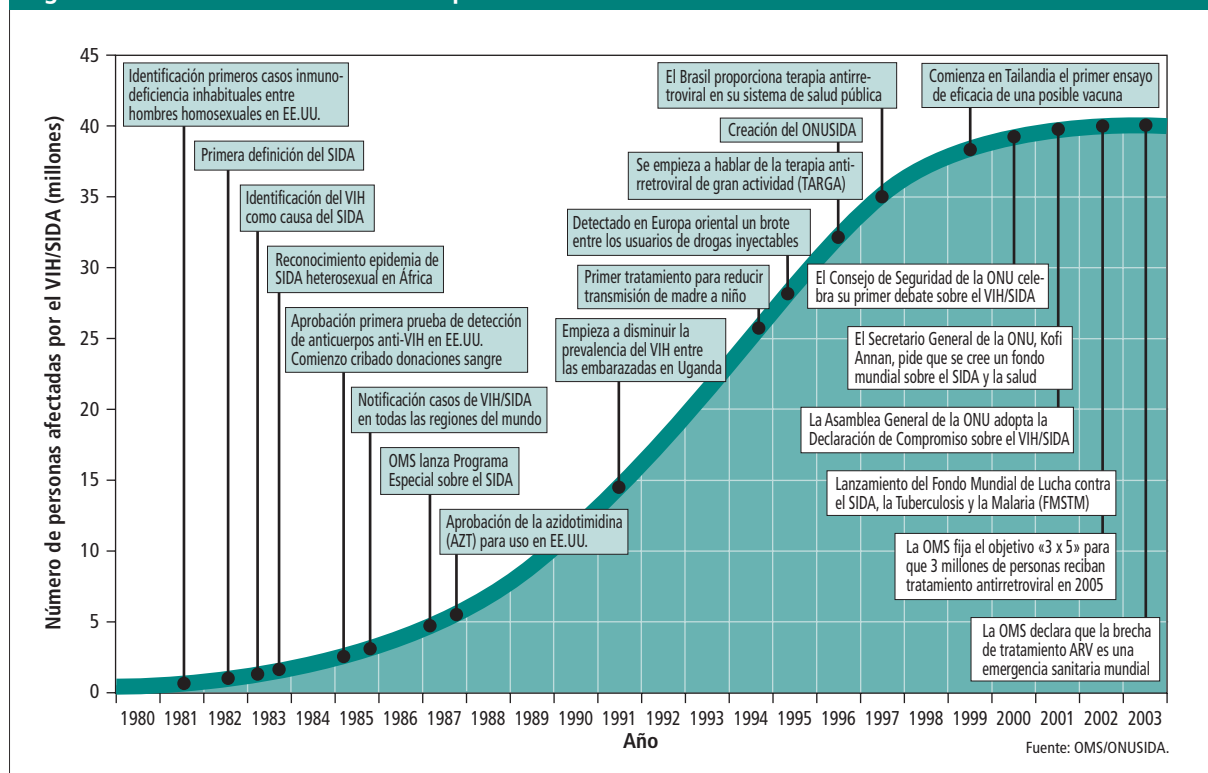
La magnitud y rapidez de la propagación del VIH han invertido los aumentos de la esperanza de vida conseguidos en muchos países africanos (véase el capítulo 1). Pero lo peor está por llegar. Las regiones más pobres de Asia, en particular las zonas densamente pobladas de Asia meridional, son las últimas afectadas por la epidemia de SIDA emergente. Se ha producido un aumento alarmante de los casos de VIH/SIDA en Asia durante las dos últimas décadas; la carga de morbilidad y mortalidad en la región será enorme si no se logra frenar o invertir las actuales tendencias epidemiológicas.

Los países industrializados también se ven afectados. Donde más rápidamente se está extendiendo la epidemia de VIH es en la Federación de Rusia y en Ucrania, así como en otros países de Europa oriental y Asia central. En esos lugares la enfermedad aparece ligada sobre todo al uso de drogas inyectables, fenómeno relacionado a su vez con un rápido aumento de los índices de desigualdad social (3). Aunque la cifra absoluta de casos de SIDA en la antigua Unión Soviética sigue siendo relativamente baja, la epidemia se está extendiendo rápidamente en la Federación de Rusia y en otros países de la región (véase el recuadro 3.1). La epidemia de tuberculosis, en particular de casos farmacorresistentes, surgida en las prisiones se verá aún más avivada por el rápido aumento de la incidencia de VIH ya constatada entre las personas encarceladas en Rusia. Sólo mediante actividades enérgicas de reducción del daño y mejoras del tratamiento de la tuberculosis podrá ponerse freno a lo que constituye una epidemia peculiarmente moderna de dos enfermedades vinculadas que están confluyendo hoy en países que van desde Europa occidental al Océano Pacífico (7).

El tributo que realmente se cobra el VIH/SIDA

La epidemiología del VIH, incluida la dinámica del riesgo, resulta instructiva. Pero la epidemiología es sólo una parte del problema. Una enfermedad que ha incidido de forma tan

Figura 3.2 VIH/SIDA: historia de una epidemia



adversa en la esperanza de vida no puede por menos que cobrarse un elevado tributo en el tejido social de las sociedades más castigadas, aparte del costo terrible en términos de sufrimiento humano inmediato. Por citar dos ejemplos, se estima que el SIDA ha dejado huérfanos a unos 14 millones de niños africanos y que diezmará a los maestros, los trabajadores sanitarios y los funcionarios públicos de los países más afectados (8).

Esa perturbación del orden social tiene efectos económicos directos. Un estudio reciente del Banco Mundial prevé que Sudáfrica sufrirá «un colapso económico completo... en tres generaciones» si el país no adopta medidas eficaces para combatir el SIDA (9). Pero las implicaciones en absoluto se limitan a lo que puedan medir los economistas. Otros profesionales de las ciencias sociales están ampliando esos análisis para determinar el impacto de la enfermedad en todo un conjunto de eventos y procesos. Por ejemplo, ¿qué consecuencias sociales tendrá la aparición de millones de huérfanos del SIDA? ¿En qué medida la desaparición de tantos progenitores hará que se extiendan los conflictos armados y las patologías sociales asociadas a las migraciones urbanas y el consiguiente desempleo? ¿Cuál es el costo del «desgaste» observado entre los profesionales de la salud en África y en otros entornos en que los más necesitados de terapia contra el SIDA no pueden acceder a ella (10)? La ciencia está empezando tan sólo a vislumbrar el tributo social y económico que conlleva el VIH/SIDA, que alcanza sus mayores cotas precisamente en los entornos menos preparados para hacer frente a una nueva amenaza para la salud y el bienestar.

La respuesta al VIH/SIDA: lecciones de los últimos 20 años

Las dos primeras décadas de coexistencia con el VIH nos han enseñado muchas cosas sobre la manera de prevenir y atenuar el sufrimiento causado por el virus. Cabe hablar de algunos resultados más o menos satisfactorios, pero se han registrado también fracasos bien documentados de los que se derivan importantes lecciones. Se advierten tendencias emergentes, y se dan importantes variaciones locales que hacen extremadamente peligrosa cualquier generalización amplia sobre la pandemia mundial de SIDA. Lo que sí podemos afirmar hoy es que hay varias «subepidemias» interconectadas, cada una de las cuales exige un conjunto distinto de intervenciones. Afortunadamente, la experiencia de los últimos 20 años es una fuente de orientación para quienes intentan invertir esas tendencias.

Recuadro 3.1 El VIH/SIDA en la Región de Europa

La Región de Europa está sufriendo la epidemia de VIH de más rápido crecimiento del mundo, y es probable que ese crecimiento prosiga. Entre 1995 y 2003, el número de infecciones nuevas por VIH notificadas en Europa occidental se duplicó hasta casi 170 000, y en Europa central y oriental aumentó de 27 000 a 320 000. Se estima actualmente que en Europa hay ya al menos 1,7 millones de personas infectadas por el VIH.

La epidemia de VIH se está viendo atizada por la epidemia de uso de drogas inyectables. En la antigua Unión Soviética, donde viven dos tercios de todos los europeos infectados por el VIH, el 84% de todos los casos de VIH por una vía de transmisión conocida son atribuibles al uso de drogas inyectables. En Europa occidental, la transmisión sexual es la vía dominante, registrándose el mayor número de infecciones entre los hombres que tienen relaciones homosexuales y entre las poblaciones de inmigrantes procedentes de países de alta prevalencia.

Desde su irrupción en los años ochenta, la epidemia de VIH/SIDA ha experimentado grandes cambios. La respuesta sostenible, a largo plazo, integral y masiva que articuló Europa occidental, asegurando un amplio financiamiento y apoyo político para la prevención, el tratamiento y la atención, limitó la propagación de la epidemia. Las medidas de prevención generalizadas contribuyeron a estabilizar y reducir las tasas de transmisión, mientras que el tratamiento antirretroviral también pasó a estar ampliamente disponible. Pese a tales medidas, la epidemia de VIH/SIDA sigue siendo un reto serio en Europa occidental. En Europa oriental, el débil compromiso político, el escaso financiamiento, la baja cobertura de los servicios de prevención, el muy limitado acceso al tratamiento y la atención, y el alto grado de estigmatización de los grupos de riesgo son las principales causas del persistente empeoramiento de la epidemia de VIH.

Una de las lecciones más importantes de los últimos años es la necesidad de instaurar una prevención y atención integradas del SIDA. Para asegurar la equidad en la prevención del SIDA se debe proporcionar información correcta y culturalmente idónea, junto con las herramientas existentes de prevención, a quienes presenten el mayor riesgo de infección, dondequiera que vivan. La OMS considera la prevención inclusiva y equitativa una parte fundamental de sus actividades contra el SIDA. Hay estudios que subrayan la necesidad de desplegar constantes esfuerzos para promover prácticas sexuales menos arriesgadas y una buena práctica médica, mientras que no hay ningún dato que respalde la alegación de que un mayor acceso a la atención del SIDA obstaculiza las actividades de prevención en los entornos de recursos escasos en que el VIH se cobra más vidas. Por el contrario, la evidencia que están empezando a aportar los programas de ARV en entornos de recursos escasos como Haití central y Khayelitsha (Sudáfrica) lleva a pensar que la mejora de la atención contribuirá directamente a fortalecer la prevención por varios mecanismos, como por ejemplo una mayor demanda de asesoramiento y pruebas voluntarias; la reducción del estigma y la promoción de una mayor franqueza en los debates sobre el VIH/SIDA en la comunidad; y una mayor ayuda para mantener a las familias unidas y económicamente estables, frenando así el crecimiento de las poblaciones en riesgo como los huérfanos y los profesionales del sexo (11–15).

¿Cómo explicar la a menudo radical división entre la prevención y la atención del SIDA, que en el mundo en desarrollo significa en definitiva que la mayoría de los afectados por el VIH no tienen acceso a ninguna forma decente de atención médica? Que se necesitaran 15 años para desarrollar una terapia antirretroviral eficaz contra el SIDA es interpretado por algunos como un éxito, pero para las decenas de millones de personas que han muerto de SIDA esa presunta victoria ha llegado demasiado tarde. Mucho antes de disponer de una terapia eficaz se tenía ya mucha información sobre el VIH y sus vías de transmisión, y ese hecho contribuyó en todos los países, ricos y pobres, a instaurar una separación entre la prevención y la atención de la infección. En Australia, los Estados Unidos y Europa, la prevención y la atención del VIH son empresas distintas dirigidas por grupos de personas distintos (16). La prevención de la infección por VIH no suele tener como escenario los consultorios de SIDA en los países ricos. En muchos países pobres, sin embargo, la prevención de la infección sí tiene lugar en los consultorios, aunque la asistencia a los afectados suele ser inexistente.

Esa separación ha tenido efectos perjudiciales. Aunque se han cosechado algunos éxitos relevantes, sus beneficios se han distribuido de forma desigual. A pesar de la marcada disminución de las tasas de mortalidad ajustadas por edad registrada entre algunas personas afectadas por el SIDA, los países prósperos siguen teniendo que afrontar subepidemias ya arraigadas o en expansión. Como en otros lugares, las tasas de transmisión del VIH dependen de la posición social. En el sur de los Estados Unidos, por ejemplo, el VIH sigue afectando desproporcionadamente a las minorías étnicas de las aglomeraciones urbanas. Cada vez más se ven afectadas también personas negras pobres que viven en zonas rurales conectadas por las rutas principales del comercio. Investigaciones realizadas en áreas rurales de Carolina del Norte indican que la incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) está estrechamente ligada a la presencia de una carretera interestatal (17). Se tiene noticia de la existencia de modelos similares en zonas rurales de África y Asia. Aunque la epidemiología local sea distinta, las desigualdades sociales siguen siendo parte de la ecuación tanto del riesgo de infección como del acceso a la asistencia. En las zonas urbanas de la Federación de Rusia y de Ucrania, a diferencia de las zonas rurales del sur de los Estados Unidos, la epidemia que está emergiendo rápidamente es atribuible al uso de drogas inyectables; entre los más afectados se encuentran los desempleados y, una vez más, miembros de las minorías étnicas.

Integración de la prevención y la atención de la infección por VIH

Las actividades de prevención deben planificarse teniendo en cuenta la epidemiología local de la enfermedad. En los entornos en que el VIH se transmite sobre todo por vía sexual, las campañas de información y educación pueden salvar muchas vidas. En Tailandia, por ejemplo, se estima que la activa promoción de preservativos llevada a cabo, focalizada en el personal militar y los profesionales del sexo, se ha traducido en un número de nuevas infecciones marcadamente inferior al previsto. (18). En los entornos en que la transmisión del VIH está asociada fundamentalmente al uso de drogas inyectables, las estrategias de reducción del daño (por ejemplo, el suministro de material de inyección limpio y el tratamiento adecuado de la drogodependencia) han resultado eficaces (19). Pero, en todos los entornos estudiados, la distinción entre prevención y atención – especialmente nítida en los países más pobres, donde son pocos los necesitados de atención del VIH que alguna vez llegan a recibirla – ha impedido articular una respuesta eficaz a la enfermedad y además ha acentuado el estigma social.

La integración de la prevención y la atención del VIH constituye un tema recurrente y unificador de las actividades de la OMS, pese a la gran diversidad de subepidemias. En los entornos que consideran el VIH/SIDA como un problema público más que privado, una política pública acertada puede servir para prevenir nuevas infecciones, así como retrasar la muerte de quienes albergan ya el VIH. Naturalmente, queda mucho por hacer para lograr que desaparezca la división del trabajo entre prevención y atención. Los médicos deben velar por que las aptitudes que les son propias se usen óptimamente en beneficio de los pacientes. Los activistas y miembros de la comunidad contribuirán sobre todo a la prevención, el apoyo, la educación y la sensibilización.

Resulta difícil clasificar categóricamente las actividades sobre el terreno como orientadas exclusivamente a la «prevención» o la «atención». Por ejemplo, la mayoría de las personas clasificarían la prevención de la transmisión de la madre al niño (pTMN) del VIH como una actividad de prevención. Pero la puesta en práctica de esos programas ha requerido a menudo una mejor atención prenatal: las iniciativas «pTMN-Plus» siguen la intervención preventiva inicial con tratamiento ARV para las madres VIH-positivas, cuando ello está clínicamente indicado, permitiendo a las mujeres no sólo dar a luz bebés sanos sino también criarlos (20). De igual manera, la mejora de la atención del VIH ayuda a desestigmatizar el SIDA. Gracias a ese menor estigma, aumenta el interés por el asesoramiento y las pruebas voluntarias, que son una piedra angular de la prevención y atención eficaces de la infección por VIH (13). Algunos estudios recientes han empezado a catalogar los mecanismos por los que la ampliación del acceso a una atención del VIH de calidad puede fortalecer las actividades de prevención (15).

Prevención y atención integradas: logros destacados

Sólo unos pocos países han aplicado leyes para proteger los derechos de los afectados por el VIH, incluido el derecho a una terapia eficaz. El Brasil es uno de los países que ha llevado a buen término esa empresa. Aunque presenta desigualdades sociales, el Brasil se ha convertido en uno de los primeros países en imponer el acceso universal y gratuito a la atención que necesitan los afectados por el VIH. De esta forma, de ser un problema privado, que afectaba a los individuos y sus familias, el SIDA se ha transformado en un asunto público. Aplicando una legislación novedosa, el Brasil consiguió articular el programa contra el SIDA más amplio y eficaz de toda América Latina. El acceso generalizado a los ARV puede haber ayudado a desestigmatizar la enfermedad en el país y, de ese modo, mejorar la demanda de asesoramiento y pruebas voluntarias. Aunque no es fácil demostrar una relación de causalidad, las

proyecciones realizadas hace más de 10 años, cuando se predijo que el Brasil sufriría una epidemia que se propagaría rápidamente, no se han confirmado. La incidencia del VIH ha disminuido en los últimos años, gracias a la amplia disponibilidad de ARV: en los nueve primeros meses de 2001 sólo se registraron 7361 nuevos casos de infección, en comparación con los 17 504 casos registrados en 2000 (21). El Ministerio de Salud del Brasil calcula que los ahorros de costos en concepto de disminución de las hospitalizaciones y de los tratamientos de infecciones oportunistas entre 1997 y 2001 se aproximaron a US\$ 2100 millones. La experiencia brasileña no es única. En 2003, México aprobó una legislación similar a la del Brasil y puede aspirar razonablemente a cosechar éxitos similares (22). El tipo de política adoptada, por consiguiente, puede tener un efecto terapéutico indiscutible sobre el VIH/SIDA.

Países mucho más pobres que el Brasil o México se han visto obligados a centrar sus esfuerzos en otros ámbitos, pero podrían con todo lograr resultados satisfactorios. En Haití, el país más empobrecido de las Américas, una alianza publicoprivada ha introducido medidas culturalmente idóneas de prevención de la infección por VIH, así como las más modernas medidas de atención a los afectados, para una población que vive en la más absoluta pobreza. Un proyecto emprendido en la meseta central de Haití es una discreta, pero madura iniciativa integrada de prevención y atención que incorporó por primera vez el tratamiento ARV de base comunitaria en 1998. Dado que en las zonas rurales de Haití hay pocos médicos y enfermeras, la «Iniciativa de Equidad y VIH» corre a cargo de agentes de salud comunitarios, los llamados *accompagnateurs*, que visitan diariamente a los pacientes en sus aldeas. Los *accompagnateurs* (algunos de ellos afectados por el VIH) no se dedican tanto a suministrar tratamiento bajo observación directa como a atender a sus vecinos (véase el recuadro 3.2).

El proyecto de Haití destaca por sus buenos resultados médicos y sociales – disminución de la mortalidad y de la estigmatización – pero también por su bajo costo. Con la llegada de los ARV genéricos, se está imprimiendo un amplio impulso a la Iniciativa de Equidad y VIH en un territorio disuasivo como es el Haití central, una zona que carece de electricidad y de carreteras asfaltadas (23). Los estudios de seroprevalencia realizados indican que la epidemia de VIH en Haití está atenuándose en lugar de aumentar (24), aunque todavía no se ha determinado el impacto exacto de los programas de VIH/SIDA en la propagación de la enfermedad.

Recuadro 3.2 Los *accompagnateurs*: un ejemplo de la atención del SIDA en los entornos de recursos escasos

La existencia de una terapia eficaz contra el SIDA ha alterado radicalmente el resultado de la infección por VIH en algunas partes del mundo, pero tales adelantos rara vez se aplican en los entornos que precisamente sufren una mayor carga de SIDA. La mayoría de las defunciones relacionadas con el VIH que se registran hoy en el mundo en desarrollo se dan entre quienes nunca han recibido poliquimioterapia antirretroviral (ARV). Se han aducido muchas razones para explicar este fracaso, pero las más citadas son dos: el elevado costo de los ARV, y la falta de la infraestructura requerida para administrarlos. La primera de esas objeciones está siendo reanalizada conforme se empieza a disponer de ARV genéricos y se abaratan los productos farmacéuticos comerciales.

En cuanto a la falta de infraestructura, la experiencia de Haití y otros lugares hace pensar que el problema podría estar relacionado con el personal más que con la infraestructura clínica o de laboratorio. En los entornos con pocos médicos y enfermeras suele haber un gran número de agentes de salud comunitarios infrautilizados. En algunos

entornos, diversas personas, incluidos los curanderos, han expresado su interés en recibir formación para «acompañar» a sus vecinos afectados por el SIDA. La participación de estos y otros trabajadores comunitarios como *accompagnateurs* será fundamental para alcanzar siquiera unas metas de tratamiento moderadas en los próximos años. Existe un precedente importante en lo referente al manejo comunitario de una enfermedad infecciosa crónica: los programas contra la tuberculosis que notifican las mayores tasas de curación son a menudo los basados en la intervención de los *accompagnateurs* y de otros dispensadores de atención comunitarios. La capacitación requerida es mínima, y la supervisión de los *accompagnateurs* puede correr a cargo de las enfermeras y los médicos de ambulatorio. Si se logra introducir de forma generalizada el modelo de los *accompagnateurs*, los pacientes aquejados de otras enfermedades crónicas pueden aspirar a recibir atención médica de alta calidad aun cuando no haya ningún médico al alcance (23).

Uganda es otro país muy pobre en el que se han observado unas tasas decrecientes de infección por VIH. Algunos han sostenido que la disminución de la prevalencia es el resultado de una activa campaña gubernamental de difusión de mensajes de prevención. La «campaña ABC» es una iniciativa de mercadotecnia social que fomenta la abstinencia, la monogamia (la B de esa sigla significa «sé fiel») y el uso de preservativos (25). Sin embargo, la voluntad política de alto nivel y la contundente promoción del preservativo, aun reconociendo la importancia de esos factores, son sólo una parte de la explicación de esa disminución de la prevalencia observada en Uganda. Lo ocurrido en este país responde a un complejo escenario biosocial que abarca guerras, muertes, migraciones y muchos otros eventos y procesos (incluido, en Kampala y otros lugares, un mayor acceso a los ARV) no abarcados necesariamente en la «campaña ABC» (véase la figura 3.3). El empoderamiento de las mujeres parece haber sido un factor clave para propiciar modelos más seguros de comportamiento sexual. Grupos de la sociedad civil como la Organización de Ayuda a las Personas con SIDA (TASO) han desempeñado un papel fundamental. Es importante también señalar que la Uganda de la posguerra, con la ayuda de la Comunidad Europea y de otros financiadores, ha hecho importantes inversiones en la reconstrucción de su infraestructura de atención de salud (26).

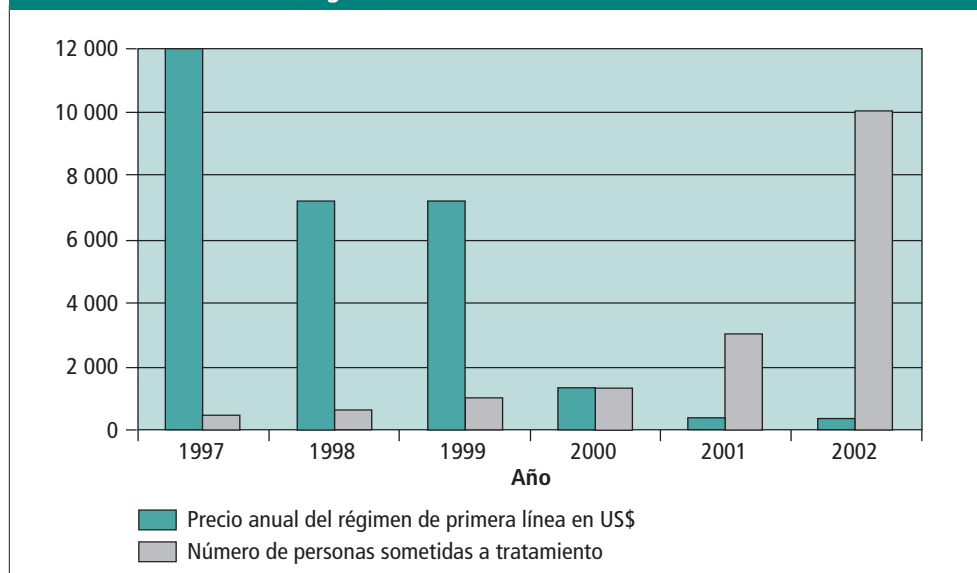
Establecer una nueva agenda

Partiendo de las razones aducidas hasta aquí para integrar la prevención y atención, este informe sugiere una estrategia enérgica de acción mundial contra la pandemia de VIH/SIDA. Esta agenda unirá los esfuerzos de los asociados de muchos sectores.

Una perspectiva atenta a los derechos humanos

Aunque algunas personas pueden haber llegado a considerar con escepticismo expresiones como «abordar el VIH/SIDA respetando los derechos humanos», es posible tomar medidas claramente pragmáticas para hacer exactamente eso, y esas intervenciones redundarán en beneficio de la prevención y atención del SIDA. Los derechos sociales y económicos, en particular el derecho a la atención de salud, son fundamentales para forjar un futuro en el que el VIH tenga efectos menos destructivos en la vida de las personas. Los gobiernos deben tomar la

Figura 3.3 Tendencias del costo de los ARV y del número de personas sometidas a tratamiento, Uganda, 1997–2002



iniciativa para promover un modelo de prevención y atención del SIDA atento a los derechos humanos.

Sin embargo, la promoción de esa perspectiva atenta a los derechos humanos no puede seguir incumbiendo exclusivamente al Estado-nación, sobre todo cuando se está exhortando a unos gobiernos pobres y asediados a hacer cada vez más y más cosas con menos y menos recursos.

Las organizaciones de la sociedad civil, incluidos los grupos de afectados por el VIH/SIDA, seguirán siendo cruciales para impulsar una agenda contra la infección por el VIH/SIDA basada en los derechos humanos a nivel mundial, nacional y local. Esos grupos han estado a la vanguardia de la prevención de la infección por VIH/SIDA y de la educación y sensibilización en ese sentido, no sólo en los países ricos, sino también en el Brasil, Haití, Sudáfrica, Tailandia, Uganda y otros lugares. Es importante asegurar que parte de los nuevos fondos que ahora se destinan a actividades contra el VIH/SIDA, a través de mecanismos como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM) y diversas iniciativas bilaterales, se canalicen hacia grupos de la sociedad civil, especialmente hacia organizaciones comunitarias dirigidas por y para personas afectadas por el VIH/SIDA.

Dimensiones de un control eficaz del VIH/SIDA

Aunque la equidad es el único objetivo final aceptable, también es cierto que el establecimiento de prioridades es un paso clave para articular una política sólida. Cabe hacer algunas consideraciones muy importantes a la hora de poner en práctica los proyectos y programas nacionales contra el SIDA en los entornos con recursos escasos.

Haití, uno de los países más pobres del mundo, nos ofrece una vez más algunas pistas. Las epidemias imbricadas y en vertiginoso aumento de tuberculosis y VIH y la peor situación de pobreza de las Américas no impidieron a Haití preparar y elevar al FMSTM una solicitud que sería acogida favorablemente. La propuesta presentada al FMSTM llamaba a ampliar la prevención y atención integradas para la infección por VIH y estaba vinculada al actual plan nacional de control del SIDA (27). El modelo de Haití propone una ejecución gradual, empezando con mejoras del asesoramiento y las pruebas voluntarias y con la prevención de la transmisión de la madre al niño, y desplegándose luego progresivamente en varias dimensiones. La primera dimensión incluye una gama completa de servicios y prácticas de prevención destinados a reducir la transmisión del VIH en todos los entornos. Las actividades de prevención están integradas con mejoras de la atención dispensada a las personas ya infectadas. Las medidas preventivas incluyen educación culturalmente idónea de base comunitaria sobre el VIH, distribución de preservativos, y asesoramiento y pruebas voluntarias. Este componente abarca también la seguridad de la sangre y la observancia de las precauciones universales, en particular de las prácticas de inyección seguras.

La segunda dimensión consiste en la mejora de la salud de la mujer, incluido el acceso a la planificación familiar y el parto sin riesgo. La prevención de la transmisión del VIH de la madre al lactante reportará un «beneficio inesperado» como es la mejora de la salud de la mujer en sentido amplio. Efectivamente, alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la mortalidad materna resultará más fácil si se aumenta la capacidad de extender masivamente los programas piloto de prevención de la transmisión de la madre al niño.

La tercera dimensión de la prevención y atención integradas de la infección por VIH es la mejora de la búsqueda de casos de tuberculosis y de la asistencia a tales casos. Esto es importante en las comunidades muy castigadas por ambas enfermedades, pues en esos entornos – ejemplificados por la mayor parte de África meridional – la tuberculosis es la principal infección oportunista grave entre las personas afectadas por el VIH. Por último, el cuarto

componente de este modelo es el diagnóstico y el tratamiento, basados preferentemente en algoritmos ajustados a la epidemiología local, de todas las ITS. Numerosos estudios han revelado que la mejora de la atención de las ITS disminuye el riesgo de adquirir el VIH (28–30).

Las diferencias locales siempre han sido un factor fundamental en la historia de la infección por VIH/SIDA, de manera que debe analizarse siempre la pertinencia de cualquier proyecto piloto. ¿Son esos programas susceptibles de extensión masiva a nivel distrital o nacional? ¿Pueden reproducirse en otras áreas muy afectadas y con recursos limitados? Por ejemplo, donde el uso de drogas inyectables es el principal modo de transmisión, la reducción del daño será un elemento indispensable de los esfuerzos de prevención. También es necesario poner más énfasis en la nutrición como componente fundamental de cualquier modalidad de atención a las personas afectadas por el VIH/SIDA. Pero es indudable que los ARV se necesitan en todos los entornos. Hay muy pocas pruebas de que los diferentes clados del VIH respondan de distinta forma a la poliquimioterapia con ARV. La evidencia preliminar que se desprende de los pequeños proyectos piloto emprendidos en toda África, las Américas y Asia indican que los pacientes con infección avanzada por VIH responden bien a los ARV, independientemente de que para evaluar la eficacia se empleen criterios clínicos o de laboratorio.

Actividades de la OMS en la lucha contra el VIH/SIDA

La lucha contra las desigualdades tanto en el riesgo como en el acceso a la asistencia es una preocupación central en la agenda de la OMS en lo que atañe al VIH/SIDA. La función ampliada de la OMS abarca mucho más que el mero establecimiento de normas para una prevención y atención eficaces contra el VIH. La OMS está colaborando activamente con los países y asociados para alcanzar los ambiciosos objetivos de equidad en la prevención y acceso equitativo a la asistencia. La OMS cumple una función insustituible entre esos asociados velando por garantizar un acceso equitativo al tratamiento, y el 22 de septiembre de 2003 declaró formalmente que el acceso insuficiente a la terapia ARV constituía una emergencia sanitaria mundial.

Actualmente la OMS, el ONUSIDA y sus principales asociados – gobiernos de los países afectados, otros organismos de las Naciones Unidas, el FMSTM, organizaciones no gubernamentales, el sector privado y personas afectadas por el VIH/SIDA – se están movilizando para responder a esta emergencia de tratamiento. Actuando conjuntamente, todos esos grupos se han comprometido a suministrar tratamiento antirretroviral a tres millones de personas infectadas por el VIH/SIDA en los países en desarrollo para finales de 2005.

Esa ambiciosa meta «tres millones para 2005», propuesta por vez primera en 2001 (31), planteará numerosos retos, pero actuando unidos es posible lograrla. El equipo de VIH/SIDA de la OMS, en consulta con otros expertos, ha elaborado una estrategia mundial para alcanzar el objetivo. Al calificar de emergencia sanitaria mundial la falta de acceso al tratamiento ARV, la OMS se ha comprometido plenamente a proporcionar ayuda acelerada e intensificada a los países para que encaren los obstáculos más importantes a la extensión masiva del tratamiento. En la línea del enfoque de respuesta en emergencias, el programa de acción de la OMS contra el VIH/SIDA prevé lo siguiente:

- Se proporcionarán **equipos de respuesta en emergencias**, cuando los gobiernos los soliciten, a los países con alta morbilidad por VIH/SIDA donde más urgentemente deba colmarse la brecha de tratamiento. Esos equipos, con el apoyo y participación de asociados del sistema de las Naciones Unidas y de organizaciones no gubernamentales, colaborarán con los encargados de aplicar el tratamiento y realizarán una evaluación rápida de los obstáculos y las oportunidades para lograr la meta «tres millones para 2005».
- Se establecerá un **servicio de medicamentos y medios diagnósticos para el SIDA** al objeto de ampliar el acceso de los pacientes a medicamentos y productos básicos de bajo costo y

alta calidad. Dicho servicio ayudará a los países y los responsables de la ejecución a manejar los procedimientos de adquisición y financiamiento de medicamentos teniendo en cuenta los mejores precios y calidad. Así será más fácil superar una de las barreras más significativas enfrentadas por los países, y se debería ahorrar tiempo y esfuerzo.

- Las **directrices terapéuticas simplificadas**, publicadas en diciembre de 2003, tienen por objeto facilitar la administración de ARV. Para lograr la meta «tres millones para 2005» se requieren tanto el régimen estándar mundial de primera línea como el régimen terapéutico de segunda línea.
- Se publicarán al mismo tiempo **normas uniformes e instrumentos simplificados** para vigilar los progresos y el impacto de los programas de tratamiento ARV, incluida la vigilancia de la farmacorresistencia.
- Comenzará la **ampliación de emergencia de la formación y el desarrollo de capacidad para los profesionales de la salud**. Éstos aprenderán a suministrar el tratamiento ARV normalizado simplificado. La OMS apoyará a los asociados ya implicados en la capacitación, y colaborará con los países con miras a formar una masa crítica de instructores muy competentes y experimentados para ampliar la capacidad nacional de suministro de ARV.
- En las tareas de **sensibilización para lograr financiamiento**, la OMS colaborará con el ONUSIDA y otros asociados. Si se quiere alcanzar la meta «tres millones para 2005» se necesitarán no sólo fondos para adquirir los medicamentos sino también inversiones masivas en actividades de formación y de fortalecimiento de los servicios de salud en los países. Ese fortalecimiento de los sistemas de salud redundará en beneficio tanto de la administración de ARV como de la prestación de otros servicios de salud.

Invertir en una buena prevención y atención del VIH

En muchos entornos en los que el VIH/SIDA se cobra el mayor número de víctimas, unos programas públicos ya mermados se han visto seriamente debilitados. La OMS proporcionará liderazgo para configurar un futuro muy diferente, en el que la situación social no sea el principal factor determinante del acceso a una prevención y atención del SIDA de alta calidad. Vinculando el tratamiento y la prevención del SIDA, y ligando las actividades contra el VIH/SIDA a las destinadas a combatir otros problemas de salud crónicos y complejos, la OMS espera poder demostrar un «efecto multiplicador»: las inversiones requeridas para aplicar y extender masivamente la prevención y atención integradas del SIDA tendrían repercusiones favorables en muchas otras actividades en el ámbito de la salud pública e incluso de la educación. Multiplicando convenientemente las actividades terapéuticas piloto oportunas se paliarán muchas deficiencias y se contrarrestarán décadas de negligencia, y al mismo tiempo se fortalecerán los sistemas de salud. Ese beneficio inesperado de la prevención y atención integradas del VIH será de gran ayuda para la comunidad sanitaria mundial a la hora de encarar viejos problemas, incluidas las enfermedades desatendidas de los pobres, y afrontar otros nuevos.

Una respuesta de emergencia a una emergencia mundial

La persistencia de algunas enfermedades erradicables, de la poliomielitis al sarampión, le recuerda a la comunidad mundial que no ha sido capaz de utilizar instrumentos de los que ya disponía para cambiar el curso de problemas remediables. Nuevos retos y enfermedades, desde el SIDA y el SRAS hasta la malaria y la tuberculosis farmacorresistentes, muestran que el hecho de abandonar a su suerte la infraestructura de salud pública coloca a todos los países y comunidades en una situación de riesgo. Cada una de esas enfermedades ha de ser reformulada como un problema público, en cuyo contexto al abordar las causas del sufrimiento individual se generarán mayores beneficios colectivos.

La mera reconceptualización de la prevención y atención del SIDA no bastará para resolver la crisis. El ritmo actual de avance no es suficiente para alcanzar objetivos como la meta «tres millones para 2005». A menos que la comunidad sanitaria mundial responda ya a las necesidades de tratamiento del SIDA de la misma manera que responde a otras emergencias, esto es, con una acción excepcional, la batalla contra ese poderoso enemigo se habrá perdido. La OMS se ha comprometido a afrontar esta emergencia sanitaria mundial con medidas urgentes. Ya no es posible seguir actuando inercialmente contra el SIDA.

Se necesitan muchos más recursos para abordar problemas de salud pública acuciantes, en particular el VIH/SIDA. El hecho de afrontar el SIDA con métodos más audaces permitirá fortalecer la atención primaria, sobre la base de los principios establecidos en Alma-Ata en 1978. Pero para lograr ese objetivo los donantes internacionales y los propios países tendrán que hacer mayores inversiones en salud. Disponemos de conocimientos y recursos suficientes para prevenir la mayoría de las nuevas infecciones y defunciones por VIH que hoy se producen. Usando mejor los recursos existentes y captando nuevos recursos para influir en un problema nuevo y cada vez más grave, la OMS trabajará con un criterio de emergencia para ayudar a los países a corregir las desigualdades en el acceso a terapias de probado valor.

Si se lleva a cabo correctamente, esta respuesta de emergencia puede dar lugar a avances sostenidos. Las inversiones realizadas en la equidad de la prevención y la mejora del acceso a la asistencia reportarán numerosos beneficios, incluida una atenuación de las desigualdades, tanto sociales como médicas, que amenazan la frágil paz y estabilidad de la comunidad mundial.

El capítulo 3 ha mostrado que, si bien es quizá demasiado pronto para concretar una visión de un mundo libre de SIDA, no resulta prematuro actuar en pos de ese futuro, o buscar inspiración en iniciativas audaces del pasado. ¿Quién hubiera podido imaginarse, hace cincuenta años, un mundo libre de la poliomielitis? Sin embargo, todo hace pensar ahora que esa idea puede hacerse realidad dentro tan sólo de unos pocos años. El próximo capítulo versa sobre la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis.

Referencias

1. Farmer P, Walton DA, Furin JJ. The changing face of AIDS: implications for policy and practice. In: Mayer K, Pizer H, eds. *The emergence of AIDS: the impact on immunology, microbiology, and public health*. Washington, DC, American Public Health Association, 2000.
2. *Workshop summary: scientific evidence on condom effectiveness for sexually transmitted disease (STD) prevention, 20 July 2001, Herndon, VA, USA*. Atlanta, GA, US National Institutes of Health and the Centers for Disease Control and Prevention, 2001 (<http://www.niaid.nih.gov/dmid/stds/condomreport.pdf>, visitado el 25 de septiembre de 2003).
3. *AIDS epidemic update: December 2002*. Ginebra, ONUSIDA/Organización Mundial de la Salud, 2002.
4. Williams BG, Dye C. Antiretroviral drugs for tuberculosis control in the era of HIV/AIDS. *Science* [en línea], 14 de agosto de 2003 (http://aidscience.org/Science/Williams_and_Dye_10_1126-science_1086845.htm, visitado el 25 de septiembre de 2003).
5. *Expert group stresses that unsafe sex is primary mode of transmission of HIV in Africa. WHO and UNAIDS Expert Group Statement, 14 March 2003*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (<http://www.who.int/mediacentre/statements/2003/statement5/en/>, visitado el 26 de septiembre de 2003).
6. Brewer D et al. Mounting anomalies in the epidemiology of HIV in Africa: cry the beloved paradigm. *International Journal of STD and AIDS*, 2003, 14:144–147.
7. Program in Infectious Disease and Social Change. *The global impact of drug-resistant tuberculosis*. Boston, MA, Harvard Medical School and the Open Society Institute, 1999.
8. *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA 2002*. Ginebra, ONUSIDA/Organización Mundial de la Salud, 2002.

9. Bell C, Devarajan S, Gersbach H. *The long-run economic costs of AIDS: theory and an application to South Africa*. Washington, DC, Banco Mundial, 2003 (http://www1.worldbank.org/hiv_aids/docs/BeDeGe_BP_total2.pdf, visitado el 26 de septiembre de 2003).
10. Raviola G et al. HIV, disease plague, demoralization, and «burnout»: resident experience of the medical profession in Nairobi, Kenya. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2002, 26:55–86.
11. Médecins Sans Frontières South Africa, Department of Public Health at the University of Cape Town, the Provincial Administration of the Western Cape, South Africa. *Antiretroviral therapy in primary health care: experience of the Khayelitsha programme in South Africa*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
12. Farmer P et al. Tratamiento comunitario de la infección avanzada por el VIH: introducción del tratamiento DOT-HAART (tratamiento bajo observación directa con antirretrovirales de gran potencia). *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de artículos N° 6, 2002, 77–83.
13. Farmer P et al. Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. *Lancet*, 2001, 358:404–409.
14. Egger M et al. Promotion of condom use in a high-risk setting in Nicaragua: a randomised controlled trial. *Lancet*, 2000, 355:2101–2105.
15. Blower S, Farmer P. Predicting the public health impact of antiretrovirals: preventing HIV in developing countries. *AIDSscience* [en línea], 2003, 3 (<http://aidsscience.org/Articles/AIDScience033.asp>, visitado el 25 de septiembre de 2003).
16. Katz MH et al. Impact of highly active antiretroviral treatment on HIV seroincidence among men who have sex with men: San Francisco. *American Journal of Public Health*, 2002, 92:388–394.
17. Cook RL et al. What's driving an epidemic? The spread of syphilis along an interstate highway in rural North Carolina. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:369–373.
18. Ainsworth M et al. AIDS and public policy: the lessons and challenges of «success» in Thailand. *Health Policy*, 2003, 64:13–37.
19. *Harm reduction approaches to injecting drug use*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/hiv/topics/harm/reduction/en/>, visitado el 25 de septiembre de 2003).
20. *MTCT plus: expanding HIV/AIDS care in resource-limited settings*. Mailman School of Public Health, Columbia University (<http://www.mtctplus.org/>, visitado el 25 de septiembre de 2003).
21. *Boletim Epidemiológico – AIDS*. Ministry of Health, Government of Brazil, 2001 (http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/bol_set_2001/tab1.htm, visitado el 25 de septiembre de 2003).
22. Mexico: Fox vows AIDS patient subsidies. *AIDSscience* [en línea], 6 de agosto de 2003 (<http://aidsscience.org/Newsarticle.asp?Article=3101>, visitado el 29 de septiembre de 2003).
23. Mukherjee J et al. *Access to treatment and care: Haiti experience*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
24. *Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections: Haiti. 2002 update*. Ginebra, ONUSIDA/Organización Mundial de la Salud (<http://www.unaids.org>, visitado el 25 de septiembre de 2003).
25. Green T. ABC or A through Z? *AIDSLink* [en línea] 81, 1 de septiembre de 2003 (<http://www.globalhealth.org/publications/article.php?id=1032>, visitado el 25 de septiembre de 2003).
26. Hogle J et al. *What happened in Uganda? Declining HIV prevalence, behavior change, and the national response*. Washington, DC, Center for Population, Health and Nutrition, USAID Bureau for Global Programs, Field Support and Research, 2002 (<http://www.eldis.org/static/DOC10759.htm>, visitado el 25 de septiembre de 2003).
27. *The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: fact sheet*. Ginebra, Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (<http://www.globalfundatm.org/proposals/round1/fsheets/haiti.html>, visitado el 25 de septiembre 2003).
28. Behets FM, Desormeaux J, Joseph D. Control of sexually transmitted diseases in Haiti: results and implications of a baseline study among pregnant women living in Cité Soleil shantytowns. *Journal of Infectious Diseases*, 1995, 72:764–771.
29. Smith-Fawzi MC et al. Prevalence and risk factors of STDs in rural Haiti: implications for policy and programming in resource-poor settings. *International Journal of STDs and AIDS*, 2003 (en prensa).
30. Grosskurth H et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. *Lancet*, 1995, 346:530–536.
31. Schwartlander B et al. Resource needs for HIV/AIDS. *Science*, 2001, 292:2434–2436.



Capítulo 4

Erradicación de la poliomielitis: el desafío definitivo

Como resultado de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, uno de los mayores esfuerzos de salud pública de la historia, el número de niños paralizados cada año por causa de esta enfermedad devastadora ha disminuido de más de 350 000 en 1988 a sólo 1900 en 2002; el número de países endémicos se ha reducido de más de 125 a siete. El presente capítulo se refiere a la última fase de la campaña de erradicación de la poliomielitis, una de las enfermedades más antiguas que se conocen. La visión de un mundo libre de poliomielitis está ya a nuestro alcance.

4

Erradicación de la poliomielitis: el desafío definitivo

En 1962, sólo 12 meses después de que en los países más industrializados se autorizara la utilización de la vacuna antipoliomielítica oral ampliamente aclamada de Albert Sabin, Cuba empezó a administrarla en una serie de campañas nacionales de lucha antipoliomielítica. Poco después se había interrumpido la transmisión autóctona de poliovirus salvaje. En otras palabras, en adelante ningún niño cubano padecería esta enfermedad devastadora por causa de un poliovirus cubano. Rara vez o nunca se había aplicado plenamente con tanto éxito una nueva tecnología sanitaria tan incipiente en beneficio de tantas personas. Sin embargo, pocos países experimentaron semejantes éxitos tempranos y la poliomielitis siguió paralizando permanentemente a medio millón de personas por año; hasta en los años noventa, los 10 ó 20 millones de personas que habían sobrevivido a la enfermedad aguda padecían sus consecuencias debilitantes y a menudo dolorosas. Sin embargo, la experiencia de Cuba con sus campañas masivas había reafirmado la convicción de Sabin de que los poliovirus podrían erradicarse de forma tan completa que las generaciones futuras conocerían la parálisis poliomielítica sólo a través de los libros de historia. En favor de ese futuro sin poliomielitis Sabin donó su vacuna a la Organización Mundial de la Salud con la intención de que se pusiera a disposición de todos, en todo lugar.

Cuarenta años más tarde, la visión mundial de Sabin de un futuro sin poliomielitis está a punto de hacerse realidad. Gracias a un esfuerzo internacional extraordinario desplegado durante 15 años, se han eliminado ya los poliovirus autóctonos de todos los países, salvo de siete; cuando se emprendió la iniciativa, más de 125 países tenían poliovirus autóctonos (1) (véase la figura 4.1). Este progreso es resultado de una alianza extraordinaria entre gobiernos, organismos internacionales, organizaciones humanitarias y el sector privado establecida con objeto de reunir tres condiciones decisivas para llegar a todos los niños, en todo lugar: la participación efectiva de los dirigentes políticos, financiación adecuada y recursos humanos suficientes. A través de esa alianza, en el año 2001 solamente, más de 10 millones de voluntarios inmunizaron a 575 millones de niños contra la poliomielitis en 93 de los países de ingresos más bajos del mundo. Esta experiencia, con las perspectivas de logro de la erradicación de la poliomielitis, muestra una manera de multiplicar el acceso a otras intervenciones sanitarias, lo que será esencial para alcanzar metas de salud nacionales e internacionales ambiciosas como las adoptadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2).

Una nueva clase de alianza

Hace 20 años, cuando cobró impulso el interés internacional por una iniciativa mundial de erradicación de la poliomielitis, la experiencia con iniciativas sanitarias internacionales de gran escala y con alianzas era limitada. Sin embargo, a mediados de los años ochenta, cuando un número cada vez mayor de países de América del Sur, en particular el Brasil, aplicaban con

éxito el modelo cubano de campañas masivas y vigilancia intensiva para controlar la poliomielitis, comenzó a surgir una nueva clase de alianza con esta finalidad común.

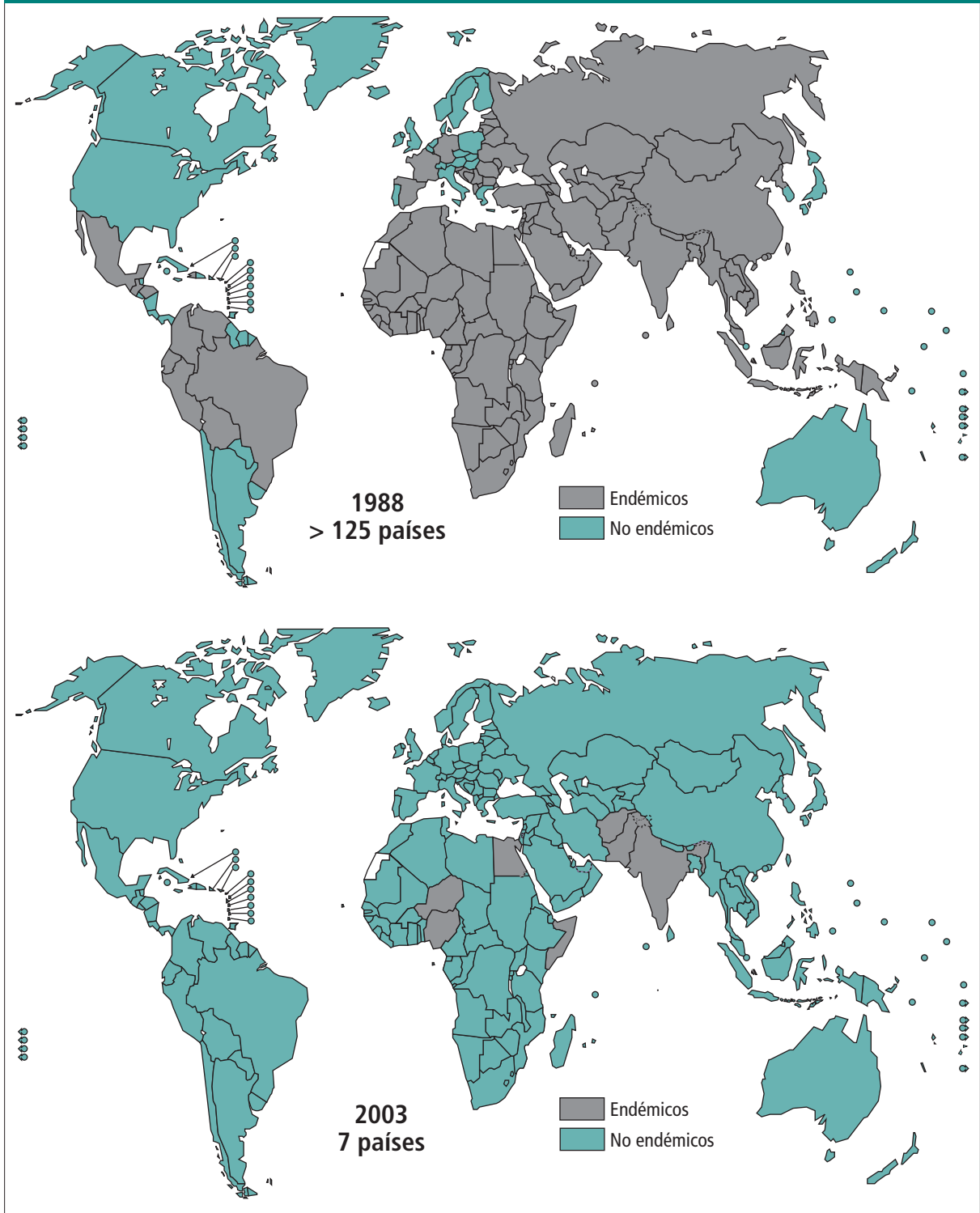
Para 1988, año en el cual la Asamblea Mundial de la Salud se pronunció a favor de una iniciativa mundial para erradicar la poliomielitis (3), cuatro organismos habían empezado a formar el núcleo de la «alianza contra la poliomielitis»: la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Rotaria Internacional, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC). En el transcurso de los 15 años siguientes, la alianza contra la poliomielitis creció hasta convertirse en una extensa red de gobiernos nacionales, organismos internacionales, empresas privadas, fundaciones, donantes bilaterales, organizaciones humanitarias, organizaciones no gubernamentales y bancos de desarrollo. El trabajo de la alianza sigue regido por un plan estratégico común de varios años y supervisado por comités técnicos internacionales a nivel de país, regional y mundial. La estrecha relación entre las autoridades sanitarias nacionales y esta alianza internacional fue decisiva para extender masivamente con gran rapidez las actividades de erradicación a mediados de los años noventa, cuando la iniciativa empezó a tomar como base el impulso temprano de la Región de las Américas y la Región del Pacífico Occidental y extendió sus actividades a todos los países de todas las regiones. A fines del decenio se llegaba regularmente a más de 500 millones de niños con vacuna antipoliomielítica oral gracias a los esfuerzos de 10 millones de voluntarios en todos los países de ingresos bajos y medianos del mundo.

Desde el principio, esta alianza procuró incorporar una nueva eficiencia en el apoyo internacional a los esfuerzos de salud nacionales. Se inspiraba en gran medida en estrategias y procesos de gestión establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en sus actividades encaminadas a la eliminación regional de la poliomielitis. Esta meta se alcanzó en 1991, cuando un joven peruano llamado Luis Fermín Tenorio se convirtió en el último niño paralizado por un poliovirus salvaje en la Región de las Américas. La alianza mundial adoptó la estrategia cuádruple de la OPS, de reconocida eficacia: cobertura alta con vacunación antipoliomielítica sistemática, días nacionales de inmunización contra la poliomielitis, vigilancia y estudio de laboratorio de los casos de parálisis flácida aguda (PFA), y campañas masivas «de barrido» de casa en casa (4). El mecanismo de comités coordinadores interinstitucionales de la OPS reunía las aportaciones de los socios a nivel de país para asegurar que hubiera recursos suficientes, promoviendo al mismo tiempo una presupuestación transparente y medidas de eficiencia. Los comités coordinadores interinstitucionales, convocados regularmente por los ministerios de salud nacionales, velaban por que las autoridades nacionales estuvieran siempre en el centro de las principales decisiones relativas a la aplicación de la estrategia. La alianza mundial también pone de relieve la participación de las instancias políticas más altas en los países tanto donantes como endémicos.

Promoción de la participación efectiva de los dirigentes

El elemento más visible de la iniciativa de erradicación de la poliomielitis han sido los días nacionales de inmunización, en los que se procede a la inmunización de todo niño menor de cinco años de edad (casi el 20% de la población de un país) en el transcurso de uno a tres días, varias veces al año, durante varios años consecutivos. En muchos países, la escala y la complejidad logística de esas actividades han sido aun mayores que las del auge de las campañas de erradicación de la viruela. Por consiguiente, el compromiso de los líderes políticos ha sido decisivo para el éxito. El apoyo de éstos se ha generado abogando activa y continuamente por que desempeñen una función en tres esferas clave: la vigilancia, el acceso a recursos de sectores diferentes de la salud, y la responsabilización.

Figura 4.1 Poliomielitis endémica en 1988 y a mediados de 2003



La vigilancia de la lucha contra la poliomielitis por dirigentes políticos a menudo comienza con su participación personal en acontecimientos muy visibles, como el lanzamiento de días nacionales de inmunización, e idealmente continúa con su seguimiento de los progresos. Después del ejemplo de América del Sur, en la mayoría de los países los días nacionales de inmunización han sido inaugurados por el jefe de Estado u otra personalidad política destacada. Por ejemplo, en China, el Presidente Jiang Zemin vacunó al primer niño de la campaña antipoliomielítica nacional de 1993. El mismo año, el Rey Sihanouk desempeñó una función semejante en Camboya. En 1996, el Presidente Nelson Mandela de Sudáfrica lanzó la campaña «Kick Polio Out of Africa» en la reunión de la Organización de la Unidad Africana (OUA) celebrada en Yaundé (Camerún) y comprometió a la OUA a vigilar regularmente los progresos (5). Entre los países donantes, la poliomielitis ha sido objeto de un apoyo semejante, en particular cuando, en sus reuniones de 2002 y 2003, los Jefes de Gobierno del G8 examinaron el papel que podían desempeñar para cubrir el déficit de financiamiento de las actividades de erradicación (6).

Esa visibilidad de alto nivel ha sido decisiva para el logro del segundo objetivo, quizás el más importante, de la promoción política: el acceso a recursos gubernamentales y no gubernamentales exteriores al sector de la salud. Debido al enorme número de personas y medios necesarios para los días nacionales de inmunización, en muchos países esas actividades están

Recuadro 4.1 Progresos realizados hacia la erradicación de la poliomielitis en el Mediterráneo Oriental

Todos los países de la Región del Mediterráneo Oriental están avanzando rápidamente hacia la erradicación de la poliomielitis. El sistema de vigilancia eficaz bien desarrollado indica que el número de casos ha disminuido con relativa regularidad. Para el final de 2002, la transmisión de poliovirus se había interrumpido en 18 países de la Región desde hacía más de tres años; por su parte, el Sudán no ha notificado ningún caso de poliomielitis desde abril de 2001. En 2002 se notificaron 110 casos confirmados de poliomielitis en sólo cuatro países (Pakistán: 90; Afganistán: 10; Egipto: 7; y Somalia: 3). En los ocho primeros meses de 2003 se notificaron 61 casos (Pakistán: 57; Afganistán: 2; y Egipto: 1); en el Líbano se detectó un caso y se demostró que era importado y estaba genéticamente vinculado a las cepas de virus de la India.

En 2003, con apoyo técnico de la OMS, prosiguen los días nacionales de inmunización intensiva tanto en los países con endemidadad (Afganistán, Egipto, Pakistán y Somalia) como en el Sudán, recientemente declarado exento de poliomielitis. Todos estos países celebran cada año más de dos días nacionales de inmunización y una o más rondas de días subnacionales de inmunización en los distritos de alto riesgo y llegan a todos los niños mediante la inmunización de casa en casa. La vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA) siguió mejorando en toda la Región. La tasa de PFA no poliomielítica ha aumentado aún más en 2003, hasta alcanzar 2,39 por cada 100 000 menores de 15 años de edad, mientras que la recogida de muestras de heces ha alcanzado un 90%.

A medida que la iniciativa de erradicación de la poliomielitis se aproxima a su culminación, los grupos consultivos técnicos para los países prioritarios examinan regularmente la situación epidemiológica y los planes nacionales y prestan asesoramiento técnico. Además, se estableció un grupo consultivo técnico regional encargado de liderar actividades de erradicación en los demás países donde la poliomielitis es endémica y de informar a los Estados Miembros sobre otras cuestiones técnicas. Se está prestando una atención cada vez mayor al confinamiento de poliovirus salvajes en laboratorios, a la certificación de la

erradicación de la poliomielitis y al desarrollo de una política de inmunización poscertificación.

Se han designado coordinadores nacionales responsables del confinamiento en 19 de los 23 países de la Región, 16 de los cuales también han establecido comités nacionales responsables del confinamiento. Para fines de 2002, 18 países habían preparado un plan nacional de confinamiento; en tres de los cinco países restantes sigue habiendo transmisión de poliovirus. La primera fase del confinamiento ha terminado con buenos resultados en siete países y se halla en curso en otros 11 países.

Todos los países de la Región, salvo Somalia, han establecido comités nacionales de certificación con una composición apropiada. Dieciocho países donde no hay circulación viral han presentado sus informes y documentación nacional al Comité Regional de Certificación (CRC), que examinó ya 15 de estos informes y respondió de forma apropiada. El CRC también está examinando las actualizaciones anuales comunicadas por los países cuyos informes iniciales resultaron satisfactorios. Estas actualizaciones anuales se presentarán anualmente hasta que se logre la certificación regional.

A pesar de los logros significativos alcanzados en las zonas endémicas restantes, el programa de erradicación tiene todavía ante sí varios retos y limitaciones que se deben superar para llegar a la meta final. Ahora interesa principalmente el Pakistán, donde se registraron varios brotes en 2002–2003. Al parecer, probablemente no se llegue a los niños más pequeños de las poblaciones tribales y conservadoras a menos que en el equipo de vacunación haya una mujer. Para superar estas dificultades, es preciso conseguir el apoyo de los líderes políticos federales, provinciales y locales y hacer extensivos los días subnacionales de inmunización a todas las zonas donde hay transmisión. Para ayudar a que se preste el apoyo técnico necesario a fin de garantizar una vigilancia de alta calidad en todas las áreas, se está movilizando a personal internacional nuevo en los distritos donde no había consultores designados.

más allá de la capacidad logística y de comunicaciones del sector de la salud. Por consiguiente, se recurre en gran medida a los ministerios de información, transporte, defensa y otros para que ayuden a llegar rápidamente a todos los niños, en todos los rincones de un país. Los países también han hecho participar al sector privado, a menudo en una escala extraordinaria. En Filipinas, por ejemplo, más de 140 empresas privadas han aportado regularmente personal, vehículos, establecimientos y apoyo financiero. La movilización eficaz de ese apoyo sólo ha sido posible cuando los máximos dirigentes políticos de nivel tanto nacional como subnacional han respaldado la iniciativa públicamente y adoptado las medidas necesarias para poner esos recursos a disposición de las autoridades sanitarias. Así pues, la prestación de este servicio de salud se ha convertido en una responsabilidad gubernamental y social, mientras que la responsabilidad del sector de la salud ha pasado del plano de la ejecución al de la gestión y el seguimiento.

El compromiso personal de los líderes políticos con la vigilancia y la ejecución de las actividades conduce naturalmente al tercer objetivo de la promoción política: una mayor responsabilización tanto dentro como fuera del sector de la salud. Sólo los dirigentes políticos de alto nivel tienen la autoridad necesaria para conseguir esa responsabilización, en particular en los ministerios diferentes del de la salud cuyo personal y recursos son tan importantes para que se llegue a todos los niños con vacuna antipoliomielítica oral.

Esa participación de los dirigentes ha dado lugar a beneficios adicionales, a menudo extraordinarios. Reconociendo que los poliovirus no respetan las fronteras, en abril de 1995 las autoridades de 18 países de Asia, Europa y el Mediterráneo oriental empezaron a coordinar la inmunización de 56 millones de niños con vacuna antipoliomielítica oral. Siguieron actividades semejantes en África, donde Angola, el Congo, el Gabón y la República Democrática del Congo, países afectados por conflictos, sincronizaron tres rondas de días nacionales de inmunización a partir de julio de 2001 y llegaron a 15 millones de niños. En el transcurso de los 15 últimos años, en países como el Afganistán, Angola, Sierra Leona y Sri Lanka, las partes en guerra depusieron sus armas para participar en «días de tranquilidad» a fin de que sus hijos pudieran ser inmunizados contra la poliomielitis (7). En los recuadros 4.1 y 4.2 se indican los progresos realizados hacia la erradicación en los países de las Regiones del Mediterráneo Oriental y de Asia Sudoriental.

Recuadro 4.2 Respuestas al reto de la erradicación de la poliomielitis en Asia Sudoriental

En 2002, la meta mundial de erradicación de la poliomielitis se vio amenazada cuando la India padeció el brote más grande de la historia reciente; ese año se notificaron 1600 casos, cinco veces más que en 2001. La epidemia se propagó a estados indios que habían quedado finalmente exentos de poliomielitis en los últimos años, con lo cual el número de distritos infectados se duplicó con creces y pasó de 63 en 2001 a 159. Como la India comparte fronteras largas con Bangladesh y Nepal, la epidemia también amenazó a estos países libres de poliomielitis. Para fines de 2002, la Región de Asia Sudoriental sobrellevaba un 84% de la carga mundial de poliomielitis. Sin embargo, desde entonces, gracias a una respuesta nacional e internacional masiva se ha conseguido que la poliomielitis vuelva a estar a punto de ser eliminada de la Región más populosa de la OMS.

Para fines de 2000, nueve de los 10 Estados Miembros de la Región de Asia Sudoriental de la OMS y 35 de 37 estados de la India habían interrumpido la transmisión de poliovirus salvaje merced a la iniciativa mundial de erradicación. Además de Bangladesh y Nepal, Myanmar está libre de poliomielitis desde 2000; Bhután, Indonesia, Maldivas, la República Popular Democrática de Corea, Sri Lanka y Tailandia detuvieron la transmisión autóctona antes de 1999. Estos pro-

gresos son resultado de un programa regionalmente coordinado, que se apoya en datos, emprendido a comienzos de los años noventa y en cuyo marco, mediante días nacionales de inmunización, se ha llegado a más de 200 millones de niños, a menudo de manera sincronizada entre Estados Miembros con apoyo de órganos regionales como la Asociación de Asia Meridional para la Cooperación Regional. Una firme vigilancia de la poliomielitis y una red regional de 17 laboratorios de alta calidad han orientado los esfuerzos y confirmado esos logros.

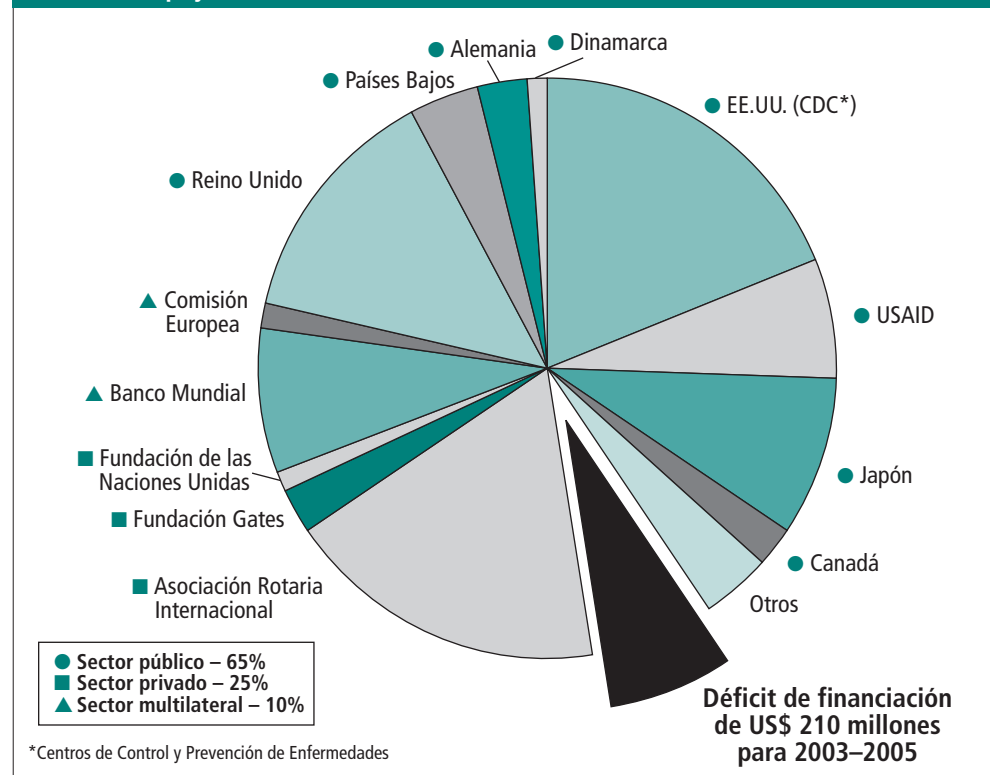
Las investigaciones sobre la epidemia de 2002 demostraron que una combinación de cobertura baja de vacunación sistemática y campañas antipoliomielíticas de escala, número y calidad insuficientes habían posibilitado una acumulación rápida de niños susceptibles, especialmente en el estado de Uttar Pradesh. En respuesta, se intensificó notablemente la vigilancia política del programa, el número de campañas antipoliomielíticas aumentó a seis por año y se desplegaron esfuerzos adicionales para llegar a los niños de las poblaciones minoritarias. En consecuencia, a fines de septiembre de 2003 la poliomielitis alcanzó su nivel más bajo de la historia (132 casos) y había nuevamente posibilitado reales de eliminar para 2005 y definitivamente de Asia Sudoriental esta enfermedad devastadora.

Obtención de fondos

Para que la visión de Sabin de un mundo sin poliomielitis pudiera hacerse realidad era preciso llegar a todos los niños con dosis múltiples de vacuna antipoliomielítica oral, lo que a su vez requería sustanciales recursos financieros y contribuciones en especie de fuentes nacionales e internacionales. Para movilizar y administrar los recursos en esta escala, la alianza contra la poliomielitis estableció una combinación de estrategias y mecanismos. El resultado eficaz de este enfoque ha sido la movilización de más de US\$ 5000 millones en forma de financiamiento y contribuciones en especie para las actividades de erradicación de la poliomielitis durante un periodo de 20 años (8). Mientras que la mayor parte de esos fondos se destinaron a actividades de erradicación limitadas en el tiempo, una proporción sustancial se destinó al fortalecimiento de la inmunización sistemática y los servicios de vigilancia.

En cada país la proporción de los gastos sufragados con cargo a fondos nacionales e internacionales ha dependido en gran medida del nivel de ingresos y de la capacidad del sistema de salud. China, por ejemplo, ha calculado que más del 95% de sus gastos han sido pagados por el país mismo. Aun en los países más pobres que carecen prácticamente de servicios de salud oficiales, como Somalia, la comunidad absorbe mediante contribuciones en especie un 25%–50% de los costos reales de los días nacionales de inmunización contra la poliomielitis. Debido a la diversidad de comunidades, gobiernos y asociados que han contribuido a las actividades de lucha contra la poliomielitis, es imposible cuantificar con exactitud todos los gastos financieros y en especie. Sin embargo, según un cálculo moderado basado en el tiempo dedicado por los voluntarios y trabajadores de salud durante los días nacionales de inmunización – la actividad que requiere mayor intensidad de mano de obra –, de un total de más de US\$ 5000 millones que se habrán gastado en la iniciativa, los países con poliomielitis endémica habrán

Figura 4.2 Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis: apoyo financiero 1988–2005



aportado al menos US\$ 235 000 millones en tiempo de voluntarios solamente entre 1988 y 2005 (8). Con recursos públicos y privados adicionales provenientes de los niveles nacional, estatal, provincial, distrital y comunitario local se han pagado el combustible, la movilización social, la capacitación y otros gastos.

Las fuentes externas habrán suministrado al menos US\$ 3000 millones para ayudar a los países con endemias a cubrir los costos de la erradicación de la poliomielitis. Hasta la fecha, de más de 100 donantes externos 26 habrán aportado más de US\$ 1 millón desde el comienzo de la iniciativa y 12 habrán aportado al menos US\$ 25 millones (véase la figura 4.2). Un punto especialmente fuerte de la iniciativa de erradicación de la poliomielitis ha sido su firme alianza con varios donantes no tradicionales de ayuda al desarrollo, en particular la Asociación Rotaria Internacional (véase el recuadro 4.3). Los procesos de presupuestación y gestión de recursos a nivel de país, combinados con el seguimiento centralizado de los recursos necesarios y los flujos de financiamiento, han permitido que el programa respondiera a las necesidades de los países donantes y beneficiarios mejorando al mismo tiempo el aprovechamiento eficaz de la financiación disponible. A pesar de su infraestructura limitada, muchos países de ingresos bajos y medianos bajos han mostrado claramente una extraordinaria capacidad de absorción de recursos para la salud, que puede dar rápidamente lugar a resultados sanitarios reales.

Aunque la promoción internacional coordinada y la gestión de recursos de esta iniciativa han sido muy exitosas, el aspecto más sorprendente de la financiación de la erradicación de la poliomielitis ha sido la contribución sustancial efectuada por los países con endemias y por las comunidades mismas para que sus hijos se beneficien plenamente de la visión mundial de un mundo sin poliomielitis.

Movilización de recursos humanos

Un firme compromiso político y recursos sustanciales tanto financieros como en especie son esenciales para el éxito de la iniciativa de erradicación de la poliomielitis, pero no bastan. Estos dos elementos han tenido que complementarse con personal suficiente para aplicar las estrategias de erradicación en cada rincón del mundo. Mientras que los países de ingresos altos y medianos altos generalmente están en condiciones de tener servicios de salud suficientemente fuertes para aplicar las estrategias de erradicación, la grave deficiencia de recursos humanos para la salud, en particular en los países de bajos ingresos y de ingresos medianos bajos con mayor carga de poliomielitis, pone en peligro el éxito de todo el esfuerzo mundial.

Recuadro 4.3 Una alianza publicoprivada para la erradicación de la poliomielitis

La Asociación Rotaria Internacional es uno de los cuatro asociados de vanguardia de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis; ha hecho suya la idea de un esfuerzo mundial incluso antes de la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de 1988. En 1985 la Asociación se comprometió con la meta internacional de un «mundo libre de poliomielitis» para 2005, año en que celebrará su centenario.

En las zonas endémicas, rotarios de más de 160 países han ofrecido voluntariamente donar tiempo a ministerios de salud para ayudar en cada aspecto del programa, incluida la administración de vacuna antipoliomielítica, el transporte de trabajadores de salud, el suministro del equipo crítico y la movilización de las comunidades. En los países libres de poliomielitis, los rotarios han puesto continuamente de relieve la importancia de la erradicación de la poliomielitis mediante campañas de promoción e información pública.

La Asociación Rotaria Internacional ha prestado apoyo financiero

para la erradicación de la poliomielitis en una escala sin precedentes. Para 2005, su financiación directa habrá alcanzado más de US\$ 500 millones desde 1988, es decir el 20% de la financiación externa total de la iniciativa completa. Además, ha desempeñado una función central en el esfuerzo de promoción interinstitucional que ha movilizado US\$ 2,4 millones en financiamiento externo adicional de gobiernos donantes, fundaciones, bancos de desarrollo y el sector privado.

La Asociación Rotaria Internacional ha hecho campaña con los principales líderes políticos de países con poliomielitis endémica y países exentos de poliomielitis para garantizar su participación activa en el programa. Esta promoción continua de alto nivel de parte de un asociado del sector privado ha contribuido a que la erradicación de la poliomielitis siguiera ocupando un lugar destacado en el programa mundial, a pesar de las muchas otras prioridades que también exigen atención.

El número, la combinación y la distribución del personal necesario para eliminar la poliomielitis de los países difieren según las actividades. Las que requieren mayor intensidad de mano de obra son las actividades suplementarias de inmunización masiva, limitadas en el tiempo, como los días nacionales de inmunización y las campañas de «barrido». Las que requieren mayor capacitación son la vigilancia de las enfermedades y las actividades de laboratorio continuas. En general, se ha respondido con enfoques diferentes a las necesidades de recursos humanos muy diferentes de cada una de esas actividades.

El número de personas que se necesitan para llevar a la práctica los días nacionales de inmunización es extraordinario. Como se señala más arriba, unos 10 millones de voluntarios y trabajadores de salud inmunizaron a 575 millones de niños en el marco de las actividades de erradicación de la poliomielitis en 2001. Dos componentes fundamentales de los días nacionales de inmunización resultaron decisivos para colmar la brecha entre el número de vacunadores capacitados existente en un país y el número necesario para los días nacionales de inmunización. Primero, como en los días nacionales de inmunización sólo había que administrar 2 gotas de vacuna antipoliomielítica oral a cada niño y registrar el número de niños inmunizados, después de 1–2 horas de capacitación los voluntarios de la comunidad podían prestar el servicio sin riesgos. Segundo, dada la limitación temporal de los días nacionales de inmunización, los voluntarios estuvieron dispuestos a participar y otros ministerios de gobierno, organizaciones no gubernamentales y asociados del sector privado pudieron cubrir los costos de oportunidad en que incurrieron con la participación de su personal. En consecuencia, para las autoridades sanitarias nacionales y subnacionales y la alianza contra la poliomielitis el reto principal pasó a ser la movilización, la capacitación, el equipamiento y la gestión de esos recursos humanos. Dada la escala de esta gran movilización, siempre que fuera factible y seguro se procuró incluir otras intervenciones en los días nacionales de inmunización; se ha calculado que la administración de suplementos de vitamina A en los días nacionales de inmunización antipoliomielítica permitió prevenir 1,25 millones de defunciones de niños (9).

La vigilancia de alta calidad necesaria para coordinar las actividades suplementarias de inmunización y seguir de cerca sus repercusiones requirió una respuesta diferente en materia de recursos humanos. Se necesitaron muchas menos personas que para los días nacionales de inmunización, pero con una capacitación mucho mayor para identificar casos de PFA, así como para notificar, investigar y responder en consecuencia (4). Además, tenían que estar disponibles de manera continua. En consecuencia, la alianza contra la poliomielitis pasó a colaborar con las autoridades nacionales para ampliar y fortalecer donde fuera posible la infraestructura nacional de vigilancia existente. Donde no había una infraestructura satisfactoria, los asociados colaboraron con las autoridades nacionales para establecer una vigilancia de la PFA. En cada país, la estrategia adoptada para colmar el déficit de recursos humanos dependió de la estrategia nacional más amplia de fortalecimiento de los servicios de salud. En algunos países, el personal de vigilancia recibió sueldos del Estado mientras que los gastos de funcionamiento, incluidos los vehículos y el equipo, se sufragaron con fondos internacionales. En otros países, los asociados complementaron los sueldos nacionales para que se contratara a personal altamente capacitado. En otros, la OMS y los gobiernos establecieron y aplicaron un programa de vigilancia conjunta. Además, la OMS contrató a nivel nacional e internacional y desplegó a casi 1500 personas para que prestaran asistencia técnica y realizaran actividades de vigilancia en las áreas con menos capacidad.

Mediante esta combinación de estrategias y enfoques para cubrir el déficit de recursos humanos para la salud, ha sido posible llegar a casi todos los niños del mundo con vacuna antipoliomielítica oral y otras intervenciones (como la administración de suplementos de vitamina A), independientemente del estado socioeconómico, la religión, la pertenencia a grupos minoritarios, la geografía o incluso las situaciones de guerra. Además, ya se cuenta

con una capacidad verdaderamente mundial de vigilancia y pruebas de laboratorio para identificar casos de poliomielitis y responder rápidamente a esta y muchas otras enfermedades de importancia para la salud pública, como el sarampión, el tétanos neonatal, la meningitis, el cólera y la fiebre amarilla, según el país (10). En la Región del Pacífico Occidental, esta capacidad contribuyó a la respuesta internacional a los brotes de SRAS de 2002–2003.

Perspectivas para un futuro libre de poliomielitis

Como resultado de un esfuerzo dinámico deliberado e internacionalmente coordinado, la devastadora poliomielitis que antes se propagaba por el mundo ha quedado ahora geográficamente limitada a siete países. Para sacar partido de este adelanto, ahora se requieren esfuerzos sustanciales a fin de interrumpir las últimas cadenas de transmisión, certificar ese logro y reducir al mínimo el riesgo de reintroducción de la poliomielitis en el futuro. En los objetivos principales del Plan Estratégico 2004–2008 de Erradicación de la Poliomielitis de la alianza contra la poliomielitis se resumen estos retos.

En primer lugar, se deben interrumpir las últimas cadenas de transmisión de poliovirus en los siete países restantes. Se requerirá un esfuerzo particular en la India, Nigeria y el Pakistán, que ahora sobrellevan un 99% de la carga mundial de poliomielitis y siguen exportando casos a las áreas que se habían liberado de esta enfermedad. En el interior de los mencionados países, cinco de los 76 estados o provincias son la clave de la erradicación mundial; si en cada uno de ellos se mantienen de forma sostenida un compromiso político de alto nivel, vigilancia y responsabilización, mediante días nacionales de inmunización de alta calidad se podría llegar rápidamente a todos los niños y la transmisión de la poliomielitis se podría interrumpir dentro de un plazo de 12 meses.

En segundo lugar, la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis debe comprobar la interrupción mundial de la transmisión del poliovirus salvaje. La certificación requiere que todos los países presenten documentación que demuestre la ausencia de circulación del poliovirus salvaje durante al menos tres años en presencia de una vigilancia de alta calidad, así como el «confinamiento» de todas las reservas de poliovirus salvaje. Para el confinamiento se requiere que, dentro de un plazo de un año a partir de la interrupción de la transmisión de poliovirus salvaje a nivel mundial, los países hayan identificado todas las reservas de poliovirus salvaje y asegurado su almacenamiento y manejo en condiciones de bioseguridad apropiadas (véase la figura 4.3).

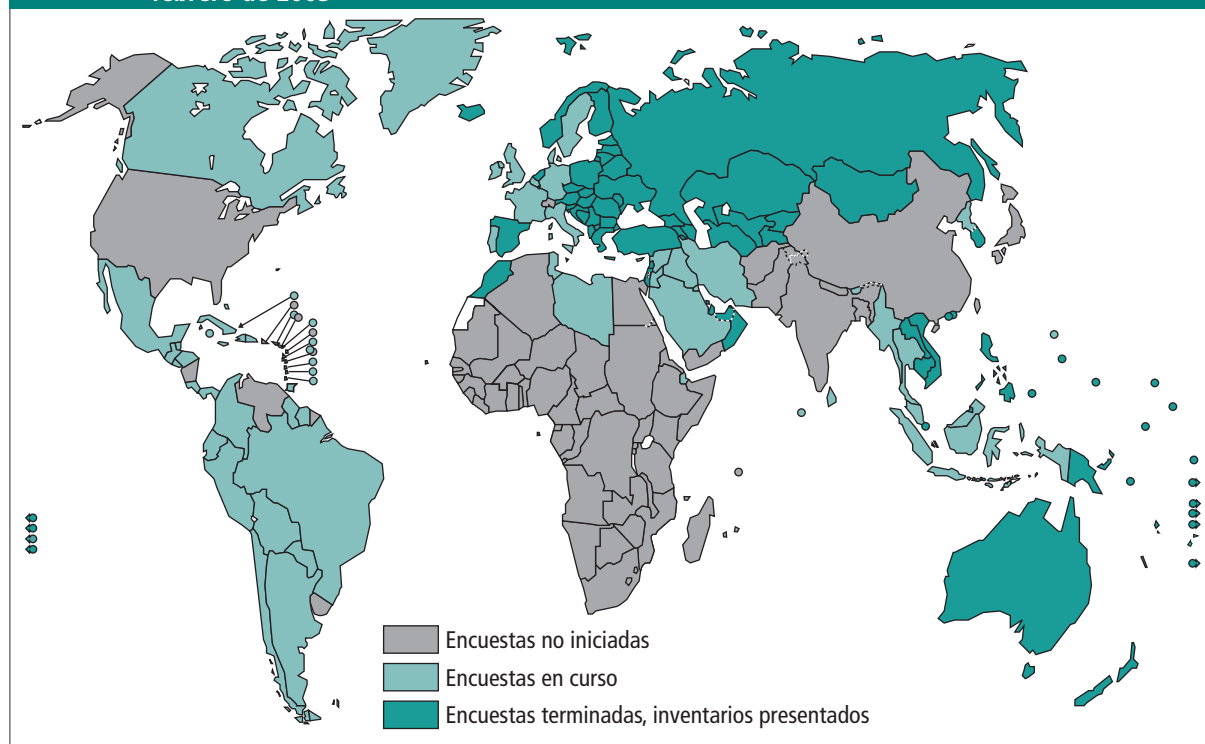
En tercer lugar, será necesario establecer y acordar internacionalmente políticas apropiadas para después de la certificación. Éstas deben tener por objeto tanto reducir al mínimo el riesgo de reintroducción de poliovirus salvajes como asegurar la capacidad mundial necesaria para hacer frente a una reintroducción eventual. Por consiguiente, se necesitarán políticas en las cuatro esferas siguientes: detección y notificación de casos de poliomielitis, bioconfinamiento a largo plazo de todas las cepas de poliovirus (o sea, cepas salvajes y vacunales), reservas de vacuna antipoliomielítica, e inmunización sistemática (11). La elaboración de estas políticas será aún más compleja que en el caso de la viruela, por varias razones. Por ejemplo, el riesgo escaso de que poliovirus vacunales recuperen la capacidad de causar brotes está ahora bien documentado. Además, los riesgos del terrorismo internacional han afectado sustancialmente a la voluntad de algunas instancias normativas de prever la interrupción de la vacunación antipoliomielítica sistemática en un futuro próximo, independientemente de sus beneficios económicos. Debido a la complejidad de estas cuestiones, las investigaciones en curso en esta área se complementarán mediante consultas amplias con gobiernos e interesados directos a través de la Asamblea Mundial de la Salud y otros foros a partir de 2004 (11).

Extensión masiva de los servicios de salud

El mayor logro de la iniciativa de erradicación de la poliomielitis hasta la fecha ha consistido en generar la capacidad de llegar prácticamente a toda población del mundo con un servicio básico de salud, independientemente de la geografía, la religión, la existencia de conflictos o incluso la solidez del sistema de salud. La experiencia que conlleva el haber conseguido semejante extensión masiva para poder aplicar plenamente las estrategias de erradicación es ahora uno de los logros más valiosos del programa. Quizás la crítica más frecuente, pero injusta, del esfuerzo de erradicación de la viruela sea que dejó poca infraestructura para combatir otras enfermedades. En realidad, el legado final de la iniciativa de erradicación de la poliomielitis dependerá en gran parte de la medida en que la experiencia y las enseñanzas extraídas se aprovechen para aumentar la escala de la prestación de otros servicios de salud.

Aunque el compromiso político, la gestión de alianzas y la financiación sean componentes esenciales para la extensión masiva, por sí solos no han resultado suficientes en áreas donde los sistemas de salud eran particularmente débiles. En éstas, ese aumento sólo se pudo lograr después de haber abordado otras deficiencias básicas del sistema de salud. A nivel central, los órganos consultivos técnicos mixtos nacionales e internacionales establecidos a nivel regional o nacional ayudaron a fortalecer y respaldar las funciones de formulación de políticas. La considerable asistencia técnica internacional ayudó luego a aumentar la capacidad nacional para traducir esas políticas en directrices y procedimientos locales, ayudando al mismo tiempo a las burocracias nacionales a llevarlas a la práctica. A nivel subnacional, se capacitó o se contrató a personal nacional para que desempeñara esas funciones. En general, se adoptó un enfoque muy pragmático para determinar una remuneración apropiada por el trabajo realizado. Se hizo gran hincapié en establecer una capacidad nacional para vigilar y evaluar la

Figura 4.3 Plan de acción mundial para el confinamiento de poliovirus salvajes en laboratorio, febrero de 2003



aplicación eficaz de la estrategia en cada nivel, utilizando indicadores de desempeño normalizados y fiables para cada aspecto del programa, desde la recogida de muestras de heces de los casos presuntos hasta el costo por niño inmunizado.

A nivel de la prestación de servicios, los principales retos se relacionaban con la creación y la satisfacción subsiguiente de la demanda de inmunización con vacuna antipoliomielítica oral. Generar esa demanda sólo planteaba problemas en las zonas urbanas, ya que en las rurales la mera disponibilidad del servicio a menudo bastaba para crear la demanda necesaria; probablemente sucedería lo mismo con otras necesidades apremiantes, como el tratamiento de la infección por el VIH. En consecuencia, la movilización social era el principal reto de la prestación de servicios en el entorno urbano, mientras que la logística resultaba mucho más importante en las zonas rurales. Para movilizar a las comunidades urbanas se recurría mucho a la radio y la televisión, por las que portavoces apropiados enviaban mensajes previamente puestos a prueba con esmero. En el ámbito rural, la identificación y la participación sistemática de los líderes tradicionales y comunitarios era fundamental para la necesaria comunicación de una persona a otra. Las exigencias logísticas de la distribución concreta de vacuna antipoliomielítica oral en las zonas urbanas se podían satisfacer con frecuencia a través de los servicios de salud oficiales con ayuda de personal paramédico o de estudiantes. En el entorno rural, las deficiencias de los servicios de salud oficiales obligaban a recurrir a voluntarios de la comunidad para cada elemento del programa, desde la recogida de las vacunas de los depósitos hasta la vacunación, el registro y la notificación.

Aunque se reconoce ampliamente la importancia de todos estos elementos, el punto fuerte de la iniciativa de erradicación ha sido su capacidad para ocuparse suficientemente de estos asuntos a nivel internacional, nacional y periférico al mismo tiempo. Sin embargo, esto se pudo conseguir solamente gracias al número considerable de técnicos y personal de apoyo desplegado en las áreas donde los sistemas de salud oficiales eran más débiles, número que llegó a ser de casi 3000 por año en 2001, el 80% del cual se concentró en sólo 15 países.

Muchas de las nuevas iniciativas internacionales de control de enfermedades, como las que apuntan a otras enfermedades prevenibles por vacunación, el SIDA, la tuberculosis y el paludismo, deben realizar intervenciones más complejas que la administración de vacuna antipoliomielítica oral. No obstante, las enseñanzas extraídas de las actividades de erradicación de la poliomielitis que subsanaban deficiencias del sistema de salud también son aplicables a la extensión masiva de la prestación de otros servicios de salud. Por ejemplo, el éxito de estas iniciativas nuevas también requerirá una participación activa masiva de las comunidades para compensar la escasez o la distribución desigual de trabajadores de salud capacitados. Optimizar la participación de voluntarios – ya sea para entregar mosquiteros, impartir educación sobre el VIH o distribuir medicamentos y velar por la observancia del tratamiento – también requerirá cadenas de suministro que permitan facilitar a cada comunidad los medios necesarios de manera predecible, aunque sea intermitente.

A fin de aprovechar al máximo los beneficios potenciales de la infraestructura, la experiencia y las enseñanzas de las actividades de erradicación de la poliomielitis será necesario fortalecer los vínculos con los programas más nuevos para multiplicar el acceso a estas intervenciones de salud importantes. La OMS está firmemente decidida a fortalecer esos vínculos y a comportarse con esas intervenciones nuevas con tanta determinación como Cuba cuando extendió rápidamente el alcance de la vacunación antipoliomielítica oral en beneficio de todos, en todo lugar.

Los progresos realizados para erradicar esta enfermedad debilitante demuestran claramente que los gobiernos nacionales, con el apoyo de alianzas internacionales fuertes, pueden conseguir y aprovechar el liderazgo político, la financiación y los recursos humanos necesarios

para hacer llegar las intervenciones de salud a todas las poblaciones. Sin embargo, todavía no está garantizado el éxito definitivo del esfuerzo de erradicación de la poliomielitis; los líderes de un número muy pequeño de zonas endémicas deben ahora velar por que se inmunice a todos sus hijos, y los líderes de los países ricos deben cumplir sus promesas verbales de cubrir el déficit persistente de financiación para que se puedan realizar esas actividades. Al afrontar estos retos, el mundo creará un bien público mundial de salud que ofrece posibilidades de beneficiar para siempre a todos los niños.

Este capítulo es la crónica de la guerra larga y difícil librada contra una de las enfermedades más viejas del mundo. El capítulo 5 es la historia del encuentro breve pero mortal con una de las amenazas más nuevas del mundo, el SRAS, del logro de una victoria decisiva y de las enseñanzas extraídas para el futuro.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Progress towards global eradication of poliomyelitis, 2002. *Weekly Epidemiological Record – Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2003, 78:138–144.
2. *Informe del Secretario General. Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 2001 (documento A/56/326 de la Asamblea General de las Naciones Unidas).
3. *Erradicación mundial de la poliomielitis para el año 2000*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1988 (resolución WHA41.28 de la Asamblea Mundial de la Salud).
4. de Quadros CA et al. Eradication of poliomyelitis: progress in the Americas. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 1991, 10:222–229.
5. *Yaoundé Declaration on Polio Eradication in Africa*. Yaundé, Camerún, Organización de la Unidad Africana, 1996 (resolución AHG/Decl.1 (XXXII) de la Asamblea de Jefes de Estado y de Gobierno).
6. *Plan de Acción del G8*. Ottawa, Gobierno de Canadá, 2002 (<http://www.g8.gc.ca/2002Kananaskis/afraction-en.asp>, visitado el 18 de agosto de 2003).
7. Bush K. Poliomielitis, guerra y paz. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de artículos N° 3, 2000, 58–59.
8. Aylward RB et al. Producing a global public good: polio eradication. In: Smith R et al., eds. *Global public goods for health*. Oxford, Oxford University Press, 2003:33–53.
9. Ching P et al. The impact of vitamin A supplements delivered with immunization campaigns. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1526–1529.
10. Nsubuga P et al. Polio eradication initiative in Africa: influence on other infectious disease surveillance development. *BMC Public Health*, 2002, 2:27.
11. *Report of the eighth meeting of the Technical Consultative Group (TCG) on the Global Eradication of Poliomyelitis, Geneva, 24–25 April 2003*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (documento WHO/V&B/03.13; <http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF03/www754.pdf>, visitado el 7 de octubre de 2003).



Capítulo 5

SRAS: enseñanzas de una nueva enfermedad

Durante los dos últimos decenios han aparecido enfermedades nuevas a un ritmo sin precedentes de una por año, y esta tendencia seguramente proseguirá. La llegada repentina y mortal del SRAS al ámbito de la salud mundial a comienzos de 2003 quizás haya sido en algunos aspectos la más dramática. Su contención rápida es uno de los mayores logros de la salud pública de los últimos años. Pero es oportuno preguntar en qué medida se debió ello a la buena suerte, aunada a la ciencia. ¿Cuánto nos hemos aproximado a un desastre sanitario internacional? ¿Qué fue lo que inclinó el fiel de la balanza? La respuesta internacional al SRAS servirá de modelo para las futuras estrategias de lucha contra epidemias infecciosas.

5

SRAS:

enseñanzas de una nueva enfermedad

Las batallas cotidianas para controlar el brote de síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) dieron lugar a una gran victoria que ha sido fruto de la colaboración en pro de la salud pública. Las principales lecciones resultantes serán inestimables para determinar el futuro de la lucha contra las enfermedades infecciosas y estar preparados para cuando llegue, sin previo aviso, la próxima enfermedad nueva. Lo primero y lo más imperioso es que se notifiquen con prontitud y abiertamente los casos de cualquier enfermedad que pueda propagarse a escala internacional en un mundo estrechamente interconectado cuya movilidad es extraordinaria. Segundo, mediante alertas mundiales oportunas es posible prevenir grandes brotes generados por casos importados en lugares nuevos. Tercero, las recomendaciones sobre viajes y las medidas de cribado en los aeropuertos ayudan a contener la propagación internacional de una infección emergente. Cuarto, los mejores científicos, clínicos y expertos en salud pública del mundo, con ayuda de los medios de comunicación electrónica, pueden colaborar para establecer rápidamente las bases científicas de las medidas de control. Quinto, las deficiencias de los sistemas de salud desempeñan una función decisiva porque permiten que las infecciones emergentes se propaguen. Sexto, es posible contener un brote incluso sin medicamentos curativos ni vacunas si las intervenciones se adaptan a las circunstancias y están apoyadas por un compromiso político. Por último, la comunicación sobre los riesgos de las infecciones nuevas y emergentes constituye un gran reto, y es vital que se vele por que se transmita eficaz e inequívocamente al público información exacta y precisa. La OMS está aplicando estas enseñanzas en toda la Organización mientras aumenta la escala de su respuesta a la emergencia del VIH/SIDA.

Los primeros casos

El 12 de marzo de 2003 la OMS lanzó una alerta mundial sobre la aparición de una enfermedad respiratoria grave de causa desconocida que se estaba propagando rápidamente entre el personal de hospitales de la Región Administrativa Especial de Hong Kong (China) y Viet Nam. Dos días después, cuando hospitales de Singapur y Toronto (Canadá) notificaron casos de pacientes con signos y síntomas semejantes, ya era evidente que la enfermedad se estaba extendiendo a escala internacional por las principales rutas de navegación aérea. El 15 de marzo se confirmaron vívidamente las posibilidades de que los vuelos internacionales siguieran esparciéndola. Una llamada de las autoridades sanitarias de Singapur despertó muy temprano esa mañana al responsable en la OMS de las actividades de alerta y respuesta ante brotes epidémicos. Un médico que había tratado a los primeros enfermos de neumonía atípica comunicó que poco antes de tomar un vuelo de Nueva York a Singapur padecía síntomas

semejantes. Se pidió a la OMS que interviniera y ésta advirtió a la compañía aérea y a las autoridades sanitarias de Alemania, donde haría escala el vuelo. El médico y su esposa desembarcaron en Frankfurt, fueron inmediatamente hospitalizados en condiciones de aislamiento y pasaron a ser los dos primeros casos aparecidos en Europa. Como consecuencia, la OMS lanzó ese mismo día una segunda alerta, más firme. Estableció definiciones de casos, formuló recomendaciones destinadas a los viajeros internacionales que tuvieran síntomas similares y llamó a esta nueva enfermedad «síndrome respiratorio agudo severo» (SRAS). El brote epidémico mundial de SRAS pasó a ser motivo de gran preocupación a nivel internacional y siguió siéndolo durante al menos cuatro meses.

Orígenes y propagación internacional

El SRAS es una infección humana recientemente identificada causada por un coronavirus diferente de los demás virus conocidos de su familia, afecten éstos a seres humanos o animales. Aunque todavía se está analizando la información epidemiológica procedente de los diversos sitios donde hubo brotes, conocida ya la evolución de la mayor parte de los casos se puede afirmar que la razón de letalidad general se acerca a un 11% pero es mucho mayor entre las personas de edad. Se transmite principalmente de una persona a otra por exposición cara a cara a gotículas de secreciones respiratorias infectadas expulsadas durante la tos o el estornudo, o por contacto con líquidos corporales durante ciertas intervenciones médicas. Se piensa que la contaminación del ambiente resultante de la eliminación del virus por las heces desempeña una función menos frecuente en la transmisión de la enfermedad, como en la infección casi simultánea a finales de marzo de más de 300 residentes de un edificio de viviendas de Hong Kong donde se encontró una falla en el sistema de evacuación de aguas residuales. Por el momento no hay ninguna vacuna, ningún tratamiento curativo y ninguna prueba de diagnóstico fidedigna aplicable en el lugar de atención, aunque se han desarrollado pruebas de anticuerpos que permiten confirmar una infección anterior de manera fiable utilizando suero de pacientes agudos o convalecientes. El tratamiento del SRAS es de apoyo y las estrategias de control consisten en las intervenciones epidemiológicas corrientes, a saber: la identificación de quienes se ajustan a la definición de casos, el aislamiento, el control de la infección, la localización de los contactos, la vigilancia activa de los contactos y recomendaciones científicamente fundamentadas dirigidas a los viajeros internacionales. Aunque exigentes y socialmente desestabilizadoras, en particular cuando se puso en cuarentena a un gran número de personas, estas intervenciones, respaldadas por un compromiso político de alto nivel, demostraron ser suficientemente eficaces para contener el brote mundial menos de cuatro meses después de que se lanzara la primera alerta.

Se cree que los primeros casos de SRAS aparecieron a mediados de noviembre de 2002 en la provincia de Guangdong, en el sur de China. El análisis retrospectivo, hasta la fecha incompleto, de los registros de los pacientes ha permitido identificar pequeños racimos de casos, cada uno con un caso inicial diferente, aparecidos independientemente en al menos siete municipios. El primer caso se registró el 16 de noviembre de 2002 en la ciudad de Foshan y el número más grande de casos se concentró en la ciudad de Guangzhou. El análisis no ha llevado a encontrar conexión alguna entre los diversos casos iniciales de los racimos. También hubo algunos casos sin antecedentes conocidos de exposición (1, 2). En estudios colaborativos tempranos realizados en Guangdong se ha detectado en animales de caza domesticados, como la civeta de palmera enmascarada y el perro mapache, que se venden vivos en los mercados de Guangdong, un virus casi idéntico al coronavirus causante del SRAS, y ello sugiere que esos animales quizá desempeñen una función en la transmisión del virus a los seres humanos.

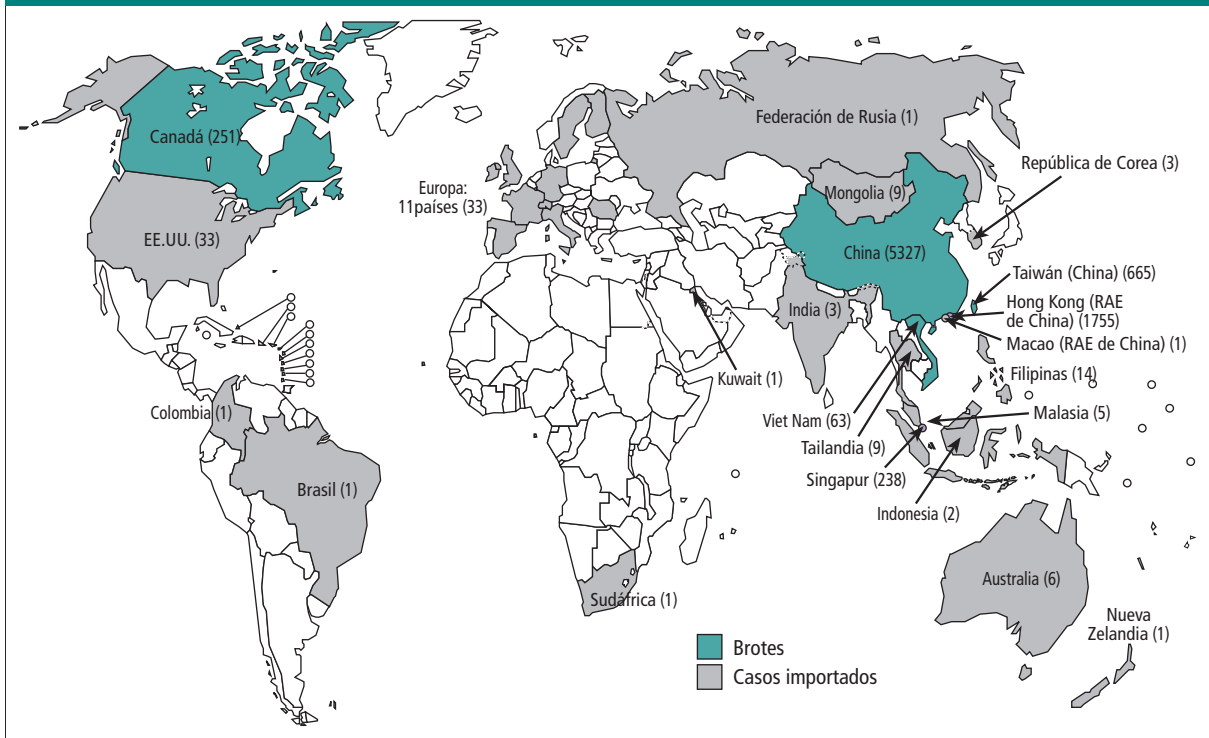
La fase inicial del brote epidémico ocurrido en Guangdong se caracterizó por la aparición de pequeños racimos independientes y casos esporádicos. Le siguió durante la primera semana de febrero de 2003 un aumento brusco de los casos que se consideró resultante de una ampliación durante la atención prestada en los hospitales. El número de casos disminuyó después gradualmente. En el brote de Guangdong hubo en total unos 1512 casos clínicamente confirmados, entre los cuales los trabajadores de salud de hospitales de zonas urbanas representaron hasta un 27% (1–3). Estas características (aparición en zonas urbanas, concentración de la mayor parte de los casos en hospitales y multiplicación durante la atención) se repitieron cuando la enfermedad empezó a propagarse fuera de la provincia de Guangdong y se extendió a otras áreas de China y luego a escala internacional.

El primer caso de SRAS fuera de China se registró el 21 de febrero de 2003, cuando un médico que había tratado a pacientes en la ciudad de Guangzhou y padecía síntomas respiratorios pasó una sola noche en un hotel de Hong Kong. Mediante un presunto contacto, cuyo mecanismo no se conoce del todo, transmitió el SRAS por lo menos a otros 16 huéspedes y visitantes, todos ellos vinculados al mismo piso del hotel. Éstos llevaron consigo el virus cuando ingresaron en hospitales locales o viajaron a Singapur, Toronto y Viet Nam. Así comenzó un brote internacional que con el tiempo llegó a 30 países. En la figura 5.1 se muestra un mapa con la distribución de los 8422 casos y 916 defunciones registrados al 7 de agosto de 2003.

Detección y respuesta

El 15 de marzo de 2003, cuando se emitió la segunda alerta, todavía no se había identificado la causa del SRAS. Los casos se concentraban entre los trabajadores de hospitales y no respondían a los medicamentos de reconocida eficacia contra diferentes infecciones pulmonares. Muchos pacientes progresaban rápidamente hacia una neumonía grave. La situación era alar-

Figura 5.1 Casos probables de SRAS en el mundo al 7 de agosto de 2003



mante: ningún paciente se recuperaba, ni siquiera los trabajadores de salud jóvenes anteriormente sanos. Muchos de los pacientes se hallaban en un estado crítico, varios necesitaban ventilación mecánica, y dos habían muerto. La propagación a grandes ciudades del mundo significaba que cualquier ciudad que tuviera un aeropuerto internacional corría un riesgo potencial de importar casos. Desde el principio, el objetivo de la OMS era claro: detener el avance de la propagación internacional e interrumpir la transmisión de una persona a otra mediante un esfuerzo mundial de contención para reducir así al mínimo las posibilidades de endemización (véase el recuadro 5.1).

La respuesta mundial al SRAS consistió en realidad en el despliegue de una manera de detectar brotes y responder a éstos que la OMS y sus asociados habían desarrollado en el transcurso de los siete años precedentes, en parte como resultado de las deficiencias graves que se pusieron de manifiesto con el brote de fiebre de Ébola en la República Democrática del Congo en 1995 y brotes anteriores de peste en la India y cólera en América Latina. La respuesta al SRAS fue resultado de la colaboración entre los expertos en salud pública y laboratorio más destacados del mundo y en ella se recurrió a las modalidades de comunicación más modernas, como Internet, videoconferencias y teleconferencias.

Dos interlocutores muy importantes de la Red Mundial OMS de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN), una red electrónicamente interconectada de expertos e institutos establecida oficialmente a principios de 2000, contribuyeron a la detección del brote de SRAS. Uno de ellos es la «Global Public Health Intelligence Network» (GPHIN), una red canadiense de información sobre salud pública mundial que se sirve de una aplicación informática, utilizada por la OMS desde 1997, para explorar la web buscando sistemáticamente palabras clave en siete idiomas diferentes a fin de encontrar informes sobre lo que podrían ser brotes epidémicos. Durante todo el brote, la GPHIN suministró datos básicos que contri-

Recuadro 5.1 La respuesta al SRAS en la Región del Pacífico Occidental

El 95% de los casos de SRAS se registraron en la Región del Pacífico Occidental. En la Oficina Regional se estableció inmediatamente un equipo de respuesta y preparación ante el brote de SRAS, con la participación de expertos internacionales. Los objetivos principales eran los siguientes:

- contener y controlar los brotes;
- respaldar la infraestructura de atención sanitaria en los países afectados;
- facilitar orientación y asistencia a fin de que los países vulnerables pudieran prepararse para la posible llegada del virus;
- suministrar la información más actualizada a los funcionarios de salud y responder a las preocupaciones del público.

Se enviaron inmediatamente a China, incluida la Región Administrativa Especial de Hong Kong, así como a Filipinas, Singapur, Viet Nam y todo el Pacífico Sur, equipos de epidemiólogos y expertos en control de infecciones que capacitaron a los trabajadores de salud en materia de lucha contra las infecciones y los prepararon para la posible llegada de la enfermedad. Se elaboraron directrices prácticas y material didáctico sobre preparación y lucha contra las infecciones, y a comienzos de abril apareció la primera versión de las directrices sobre preparación. Con financiación de una donación de US\$ 3 millones del Gobierno del Japón, se enviaron a los países afectados y no afectados apoyo logístico y suministros (equipo destinado a la protección del personal, incluidas máscaras, material para recoger muestras de sangre y secreciones respiratorias, y contenedores internacionalmente aprobados para el envío de muestras).

Se clasificó a los países atendiendo a tres niveles de riesgo y tres niveles de capacidad para responder a los casos de SRAS a fin de que la OMS priorizara en consecuencia su apoyo a los países. La OMS colaboró estrechamente con éstos velando por que se fortaleciera la vigilancia para posibilitar la detección precoz de casos y la localización de los contactos. Se formularon directrices sobre vigilancia intensiva, control de las infecciones en hospitales y comunidades, viajes internacionales, procedimientos de laboratorio y sensibilización del público. Para concientizar a éste se estableció un contacto estrecho con puntos focales en los medios de difusión nacionales y se actualizó regularmente el sitio web de la Oficina Regional para el Pacífico Occidental.

Se estableció una red de laboratorios regionales a fin de que se pudieran efectuar las pruebas necesarias de detección del SRAS para los países con capacidad de laboratorio limitada. Se identificaron laboratorios nacionales y regionales de referencia y se tomaron disposiciones para el envío de especímenes entre laboratorios.

Los Estados Miembros contribuyeron a los esfuerzos de la OMS. Viet Nam fue el primero en interrumpir la transmisión local del virus. Otros países introdujeron una amplia variedad de medidas, entre ellas el aislamiento, la cuarentena domiciliar y la localización exhaustiva de los contactos. La disponibilidad de los gobiernos de los países de la Región del Pacífico Occidental para dar a las consideraciones de salud pública más prioridad que a las preocupaciones económicas frente al impacto del SRAS fue decisivo para el éxito del esfuerzo de colaboración.

buyeron a que la OMS tuviera información actualizada y de alta calidad sobre los indicios de propagación de la enfermedad a lugares nuevos. El segundo asociado es la red OMS de laboratorios de vigilancia de la gripe, integrada por 110 laboratorios de 84 países, que mantiene al mundo en general y a los fabricantes de vacunas en particular constantemente informados sobre las cepas de virus de la gripe que se hallan en circulación para que cada año pueda producirse una vacuna eficaz contra la gripe.

El 10 de febrero de 2003, la GPHIN y otros homólogos de la GOARN identificaron noticias de un brote asociado a mortalidad de trabajadores de salud y cierre de hospitales en Guangdong. Al día siguiente, el Gobierno de China notificó oficialmente a la OMS un brote de enfermedad respiratoria iniciado a mediados de noviembre que había dado lugar a 300 casos y cinco defunciones en la provincia de Guangdong. Poco más de una semana después, el 19 de febrero, el laboratorio colaborador de Hong Kong notificó un brote de gripe aviar a la red OMS de laboratorios de vigilancia de la gripe. La primera noticia de este brote fue la de un hombre de 33 años de edad fallecido por causas desconocidas después de haber regresado de un viaje de familia a la provincia de Fujian (China). Su hija de ocho años de edad había muerto de una enfermedad semejante en la provincia de Fujian y su hijo de nueve años de edad fue hospitalizado en Hong Kong con los mismos síntomas. De este hijo se aisló el virus de la gripe aviar, y luego se informó al respecto a la red de laboratorios de vigilancia de la gripe. Ese mismo virus se había identificado en Hong Kong en 1997. Las medidas de control vigentes en ese momento exigían el sacrificio y la incineración de todos los pollos en los numerosos mercados locales de animales vivos; nunca se estableció transmisión de una persona a otra.

Este nivel de alerta intensiva dio lugar a la identificación de un caso temprano de SRAS en Viet Nam el 28 de febrero de 2003. Mientras la GOARN recogía información sobre este brote en tiempo real, se envió a un equipo internacional de expertos a que colaboraran con las autoridades de Viet Nam para conocer más a fondo la enfermedad; el 12 de marzo la GOARN había acumulado la información inicial necesaria para lanzar la primera alerta mundial. Gracias al continuo intercambio inmediato de información entre gobiernos, expertos en salud pública, clínicos y científicos de laboratorio se pudieron adoptar progresivamente las decisiones científicamente fundamentadas que culminaron en la contención efectiva del SRAS.

En el marco de la GOARN, una red colaborativa virtual de 11 laboratorios muy importantes conectados mediante un sitio web seguro y teleconferencias cotidianas identificó el agente causal del SRAS y desarrolló las primeras pruebas de diagnóstico. A su vez, la red sirvió de modelo a grupos semejantes de especialistas clínicos y epidemiólogos conectados electrónicamente que mancomunaron los conocimientos clínicos y compilaron los datos epidemiológicos necesarios para seguir la evolución del brote y evaluar la eficacia de las intervenciones de control.

La OMS publicó en su sitio web actualizaciones diarias sobre los brotes para mantener informado al público en general, especialmente a los viajeros, y en la medida de lo posible contrarrestar los rumores con información fidedigna. Igualmente importante, el sitio web se utilizó para dar a conocer una variedad de directrices técnicas y prácticas científicamente fundamentadas sobre el control mientras los conocimientos y la información sobre la enfermedad progresaban y pasaban a estar disponibles a través de los grupos virtuales de expertos.

Como se acumulaban cada vez más pruebas merced a la colaboración en tiempo real entre los expertos en salud pública, llegó a ser posible adoptar una variedad de medidas adicionales de control científicamente fundamentadas. Por ejemplo, era evidente que personas con SRAS seguían tomando vuelos internacionales después del 15 de marzo y que algunas de ellas habían infectado a pasajeros vecinos. Al mismo tiempo, era igualmente evidente que contactos de pacientes con SRAS también seguían viajando y enfermaban cuando llegaban a destino.

Por consiguiente, se recomendó que en los países donde hubiera brotes graves, antes de viajar, los pasajeros se sometieran a un tamizaje para cerciorarse de que no tenían fiebre ni otro tipo de signos de SRAS ni contactos conocidos con pacientes de SRAS.

Entretanto, el brote no cejaba en Hong Kong; el rastreo de contactos reveló que había transmisión del SRAS fuera del ámbito limitado de la atención sanitaria e indujo luego a pensar que ocurría después de la exposición a algún factor presente en el medio ambiente, lo cual significaba que había más posibilidades de exposición de la población en general. Por consiguiente, se formularon nuevas orientaciones científicamente fundamentadas para los lugares en los cuales la localización de contactos no permitiera conectar todos los casos a una cadena de transmisión, en el entendimiento de que, si la enfermedad se estaba propagando en la comunidad más amplia, aumentarían enormemente los riesgos para los viajeros y las probabilidades de que se exportaran casos a otros países. En esas orientaciones se recomendaba a los viajeros internacionales que, para reducir al mínimo el riesgo de contraer la infección, aplazaran todo viaje no esencial a las áreas designadas. Dichas orientaciones habían pasado a ser necesarias debido a la confusión generada por la existencia de diversas recomendaciones nacionales, muchas de las cuales se basaban en criterios diferentes de los epidemiológicos.

Las autoridades de las áreas donde había brotes respondieron al SRAS con campañas masivas de educación pública y alentaron a la población a que se controlara diariamente la fiebre. Había líneas telefónicas de asistencia urgente y sitios web por cuyo intermedio se respondía a las preguntas. Se adoptaron medidas de cribado en los aeropuertos internacionales y las fronteras, y se reforzaron los procedimientos de control de las infecciones en los hospitales. En Singapur se recurrió a las fuerzas armadas para la localización de los contactos, mientras que en Hong Kong se adaptó un sistema de búsqueda que se había desarrollado para utilizar en investigaciones criminales, y se trazaron mapas electrónicos con indicación de los lugares de residencia de todos los casos. Las autoridades chinas abrieron en todo el país cientos de consultorios para atender a los casos de fiebre y seleccionar a los presuntos casos de SRAS. Los jefes de Estado y ministros de salud de los países de la Asociación de Naciones del Asia Sudoriental (ASEAN) y la Cooperación Económica Asia-Pacífico (CEAP) se reunieron y resolvieron establecer mecanismos de colaboración más estrechos para la vigilancia de las enfermedades y la respuesta a éstas. El personal sanitario trabajó con dedicación y muchos de sus miembros perdieron la vida, entre ellos el Dr. Carlo Urbani, funcionario de la OMS.

El 5 de julio de 2003 la OMS anunció que en Taiwán (China), donde el último caso probable conocido de SRAS había sido aislado 20 días antes, se habían interrumpido las cadenas de transmisión de una persona a otra. Sin embargo, no puede descartarse una posible reaparición del SRAS. Se necesitan investigaciones adicionales sobre muchas cuestiones no resueltas. Entretanto, ya se han establecido sistemas para detectar una eventual reaparición (4).

Repercusiones del SRAS

El impacto económico del brote de SRAS ha sido considerable y muestra la importancia que puede tener una nueva enfermedad grave en un mundo estrechamente interdependiente y sumamente móvil. Además de los costos directos de la atención médica y de las intervenciones de control intensivas, el SRAS ocasionó perturbaciones sociales generalizadas y pérdidas económicas. Se cerraron escuelas, hospitales y algunas fronteras, y se puso a miles de personas en cuarentena. El número de viajes internacionales a las zonas afectadas disminuyó bruscamente un 50%–70%. La ocupación de los hoteles se redujo más del 60%. Quebraron empresas, en particular en sectores relacionados con el turismo, mientras que grandes plantas de producción se vieron obligadas a suspender sus actividades cuando aparecieron casos entre los trabajadores.

Otras repercusiones han sido más positivas. El SRAS espoleó una respuesta de urgencia de tal magnitud y despertó tanta atención en los medios de difusión que muy probablemente hayan cambiado en consecuencia la apreciación del público y de las instancias políticas acerca de los riesgos asociados a las enfermedades emergentes y epidemiógenas. Además, destacó la gran importancia de la salud porque puso de manifiesto que un problema de salud puede tener efectos adversos muy graves en la economía y la estabilidad social. El alto grado de compromiso político resultante fue decisivo para contener el SRAS y es muy revelador de la capacidad de los países para obtener resultados de salud pública aun cuando no se disponga de medicamentos para curar una infección ni de vacunas para prevenirla.

Enseñanzas aprendidas

Aunque queda mucho por aprender sobre el SRAS, incluso sobre las posibilidades de que reaparezca, y se requieren un análisis sistemático de los datos existentes y actividades de investigación en China, ya se pueden extraer varias enseñanzas importantes. La OMS las está aplicando en toda la Organización en su respuesta a la situación de emergencia generada por el VIH/SIDA.

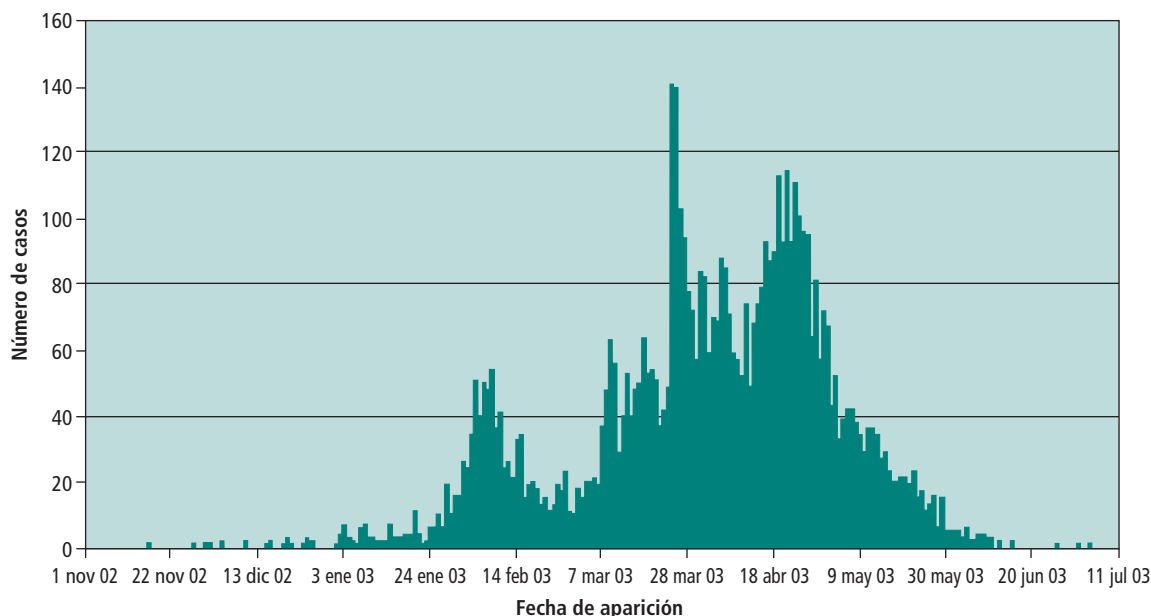
La primera lección, la de aplicación más imperiosa, es que se deben notificar con prontitud y abiertamente los casos de toda enfermedad que pudiera propagarse a nivel internacional. Los intentos de ocultar los casos de una enfermedad infecciosa por temor a las consecuencias sociales y económicas se deben reconocer como una medida provisional de corto plazo que tiene un precio muy alto porque puede llevar aparejados sufrimientos humanos intensos y defunciones, pérdida de credibilidad ante la comunidad internacional, una escalada de consecuencias económicas negativas para un país, menoscabo de la salud y la economía de los países vecinos y un riesgo muy concreto de que los brotes ocurridos dentro del territorio de un país se propaguen rápidamente y escapen a todo control. Después de que la Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2003, adoptó una resolución sobre el Reglamento Sanitario Internacional, se ha reafirmado el cometido de la OMS de liderar y coordinar con firmeza la lucha contra toda enfermedad infecciosa que amenace la salud pública internacional (5). En una segunda resolución, específica sobre el SRAS, se insta a todos los países a que notifiquen los casos con prontitud y transparencia y suministren la información solicitada por la OMS que podría ayudar a prevenir la propagación internacional. Se reconoció explícitamente que el fortalecimiento generalizado de los sistemas de alerta y respuesta ante brotes epidémicos era la única manera racional de defender la seguridad de la salud pública no sólo frente al SRAS, sino también frente a cualquier amenaza infecciosa futura, incluidas las que pudieran estar causadas deliberadamente (6).

La segunda lección está estrechamente relacionada con la primera: las alertas mundiales oportunas, especialmente si reciben un apoyo amplio de una prensa responsable, amplificadas merced a las comunicaciones electrónicas, son eficaces para elevar la conciencia y la vigilancia a niveles que permiten impedir que los casos importados de una infección emergente y transmisible den lugar a brotes significativos. Las alertas mundiales lanzadas por la OMS los días 12 y 15 de marzo trazaron una línea clara de demarcación entre las áreas con brotes graves de SRAS y aquellas sin ninguno o con sólo unos pocos casos secundarios. Después de las alertas frente al SRAS, en todas las zonas donde había casos importados, con la excepción de Taiwán (China), se previno toda transmisión ulterior o se mantuvo muy bajo el número de casos de transmisión local. En la figura 5.2 se grafica, por semanas, la aparición de 5910 casos. La toma de conciencia también ayuda a explicar la velocidad con la cual los países en desarrollo establecieron planes de preparación para sus servicios de salud y lanzaron campañas contra el SRAS, a menudo con apoyo de la OMS, a fin de protegerse de los casos importados.

La tercera lección es que las recomendaciones sobre viajes, incluidas las medidas de cribado en los aeropuertos, parecen contribuir efectivamente a contener la propagación internacional de una infección emergente. Según el análisis inicial de los datos sobre la transmisión del SRAS en aviones, cuatro vuelos se han asociado a la exposición de 27 casos probables, 22 de ellos en un mismo vuelo de Hong Kong a Beijing (China) el 15 de marzo. Algunos de esos casos quizá hayan estado expuestos también en otros sitios porque pertenecían a un mismo grupo de turistas. Después de la recomendación sobre medidas de cribado en aeropuertos dada a conocer el 27 de marzo, no se notificaron nuevos casos asociados a la exposición en vuelo; según datos iniciales, gracias a los procedimientos de cribado, en el aeropuerto de Hong Kong se identificaron dos casos probables de SRAS que fueron hospitalizados de inmediato. Con las recomendaciones sobre viajes basadas en datos epidemiológicos, las zonas donde había brotes también recibieron puntos de referencia para contener rápidamente el SRAS y recuperar la confianza mundial una vez eliminado el riesgo de transmisión. En realidad, las cifras notificadas por el aeropuerto internacional de Hong Kong muestran una recuperación rápida del número de pasajeros; de los 14 670 registrados justo antes de que se retiraran, el 23 de mayo, las recomendaciones sobre viajes, ese número pasó a 54 195 el 12 de julio, poco más de un mes después.

La cuarta lección del SRAS se refiere a la colaboración internacional; los científicos, clínicos y expertos en salud pública del mundo están dispuestos a dejar de lado la rivalidad académica y colaborar en bien de la salud pública cuando la situación así lo requiere. La colaboración internacional impulsó enormemente los conocimientos científicos sobre el SRAS. Al mes de haberse establecido la red de laboratorios, los científicos participantes anunciaron conjuntamente la identificación concluyente del virus del SRAS; poco después se anunció la secuenciación completa de su ARN. La red de expertos clínicos ofreció una plataforma para comparar las estrategias de atención de pacientes a fin de indicar al mundo los tratamientos y estrategias eficaces. Además, la red de epidemiología confirmó las modalidades de transmisión del SRAS, inició la colaboración a largo plazo necesaria para entender claramente el

Figura 5.2 Casos probables de SRAS en el mundo^a entre el 1 de noviembre de 2002 y el 11 de julio de 2003



^a Este gráfico no comprende 2527 casos probables de SRAS (2521 de Beijing, China) respecto de los cuales no se dispone de fechas de aparición.

espectro clínico de la enfermedad, incluida la razón de letalidad, y suministró al mismo tiempo la información necesaria para reevaluar y ajustar regularmente la definición de casos.

La quinta lección indica que las deficiencias de los sistemas de salud pueden permitir que las infecciones emergentes se amplifiquen y se propaguen y pueden comprometer así la atención de los pacientes. Por lo tanto, el fortalecimiento de los sistemas de salud merece alta prioridad. Las personas que corrieron mayores riesgos de contraer el SRAS fueron los trabajadores de salud, que se infectaron por contacto cercano cara a cara con pacientes o por procedimientos que los pusieron en contacto con secreciones respiratorias. Las mujeres predominan entre los rangos inferiores del personal de salud en muchos países; los datos disponibles revelan que entre los trabajadores de salud las mujeres tenían 2,7 veces más probabilidades de infectarse que los hombres, mientras que en la población en general la infección se repartía de forma aproximadamente igual entre los sexos. El aumento vertiginoso del número de pacientes con SRAS impuso una carga enorme a los servicios de salud, que necesitaban instalaciones para el aislamiento, prolongados periodos de atención intensiva y costosa, y la aplicación de medidas exigentes y socialmente desestabilizadoras, como el cribado masivo, la localización de contactos, la vigilancia activa de los contactos y, en algunos lugares con brotes, la cuarentena obligatoria. Aun en las áreas con servicios sociales sumamente desarrollados, la carga de la lucha contra el SRAS, incluso el gran número de pacientes hospitalizados y de trabajadores de salud infectados, obligó a cerrar hospitales y servicios de hospitales. Como resultado de los brotes de SRAS, muchos problemas de larga data aparentemente insolubles que venían debilitando los sistemas de salud se están corrigiendo de manera fundamental y a menudo permanente. Nuevos sistemas de vigilancia y notificación, métodos de gestión de datos, mecanismos para la investigación colaborativa, políticas aplicables a los hospitales, procedimientos de control de infecciones y canales para informar y educar al público forman parte del legado positivo inicial del SRAS que determinará la capacidad para responder a los futuros brotes de infecciones nuevas o reemergentes.

La sexta lección es que, a falta de un medicamento curativo y de una vacuna preventiva, las intervenciones existentes, adaptadas en función de los datos epidemiológicos y apoyadas por un compromiso político y por el interés del público, pueden ser eficaces para contener un brote. Las redes colaboradoras virtuales de laboratorio, clínicas y epidemiológicas suministraban regularmente información que la OMS y sus asociados utilizaban a fin de actualizar las orientaciones para la contención. Se formulaba orientación inicial para contener los brotes a nivel nacional y, a medida que se obtenían pruebas adicionales, también se facilitaba orientación para limitar la propagación internacional. En las áreas donde había brotes y en los países que se consideraban expuestos a recibir casos importados de esas áreas se adaptaron y aplicaron las orientaciones de la OMS. Algunos países introdujeron una vigilancia activa de los presuntos contactos mediante cámaras utilizadas con ese fin o personal militar. Otros recurrieron a la autovigilancia de los contactos, que se aislaban voluntariamente en sus hogares y se controlaban regularmente la temperatura. Las medidas introducidas en los aeropuertos comprendían desde el cribado pasivo de los pasajeros, previo rellenado optativo de cuestionarios, hasta la celebración de entrevistas con trabajadores de salud y la utilización de equipo infrarrojo complejo para someter a todos los pasajeros a un control de la temperatura y detectar indicios de una posible exposición. Los gobiernos consideraban que, además de optimizar las repercusiones de la vigilancia y del cribado, esas medidas tranquilizaban a los ciudadanos nacionales y a los viajeros internacionales.

La séptima lección destaca una de las principales dificultades afrontadas durante las actividades de contención del SRAS: la comunicación de riesgos sobre las enfermedades infecciosas nuevas y emergentes constituye un gran desafío. Se está trabajando en esa dirección teniendo al mismo tiempo presente el riesgo de que se utilice un agente biológico en un acto de terrorismo.

El SRAS no será la última enfermedad nueva que aproveche las condiciones del mundo moderno. En los dos últimos decenios del siglo XX aparecieron enfermedades nuevas a razón de una por año, y esta tendencia seguramente proseguirá (7). No todas esas infecciones emergentes se transmitirán con facilidad de una persona a otra como el SRAS. Algunas aparecerán, serán causa de morbilidad en el ser humano, luego desaparecerán y quizás reaparezcan en algún momento. Otras surgirán, causarán enfermedades humanas, se transmitirán a unas pocas generaciones, se atenuarán y desaparecerán. Pero otras surgirán, pasarán a ser endémicas y permanecerán con nosotros, como elementos importantes de la ecología de las enfermedades infecciosas del ser humano.

La contención rápida del SRAS es un éxito de la salud pública, pero también una advertencia. Es una demostración del poder que tiene la colaboración internacional cuando está respaldada por las instancias políticas más altas. También es una prueba de la eficacia de la GOARN para detectar las infecciones emergentes de importancia para la salud pública internacional y responder a ellas. Al mismo tiempo, la buena suerte contribuyó a la contención del SRAS. Las zonas más gravemente afectadas por el brote tenían sistemas de salud bien desarrollados. Si el SRAS hubiera cobrado fuerza en países donde los sistemas de salud están menos desarrollados, quizás seguiría habiendo casos y la contención mundial sería mucho más difícil, o imposible.

Aunque las medidas de control resultaron eficaces, causaron grandes trastornos y consumieron una enormidad de recursos, y esto quizá no hubiera sido sostenible con el transcurso del tiempo. Si el SRAS vuelve a aparecer durante una temporada de gripe, los sistemas de salud de todo el mundo quedarán sometidos a una presión extrema mientras tratan de aislar a todos aquellos a quienes se aplica la definición de caso clínico hasta que pueda evaluarse el diagnóstico. La vigilancia continua es vital.

En este capítulo se ha puesto de manifiesto que una enfermedad nueva puede amenazar con rapidez la salud mundial. Afortunadamente, no todas las enfermedades avanzan con tanta celeridad; algunas son más sigilosas y más mortíferas. El capítulo 6 se refiere a tres epidemias que están progresando a velocidades diferentes en los países en desarrollo y examina la propagación de las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades no transmisibles, la epidemia de tabaquismo y el creciente tributo de defunciones y lesiones que se cobran los accidentes de tránsito.

Referencias

1. *Visit of WHO expert team to review the outbreak of atypical pneumonia in Guangdong Province, 24 March–9 April 2003. Final report, 30 April 2003.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (documento inédito).
2. Breiman RF et al. Role of China in the quest to define and control severe acute respiratory syndrome. *Emerging Infectious Diseases*, 2003, 9:1037–1041.
3. *Overview of epidemics and responses to the severe acute respiratory syndrome (SARS) in the People's Republic of China.* Beijing, Chinese Centre for Disease Control and Prevention, 2003 (documento inédito).
4. *Alert, verification and public health management of SARS in the post-outbreak period.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (<http://www.who.int/csr/sars/postoutbreak/en/>, visitado el 18 de agosto de 2003).
5. *Revisión del Reglamento Sanitario Internacional.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (resolución WHA56.28 de la Asamblea Mundial de la Salud; http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA56/sa56r28.pdf, visitado el 18 de agosto de 2003).
6. *Síndrome respiratorio agudo severo (SRAS).* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (resolución WHA56.29 de la Asamblea Mundial de la Salud; http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA56/sa56r29.pdf, visitado el 18 de agosto de 2003).
7. Woolhouse MEJ, Dye C, eds. Population biology of emerging and re-emerging pathogens. *Philosophical Transactions of the Royal Society for Biological Sciences*, 2001, 356:981–982.

The background features a circular map of the Southern Hemisphere, showing continents like Africa, Australia, and South America, along with various geographical labels and latitude/longitude lines. A dark teal banner is positioned at the top of the page, containing the chapter title.

Capítulo 6

Epidemias mundiales desatendidas: tres amenazas crecientes

En estos momentos, la carga de mortalidad y discapacidad atribuible a las enfermedades no transmisibles, en particular las afecciones cardiovasculares, supera en los países en desarrollo la carga impuesta por enfermedades transmisibles presentes desde hace tiempo. Para hacer frente a este fenómeno sobradamente reconocido, que suele denominarse «doble carga», se propone en el presente capítulo una «doble respuesta», consistente en combinar, dentro de sistemas integrales de atención de salud, la prevención y el control tanto de las enfermedades transmisibles como de las enfermedades no transmisibles.

También examinaremos en este capítulo la sigilosa pero rápida evolución de otras dos epidemias y las posibles maneras de hacerles frente. La globalización de las enfermedades relacionadas con el tabaco se puede abordar en el contexto del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Por otro lado, la «epidemia oculta» de las víctimas que se cobran las carreteras y los peligros ambientales relacionados con el tráfico rodado puede mitigarse si los países en desarrollo adaptan debidamente a sus propias necesidades las mejoras en materia de seguridad vial o de otra índole logradas en otras regiones del mundo.

6

Epidemias mundiales desatendidas:

tres amenazas crecientes

Enfermedades cardiovasculares: la necesidad de actuar

Hace 25 años, cuando los delegados presentes en la Conferencia Internacional de Alma-Ata elaboraron una lista con los ocho elementos esenciales de la atención primaria de salud, no se hacía ninguna referencia al tratamiento o la prevención de afecciones como las cardiopatías o los accidentes cerebrovasculares. Las prioridades eran asegurar una buena nutrición, el abastecimiento adecuado de agua salubre y saneamiento básico, la salud de la madre y el niño, la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, la prevención y el control de las enfermedades endémicas locales, y el suministro de medicamentos esenciales a los países más pobres.

Por entonces se consideraba que las enfermedades cardiovasculares (ECV) – que incluyen las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares – y otras afecciones no transmisibles eran características de los países industrializados (de hecho, se dio en llamarlas «enfermedades occidentales») eran achacables a modos de vida radicalmente distintos de los imperantes en la mayor parte de África, Asia y muchos otros lugares del mundo en desarrollo. Conviene recordar, no obstante, que ya en 1954 la delegación de la India ante la Asamblea Mundial de la Salud insistió en la necesidad de adoptar medidas para prevenir la propagación de las ECV en los países en desarrollo.

Dentro del programa de acción sanitaria mundial sigue predominando la noción de que antes de centrar la atención en las ECV hay que asegurar la prevención y el tratamiento de las enfermedades transmisibles. Continúa imperando la idea de que estas enfermedades afectan eminentemente a las poblaciones ricas y son causadas por procesos naturales que tienen que ver con el envejecimiento o con procesos degenerativos. Persiste pues la creencia generalizada de que se trata de «enfermedades relacionadas con el modo de vida», que dependen únicamente de las decisiones individuales de cada persona.

La realidad es muy diferente: las enfermedades cardiovasculares no sólo han aparecido prácticamente en todos los países – exceptuados los más pobres de todos –, sino que ya se han propagado de forma notable; esta carga cada vez mayor representa una amenaza real de entorpecimiento del desarrollo social y económico. Los factores de riesgo sirven de indicadores del estado de salud futuro, y cinco de las 10 principales amenazas mundiales guardan relación con enfermedades no transmisibles (1) como la hipertensión arterial, el tabaquismo, el consumo de alcohol, la hipercolesterolemia, la obesidad o el sobrepeso. Esto forma parte de la llamada «doble carga», una transición epidemiológica sobradamente documentada, dentro

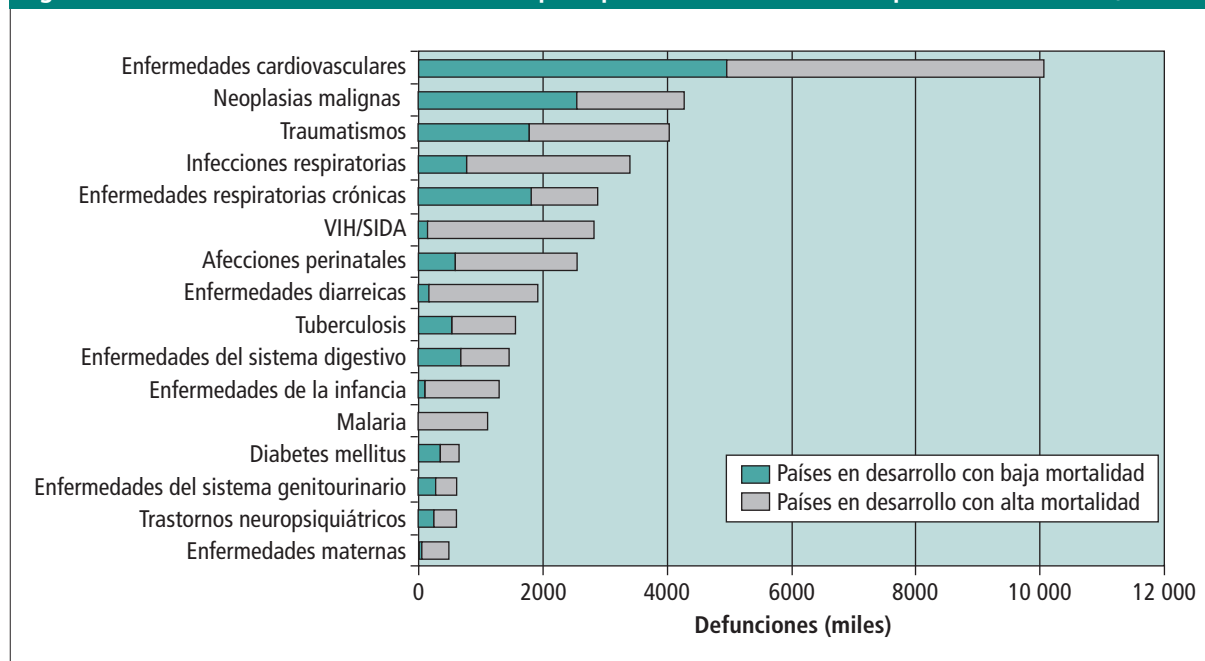
de la cual la aparición de todas estas enfermedades no transmisibles, con una serie de factores de riesgo compartidos, viene a sumarse a la persistente amenaza de las enfermedades transmisibles. En consecuencia, se precisan ahora sistemas de salud capaces de ofrecer una respuesta integral al conjunto de las enfermedades comunes, con independencia de su origen.

Como se subrayaba en el capítulo 1, en el mundo de hoy la mayoría de las muertes se deben a enfermedades no transmisibles (32 millones), y de éstas más de la mitad (16,7 millones) son imputables a las ECV; más de una tercera parte de esas defunciones se dan en adultos de mediana edad. En los países desarrollados, las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares constituyen la primera y la segunda causa de defunción más importante entre los hombres y las mujeres. Estos hechos, de sobra conocidos, apenas suscitan sorpresa. En cambio, lo que sí resulta asombroso es que en algunos países en desarrollo las ECV también han pasado a representar, respectivamente, la primera y la segunda causa principal de defunción y son responsables de una tercera parte de la carga total de mortalidad (véase la figura 6.1).

Lo cierto es que actualmente el número de muertes atribuibles a las ECV asciende ya en los países en desarrollo al doble que en los países desarrollados. En términos globales, las enfermedades cardiovasculares ocupan en los países en desarrollo el tercer lugar dentro de la carga de morbilidad (después de los traumatismos y los trastornos neuropsiquiátricos). Incluso en los países en desarrollo con alta mortalidad las ECV figuran en un puesto destacado.

Un factor particularmente preocupante es que en los países en desarrollo las muertes causadas por ECV se producen en edades relativamente tempranas, en comparación con las regiones desarrolladas (2). En la India, una de cada dos muertes relacionadas con las ECV se produce antes de los 70 años, mientras que en las naciones económicamente desarrolladas esa proporción es de una de cada cinco. En la República Unida de Tanzania, la mortalidad causada por accidentes cerebrovasculares presenta, tanto en las zonas rurales como en las urbanas, tasas tres veces más elevadas que en Inglaterra o en Gales. A menudo no se reconoce que, en términos mundiales, las enfermedades cardiovasculares son para los jóvenes y los adultos de mediana edad igual de mortíferas que el VIH/SIDA.

Figura 6.1 Muertes atribuibles a las 16 causas principales de defunción en los países en desarrollo, 2001



Pero esto no quiere decir que las enfermedades transmisibles se hayan esfumado o que requieran menos fondos, ni tampoco que estén bajo control. La aparición del VIH/SIDA ha echado por tierra esa esperanza (véase el capítulo 3). Entre las otras amenazas terribles que persisten en el tiempo y que se están exacerbando destacan la malaria y la tuberculosis. Por otro lado, como se señala en el capítulo 5, en los últimos dos decenios, han ido apareciendo nuevas enfermedades infecciosas, y ello al ritmo de una por año o más. La última en irrumpir en escena ha sido el SRAS. Es lógico, por tanto, que los responsables de la salud pública no bajen la guardia ante las enfermedades infecciosas y que esa vigilancia empiece por la atención primaria de salud, de conformidad con lo previsto en la Declaración de Alma-Ata. No obstante, el mundo no puede permitirse ignorar las crecientes amenazas sociales y económicas que entrañan las ECV y otras enfermedades no transmisibles.

Paradójicamente, las enfermedades cardiovasculares han empezado a disminuir en los países industrializados que primero las sufrieron. Pero en esa paradoja radica la esperanza, pues esa disminución es fruto no tanto de las intervenciones centradas en el tratamiento como de los buenos resultados obtenidos en materia de prevención primaria. Esto, que ha funcionado en las naciones más ricas – y especialmente para los miembros más favorecidos de esas sociedades –, puede ser igual de eficaz para los países y grupos de población más pobres.

Contamos ahora con pruebas más que suficientes para emprender, tanto a nivel mundial como de países, iniciativas eficaces para la promoción y protección de la salud cardiovascular con medidas basadas en la población que se centren en los principales factores de riesgo compartidos por todas las enfermedades no transmisibles. La aplicación de los conocimientos ya disponibles al conjunto de la población puede suponer una aportación importante, rápida y costoeficaz a la prevención y el control de esas enfermedades, y beneficiar a todos los sectores de la sociedad (3).

La principal dificultad con que tropiezan las instancias decisorias en los países en desarrollo a todos los niveles de la salud pública estriba en tener que hacer frente al mismo tiempo a la creciente carga de epidemias de enfermedades no transmisibles y a las epidemias de enfermedades transmisibles persistentes. Además, este desafío se plantea en muchos lugares donde los recursos de los sistemas de salud son ya insuficientes. Aunque se pueden lograr con muy poco dinero mejoras de política importantes, sobre todo mediante la aplicación de medidas intersectoriales, hay que encontrar los fondos adicionales requeridos para ello. En ese sentido, es fundamental asignar una mayor proporción de los recursos nacionales a la atención de salud, aprovechar mejor los recursos existentes y encontrar nuevas fuentes de financiación. La aplicación de impuestos especiales sobre el tabaco para costear programas de prevención de enfermedades constituye en la mayoría de los países una fuente fácilmente accesible para obtener ingresos adicionales.

Conocemos las causas

La buena noticia es que gracias a las muchas investigaciones realizadas sabemos cuáles son las causas de las epidemias de ECV en las poblaciones (1). Los cambios en las estrategias de comercialización y los intercambios internacionales siguen impulsando la transición nutricional hacia regímenes alimenticios muy ricos en grasas saturadas, azúcar y sal. Al mismo tiempo, el consumo de elementos protectores como la fibra o los fitoproductos, presentes en las frutas y verduras, tiende a ser cada vez menor. Ese tipo de alimentación, unida al tabaco y el sedentarismo, es terreno abonado para la propagación de la aterosclerosis entre el conjunto de la población y para la generalización de las ECV. Las variaciones en esos importantes factores de riesgo compartidos explican en buena parte las notables diferencias que pueden apreciarse entre las tasas de ECV de los países.

En resumen, los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares – a saber, el consumo de tabaco, una alimentación inadecuada y la falta de actividad física (que principalmente se traducen en unas concentraciones de lípidos poco saludables, un alto índice de masa corporal e hipertensión arterial) – son la causa como poco de entre un 75% y un 85% de los nuevos casos de cardiopatía coronaria (4). Si esos factores se mantienen bajo control, la cardiopatía coronaria rara vez provoca la muerte. Desafortunadamente, en casi todos los países la inmensa mayoría de las poblaciones están expuestas a las de ECV debido a que los factores de riesgo se sitúan por encima de los niveles óptimos. En los países ricos, solamente alrededor del 5% de los hombres y mujeres adultos respetan esos niveles y presentan bajos índices de riesgo. Tan sólo en unos pocos países extremadamente pobres esos factores no se han convertido aún en problemas importantes de salud pública.

Disponemos de políticas adecuadas

Una de las posibilidades más estimulantes surgidas en los últimos años en el ámbito de la salud pública es la de incorporar la prevención y el control de las enfermedades transmisibles y de las ECV en sistemas integrales basados en la atención primaria. Para hacer realidad ese objetivo, habrá que reorientar el futuro de la atención primaria e ir ajustándola a un mundo en continua transformación. Se trataría de asegurar a todos los pacientes – a lo largo de toda su vida – la prevención, el tratamiento y el manejo a largo plazo de las enfermedades, y ello para los dos elementos que componen la doble carga.

Esa integración no va a ser fácil. Aparte de otras consideraciones, será precisa la cooperación entre profesionales rivales que tienden a considerar su lado de la doble carga más importante que el otro y que compiten por obtener su parte de unos recursos limitados. Esa competencia se viene observando desde hace tiempo en el campo de la salud pública. Aun así, tal y como se indica en el capítulo de este informe dedicado al SRAS, la colaboración interdisciplinaria no sólo es posible, sino que puede recompensar con creces a todas las partes interesadas. En el caso de esta nueva epidemia, por ejemplo, los mejores científicos, médicos y expertos en salud pública del mundo no dudaron en dejar de lado la competencia académica y aunar sus fuerzas en aras del bien común, porque era evidente que las circunstancias así lo exigían. Paradójicamente, no existe una respuesta de política equiparable para hacer frente a otros problemas de salud pública cuya magnitud es incluso mayor. La creciente amenaza de la epidemia mundial de ECV está evolucionando rápidamente.

Otra dificultad fundamental de política sanitaria, sobre todo para los países pobres, es encontrar el justo equilibrio, por un lado, entre la prevención primaria y la prevención secundaria y, por otro, entre los enfoques de prevención primaria basados en el conjunto de la población y los enfoques centrados en grupos de alto riesgo. Si el objetivo es incrementar la proporción de población con bajo riesgo y asegurar que todos los sectores salgan beneficiados, las estrategias con más posibilidades de éxito serán las que vayan dirigidas al conjunto de la población y no sólo a las personas en situación de alto riesgo o con la enfermedad ya declarada (5). Todas las demás estrategias sólo servirán en el mejor de los casos para mitigar las epidemias, e incluso es posible que acentúen las desigualdades. Una cosa está clara: no prevendrán las epidemias. Aun así, dado que las poblaciones están envejeciendo, los sistemas de salud tendrán que seguir afrontando las implacables demandas relacionadas con la costosa atención que exigen numerosas enfermedades, tanto agudas como crónicas (véase el cuadro 1.3 del capítulo 1).

El objetivo último de las políticas de salud pública es la reducción de los riesgos a que están expuestas las poblaciones; puesto que en la mayoría de los países el grueso de la población no disfruta de niveles de riesgo óptimos, parece lógico asignar la mayor parte de los recursos destinados a la prevención y el control de enfermedades a la consecución de esa meta para el

conjunto de la población. Se dispone de datos que avalan la necesidad de aplicar políticas costoeficaces que aseguren que los cambios, pequeños pero importantes y sorprendentemente rápidos, en la distribución de los riesgos para el conjunto de las poblaciones evolucionen en la buena dirección (1). De forma análoga, las decisiones en materia de gestión basadas en medidas de reducción de los riesgos generales son más costoeficaces que las centradas en factores de riesgo individuales.

Un número incalculable de vidas se pierde innecesariamente debido a que los tratamientos agudos y a largo plazo de las ECV son insuficientes. Para estas enfermedades existen intervenciones relativamente baratas (6), y se están desarrollando, para su posible administración a pacientes crónicos, polipíldoras que incluyen ácido acetilsalicílico y otros medicamentos contra la hipertensión y el colesterol. Sin embargo, incluso en los países ricos se está lejos de aprovechar plenamente el potencial de esas y otras intervenciones de prevención secundaria. La situación imperante en los países más pobres deja aún más que desear. Existen muchas opciones para lograr una reducción coordinada de los riesgos relacionados con las ECV y para el tratamiento y manejo a largo plazo de esas enfermedades. La deshabituación tabáquica o la detección y gestión de la diabetes, por ejemplo, son sólo dos prioridades entre varias. De recurrirse a intervenciones costoeficaces, como la administración de ácido acetilsalicílico a sujetos con síntomas de dolor precordial, se lograría prevenir una cuarta parte de las muertes causadas por ataques coronarios; de hecho, este tipo de intervenciones presenta una relación costo-eficacia mucho mayor que otras más radicales, como los procedimientos de revascularización, a las que inevitablemente sólo podrá acceder una minoría de los enfermos cardiovasculares.

Actuar ya y evaluar los avances

Se ha registrado en los países ricos una reducción drástica y rápida de las tasas de mortalidad por ECV – que ha beneficiado sobre todo a los sectores de la sociedad más pudientes y con mayores niveles de formación – gracias a la aplicación de enfoques integrales que abarcan no sólo mejoras en materia de prevención sino también intervenciones centradas en los grupos de alto riesgo. Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, las actuaciones de política sanitaria pueden propiciar una respuesta sorprendentemente rápida. Así, por ejemplo, en Mauricio las medidas estatales adoptadas para promover el consumo de aceites saludables redujeron rápidamente los niveles poblacionales de colesterol en la sangre. En Finlandia, las subvenciones oficiales destinadas a la agricultura se emplearon para reducir la cabaña lechera e incrementar la producción de bayas, y en Polonia el aumento del consumo de frutas y hortalizas frescas, propiciado por una serie de cambios en el marco normativo, trajo consigo un pronunciado descenso de las tasas de mortalidad por ECV. En el informe de la Reunión Consultiva Mixta OMS/FAO de Expertos en Régimen Alimentario, Nutrición y Prevención de las Enfermedades Crónicas se examinan los datos disponibles y se formulan recomendaciones para el establecimiento de niveles de aporte de nutrientes idóneos para la prevención de las ECV y otras enfermedades no transmisibles (7).

Es fundamental contar para la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares con un marco normativo coherente que abarque leyes, reglamentos y campañas de divulgación masiva, dado que, sin cambios en el entorno que los favorezcan, difícilmente se producirán cambios comportamentales individuales. En el cuadro 6.1 se sugiere un método progresivo para ofrecer una respuesta integral en materia de prevención y control de las ECV, que podrá modificarse en función de las necesidades, objetivos y metas de cada país.

Desafortunadamente, en la mayoría de los países, las políticas de prevención y control de las ECV se siguen basando en el paradigma de las enfermedades infecciosas, lo que hace que la capacidad nacional e internacional de respuesta frente a la epidemia de ECV sea

Cuadro 6.1 Un método progresivo para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles

Nivel de asignación	Enfoques poblacionales		Enfoque centrado en grupos particulares de alto riesgo
	Nivel nacional	Nivel comunitario	
Paso 1: Básico	<p>El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) es ratificado en el país.</p> <p>Se promulga y empieza a aplicar una legislación de control del tabaco que se ajusta a lo establecido en el CMCT.</p> <p>Se elabora y promulga, a nivel ministerial, una política nacional de nutrición y promoción de la actividad física acorde con la Estrategia Mundial; se observa claramente una acción multisectorial sostenida para reducir la ingesta de grasas y el consumo de sal (aunque teniendo presentes los casos en que se recomienda el consumo de sal yodada) y fomentar el consumo de frutas y verduras.</p> <p>Se evalúa el impacto de las políticas públicas (en materia de, por ejemplo, transporte, planificación urbana, régimen impositivo y contaminación) en la salud.</p>	<p>Los planes locales de creación de infraestructura incluyen la creación y el mantenimiento de espacios accesibles y seguros para la actividad física (por ejemplo, parques o zonas exclusivamente reservadas a los peatones).</p> <p>Los proyectos comunitarios de promoción de la salud incluyen iniciativas participatorias para dar respuesta a diversos factores ambientales de predisposición a sufrir enfermedades no transmisibles: sedentarismo, alimentación poco saludable, tabaquismo, consumo de alcohol, etc.</p> <p>Se ponen en marcha en diferentes contextos (aldeas, escuelas y lugares de trabajo) programas de promoción activa de la salud centrados en las enfermedades no transmisibles.</p>	<p>Ya han sido adoptadas y se están utilizando, en todos los niveles de la atención de salud, directrices de gestión de enfermedades no transmisibles adaptadas a los distintos contextos.</p> <p>Se asegura un suministro sostenible, accesible y asequible de los medicamentos necesarios para enfermedades no transmisibles prioritarias.</p> <p>Existe un mecanismo para garantizar una aplicación coherente y satisfactoria de las directrices clínicas y someter los servicios prestados a auditoría clínica.</p> <p>Está en marcha un programa de recordatorios de citas para pacientes con diabetes e hipertensión.</p>
Paso 2: Ampliado	<p>La legislación de control del tabaco prevé la introducción de incrementos en los impuestos sobre el tabaco y asigna una parte de los ingresos así obtenidos a la promoción de la salud.</p> <p>Se promulgan y empiezan a aplicar leyes que establecen normas alimentarias, incluidas, entre otras, normas de etiquetado.</p> <p>Se están aplicando programas nacionales sostenidos y eficaces (contrapublicidad) de promoción de modos de vida sin tabaco.</p>	<p>Están en marcha programas sostenidos y debidamente concebidos que promueven:</p> <ul style="list-style-type: none"> • modos de vida sin tabaco (por ejemplo, espacios públicos sin tabaco, deportes sin tabaco); • una alimentación sana (por ejemplo, alimentos de bajo costo con un bajo contenido en grasas; fruta y verdura fresca); • la actividad física (por ejemplo, combatiendo el sedentarismo en diferentes ámbitos, como el trabajo, las actividades de ocio, etc.). 	<p>Están en marcha programas que incluyen actividades de prevención selectivas específicamente enfocadas a grupos de alto riesgo, sobre la base de los niveles de riesgo absolutos.</p>
Paso 3: Óptimo	<p>Se establecen normas nacionales para regular las estrategias de comercialización de alimentos poco saludables dirigidas a los niños.</p> <p>Se fortalece en cada país la capacidad de investigación sanitaria, fomentando los estudios sobre enfermedades no transmisibles.</p>	<p>Existen instalaciones recreativas y deportivas para uso comunitario.</p>	<p>Están en marcha programas de cribado oportunista, localización de casos y gestión.</p> <p>Se promueven grupos de apoyo para la deshabituación tabáquica y la reducción del sobrepeso.</p> <p>Se aplican intervenciones de diagnóstico y tratamiento apropiadas.</p>

Adaptado a partir de: (8).

deplorablemente inadecuada. Tan sólo unos pocos países han aplicado políticas integrales de prevención y control (9), y las iniciativas de fortalecimiento de la capacidad, sobre todo en lo que respecta a las investigaciones sobre políticas sanitarias, no han sabido seguir el ritmo de la transición epidemiológica. La brecha entre las necesidades en materia de prevención y control de las ECV y la capacidad necesaria para satisfacer esas necesidades se ampliará aún más si no se adoptan medidas urgentes.

Se precisan normas mundiales para contrarrestar la influencia de una serie de poderosos actores, que de lo contrario seguirán sin controlarse. Para promulgar tales normas, los profesionales de la salud pública tendrán que aprender a hacer oír su voz en las deliberaciones de instituciones tales como la Organización Mundial del Comercio – donde las cuestiones relacionadas con la salud tienen una presencia cada vez más notable – y encontrar formas más contundentes de enfrentarse a productos que repercuten en la salud. Tal vez se precise para ello una combinación de códigos propuestos por múltiples partes interesadas y códigos intergubernamentales, así como otras medidas no vinculantes. El Convenio Marco para el Control del Tabaco, descrito en la siguiente sección, es un buen ejemplo de una normativa internacional jurídicamente vinculante.

La OMS y los gobiernos no pueden enfrentarse solos a los retos asociados a la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares. Al igual que ocurre con la lucha antitabáquica, es primordial crear asociaciones e interactuar con grupos internacionales de consumidores y multinacionales comerciales de implantación mundial. La OMS está preparando en estos momentos la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, un marco estratégico en el que se podrá articular una colaboración transectorial entre la Organización y los Estados Miembros para la prevención de las ECV y de otras enfermedades no transmisibles. Esta estrategia de prevención, concebida para el conjunto de las poblaciones, se basa en la celebración de intensas consultas con los interesados directos, esto es, los Estados Miembros, las Naciones Unidas y las organizaciones intergubernamentales, la sociedad civil y el sector privado.

En el plano mundial, todavía se promueve escasamente el programa de acción para la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares, y los pocos esfuerzos desplegados en ese sentido tienden a estar fragmentados. La falta de una estrategia unificada en pro del fomento de la salud contrasta con la presencia cada vez más fuerte de grupos comerciales y de consumidores que han situado el tratamiento en el centro de los debates de salud pública y de las prioridades de financiación. Es pues necesario crear alianzas más amplias integradas por las principales entidades sanitarias profesionales, grupos de consumidores y otros interesados directos con miras a promover la prevención de los principales factores de riesgo de las ECV y hacer un seguimiento de los progresos logrados hacia la consecución de objetivos consensuados a nivel nacional y mundial, siguiendo quizá el ejemplo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (véase el recuadro 6.1). Dada la naturaleza multisectorial de los determinantes de las enfermedades cardiovasculares, las iniciativas de promoción y las propias intervenciones también deberán trascender en buena medida las fronteras de lo sanitario. La participación de organizaciones no gubernamentales en la articulación de la demanda de una rápida implantación de políticas y programas relacionados con el control de las ECV es primordial para catalizar el cambio de política y movilizar a las comunidades para asegurar que las mejoras redunden en beneficio de toda la población.

Aunque el ritmo de mundialización de los principales riesgos relacionados con las enfermedades cardiovasculares está aumentando, los avances hacia su prevención y control son lentos. Sólo se conseguirán progresos sostenidos cuando los gobiernos, los organismos internacionales, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil reconozcan que urge ampliar el alcance de las actividades de salud pública para dar cabida a las ECV y a los factores de riesgo a ellas asociados.

Recuadro 6.1 Medición de los progresos: vigilancia integrada de los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles

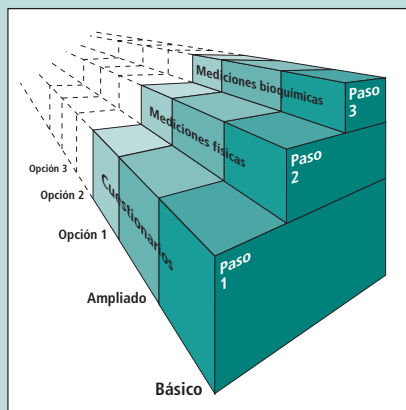
El objetivo de la vigilancia es asegurar el seguimiento de las nuevas pautas y tendencias de los factores de riesgo asociados a las principales enfermedades cardiovasculares (ECV) y otras enfermedades no transmisibles (ENT) y evaluar la eficacia de las intervenciones de prevención adoptadas en los distintos países. Se han concebido para ese fin dos instrumentos concretos: el Método Progresivo para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (10) y la Infobase Mundial de la OMS sobre ENT (11).

El Método Progresivo (PASOS) es un proceso secuencial, que comienza con la recopilación de información por medio de cuestionarios (Paso 1); seguidamente se efectúan mediciones físicas sencillas (Paso 2), y sólo entonces se recomienda la toma de muestras de sangre para el estudio bioquímico (Paso 3). Este instrumento constituye un método común para definir las principales variables necesarias para las encuestas y los sistemas de vigilancia y de seguimiento. La finalidad es poder comparar datos en diferentes momentos y entre países. Ideado en estrecha colaboración con las oficinas regionales de la OMS, este método puede adaptarse fácilmente a las necesidades de los Estados Miembros y ofrece a los países de ingresos bajos y medios un punto de partida para emprender actividades de vigilancia y prevención relacionadas con las ENT. Una vez fortalecida la capacidad

local pertinente, el Método Progresivo posibilita la comparabilidad de datos en diferentes momentos y entre países. Numerosos Estados Miembros ya han recibido la capacitación necesaria. Aunque en principio se considera que es un método para perfeccionar actividades de vigilancia ya existentes, también es posible adoptarlo como una metodología nueva en los países que todavía no tienen en marcha ningún sistema de esa índole. Los datos recabados por medio del Método Progresivo se introducen después en la Infobase Mundial de la OMS sobre las ENT.

La Infobase Mundial de la OMS sobre las ENT es una base de datos concebida para recopilar los datos existentes a nivel de países sobre los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles. La ventaja que ofrece este instrumento es que los datos se pueden representar y utilizar para calcular una estimación de prevalencia única y óptima para

cada país, lo que asegura la transparencia en el uso de las respectivas fuentes de datos nacionales. Esto supone una mejora notable con respecto a anteriores estimaciones realizadas por la OMS, que, a falta de una base de datos relacional de este tipo, se basaban en una selección de estudios que podían excluir muchas de las fuentes disponibles o no ser suficientemente transparentes.



Se trata ahora de avanzar hacia la integración de la prevención y el control tanto de las enfermedades transmisibles como de las ECV, reconociendo al mismo tiempo que estas epidemias requieren plazos diferentes y que se va a competir por unos recursos que son limitados. Hay que hallar dentro de los programas de los sistemas de salud impulsados por la atención primaria un hueco para la prevención y el control de las ECV. Hace 25 años, en Alma-Ata, ello no se consideró necesario; hoy día, en cambio, constatamos que es indispensable.

Control del tabaco: reforzar las actividades nacionales

El consumo de cigarrillos y otros productos de tabaco y la exposición al humo ajeno constituyen la principal causa mundial de defunción prevenible y son responsables de unos cinco millones de muertes al año, que se concentran principalmente en los países pobres y en las poblaciones más desfavorecidas. Según revelan las últimas estimaciones, de los cerca de cuatro millones de hombres y un millón de mujeres que fallecieron, más de dos millones de hombres y 380 000 mujeres pertenecían a países en desarrollo (12). El número de víctimas se duplicará en los próximos 20 años si no se generaliza la adopción de intervenciones eficaces que ya están disponibles.

La globalización de la epidemia de tabaquismo puede socavar incluso los mejores programas nacionales de control. La epidemia se está propagando por el mundo entero y va ganando intensidad debido a una compleja combinación de factores con efectos transfronterizos, como

por ejemplo la liberalización del comercio, las inversiones extranjeras directas, y otros elementos como el empleo a nivel mundial de estrategias de comercialización o campañas transnacionales de publicidad, promoción y patrocinio, o el tráfico internacional de cigarrillos de contrabando o falsificados. El reconocimiento de esta situación hizo que los 192 Estados Miembros adoptaran en la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en mayo de 2003 el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT). Este tratado, el primero que se negocia bajo los auspicios de la OMS, marca un punto de inflexión en la lucha contra una de las principales causas de defunción a nivel planetario: anuncia el comienzo de una nueva era para las actividades nacionales e internacionales de control del tabaco. El CMCT es un tratado basado en criterios científicos que reafirma el derecho de todas las personas a disfrutar del mayor nivel posible de salud; representa además un cambio paradigmático porque propone una estrategia normativa para la lucha contra sustancias que producen dependencia. Contrariamente a anteriores tratados de lucha contra diversas drogas, el CMCT confirma la importancia de las estrategias de reducción de la demanda al tiempo que aborda aspectos relacionados con la oferta.

Esta nueva etapa, en que la OMS colabora con los Estados Miembros en la aplicación del acuerdo en los países, depara importantes desafíos. El proceso de elaboración del CMCT también revela que hay que pagar un alto precio por el tiempo transcurrido desde que se concibió la idea hasta que se pasó a la acción. Se ha tardado cerca de 10 años en hacer realidad el proyecto de crear un instrumento de esa índole. Durante ese tiempo, han muerto a consecuencia de enfermedades relacionadas con el tabaco más de 30 millones de personas – el 70% de ellas en países de ingresos bajos y medianos –, más de la mitad antes de cumplir los 70 años. Quienes fallecieron antes de esa edad perdieron como media, 28 años de vida (13). A medida que se acerca la fecha de entrada en vigor del Convenio, el fortalecimiento de la capacidad nacional en materia de lucha antitabáquica pasa a ser en todos los países una importante prioridad de salud pública.

En la confianza de que el Convenio Marco se ratificará, entrará en vigor y se aplicará dentro de los plazos previstos, se analizan en este apartado las oportunidades que ello brindará para lograr a nivel de país nuevos progresos en materia de control del tabaco. Se examinan asimismo las dificultades asociadas a la creación y el fortalecimiento de la capacidad nacional, tanto técnica como de política y gestión, necesaria para la lucha antitabáquica.

Orientación de las estrategias de control del tabaco

El consumo total de tabaco va en aumento. Se vaticina que, si la prevalencia mundial del tabaquismo se mantiene sin cambios, el número mundial de fumadores, actualmente estimado en 1300 millones, habrá aumentado en 2025 a 1700 millones (14). Uno de cada dos fumadores morirá a consecuencia de una enfermedad causada por el tabaco. Hasta hace poco, la respuesta mundial para afrontar este importante problema de salud pública había sido insuficiente.

En mayo de 2003, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó por consenso el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT). Este instrumento jurídico internacional, fruto de cuatro años de negociaciones entre los Estados Miembros de la OMS, tiene por objeto limitar los daños que los productos de tabaco causan en la salud. Engloba numerosos aspectos diferentes relacionados con la lucha antitabáquica, entre ellos: la publicidad, la promoción y el patrocinio; el empaquetado y etiquetado; medidas relacionadas con los precios e impuestos; las ventas a menores y por menores; el tabaquismo pasivo y la creación de ambientes libres de humo; y el tratamiento de la dependencia del tabaco. El CMCT representa un punto de partida mínimo de alcance mundial, y las disposiciones del tratado alientan a las futuras Partes en el Convenio a ir un paso más allá y aplicar medidas más estrictas. Por otro lado, la negociación de los futuros protocolos del Convenio por la Conferencia de las Partes

dará origen a un régimen convencional que seguirá evolucionando y que establecerá obligaciones más específicas con respecto a determinadas cuestiones. El Convenio Marco plasma el delicado equilibrio alcanzado tras la celebración de intensas negociaciones en las que se tuvieron en cuenta las consideraciones científicas, económicas, sociales y políticas pertinentes.

Con la adopción del Convenio Marco por la Asamblea Mundial de la Salud, el tratado ha quedado abierto a la firma (del 16 de junio de 2003 al 29 de junio de 2004) y a la ratificación (a partir del 30 de junio de 2004) de los distintos Estados Miembros.

La firma del Convenio indica la intención de los Estados Miembros de ratificar el tratado, aunque, aparte de exigir que no se socaven los objetivos de este instrumento, no impone obligaciones sustanciales; no obstante, representa un importante compromiso político de los países para avanzar hacia la ratificación. Ésta supone que los países aceptan el tratado como jurídicamente vinculante, pues los obliga a aplicar sus disposiciones de buena fe una vez que entre en vigor. El Convenio cobrará fuerza de ley cuando hayan transcurrido 90 días después de la ratificación del tratado por un mínimo de 40 Estados Miembros. A partir de ese momento, sus disposiciones pasarán a ser jurídicamente vinculantes para aquellos países que lo hayan ratificado. En cambio, los países que no lo ratifiquen no tendrán obligación de ajustarse a lo en él establecido.

No todos los tratados prevén la asignación de fondos y la prestación de ayuda técnica para facilitar su aplicación. El CMCT, sin embargo, pertenece a la singular familia de acuerdos internacionales que sí lo hacen. El Convenio impone a las Partes la obligación de financiar sus propias medidas nacionales de control del tabaco, las alienta a utilizar mecanismos innovadores de financiamiento nacionales, regionales e internacionales, con miras a disponer de recursos complementarios para la lucha antitabáquica, y prevé que la cuestión de la posible creación de un fondo mundial voluntario u otros mecanismos financieros apropiados sea decidida más adelante por la Conferencia de las Partes. Una clara muestra de la trascendencia del proceso relacionado con el CMCT es que el tema del control del tabaco ha sido incluido ahora con firmeza entre las prioridades del programa de financiación del desarrollo.

Al igual que en el proceso de negociación del Convenio Marco, los defensores del control del tabaco, ya sean profesionales de la salud, representantes de organizaciones no gubernamentales o grupos comunitarios interesados en la cuestión, desempeñan durante la etapa de ratificación un importante papel en el escenario internacional: pueden seguir promoviendo la ratificación y aplicación del CMCT y la adopción de legislaciones nacionales que respalden este instrumento.

Programas y políticas nacionales

La adopción de un enfoque integral de salud pública para la lucha antitabáquica es un medio eficaz de prevenir el inicio del consumo de tabaco, al tiempo que fomenta la deshabituación, y ello a través de una serie de estrategias, por ejemplo: medidas relacionadas con los precios e impuestos, exigencias en materia de empaquetado y etiquetado, restricciones a la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, programas de educación, restricciones para fumar en lugares públicos y servicios de apoyo para quienes quieran dejar de fumar. Para tener efectivamente un carácter integral, el enfoque deberá incluir a los jóvenes y las mujeres y llegar al conjunto de la población.

Las políticas nacionales también tienen que encarar retos nuevos, como la elaboración de marcos normativos para productos de tabaco antes inexistentes que acaban de hacer su aparición en el mercado. Por otro lado, con la adopción del CMCT se ha redefinido la noción de estrategia integral de lucha antitabáquica, que ahora debe incluir también las dimensiones transnacionales del control del tabaco, como complemento de las medidas nacionales y locales.

Sólo unos pocos países han aplicado las medidas integrales necesarias para propiciar una reducción significativa del consumo de tabaco. Las medidas de política sanitaria que, según se ha podido comprobar, tienen una mayor repercusión tanto en el consumo individual como en las tasas de deshabituación y en el número de personas que empiezan a fumar, son las que exigen una voluntad y un compromiso políticos a largo plazo; lo que se precisa ante todo es una legislación eficaz que se aplique debidamente.

El grueso de los países carece de la capacidad requerida para asegurar un control del tabaco efectivo. La mayoría de ellos no cuentan con la infraestructura y los recursos humanos necesarios para mantener siquiera un programa básico de lucha antitabáquica. Así, por ejemplo, sólo en contados gobiernos hay funcionarios dedicados exclusivamente al control del tabaco. En numerosos países, la sociedad civil aún no se ha movilizad o en torno a este problema, de modo que aunque los gobiernos tengan la suficiente voluntad política para proponer medidas destinadas a combatir el tabaquismo, las tabacaleras podrán oponerse a ellas y socavarlas fácilmente. Por muy decidido que esté el ministerio de salud de un país a pasar a la acción, cabe la posibilidad de que no logre hacer oír su voz por encima de las de otros ministerios más influyentes.

Fortalecimiento de la capacidad nacional

El éxito del Convenio depende sobre todo de la ratificación del tratado por los países y de la aplicación de medidas nacionales eficaces de control del tabaco. En ese sentido, la creación y el fortalecimiento de la capacidad nacional necesaria para lidiar con los aspectos tanto técnicos como de política y gestión relacionados con la lucha antitabáquica constituyen la clave para un enfoque sistemático y multisectorial. Sólo un enfoque de esta índole asegurará una intervención gubernamental y comunitaria sostenible que obre en apoyo de los esfuerzos integrales de control del tabaco desplegados en los planos local, nacional y mundial.

Muchos países todavía no han elaborado planes de acción nacionales para el control del tabaco, debido principalmente a la falta de consenso y compromiso políticos. En otros casos, es posible que, aunque ya se cuente con tales planes, los instrumentos normativos sigan sin surtir efecto debido a una aplicación poco rigurosa. Es necesario convencer a los gobiernos y a la sociedad civil de que, si se destinan recursos a preparar el terreno para el control del

Recuadro 6.2 Ejemplos de estrategias eficaces de control del tabaco

Sudáfrica: aplicación de impuestos especiales sobre el tabaco

En los últimos 10 años la política sudafricana de control del tabaco ha sido objeto de un cambio considerable, fundamentado en dos pilares importantes: la legislación y el aumento progresivo de los impuestos indirectos. El gobierno elegido en 1994 anunció que los impuestos aplicables a los productos de tabaco se incrementarían hasta alcanzar el 50% de su precio de venta al por menor (en aquel entonces, los impuestos especiales equivalían al 21% de ese precio, y la carga impositiva total al 32%). En 1997, el Ministro de Finanzas anunció que se había alcanzado el objetivo del 50%. La finalidad de las subidas impositivas aplicadas ulteriormente ha sido mantener ese porcentaje en el mismo nivel. Durante el último decenio, el precio de venta real ha aumentado en más del doble: los cigarrillos, comparados con los precios de una cesta de otros bienes y servicios, se han vuelto extremadamente caros. Los incrementos tributarios han contribuido, junto con otras intervenciones de lucha antitabáquica, a reducir el consumo de tabaco en un 33%. Por otro lado, los ingresos fiscales reales han aumentado en más del doble (15).

Tailandia: una apuesta por el empleo de advertencias sanitarias

Las primeras advertencias en las cajetillas de cigarrillos fueron introducidas en Tailandia en 1974. Desde 1989, esos mensajes, considerados un componente importante de una política integral de control del tabaco, han sido objeto de cambios frecuentes. Las advertencias sanitarias se han ido mejorando paulatinamente para incluir una mayor variedad de textos y formulaciones más contundentes. El número de advertencias rotativas ha aumentado de una a doce, y el tamaño que ocupan en las cajetillas y cartones de cigarrillos se ha ampliado hasta alcanzar una tercera parte de la superficie principal. El Ministerio de Salud ha preparado y presentado en el año en curso un nuevo conjunto de mensajes sanitarios gráficos, actualmente pendiente de aprobación por el Gobierno de Tailandia, que ocupan la mitad de las superficies expuestas, tanto la anterior como la posterior. El consumo de cigarrillos por habitante ha ido disminuyendo desde mediados del decenio de 1990 gracias a las medidas integrales de control aplicadas en el país (16).

tabaco, se obtendrán resultados positivos a medio y largo plazo. Habrá que asegurar una supervisión continuada de las actividades y estrategias de la industria tabacalera para contrarrestar las maniobras que ésta pueda adoptar con miras a debilitar las intervenciones de lucha antitabáquica. Es fundamental contar para ello con un fuerte empeño y compromiso político.

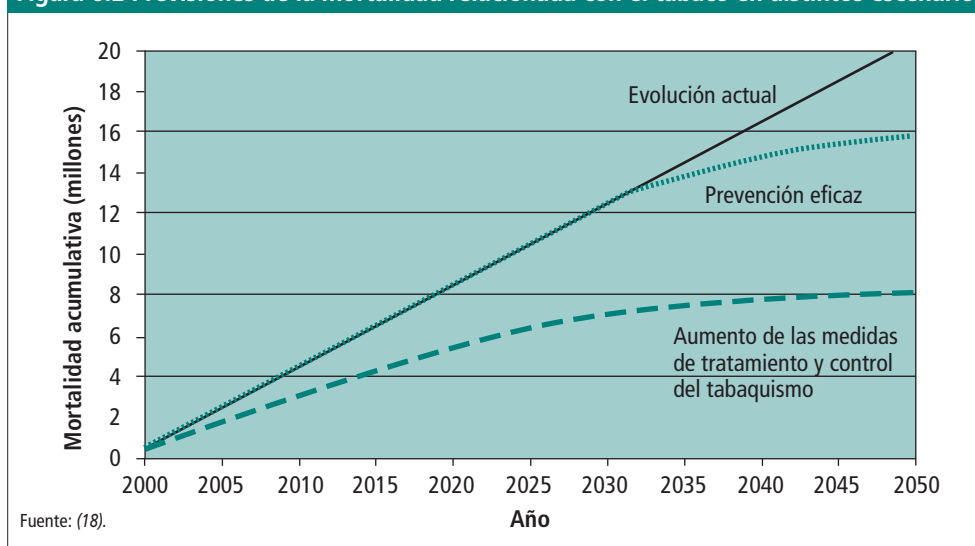
El sector de la salud, que en su mayoría está a favor del control del tabaco, no es capaz de aportar por sí solo los recursos, la experiencia y la voluntad política necesarios para lograr que cambien las cosas. Para ello se requiere el respaldo y el compromiso de todas las instancias interesadas de los respectivos gobiernos nacionales. Es más probable que las iniciativas de control del tabaco reciban apoyo si quedan subsumidas en estructuras sanitarias ya existentes a nivel nacional, estadual y distrital.

El objetivo perseguido mediante el fortalecimiento de la capacidad nacional es la formulación de una estrategia eficaz y sostenible de amplio alcance para la adopción de programas y políticas nacionales de control del tabaco que sean a la vez integrales y multisectoriales. El papel de la OMS a este respecto consiste en coordinar las experiencias mundiales, fortalecer el liderazgo, facilitar asistencia para la aplicación de medidas de primera línea y promover lazos de asociación con los gobiernos y la sociedad civil con miras a facilitar la puesta en práctica de estrategias más eficaces en materia de lucha antitabáquica. Existen muchos ejemplos de programas eficaces que pueden servir de orientación a los países; dos de ellos se describen sucintamente en el recuadro 6.2.

Integración del control del tabaco en los sistemas de salud

En los países de ingresos bajos y medianos el tratamiento de la dependencia del tabaco constituye otra posible medida de política sanitaria (17). Como se desprende de las previsiones contenidas en la figura 6.2, de emplearse una combinación de medidas eficaces de prevención y de tratamiento se evitaría dentro de los próximos decenios una cantidad notablemente mayor de defunciones por tabaco que si se recurre únicamente a la prevención (18). Los programas de deshabituación tabáquica dirigidos a fumadores adultos son esenciales para lograr en los próximos 20 a 30 años rápidas mejoras en la salud de la población, pues los beneficios de los programas destinados a impedir que los jóvenes empiecen a fumar sólo se cristalizarán dentro de varios decenios. Según la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jó-

Figura 6.2 Previsiones de la mortalidad relacionada con el tabaco en distintos escenarios



venes, la mayor parte de los jóvenes fumadores de la Región del Pacífico Occidental desean dejar de fumar (véase el recuadro 6.3).

En la mayoría de los países, la administración de un tratamiento costoeficaz contra la dependencia del tabaco se ve obstaculizada por numerosos factores, entre ellos: la falta de integración del tratamiento de la dependencia del tabaco en los sistemas sanitarios; la falta de formación especializada entre los dispensadores de atención de salud; el elevado costo de los productos utilizados para la terapia nicotínica sustitutiva y de los servicios de asesoramiento sobre el abandono del tabaco; y la estricta reglamentación a que están sujetos esos productos. Si por medio de los sistemas de atención de salud se apoyan esos tratamientos y se asegura un mayor acceso a los mismos, se logrará ayudar a las poblaciones pobres más propensas a fumar (19). Debe contarse con la participación de todos los dispensadores de salud, incluidos los profesionales de la salud bucodental, que en muchos países están en contacto con una amplia proporción de la población sana. La existencia de un entorno propicio es fundamental para apoyar los programas de deshabituación tabáquica; ello exige una rigurosa actuación de los gobiernos, por ejemplo, para promover los ambientes exentos de humo y llevar a cabo campañas mediáticas y de sensibilización que aspiren a reducir la aceptabilidad social del consumo de tabaco (20).

Uno de los ejemplos más avanzados de iniciativas combinadas de deshabituación tabáquica dirigidas al conjunto de la población puede encontrarse en Nueva Zelanda, donde fuma el 50% de los indígenas (21). Los servicios incluyen: una línea de apoyo para dejar de fumar, terapias subvencionadas de sustitución nicotínica, servicios centrados en los maoríes (por ejemplo, servicios de apoyo y terapias para dejar de fumar destinados a las mujeres maoríes y sus familias) y servicios de deshabituación hospitalarios. A la hora de establecer programas que incluyan servicios de deshabituación, revisten particular importancia factores como la organización de campañas mediáticas, la existencia de un activo grupo de presión en pro de la lucha antitabáquica, la participación de analistas de política con espíritu de iniciativa y el apoyo del gobierno; las subidas de impuestos también parecen crear incentivos para ayudar a las personas a dejar de fumar.

El CMCT representa una respuesta mundial frente a la pandemia de tabaquismo y las muertes y enfermedades a ella atribuibles. Ahora que el Convenio ha quedado abierto a la firma y ratificación, los países tienen una ocasión única para fortalecer su capacidad nacional en materia de lucha antitabáquica. Para que los esfuerzos encaminados a controlar esta epidemia puedan dar fruto, es imprescindible contar con un compromiso político constante y con la aportación de recursos adicionales, tanto a nivel mundial como en los países. Las mejoras

Recuadro 6.3 El tabaquismo entre los escolares en la Región del Pacífico Occidental

Los datos obtenidos del primer grupo de países de la Región en completar la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes revelan la existencia de tasas de consumo de tabaco y exposición al humo ambiental alarmantemente elevadas entre los escolares del Pacífico Occidental con edades comprendidas entre los 13 y los 15 años. Muchos de esos niños empezaron a fumar antes de los 10 años, y la inmensa mayoría desean abandonar el tabaco, pero su adicción a la nicotina se lo impide.

Según los resultados de esta encuesta, en la que participaron China, Fiji, Filipinas, las Islas Marianas Septentrionales, Palau y Singapur, en algunas regiones de China, entre un 20% y un 40% de los niños empiezan a fumar antes de los 10 años, frente a un 14% en Filipinas; en Fiji y Singapur esa proporción ronda el 22%, y en las Islas Marianas Septentrionales y Palau oscila entre el 31% y el 32%. En total, entre el 35% y el 65% de los niños están expuestos en sus hogares al humo ajeno.

El número de niños que manifestaron el deseo de dejar de fumar ascendía a un 87% en China y un 85% en Filipinas, y no bajaba de un 62% para la totalidad de los niños que participaron en la encuesta. Esas cifras indican una urgente necesidad de concebir intervenciones especialmente dirigidas a los niños y adolescentes que ayuden a éstos a rechazar el tabaco. En lo que respecta a los niños que ya padecen adicción, es imperativo ofrecer estrategias de deshabituación apropiadas para ese grupo de edades. Por otro lado, existe una necesidad clara y apremiante de adoptar medidas eficaces que protejan a los niños y a los jóvenes de los efectos de la exposición al humo ajeno. Para asegurar a los niños la debida protección, la OMS exhorta a los gobiernos a establecer programas integrales de lucha antitabáquica que se ajusten a los principios esbozados en el Convenio Marco para el Control del Tabaco.

sanitarias así obtenidas, en especial las que beneficien a las poblaciones pobres, constituirán un importante logro de salud pública.

Peligros del tráfico rodado: epidemias ocultas

Cada año, más de 20 millones de personas sufren traumatismos graves o encuentran la muerte en las carreteras del mundo. La incidencia es mayor en los países en desarrollo, donde seguirá aumentando debido a la rápida expansión del parque automovilístico.

Además de los costos directos asociados a los traumatismos y las muertes en carretera, el aumento del número de vehículos y el mantenimiento de determinadas políticas de transporte tienen otras repercusiones sanitarias graves, así como efectos sociales, económicos y ambientales más amplios (22). En algunos países, la contaminación atmosférica achacable al transporte por carretera causa aún más víctimas mortales que los accidentes de tráfico (23). Además de los efectos directos que tiene en las enfermedades respiratorias y coronarias, el transporte motorizado produce aproximadamente la cuarta parte de las emisiones antropógenas de gases responsables del cambio climático (24). Esas «epidemias ocultas» reciben una atención nacional o internacional relativamente escasa en comparación con la prestada a las principales enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Buena parte de las lesiones causadas por los accidentes de tráfico son evitables. Existen numerosas intervenciones accesibles y asequibles que permiten prevenir los traumatismos y salvar muchas vidas. Hasta la fecha, la evaluación de esas intervenciones se ha centrado principalmente en los países desarrollados, y se necesitan más investigaciones sobre su eficacia en los países en desarrollo. Se están redoblando los esfuerzos para lograr que la población mundial conozca mejor el problema y sus soluciones y para fomentar la adopción de políticas y prácticas de seguridad vial. Varios países han empezado a aplicar estrategias integradas para hacer frente a los riesgos relacionados con el tráfico y potenciar los efectos beneficiosos de las políticas de transporte y ordenación del espacio público que promueven la actividad física y la realización de proyectos coherentes de desarrollo comunitario (25).

En los países en desarrollo, la epidemia de traumatismos por accidentes de tráfico es aún incipiente, aunque amenaza con crecer de forma exponencial si no se adoptan rápidamente medidas para contenerla (26). Los países de ingresos bajos y medios soportan ya la desmesurada carga del 90% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos a causa de traumatismos y defunciones atribuibles a accidentes de tráfico. Las tasas de letalidad están disminuyendo en los países de ingresos altos, pero aumentan con rapidez en el mundo en desarrollo, especialmente en Asia (27). El problema es tan grave que, de aquí a 2020, los traumatismos por accidentes de tráfico probablemente pasarán a constituir a nivel mundial la tercera causa más importante de pérdida de AVAD (28). Se prevé que para entonces las defunciones imputables al tráfico rodado habrán aumentado en un 92% en China y en un 147% en la India, y que muchos otros países en desarrollo registrarán un incremento medio del 80% (29).

Además del inaceptable número de víctimas humanas, los accidentes de tráfico imponen también un elevado costo económico, estimado en unos US\$ 518 000 millones anuales, de los que unos US\$ 65 000 millones corresponden a los países en desarrollo (27). Está claro que los países que luchan por su desarrollo económico no pueden permitirse tales pérdidas, que tienen importantes repercusiones en los sistemas nacionales de atención de salud. En muchos hospitales de países de ingresos bajos y medios, los traumatismos representan aproximadamente la tercera parte del número de pacientes graves y entre el 30% y el 86% de todas las hospitalizaciones por lesiones (30); la mayoría de esas hospitalizaciones se deben a traumatismos por accidentes de tráfico.

Aunque diariamente se registran más de 3000 víctimas mortales, el hecho de que, en general, cada accidente de tráfico cause sólo un número limitado de defunciones y reciba escasa cobertura mediática hace difícil el reconocimiento pleno de la magnitud del problema y permite que la epidemia de traumatismos por accidentes de tráfico siga en la sombra.

A diferencia de lo que ocurre con algunas otras epidemias, los traumatismos por accidentes de tráfico vienen condicionados en buena medida por decisiones y opciones adoptadas tanto a nivel político como individual, lo que significa que el problema es susceptible de control. Se ha comprobado que los automóviles tienen efectos letales mucho mayores en los países en desarrollo que en los que presentan elevados índices de motorización; en algunos casos la diferencia es del orden de 200 veces (27). Dado que el parque automovilístico tiende a aumentar rápidamente en los países en desarrollo, las carreteras se están volviendo notablemente más peligrosas; así como cabe prever un incremento en la utilización de vehículos, es posible vaticinar también un aumento de las defunciones y los traumatismos entre los usuarios vulnerables de la vía pública. Aunque hay posibilidades de lograr un compromiso mundial para el control de esta epidemia, ello exigirá una colaboración intersectorial y la formulación de políticas específicas y planes de acción nacionales. El número de víctimas mortales imputable a los accidentes de tráfico se estima en 1,3 millones; esta oportunidad de salvar tantas vidas no se puede desperdiciar.

La seguridad: una responsabilidad compartida

La experiencia de los países desarrollados demuestra que los accidentes de tráfico pueden prevenirse; de hecho, determinadas intervenciones han salvado ya cientos de miles de vidas. Los datos existentes ponen de manifiesto la necesidad de adoptar un enfoque de la seguridad vial que reconozca que el conductor, el vehículo y las infraestructuras viarias constituyen tres componentes de un mismo sistema dinámico en el que la seguridad es una responsabilidad compartida. La finalidad de ese enfoque es detectar todas las causas de error o fallos de diseño que favorecen los traumatismos por accidentes de tráfico y, seguidamente, tratar de mitigar las consecuencias (31).

En muchos países desarrollados, se han adoptado durante los últimos decenios numerosas medidas para mejorar la seguridad de los vehículos, las carreteras y los conductores. Entre las innovaciones introducidas en los vehículos cabe citar: carrocerías frontales que favorecen la absorción de impactos, columnas de dirección plegables, cinturones de seguridad, reposacabezas integrados, *airbags* y asientos para niños. Las carreteras se han mejorado gracias a la colocación de medianeras para separar los dos sentidos de la circulación y a la eliminación de cruces. El tránsito peatonal se ha separado del motorizado mediante la colocación de vallas al borde de las calzadas, se han introducido mejoras en el alumbrado público y se han instalado badenes para reducir la velocidad de los vehículos. El uso de cinturones de seguridad para los conductores y pasajeros y de cascos para los motociclistas se ha hecho obligatorio, y se han elaborado y promulgado leyes rigurosas contra el exceso de velocidad y la conducción bajo los efectos del alcohol. Gracias a la aplicación de esas medidas se ha logrado salvar cientos de miles de vidas. Así, por ejemplo, las tasas de mortalidad relacionadas con los vehículos de motor descendieron en los Estados Unidos entre 1996 y 1997 en más de un 40%.

Las intervenciones que resultan costoeficaces en los países desarrollados también pueden ser válidas para los países de ingresos bajos. Para que surtan el máximo efecto, todas las estrategias de prevención deben ir acompañadas de una aplicación eficaz de la legislación pertinente (32).

Aunque los datos sobre la importancia de las intervenciones en materia de seguridad son contundentes, los conocimientos actuales necesitan ser adaptados para favorecer el éxito de esas intervenciones en los países en desarrollo. Las circunstancias únicas de seguridad vial de

cada país y región son temas de estudio importantes. También es preciso comprender mejor los modos de vida y demás factores que determinan la disparidad de modelos de siniestralidad vial entre países pobres y ricos. Por ejemplo, en los países más ricos, la mayor parte de los heridos se hallan en el momento del accidente en el interior de un vehículo, mientras que en los países pobres la mayoría de las veces las víctimas son los usuarios más vulnerables de las calzadas, es decir, los peatones, los ciclistas y los usuarios de medios de transporte público (33).

En muchos países, las bicicletas y motocicletas son el medio de transporte más barato y peligroso (34) y comparten la calzada con automóviles, autobuses y camiones. Los ciclistas y motociclistas y sus acompañantes son extremadamente vulnerables a los efectos de la velocidad y la escasa visibilidad y corren un riesgo incluso mayor si viajan sin casco u otro medio de protección. Las lesiones cerebrales constituyen una causa de defunción frecuente en los accidentes de tráfico en que están implicados vehículos de dos ruedas. La utilización de los faros durante el día está arrojando resultados prometedores, ya que hace más visibles a ciclistas y motoristas.

Movilización para la acción

Muchos dirigentes políticos no son plenamente conscientes de la importancia y gravedad que revisten los traumatismos por accidentes de tráfico. Para propiciar una acción inmediata y sostenida de fomento de la seguridad vial a nivel mundial y nacional se requieren campañas de sensibilización y promoción a largo plazo. En los últimos años, la OMS ha reforzado su participación en actividades de prevención en esa esfera. En 2001 elaboró una estrategia de cinco años destinada a la prevención de los traumatismos por accidentes de tráfico con miras a dar orientación a investigadores, facultativos e instancias decisorias y lograr que el público tome conciencia de la importancia que reviste la prevención de este tipo de traumatismos (35). Esa estrategia, que presta especial atención a la epidemiología, la prevención y la sensibilización, se está aplicando actualmente en varios países, entre ellos Camboya, Etiopía, México, Polonia y Viet Nam, con la participación activa de la OMS.

El Día Mundial de la Salud, que se celebra en todo el mundo el 7 de abril de cada año, estará dedicado en 2004 a la seguridad vial; en esta ocasión el día quedará marcado por la presentación del *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos por accidentes de tráfico*, que la OMS va a publicar en colaboración con el Banco Mundial. En dicho informe se documentarán exhaustivamente los determinantes y la magnitud de los traumatismos provocados por los accidentes de tráfico y se ofrecerán datos y soluciones basados en criterios científicos. En mayo de 2003, la Asamblea General de las Naciones Unidas reconoció que los traumatismos por accidentes de tráfico constituían una epidemia mundial; está previsto que en abril de 2004 se celebre, coincidiendo con el Día Mundial de la Salud, un periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas para promover la seguridad vial e instar a los países a que elaboren los planes nacionales que procedan. El UNICEF, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas y otras organizaciones también están contribuyendo a sensibilizar a la opinión pública.

Es preciso alentar a los dirigentes de los países y a la sociedad civil a que reconozcan la carga de muertes y traumatismos que causan las carreteras y a que se comprometan a reducirla. Los programas nacionales para mejorar la seguridad vial requerirán no sólo la participación de los sectores de la salud pública y el transporte, sino también el apoyo de las instancias decisorias de sectores como la justicia, las fuerzas del orden, la atención de salud, la enseñanza y la planificación urbana. Además, las iniciativas de los poderes públicos deberán contar con el respaldo de las organizaciones no gubernamentales y las asociaciones profesionales.

La evaluación exhaustiva del sistema de seguridad vial de cada país permitirá conocer los pormenores de la carga actual (quiénes son las víctimas de traumatismos o víctimas mortales).

les; dónde, cuándo y cómo se producen los accidentes), determinar las opciones para reducir esa carga, identificar a los diversos actores de diferentes sectores que pueden participar en las intervenciones y recibir la formación necesaria, y determinar las dificultades propias de cada país. Las necesidades en materia de personal cualificado de diversa índole para llevar a cabo las labores de prevención y tratamiento de los traumatismos dependerán de la capacidad que ya tenga cada país y del resultado que den sus intentos de captación de recursos adicionales.

Uno de los puntos fuertes de la salud pública ha sido siempre la vigilancia de las enfermedades mediante el acopio y la utilización de información relativa a las pautas epidemiológicas, los factores de riesgo y la eficacia de las intervenciones de prevención y tratamiento. Las técnicas de vigilancia e investigación también son aplicables a los traumatismos por accidentes de tráfico, y los métodos tradicionales de evaluación de la salud pública se pueden ampliar para dar cabida a otros componentes fundamentales de los sistemas de cada país. Una vez ultimada y analizada la evaluación, todos los sectores pueden colaborar en la preparación y ejecución de planes destinados a modificar, según proceda, las carreteras, la normativa legal, el diseño de los vehículos o el comportamiento de las personas, todo ello con el fin de salvar vidas humanas. Los países pobres necesitarán apoyo externo a fin de fortalecer la capacidad necesaria para aplicar las medidas de seguridad vial.

Prevención de traumatismos, seguridad y tratamiento

La prevención, la seguridad y el tratamiento son los tres aspectos fundamentales de cualquier plan nacional que se proponga reducir la carga imputable a los accidentes de tráfico. Estos tres componentes requieren una planificación a corto y largo plazo y una labor de vigilancia para seguir la evolución de los avances y resultados. También será esencial promulgar la legislación pertinente y asegurar su aplicación.

El primer objetivo, y también el más importante, es prevenir los accidentes. Algunos países han avanzado ya en la prevención asegurando la separación física de peatones y automóviles y camiones, levantando barreras y vallas, construyendo contracarriles, ampliando arceles y suprimiendo «puntos negros» especialmente peligrosos. También son eficaces otras medidas como las destinadas a reducir la velocidad – por ejemplo mediante la colocación de bandas rugosas y badenes (véase el recuadro 6.4) – o las que tienen por objeto hacer respetar los límites de velocidad, así como la aplicación de leyes que penalicen la conducción bajo los efectos del alcohol (32).

En segundo lugar, en caso de accidente, los traumatismos pueden ser menos graves si los conductores han tomado las oportunas precauciones de seguridad, como por ejemplo ponerse el casco o abrocharse el cinturón. Asimismo, es posible construir o importar vehículos resistentes a los cho-

Recuadro 6.4 Un ejemplo de estrategia de seguridad vial poco costosa: colocación de badenes en las carreteras de Ghana

Los accidentes de tráfico representan un grave problema en Ghana, donde la tasa de letalidad por cada 10 000 vehículos es entre 30 y 40 veces más elevada que en los países de ingresos altos. Tras identificar el exceso de velocidad en las carreteras interurbanas y zonas muy urbanizadas como uno de los principales factores contribuyentes en lo que atañe a los accidentes de tráfico, se optó por colocar, en algunos puntos especialmente peligrosos, badenes en las calzadas, para obligar a los vehículos a reducir la velocidad y mejorar las condiciones de tránsito para otros usuarios de la vía pública, como los peatones o los ciclistas. Así, por ejemplo, se han colocado en la carretera principal que une las ciudades de Accra y Kumasi bandas rugosas en un lugar en que las colisiones eran especialmente frecuentes, medida ésta que destaca por

su bajo costo. Al reducirse la velocidad de los vehículos, disminuye la energía cinética (responsable de los traumatismos y muertes causados en caso de impacto) y aumenta el tiempo de colisión, lo que contribuye a prevenir muchos accidentes.

La colocación de badenes y bandas rugosas ha dado buenos resultados en las carreteras de Ghana. Durante los 16 meses transcurridos entre enero de 2000 y abril de 2001, los accidentes de tráfico se han reducido en un 35%, el número de víctimas mortales en un 55%, y los traumatismos graves en un 76%. Con estas medidas de reducción de la velocidad también se ha logrado eliminar determinados tipos de colisión y mejorar la seguridad de los peatones.

ques y dotados de elementos de seguridad mejorados, tales como la protección antivuelco. En tercer lugar, los países necesitan sistemas eficaces de respuesta a los traumatismos para transportar y tratar a las víctimas sin demora y poder proceder a su rehabilitación. Si se cuenta con servicios rápidos y eficaces de respuesta en caso de emergencias, es posible reducir la morbilidad y la mortalidad. También es importante dispensar cuidados de rehabilitación de buena calidad como parte integrante de un plan global de atención a las víctimas (36).

La mejora de la seguridad vial requiere la firme resolución de los gobiernos de establecer, financiar y mantener programas a ella dedicados. La colaboración con otros interesados directos – a nivel mundial, nacional y local – acelerará los progresos y contribuirá al desarrollo de modalidades más sostenibles de transporte público y privado. Los países pueden empezar por asumir el compromiso de recabar más elementos de evaluación y crear una base de datos general para supervisar y evaluar los planes nacionales. A medida que se amplíen los conocimientos sobre los traumatismos atribuibles a los accidentes de tráfico, aumentarán las posibilidades de colaboración internacional, interdisciplinaria e interinstitucional. Esa colaboración será un elemento clave para concretar una respuesta rápida a esta epidemia, especialmente en los países más pobres, y mitigar el impacto del tráfico en el medio ambiente mundial.

Dado que una parte desproporcionada de esa carga de traumatismos y defunciones recae sobre los países pobres, es importante avanzar hacia la meta de asegurar una equidad mundial en materia de seguridad, es decir, procurar que todas las personas tengan el mismo acceso a los medios que garanticen su seguridad. Con miras a lograr ese objetivo, los países pobres deberán fortalecer su capacidad en materia de infraestructuras y recursos humanos, para lo cual solicitarán la ayuda de los países desarrollados. También es posible alentar a los gobiernos a considerar la seguridad vial y la protección contra los traumatismos como un importante factor de desarrollo económico, social y ambiental sostenible y a movilizar las fuerzas necesarias para prevenir con eficacia una epidemia que, aunque todavía oculta en su mayor parte, se hará cada vez más visible si no se adoptan medidas para controlarla.

Integración de la seguridad vial en políticas más generales

En la mayoría de los países, tanto ricos como pobres, el efecto más insidioso del transporte por carretera, y motivo de preocupación pública, es la contaminación del aire. Las estimaciones sobre los efectos de la contaminación atmosférica en la salud parecen confirmar que esa preocupación está justificada. En Austria, Francia y Suiza, el número de defunciones relacionadas con la contaminación del aire causada por el tráfico rodado duplica las atribuibles a los accidentes de tráfico (23). Además, se prevé que los gases causantes del cambio climático – de los cuales la cuarta parte procede del transporte (24) – contribuirán al desencadenamiento de fenómenos meteorológicos extremos, entre ellos inundaciones y sequías, y modificarán el hábitat de vectores de enfermedades como los mosquitos, lo que tendrá importantes repercusiones en la salud (37).

Las estructuras de transporte actuales tienen otras muchas consecuencias en la salud (22), como por ejemplo: molestias generalizadas debidas al ruido del tráfico; efectos adversos en las tasas de morbilidad cardiovascular, diabetes, obesidad y algunos tipos de cáncer, por el hecho de que dichas estructuras inducen a muchas personas a abandonar el hábito de desplazarse en bicicleta o a pie (38); y dificultades para desarrollar redes de apoyo locales. Esas consecuencias repercuten de un modo especialmente negativo en las poblaciones urbanas pobres, que soportan mayores niveles de contaminación y suelen tener menos opciones para hacer ejercicio físico (39).

Los traumatismos por accidentes de tráfico son también más frecuentes entre las poblaciones urbanas pobres, que suelen concentrarse en zonas de mayor densidad de circulación y con

una mayor proporción de vehículos infractores de los límites de velocidad (40, 41). Existe, además, una clara relación entre el grado de privación social y económica y el riesgo de traumatismos en los niños (42, 43). Esas diferencias se deben, entre otras razones, a que los niños de familias sin automóvil se ven obligados a cruzar carreteras con más frecuencia que los niños de familias con automóvil (44). Dichas desigualdades constituyen un aspecto en el que sin duda merece la pena centrar las medidas de política, ya que la reducción de los riesgos para la salud entre los pobres es también un poderoso instrumento de reducción de la pobreza (45).

Las políticas adoptadas con miras a reducir la contaminación del aire relacionada con el tráfico no suelen tener en cuenta las demás repercusiones sanitarias de la circulación rodada, como por ejemplo los accidentes y los traumatismos resultantes, ni viceversa (46). Los sistemas de salud tienen un importante papel que desempeñar en la formulación de estrategias de transporte integradas que tomen en consideración todas las repercusiones sanitarias pertinentes (25). Se pueden utilizar instrumentos de evaluación del impacto en la salud¹ para dar una idea más cabal de las consecuencias que las políticas de transporte pueden tener en la salud y formular sugerencias sobre los cambios que cabe introducir en ellas para maximizar los beneficios globales para la salud y minimizar las desigualdades sanitarias (47).

Todos los temas tratados en los capítulos anteriores del presente informe tienen un punto en común: se refieren a problemas de gran importancia que no podrán resolverse eficazmente sin el apoyo de un sólido sistema sanitario. Los destinos respectivos del niño africano víctima de la malaria, del hombre latinoamericano de mediana edad enfermo de diabetes y de la madre asiática infectada por el VIH pueden depender todos ellos de la robustez de sus sistemas nacionales de salud. En el capítulo 7 se constata que lamentablemente muchos de esos sistemas no tienen la suficiente capacidad para hacer frente a las dificultades que encaran, y se proponen iniciativas para prepararlos con miras al futuro.

Referencias

1. *Informe sobre la salud en el mundo 2002 – Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
2. Yusuf S et al. Global burden of cardiovascular diseases. Part I: General considerations, the epidemiologic transition, risk factors and impact of urbanization. *Circulation*, 2001, 104:2746–2753.
3. Beaglehole R. Global cardiovascular disease prevention: time to get serious. *Lancet*, 2001, 358:661–663.
4. Magnus P, Beaglehole R. The real contribution of the major risk factors to the coronary epidemics: time to end the “Only–50%” myth. *Archives of Internal Medicine*, 2001, 161:2657–2660.
5. Rose G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford, Oxford University Press, 1992.
6. Yusuf S. Two decades of progress in preventing vascular disease. *Lancet*, 2002, 360:2–3.
7. *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (OMS, Serie de Informes Técnicos N° 916) (en prensa).
8. *Tonga commitment to promote healthy lifestyles and supportive environment*. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 2003.
9. Alwan A, MacLean D, Mandil A. *Assessment of national capacity for noncommunicable disease prevention and control*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.
10. Armstrong T, Bonita R. Capacity building for an integrated noncommunicable disease risk factor surveillance system in developing countries. *Ethnicity and Disease*, 2003, 13(Suppl 2):S2–13;S2–18.
11. Strong K, Bonita R. *The SuRF report. 1. Surveillance of risk factors related to noncommunicable diseases: current status of global data*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
12. Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*, 2003, 362:847–852.
13. Peto R et al. *Mortality from smoking in developed countries 1950–2000*. 2nd ed. Oxford, Oxford University Clinical Trial Service Unit (<http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/>, visitado el 2 de septiembre de 2003).

¹ Véase el sitio web <http://www.who.int/hia>.

14. Guindon GE, Boisclair D. *Past, current and future trends in tobacco use*. Washington, DC, Banco Mundial, 2003 (HNP Discussion Paper No. 6, Economics of Tobacco Control Paper No. 6).
15. Van Walbeek C. *Tobacco excise taxation in South Africa*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/NMH/TFI/FTC/03.4).
16. Chitanondh H. *Thailand country report on tobacco advertising and promotional bans*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/NMH/TFI/FTC/03.9).
17. *La epidemia de tabaquismo: Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco*. Washington, DC, Banco Mundial, 2000.
18. Henningfield JE, Slade J. Tobacco-dependence medications: public health and regulatory issues. *Food, Drug and Law Journal*, 1988, 53(Suppl):75–114.
19. Friend K, Levy D. Smoking treatment interventions and policies to promote their use: critical review. *Nicotine and Tobacco Research*, 2001, 3:299–310.
20. *Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
21. Price L, Allen M. *Effective access to tobacco dependence treatment, New Zealand*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/NMH/TFI/FTC/03.8).
22. Dora C, Phillips M. *Transport, environment and health*. Copenhagen, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2000 (WHO Regional Publications, European Series, No. 89; http://www.euro.who.int/transport/publications/20021008_1, visitado el 23 de septiembre de 2003).
23. Kunzli N et al. Public health impacts of outdoor and traffic-related air pollution: a European assessment. *Lancet*, 2000, 356:795–801 (http://www.euro.who.int/transport/HIA/20021107_3, visitado el 23 de septiembre de 2003).
24. Metz B et al., eds. *Climate change 2001. Mitigation*. Cambridge, Cambridge University Press for the Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC), 2001.
25. Dora C, Racioppi F. Including health in transport policy agendas: the role of health impact assessment analyses and procedures in the European experience [Inclusión de la salud en las agendas de las políticas de transporte: función de los análisis y procedimientos de evaluación del impacto sanitario en la experiencia de Europa]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:399–403 (resumen en español).
26. Rosenberg ML, Rogmans W. The global challenge of road traffic injuries. Foreword. *Injury Control and Safety Promotion*, 2003, 10:1.
27. Jacobs G, Aaron-Thomas A, Astrop A. *Estimating global road fatalities*. London, Transport Research Laboratory, 2000 (TRL Report No. 445).
28. Murray CJL, Lopez A, eds. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1999 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).
29. Kopits E, Cropper M. *Traffic fatalities and economic growth*. Washington, DC, Banco Mundial, 2003 (Policy Research Working Paper No. 3035).
30. Odero W, Garner P, Zwi A. Road traffic injuries in developing countries: a comprehensive review of epidemiological studies. *Tropical Medicine and International Health* 1997; 2:445–460.
31. Ward D. *The UN can make a special contribution to road safety*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 29 de mayo de 2003.
32. Forjuoh S. Traffic-related injury prevention interventions for low-income countries. *Injury Control and Safety Promotion*, 2003, 10:109–118.
33. Nantulya VM, Reich MR. Equity dimensions of road traffic injuries in low- and middle-income countries. *Injury Control and Safety Promotion*, 2003, 10:13–20.
34. McCormac D. *Traffic in Vietnam*. Fulbright Economics Teaching Program case study (http://www.fetp.edu.vn/Research_casestudy/display.cfm?fileid=43, visitado el 23 de septiembre de 2003).
35. *Estrategia quinquenal de la OMS para la prevención de lesiones por accidentes de tráfico*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (WHO/NMH/VIP/01.03).
36. Mock C, Arriola-Risa C, Quansah R. Strengthening care for injured persons in less developed countries: a case study of Ghana and Mexico. *Injury Control and Safety Promotion*, 2003, 10:45–51.
37. McMichael AJ et al., eds. *Climate change and human health: risks and responses*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
38. Racioppi F et al. *A physical active life through everyday transport: with a special focus on children and older people*. Copenhagen, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2002 (<http://www.euro.who.int/document/e75662.pdf>, visitado el 15 de septiembre de 2003).
39. *Road transport and health*. London, British Medical Association, 1997.

40. Mueller B et al. Environmental factors and risks for childhood pedestrian-motor vehicle collision occurrence. *American Journal of Epidemiology*, 1990, 132:550–560.
41. Stevenson M et al. A case control study of traffic risk factors and child pedestrian injury. *International Journal of Epidemiology*, 1995, 24:957–964.
42. *Safety of vulnerable road users*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 1999.
43. Joly M et al. Geographical and socio-ecological variations of traffic accidents among children. *Social Science and Medicine*, 1991, 33:765–769.
44. DiGiuseppe C et al. Influence of changing travel patterns on child death rates from injuries: trend analysis. *British Medical Journal*, 1977, 314:710–713.
45. *Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico. Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.
46. Tiwari G. Transport and land-use policies in Delhi [Políticas de transporte y uso de la tierra en Delhi]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:444–450 (resumen en español).
47. Berensson K, Millar S. *Focusing on health – HIA. How can the health impact of policy decisions be assessed?* (<http://www.who.int/hia/tools/toolkit/whohia038/en/>, visitado el 23 de septiembre de 2003).



Capítulo 7

Sistemas de salud: principios para una atención integrada

A fin de hacer frente a los formidables desafíos descritos hasta aquí, en este capítulo se exhorta a asentar el refuerzo de los sistemas de salud en los principios básicos de atención primaria esbozados en Alma-Ata en 1978: acceso y cobertura universales en función de las necesidades; equidad sanitaria como parte del desarrollo orientado a la justicia social; participación de la comunidad en la definición y aplicación de las agendas de salud; y enfoques intersectoriales de la salud. Estos principios siguen siendo válidos, pero deben ser reinterpretados a la luz de los cambios radicales que ha experimentado el campo de la salud durante los últimos 25 años. Se examinan aquí cuatro problemas importantes que deben ser abordados por los sistemas de salud, a saber, la crisis mundial de personal sanitario, la insuficiencia de la información sanitaria, la falta de recursos financieros, y el reto que supone para la rectoría la aplicación de políticas sanitarias que promuevan la equidad en un entorno pluralista.

7

Sistemas de salud: principios para una atención integrada

Si se quiere afrontar los retos para la salud mundial examinados en los capítulos anteriores, es necesario reforzar los sistemas de salud. Sin este requisito, los objetivos sanitarios descritos en este informe seguirán fuera de nuestro alcance. Las enseñanzas derivadas de los éxitos del pasado, incluidas las aptitudes y estrategias desarrolladas a partir de la experiencia en la lucha contra la poliomielitis y el SRAS, se deben aplicar en la emergencia de tratamiento contra el VIH/SIDA y en la lucha para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los progresos hacia esos y otros objetivos no serán sostenibles a menos de que las metas de salud concretas – en particular la meta «tres millones para 2005», consistente en llevar hasta tres millones de personas de los países en desarrollo la politerapia antirretroviral contra el VIH/SIDA para finales de 2005 – respalden un amplio desarrollo horizontal de la capacidad de los sistemas de salud.

Pese a las reformas sanitarias de las últimas décadas, no se ha progresado lo suficiente en el desarrollo de sistemas de salud que promuevan mejoras sanitarias colectivas. Sin embargo, están surgiendo nuevas oportunidades. La salud sigue figurando en lugar destacado en la agenda de desarrollo internacional, y se empieza a disponer de nuevos fondos para las actividades sanitarias en los países pobres. La extensión de los contextos favorables a la salud y de una atención de calidad a todo el mundo constituye el principal imperativo de los sistemas de salud.

En este capítulo se analiza de qué manera los valores y las prácticas de la atención primaria, adaptados a las realidades del complejo panorama sanitario actual, pueden constituir la base necesaria para mejorar los sistemas de salud. Se examinan ideas básicas sobre la atención primaria y se aclara el concepto de desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria. Se examinan seguidamente cuatro grandes retos afrontados por los sistemas de salud, como son la crisis mundial de personal sanitario; la falta de pruebas científicas idóneas y oportunas; la falta de recursos financieros, y las dificultades de la rectoría para aplicar políticas sanitarias proequidad en un entorno pluralista. En la sección final se examina cómo está colaborando la OMS con los países para clarificar los objetivos de los sistemas de salud y reforzar los sistemas en consonancia con los principios de la atención primaria.

El sistema de salud abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud (1). Por sistema de atención sanitaria, en cambio, entendemos las instituciones, las personas y los recursos implicados en la prestación de atención de salud a los individuos. Este capítulo se centra sobre todo en los sistemas de atención sanitaria. No obstante, los dispensadores de atención sanitaria suelen participar en la promoción de entornos favorables a la salud en la comunidad. Es más, esta relación entre la función de atención a los pacientes y la función de salud pública constituye uno de los rasgos definitorios de la atención primaria.

El marco de evaluación del desempeño de los sistemas de salud desarrollado por la OMS a finales de los años noventa se propuso materializar el interés de la atención primaria por la equidad y por los resultados de salud en las poblaciones, suministrando a ese fin instrumentos analíticos que habían de permitir traducir tal empeño en pruebas científicas pertinentes. El marco señalaba a la atención de los planificadores de políticas cuestiones tales como los gastos catastróficos en salud registrados en algunos países. Aunque en este informe no se aplica directamente ese marco, se asume que las instancias normativas utilizarán este y otros instrumentos de interés para medir los logros de una estrategia de extensión masiva de los sistemas de salud basada en la atención primaria.

En los últimos años hemos adquirido conocimientos muy valiosos sobre el funcionamiento de los sistemas de salud y sobre las razones de que fallen. Iniciativas como el Observatorio Europeo de la OMS sobre los Sistemas de Atención Sanitaria están aportando importantes claves (véase el recuadro 7.1), pero quedan algunos interrogantes importantes por resolver. Este informe no propone un modelo completo del desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria, tarea imposible por ahora dada la evidencia disponible; su objeto es abrir líneas de investigación que ayuden a los países y los asociados internacionales para la salud cuando deban sopesar las opciones al alcance y tomar medidas de refuerzo de los sistemas a fin de hacerlos más sensibles a las necesidades y demandas de toda la población, sobre todo de los pobres.

Principios básicos de la atención primaria de salud

La atención primaria se convirtió en la política central de la OMS en 1978, con la adopción de la Declaración de Alma-Ata y de la estrategia de «Salud para todos en el año 2000». Veinticinco años más tarde, los valores que encarna la atención primaria siguen gozando de un fuerte respaldo internacional. Los resultados preliminares de un importante análisis llevan a pensar que muchos de quienes integran la comunidad sanitaria mundial consideran que el enfoque de la atención primaria es indispensable para un progreso equitativo en el campo de la salud (2).

Recuadro 7.1 Observatorio Europeo sobre los Sistemas de Atención Sanitaria

Los países de la Región de Europa (diversos desde el punto de vista del idioma, la historia y la riqueza) tienen una variedad de enfoques respecto de la organización de los sistemas de salud. El Observatorio Europeo sobre los Sistemas de Atención Sanitaria y las políticas correspondientes tienen el cometido de difundir información sobre más de un decenio de cambios, analizar las reformas y obtener pruebas de lo que resulta eficaz en diferentes contextos y por qué. Vela por que las instancias normativas nacionales puedan situar sus experiencias respectivas en el contexto europeo y hacer comparaciones más allá de las fronteras, inspirarse en análisis temáticos y comparativos de los principales retos a los que hacen frente, y tener acceso a pruebas claras y prácticas.

El Observatorio es una asociación integrada por la Oficina Regional de la OMS para Europa, gobiernos (los de España, Grecia y Noruega), organismos internacionales y no gubernamentales (el Banco Europeo de Inversiones, el Open Society Institute y el Banco Mundial) y representantes del ámbito académico (la Escuela de Economía y Ciencias Políticas de Londres y la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres). Todo el material del Observatorio está a disposición en su sitio web.¹

Información y seguimiento. «Health Systems in Transition», una serie de 70 perfiles de países, ofrece respuestas analíticas a un conjunto normalizado de preguntas y utiliza definiciones claras para

establecer información de referencia y señalar lo que es característico de un país determinado. El Observatorio abarca toda la Región de Europa y otros países de la OCDE, lo que permite hacer comparaciones sistemáticas y un examen de las reformas con el transcurso del tiempo.

Análisis. El Observatorio produce estudios integrales sobre los principales elementos de los sistemas y las políticas de salud, entre ellos los hospitales, el financiamiento, la reglamentación, la ampliación de la Unión Europea, el seguro médico social, las adquisiciones, la atención primaria, las preparaciones farmacéuticas, la salud mental, los recursos humanos y las metas. Utiliza investigaciones de otras fuentes, o investigaciones metaanalíticas, y reúne a expertos de toda Europa para sintetizar conclusiones, analizar las experiencias de los países dentro de un marco conceptual y extraer enseñanzas prácticas y alternativas.

Difusión. La colaboración con las instancias normativas y sus asesores ayuda a asegurar que éstos puedan utilizar la información y los análisis generados. El Observatorio, a menudo en asociación con organismos que apoyan la reforma de los sistemas y las políticas de salud, organiza seminarios y talleres para pequeños grupos de instancias normativas de alto nivel sobre asuntos tales como las opciones de financiamiento, las implicaciones de la adhesión de nuevos Estados Miembros o la equidad.

¹ www.observatory.dk

No existe una definición uniforme y aplicable universalmente de la atención primaria. En el documento de Alma-Ata había ambigüedades, debido a que el concepto denotaba tanto un nivel de asistencia como un enfoque global de la política sanitaria y el suministro de servicios. En los países de ingresos altos y de ingresos medios, la atención primaria se entiende sobre todo como el primer nivel asistencial, mientras que en los países de ingresos bajos donde el acceso a la atención sanitaria sigue planteando retos importantes se considera más bien como una estrategia de todo el sistema.

Conviene entender la atención primaria como un concepto que implica tanto principios fundamentales como un conjunto variable de actividades básicas. A los efectos del presente análisis, lo más importante son los principios (3), que se cifran en lo siguiente:

- acceso universal a la atención y cobertura en función de las necesidades;
- adhesión a la equidad sanitaria como parte de un desarrollo orientado a la justicia social;
- participación de la comunidad en la definición y aplicación de las agendas de salud;
- enfoques intersectoriales de la salud.

Principios perdurables en un entorno cambiante

En los últimos 25 años se han producido grandes cambios, a nivel mundial, nacional y local, en los entornos en cuyo marco los valores de la atención primaria deben traducirse en medidas. Entre las transiciones demográficas y epidemiológicas más importantes cabe citar el envejecimiento de las poblaciones, la explosión de VIH/SIDA y la creciente doble carga de morbilidad que arrostran los países de ingresos bajos y medios (véase el ejemplo del recuadro 7.2). Los progresos de la tecnología sanitaria han transformado muchos aspectos de la práctica médica y han generado expectativas respecto al tipo de funciones y servicios que deberían proporcionar los sistemas de salud.

Recuadro 7.2 La atención primaria en un entorno cambiante: las «casas de salud» de la República Islámica del Irán

El Gobierno de la República Islámica del Irán ha invertido mucho en la capacitación de los dispensadores de asistencia sanitaria. Los establecimientos de atención primaria, popularmente conocidos como «casas de salud», integran una red activa dotada de trabajadores de salud comunitarios, o *behvarzes*, capacitados y supervisados regularmente por el personal de los centros de salud de distrito. Los *behvarzes* prestan atención y asesoramiento básicos sobre muchos aspectos de la salud materno-infantil y las enfermedades transmisibles más comunes. También registran la información sanitaria local a través del sistema de datos del «horóscopo vital», que contiene datos recogidos durante las visitas domiciliarias anuales. Este sistema ofrece información valiosa para planificar los servicios a escala tanto local como nacional. Hay un alto grado de participación en la atención de salud orientada hacia la comunidad; el 90% de la población tiene un plan de seguro médico, y algunos de esos planes están diseñados explícitamente para proteger a los pobres.

Hoy día, la República Islámica del Irán tiene ante sí varios retos para mantener esos logros en un entorno en mutación. Ha cambiado el perfil epidemiológico del país, en parte como consecuencia del éxito de la estrategia de atención primaria. La principal carga de morbilidad es atribuible a las enfermedades no transmisibles y los traumatismos, aunque hay algunas diferencias entre las provincias más ricas y las más

pobres. Está aumentando la urbanización, con los consiguientes cambios de los modos de vida. Está creciendo el sector de la salud privado. La gestión clínica de casos a menudo no se basa lo suficiente en pruebas científicas. Un estudio reciente sobre la financiación de la atención sanitaria demostró que el sistema de financiación no era tan equitativo como se había pensado: los pagos en efectivo son altos, y los pobres están menos protegidos de los gastos de salud catastróficos que antes.

El Gobierno procura responder a esos nuevos retos. Ya está empezando a reorientar las actividades de atención primaria desplegadas en las casas de salud. Las directrices técnicas para las intervenciones y la capacitación de los diferentes grupos de trabajadores de salud se están revisando como parte de un esfuerzo encaminado a mejorar la calidad de la atención. Se está deliberando sobre un conjunto de prestaciones comunes, sobre lo que éstas deben abarcar y quién las debe proporcionar, y específicamente sobre cómo hacer participar de manera más eficaz a los proveedores privados en las intervenciones más importantes, tanto preventivas como curativas, por ejemplo por contrato. Los diferentes planes de seguro se están examinando en el marco de un análisis más amplio de la financiación general de los sistemas de salud y se está debatiendo sobre los tipos de arreglos institucionales del sector público que permitirían mejorar la calidad y la eficiencia de los proveedores públicos.

También ha cambiado el contexto institucional de la planificación de las políticas de salud y de la prestación de atención sanitaria. Se han redefinido las responsabilidades y los objetivos de los gobiernos en el sector de la salud, de tal manera que muchas entidades del sector privado, lucrativas y no lucrativas, están desempeñando un papel cada vez más notorio en la prestación de atención sanitaria. Las fórmulas de colaboración responden a diversas razones, pero la falta crónica de financiación suficiente de los servicios de salud públicos es a menudo un importante factor. Los procesos de descentralización y las reformas del sector sanitario han tenido efectos dispares en el desempeño de los sistemas de atención sanitaria (4).

Las propias ideas y actividades asociadas a la atención primaria también se han transformado. En los años ochenta encontró aceptación el enfoque conocido como «atención primaria selectiva». Centrándose en los retos técnicos inherentes a la ejecución de intervenciones básicas limitadas en las zonas pobres, esta estrategia alentó las estructuras de programas «verticales». Estos programas hicieron posible importantes progresos, por ejemplo en lo relativo a la cobertura de inmunización y la reducción de la mortalidad en la niñez, pero no encajaban con la perspectiva integrada de la atención primaria desarrollada en Alma-Ata, en particular con su énfasis en la necesidad de abordar los determinantes socioeconómicos de la mala salud. En los años noventa el Banco Mundial recomendó un conjunto de intervenciones básicas de salud pública y un paquete de servicios médicos esenciales influido por los modelos de atención primaria, pero hubo voces críticas que pusieron en tela de juicio que esas estrategias respondieran adecuadamente a los mensajes de equidad y participación de la comunidad emanados de Alma-Ata (5).

Originalmente, la atención primaria y el movimiento en pro de la salud para todos representaba un esfuerzo destinado a cambiar las prácticas y las estructuras en el sector de la salud sobre la base de criterios de salud de la población. Las actividades posteriores de reforma del sector de la salud se han visto orientadas a menudo por criterios en gran medida ajenos a la salud (por ejemplo, promesas generales de descentralización o de reforma de la administración pública, o la necesidad de reducir los gastos del Estado). La reafirmación de los principios de la atención primaria por los interesados directos en la salud mundial demuestra el reconocimiento de la necesidad de retomar el criterio de salud de la población como base de las decisiones que afectan a la manera de organizar, retribuir y suministrar los servicios de atención de salud.

Aplicación de los principios en el marco de un enfoque sistémico

El presente informe reafirma un desplazamiento conceptual importante hacia el modelo de sistemas de salud basados en la atención primaria. Un enfoque sistémico permite resolver el conflicto potencial entre la atención primaria entendida como nivel diferenciado de asistencia y su acepción como enfoque general de la prestación de servicios de salud responsivos y equitativos. Este desplazamiento pone de relieve que la atención primaria está integrada en un todo más amplio, y que sus principios informarán y orientarán el funcionamiento del conjunto del sistema.

Un sistema de salud basado en la atención primaria:

- estará basado en los principios de Alma-Ata de equidad, acceso universal, participación de la comunidad y acción intersectorial;
- tendrá en consideración cuestiones sanitarias generales de ámbito poblacional, reflejando y reforzando las funciones de salud pública;
- creará las condiciones necesarias para asegurar un suministro eficaz de servicios a los pobres y los grupos excluidos;

- organizará una asistencia integrada y sin fisuras, que vinculará la prevención, la atención a enfermos agudos y la atención a enfermos crónicos en todos los elementos del sistema sanitario;
- evaluará continuamente la situación para procurar mejorar el desempeño.

Para lograr la atención integrada que prevé ese sistema, es necesario intervenir en todo el continuum de enfermedades. Y para hacer frente a la carga creciente de enfermedades crónicas, tanto transmisibles como no transmisibles, se requieren actividades iniciales de promoción de la salud y prevención de las enfermedades en la comunidad, y actividades finales de manejo de las enfermedades en los servicios de atención sanitaria. Los dos modelos de atención sanitaria integrada, el modelo de atención a pacientes crónicos y su extensión – el innovador marco de la OMS de atención para las enfermedades crónicas –, promueven los conceptos de atención primaria: las asociaciones intersectoriales, la participación de la comunidad y una atención poblacional sin fisuras. La evidencia disponible respalda el uso de esos modelos integrados como medio de aplicación de los principios de atención primaria, pues se ha observado una reducción del gasto sanitario, un menor uso de los servicios de atención de salud y un mejor estado de salud (6–9).

La vinculación de la extensión del tratamiento contra el VIH/SIDA y el desarrollo de los sistemas de atención de salud constituye un reto decisivo. No existe un plan concreto de trabajo, pero están surgiendo ejemplos interesantes. Desde mayo de 2001, Médicos Sin Fronteras viene proporcionando terapia antirretroviral para el VIH/SIDA a través de los centros de atención primaria en la ciudad de Khayelitsha (Sudáfrica) (10). El suministro de tratamiento contra el VIH/SIDA en un entorno de atención primaria subraya las posibilidades de integración de los distintos tipos de asistencia y empieza a revelar de qué manera la extensión masiva del tratamiento puede inscribirse – y ayudar a impulsarlo – en un fortalecimiento general de los sistemas de atención sanitaria basado en los principios de la atención primaria. El programa de antirretrovirales de Khayelitsha aplica un modelo de prestación de servicios basado en las enfermeras y depende de una fuerte movilización de la comunidad para el apoyo por compañeros. Se ha demostrado que el tratamiento del VIH/SIDA se despliega con la máxima eficacia cuando:

- se consigue movilizar la totalidad del sistema de salud, e integrar las actividades de tratamiento contra el VIH/SIDA en el paquete básico de asistencia;
- los servicios de tratamiento están descentralizados para garantizar la cobertura y la participación de la comunidad;
- el tratamiento y la atención son parte de un «continuum asistencial» respaldado por un sistema de atención domiciliaria vinculado a los servicios y un sistema de derivación de casos.

Los recursos adicionales que deben canalizarse hacia los sectores sanitarios de los países para apoyar las actividades de control del VIH/SIDA, en particular la iniciativa «tres millones para 2005», se pueden usar de manera que refuercen horizontalmente los sistemas de salud. El desarrollo de estrategias específicas de contexto para conseguir tal cosa será parte de la colaboración técnica de la OMS con los países. Análogamente, si la comunidad internacional sigue las recomendaciones formuladas por la Comisión sobre Macroeconomía y Salud para que se aumenten sustancialmente las inversiones mundiales en salud, los años venideros brindarán una oportunidad decisiva para desarrollar sistemas de salud orientados por la atención primaria.

La extensión masiva de los sistemas de salud basados en la atención primaria sigue tropezando con enormes obstáculos. En algunos países, violentos conflictos y otras emergencias han dañado seriamente a los sistemas de salud (véase el recuadro 7.3). Los sistemas se ven socavados por muchas formas de ineficiencia, como por ejemplo la dedicación por parte de los

poderes públicos de una parte desproporcionada del gasto sanitario a atención terciaria y a programas que no cubren de forma significativa la carga de morbilidad real (11). La falta de recursos financieros sigue siendo un problema fundamental. El gasto sanitario total es aún inferior a US\$ 15 por habitante en casi el 20% de los Estados Miembros de la OMS. En muchos países, especialmente en los más pobres, las personas que necesitan tratamiento para sí mismas o para sus familias pagan de su bolsillo el grueso de los servicios de salud que necesitan.

Todos los esfuerzos encaminados a mejorar los sistemas de atención sanitaria en los países en desarrollo se enfrentan a numerosos retos: la formación y retención del personal sanitario; la gestión de la información sanitaria; el financiamiento, y la rectoría pública en un contexto sanitario pluralista. En las secciones siguientes de este capítulo se analizan esos temas. Los sistemas afrontan también dificultades en muchas otras áreas, pero esos cuatro problemas exigen todas medidas urgentes que multipliquen la capacidad del sistema para alcanzar las metas de salud. Si no se superan las dificultades en esas áreas, poco se logrará avanzar para mejorar el acceso a la atención entre los pobres.

La crisis mundial de personal sanitario

El problema más delicado que afrontan los sistemas de atención sanitaria es la escasez de personal para hacerlos funcionar. Aunque especialmente grave en los países en desarrollo, sobre todo en el África subsahariana, esta crisis afecta a todos los países. Limita gravemente la

Recuadro 7.3 Reconstrucción del sector de la salud del Iraq

La Guerra del Golfo de 1991 y las sanciones económicas marcaron el comienzo del deterioro de un sistema de prestación de asistencia sanitaria que había sido ejemplar en la región durante los años ochenta. Los indicadores de salud decayeron hasta alcanzar niveles comparables a los de algunos de los países menos adelantados; se ha calculado que en 1996 las tasas de mortalidad infantil, mortalidad de niños y mortalidad materna eran, respectivamente, de 100/1000, 120/1000 y 300/100 000 nacidos vivos, lo que significa que se habían duplicado las cifras de 1990. El programa «petróleo por alimentos» llevó aparejado un mejoramiento relativo de la salud del pueblo iraquí, que se mantuvo empero lejos de los niveles anteriores a 1990. Los resultados de salud figuran ahora entre los de los más pobres de la región.

El Iraq está por debajo del promedio regional en cuanto al número de médicos en relación con la población (5,3 médicos por cada 10 000 habitantes en 2002); hay demasiados especialistas, pero pocos médicos y enfermeras de atención primaria. Después de la guerra de 2003 la infraestructura sanitaria, tras años de deterioro, se ha debilitado aún más por causa de los saqueos generalizados, la falta de electricidad y de abastecimiento de agua y la inestabilidad institucional.

Antes de la guerra de 2003 el sistema de salud estaba orientado hacia los hospitales, con un predominio de la atención curativa, y no respondía adecuadamente a las necesidades de salud. El imperativo de las instancias normativas iraquíes y la comunidad de donantes consiste en restablecer en el corto plazo los servicios básicos transformando al mismo tiempo los servicios de salud ineficientes e inadecuados hasta llegar a implantar un sistema orientado hacia la atención primaria, la prevención y políticas basadas en pruebas. El nuevo sistema debe hacer frente a la carga de morbilidad de la población del Iraq y ser asequible dentro de los límites de las finanzas públicas disponibles.

Los principales obstáculos con que tropieza el sector sanitario son

la capacidad limitada del Ministerio de Salud (y de las direcciones de salud de las gobernaciones) para desempeñar las funciones esenciales de salud pública; la falta de un conjunto de servicios de salud que abarque la atención a víctimas de catástrofes en caso de emergencia y servicios de diagnóstico y de laboratorio; la fuga de cerebros; la falta de un sistema de información para que las instancias normativas y ejecutoras adopten decisiones fundamentadas; la escasez de recursos financieros y la existencia de mecanismos poco claros para que haya una afluencia uniforme de fondos a fin de cubrir los costos de inversión y operativos del sistema; y la necesidad de una mejor coordinación entre todos los interesados en la salud para aprovechar óptimamente los recursos donados.

El personal superior del Ministerio de Salud, los funcionarios de la Autoridad Provisional de la Coalición y los representantes de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales y donantes se reunieron en Bagdad en agosto de 2003 con objeto de determinar las prioridades inmediatas y de mediano plazo para hacer posible que el sector de la salud preste servicios accesibles, equitativos, asequibles y de calidad adecuada.

A fin de poder restablecer el funcionamiento del sector de la salud hasta alcanzar niveles anteriores a la guerra se requieren fondos para pagar sueldos y sufragar otros gastos fijos. Se calcula que las necesidades de financiación (de gobiernos y donantes) para los servicios de salud del Iraq en 2004 serán de unos US\$ 800–1600 millones (o sea US\$ 33–66 por habitante). Suponiendo que los ingresos serán continuos e irán aumentando, las proyecciones para el periodo 2004–2007 son de unos US\$ 3700–7800 millones, que al final del periodo se traducirán en un gasto público por habitante de US\$ 40–84. Sin embargo, es muy difícil prever los resultados económicos, la capacidad fiscal y la voluntad de los donantes de sostener al Iraq durante 2004–2007.

respuesta a la emergencia de tratamiento para el SIDA y el desarrollo de sistemas de salud orientados por la atención primaria, tanto más cuanto que el SIDA reduce la fuerza de trabajo disponible. La firme resolución de Botswana de proporcionar tratamiento antirretroviral gratuito a todos los ciudadanos que reúnan las condiciones se ve frustrada no por falta de fondos, sino por la grave escasez de personal de salud (12).

Por desgracia, tanto los gobiernos nacionales como los organismos internacionales siguen considerando que las cuestiones referentes al personal son relativamente poco importantes. Urge reforzar rápida y sustancialmente la fuerza de trabajo para sacar provecho de los fondos y los productos farmacéuticos de que ya disponemos.

La crisis de personal sanitario debe afrontarse en un entorno económico y político muy distinto del de hace 25 años. Los modelos tradicionales donde el Estado es el que directamente recluta, forma, contrata y despliega a los profesionales sanitarios ya no refleja la realidad de la mayoría de los países en desarrollo. La mayoría de los países han atravesado una fase de descentralización y reformas de la administración pública y del sector sanitario. Se ha producido una gran ampliación de las funciones de atención sanitaria de las organizaciones no gubernamentales y los proveedores privados. Además, todos los países forman ya parte del mercado mundial de profesionales de la salud, y los efectos del desequilibrio entre oferta y demanda no pueden sino acentuarse conforme aumente el comercio de servicios de salud (13). En consecuencia, es necesario desarrollar y evaluar nuevos modelos para reforzar al personal sanitario (14).

Dimensiones, composición y distribución del personal sanitario

El número de trabajadores sanitarios de un país es un indicador clave de su capacidad para extender masivamente las intervenciones. Donde más gravedad reviste esta crisis es en el África subsahariana, región donde la escasez de personal es reconocida como una seria dificultad para lograr los objetivos nacionales de salud y los ODM (15). En el Chad y en la República Unida de Tanzania, por ejemplo, el personal actual es a todas luces insuficiente para extender el alcance de las intervenciones prioritarias (16). Los países que afrontan esas graves escaseces de personal necesitan ampliar urgentemente el número de trabajadores sanitarios capaces de asumir tareas clave, en particular el suministro de servicios a nivel comunitario en las zonas subatendidas.

El número de trabajadores sanitarios de un país no es el único determinante del acceso a la atención primaria. La figura 7.1 muestra que el número de nacimientos atendidos por parteras cualificadas está sólo parcialmente relacionado con el número de profesionales sanitarios del país.¹ Guinea, Indonesia y el Paraguay disponen de cifras parecidas de personal de salud, pero presentan amplias diferencias en cuanto a cobertura. Ello se debe a varios factores, incluidos el perfil de aptitudes de los trabajadores sanitarios, su distribución geográfica y funcional y su productividad. Estos datos demuestran no obstante la necesidad de aumentar la eficacia del personal existente.

La discriminación por razón de sexo en las profesiones sanitarias tiene numerosas y serias implicaciones para la eficacia a largo plazo del sistema de atención de salud, y especialmente para el suministro de servicios a las poblaciones pobres y desfavorecidas. Un problema en concreto es la subrepresentación de las mujeres entre quienes gestionan y dirigen los servicios, pese a que la mayoría de los trabajadores sanitarios son mujeres. Por ejemplo, en Sudáfrica, los hombres representan sólo el 29% del personal en el conjunto de la Administración, pero ocupan el 65% de todos los puestos de gestión superiores (17). Sin una adecuada representa-

¹ En la base de datos de la OMS, la definición del término «profesionales de la salud» abarca médicos, enfermeras, parteras, dentistas y farmacéuticos.

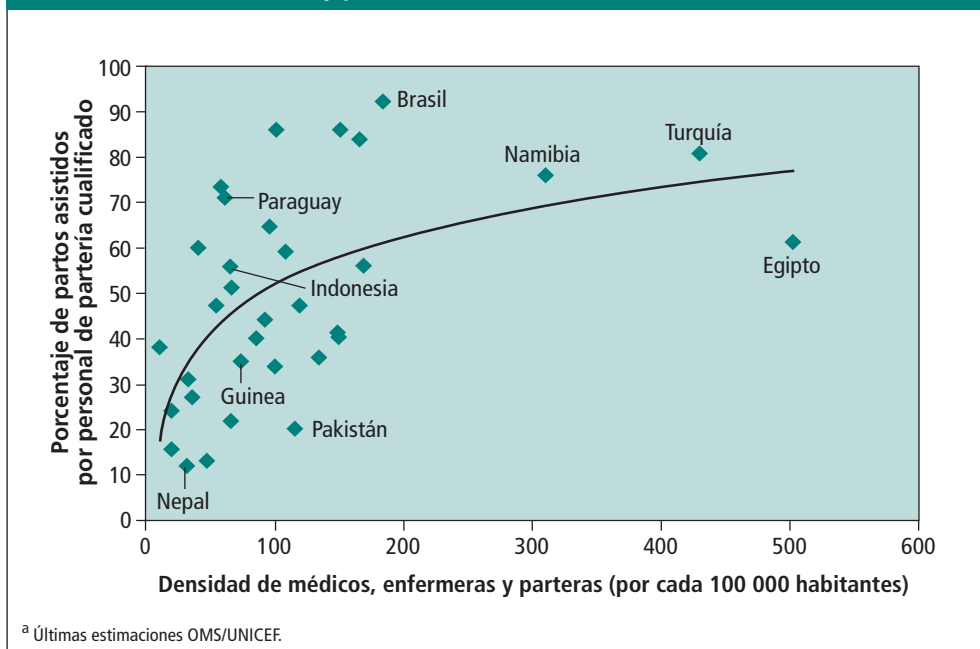
ción en los puestos de gestión y dirección, las necesidades de las mujeres como empleadas en el sistema de salud seguirán relegadas a un segundo plano. En términos más generales, las políticas y la planificación relacionadas con la fuerza de trabajo deben tener en cuenta aspectos relacionados con el género y el ciclo de vida, no sólo en aras de la equidad, sino también para posibilitar un desarrollo eficiente y eficaz de un sistema de atención sanitaria que responda a las necesidades particulares de las mujeres y satisfaga dichas necesidades.

Formación del personal

Para superar los urgentes retos planteados sentando al mismo tiempo unas bases más sólidas para los sistemas sanitarios, es necesario que los planificadores de la salud reflexionen sobre la composición del personal sanitario desde el punto de vista del nivel de formación y de las distintas especialidades. En los países desarrollados, los ensayos realizados con nuevas categorías de personal sanitario son una respuesta a las preocupaciones referentes a la contención de costos y la calidad de la atención. En los países en desarrollo esos ensayos constituyen una respuesta directa a una oferta limitada.

A fin de alcanzar los objetivos asociados a los sistemas de atención sanitaria orientados por la atención primaria, se necesitan nuevas alternativas de educación y formación en el servicio del personal sanitario, que aseguren que la fuerza de trabajo se ajuste más estrechamente a las necesidades de los países. La formación de estudiantes de países en desarrollo en instituciones de gran prestigio de los países desarrollados sólo es útil cuando no existe una alternativa local o regional. Aunque a nivel mundial hay aproximadamente dos veces más escuelas de enfermería que escuelas de medicina, en la Región de África hay 38 escuelas de enfermería y 64 de medicina. Ello indica que se está formando a demasiados trabajadores sanitarios muy costosos en lugares donde probablemente hay más necesidad de nuevos tipos de dispensadores de atención con una formación más centrada en la atención primaria. Es necesario fortalecer también al personal de salud pública, aplicando a la formación nacional o regional un nuevo

Figura 7.1 Relación entre los nacimientos asistidos por personal de partería cualificado y el número de profesionales de la salud^a en 33 países en desarrollo y países con economías en transición



enfoque que haga hincapié en el manejo de los problemas de salud a nivel de distrito (18).

La fuerza de trabajo que constituyen los médicos se ve complementada a menudo mediante la formación de enfermeras de atención directa, «médicos ayudantes» y profesionales de nivel medio. Estas categorías están integradas por profesionales sanitarios que pueden asumir muchas de las responsabilidades antes reservadas a quienes tenían el título de médico (véase el recuadro 7.4). Por ejemplo, muchos estudios llevados a cabo en países desarrollados muestran que las enfermeras de atención directa pueden reducir el costo de la asistencia sin perjuicio alguno, cuando no mejorando de hecho los resultados sanitarios (21, 22). En las Islas del Pacífico, muchos practicantes de nivel medio, con títulos como medex (extensionistas médicos), ayudantes sanitarios u oficiales de salud, contribuyen en gran medida a atender las necesidades curativas y preventivas, sobre todo en las zonas remotas o rurales (23). En otros países, agentes de salud comunitarios son adiestrados para realizar actividades muy concretas y de alta prioridad, lo que permite atender a poblaciones que se hallan fuera del alcance de los servicios oficiales de atención sanitaria.

En el pasado ha sido difícil sostener las estrategias de atención primaria basadas en agentes de salud comunitarios o en otro tipo de dispensadores de atención de salud (24), pero hay datos que sugieren que esas estrategias pueden ser eficaces si se asegura una capacitación adecuada (25, 26). Para lograr formar con éxito nuevos tipos de trabajadores sanitarios, es necesario valorar la peculiaridad de su contribución, en lugar de tratarlos como dispensadores de atención de segunda clase. Eso significa ofrecerles perspectivas de promoción profesional, posibilidades de rotación a y desde las zonas rurales y subatendidas, unas buenas condiciones de trabajo, oportunidades de trabajar en equipo con otros profesionales, y un sueldo suficiente. Cabe considerar que esos nuevos trabajadores representan no sólo una respuesta pragmática a la actual situación de escasez, sino también una cohorte cuyas aptitudes se podrán actualizar continuamente mediante formación en el servicio, de manera que a largo plazo se podría incorporar a categorías profesionales de más alta cualificación. Cada vez es mayor la evidencia de que los miembros de la comunidad pueden realizar muy diversas tareas de atención de salud, incluido el tratamiento de enfermedades más complejas (10, 25–28).

Emigración del personal sanitario

Los planificadores de políticas de todos los países están preocupados por la «fuga de cerebros» registrada entre el personal sanitario, tanto en los países como entre ellos, pero las investigaciones al respecto son aún incipientes (29). Los movimientos de profesionales de la salud reproducen fielmente las pautas de emigración de los profesionales en general. Aunque los médicos y enfermeras constituyen sólo una pequeña proporción de los emigrantes profesionales, su pérdida debilita a los sistemas de salud.

Recuadro 7.4 Capacitación de funcionarios médicos adjuntos: los *técnicos* de Mozambique

En 1984 se inició un programa de tres años destinado a formar funcionarios médicos adjuntos (*técnicos de cirugía*) para que practicaran intervenciones quirúrgicas bastante complejas en zonas remotas donde no se disponía de consultores (19). En el marco del programa se capacita a trabajadores de salud de nivel intermedio para que adquieran las aptitudes necesarias en tres esferas prioritarias amplias, a saber: complicaciones asociadas al embarazo, complicaciones asociadas a traumatismos y afecciones inflamatorias de emergencia. Después de dos años de clases magistrales y sesiones de trabajos prácticos en el Hospital Central de Maputo, se hace una pasantía de un año en un hospital provincial bajo la supervisión directa de un cirujano.

Entre 1984 y 1999 se capacitó a 46 funcionarios médicos adjuntos, y la evaluación de su influencia en la calidad de la atención es prometedora. Por ejemplo, una comparación de 1000 cesáreas consecutivas realizadas por *técnicos de cirugía* con el mismo número de cesáreas realizadas por obstetras o ginecólogos mostró que no había diferencias entre los resultados de unos y otros en ese tipo de partos y en las intervenciones quirúrgicas asociadas (20). Muchos países han comenzado ya o están considerando la posibilidad de iniciar programas semejantes, alentados por la costoeficacia que se les atribuye. Deben seguir evaluándose las repercusiones potenciales de este tipo de trabajadores de salud tanto en la calidad como en la eficiencia de la atención.

Los desplazamientos internos de trabajadores hacia las zonas urbanas es un fenómeno corriente en todos los países. Dentro de una misma región se dan también movimientos de los países más pobres a los más ricos, por ejemplo de Zambia a Sudáfrica, o de la República Unida de Tanzania a Botswana. La «fuga de cerebros» más polémica es la emigración internacional de profesionales de los países pobres a los países ricos (30). Si bien lo que más acapara la atención es la fuga de médicos, lo que puede colapsar fácilmente el sistema de salud es la fuga de enfermeras y de otros profesionales sanitarios. En los países desarrollados hay una alta demanda de enfermeras, como consecuencia sobre todo del envejecimiento de la población. Se han dado algunos pasos para promover prácticas éticas de contratación internacional, pero aún no se han evaluado sus resultados (31).

La movilidad de los trabajadores está creando nuevos desequilibrios coincidiendo con el principio de la llegada de nuevos recursos financieros a algunos países en desarrollo. Esto obliga a planificar mejor el personal en los países desarrollados, prestar atención al tema de la remuneración y otras formas de recompensa en los países en desarrollo, y mejorar la gestión del personal en todos los países.

Pagar más y pagar de distinta forma

El incremento de los sueldos puede dar lugar a un aumento del número de profesionales sanitarios y de su productividad, y operar así como una medida eficaz en los países donde dichos trabajadores cobran menos que otras profesiones comparables. En cambio, en los países donde los sueldos pagados en el sector de la salud son mayores que los pagados en otras profesiones comparables, ese tipo de iniciativas tendrán menos éxito. Los sueldos constituyen el componente más importante del gasto sanitario, de ahí la necesidad de evaluar detenidamente cualquier aumento para determinar su impacto tanto en la disponibilidad y productividad de los trabajadores sanitarios como en el conjunto de los presupuestos. La intervención de los sindicatos del sector público en la negociación de aumentos salariales con los gobiernos añade complejidad a este asunto.

Además de los aumentos de sueldo, también es posible mejorar la productividad ofreciendo prestaciones no económicas como la vivienda, la electricidad y el teléfono, la formación en el servicio con supervisión profesional y las oportunidades de rotación y promoción. En el Senegal rural, el hecho de dotar a las enfermeras de motocicletas permitió no sólo aumentar la cobertura de inmunización sino también mejorar su acceso a la ayuda técnica y reducir su aislamiento (32).

Los incentivos, financieros y no financieros, pueden también reducir los desequilibrios geográficos en la distribución de los trabajadores sanitarios. Por ejemplo, en Indonesia, una gratificación de hasta el 100% del sueldo normal consiguió atraer a licenciados en medicina de Yakarta hacia las islas de la periferia (33). Se ha propuesto asimismo contratar y formar a personas de las zonas remotas, comprometidas en alguna medida con su región de origen.

Por último, las organizaciones no gubernamentales interesadas en la salud y los proveedores privados tienen una importante y cada vez mayor presencia en la mayoría de los países. Los gobiernos pueden estudiar la posibilidad de formar alianzas en las que el sector público proporcione ayuda financiera y las organizaciones no gubernamentales gestionen y suministren los servicios directos. Con frecuencia es posible conseguir trabajadores sanitarios privados en los lugares que resultan de difícil acceso para el sector público. En esas circunstancias, el establecimiento de programas formales, ya sea para contratar a proveedores privados o para reembolsar los servicios que faciliten, puede ser la respuesta más pragmática. A mediados de los años noventa el Gobierno de Guatemala se vio obligado a ampliar los servicios de atención sanitaria prestados a poblaciones subatendidas como parte de los acuerdos de paz nego-

ciados en esa ocasión, contratando así a más de 100 organizaciones no gubernamentales para que prestaran servicios básicos de atención de salud a unos tres millones de ciudadanos del país, predominantemente poblaciones indígenas y rurales, que hasta entonces no habían tenido acceso a esos servicios (34). Recientemente Camboya ha ensayado con éxito la posibilidad de contratar a organizaciones no gubernamentales y proveedores privados para suministrar servicios básicos a grupos subatendidos (35).

Mejorar la calidad: trabajadores y sistemas

Todos los sistemas de salud necesitan crear un entorno que favorezca un aprendizaje de equipo eficaz para mejorar la calidad. Aunque la calidad de la asistencia depende en parte de las características individuales de los trabajadores sanitarios, los niveles de desempeño están determinados en mucha mayor medida por la organización del sistema de atención sanitaria en el que trabajan. Muchas organizaciones de atención sanitaria están sustituyendo la práctica de responsabilizar de cualquier deficiencia a trabajadores sanitarios concretos por una cultura de aprendizaje en equipo y mejora compartida de la calidad.

Reconocer que la calidad de la atención sanitaria está determinada ante todo por el sistema constituye el primer paso para introducir mejoras en los procesos y los resultados de la asistencia. Para mejorar la calidad a nivel del sistema es necesario disponer de una definición clara de atención óptima y de un marco para cambiar el sistema. Entre los componentes esenciales de una atención óptima cabe citar los instrumentos de apoyo a las decisiones para los trabajadores sanitarios, con directrices de tratamiento formuladas por escrito y algoritmos diagnósticos y terapéuticos, y los suministros, equipo médico, medios de laboratorio y medicamentos necesarios. Se requieren también sistemas de información médica (computarizados o impresos), directrices para las visitas planificadas y el seguimiento activo, y apoyo sistemático a los pacientes para el automanejo de sus afecciones y la derivación hacia los recursos comunitarios. La evidencia disponible lleva a pensar que los sistemas de salud que cuentan con una atención primaria robusta e integrada se asocian a mejores resultados, probablemente porque posibilitan una atención más amplia, longitudinal y coordinada (36).

Se necesita también un método que permita a los trabajadores sanitarios efectuar mejoras (37). Los equipos de atención sanitaria deben ser capaces de concebir y ensayar cambios en su entorno local, para poder así introducir mejoras de forma sistemática en los procesos de atención sanitaria. Uno de esos métodos es el modelo para el mejoramiento (38), mediante el que los equipos de atención sanitaria pueden ensayar y evaluar rápidamente las mejoras potenciales de su trabajo. La colaboración en forma de grupos de equipos facilita la comunicación y propaga las innovaciones a otros grupos más amplios (39, 40).

Responder a la crisis de personal

Tomar medidas para resolver la crisis de personal no resulta fácil y obliga a prestar atención a todas las facetas de las necesidades del personal, desde la formación hasta su estado de ánimo, y desde los determinantes locales a los globales. La OMS ha desempeñado un importante papel de sensibilización en el fomento y mantenimiento de una toma de conciencia sobre la amplitud de esta crisis.

Algunas de las medidas se pueden tomar de forma inmediata, mientras que otras exigen más tiempo y planificación (véase el recuadro 7.5). En las circunstancias más apremiantes, por ejemplo en lo que respecta a la extensión masiva del tratamiento para el VIH/SIDA, los países pueden movilizar recursos comunitarios, voluntarios y curanderos tradicionales para colaborar en la expansión del acceso a la atención primaria (véase el recuadro 3.2 del capítulo 3). La productividad de los trabajadores sanitarios puede aumentarse mejorando las actividades

de supervisión, apoyo y mantenimiento del ánimo. A corto plazo, los gobiernos pueden iniciar programas que movilicen recursos no gubernamentales y del sector privado subcontratando la prestación de servicios, actualizando las aptitudes del personal y asegurando que éste disponga de los medicamentos y los suministros médicos que necesite para hacer su trabajo.

A medio plazo, los gobiernos pueden introducir cambios que requieran más planificación, reorientación del personal administrativo y cambios en la presupuestación tales como políticas de retribución, incentivos no económicos y una ampliación de la capacidad de formación. Se pueden adoptar nuevas directrices y políticas, y se puede intensificar la colaboración con las comunidades y los gobiernos locales. Es posible extraer importantes lecciones de la experiencia de los países, tanto de las muy exitosas como de las menos afortunadas (14). Los planificadores de políticas pueden sugerir que cualquier nuevo proyecto o política incluya una evaluación formal del impacto en los recursos humanos durante su preparación; y también se puede invitar a organismos internacionales y a donantes a sumarse a ese proceso (41).

Por último, los gobiernos no deben perder de vista las condiciones necesarias para motivar y sostener una buena prestación de servicios de salud. Para ello es necesario considerar seriamente la naturaleza dinámica del mercado de trabajo, y reconocer los límites y expectativas a largo plazo de los trabajadores sanitarios. Ello significa también delimitar más claramente las funciones esperadas de los proveedores públicos y privados en un futuro sistema de cobertura universal. La OMS está colaborando activamente con los países para formular soluciones a corto y largo plazo. En el recuadro 7.6 se da un ejemplo de la Región de las Américas.

Recuadro 7.5 Constitución de una fuerza de trabajo capacitada para el mañana

El proceso de establecer una fuerza de trabajo motivada con las aptitudes pertinentes puede comenzar de inmediato con los presupuestos y el personal existentes. Estas actividades también requieren inversiones continuas de tiempo y liderazgo y la participación de los trabajadores de salud y las comunidades en la planificación y la administración del propio futuro.

Entre las medidas inmediatas que se deben adoptar figuran las siguientes: movilización de las comunidades y los trabajadores de la comunidad; promoción de la participación de los curanderos tradicionales y reclutamiento de voluntarios; aumento de la productividad de los trabajadores de salud actuales mediante una mejor supervisión y un mayor apoyo; evaluación de la calidad de la práctica y consulta de las reacciones a esta última.

La reorientación del personal de gestión para que desempeñe nuevas funciones requiere tiempo y planificación. El proceso comprende lo siguiente:

- preparación y aplicación de programas de capacitación en el trabajo para mejorar aptitudes;
- contratación de servicios del sector privado y de organizaciones no gubernamentales;
- introducción de nuevas posibilidades de contratos flexibles de trabajo a tiempo parcial; mejora de las condiciones de trabajo y de la distribución de medicamentos y otros suministros médicos esenciales;
- fortalecimiento de la colaboración entre los trabajadores de salud, curanderos tradicionales, voluntarios y miembros de la comunidad.

La preparación para introducir cambios en las instituciones, las políticas y la legislación requiere estudios y análisis que deben comenzar de inmediato. Sin embargo, el diseño, la aprobación y la realización de los

cambios llevan tiempo y tendrán repercusiones a mediano plazo. Algunas medidas de esta índole son las siguientes:

- establecimiento de conjuntos de incentivos económicos y no económicos para mejorar la captación y la retención de personal;
- elaboración de un plan para mejorar la capacidad de formación y las prácticas de gestión;
- coordinación de las contribuciones de donantes para el desarrollo de la fuerza de trabajo; elaboración y aplicación de directrices sobre seguridad, protocolos clínicos y políticas contra la discriminación para mejorar las condiciones de trabajo;
- establecimiento de un amplio círculo de asociaciones con la sociedad civil.

Los problemas urgentes requieren una acción urgente. Sin embargo, los gobiernos no deben perder de vista las necesidades a largo plazo del sistema de salud. Mientras abordan las actividades más urgentes, pueden sentar las bases de políticas eficaces sobre la fuerza de trabajo mediante lo siguiente:

- análisis del mercado de trabajo, de los salarios relativos y de las tendencias de los suministros para diseñar políticas apropiadas de reclutamiento, retención y remuneración;
- planes de desarrollo a largo plazo para conseguir combinaciones apropiadas de aptitudes y una distribución geográfica satisfactoria de los profesionales de la asistencia sanitaria;
- expansión de las oportunidades de capacitación de personal de gestión y mejoramiento de las prácticas de gestión;
- desarrollo de estrategias para fortalecer la relación entre los proveedores públicos y privados y la financiación.

Información sanitaria: mejor pero no suficientemente buena

Evolución de la información sanitaria

La falta de información sanitaria adecuada y la falta de personal aumentan el riesgo de colapso de algunos sistemas de atención sanitaria y amenazan la viabilidad de otros a largo plazo. Los sistemas de atención sanitaria orientados a aplicar los principios de la atención primaria exigen sistemas robustos de información sanitaria que permitan entender cabalmente las necesidades de salud de las poblaciones, sobre todo de las pobres y marginadas; que comprueben que los programas estén llegando a los más necesitados; que midan los efectos de las intervenciones, y que evalúen y mejoren el desempeño. Como se ha señalado antes, los instrumentos y estructuras destinados a obtener, organizar y compartir la información son indispensables para mejorar la labor de cada uno de los proveedores de atención sanitaria y para aumentar la calidad de la atención en todo el sistema.

En el momento de la Declaración de Alma-Ata sobre atención primaria de salud, la cantidad de información a disposición de los planificadores de las políticas sanitarias era limitada. Las principales fuentes de información sanitaria basada en la población eran el registro civil, el censo, las encuestas nacionales y los estudios de investigación. La información procedía de los sistemas de notificación sistemática que funcionaban a nivel de los servicios; sin embargo, rara vez se procedía a reunir y usar datos a escala nacional, y se carecía de mecanismos de retroinformación del nivel central al local.

Los progresos realizados desde entonces en el campo de la información sanitaria han sido sustanciales. Se dispone ahora de un volumen creciente de datos sobre el estado de salud, la utilización de los servicios de salud y los determinantes de la salud, obtenidos mediante encuestas de entrevistas sanitarias basadas en la población. Muchos países disponen ya de buenos datos, desglosados por sexo, sobre los niveles y tendencias de la mortalidad en la niñez, la cobertura de determinadas intervenciones sanitarias, y la incidencia y prevalencia de determinadas enfermedades. A menudo poseen también algo de información sobre la equidad sanitaria. No obstante, sigue habiendo lagunas muy importantes. Las mediciones de la mortalidad adulta son deficientes en la mayoría de las poblaciones, y por lo general no se dispone

Recuadro 7.6 El Observatorio de Recursos Humanos en las reformas del sector de la salud

El Observatorio es una iniciativa de cooperación promovida por la Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la OMS para las Américas. Sus objetivos son producir y compartir conocimientos entre los países de la Región en apoyo de las decisiones de política en materia de recursos humanos, y mejorar el desarrollo de la fuerza de trabajo en el sector de los servicios de salud.

La iniciativa propicia la creación de grupos interinstitucionales nacionales (por ejemplo, entre ministerios de salud, universidades y asociaciones de profesionales) encargados de recopilar información sobre la reserva de recursos humanos para la salud y analizar los desequilibrios y las tendencias, priorizar las cuestiones por abordar en el marco de un programa, y asesorar sobre la formulación de políticas a largo y a mediano plazo. Diecinueve países participan en la iniciativa, con diferentes intereses y prioridades según las circunstancias nacionales. Los esfuerzos de formación de redes están encaminadas a posibilitar que las experiencias de los países sean aplicables en otros contextos mediante la construcción de bases de datos y la difusión de las enseñanzas extraídas.

Las principales lecciones aprendidas hasta la fecha son las siguientes:

- El Observatorio contribuye a mejorar la función de rectoría de los ministerios de salud en la esfera de los recursos humanos.
- Los grupos interinstitucionales del Observatorio pueden ayudar a mantener el programa de recursos humanos durante los periodos de transición entre una administración y otra.
- Es necesario integrar a los principales interesados directos, a saber: las universidades, los ministerios de salud y las asociaciones de profesionales, aunque haya conflictos sustanciales entre ellos.
- Es preciso acumular evidencia a partir de fuentes estadísticas más fidedignas y estables (por ejemplo la Organización Internacional del Trabajo y encuestas domiciliarias).
- Deben encontrarse nuevos enfoques a fin de que la información sirva para orientar las políticas (por ejemplo para mejorar la distribución geográfica y corregir desequilibrios entre los sistemas público y privado).

Se puede encontrar información general sobre la red, sus reuniones y enlaces útiles en: http://observatorio_rh.tripod.com/.

de datos precisos sobre las causas de defunción. La morbilidad correspondiente a la mayoría de las dolencias no se mide adecuadamente; la cobertura y los costos de muchas intervenciones no son objeto de un monitoreo idóneo, y no se dispone de información suficiente para vigilar la equidad satisfactoriamente; la calidad de la información sanitaria suele ser muy variable y poco circunstanciada, y a todo ello se añade una escasa normalización de las definiciones y metodologías.

Un detalle crítico es que el recurso a información sanitaria para la gestión de los servicios de salud a nivel local y para la formulación y planificación de políticas sanitarias a nivel nacional sigue siendo limitado. Son muy pocos los países que han desarrollado sistemas de información sanitaria eficientes y atentos a las necesidades de los usuarios en los distintos niveles: local, nacional y mundial. Gran parte del trabajo de acopio y análisis de información es impulsado por programas de salud verticales, a menudo en el contexto de iniciativas internacionales, y sin un trabajo paralelo de integración.

Un sistema de información impulsado por la atención primaria

En el contexto de los sistemas de salud impulsados por la atención primaria, un sistema de información sanitaria puede definirse como un esfuerzo integrado de acopio, procesamiento, notificación y uso de información y conocimientos sanitarios con objeto de influir en la formulación de políticas, la acción programática y las investigaciones.

Los sistemas de información sanitaria hacen uso de una amplia gama de instrumentos y métodos de acopio y análisis de datos. La existencia de estadísticas precisas y continuas sobre eventos demográficos básicos son un pilar fundamental de cualquier política sanitaria y pública que se quiera racional. Los sistemas nacionales de registro civil (empleados como referencia) abarcan actualmente menos de la tercera parte de la mortalidad estimada en el mundo. Existen disparidades regionales importantes, desde más del 90% de cobertura de toda la mortalidad en la Región de Europa a menos del 10% en las Regiones de Asia Sudoriental y de África (42, 43) (véase el cuadro 7.1). La cobertura está mejorando lentamente. Se ha hecho un gran esfuerzo para desarrollar alternativas menos caras y más precisas que el certificado de defunción tradicional, como los sistemas de registro por muestras y las preguntas encuestales o censales sobre las muertes de hermanos o las muertes en el hogar. Usado aisladamente o con los sistemas de registro civil asociados, el muestreo puede mejorar la cobertura de los eventos cuando se dispone de pocos recursos. Estos sistemas se han introducido en China y la India, por poner dos ejemplos, y pueden aplicarse a otros entornos escasos de recursos (véase el recuadro 1.1 del capítulo 1).

Las encuestas domiciliarias basadas en la población se han convertido en la principal fuente de información sanitaria. Gran parte de la información generada por las encuestas está basada en la autonotificación, lo que plantea dudas en cuanto a la fiabilidad, la validez y la comparabilidad entre poblaciones. En materia de morbilidad y evaluación de las intervenciones, urge estudiar la posibilidad de hacer una inversión mucho mayor en el acopio de datos biológicos y médicos en las encuestas (44). En la mayoría de los países, las consideraciones relativas a la equidad no están aún plenamente integradas en los sistemas de información sanitaria.

Cuadro 7.1 Disponibilidad de datos de registros de mortalidad (número de países por regiones de la OMS)

Región	Datos utilizables	Cobertura completa	Total países
África	4	1	46
Las Américas	32	14	35
Asia Sudoriental	4	0	11
Europa	48	39	51
Mediterráneo Oriental	7	4	22
Pacífico Occidental	22	8	27
Total	117	66	192

La información sanitaria puede utilizarse al menos con cuatro objetivos distintos pero relacionados, a saber, la toma de decisiones estratégicas, la aplicación o gestión de programas, el monitoreo de los resultados o los logros, y la evaluación de lo que funciona y lo que no. La toma de decisiones estratégicas por los planificadores de políticas sanitarias debería basarse en la mejor evidencia disponible. Los datos procedentes de los sistemas de registro civil, los estudios epidemiológicos, las encuestas domiciliarias, los censos y los proveedores de servicios de salud proporcionan a menudo una información muy incierta sobre el verdadero valor poblacional de un indicador sanitario. La evaluación de cualquier indicador sanitario debe basarse en la integración de toda la información pertinente y en el uso de criterios como la coherencia interna y el conocimiento previo de antecedentes de la enfermedad, de modo que puedan mejorarse las estimaciones realizadas a partir de datos poco fiables o incoherentes.

Aparte del uso tradicional de modelos de estimación de las tablas de mortalidad en las zonas donde los sistemas de registro civil no alcanzan tasas altas de cobertura, a la hora de determinar la incidencia, prevalencia y mortalidad asociadas a las enfermedades se recurre crecientemente a modelos explícitos para calcular las mejores estimaciones a partir de datos poblacionales inciertos, incompletos o contradictorios. Se ha centrado la atención en los niveles nacional, regional y mundial, pero disponemos cada vez más de estimaciones de alcance local, incluidos distritos.

Los problemas y deficiencias de las estadísticas rutinarias de los servicios de salud son sobradamente conocidos (45). Varios países han hecho ya algunos progresos en el desarrollo de sistemas rutinarios de información sanitaria, incluido el uso de mejores tecnologías, técnicas de cartografía, y una mayor atención a las necesidades de los usuarios locales. La introducción de nuevas tecnologías en un sistema bien diseñado posibilita una mejor vigilancia de enfermedades clave, así como un monitoreo más preciso y oportuno de los programas.

Mejorar los sistemas de información

En los últimos años se han hecho esfuerzos considerables para reformar globalmente los sistemas de salud, prestando más atención a la descentralización de los recursos y la adopción de decisiones hacia los distritos. Dichas reformas entrañan la necesidad de mejorar los sistemas de información sanitaria a nivel local. Al mismo tiempo, ha ganado aceptación la idea de que los individuos y las familias tienen que participar a nivel local en la generación, la difusión y el uso de información sanitaria. Hacer que las personas intervengan en la planificación y aplicación de la atención de salud era uno de los principios fundamentales de Alma-Ata, y sigue teniendo importantes implicaciones para el funcionamiento de los sistemas de información sanitaria.

La equidad sanitaria es otro de los principios clave de la atención primaria. Para estudiarla hay que poder medir las desigualdades en el acceso y el uso de los servicios de salud, en los factores de riesgo y en resultados sanitarios clave. Es necesario también identificar los grupos de población más desfavorecidos, a menudo personas pobres, grupos étnicos y mujeres. Este tipo de información impone una carga adicional considerable a los sistemas de información sanitaria y no se proporciona de forma sistemática en muchos países. Las encuestas constituyen actualmente el método más importante de acopio de información sobre el componente de equidad de la salud, pero queda aún mucho trabajo por hacer para integrar el monitoreo de la equidad en los sistemas de información sanitaria, tanto en las encuestas como en otros métodos de acopio y análisis de datos. El objeto de la Encuesta Mundial de Salud, lanzada por la OMS en 2001, es proporcionar datos válidos, fiables y comparables sobre la salud de la población y el desempeño de los sistemas de salud, utilizando para ello encuestas de hogares. El programa hace hincapié en la vigilancia de los ODM y en algunos resultados críticos entre las poblaciones pobres.

Es necesario mejorar los sistemas de información sanitaria a nivel local, nacional e internacional, y es preciso que haya una mayor integración entre esos niveles para hacer frente a las amenazas que se ciernen sobre la salud mundial y para poder asimilar el caudal de nuevos conocimientos (véase el recuadro 7.7). Los países se beneficiarán sobremanera si los sistemas de información sanitaria están basados en un plan nacional que ofrezca un marco, indicadores, y estrategias de acopio, análisis y difusión de datos. En el plan estratégico debería especificarse también cómo se aplicarán y complementarán entre sí los distintos instrumentos y métodos, de qué manera se cubrirán las necesidades de información sanitaria a nivel subnacional, nacional y mundial, y qué tipo de inversiones se requerirán. Esto último incluye recursos humanos, infraestructura (tecnología, laboratorios, etc.) y presupuestos operacionales para las actividades de acopio de datos sanitarios. Es necesario que los planes nacionales se apliquen bajo la orientación y supervisión de órganos nacionales, con la participación de distintos niveles de usuarios y expertos técnicos como interesados directos.

La Red de Sanimetría

Para fortalecer esos sistemas se requiere un esfuerzo de colaboración. La Red de Sanimetría que se ha previsto lanzar en 2004 se centrará en la mejora de la disponibilidad y la utilización de información sanitaria fiable para la formulación y planificación de políticas, el seguimiento y evaluación de programas, la vigilancia de los objetivos internacionales y la medición de la equidad sanitaria. Gracias a la colaboración de numerosos asociados, así como a una atenta planificación y al establecimiento de metas claras, la Red aspira a fortalecer la capacidad de

Recuadro 7.7 Información fidedigna y oportuna sobre la salud

InterRed Salud (HIN) es una iniciativa liderada por la OMS, establecida en el marco del Plan de Acción del Milenio de las Naciones Unidas para satisfacer las necesidades de información de los profesionales de la salud, investigadores e instancias normativas de países en desarrollo.¹ Desde su creación en septiembre de 2000, la HIN ha contribuido a mejorar la salud utilizando Internet para promover la circulación de información sanitaria concentrando la atención en el contenido, el acceso a Internet y el fortalecimiento de la capacidad.

La HIN ofrece al personal de dependencias gubernamentales, institutos de enseñanza y de investigación y otras entidades sin fines de lucro una vasta biblioteca de salud en línea. Los organismos internacionales, las organizaciones nacionales y representantes de los ámbitos académicos y privados están contribuyendo a su contenido, y la HIN está colaborando con asociados locales para publicar información sanitaria local. Las cinco áreas temáticas prioritarias son: revistas científicas y biomédicas, recursos para la enseñanza y la capacitación, información para las políticas y prácticas sanitarias, datos estadísticos y programas informáticos para la gestión de la salud pública y la clínica.

Durante su primer año de existencia, la HIN hizo grandes adelantos en materia de suministro de información sanitaria. Gracias a un acuerdo concertado por la OMS con las principales editoriales biomédicas del mundo, hay ya 2200 publicaciones médicas y científicas disponibles en línea para las instituciones públicas y sin fines de lucro de 113 países en desarrollo. La Iniciativa de Acceso a la Investigación (HINARI) está poniendo a disposición revistas en línea de forma gratuita o a precios muy reducidos, según la capacidad de pago de cada país.

En la segunda fase de la HIN se está proporcionando la informa-

ción actualizada necesaria para formar a personal sanitario y mejorar sus aptitudes. Comprende cursos en línea y referencias sobre salud pública, medicina y enfermería, así como sobre temas especializados, para los profesionales de países en desarrollo.

El personal de salud necesita un acceso fácil, fiable y asequible a Internet para poder emplearla en su trabajo. La infraestructura y los costos son obstáculos importantes, y fuera de muchas capitales la utilización de Internet es limitada porque las fuentes de energía son poco seguras y los proveedores del servicio son escasos. La HIN de la India se desarrolló para poner a prueba la logística, los costos y las modalidades de asociación a fin de mejorar el intercambio de información con zonas remotas. Ha establecido sitios de acceso a Internet en hospitales, consultorios, institutos de investigación y enseñanza y establecimientos de salud pública en dos estados. Los asociados locales desempeñaron una función clave en el suministro, la instalación y el mantenimiento del equipo y el software informáticos, así como en el establecimiento de conexiones a Internet. El aumento de la capacidad es esencial, y la HIN ofrece material didáctico que las instituciones utilizan a fin de que los trabajadores de salud, las instancias normativas y los investigadores tengan las aptitudes necesarias para encontrar, utilizar y compartir información de salud pública en línea.

Las estrategias eficaces y bien documentadas para cerrar la brecha digital en lo concerniente a la información sanitaria siguen siendo la excepción en lugar de la norma. Como ha dicho el coordinador de un programa sobre el terreno contra la tuberculosis en la India: «sin computadoras y sin Internet, estamos luchando contra los problemas de salud del siglo XXI con instrumentos del siglo XIX».

¹ Web site: www.healthinternetwork.net

los sistemas de información sanitaria para proporcionar puntualmente información de alta calidad en un formato de utilidad para las actividades de salud pública a nivel nacional, subnacional y mundial. Se trata de una alianza amplia que abarca a la OMS, otras organizaciones internacionales, organismos bilaterales, fundaciones, ministerios de salud, organizaciones de estadística, instituciones académicas y organizaciones representantes de la sociedad civil. Hacia falta una red de este tipo para aumentar la eficiencia y la eficacia de la asistencia proporcionada por los inversores en información sanitaria. La alianza constituida por esta Red de Sanimetría debería también poder acelerar el desarrollo y multiplicación de innovaciones en materia de vigilancia y evaluación de situaciones sanitarias y programas de salud. La normalización y el perfeccionamiento de los métodos de evaluación de la calidad de la información sanitaria facilitarán considerablemente la medición de los progresos hacia el logro de objetivos mundiales tales como los ODM.

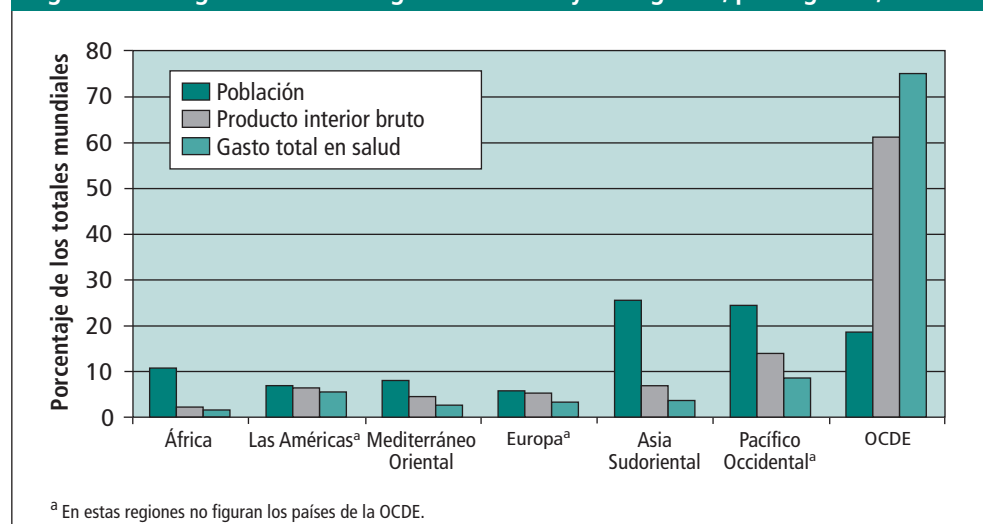
Financiación de los sistemas de salud

Muchas de las funciones de los sistemas de atención sanitaria están condicionadas al logro previo de una financiación suficiente. Si no se ponen en marcha mecanismos de financiación sostenibles, las ideas innovadoras orientadas a fortalecer la base de atención primaria de los sistemas de atención sanitaria no generarán resultado alguno.

A nivel mundial, el gasto sanitario ha crecido sustancialmente durante los últimos 25 años, impulsado sobre todo por los rápidos cambios experimentados por la tecnología y por unas instituciones de financiación y prestación de atención crecientemente complejas. Sin embargo, en los países más pobres del mundo, el crecimiento del gasto sanitario ha sido lento, si no nulo. En consecuencia, se observan hoy grandes desigualdades en el gasto sanitario mundial (véase la figura 7.2). Los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos representaban menos del 20% de la población mundial en el año 2000, pero concentraban casi el 90% del gasto sanitario mundial. A la Región de África le corresponde aproximadamente un 25% de la carga mundial de morbilidad, pero sólo en torno a un 2% del gasto sanitario mundial (véanse los cuadros 4 y 5 del anexo).

Mientras que el nivel de gasto ha cambiado, los mecanismos de financiación de los sistemas de salud no lo han hecho. En 1978, la OMS barajaba las mismas fuentes de financiación sobre las que hoy se debate, a saber, los impuestos generales, los impuestos para fines específicos, la

Figura 7.2 Desigualdades de los gastos en salud y los ingresos, por regiones, 2001



seguridad social, la financiación de base comunitaria, los honorarios y la asistencia externa (46). Sin embargo, aún no disponemos de estudios sobre las políticas aplicadas. Por ejemplo, en una revisión reciente de 127 estudios sobre planes comunitarios de seguro médico se halló que sólo dos de ellos presentaban la suficiente congruencia interna para poder extraer conclusiones respecto al impacto en la utilización y la protección financiera (47). Sin una información fidedigna, las políticas de financiación de la salud siguen estando dominadas por las opiniones más que por la evidencia.

Desarrollo de una financiación sostenible

Las decisiones de política sobre los mecanismos de financiación tienen muchas repercusiones. Influyen en aspectos tales como la cantidad de dinero eventualmente movilizable, la mayor o menor equidad con que se recauden y apliquen los recursos, y la eficiencia de los servicios e intervenciones resultantes. El contexto en que se despliegue la financiación sanitaria modificará significativamente sus efectos. Sin embargo, los principios para mejorar la financiación sanitaria son esencialmente los mismos en todas partes: reducir las ocasiones en que las personas se vean obligadas a hacer grandes desembolsos de su propio bolsillo en el punto de servicio; aumentar el rendimiento de cuentas de las instituciones responsables de gestionar los seguros y la provisión de atención sanitaria; mejorar la distribución entre ricos y pobres, sanos y enfermos, de las cuotas abonadas para los fondos de salud; y recaudar dinero mediante mecanismos administrativos eficientes. Por el contrario, las cuestiones de política más importantes relacionadas con la financiación de la salud son muy diferentes en los países ricos y los pobres. Por ello, en el análisis que sigue a continuación se consideran por separado los países de ingresos altos, medios y bajos.

En los países de ingresos altos, con rentas per cápita superiores a US\$ 8000, los recursos para la salud son relativamente abundantes pero no siempre están distribuidos de forma equitativa. Una media del 8% de la renta nacional se dedica a la salud. Entre esos países, el gasto sanitario anual va de US\$ 1000 a más de US\$ 4000 per cápita. Las cuestiones que dominan los debates sobre la financiación de la salud guardan relación sobre todo con la eficacia del gasto, la contención de los costos y la equidad.

En los países de ingresos medios, con una renta per cápita situada entre US\$ 1000 y US\$ 8000, los recursos son más limitados y el acceso a los servicios de salud es menor. Los países de esta categoría invierten entre el 3% y el 7% de la renta nacional en salud, lo que representa un gasto anual de entre US\$ 75 y US\$ 550 per cápita. En estos casos el sistema de financiación sanitaria suele ser un serio obstáculo para lograr que las intervenciones sanitarias sean accesibles para todo el mundo. Con frecuencia la población está segmentada entre aquellos que poseen un empleo en la administración o el sector formal, las personas que se benefician de unos sistemas de seguro médico relativamente bien financiados, y las personas que dependen de servicios dirigidos por el ministerio y escasamente financiados o que se ven obligadas a pagar de su bolsillo la atención privada. Muchos de estos países, sobre todo de Asia, movilizan muy poco dinero a través del sector público.

En los países de ingresos bajos, con una renta anual per cápita de menos de US\$ 1000, los debates sobre la financiación sanitaria están dominados por la limitación fundamental que constituye la escasez de recursos. En la mayoría de esos países, sólo un 1%-3% del producto nacional bruto se dedica a la salud y, al ser tan baja la renta per cápita, eso se traduce en un gasto sanitario por habitante de entre US\$ 2 y US\$ 50. Aunque estos países invirtieran el 10% de su renta en servicios de salud, esa inversión, repartida equitativamente en toda la población, sólo permitiría ofrecer una atención sanitaria muy precaria.

Las políticas públicas deben impedir que los honorarios percibidos en el punto de servicio se conviertan en un obstáculo para obtener la atención necesaria, o en una catástrofe financiera

para los hogares. En la práctica, las políticas sobre los honorarios dependen de la capacidad de pago de la población, de su impacto en la utilización, del tipo de servicios proporcionados, y del impacto de esos honorarios en la calidad y disponibilidad de los servicios. En los casos en que es posible mantener o mejorar la calidad del servicio, la eliminación de los honorarios puede propiciar un aumento del acceso; ésta parece ser la reciente experiencia de Uganda, donde se eliminaron los honorarios cobrados a los usuarios gracias a que el Gobierno aumentó simultáneamente su apoyo financiero y administrativo. En los casos en que no es posible mantener o mejorar la calidad del servicio por otros medios, los honorarios pueden operar como incentivos y recursos decisivos para poder seguir ofreciendo los servicios; así ha ocurrido con la Iniciativa de Bamako, en la que el mantenimiento de los honorarios ayudó a garantizar la disponibilidad de los medicamentos mientras otros programas fracasaban (48). Así pues, la política pública relativa a los honorarios debe ser pragmática, y ha de basarse en una detenida consideración del contexto y del impacto neto en el acceso de la población a unos servicios de salud de buena calidad.

Para sostener el sistema de salud sin depender estrechamente de los honorarios es necesario movilizar otras fuentes, incluidos impuestos generales para fines específicos, cuotas de la seguridad social, primas de seguros privados, o mecanismos de prepago de seguros comunitarios. En la práctica, el recurso a una u otra fuente dependerá de la capacidad de pago de la población, de la capacidad administrativa para recaudar dinero, del tipo y calidad de los servicios que se ofrezcan y de la eficacia de las instituciones y los mecanismos de financiación existentes.

En los países de ingresos bajos, los impuestos generales son una opción muy atractiva para cimentar un sistema público robusto de prestación de servicios de salud, por cuanto desde el punto de vista administrativo son más fáciles de gestionar que los más complejos sistemas de seguro o regulación. Sin embargo, los impuestos generales sólo funcionan cuando coinciden una base impositiva amplia, una administración fiscal eficaz y unos mecanismos adecuados de asignación de los fondos a los servicios de salud y de uso de los mismos. Si alguna de esas condiciones no se cumple, la alternativa más eficaz puede ser establecer un administrador independiente del seguro social, o bien alentar la formación de programas de seguro comunitario. El pragmatismo constituye un valioso principio orientativo para hallar la manera de movilizar y aplicar los recursos para mejorar la salud.

Resolver los estrangulamientos del sistema

Desde la aparición del «paquete mínimo» estándar de principios de los noventa, se han dado grandes pasos para racionalizar la elección de las intervenciones prioritarias. Hoy día disponemos de nuevos instrumentos. Por ejemplo, el proyecto OMS-CHOICE es una base de datos sobre el impacto sanitario y el costo de un gran número de intervenciones sanitarias, resumibles en medidas de prevención, promoción, curación y rehabilitación (49). La priorización de las intervenciones costoeficaces es tanto más importante cuando se dispone de nuevos fondos para invertirlos en el sector sanitario. Hay que velar por que los fondos externos se añadan a los nacionales, en lugar de reemplazarlos, pero también por que la financiación procedente de fuentes externas no ocasione una (mayor) fragmentación del sistema nacional de salud.

Los nuevos fondos eliminan sólo uno de los obstáculos a una atención equitativa y universal. Así, es necesario también que las instituciones beneficiarias de esos fondos adicionales, gubernamentales o no gubernamentales, introduzcan mejoras en la aplicación de los programas. El manejo del creciente flujo de fondos obliga a reforzar la dotación de personal capacitado, los sistemas de información, los mecanismos de auditoría y los controles financieros.

Así pues, mientras persisten los problemas de movilización de recursos, la asignación de éstos orientada por los resultados también exige nuevas estrategias. Para gestionar eficazmente los nuevos fondos de que se empieza a disponer para el sector de la salud, sobre todo en países del África subsahariana, se requieren formas innovadoras de presupuestación a medio plazo. Hay que hallar soluciones que desatasquen los estrangulamientos del sistema – en materia de recursos humanos y en otras áreas – que dificultan la conversión de esas mayores cantidades de dinero en mejores resultados sanitarios. Un enfoque prometedor es la Presupuestación Marginal para Estrangulamientos, basada en las actividades de varios países de África occidental. Cuando elaboran sus planes de gasto a medio plazo, los ministerios de salud tienen que identificar claramente los estrangulamientos del sistema y costear las estrategias necesarias para desbloquearlos. Este enfoque ha cosechado resultados alentadores en Malí y Mauritania, y va a implementarse ahora en varios estados de la India (50).

Sistemas de salud pro equidad: función central de los gobiernos

Si una responsabilidad crucial del sistema de salud consiste en estrechar las brechas de equidad sanitaria – principio fundamental de la atención primaria –, un criterio para evaluar las estrategias de formación de personal, la información sanitaria, las estrategias de financiación y otros aspectos debe ser la consideración de hasta qué punto esas estrategias favorecen la equidad.

El refuerzo mutuo de la pobreza y la mala salud es un fenómeno cada vez mejor conocido, y la evidencia de que los recursos, los esfuerzos y los resultados se distribuyen desigualmente y de forma poco equitativa no hace más que crecer. Los estudios de incidencia del beneficio muestran de manera sistemática que las personas que viven en la pobreza reciben menos de la parte proporcional que les corresponde de los fondos públicos para la salud en comparación con las clases acomodadas (51–55). Pero la renta no es el único factor determinante. La pobreza es fundamentalmente una situación en la que los individuos carecen de la capacidad necesaria para satisfacer sus necesidades, colmar sus aspiraciones y participar plenamente en la sociedad (56), de modo que la falta de empoderamiento político y de educación son factores que también contribuyen a excluir a las personas de la atención sanitaria. La discriminación por razón de género, raza o etnia alimenta considerablemente las desigualdades en salud y en el acceso a los servicios de atención sanitaria.

Las políticas que mejoran los indicadores sanitarios agregados de un país no siempre son justas o favorables a la equidad. En los países que han logrado mejorar los resultados sanitarios y reducir la inequidad, las políticas de desarrollo de los sistemas de salud han tenido que «ir contra corriente», con el objetivo explícito de contrarrestar la tendencia de atender primero a los sectores acomodados (57–60). Comoquiera que esté configurado el sector sanitario de un país, si se desea conseguir resultados pro equidad, es fundamental que el gobierno instaure una rectoría eficaz de todo el sector de la salud, incluidas las funciones de supervisión, monitoreo y ejecución de las políticas de salud.

Perfiles de inequidad en el acceso a la atención

Las estrategias de atención sanitaria pro equidad dependerán del contexto. La diferencia más importante entre ellas guardará relación con el perfil de inequidad que caracterice al acceso a la atención, que puede adoptar tres formas. En los países más pobres, ese perfil se resume en una situación de privación masiva: la mayoría de la población ve limitado considerablemente y en parecida medida su acceso a los servicios de atención de salud, mientras que una peque-

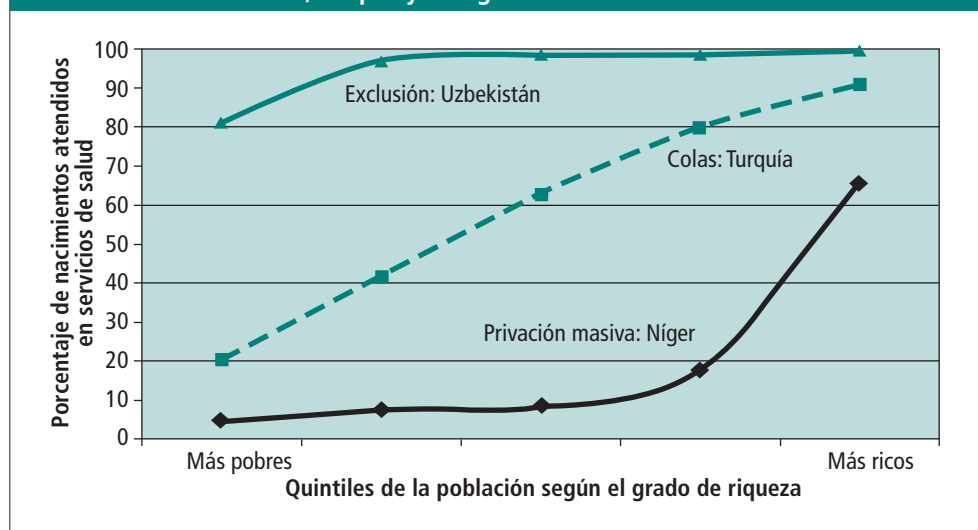
ña clase privilegiada encuentra la manera de obtener la atención que necesita. En otros países con una situación económica algo mejor, esas inequidades adoptan la forma de «colas»: el acceso general a los servicios de salud es mejor, pero los grupos de ingresos medios y altos son los que más se benefician, mientras que los más pobres tienen que esperar a beneficiarse de un efecto de «goteo». En algunos países las inequidades adoptan la forma de exclusión, de tal modo que la mayoría de la población tiene un acceso razonable a los servicios, pero una minoría pobre se ve privada de ellos. Estos perfiles pueden visualizarse considerando el porcentaje de nacimientos que tienen lugar en un servicio de salud (como indicador indirecto del acceso general a los servicios de salud) en función del quintil de ingresos (véase la figura 7.3).

El desarrollo de los sistemas basados en la atención primaria varía de un contexto a otro. En algunos casos se necesitan urgentemente programas orientados a grupos de población específicos para conseguir resultados pro equidad, mientras que en otros casos la prioridad es reforzar en general el conjunto de sistemas. También es posible combinar esos dos enfoques.

En los países caracterizados por la exclusión, probablemente se necesitarán iniciativas focalizadas para combatir la desigualdad social y la desigualdad en el acceso a los servicios de salud. Una estrategia así podría aplicarse a países de ingresos medios o bajos como Chile y Uzbekistán, pero también es una opción idónea para países más ricos en los que hay poblaciones marginadas que siguen excluidas de unos servicios en principio universales debido a problemas de discriminación por motivos de raza, etnia o género, pobreza de ingresos o estigmatización social. No habrá progreso alguno sin la intervención del gobierno, ya consista ésta en la provisión o el pago de servicios o en la implantación de incentivos apropiados para el sector no gubernamental. Como ejemplos de focalización cabe citar los esfuerzos desplegados recientemente por Chile y Nueva Zelanda con miras a conseguir unos servicios de salud más idóneos y accesibles para los pueblos indígenas (62), así como un programa de Australia destinado a reforzar la atención primaria entre la población indígena de las Islas Tiwi (véase el recuadro 7.8).

Se han usado comúnmente tres tipos de estrategias de focalización: directas, basadas en características y autofocalizadoras. No se excluyen mutuamente, y de hecho se emplean a menudo de forma conjunta. La focalización directa aspira a beneficiar sólo a los pobres. Un método consiste en eximir del pago de la atención a las personas que no pueden permitirse

Figura 7.3 Perfiles de distribución de la privación de asistencia sanitaria en Uzbekistán, Turquía y el Níger



ese desembolso. Para aplicar esta estrategia hay que emplear la llamada prueba de necesidad, esto es, la evaluación de la capacidad financiera del paciente. Esa función de exoneración basada en la prueba de necesidad exige una capacidad administrativa considerable. Las autoridades públicas pueden optar también por hacer transferencias directas condicionales de dinero en efectivo a las familias pobres para recompensar el cambio de comportamiento de los hogares, por ejemplo la costumbre de llevar a los niños a los centros de salud para someterlos a chequeos regulares. Una vez más, se requiere para ello una considerable capacidad institucional. En algunas zonas de América Latina esos enfoques han aumentado la participación en la atención sanitaria preventiva (64).

El objetivo de la focalización basada en características es beneficiar a grupos de personas pobres atendiendo a rasgos específicos que acentúan el estado de privación. Posibles criterios para ello son la ubicación geográfica, el género, la etnia, determinadas enfermedades (por ejemplo el VIH/SIDA), etc. La autofocalización, por último, remite al hecho de que los mejor situados económicamente renuncian a los servicios que consideran de baja calidad. Tales servicios pueden caracterizarse por un mayor tiempo de espera o por un entorno de dispensación más deficiente.

Entre los países y áreas donde el acceso inequitativo a la atención sanitaria adopta el perfil de la cola figuran Turquía y los estados y provincias más ricos de China y la India. En esos entornos, las políticas pro equidad deben intentar hallar el equilibrio más adecuado entre, por una parte, las actividades tendentes a aprovechar y ampliar las instituciones de atención sanitaria existentes, reduciendo efectivamente los obstáculos que conducen a la formación de colas, y, por otra parte, la identificación y priorización de grupos que en caso contrario se verían excluidos y no recibirían especial atención. Una vez más, ello exige la activa participación de las autoridades.

En 2001 Tailandia inició un programa destinado a extender la cobertura del seguro médico universal a quienes carecían de acceso a los servicios de salud. En el marco del nuevo programa, bautizado como «plan de salud de 30 baht», los beneficiarios se registran como pacientes de proveedores locales de atención sanitaria y pueden así obtener toda la atención médica que precisen por un copago de 30 baht (aproximadamente US\$ 0,35). El sistema se financia tanto con impuestos como con cuotas de los trabajadores y de los empleadores, mientras que

Recuadro 7.8 Reformas sanitarias comunitarias en las Islas Tiwi

Las remotas Islas Tiwi se encuentran a 60 km al norte de la costa australiana, en el Mar de Arafura, y tienen más de 2000 habitantes, principalmente indígenas. El desempleo es alto y las viviendas son en general de mala calidad. Se han registrado tasas muy altas de enfermedades crónicas, especialmente diabetes y afecciones renales y de las vías respiratorias. En 1997, los Gobiernos del Commonwealth de Australia y del Territorio entablaron negociaciones con el Consejo Comunitario de Tiwi para reformar los servicios existentes de atención primaria de salud e iniciaron una prueba de prestación coordinada de atención con cuatro objetivos amplios:

- lograr un control de los servicios de salud por parte de la comunidad de Tiwi mediante el establecimiento de un consejo de salud del área, encargado de administrar los fondos mancomunados del sector de la salud;
- mejorar la eficacia de las medidas preventivas mediante la participación de la población local en programas comunitarios;
- mejorar la calidad y la eficacia de los servicios de salud mediante la utilización de mayores recursos para una combinación de atención primaria

coordinada y servicios de salud orientados hacia la población;

- mejorar el nivel de la atención de conformidad con directrices sobre prácticas óptimas y protocolos.

La prueba duró tres años. Los resultados de salud no pudieron medirse en esa fase breve, pero se consiguió determinar el éxito del proceso (63), por ejemplo:

- control por parte de la comunidad mediante el establecimiento del Consejo de Salud de Tiwi, que ahora determina la política sanitaria y los gastos del sector;
- mayor conocimiento de las cuestiones relacionadas con la salud en la comunidad de los isleños de Tiwi y mayor participación de la comunidad en la prestación de los servicios;
- mejores servicios de prevención, especialmente de los problemas locales urgentes;
- mayor número de servicios de atención primaria y mejor calidad de éstos;
- reducción del número de hospitalizaciones evitables.

los dispensadores de atención sanitaria son remunerados con arreglo a un sistema de capitación. El programa no está exento de problemas, pero representa con todo un esfuerzo audaz para afrontar las inequidades sanitarias (65). Otra iniciativa, coronada con éxito, de ampliación de la cobertura a la población pobre fue la reforma del seguro de enfermedad llevada a cabo en Colombia a mediados de los años noventa. Entre 1995 y 2001 el número de cotizantes del seguro médico obligatorio aumentó de 9,2 a 18,2 millones de personas. Al mismo tiempo, el sistema fue reforzado para poder subvencionar claramente a los pobres y los desempleados. En 1995, tres millones de personas se beneficiaron de esas subvenciones múltiples; en 2001 la cifra había aumentado a 11 millones. Así pues, millones de personas que no cotizaban pudieron acceder prácticamente al mismo paquete de prestaciones de que disfrutaban quienes pagaban cuotas, en el servicio público o privado de su elección, y de la misma manera que los ciudadanos más acomodados que cotizan de forma regular (66, 67).

Los países con problemas de privación masiva representan el mayor reto de todos. En esos países la mayoría de la población está privada de atención sanitaria, que sólo los muy ricos pueden comprar. Hablar de «focalización» en esas circunstancias no sirve de mucho. El término que mejor define el principal esfuerzo requerido en esos casos es el de «extensión masiva», entendiendo por tal la ampliación y el refuerzo generalizados del sistema de salud. Los países de esta categoría necesitan rápidamente una expansión de los servicios periféricos y una extensión de los servicios de atención primaria y los hospitales, así como un aumento de las inversiones en otros sectores tales como la educación, el abastecimiento de agua y el saneamiento. La corrección de los desequilibrios geográficos y rural-urbano puede suponer a menudo un gran paso para acelerar los progresos en esos países. Pero el carácter limitado de los recursos públicos exige además innovaciones que aprovechen y favorezcan la participación local y comunitaria y la actividad del sector no gubernamental, en la línea de los principios de la atención primaria.

Algunos enfoques innovadores han logrado ampliar la atención sanitaria a la población pobre pese a las limitaciones existentes en materia de recursos, infraestructura y fuerza de trabajo. En su Programa Ampliado de Inmunización, Bangladesh, por ejemplo, aplicó programas de extensión en zonas rurales y reclutó al activo sector no gubernamental para suministrar servicios en zonas urbanas a fin de cerrar la brecha existente en materia de infraestructura y recursos humanos (68). La extensión masiva se combinó con la priorización de la prestación de servicios a los habitantes de zonas rurales y a los pobres, y el resultado fue una reducción considerable de las tasas de mortalidad infantil. Sin embargo, esa intervención no pudo ir acompañada de un aumento complementario de los partos asistidos, pues esto requiere un enfoque muy diferente de la prestación de servicios: las necesidades de infraestructura son mayores que las aptitudes requeridas por parte del personal de los servicios. En ambos casos se requieren recursos adicionales sustanciales, así como capacidad para usarlos eficazmente. Esto subraya la idea de que, si bien una rectoría pública responsable es esencial para introducir mejoras pro equidad en la salud, en los países que afrontan una situación de privación masiva no es posible conseguir grandes beneficios si no se ha logrado antes aumentar sustancialmente el apoyo internacional.

Objetivo: el acceso universal

La perspectiva de desarrollar sistemas de atención sanitaria impulsados por la atención primaria debe apuntar a asegurar el acceso universal a servicios de atención sanitaria de calidad. La aceleración del movimiento histórico hacia la cobertura universal asegurará que las mejoras generales de los sistemas de salud no oculten, o contribuyan a agravar, un aumento de las desigualdades en salud.

Ese objetivo tropieza con numerosos obstáculos, en particular la falta de recursos financieros, educación y personal cualificado. Pero una rectoría robusta puede ser una baza impor-

tante para superar esos impedimentos. La rapidez con que los países consigan avanzar hacia la cobertura universal dependerá de si los gobiernos aceptan que los beneficios sanitarios goteen gradualmente de los ricos a los pobres o, por el contrario, prefieren acelerar las medidas encaminadas a asegurar una distribución justa de los recursos y los beneficios sanitarios entre todos los grupos sociales.

Rectoría pública, participación de la comunidad

Un trabajo de supervisión responsable del sector sanitario y la firme voluntad de favorecer la equidad por parte del Estado son condiciones esenciales para crear y mantener sistemas de salud basados en la atención primaria. Ahora bien, si quieren desempeñar con eficacia su función de rectoría, los gobiernos deben comprometerse con las comunidades y responder a ellas manteniendo una relación bidireccional. La participación de la comunidad – incluidas las dimensiones de participación, identificación y empoderamiento – es un componente clave del sistema sanitario en el lado de la demanda, necesario para fomentar la eficacia y una gestión responsable.

En la Declaración de Alma-Ata se reconocía la importancia de la participación de la comunidad en la definición de los objetivos de salud y en la aplicación de las estrategias. Se afirmaba en ella que «las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria» (3). Sin embargo, no fue fácil llevar a la práctica el concepto de participación de la comunidad. En algunos casos esa participación demostró ser un factor crucial para la mejora del desempeño de los sistemas de salud. En los centros de salud de Malí pertenecientes a la comunidad, por ejemplo, el hecho de que las comunidades pagaran el sueldo del personal de esos centros cambió radicalmente la relación de las enfermeras con sus clientes (69). En una aldea del Sudán, un proyecto impulsado por la comunidad ha generado ingresos y reforzado el capital social, con positivas repercusiones para la salud (véase el recuadro 7.9). Sin embargo, con demasiada frecuencia la

Recuadro 7.9 Establecimiento de alianzas en pro de la salud en el Sudán

El programa sobre necesidades básicas de desarrollo del Sudán se introdujo en 1998 en Kosha, un remoto pueblo de unos 2500 habitantes situado en el Estado del Norte. Una encuesta local de evaluación de las necesidades reveló múltiples problemas sociales, económicos y de salud. La gran mayoría de los hogares carecía de letrinas y un 99% de la población utilizaba agua directamente del río. Muchas embarazadas tenían abortos espontáneos debido al esfuerzo de cargar el agua. Como consecuencia de la falta de saneamiento y de higiene había muchos problemas de salud, especialmente enfermedades diarreicas, malnutrición e infecciones oculares. La cobertura de vacunación de los niños y las madres era muy baja y se recurría muy poco a los métodos de planificación de la familia, aun cuando la tasa de fecundidad figuraba entre las más altas del país. La mayor parte de la población era extremadamente pobre y el desempleo muy alto.

Poco después de la introducción del programa se registraron cambios significativos en la vida de la población. La comunidad misma ha rehabilitado el centro de salud, ha apoyado económicamente al asistente médico, y ha adoptado el seguro médico comunitario autofinanciado mediante el fondo de desarrollo de la comunidad. Todas las viviendas tienen ahora acceso interior al agua potable, y más del 60% de ellas tienen letrinas sanitarias. Esto ha dado lugar a un marcado mejoramiento de los indicadores de salud y una reducción de las enfermedades más comunes (diarrea, infecciones respiratorias agudas, paludismo y

disentería), una mayor cobertura de vacunación y de atención prenatal y una reducción de la tasa de malnutrición a menos de un 1%.

La participación de la población local en estos asuntos ha producido otros cambios positivos: la inscripción de las muchachas y los muchachos en la escuela ha aumentado y los adultos participan en clases de alfabetización no institucionalizadas; se ha establecido una guardería infantil, y se ha renovado el club social de jóvenes. Es más, se ha formado un comité de mujeres encargado de iniciar y apoyar actividades relacionadas con la promoción de la mujer. Los ingresos de la mayor parte de las familias han aumentado enormemente gracias al cultivo de hortalizas y árboles frutales, con ayuda de pequeños préstamos del comité de desarrollo de la población. Ésta ya tiene electricidad y la comunidad puede disfrutar de televisión por satélite para el entretenimiento vespertino. La comunidad ha establecido alianzas fuertes con la OMS, el UNICEF, el FNUAP, el Gobierno de los Países Bajos, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, el Gobierno local y muchas organizaciones no gubernamentales.

El éxito de Kosha ha inspirado a cinco pueblos vecinos que se han organizado sin intervención del programa nacional. Dos de ellos ya han finalizado la encuesta de base y la capacitación de las organizaciones comunitarias utilizando recursos propios. La población de Kosha está segura de que podrá seguir mejorando su salud y su calidad de vida mediante la autoayuda e intervenciones autosuficientes sostenidas.

«participación comunitaria» se ha limitado a la creación de comités de salud que han actuado como vehículos de recuperación de costos. Es más, en algunos países de África occidental, el término «participación comunitaria», aplicado en el campo de la salud, pasó a ser sinónimo de «copago».

En los últimos años, las definiciones restringidas de comunidad y participación comunitaria (a través de comités de salud, por ejemplo) han dado paso a una perspectiva más amplia basada en la participación de organizaciones de la sociedad civil. Esas organizaciones son de muy diverso tipo. Pueden dedicarse a gestionar o coger los servicios de salud (como hace en Malí la Federación de Asociaciones de Salud Comunitarias), promover la autoayuda y la autorresponsabilidad, actuar como defensoras de grupos olvidados o excluidos (como ocurre con las organizaciones de afectados por el VIH/SIDA), o realizar actividades de protección del consumidor (como la Fundación de Consumidores de Tailandia).

Una de las funciones clave de las organizaciones de la sociedad civil es hacer que tanto los proveedores de atención sanitaria como los gobiernos rindan cuentas de lo que hagan y de la manera de hacerlo. Cuando la sociedad civil está activa, las organizaciones pueden controlar las decisiones de política de los gobiernos y defender sus intereses. En su calidad de custodios del sistema sanitario, los ministerios de salud son responsables de proteger la salud de los ciudadanos y de asegurar que se preste una atención sanitaria de calidad a todos los que la necesiten. Para ello es necesario tomar las decisiones más acertadas a la luz de la evidencia disponible, y privilegiar sistemáticamente el interés público frente a otras prioridades rivales. Esa misión incumbe en última instancia a los gobiernos, incluso en un contexto de descentralización con demarcaciones de responsabilización poco definidas. No obstante, sin unos mecanismos que permitan a la gente exigir el rendimiento de cuentas de los funcionarios, la rectoría puede fracasar. A fin de ejercer una presión eficaz para exigir el rendimiento de cuentas, es necesario que toda la sociedad civil disponga de información precisa sobre la salud y sobre el desempeño de los sistemas sanitarios. Los gobiernos deben hacer dicha información pública y accesible. La Secretaría de Salud de México, por ejemplo, ha publicado un resumen detallado y de fácil manejo sobre la situación sanitaria y el desempeño del sistema de salud de ese país (70). Los propios grupos de la sociedad civil, mediante su función fiscalizadora, también generan e intercambian información de utilidad para el rendimiento de cuentas. Es lo que ha ocurrido con los Foros Nacionales de Tailandia para la reforma de la atención sanitaria (71).

Cuando se dispone de las estructuras adecuadas, una gobernanza eficaz y una participación dinámica de la comunidad son elementos que se refuerzan mutuamente. La presupuestación participativa que se hace en Porto Alegre (Brasil) brinda un ejemplo de creación de consenso con la comunidad en lo que suele ser una actividad tradicionalmente desempeñada por el Estado. Iniciado en 1988, el sistema puesto en marcha está impulsado fundamentalmente por los consumidores, y el organismo ejecutor debe rendir cuentas a sus clientes. La adecuación de las partidas de gastos a las necesidades expresadas por la comunidad se ha traducido en mejoras cuantificables en el acceso a los servicios sociales (72).

Para conseguir una auténtica participación comunitaria es necesario superar numerosos obstáculos, dos de los cuales son especialmente problemáticos. El primero es que las comunidades, en especial las comunidades rurales pobres, desconocen a veces los mecanismos de participación. En segundo lugar, puede ocurrir que grupos sociales relativamente ricos y con mayor influencia dominen la vida política a nivel de la comunidad, lo cual es más frecuente también en el ámbito rural. Si se permite que los más acomodados «representen» a toda la comunidad en las discusiones sobre la planificación y la ejecución, el resultado puede ser que los grupos relativamente prósperos sean los realmente beneficiados a expensas de los grupos pobres. Esas dos situaciones restringen la capacidad de las personas pobres de participar ple-

namente en los mecanismos diseñados para fomentar la participación de la comunidad en el sistema sanitario. La aplicación de políticas que permitan superar esos obstáculos es un aspecto clave de la rectoría pública en el campo de la salud.

Crear sistemas basados en principios: cooperación de la OMS con los países

Los objetivos de salud descritos en este informe no se alcanzarán si antes no se refuerzan considerablemente los sistemas sanitarios de los países de ingresos bajos y medios. Y esto es válido tanto para alcanzar los ODM como para extender masivamente la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA, manejar la doble carga de morbilidad o alcanzar los restantes objetivos fundamentales de salud.

Hay numerosas alternativas para reforzar los sistemas de salud y establecer prioridades de desarrollo de esos sistemas. En este capítulo se ha propuesto que las actividades que desplieguen los países para construir sus sistemas de salud en los próximos años estén orientadas por los valores de la atención primaria. Se ha sostenido que, pese a los grandes cambios acontecidos en el campo de la política sanitaria mundial a lo largo del último cuarto de siglo, los principios básicos de la atención primaria siguen siendo válidos.

El futuro depara retos aún mayores para los sistemas de salud. En los próximos años, los cambios ambientales afectarán a la salud de la población por mecanismos aún no bien comprendidos. Los sistemas de salud están lidiando ya con los efectos de la globalización económica, incluidas las migraciones y el impacto de las pautas y prácticas comerciales en la salud de la población. Mientras en los foros internacionales proseguirán los debates sobre cuestiones como los derechos de propiedad intelectual y el comercio de servicios, los sistemas de salud deberán hacer frente a nuevas presiones. En ese contexto, la firme adhesión a los valores de la atención primaria – equidad, acceso universal a la asistencia, participación comunitaria y acción intersectorial – serán más importantes que nunca.

En este capítulo se ha empezado a analizar de qué manera el desarrollo de unos sistemas de salud basados en la atención primaria permitiría encarar los desafíos cruciales que plantean la formación y retención de los trabajadores, la gestión de la información, la financiación de la salud y la rectoría pro equidad. Está claro, sin embargo, que hay que proseguir esta investigación. Aún tenemos mucho que aprender para entender cómo funcionan los sistemas de salud, por qué fallan o responden lentamente a algunas crisis, y cómo es posible traducir los principios de la atención primaria en políticas prácticas que redunden en mejoras de la salud de las comunidades. La intensificación de las investigaciones y el intercambio de información sobre los sistemas sanitarios son aspectos que deben figurar en lugar prioritario en la agenda de la comunidad sanitaria mundial.

El fomento de la investigación de los sistemas de salud es uno de los elementos del programa de la OMS destinado a imprimir mayor eficacia a la cooperación con los países. Además, la OMS colaborará estrechamente con los países para explotar plenamente los actuales conocimientos sobre los sistemas de salud y los resultados de las investigaciones en curso. Las prioridades en ese sentido son las siguientes:

- fortalecer la calidad de las investigaciones sobre políticas y mejorar el acceso internacional a la evidencia ya disponible sobre la eficacia de los modelos y las intervenciones de atención primaria;
- crear nuevas redes que faciliten el intercambio de las prácticas y experiencias más adecuadas;
- desarrollar un «programa de trabajo» coherente para la atención primaria que integre a todos los niveles de la OMS;

- mejorar la comunicación y colaboración con otros organismos internacionales para evitar que se difundan mensajes contradictorios sobre el desarrollo de los sistemas de salud;
- desarrollar un marco de evaluación y un proceso de revisión que ayude a los Estados Miembros a analizar las políticas existentes de atención primaria y a planificar los cambios eventualmente necesarios (2).

Por encima de todo, la adhesión de la OMS a los sistemas de atención de salud basados en la atención primaria se concreta en desplazar el interés prioritario de la Organización lo más rápidamente posible de la defensa de los principios correspondiente al apoyo a aplicaciones prácticas mediante la cooperación técnica con los Estados Miembros. Las actuales consultas mundiales sobre la atención primaria brindarán oportunidades para intercambiar pruebas científicas y comparar las experiencias de los países. La urgencia con que se plantean los retos sanitarios mundiales exige que esos conocimientos se conviertan rápidamente en medidas de mejora de los sistemas de salud basadas en la atención primaria.

La firme resolución de cooperar con los países en el campo del desarrollo de sistemas de salud forma parte de un cambio más amplio de la manera de trabajar de la OMS. En un momento en que surgen nuevos desafíos que exigen nuevas respuestas, la OMS está cambiando de perspectiva y reorientando sus recursos. La Organización está reforzando su colaboración técnica y su apoyo a todos aquellos que desde los gobiernos, el sector privado y la sociedad civil están contribuyendo a la acción sanitaria. Ese apoyo provendrá de todos los niveles de la OMS y se manifestará en estrategias concretas de cooperación con los países. El fortalecimiento de la presencia de la OMS en los países y la intensificación de la colaboración a nivel de país constituye para la Organización la mejor fórmula para acelerar los progresos hacia los objetivos que unen a la comunidad sanitaria mundial: mejoras sanitarias cuantificables para todos, y progresos claros hacia la desaparición de las brechas de equidad.

Empezamos este informe describiendo los contrastes que caracterizan a la salud mundial. Un enfoque basado en la atención primaria reconoce la necesidad de atacar con una perspectiva intersectorial las raíces de las disparidades de salud. De ahí la importancia de los ODM, así como del pacto mundial que fundamenta esos objetivos. Lo mejor que puede hacer el sector de la salud para contribuir al logro de los ODM, las metas de tratamiento del VIH/SIDA y otros objetivos es fortalecer los sistemas de atención sanitaria. Trabajando unidos para construir sistemas de atención sanitaria eficaces, responsivos y pro equidad, la OMS, los Estados Miembros y sus asociados lograrán forjar un futuro más justo, seguro y saludable para todos.

Referencias

1. *Informe sobre la salud en el mundo 2000 – Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000.
2. *Primary health care: a framework for future strategic directions*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/MNC/OSD/03.01).
3. Declaración de Alma-Ata. En: *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6–12 de septiembre de 1978*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (Serie «Salud para todos», N° 1; <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>, visitado el 3 de octubre de 2003).
4. Altenstetter C, Bjorkman JW, eds. *Health policy reform: national variations and globalization*. Nueva York, NY, St. Martin's, 1997.
5. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud*. Washington, DC, Banco Mundial, 1993.
6. *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
7. Bodenheimer T et al. Improving primary care for patients with chronic illness – the chronic care model, part 2. *JAMA*, 2002, 288:1909–1914.
8. Coleman R et al. Noncommunicable disease management in resource-poor settings: a primary care model from rural South Africa. *Bulletin of the World Health Organization – Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1998, 76:633–640.

9. Unwin N et al. Tackling the emerging pandemic of non-communicable diseases in Sub-Saharan Africa: the essential NCD health intervention project. *Public Health*, 1999, 113:141–146.
10. *Antiretroviral therapy in primary health care: South African experience*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/HIV/2003.04).
11. Hunter D. *Public health policy*. Cambridge, Polity Press, 2003.
12. *Situation assessment*. Gabarone, African Comprehensive HIV/AIDS Partnership, 2001.
13. Ranson MK et al. The public health implications of multilateral trade agreements. In: Lee K, Buse K, Fustukian S, eds. *Health policy in a globalising world*. Cambridge, Cambridge University Press, 2002:18–40.
14. Narasimhan V et al. The next frontier: responding to the global human resources crisis. *Lancet* (en prensa).
15. *The health sector human resources crisis in Africa: an issues paper*. Washington, DC, USAID, 2003.
16. Kurowski C et al. *Human resources for health: requirements and availability in the context of scaling up priority interventions. Case studies from Tanzania and Chad*. 2002 (Report to United Kingdom Department for International Development).
17. Van Rensburg D, Van Rensburg N. *South African health review 1999 briefing summary: distribution of human resources*. Durban, Health Systems Trust, 1999 (<http://www.hst.org.za/sahr/99/summary/bshuman.htm>, visitado el 3 de octubre de 2003).
18. Beaglehole R, Dal Poz MR. Public health workforce: challenges and policy issues. *Human Resources for Health*, 2003, 1:4.
19. Vaz F et al. Training medical assistants for surgery [Formación en cirugía para ayudantes de medicina]. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:688–691 (resumen en español).
20. Pereira C et al. A comparative study of caesarean deliveries by assistant medical officers and obstetricians in Mozambique. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1996, 193:508–512.
21. Buchan J, Ball J, O'May F. If changing skill mix is the answer, what is the question? *Journal of Health Services Research and Policy*, 2001, 6:233–238.
22. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*, 2002, 324:819–823.
23. *Mid-level and nurse practitioners in the Pacific: models and issues*. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 2001.
24. *Better health in Africa: experience and lessons learned*. Washington, DC, Banco Mundial, 1993.
25. Farmer P et al. Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. *Lancet*, 2001, 358:404–409.
26. Maher D. The role of the community in the control of tuberculosis. *Tuberculosis*, 2003, 83:177–182.
27. Farmer P et al. Tratamiento comunitario de la infección avanzada por el VIH: introducción del tratamiento DOT-HAART (tratamiento bajo observación directa con antirretrovirales de gran potencia). *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de artículos N° 6, 2002, 77–83.
28. Nsubutebu EF. Scaling-up HIV/AIDS and TB home-based care: lessons from Zambia. *Health Policy and Planning*, 2001, 16:240–247.
29. Dovlo D, Nyongator F. Migration of graduates of the University of Ghana Medical School: a preliminary rapid appraisal. *Human Resources for Health Development Journal*, 1999, 3:34–37.
30. Bundred PE, Levitt C. Medical migration: who are the real losers? *Lancet*, 2000, 356:245–246.
31. *Commonwealth code of practice for international recruitment of health workers*. London, Commonwealth Secretariat, 2002 (www.commedas.org/files/COP/COP.pdf, visitado el 3 de octubre de 2003).
32. Issakha D., Abdoulaye L, Cheikhou S. Motocicletas para las enfermeras de las zonas rurales del Senegal. *Foro Mundial de la Salud*, 1995, 16:283–285.
33. Chomitz K. *What do doctors want? Developing incentives for doctors to serve in Indonesia's rural and remote areas*. Washington, DC, Banco Mundial, 1998 (Policy Research Working Paper No. 1888).
34. Nieves I, La Forgia G, Ribera J. Large-scale government contracting of NGOs to extend basic health services to poor populations in Guatemala. In: Rosenmöller M, ed. *Challenges of health reform: reaching the poor*. Barcelona, Estudios y Ediciones IESE, 2000:117–132 (<http://www.worldbank.org/lachealth>, visitado el 3 de octubre de 2003).
35. Loevinsohn B. *Contracting for the delivery of primary health care in Cambodia: design and initial experience of a large pilot test*. Washington, DC, Banco Mundial, 2001.
36. Starfield B. Primary care and health: an international comparison. *Journal of the American Medical Association*, 1991, 266:2268–2271.
37. The National Coalition on Health Care and The Institute for Healthcare Improvement. Curing the system: stories of change in chronic illness care. *Accelerating Change Today*, mayo de 2002 (<http://www.qualityhealthcare.org/qhc/uploads/ACT3finalChronic.pdf>, visitado el 3 de octubre de 2003).

38. Langley G et al. *The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance*. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 1996.
39. Berwick DM. Disseminating innovations in health care. *JAMA*, 2003, 289:1969–1975.
40. Wagner EH et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs*, 2001:64–78.
41. Van Lerberghe W, Adams O, Ferrinho P. Human resources impact assessment. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:525.
42. Mathers CD et al. *The global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (GPE Discussion Paper No. 54) (<http://www.who.int/evidence>, visitado el 3 de octubre de 2003).
43. Lopez AD et al. *World mortality in 2000: life tables for 191 countries*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (http://www3.who.int/whosis/life/life_tables/life_tables.cfm?path=evidence,life,life_tables&language=english, visitado el 3 de octubre de 2003).
44. Boerma JT, Holt E, Black RE. Biological and clinical data collection in surveys in less developed countries. *Population and Development Review*, 2001, 27:303–314.
45. Lippeveld T, Sauerborn R, Bodart C. *Design and implementation of health information systems*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000.
46. *La financiación de los servicios de salud. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (OMS, Serie de Informes Técnicos N° 625).
47. OIT-Programa Universitas. *Extending social protection through community based health organizations: evidence and challenges*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2002.
48. Uzochukwu BS, Onwujekwe OE, Akpala CO. Effect of the Bamako-Initiative drug revolving fund on availability and rational use of essential drugs in primary health care facilities in south-east Nigeria. *Health Policy and Planning*, 2002, 17:378–383.
49. Hutubessy RC et al. Generalized cost-effectiveness analysis: an aid to decision making in health. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2002, 1:39–46.
50. Soucat A, Van Lerberghe W, Knippenberg R. *Buying results, budgeting for bottlenecks: the new performance frontier*. Washington, DC, Banco Mundial, 2002. (Draft background paper, World Bank Policy and Sector Analysis Support Team–Africa Region Human Development (AFTHD)).
51. Gwatkin D. *Who would gain most from efforts to reach the Millennium Development Goals for health? An inquiry into the possibility of progress that fails to reach the poor*. Washington, DC, Banco Mundial, 2002 (HNP Discussion Paper).
52. Filmer D, Hammer J, Pritchett L. Weak links in the chain II: a prescription for health policy in poor countries. *World Bank Research Observer*, 2002, 17:47–66.
53. *Informe sobre la salud en el mundo 2002 – Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
54. Castro-Leal F et al. Public spending on health care in Africa: do the poor benefit? [Gasto público en atención de salud en África: ¿se benefician los pobres?]. *Bulletin of the World Health Organization* 2000, 78: 66–74 (resumen en español).
55. Victora CG et al. The impact of health interventions on inequalities: infant and child health in Brazil. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality and health: an international perspective*. Oxford, Oxford University Press, 2001:125–136.
56. Kunst AE, Houweling T. A global picture of poor-rich differences in the utilisation of delivery care. In: de Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 2001, 17:297–317.
57. Sen A. Capability and well-being. In: Nussbaum M, Sen A, eds. *The quality of life*. Oxford, Oxford University Press, 1993:330–353.
58. Birdsall N, Hecht R. Swimming against the tide: strategies for improving equity in health. In: Colclough C, ed. *Marketising education and health in developing countries: miracle or mirage?* Oxford, Oxford University Press, 1997.
59. Delamonica E, Minujin A, Vandemoortele J. Economic growth, poverty and children. *Environment and Urbanization*, 2002, 14:23–43.
60. Victora CG et al. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet*, 2003, 362:233–241.
61. *DAC guidelines and reference series: poverty and health*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos/Organización Mundial de la Salud, 2003: 31.
62. Durie M. Providing health services to indigenous peoples, *BMJ*, 2003, 327:408–409.
63. *Primary health care review project: region specific report*. Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2002.

64. Rawlings L, Rubio G. *Evaluating the impact of conditional cash transfer programs: lessons from Latin America*. Washington, DC, Banco Mundial, 2003 (World Bank Policy Research Working Paper 3119).
65. Jongudomsuk P, Thammatuch-aree J, Chittinanda P. Pro-equity health financing schemes in Thailand: a review of country experience. Bangkok, Ministerio de Salud (en prensa).
66. Sánchez F, Núñez J. La ley 100/93 sí llegó a las personas de menores ingresos. *Revista Via Salud*, 1999, 9:6–12 (<http://www.cgh.org.co/revista/>, visitado el 6 de octubre de 2003).
67. *Indicadores de Coyuntura Macroeconómica*. Departamento de Planeación Nacional, República de Colombia (<http://www.dnp.gov.co>, visitado el 6 de octubre de 2003).
68. Khan MM, Yoder RA. *Expanded programme on immunization in Bangladesh: cost, cost-effectiveness*, Bethesda, MD, Partnerships for Health Reform, 1998 (<http://www.childredivaccine.org/files/Abt-PNACH278.pdf>, visitado el 6 de octubre de 2003).
69. Maiga Z, Traoré Nafo F, El Abassi A. *La réforme du secteur santé au Mali 1989–1996*. Amberses, ITGPress, 1999. (Studies in Health Services Organisation and Policy, No. 12).
70. *Salud México 2002: Información para la rendición de cuentas*. México, DF, Secretaría de Salud, 2002.
71. *Forum on Health Care Reform*. Bangkok, Moh-Chao Ban Publishing House, 2000.
72. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe sobre Desarrollo Humano 2003*. Madrid, Mundi-Prensa para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2003 (<http://www.undp.org/hdr2003/espanol/index.html>, visitado el 3 de octubre de 2003).



Anexo estadístico

Los seis cuadros de este anexo técnico presentan información actualizada sobre los índices sintéticos de la salud de la población, la mortalidad y la carga de morbilidad en los Estados Miembros y las regiones de la OMS, así como algunos valores agregados de las cuentas nacionales de salud para el periodo 1997–2001. Las estimaciones de la esperanza de vida y la esperanza de vida sana y los totales de las cuentas nacionales de salud se han revisado para tener en cuenta nuevos datos, y en el caso de muchos Estados Miembros no son directamente comparables con las cifras publicadas en el *Informe sobre la salud en el mundo 2002*. Los trabajos plasmados en los cuadros de este anexo han sido llevados a cabo en su mayor parte por el Programa Mundial de la OMS sobre Pruebas Científicas para las Políticas de Salud, en colaboración con dependencias homólogas de las oficinas regionales de la OMS y con Representantes de la OMS en los Estados Miembros. En los casos en que se han presentado los datos por países, se enviaron a los Estados Miembros, para que los comentaran, las estimaciones iniciales de la OMS y las explicaciones técnicas pertinentes. Así y todo, las estimaciones aquí facilitadas deben interpretarse como las mejores estimaciones obtenidas por la OMS, no como las cifras oficiales de los Estados Miembros.

Anexo estadístico

Notas explicativas

Los cuadros de este anexo técnico presentan información actualizada sobre los indicadores sintéticos de la salud de la población, la mortalidad y la carga de morbilidad en los Estados Miembros y las regiones de la OMS, así como algunos valores agregados de las cuentas nacionales de salud para el periodo 1997–2001. Las estimaciones de la esperanza de vida y la esperanza de vida sana y los totales de las cuentas nacionales de salud se han revisado para tener en cuenta nuevos datos, y en el caso de muchos Estados Miembros no son directamente comparables con las cifras publicadas en el *Informe sobre la salud en el mundo 2002*. Estos cuadros han sido preparados principalmente por el Programa Mundial de la OMS sobre Pruebas Científicas para las Políticas de Salud, en colaboración con dependencias homólogas de las oficinas regionales y con Representantes de la OMS en los Estados Miembros. Las presentes notas ofrecen un panorama general de los conceptos, métodos y fuentes de datos utilizados, así como referencias a documentación más detallada.

Cabe esperar que el estudio detenido y el uso de los resultados conduzca progresivamente a una cuantificación más cabal de los logros sanitarios y la financiación de los sistemas de salud en los próximos informes sobre la salud en el mundo. En los resultados principales presentados en los cuadros sobre los logros sanitarios se consignan los intervalos de incertidumbre, para que el usuario conozca el margen de variación verosímil de las estimaciones de los indicadores para cada país. En los casos en que los datos se han presentado por países, se enviaron a los Estados Miembros, para que las comentaran, las estimaciones iniciales de la OMS y las explicaciones técnicas pertinentes. Las observaciones y los datos recibidos en respuesta se discutieron con ellos y fueron incorporados en la medida de lo posible. Así y todo, las estimaciones aquí presentadas deben interpretarse como las mejores estimaciones de la OMS, no como las cifras oficiales de los Estados Miembros.

Cuadro 1

A fin de determinar los logros sanitarios generales, es fundamental evaluar de la mejor manera posible la tabla de mortalidad correspondiente a cada país. Se han elaborado nuevas tablas de mortalidad para los 192 Estados Miembros, comenzando por un examen sistemático de todos los datos disponibles, procedentes de encuestas, censos, sistemas de registro de muestras, centros de estudios demográficos y registros civiles, acerca de los niveles y tendencias de la mortalidad infantil y la mortalidad de adultos (1). Este examen se ha beneficiado considerablemente de una evaluación en colaboración de la OMS y el UNICEF sobre la mortalidad

en la niñez en 2001, así como de análisis de la mortalidad general realizados por la Oficina del Censo de los Estados Unidos (2) y por la División de Población de las Naciones Unidas (3).

Todas las estimaciones del tamaño y de la estructura de la población para 2002 están basadas en las evaluaciones demográficas correspondientes preparadas por la División de Población de las Naciones Unidas (3). Estas estimaciones se refieren a la población residente *de facto*, no a la población *de jure* de cada Estado Miembro. Para facilitar los análisis demográficos, de las causas de defunción y de la carga de morbilidad, los 192 Estados Miembros se han dividido en cinco estratos de mortalidad atendiendo a su nivel de mortalidad de varones, niños y adultos. La matriz definida por las seis regiones de la OMS y los cinco estratos de mortalidad da lugar a 14 subregiones, pues no todos los estratos de mortalidad están representados en todas las regiones. Esas subregiones se definen en las páginas 198–199 y se utilizan en los cuadros 2 y 3 para presentar los resultados.

Dada la creciente heterogeneidad de las pautas de mortalidad de adultos y niños, la OMS ha desarrollado un sistema de tablas de mortalidad constituido por un modelo logit de dos parámetros basado en una norma mundial, con parámetros adicionales específicos para la edad destinados a corregir los sesgos sistemáticos asociados a la aplicación de un sistema de dos parámetros (4). Este modelo de tablas de mortalidad ha sido ampliamente utilizado para elaborar las tablas de mortalidad de los Estados Miembros que carecen de sistemas apropiados de registro civil y para proyectar las tablas de mortalidad hasta 2002 cuando los datos más recientes disponibles corresponden a años anteriores.

Se han aplicado cuando procedía diversas técnicas demográficas (método de Preston-Coale, método del equilibrio de crecimiento de Brass, método del equilibrio de crecimiento generalizado y método de Bennett-Horiuchi) a fin de evaluar el grado de integridad de los datos de mortalidad registrados en el caso de los Estados Miembros que tienen sistemas de registro civil. En cuanto a los Estados Miembros que carecen de sistemas nacionales de registro civil, se han evaluado, ajustado y promediado todos los datos disponibles de encuestas, censos y registros civiles para estimar la tendencia probable de la mortalidad en la niñez a lo largo de los últimos decenios. Esta tendencia se ha proyectado para estimar los niveles de mortalidad en la niñez correspondientes a 2002. Además, se han analizado los datos de las encuestas de población disponibles sobre supervivencia de hermanos adultos para obtener información suplementaria sobre la mortalidad de adultos.

La OMS emplea un método estándar para estimar y proyectar las tablas de mortalidad de todos los Estados Miembros con datos comparables. Ello puede dar lugar a pequeñas diferencias respecto a las tablas de mortalidad oficiales preparadas por los Estados Miembros. Las cifras sobre la esperanza de vida en el año 2002 en muchos Estados Miembros son revisiones de las publicadas para 2000 y 2001 en el *Informe sobre la salud en el mundo 2002*, actualizadas a la luz de los datos de mortalidad más recientes.

A fin de reflejar la incertidumbre derivada del muestreo, la técnica de estimación indirecta o la proyección al año 2002, se ha elaborado un total de 1000 tablas de mortalidad para cada Estado Miembro. Los límites de incertidumbre se indican en el cuadro 1 mediante los percentiles 2,5 y 97,5 en las columnas correspondientes a las principales variables de las tablas de mortalidad. Este análisis de la incertidumbre se ha visto facilitado por el desarrollo de nuevos métodos y programas informáticos (5). En los países donde la epidemia de VIH ha adquirido grandes proporciones, el análisis de la incertidumbre de las tablas de mortalidad incorpora estimaciones recientes sobre el nivel y el intervalo de incertidumbre de la magnitud de la epidemia.

Cuadros 2 y 3

Las causas de defunción correspondientes a las 14 subregiones y a todo el mundo se han estimado a partir de datos de 112 sistemas nacionales de registro civil que recogen anualmente unos 18,6 millones de defunciones, lo que representa la tercera parte del total mundial anual. Además, se ha utilizado información de sistemas de registro dispersos, de centros de estudios demográficos y de análisis epidemiológicos de afecciones concretas para mejorar las estimaciones de la distribución de las causas de defunción (6–16). Esos datos se utilizan para calcular las tasas de mortalidad por edad y sexo para causas de defunción definidas conforme a las reglas de clasificación establecidas en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE).

Los datos sobre las causas de defunción han sido detenidamente analizados para tener en cuenta la cobertura parcial de los registros civiles de algunos países y la diferente distribución de las causas de mortalidad que tienden a presentar las subpoblaciones no cubiertas y, a menudo, pobres. Para realizar este análisis se han elaborado técnicas basadas en el estudio sobre la carga mundial de morbilidad (17), que se han depurado utilizando una base de datos mucho más amplia y técnicas de modelización más robustas (18).

Se ha prestado particular atención a los problemas ocasionados por los errores de atribución o codificación de las causas de defunción en relación con las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los traumatismos y las categorías mal definidas en general. Se ha desarrollado un algoritmo de corrección para reclasificar los códigos mal definidos de enfermedades cardiovasculares (19). La mortalidad por cáncer según su localización se ha evaluado utilizando datos tanto de los registros civiles como de los registros de incidencia del cáncer basados en la población. Estos últimos se han analizado en cada región utilizando un modelo completo de supervivencia al cáncer por edad, periodo y cohortes (15).

El cuadro 3 presenta estimaciones de la carga de morbilidad para las 14 subregiones epidemiológicas utilizando los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Un AVAD puede considerarse un año de vida «sana» perdido, y la carga de morbilidad puede interpretarse como una medida de la diferencia entre el estado de salud actual de una población y una situación ideal en la que todos los miembros de la población llegarían a la vejez con una salud perfecta (20, 21). Los AVAD perdidos por una enfermedad o situación sanitaria se calculan como la suma de los años de vida perdidos por mortalidad prematura (APP) en la población y los años perdidos por discapacidad (APD) como consecuencia de los casos incidentes de ese problema de salud. Los AVAD correspondientes a 2002 se han estimado a partir de la información sobre las causas de defunción en cada subregión y de las estimaciones regionales o de país de la epidemiología de las principales afecciones discapacitantes. Para el presente informe, las estimaciones de la carga de morbilidad se han actualizado respecto de muchas de las categorías de causas incluidas en el estudio sobre la Carga Mundial de Morbilidad 2000, gracias a la abundante información que sobre las enfermedades y los traumatismos más importantes poseen los programas técnicos de la OMS, así como a la colaboración con especialistas de todo el mundo (16). Esos datos, junto con nuevas estimaciones revisadas de las defunciones por causas, edad y sexo en todos los Estados Miembros, se han utilizado para elaborar estimaciones internamente coherentes de la incidencia, la prevalencia, la duración y los AVAD perdidos correspondientes a más de 130 causas importantes en 14 subregiones del mundo. La participación de programas de la OMS en estos cálculos y la consulta con los Estados Miembros aseguran que las estimaciones reflejen toda la información y los conocimientos de que dispone la OMS. Se pueden consultar también en el sitio web de la OMS, www.who.int/evidence/bod, las estimaciones, por subregiones, de la incidencia y la prevalencia puntual correspondientes a algunas causas destacadas.

Cuadro 4

El cuadro 4 del anexo informa sobre el nivel medio de salud de la población en los Estados Miembros de la OMS, expresado como esperanza de vida ajustada en función del estado de salud (EVAS). La EVAS se basa en la esperanza de vida al nacer (véase el cuadro 1), pero con un ajuste que refleja *el tiempo pasado con mala salud*. Se entiende más fácilmente como el número equivalente de años en plena salud que previsiblemente vivirá un recién nacido teniendo en cuenta las tasas de morbilidad y mortalidad del momento (22, 23).

Los métodos utilizados por la OMS para calcular la EVAS se han desarrollado para optimizar la comparabilidad entre poblaciones. Los análisis de más de 50 encuestas nacionales de salud realizados por la OMS para calcular la esperanza de vida sana identificaron limitaciones graves de la comparabilidad entre poblaciones de los datos autonotificados sobre el estado de salud, incluso cuando se utilizaron instrumentos y métodos de encuesta idénticos (24). Estos problemas de comparabilidad obedecen a diferencias no cuantificadas entre las expectativas y las normas de salud, que pueden hacer que de una población a otra varíe enormemente el significado atribuido a las etiquetas utilizadas para categorizar las respuestas en los cuestionarios de autonotificación (p. ej., leve, moderado o grave) (25). Para resolver esos problemas, la OMS emprendió un Estudio de Encuestas Multipaíses (MCSS) en 2000–2001 en colaboración con Estados Miembros, utilizando un instrumento normalizado de encuesta sobre el estado de salud y nuevos métodos estadísticos para corregir los sesgos relacionados con el estado de salud autonotificado (25, 26).

El MCSS llevó a cabo 71 encuestas domiciliarias representativas en 61 Estados Miembros durante 2000 y 2001, utilizando un nuevo instrumento de análisis del estado de salud basado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (27). A partir de una muestra representativa de encuestados, dicho instrumento reúne información sobre su estado de salud del momento en relación con siete dominios básicos. Para superar el problema de la comparabilidad de los datos de salud referidos por los encuestados, el instrumento de encuesta de la OMS recurre a pruebas funcionales y viñetas que permiten calibrar el estado de salud autonotificado en relación con cada uno de los dominios básicos (26). Las respuestas así calibradas se utilizan para calcular la prevalencia de diferentes estados de salud según la edad y el sexo. Sobre la base de los resultados del estudio, y en colaboración con los Estados Miembros, la OMS está realizando la Encuesta Mundial de Salud (hay más información disponible al respecto en el sitio web de la OMS www.who.int/evidence/whs). Durante la primera mitad de 2003 participaron en la Encuesta Mundial de Salud 73 Estados Miembros. Sus resultados servirán para analizar en el futuro la esperanza de vida sana.

La cuantificación del tiempo pasado con mala salud se basa en una combinación de estimaciones de afecciones específicas del estudio de la Carga Mundial de Morbilidad 2000 y estimaciones de la prevalencia de diferentes estados de salud por edad y sexo procedentes del estudio multipaíses MCSS, ponderadas utilizando valoraciones del estado de salud (28). Los datos del estudio de la Carga Mundial de Morbilidad 2000 se utilizaron para hacer estimaciones de prevalencia de afecciones por edad y sexo ajustadas según la gravedad en los 192 Estados Miembros de la OMS en 2002. Se utilizaron datos de 62 encuestas del estudio multipaíses para hacer estimaciones independientes de las prevalencias por edad y sexo ajustadas por gravedad. Por último, se calcularon las prevalencias posteriores de todos los Estados Miembros para 2002 utilizando prevalencias basadas en la Carga Mundial de Morbilidad 2000 y en las prevalencias del estudio.

Se realizaron encuestas domiciliarias que incluían un módulo de valoración en los 14 países siguientes: China, Colombia, Egipto, Eslovaquia, Georgia, India, Indonesia, Irán (República Islámica del), Líbano, México, Nigeria, República Árabe Siria, Singapur y Turquía. A partir de los datos de casi 500 000 valoraciones del estado de salud correspondientes a más de 46 000 encuestados, se establecieron valoraciones medias del estado de salud global para calcular las EVAS (29).

Los métodos utilizados por la OMS para calcular la esperanza de vida sana fueron objeto en 2001 y 2002 de una revisión científica, realizada por el Grupo de Examen Científico Colegiado establecido por la Directora General en respuesta a una petición del Consejo Ejecutivo de la OMS. En el informe final del Grupo a la Directora General (30) se señalaba que la metodología utilizada para medir la EVAS estaba muy perfeccionada y se hacían varias recomendaciones técnicas que se han seguido en relación con las estimaciones presentadas en el cuadro 4. En particular, se han tomado medidas para incluir a los residentes en instituciones de salud, así como la comorbilidad dependiente. En las muestras del estudio MCSS no había personas de edad residentes en asilos u otras instituciones de salud. Como el estado de salud de estas personas suele ser peor que el de quienes viven en sus hogares, se hizo un ajuste basado en la proporción estimada de la población ≥ 60 años residente en ese tipo de instituciones.

La suma de las prevalencias de enfermedades específicas considerando todas las causas previstas en el estudio de la Carga Mundial de Morbilidad 2000 llevaría a sobreestimar las prevalencias de los estados de salud, debido a los casos de comorbilidad. En ediciones anteriores del *Informe sobre la salud en el mundo* se hicieron ajustes para tener en cuenta la comorbilidad independiente (22). Después de la revisión científica colegiada, se realizaron nuevos trabajos para tener debidamente en cuenta también la comorbilidad dependiente. Los datos de cinco grandes encuestas nacionales de salud fueron analizados por edad y sexo para calcular el grado de comorbilidad dependiente de diversos pares de afecciones. Se halló una coherencia sorprendente entre las cinco encuestas, y todos los Estados Miembros utilizaron los resultados para corregir la suma de las prevalencias de afecciones específicas en función de la comorbilidad dependiente (16).

El cuadro 4 presenta las siguientes estimaciones para todos los Estados Miembros: EVAS promedio al nacer, EVAS a los 60 años, pérdida previsible de años de vida sana (PPVS) al nacer, porcentaje de esperanza de vida (EV) total perdido, e intervalos de incertidumbre del 95%. La PPVS es el resultado de restar la EVAS de la EV (esperanza de vida) y refleja el número equivalente de años con plena salud que previsiblemente se perderán viviendo con una salud inferior a la óptima; expresada como porcentaje de la EV total, representa la proporción de la esperanza de vida total que se pierde cuando la salud no es perfecta. Las estimaciones de la esperanza de vida sana correspondientes a 2002 no son comparables con las publicadas en el *Informe sobre la salud en el mundo 2002* para muchos Estados Miembros respecto de 2001, debido a que incorporan nuevos datos epidemiológicos, nuevos datos de encuestas de salud e información más reciente sobre las tasas de mortalidad, así como las mejoras metodológicas descritas anteriormente. En particular, la mejora de los métodos para tener en cuenta la comorbilidad ha dado como resultado una reducción de la proporción estimada de años de vida sana perdidos a edades mayores en comparación con las estimaciones publicadas en años anteriores.

Cuadro 5

Las cuentas nacionales de salud (CNS) sintetizan los flujos de financiación y de gastos asociados al funcionamiento de un sistema de salud y permiten vigilar todas las transacciones, desde las fuentes de financiamiento hasta la distribución de las prestaciones, atendiendo a dimensiones geográficas, demográficas, socioeconómicas y epidemiológicas. Las CNS están relacionadas con las cuentas macroeconómicas y macrosociales, cuya metodología aprovechan.

En el cuadro 5 figuran estimaciones correspondientes a cada uno de los 192 Estados Miembros. Aunque cada vez son más los países que reúnen datos sobre los gastos sanitarios, sólo algunos de ellos han elaborado cuentas nacionales de salud completas. Se ha recopilado la información pertinente disponible a nivel nacional e internacional sobre cada país, y se han aplicado técnicas normalizadas de contabilidad y extrapolación para obtener series temporales adecuadas. Además, se presenta un desglose de los datos pertinente para las instancias normativas (por ejemplo gasto público/privado). Cada año se envían a los ministros de salud tablas preliminares solicitando observaciones y ayuda para obtener la información adicional necesaria. Las constructivas respuestas de los ministerios han aportado información valiosa para las estimaciones de las CNS aquí presentadas.

Una contribución metodológica importante para la preparación de cuentas nacionales de salud es *Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries* (31), basada en *System of health accounts* (32), de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Ambas obras se basan a su vez en los principios enunciados en *System of national accounts*, de las Naciones Unidas (comúnmente denominado SCN93) (33).

Las principales referencias internacionales utilizadas en la preparación de los cuadros son las siguientes: *Government finance statistics yearbook, 2002* (34), *International financial statistics yearbook, 2003* (35) e *International Financial Statistics* (de septiembre de 2003) (36), del Fondo Monetario Internacional (FMI); *Key indicators 2002* (37), del Banco Asiático de Desarrollo; *OECD health data 2003* (38) e *International development statistics* (39), de la OCDE; y *National accounts statistics: main aggregates and detailed tables, 2000* (40), de las Naciones Unidas. Las organizaciones encargadas de la publicación de estos informes facilitaron a la OMS textos preliminares e información conexa, contribución que queremos agradecer aquí.

Las fuentes nacionales comprenden informes sobre cuentas nacionales de salud y sobre gastos públicos, anuarios estadísticos y otras publicaciones periódicas, documentos presupuestarios, informes sobre cuentas nacionales, datos estadísticos procedentes de sitios web oficiales, informes de organizaciones no gubernamentales, estudios académicos e informes y datos suministrados por oficinas estadísticas centrales, ministerios de salud, ministerios de finanzas y de desarrollo económico, oficinas de planificación, asociaciones de profesionales y asociaciones comerciales.

El cuadro 5 presenta cifras tanto actualizadas como revisadas correspondientes a 1997–2000 y datos nuevos para 2001. Las cifras se actualizaron en todos los casos en que había información nueva que modificaba las estimaciones iniciales; entre esos casos figuran las revisiones de los criterios de referencia, esto es, revisiones que ocasionalmente hace un país como consecuencia de un cambio de metodología, como ocurre cuando las CNS se preparan con muchos más medios o cuando el denominador de SCN68 es reemplazado por el de SCN93. Colombia es un ejemplo de ello.

El gasto total en salud se ha definido como la suma del gasto del gobierno general en salud (GGGS), o gasto público en salud, y el gasto privado en salud (GPrS). Todas las estimaciones

se calculan en millones de unidades monetarias nacionales (millones de UMN), y se presentan como razones matemáticas del producto interno bruto (PIB), del gasto total en salud (GTS), de la cifra total de gastos del gobierno general (GGG) o del gasto privado total en salud (GPrS).

El PIB es el valor de todos los bienes y servicios generados en un país por los residentes y no residentes, independientemente de su distribución entre activos internos y externos. Corresponde (con pequeños ajustes) a la suma total del gasto (consumo e inversión) de los agentes privados y públicos de la economía durante el año de referencia. El cuadro 1.1 de *National accounts statistics: main aggregates and detailed tables, 2000 (40)* es la fuente principal de las estimaciones del PIB. En el caso de los 30 países miembros de la OCDE, las cuentas macroeconómicas se han importado del cuadro 1 de *National accounts of OECD countries 1990/2001, 2003 edition, volume II (41)*. Gracias a los arreglos de colaboración de la OMS con la División de Estadística de las Naciones Unidas y la Comisión Económica para Europa de las Naciones Unidas, se ha podido recibir por adelantado información sobre 2001.

Cuando no se disponía de datos de las Naciones Unidas se utilizaron los datos del PIB notificados por el FMI (*International Financial Statistics*, de septiembre de 2003). En los pocos casos en que ninguna de las instituciones arriba mencionadas enviaron información actualizada sobre el PIB, la OMS utilizó datos de otras instituciones o series nacionales. Se utilizaron series nacionales en el caso de Andorra, los Estados Federados de Micronesia, las Islas Salomón, Nicaragua, Niue, Palau, Samoa y Tonga. Las cifras correspondientes a Kiribati se obtuvieron del Banco Asiático de Desarrollo. Las estimaciones correspondientes al Afganistán, el Iraq, la República Popular Democrática de Corea, Somalia y Timor-Leste se obtuvieron de informes sobre políticas, ya que ninguna de las fuentes estadísticas corrientes tenía información sobre esos países.

Entre los datos de China no figuran los correspondientes a la Región Administrativa Especial de Hong Kong ni a la Región Administrativa Especial de Macao. Los datos sobre el gasto sanitario de Jordania no abarcan las contribuciones del Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente (OOPS), que presta apoyo a los servicios de salud básicos dispensados a los refugiados palestinos que residen en el territorio de Jordania, pero sí abarcan los gastos del OOPS en los consultorios del OOPS. Los datos para 1997 y 1998 sobre el gasto sanitario en Serbia y Montenegro comprendían los de las provincias de Kosovo y Metohia, pero los correspondientes a 1999 y 2000 no abarcaban a esas dos provincias, por tratarse de territorios que se hallaban bajo la administración de las Naciones Unidas. La estimación correspondiente a 2001 también se extrapola sin incluir Kosovo y Metohia.

El gasto del gobierno general (GGG) comprende los desembolsos directos e indirectos consolidados (p. ej., subsidios a productores, transferencias a familias), incluido el capital de todos los niveles de gobierno (central/federal, provincial/regional/estadual/distrital y municipal/local), instituciones de seguridad social, órganos autónomos, y otros fondos extrapresupuestarios. En la línea 51 del cuadro 12 de *National accounts of OECD countries: detailed tables 1990/2001, 2003 edition, volume II* se presenta información sobre 27 países miembros. *Government finance statistics yearbook* del FMI aporta una cifra global para 133 administraciones públicas centrales/federales y complementos referentes a 23 administraciones públicas regionales y 45 locales/municipales (así como algunos pagos de la seguridad social por datos sanitarios recibidos del FMI). En la línea 82 de *International Financial Statistics* del FMI se presentan cifras sobre desembolsos de los gobiernos centrales. Para verificar el

gasto público total se han consultado diversas auditorías de fondos públicos, presupuestos ejecutados, planes presupuestarios, anuarios estadísticos, sitios web, informes del Banco Mundial y de bancos regionales de desarrollo y estudios académicos. En series temporales incompletas se hicieron extrapolaciones utilizando, entre otras cosas, la diferencia entre, por un lado, los pagos actuales más los ahorros según datos de *National accounts* de las Naciones Unidas hasta 1995, y por otro, los pagos del gobierno central según datos del FMI. Varias autoridades nacionales han confirmado las series de GGG durante el proceso consultivo.

El GGG comprende los desembolsos destinados a mejorar el estado de salud de diversos sectores de la población o a distribuir bienes y servicios de atención médica entre los diversos sectores de la población, efectuados con cargo a:

- autoridades centrales/federales, estatales/provinciales/regionales o locales/municipales;
- organismos financiados con fondos extrapresupuestarios, principalmente planes de seguridad social, que operan en varios países;
- recursos externos (principalmente donaciones y créditos con proporciones importantes de subvenciones a los gobiernos).

Las cifras correspondientes a la seguridad social y a los gastos extrapresupuestarios en salud abarcan las compras de bienes y servicios de salud por planes obligatorios que están bajo control gubernamental y cubren a una parte considerable de la población. Una de las mayores dificultades ha sido la de comprobar que no hubiera doble contabilización y que las estimaciones no comprendieran los pagos en efectivo por enfermedad y/o pérdida de empleo, ya que éstos se clasifican como gastos destinados al mantenimiento de los ingresos.

Hay que tener en cuenta todos los gastos, incluidos el consumo final, los subsidios a los productores, las transferencias a las familias (principalmente los reembolsos de las facturas médicas y farmacéuticas), las inversiones y las subvenciones a la inversión (también denominadas transferencias de capital), con los límites que se derivan de la clasificación de las funciones del Estado promovida por las Naciones Unidas, el FMI, la OCDE y otras instituciones. En muchos casos los datos que aparecen en las publicaciones se ciñen a los suministrados por los ministerios de salud. Sin embargo, los gastos en salud deben abarcar los gastos cuyo objeto principal sea la salud, con independencia de la entidad ejecutora. Se ha procurado obtener datos sobre los gastos sanitarios de otros ministerios, las fuerzas armadas, cárceles, escuelas, universidades, etc., para asegurar que se incluyeran todos los recursos con los que se sufragaban gastos sanitarios. La información sobre los recursos externos fue proporcionada amablemente por el Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE (CAD/OCDE). La cuarta parte de los Estados Miembros vigilan explícitamente los recursos externos que ingresan en su sistema de salud, y esa información se ha utilizado para validar o modificar las magnitudes derivadas de los datos del CAD.

OECD health data 2003 presenta los datos del GGG de sus países miembros, con algunas lagunas respecto a 2001. Los datos sobre Austria, Bélgica, Islandia, el Japón, Luxemburgo, la República de Corea y Turquía correspondientes al año 2001 han sido establecidos en gran parte por la OMS mediante proyecciones porque todavía no estaban disponibles a través de la OCDE. Se disponía de estudios de CNS de 54 países no miembros de la OCDE para uno o más años. La información detallada de esos informes permitió hacer estimaciones sobre una base más fiable que en otros años. *Government finance statistics* del FMI presenta datos sobre el gasto público central en salud en 122 países, el gasto sanitario de gobiernos regionales de

23 países y el gasto sanitario de gobiernos locales de 45 países; la publicación no presenta series temporales continuas para todos los países, pero muestra que hay un sistema de notificación en los 122 países. Se hizo una búsqueda exhaustiva para consultar las publicaciones nacionales pertinentes de esos países. En algunos casos se observó que los gastos notificados atendiendo a la clasificación de las finanzas públicas que se hace en *GFS* se limitaban a los del ministerio de salud, en lugar de considerar todos los gastos en salud independientemente del ministerio implicado. En esos casos se utilizaron otras series para complementar la fuente en cuestión. Los datos sobre finanzas públicas, unidos a los datos sobre recursos externos y a diversa información hallada en anuarios estadísticos, informes sobre finanzas públicas y análisis de la aplicación de políticas sanitarias, han sido la base empleada para estimar el GGGS en la mayor parte de los Estados Miembros de la OMS. La información sobre Brunei Darussalam, por ejemplo, proviene de fuentes nacionales, pero también de un compendio de datos de una fundación médica internacional del Japón (42). Esta fuente brindó la posibilidad de verificar datos del presupuesto sanitario de siete países.

Se han utilizado varios procedimientos para determinar la validez de los datos. Por ejemplo, el gasto global estimado se ha comparado con el gasto en atención de enfermos hospitalizados, el gasto farmacéutico y otros registros (incluidos los gastos de administración de programas y otros gastos que figuran en las clasificaciones de *System of health accounts*) a fin de validar comparativamente la información y asegurar que los desembolsos pormenorizados constituyan el grueso del gasto público en salud, que las transferencias intragubernamentales estén consolidadas, y que las estimaciones obtenidas se consideren verosímiles a tenor de las características de los sistemas. Los datos sobre el gasto público global en salud también se han comparado con el GGG total, lo que constituye una comprobación más. Cuando no se han podido hacer estimaciones de los gastos de gobiernos locales, organizaciones no gubernamentales y seguros, el resultado es a veces una subestimación del GGGS, y por consiguiente de las cifras correspondientes al gasto total en salud. Por ejemplo, las estimaciones del GTS de la India no incluyen quizá a algunos agentes que podrían llevar a subestimar el PIB en un 0,3% – 0,6%. La información sobre el Afganistán y el Iraq fue suministrada por la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental, y la información sobre Camboya procede de la oficina en el país.

El gasto privado en salud se ha definido como la suma de los gastos efectuados en concepto de lo siguiente:

- Planes de prepago y arreglos de mancomunación del riesgo: desembolsos de planes de seguro privados y regímenes previsionales privados (sin control gubernamental de las tasas de pago y de los proveedores participantes, pero con directrices generales del gobierno), planes de seguro comerciales y sin fines de lucro (mutuas), organizaciones de mantenimiento de la salud y otros agentes que administran prestaciones médicas y paramédicas de prepago (incluidos los gastos de funcionamiento de esos planes).
- Gastos de empresas en salud: desembolsos de empresas públicas y privadas en atención médica y prestaciones de mejora de la salud, diferentes de los pagos a la seguridad social.
- Instituciones sin fines de lucro que atienden principalmente a familias: recursos utilizados para adquirir bienes y servicios de salud por entidades cuyo estatuto no les permite ser una fuente de ingresos, ganancias u otros beneficios financieros para las unidades que las establecen, controlan o financian. Comprende financiamiento de fuentes internas y externas.

- Gastos familiares en efectivo: desembolsos directos de las familias, con inclusión de honorarios y otros pagos en especie a personal de salud y a dispensadores de preparaciones farmacéuticas, dispositivos terapéuticos y otros bienes y servicios, cuyo principal objetivo es contribuir al restablecimiento o fortalecimiento del estado de salud de individuos o grupos de población. Comprenden los pagos de los hogares a servicios públicos, instituciones sin fines de lucro y organizaciones no gubernamentales, y los costos compartidos, franquicias, copagos y honorarios no reembolsables. No incluyen los pagos efectuados por las empresas que ofrecen a sus empleados prestaciones médicas y paramédicas, impuestas o no por ley, y los pagos de tratamientos dispensados en el extranjero.

La mayor parte de los datos sobre los gastos privados en salud procede de informes sobre cuentas nacionales de salud, anuarios estadísticos y publicaciones periódicas de otro tipo, datos estadísticos de sitios web oficiales, informes de organizaciones no gubernamentales, encuestas de gastos familiares, estudios académicos e informes pertinentes y datos de oficinas estadísticas centrales, ministerios de salud, asociaciones de profesionales y asociaciones comerciales. Los correspondientes a los 30 países miembros de la OCDE provienen de *OECD health data*. Para obtener las cifras correspondientes a los años sobre los que se carecía de datos se utilizaron técnicas corrientes de extrapolación y estimación.

Cuadro 6

El cuadro 6 presenta el gasto total en salud y el gasto público en salud por habitante. La metodología y las fuentes utilizadas para calcular el GTS y el GGGS se han descrito antes en las notas sobre el cuadro 5. Las razones matemáticas por habitante se obtienen dividiendo las cifras de gasto por la población. Estas cifras por habitante se expresan primero en US\$ a un tipo de cambio medio, calculado como el promedio anual observado del número de unidades a las que se comercia una moneda en el sistema bancario, y después se presentan también en dólares internacionales, estimados dividiendo las unidades de la moneda local por una estimación de su paridad de poder adquisitivo (PPA) en comparación con los US\$, medida ésta que reduce al mínimo los efectos de las diferencias de precios entre los países.

OECD health data 2003 es la principal fuente de las estimaciones de población correspondientes a los 30 países miembros de la OCDE, así como de otros gastos en salud y variables macroeconómicas. Todas las estimaciones del tamaño y estructura de las poblaciones de países no integrados en la OCDE se basan en las evaluaciones demográficas preparadas por la División de Población de las Naciones Unidas (3). En el presente informe se usan las estimaciones de la población residente *de facto*, no la población *de jure* de cada Estado Miembro. Se hizo una excepción en el caso de Serbia y Montenegro en 2001, pues en las cifras de gastos no se incluían las provincias de Kosovo y Metohia, que pasaron a ser territorios administrados por las Naciones Unidas. Las estimaciones para Serbia y Montenegro, con exclusión de las poblaciones de Kosovo y Metohia, se obtuvieron de *Statistical yearbook of Yugoslavia 2002*, para que hubiera coherencia entre el numerador y el denominador.

Las tres cuartas partes de los tipos de cambio (promedio anual) se han extraído de la línea rf de *International Financial Statistics* del FMI, de septiembre de 2003. Cuando faltaba información se utilizaron datos de las Naciones Unidas y el Banco Mundial e informes especiales de donantes (como en el caso del Afganistán). En cuanto a Andorra, Mónaco y San Marino, se utilizó el tipo de cambio del euro respecto al dólar estadounidense. En el caso de Niue se aplicó el tipo de cambio del dólar de Nueva Zelanda respecto al dólar estadounidense. Para Nauru y Palau se utilizó el tipo de cambio del dólar australiano respecto al dólar de los Estados Unidos. El Ecuador dolarizó su economía en 2000, pero todo el conjunto de datos se ha recalculado en dólares para el periodo de cinco años considerado.

En lo concerniente a los países miembros de la OCDE, se han utilizado las PPA de la OCDE para calcular los dólares internacionales. En el caso de los países pertenecientes a la CEPE de las Naciones Unidas pero no a la OCDE, sus PPA se calcularon de la misma manera que las PPA de la OCDE. En los casos restantes la OMS estimó los dólares internacionales aplicando métodos semejantes a los utilizados por el Banco Mundial.

Referencias

1. Lopez AD et al. *Mortalidad mundial en 2000: tablas de mortalidad en 191 países*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
2. *International database*. Washington, DC, United States Census Bureau (<http://www.census.gov/ipc/www/idbnew.html>, visitado el 9 de octubre de 2003).
3. *World population prospects – the 2002 revision*. Nueva York, NY, División de Población de las Naciones Unidas, 2003.
4. Murray CJL et al. Modified logit life table system: principles, empirical validation and application. *Population Studies*, 2003, 57:1–18.
5. Salomon JA et al. *Methods for life expectancy and healthy life expectancy uncertainty analysis*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (GPE Discussion Paper No. 10; <http://www.who.int/evidence>, visitado el 9 de octubre de 2003).
6. Dye C et al. Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence and mortality by country. *JAMA*, 2002, 282:677–686.
7. Salomon JA, Murray CJL. Modelling HIV/AIDS epidemics in sub-Saharan Africa using seroprevalence data from antenatal clinics [Modelización de la epidemia de VIH/SIDA en el África subsahariana a partir de los datos de seroprevalencia de dispensarios de atención prenatal]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79:596–607 (resumen en español).
8. UNAIDS Reference Group on Estimates Modelling and Projections. Improved methods and assumptions for estimation and projection of HIV/AIDS epidemics. *AIDS*, 2002, 16:1–16.
9. Boschi-Pinto C et al. Diarrhoea mortality in under-fives in the developing world. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en prensa).
10. Stein C et al. The global burden of measles in the year 2000 – a model using country-specific indicators. *Journal of Infectious Diseases* (en prensa).
11. Crowcroft NS et al. How to best estimate the global burden of pertussis? *Lancet Infectious Diseases*, 2003, 3:413–418.
12. Williams BG et al. Estimates of world-wide distribution of child deaths from acute respiratory infections. *Lancet*, 2002, 2:25–32.
13. Snow RW et al. Estimating mortality, morbidity and disability due to malaria among Africa's non-pregnant population [Estimación de la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad por paludismo entre la población de África, excluidas las mujeres embarazadas]. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:624–640 (resumen en español).
14. OMS/UNICEF/FNUAP. *Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en prensa).
15. Mathers CD et al. Global and regional estimates of cancer mortality and incidence by site: I. Application of regional cancer survival model to estimate cancer mortality distribution by site. *BMC Cancer*, 2002, 2:36.
16. Mathers CD et al. *The global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (GPE Discussion Paper No. 54; <http://www.who.int/evidence>, visitado el 10 de octubre de 2003).
17. Murray CJL, Lopez AD, eds. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. 1).
18. Salomon JA, Murray CJL. The epidemiologic transition revisited: compositional models for causes of death by age and sex. *Population and Development Review*, 2002, 28:205–228.
19. Lozano R et al. *Miscoding and misclassification of ischaemic heart disease mortality*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (GPE Discussion Paper No. 12).
20. Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD. Análisis crítico de los índices sintéticos de la salud de la población. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de artículos, 2001, 4:150–163.

21. Murray CJL et al. Health gaps: an overview and critical appraisal. In: Murray CJL et al, eds. *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (<http://www.who.int/pub/smph/en/index.html>, visitado el 10 de octubre de 2003).
22. Mathers CD et al. Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *Lancet*, 2001, 357:1685-1691.
23. Mathers CD et al. Healthy life expectancy: comparison of OECD countries in 2001. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2003, 27:5-11.
24. Sadana R et al. Comparative analysis of more than 50 household surveys of health status. In: Murray CJL et al, eds. *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (<http://www.who.int/pub/smph/en/index.html>, visitado el 10 de octubre de 2003).
25. King G et al. Enhancing the validity and cross-cultural comparability of survey research. *American Political Science Review*, 2003 (en prensa).
26. Ustün TB et al. WHO multi-country survey study on health and responsiveness, 2000-2001. In: Murray CJL, Evans D, eds. *Health systems performance assessment: debate, new methods, new empiricism, and future directions*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (<http://www.who.int/health-systems-performance>, visitado el 10 de octubre de 2003).
27. *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.
28. Mathers CD, Murray CJL, Salomon JA. Methods for measuring healthy life expectancy. In: Murray CJL, Evans D, eds. *Health systems performance assessment: debate, new methods, new empiricism, and future directions*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (<http://www.who.int/health-systems-performance>, visitado el 10 de octubre de 2003).
29. Salomon JA et al. Health state valuations in summary measures of population health. In: Murray CJL, Evans D, eds. *Health systems performance assessment: debate, new methods, new empiricism, and future directions*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (<http://www.who.int/health-systems-performance>, visitado el 10 de octubre de 2003).
30. Anand S et al. Report on the Scientific Peer Review Group on Health Systems Performance Assessment. In: Murray CJL, Evans D, eds. *Health systems performance assessment: debate, new methods, new empiricism, and future directions*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (<http://www.who.int/health-systems-performance>, visitado el 10 de octubre de 2003).
31. OMS/Banco Mundial/Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. *Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546077.pdf>, visitado el 13 de octubre de 2003).
32. *A system of health accounts*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2000 (<http://www.oecd.org/dataoecd/41/4/1841456.pdf>, visitado el 13 de octubre de 2003).
33. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos /Fondo Monetario Internacional/Banco Mundial/Naciones Unidas/Eurostat. *System of national accounts 1993*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 1994.
34. *Government finance statistics yearbook, 2002*. Washington, DC, Fondo Monetario Internacional, 2002.
35. *International financial statistics yearbook, 2003*. Washington, DC, Fondo Monetario Internacional, 2003.
36. *International Financial Statistics*, 2003, septiembre.
37. *Key indicators 2002*. Manila, Banco Asiático de Desarrollo, 2002.
38. *OECD health data 2003*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2003.
39. *International development statistics*. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Development Assistance Committee (<http://www1.oecd.org/dac/htm/online.htm>, visitado el 15 de octubre de 2003).
40. *National accounts statistics: main aggregates and detailed tables, 2000*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 2002.
41. *National accounts of OECD countries: detailed tables 1990/2001, 2003 edition, volume II*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2003.
42. *Southeast Asian Medical Information Center health statistics 2002*. Tokyo, The International Medical Foundation of Japan, 2003.

Cuadro 1. Indicadores básicos de todos los Estados Miembros

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;^a no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	POBLACIONES ESTIMADAS								ESPERANZA DE VIDA AL
	Población (000)	Tasa de crecimiento anual (%)	Tasa de dependencia (por 100)		Porcentaje de la población ≥ 60 años		Tasa total de fecundidad		NACER (AÑOS)
			1992	2002	1992	2002	1992	2002	1992
	2002	1992–2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002	2002
1 Afganistán	22 930	3,8	88	86	4,7	4,7	7,0	6,8	42,6
2 Albania	3 141	-0,4	60	53	7,9	9,5	2,9	2,3	70,4
3 Alemania	82 414	0,2	46	48	20,5	24,0	1,3	1,3	78,7
4 Andorra	69	1,8	48	46	20,0	21,6	1,4	1,3	80,3
5 Angola	13 184	2,9	97	101	4,6	4,4	7,2	7,2	39,9
6 Antigua y Barbuda	73	1,2	63	56	9,2	10,5	1,8	1,6	71,4
7 Arabia Saudita	23 520	3,0	80	72	3,4	4,3	5,8	4,6	70,8
8 Argelia	31 266	1,8	82	60	5,7	6,1	4,2	2,8	69,4
9 Argentina	37 981	1,3	64	59	13,0	13,5	2,8	2,5	74,4
10 Armenia	3 072	-1,3	57	44	10,5	13,1	2,2	1,2	70,0
11 Australia	19 544	1,2	50	48	15,6	16,7	1,9	1,7	80,4
12 Austria	8 111	0,3	48	47	19,9	21,3	1,5	1,3	79,4
13 Azerbaiyán	8 297	1,1	63	57	7,6	9,2	2,8	2,1	65,8
14 Bahamas	310	1,5	58	53	6,8	8,5	2,6	2,3	72,1
15 Bahrein	709	3,0	51	47	3,7	4,0	3,5	2,7	73,2
16 Bangladesh	143 809	2,3	81	71	4,8	5,1	4,4	3,5	62,6
17 Barbados	269	0,4	55	43	15,0	13,1	1,6	1,5	74,3
18 Belarús	9 940	-0,4	52	46	17,4	19,3	1,7	1,2	68,3
19 Bélgica	10 296	0,3	50	53	20,9	22,2	1,6	1,7	78,4
20 Belice	251	2,5	91	73	6,0	5,9	4,4	3,2	69,7
21 Benin	6 558	2,8	105	93	4,6	4,1	6,5	5,7	51,2
22 Bhután	2 190	2,3	88	86	6,1	6,5	5,8	5,1	61,3
23 Bolivia	8 645	2,2	81	77	6,1	6,6	4,8	3,9	63,2
24 Bosnia y Herzegovina	4 126	0,4	43	40	11,1	15,3	1,6	1,3	72,8
25 Botswana	1 770	2,1	89	74	3,7	4,4	4,5	3,7	40,4
26 Brasil	176 257	1,4	63	51	6,8	8,1	2,6	2,2	68,9
27 Brunei Darussalam	350	2,6	57	51	4,1	4,5	3,1	2,5	76,1
28 Bulgaria	7 965	-0,8	50	45	19,9	21,7	1,5	1,1	71,9
29 Burkina Faso	12 624	2,9	108	106	4,5	4,0	7,1	6,7	41,7
30 Burundi	6 602	1,3	97	99	4,6	4,4	6,8	6,8	40,8
31 Cabo Verde	454	2,2	103	80	6,6	6,3	4,8	3,4	70,1
32 Camboya	13 810	2,8	98	81	4,4	4,6	5,5	4,8	54,6
33 Camerún	15 729	2,4	94	86	5,5	5,6	5,7	4,7	48,1
34 Canadá	31 271	1,0	47	45	15,8	17,1	1,7	1,5	79,8
35 Chad	8 348	3,1	96	99	5,2	4,9	6,7	6,7	47,7
36 Chile	15 613	1,4	57	54	9,2	10,7	2,5	2,4	76,7
37 China	1 302 307	0,9	49	44	8,6	10,0	2,0	1,8	71,1
38 Chipre	796	1,2	58	51	14,8	16,1	2,3	1,9	77,3
39 Colombia	43 526	1,8	66	59	6,4	7,1	3,0	2,6	71,8
40 Comoras	747	3,0	95	82	4,0	4,2	5,9	4,9	63,3
41 Congo	3 633	3,2	96	99	4,8	4,6	6,3	6,3	53,1
42 Costa Rica	4 094	2,4	68	56	7,1	7,9	3,0	2,3	77,1
43 Côte d'Ivoire	16 365	2,1	94	82	4,4	5,2	6,1	4,8	45,3
44 Croacia	4 439	-0,6	46	49	18,3	21,7	1,6	1,6	74,8
45 Cuba	11 271	0,4	45	44	11,9	14,5	1,6	1,6	77,1
46 Dinamarca	5 351	0,3	48	50	20,2	20,4	1,7	1,8	77,2
47 Djibouti	693	2,3	85	86	4,6	5,1	6,3	5,7	49,6
48 Dominica	78	0,7	63	56	9,2	10,5	2,0	1,8	73,3
49 Ecuador	12 810	1,8	73	62	6,3	7,3	3,6	2,8	70,6
50 Egipto	70 507	1,9	80	66	6,3	6,9	4,1	3,3	67,1
51 El Salvador	6 415	1,9	78	68	6,6	7,5	3,6	2,9	69,7
52 Emiratos Árabes Unidos	2 937	2,8	42	37	1,8	2,4	3,9	2,9	72,5
53 Eritrea	3 991	2,4	93	91	3,6	3,6	6,2	5,5	57,6
54 Eslovaquia	5 398	0,2	54	43	15,0	15,5	1,9	1,3	74,0
55 Eslovenia	1 986	0,2	44	42	17,4	19,8	1,4	1,2	76,7

	ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)				PROBABILIDAD DE MORIR (POR 1000)							
	Hombres		Mujeres		Menores de 5 años				Entre 15 y 60 años			
					Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre
1	41,9	32,0 - 49,5	43,4	31,3 - 53,2	258	208 - 310	256	205 - 306	494	335 - 731	413	192 - 705
2	67,3	65,9 - 68,7	74,1	73,0 - 75,0	27	13 - 41	23	11 - 34	167	137 - 199	94	79 - 111
3	75,6	75,2 - 75,9	81,6	81,4 - 81,7	5	5 - 6	4	4 - 4	118	114 - 123	60	59 - 62
4	76,8	76,0 - 77,8	83,7	83,0 - 84,3	5	5 - 6	4	4 - 5	113	101 - 125	43	39 - 48
5	37,9	29,5 - 44,1	42,0	32,8 - 50,6	279	248 - 312	247	219 - 275	594	425 - 824	481	255 - 726
6	69,0	67,5 - 70,5	73,9	72,3 - 75,4	22	11 - 33	18	9 - 28	195	173 - 216	125	111 - 141
7	68,4	64,0 - 72,3	73,9	70,9 - 76,5	30	23 - 37	25	19 - 31	192	120 - 298	112	74 - 163
8	67,5	66,2 - 69,1	71,2	69,8 - 72,5	54	43 - 64	43	35 - 52	170	152 - 187	128	112 - 146
9	70,8	70,4 - 71,2	78,1	77,9 - 78,3	20	18 - 21	16	15 - 17	177	170 - 184	90	88 - 93
10	67,0	66,2 - 67,9	73,0	72,1 - 73,8	39	22 - 56	35	19 - 46	204	184 - 225	98	85 - 115
11	77,9	77,6 - 78,1	83,0	82,7 - 83,2	6	6 - 7	5	5 - 6	91	89 - 94	52	50 - 54
12	76,4	76,1 - 76,7	82,2	81,8 - 82,4	6	5 - 7	4	4 - 5	117	113 - 121	59	56 - 63
13	63,0	61,7 - 64,2	68,6	67,5 - 69,8	80	64 - 98	70	56 - 83	231	199 - 261	122	103 - 144
14	69,0	67,9 - 70,0	75,2	74,3 - 76,2	13	10 - 17	11	8 - 15	248	225 - 275	153	142 - 163
15	72,1	70,7 - 73,6	74,5	73,2 - 75,8	13	8 - 22	10	6 - 15	113	96 - 130	82	68 - 98
16	62,6	61,3 - 63,9	62,6	61,4 - 63,7	71	68 - 75	73	70 - 77	251	223 - 282	258	232 - 284
17	70,5	69,6 - 71,4	77,9	76,8 - 79,0	17	13 - 22	15	9 - 23	189	171 - 206	103	91 - 115
18	62,6	62,0 - 63,2	74,3	73,7 - 74,9	14	11 - 16	10	8 - 13	371	347 - 397	134	120 - 148
19	75,2	74,9 - 75,5	81,5	81,3 - 81,8	6	5 - 7	5	4 - 6	126	122 - 130	67	64 - 69
20	67,4	66,0 - 68,7	72,4	71,4 - 73,4	44	33 - 56	34	25 - 42	189	172 - 211	123	117 - 129
21	50,1	42,9 - 56,5	52,4	43,0 - 60,1	166	163 - 170	158	155 - 161	424	253 - 634	360	176 - 611
22	60,2	52,3 - 67,6	62,4	53,5 - 69,0	93	74 - 111	92	73 - 111	272	111 - 474	226	102 - 428
23	61,8	54,6 - 69,3	64,7	56,2 - 70,9	78	74 - 82	73	70 - 77	260	101 - 445	209	91 - 402
24	69,3	67,9 - 71,0	76,4	75,2 - 77,6	20	15 - 25	15	11 - 19	192	162 - 220	90	76 - 105
25	40,2	37,3 - 43,3	40,6	37,7 - 44,1	104	89 - 121	102	86 - 118	786	718 - 842	745	676 - 801
26	65,7	65,2 - 66,2	72,3	71,8 - 72,7	42	36 - 49	34	29 - 40	246	235 - 257	136	128 - 145
27	74,8	73,5 - 76,3	77,4	76,6 - 78,2	14	12 - 16	12	11 - 14	112	94 - 128	85	73 - 98
28	68,7	68,1 - 69,3	75,3	74,7 - 75,9	18	16 - 21	16	13 - 18	219	205 - 234	97	88 - 106
29	40,6	34,3 - 46,6	42,6	34,7 - 49,8	232	211 - 251	217	197 - 235	597	417 - 793	522	334 - 736
30	38,7	33,0 - 44,5	43,0	36,0 - 50,2	189	152 - 224	177	142 - 216	692	541 - 834	563	393 - 750
31	66,6	62,4 - 71,0	72,9	69,6 - 75,8	42	33 - 50	30	24 - 36	210	125 - 312	120	76 - 178
32	51,9	44,8 - 57,4	57,1	49,1 - 63,4	149	138 - 159	124	115 - 132	400	261 - 604	298	165 - 487
33	47,2	41,1 - 53,9	49,0	41,4 - 56,7	162	151 - 174	158	147 - 169	519	344 - 697	454	273 - 658
34	77,2	77,0 - 77,4	82,3	82,1 - 82,4	6	6 - 6	5	5 - 5	95	93 - 97	58	57 - 60
35	46,1	38,3 - 53,1	49,3	40,9 - 57,6	202	168 - 235	180	149 - 210	477	305 - 684	402	203 - 618
36	73,4	72,7 - 74,0	80,0	79,7 - 80,3	16	14 - 18	13	12 - 14	134	124 - 144	67	64 - 70
37	69,6	69,0 - 70,3	72,7	72,0 - 73,5	31	29 - 33	41	38 - 44	165	154 - 175	104	93 - 112
38	75,5	74,8 - 76,2	79,1	77,2 - 80,9	7	6 - 9	7	6 - 9	102	93 - 111	48	38 - 63
39	67,5	66,8 - 68,2	76,3	75,4 - 77,1	27	24 - 29	19	17 - 21	236	220 - 251	99	87 - 113
40	61,6	53,7 - 68,9	64,9	56,4 - 71,3	80	64 - 96	72	57 - 86	260	100 - 464	207	91 - 405
41	51,6	44,6 - 58,9	54,5	46,7 - 61,6	109	82 - 135	101	75 - 125	474	309 - 651	410	263 - 611
42	74,8	74,5 - 75,0	79,5	79,3 - 79,8	12	11 - 13	10	9 - 11	127	122 - 131	74	70 - 78
43	43,1	36,4 - 50,1	48,0	40,8 - 54,7	192	154 - 232	143	114 - 169	577	400 - 757	502	353 - 694
44	71,0	70,6 - 71,4	78,6	78,1 - 79,0	8	7 - 10	7	7 - 8	178	169 - 187	72	67 - 77
45	75,0	74,6 - 75,4	79,3	79,1 - 79,5	8	7 - 10	7	6 - 7	138	132 - 145	89	86 - 91
46	74,8	74,6 - 75,0	79,5	79,4 - 79,7	6	5 - 7	5	4 - 6	123	120 - 127	76	73 - 78
47	48,6	42,4 - 56,1	50,7	43,0 - 58,2	156	132 - 179	144	121 - 166	481	290 - 657	431	259 - 639
48	71,0	69,7 - 72,2	75,8	74,2 - 77,2	13	11 - 15	14	10 - 18	206	182 - 235	120	94 - 155
49	67,9	67,3 - 68,5	73,5	72,9 - 74,2	34	28 - 39	30	25 - 34	216	204 - 229	132	120 - 143
50	65,3	65,0 - 65,6	69,0	68,7 - 69,3	38	34 - 42	39	35 - 43	240	231 - 248	157	151 - 164
51	66,5	65,4 - 67,8	72,8	72,1 - 73,5	36	31 - 42	34	28 - 39	257	227 - 289	142	129 - 155
52	71,3	71,0 - 71,5	75,1	74,9 - 75,3	10	9 - 11	10	9 - 10	169	165 - 174	122	120 - 125
53	55,8	47,2 - 65,8	59,3	51,0 - 66,8	117	107 - 127	102	93 - 111	350	176 - 496	286	137 - 484
54	69,8	69,2 - 70,3	78,3	77,9 - 78,7	9	8 - 11	7	6 - 9	206	195 - 219	79	73 - 84
55	72,8	72,3 - 73,2	80,5	80,2 - 80,8	5	4 - 6	4	4 - 5	163	154 - 172	71	67 - 76

Cuadro 1. Indicadores básicos de todos los Estados Miembros

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;^a no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	POBLACIONES ESTIMADAS								ESPERANZA DE VIDA AL	
	Población (000)	Tasa de crecimiento anual (%)	Tasa de dependencia (por 100)		Porcentaje de la población ≥ 60 años		Tasa total de fecundidad		NACER (AÑOS)	
			1992	2002	1992	2002	1992	2002	Ambos sexos	
	2002	1992–2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002	2002	
56	España	40 977	0,4	48	46	20,0	21,6	1,3	1,2	79,6
57	Estados Unidos de América	291 038	1,1	52	51	16,4	16,2	2,0	2,1	77,3
58	Estonia	1 338	-1,4	51	48	17,8	21,5	1,7	1,2	71,1
59	Etiopía	68 961	2,8	94	94	4,4	4,6	6,8	6,2	48,0
60	Ex República Yugoslava de Macedonia	2 046	0,6	50	48	12,2	14,7	1,8	1,9	72,0
61	Federación de Rusia	144 082	-0,3	50	42	16,3	18,3	1,6	1,2	64,8
62	Fiji	831	1,2	67	57	5,0	6,0	3,4	2,9	67,3
63	Filipinas	78 580	2,1	77	67	5,0	5,7	4,2	3,2	68,3
64	Finlandia	5 197	0,3	49	49	18,7	20,3	1,8	1,7	78,2
65	Francia	59 850	0,4	52	53	19,5	20,5	1,7	1,9	79,7
66	Gabón	1 306	2,6	92	83	7,4	6,2	5,2	4,0	59,2
67	Gambia	1 388	3,3	84	80	5,1	5,8	5,7	4,8	57,1
68	Georgia	5 177	-0,5	52	49	15,6	18,9	1,9	1,4	71,7
69	Ghana	20 471	2,4	92	77	4,6	5,2	5,4	4,2	57,6
70	Granada	80	-0,5	63	56	9,2	10,5	4,0	3,5	67,4
71	Grecia	10 970	0,7	48	49	20,7	23,8	1,4	1,3	78,4
72	Guatemala	12 036	2,7	96	87	5,2	5,3	5,4	4,5	65,9
73	Guinea	8 359	2,4	93	88	4,4	4,5	6,4	5,9	52,3
74	Guinea-Bissau	1 449	3,0	95	101	5,4	4,9	7,1	7,1	47,2
75	Guinea Ecuatorial	481	2,6	87	91	6,4	5,9	5,9	5,9	53,4
76	Guyana	764	0,4	67	54	6,8	7,0	2,6	2,3	64,3
77	Haití	8 218	1,4	91	76	5,7	5,9	4,9	4,0	50,1
78	Honduras	6 781	2,8	91	80	4,6	5,4	5,0	3,8	67,2
79	Hungría	9 923	-0,4	49	45	19,2	20,0	1,7	1,2	72,6
80	India	1 049 549	1,8	68	62	6,9	7,7	3,8	3,1	61,0
81	Indonesia	217 131	1,4	64	54	6,4	7,9	3,1	2,4	66,4
82	Irán, República Islámica del	68 070	1,4	93	59	5,9	6,4	4,5	2,4	68,9
83	Iraq	24 510	2,9	88	79	4,4	4,6	5,7	4,8	61,0
84	Irlanda	3 911	1,0	60	47	15,3	15,3	2,0	1,9	77,1
85	Islandia	287	1,0	55	53	14,8	15,3	2,2	2,0	80,1
86	Islas Cook	18	-0,2	71	65	6,2	7,2	4,0	3,2	71,6
87	Islas Marshall	52	1,3	70	68	6,2	7,0	6,3	5,5	62,7
88	Islas Salomón	463	3,2	93	84	4,4	4,4	5,6	4,5	65,4
89	Israel	6 304	2,7	66	61	12,6	13,1	2,9	2,7	79,4
90	Italia	57 482	0,1	45	49	21,7	24,5	1,3	1,2	79,7
91	Jamahiriyá Árabe Libia	5 445	2,0	81	54	4,5	6,0	4,3	3,1	72,6
92	Jamaica	2 627	0,9	73	61	9,9	9,6	2,8	2,4	72,8
93	Japón	127 478	0,2	43	48	18,6	24,4	1,5	1,3	81,9
94	Jordania	5 329	3,9	91	69	4,4	4,8	5,0	3,6	70,8
95	Kazajstán	15 469	-0,9	59	51	9,4	11,5	2,5	2,0	63,6
96	Kenya	31 540	2,3	104	82	4,1	4,2	5,5	4,1	50,9
97	Kirguistán	5 067	1,3	75	64	8,4	8,7	3,5	2,7	64,5
98	Kiribati	87	1,5	70	68	6,2	7,0	4,7	4,1	64,1
99	Kuwait	2 443	2,1	56	38	2,1	2,7	3,3	2,7	76,2
100	Lesotho	1 800	1,1	94	81	6,7	6,9	4,8	3,9	35,7
101	Letonia	2 329	-1,3	51	48	18,4	21,8	1,7	1,1	70,3
102	Líbano	3 596	2,3	65	56	8,3	8,6	2,9	2,2	69,8
103	Liberia	3 239	4,6	97	96	3,9	3,7	6,9	6,8	41,8
104	Lituania	3 465	-0,6	51	51	16,9	19,7	1,8	1,3	71,9
105	Luxemburgo	447	1,5	44	49	18,1	18,3	1,6	1,7	78,8
106	Madagascar	16 916	2,9	92	91	4,8	4,7	6,2	5,7	56,3
107	Malasia	23 965	2,4	67	60	5,8	6,7	3,7	2,9	72,0
108	Malawi	11 871	1,9	94	99	4,8	5,2	6,8	6,1	40,2
109	Maldivas	309	3,0	99	86	5,4	5,2	6,2	5,4	66,1
110	Malí	12 623	2,8	103	107	3,9	3,8	7,0	7,0	44,8

	ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)					PROBABILIDAD DE MORIR (POR 1000)							
	Hombres		Mujeres		Menores de 5 años				Entre 15 y 60 años				
					Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		
	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	
56	76,1	75,6 - 76,7	83,0	82,8 - 83,3	5	5 - 6	5	4 - 5	120	111 - 128	47	45 - 49	
57	74,6	74,2 - 75,1	79,8	79,7 - 80,0	9	8 - 9	7	7 - 7	140	134 - 148	83	81 - 84	
58	65,1	64,8 - 65,5	77,1	76,8 - 77,4	10	7 - 12	6	4 - 7	322	313 - 331	112	105 - 118	
59	46,8	39,3 - 54,0	49,4	41,3 - 57,2	185	148 - 220	168	138 - 196	487	316 - 693	422	244 - 628	
60	69,0	68,3 - 69,7	75,1	74,4 - 75,8	17	16 - 19	15	13 - 16	195	180 - 212	89	81 - 99	
61	58,4	58,2 - 61,5	72,1	71,4 - 72,6	21	20 - 22	16	15 - 17	464	413 - 510	168	150 - 187	
62	64,6	63,7 - 65,7	70,3	69,3 - 71,4	30	27 - 33	27	24 - 29	281	260 - 301	176	159 - 193	
63	65,1	64,3 - 65,8	71,7	70,9 - 72,5	39	33 - 45	33	28 - 38	258	238 - 279	133	118 - 151	
64	74,8	74,5 - 75,0	81,5	81,2 - 81,8	4	4 - 5	3	3 - 3	135	131 - 140	60	56 - 64	
65	75,9	75,5 - 76,2	83,5	83,2 - 83,7	5	5 - 6	4	4 - 5	133	128 - 138	60	58 - 62	
66	57,3	49,9 - 64,6	61,4	52,9 - 68,9	100	91 - 108	79	72 - 86	342	171 - 557	281	133 - 499	
67	55,4	47,5 - 62,3	58,9	50,2 - 66,7	132	112 - 152	117	99 - 135	330	159 - 552	265	110 - 467	
68	68,4	67,2 - 69,6	75,0	73,1 - 76,7	26	23 - 28	20	18 - 22	207	181 - 237	86	67 - 109	
69	56,3	49,0 - 64,4	58,8	50,1 - 66,0	106	92 - 123	99	87 - 112	354	171 - 557	303	153 - 529	
70	65,9	64,8 - 67,1	68,8	67,8 - 70,0	25	18 - 30	21	15 - 27	261	238 - 283	222	204 - 239	
71	75,8	75,6 - 76,0	81,1	80,7 - 81,5	7	6 - 7	5	4 - 6	118	115 - 120	48	45 - 51	
72	63,1	61,9 - 64,3	69,0	67,7 - 70,1	57	52 - 63	50	45 - 55	283	247 - 324	162	131 - 199	
73	50,9	44,0 - 57,5	53,7	45,0 - 61,0	163	148 - 179	153	138 - 168	401	232 - 596	332	159 - 559	
74	45,7	37,9 - 51,6	48,7	39,8 - 56,8	215	194 - 237	198	179 - 217	462	311 - 681	383	186 - 615	
75	51,9	44,4 - 58,8	54,8	46,0 - 61,7	157	132 - 181	144	125 - 166	383	217 - 596	318	152 - 548	
76	61,5	58,9 - 64,5	66,9	63,8 - 70,0	61	30 - 90	50	26 - 76	299	268 - 328	202	170 - 233	
77	49,1	42,8 - 55,5	51,1	43,6 - 57,3	138	119 - 157	128	111 - 145	493	345 - 660	438	309 - 615	
78	64,2	60,3 - 67,8	70,4	67,2 - 73,2	44	42 - 46	42	40 - 44	269	195 - 362	150	102 - 214	
79	68,4	67,9 - 68,9	76,8	76,3 - 77,2	10	9 - 11	8	7 - 9	256	241 - 272	112	104 - 119	
80	60,1	59,4 - 60,8	62,0	61,1 - 62,8	87	81 - 92	95	86 - 106	291	268 - 314	220	197 - 243	
81	64,9	64,1 - 65,8	67,9	67,1 - 68,8	45	40 - 50	36	33 - 40	244	226 - 261	208	194 - 224	
82	66,5	65,4 - 67,8	71,7	70,5 - 72,8	42	33 - 50	36	29 - 43	213	194 - 230	132	121 - 145	
83	59,1	57,1 - 60,9	63,1	61,3 - 64,9	119	101 - 139	110	94 - 127	252	228 - 278	176	155 - 197	
84	74,4	73,8 - 75,0	79,8	79,3 - 80,1	8	7 - 9	6	5 - 7	113	105 - 121	66	62 - 71	
85	78,4	77,8 - 79,0	81,8	81,4 - 82,2	4	4 - 5	3	3 - 3	85	79 - 92	55	51 - 60	
86	69,2	68,2 - 70,3	74,2	73,4 - 75,0	21	10 - 31	19	10 - 27	173	150 - 193	109	98 - 123	
87	61,1	59,5 - 62,9	64,6	63,2 - 66,2	46	34 - 57	36	27 - 45	340	310 - 368	286	264 - 307	
88	63,6	61,5 - 66,2	67,4	65,7 - 69,0	86	73 - 99	75	64 - 86	199	160 - 238	147	127 - 168	
89	77,3	77,1 - 77,5	81,4	81,2 - 81,5	7	6 - 8	6	6 - 7	98	95 - 101	53	50 - 56	
90	76,8	76,4 - 77,1	82,5	82,2 - 82,8	5	5 - 6	5	4 - 5	96	92 - 100	49	46 - 51	
91	70,4	66,3 - 73,8	75,5	73,0 - 77,8	19	16 - 21	17	15 - 20	173	110 - 263	99	65 - 142	
92	71,1	69,9 - 72,5	74,6	73,6 - 75,6	16	13 - 19	14	11 - 17	162	137 - 184	121	107 - 134	
93	78,4	78,4 - 78,4	85,3	85,2 - 85,3	4	4 - 4	4	4 - 4	95	95 - 96	46	45 - 46	
94	68,6	67,7 - 69,8	73,3	72,6 - 74,0	28	23 - 32	26	22 - 30	191	171 - 210	121	113 - 130	
95	58,7	58,0 - 59,4	68,9	68,1 - 69,7	38	29 - 48	28	21 - 36	426	385 - 462	195	177 - 213	
96	49,8	43,8 - 57,4	51,9	44,8 - 59,3	119	108 - 129	113	104 - 122	509	328 - 684	448	285 - 642	
97	60,4	59,5 - 61,4	68,9	68,1 - 69,8	63	50 - 76	55	44 - 66	345	314 - 371	163	146 - 180	
98	61,8	60,8 - 62,8	66,7	65,6 - 67,6	80	74 - 88	69	60 - 79	293	260 - 327	190	167 - 215	
99	75,8	74,7 - 77,1	76,9	74,8 - 79,0	14	10 - 19	11	8 - 15	81	72 - 91	63	48 - 80	
100	32,9	29,3 - 38,5	38,2	33,0 - 44,9	166	133 - 201	160	128 - 191	902	791 - 965	742	599 - 853	
101	64,6	64,3 - 64,9	75,8	75,6 - 76,1	15	12 - 17	12	10 - 14	327	320 - 334	118	113 - 122	
102	67,6	66,4 - 68,8	72,0	71,1 - 73,1	35	31 - 39	29	26 - 32	201	177 - 225	139	123 - 154	
103	40,1	32,2 - 47,0	43,7	34,8 - 51,7	242	197 - 293	222	178 - 262	582	435 - 773	471	283 - 690	
104	66,2	65,2 - 67,0	77,6	77,0 - 78,2	11	9 - 13	9	7 - 11	303	272 - 341	103	94 - 112	
105	75,7	75,3 - 76,2	81,7	81,1 - 82,3	5	4 - 7	5	4 - 6	119	113 - 125	64	58 - 70	
106	54,4	46,8 - 61,0	58,4	49,5 - 65,0	145	126 - 164	125	110 - 141	333	177 - 543	262	123 - 474	
107	69,6	69,1 - 70,1	74,7	74,4 - 75,1	10	8 - 11	8	7 - 10	192	181 - 202	106	100 - 111	
108	39,8	35,0 - 45,2	40,6	35,0 - 47,1	197	183 - 210	190	178 - 203	657	509 - 803	610	449 - 769	
109	66,5	65,7 - 67,4	65,6	64,9 - 66,5	38	33 - 42	43	38 - 49	205	179 - 231	202	174 - 229	
110	43,9	35,8 - 49,7	45,7	36,8 - 54,0	233	211 - 256	224	200 - 244	487	328 - 718	417	210 - 662	

Cuadro 1. Indicadores básicos de todos los Estados Miembros

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;^a no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	POBLACIONES ESTIMADAS								ESPERANZA DE VIDA AL	
	Población (000)	Tasa de crecimiento anual (%)	Tasa de dependencia (por 100)		Porcentaje de la población ≥ 60 años		Tasa total de fecundidad		NACER (AÑOS)	
			1992	2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002	Ambos sexos
	2002	1992–2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002	2002	
111	Malta	393	0,7	51	47	15,1	17,5	2,0	1,8	78,1
112	Marruecos	30 072	1,7	73	57	6,0	6,6	3,6	2,8	70,8
113	Mauricio	1 210	1,1	52	46	8,4	9,0	2,3	2,0	71,9
114	Mauritania	2 807	2,8	89	87	5,3	5,3	6,1	5,8	52,1
115	México	101 965	1,7	71	61	6,0	7,2	3,2	2,5	74,4
116	Micronesia, Estados Federados de	108	0,7	92	74	5,5	5,1	4,8	3,8	66,5
117	Mónaco	34	1,1	52	53	19,5	20,5	1,7	1,8	81,2
118	Mongolia	2 559	1,1	81	59	5,9	5,6	3,5	2,4	62,9
119	Mozambique	18 537	2,6	96	89	5,2	5,1	6,2	5,7	42,6
120	Myanmar	48 852	1,5	69	59	6,8	6,9	3,8	2,9	58,9
121	Namibia	1 961	2,7	87	88	5,4	5,6	5,6	4,6	49,3
122	Nauru	13	2,5	70	68	6,2	7,0	4,5	3,9	62,7
123	Nepal	24 609	2,3	81	78	5,6	5,8	5,0	4,3	60,1
124	Nicaragua	5 335	2,8	95	82	4,4	4,7	4,8	3,8	70,1
125	Níger	11 544	3,5	108	108	3,6	3,3	8,0	8,0	42,6
126	Nigeria	120 911	2,8	96	91	4,7	4,8	6,4	5,5	48,8
127	Niue	2	-1,2	71	65	6,2	7,2	3,6	2,9	70,3
128	Noruega	4 514	0,5	55	54	20,6	19,6	1,9	1,8	79,1
129	Nueva Zelanda	3 846	1,1	53	53	15,3	15,9	2,1	2,0	78,9
130	Omán	2 768	3,3	82	65	2,6	3,5	6,5	5,0	73,1
131	Países Bajos	16 067	0,6	45	48	17,5	18,5	1,6	1,7	78,6
132	Pakistán	149 911	2,5	86	82	5,5	5,7	5,9	5,1	61,4
133	Palau	20	2,3	70	68	6,2	7,0	2,8	2,4	68,5
134	Panamá	3 064	2,0	65	59	7,3	8,3	2,9	2,7	75,4
135	Papua Nueva Guinea	5 586	2,6	79	77	5,2	4,0	5,1	4,1	59,8
136	Paraguay	5 740	2,5	84	74	5,3	5,5	4,6	3,9	71,7
137	Perú	26 767	1,7	71	63	6,2	7,4	3,7	2,9	69,7
138	Polonia	38 622	0,1	54	44	15,2	16,6	1,9	1,3	74,7
139	Portugal	10 049	0,2	49	48	19,5	21,1	1,5	1,5	77,1
140	Qatar	601	2,0	39	39	2,1	3,1	4,2	3,3	74,3
141	Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	59 068	0,3	54	53	21,1	20,8	1,8	1,6	78,2
142	República Árabe Siria	17 381	2,6	98	70	4,2	4,6	4,8	3,4	71,2
143	República Centroafricana	3 819	2,1	89	89	6,1	6,1	5,6	5,0	42,9
144	República Checa	10 246	-0,1	50	42	17,8	18,8	1,7	1,2	75,8
145	República de Corea	47 430	0,8	43	39	8,2	11,8	1,7	1,4	75,5
146	República Democrática del Congo	51 201	2,4	100	98	4,4	4,2	6,7	6,7	43,5
147	República Democrática Popular Lao	5 529	2,4	91	84	5,9	5,5	5,9	4,8	55,1
148	República de Moldova	4 270	-0,2	57	45	12,9	13,8	2,2	1,4	67,8
149	República Dominicana	8 616	1,7	70	59	5,6	6,9	3,2	2,7	68,0
150	República Popular Democrática de Corea	22 541	0,9	47	48	8,0	10,6	2,3	2,0	65,8
151	República Unida de Tanzania	36 276	2,6	96	91	3,7	3,9	6,1	5,2	46,5
152	Rumania	22 387	-0,3	50	45	16,3	18,9	1,6	1,3	71,4
153	Rwanda	8 272	3,2	98	91	3,8	4,0	6,7	5,8	44,4
154	Saint Kitts y Nevis	42	0,0	63	56	9,2	10,5	2,7	2,4	70,4
155	Samoa	176	0,8	81	81	6,3	6,5	4,7	4,2	68,2
156	San Marino	27	1,4	45	49	21,7	24,5	1,3	1,2	80,6
157	Santa Lucía	148	0,9	75	57	8,6	7,8	3,2	2,3	72,2
158	Santo Tomé y Príncipe	157	2,6	104	83	6,6	6,4	5,0	4,0	62,7
159	San Vicente y las Granadinas	119	0,6	79	61	8,7	9,2	2,9	2,2	69,8
160	Senegal	9 855	2,4	95	85	4,1	4,0	6,1	5,0	55,8

	ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)				PROBABILIDAD DE MORIR (POR 1000)							
	Hombres		Mujeres		Menores de 5 años				Entre 15 y 60 años			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre
111	75,9	75,2 - 76,5	80,3	79,3 - 81,2	7	6 - 9	6	4 - 8	87	82 - 94	51	44 - 59
112	68,8	67,4 - 70,3	72,8	71,6 - 74,1	43	36 - 49	41	35 - 47	160	138 - 185	104	88 - 120
113	68,4	67,6 - 69,2	75,5	75,0 - 76,0	20	16 - 25	14	11 - 19	222	202 - 243	116	109 - 123
114	49,8	41,7 - 56,1	54,5	44,7 - 61,3	186	158 - 214	155	132 - 178	393	245 - 603	304	156 - 536
115	71,7	71,0 - 72,3	77,0	76,5 - 77,4	30	26 - 34	24	21 - 27	170	160 - 183	97	92 - 103
116	64,9	63,0 - 67,1	68,1	66,1 - 70,2	63	44 - 81	51	35 - 67	211	184 - 236	176	151 - 202
117	77,8	77,6 - 77,9	84,5	84,0 - 85,0	5	4 - 5	3	3 - 4	109	108 - 111	47	44 - 50
118	60,1	59,8 - 60,5	65,9	65,5 - 66,3	75	73 - 78	66	64 - 68	319	310 - 327	219	210 - 227
119	41,2	35,3 - 47,5	43,9	36,8 - 51,3	212	185 - 240	201	176 - 226	613	479 - 741	519	375 - 665
120	56,2	48,4 - 64,0	61,8	52,6 - 69,6	118	88 - 151	94	66 - 122	335	175 - 539	236	107 - 444
121	48,1	43,3 - 54,3	50,5	44,0 - 56,8	97	86 - 107	93	83 - 103	605	479 - 733	529	404 - 691
122	59,7	55,6 - 64,0	66,5	63,1 - 70,3	18	14 - 21	12	10 - 15	448	326 - 564	303	211 - 389
123	59,9	58,9 - 61,0	60,2	59,2 - 61,1	81	77 - 85	87	83 - 91	301	277 - 325	290	271 - 310
124	67,9	67,2 - 68,6	72,4	71,6 - 73,2	38	31 - 45	32	27 - 38	213	199 - 226	143	126 - 163
125	42,6	31,9 - 50,6	42,7	30,9 - 51,6	249	199 - 299	256	206 - 307	497	327 - 755	443	232 - 744
126	48,0	41,2 - 54,6	49,6	40,7 - 57,1	183	162 - 205	181	159 - 202	453	287 - 632	392	217 - 612
127	67,6	63,9 - 70,8	73,3	70,4 - 76,1	38	14 - 91	24	12 - 48	191	124 - 261	132	89 - 182
128	76,4	75,8 - 76,9	81,7	81,4 - 81,9	5	4 - 6	4	4 - 4	100	93 - 106	60	57 - 63
129	76,6	76,2 - 77,1	81,2	80,8 - 81,6	7	6 - 8	6	4 - 7	98	94 - 104	63	59 - 67
130	71,0	67,1 - 74,5	76,3	73,8 - 78,7	15	13 - 18	14	12 - 16	165	105 - 249	93	60 - 136
131	76,0	75,7 - 76,3	81,1	80,8 - 81,3	6	6 - 7	5	5 - 6	94	91 - 97	65	63 - 68
132	61,1	59,3 - 62,9	61,6	59,7 - 63,7	105	89 - 120	115	98 - 134	227	201 - 254	201	176 - 225
133	66,4	65,9 - 66,9	70,9	70,0 - 71,9	24	17 - 30	22	16 - 27	236	224 - 246	202	184 - 223
134	72,8	72,0 - 73,8	78,2	77,4 - 78,9	25	23 - 28	21	19 - 23	146	132 - 159	84	76 - 94
135	58,4	56,5 - 60,4	61,5	59,7 - 63,4	98	78 - 117	92	73 - 108	311	284 - 337	249	227 - 272
136	68,7	67,9 - 69,7	74,7	74,0 - 75,4	37	31 - 42	26	22 - 31	171	155 - 189	120	109 - 132
137	67,5	66,4 - 68,5	72,0	71,1 - 72,9	38	33 - 44	34	29 - 39	205	182 - 229	144	127 - 163
138	70,6	70,2 - 71,0	78,7	78,4 - 79,0	9	8 - 10	8	7 - 9	204	194 - 215	82	78 - 86
139	73,6	73,1 - 74,0	80,5	80,3 - 80,8	7	6 - 7	5	5 - 6	154	147 - 163	65	62 - 68
140	74,8	73,9 - 75,8	73,8	71,8 - 75,5	14	11 - 18	12	10 - 14	93	84 - 101	77	61 - 98
141	75,8	75,3 - 76,3	80,5	79,9 - 81,0	7	6 - 8	6	5 - 6	107	101 - 113	67	61 - 72
142	68,8	68,0 - 69,7	73,6	73,0 - 74,3	26	24 - 29	20	18 - 22	190	175 - 205	127	117 - 137
143	42,1	36,2 - 48,4	43,7	36,7 - 50,2	187	156 - 219	173	142 - 201	620	474 - 780	566	418 - 740
144	72,4	72,1 - 72,8	79,0	78,7 - 79,3	5	4 - 6	4	4 - 5	163	157 - 170	72	69 - 76
145	71,8	71,3 - 72,3	79,4	79,2 - 79,6	8	7 - 9	7	7 - 8	166	156 - 176	61	59 - 63
146	41,0	34,7 - 47,1	46,1	38,0 - 52,8	221	190 - 252	198	169 - 225	585	432 - 749	449	298 - 655
147	54,1	51,4 - 56,7	56,2	53,5 - 58,8	146	120 - 174	131	106 - 158	338	303 - 373	306	278 - 333
148	64,0	63,3 - 64,8	71,6	71,1 - 72,2	31	23 - 39	23	17 - 29	294	274 - 316	144	132 - 156
149	64,9	63,9 - 65,9	71,5	70,5 - 72,4	37	32 - 41	30	26 - 35	256	231 - 279	150	132 - 171
150	64,4	56,5 - 72,3	67,1	57,9 - 75,2	56	29 - 83	54	30 - 80	236	83 - 416	191	70 - 386
151	45,5	44,3 - 46,9	47,5	46,2 - 49,0	163	149 - 177	144	132 - 156	561	534 - 585	512	484 - 536
152	68,0	67,2 - 68,9	75,0	74,2 - 75,7	22	21 - 24	19	17 - 20	235	212 - 259	108	96 - 121
153	41,9	36,5 - 48,1	46,8	39,7 - 53,9	186	170 - 203	170	157 - 184	605	431 - 774	474	283 - 695
154	68,7	67,8 - 69,5	72,2	71,0 - 73,3	20	17 - 23	24	18 - 30	206	188 - 225	148	123 - 175
155	66,8	66,0 - 67,7	69,7	68,6 - 70,8	27	22 - 31	21	16 - 26	235	219 - 251	203	186 - 221
156	77,2	75,8 - 78,6	84,0	82,5 - 85,7	5	4 - 9	3	3 - 3	85	72 - 99	31	25 - 37
157	69,8	68,7 - 70,9	74,4	73,0 - 75,7	14	11 - 17	15	12 - 20	211	185 - 238	145	114 - 177
158	61,7	54,2 - 68,8	63,6	54,5 - 70,6	80	62 - 98	82	60 - 104	259	108 - 454	217	95 - 414
159	67,8	66,5 - 69,1	71,9	70,6 - 73,2	25	21 - 30	20	13 - 30	238	207 - 272	184	160 - 207
160	54,3	46,7 - 60,6	57,3	48,3 - 64,5	139	122 - 157	129	112 - 145	349	187 - 560	284	131 - 512

Cuadro 1. Indicadores básicos de todos los Estados Miembros

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;^a no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	POBLACIONES ESTIMADAS								ESPERANZA DE VIDA AL	
	Población (000)	Tasa de crecimiento anual (%)	Tasa de dependencia (por 100)		Porcentaje de la población ≥ 60 años		Tasa total de fecundidad		NACER (AÑOS)	
			1992	2002	1992	2002	1992	2002	Ambos sexos	
	2002	1992–2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002	2002	
161	Serbia y Montenegro	10 535	0,2	50	49	16,0	18,4	2,0	1,7	72,3
162	Seychelles	80	1,0	52	46	8,4	9,0	2,1	1,8	71,5
163	Sierra Leona	4 764	1,5	87	89	5,0	4,7	6,5	6,5	34,0
164	Singapur	4 183	2,8	38	40	8,7	11,1	1,8	1,4	79,6
165	Somalia	9 480	2,8	102	101	4,2	3,8	7,3	7,3	44,3
166	Sri Lanka	18 910	0,9	58	47	8,8	10,2	2,4	2,0	70,3
167	Sudáfrica	44 759	1,5	70	59	5,2	6,1	3,4	2,6	50,7
168	Sudán	32 878	2,3	81	76	5,1	5,6	5,3	4,4	57,1
169	Suecia	8 867	0,2	56	55	22,4	22,9	2,0	1,6	80,4
170	Suiza	7 171	0,3	46	49	19,4	22,1	1,5	1,4	80,6
171	Suriname	432	0,7	66	58	7,1	8,0	2,5	2,5	67,6
172	Swazilandia	1 069	1,9	97	89	4,5	5,1	5,7	4,6	38,8
173	Tailandia	62 193	1,1	53	46	6,7	8,8	2,1	1,9	69,3
174	Tayikistán	6 195	1,2	89	73	6,3	6,7	4,5	3,1	63,7
175	Timor-Leste	739	-0,7	77	73	3,6	5,2	4,8	3,9	57,5
176	Togo	4 801	2,9	94	89	4,8	4,9	6,2	5,4	51,7
177	Tonga	103	0,3	78	74	7,4	8,2	4,5	3,8	70,7
178	Trinidad y Tabago	1 298	0,5	64	43	8,8	10,0	2,2	1,6	69,9
179	Túnez	9 728	1,3	71	52	7,4	8,4	3,2	2,0	71,6
180	Turkmenistán	4 794	2,1	79	64	6,2	6,5	4,1	2,7	62,7
181	Turquía	70 318	1,6	67	57	7,2	8,2	3,2	2,5	70,0
182	Tuvalu	10	1,4	71	65	6,2	7,2	3,5	2,9	60,6
183	Ucrania	48 902	-0,6	51	45	18,5	20,8	1,7	1,2	67,2
184	Uganda	25 004	3,0	105	111	4,1	3,9	7,1	7,1	49,3
185	Uruguay	3 391	0,7	60	61	16,7	17,3	2,5	2,3	75,2
186	Uzbekistán	25 705	1,8	81	65	6,5	7,0	3,7	2,5	68,2
187	Vanuatu	207	2,7	90	80	5,3	4,9	4,9	4,2	67,7
188	Venezuela, República Bolivariana de	25 226	2,1	70	60	5,9	6,9	3,3	2,7	73,9
189	Viet Nam	80 278	1,5	76	59	7,3	7,4	3,4	2,3	69,6
190	Yemen	19 315	3,9	114	104	3,5	3,6	7,9	7,0	60,4
191	Zambia	10 698	2,1	94	98	4,4	4,7	6,3	5,7	39,7
192	Zimbabwe	12 835	1,5	96	87	4,5	5,1	5,2	4,0	37,9

^a Respecto a las fuentes y los métodos, véanse las notas explicativas.

	ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)				PROBABILIDAD DE MORIR (POR 1000)							
	Hombres		Mujeres		Menores de 5 años				Entre 15 y 60 años			
					Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre
161	69,7	69,3 - 70,1	74,9	74,5 - 75,2	17	16 - 19	13	12 - 15	186	177 - 195	98	93 - 103
162	67,0	66,1 - 67,9	77,2	76,1 - 78,3	15	11 - 18	10	8 - 13	243	219 - 268	113	91 - 138
163	32,4	22,7 - 39,9	35,7	25,0 - 45,4	332	286 - 380	303	255 - 351	682	497 - 898	569	323 - 836
164	77,4	76,4 - 78,4	81,7	81,3 - 82,1	4	4 - 4	3	3 - 3	90	80 - 101	53	49 - 56
167	43,0	35,9 - 48,5	45,7	35,3 - 53,0	218	198 - 239	223	199 - 245	534	388 - 738	418	232 - 676
169	67,2	65,1 - 69,6	74,3	73,3 - 75,4	20	17 - 23	16	14 - 19	238	186 - 286	121	106 - 136
2	48,8	45,5 - 52,0	52,6	50,0 - 55,0	86	61 - 108	81	55 - 105	598	404 - 818	482	321 - 653
168	54,9	48,3 - 62,5	59,3	50,6 - 65,6	111	104 - 120	106	97 - 113	379	202 - 559	278	148 - 495
170	78,0	77,7 - 78,3	82,6	82,4 - 82,9	4	4 - 5	3	3 - 3	83	80 - 85	53	51 - 55
171	77,7	77,2 - 78,2	83,3	83,1 - 83,6	6	5 - 7	5	4 - 6	92	87 - 98	51	49 - 53
172	64,4	63,0 - 65,9	70,8	69,6 - 72,3	33	29 - 37	28	24 - 31	281	247 - 313	164	137 - 187
173	36,9	34,2 - 40,7	40,4	35,8 - 44,5	150	132 - 169	142	124 - 159	818	743 - 877	707	627 - 804
176	66,0	64,8 - 67,1	72,7	71,7 - 73,8	32	28 - 37	26	22 - 30	279	250 - 311	153	131 - 178
174	61,0	59,2 - 62,7	66,5	64,8 - 68,0	68	47 - 90	57	40 - 72	283	231 - 339	172	137 - 216
177	54,8	46,4 - 62,1	60,5	50,5 - 67,7	142	108 - 178	108	81 - 134	326	162 - 533	242	111 - 463
178	50,0	43,4 - 55,7	53,3	46,0 - 59,8	149	131 - 166	127	110 - 143	459	316 - 636	394	265 - 569
179	70,0	69,5 - 70,5	71,4	70,8 - 72,0	23	20 - 27	15	12 - 18	171	166 - 177	181	174 - 188
180	67,1	66,1 - 68,1	72,8	72,2 - 73,4	24	20 - 28	18	15 - 21	246	221 - 272	153	138 - 169
181	69,5	68,7 - 70,3	73,9	73,0 - 74,7	31	28 - 34	24	21 - 26	167	154 - 180	115	102 - 128
182	58,8	58,3 - 59,3	66,9	66,1 - 67,7	63	56 - 69	47	42 - 52	369	349 - 385	193	172 - 215
183	67,9	67,1 - 68,8	72,2	71,1 - 73,4	44	40 - 48	42	38 - 46	177	162 - 192	112	94 - 130
184	60,0	58,4 - 61,8	61,4	59,7 - 62,9	72	54 - 91	56	43 - 69	298	247 - 345	280	234 - 342
185	61,7	61,0 - 62,4	72,9	72,0 - 73,8	22	19 - 24	16	15 - 18	378	343 - 417	139	120 - 161
128	47,9	42,3 - 53,2	50,8	43,6 - 56,5	148	142 - 154	136	130 - 142	505	370 - 661	431	306 - 606
186	71,0	70,5 - 71,6	79,3	79,0 - 79,7	18	15 - 21	13	12 - 14	182	172 - 192	88	84 - 92
129	65,6	64,8 - 66,3	70,8	70,1 - 71,6	37	36 - 39	26	25 - 28	243	224 - 263	152	136 - 169
187	66,4	64,7 - 68,5	69,1	67,4 - 70,9	40	30 - 51	40	30 - 50	217	185 - 245	175	150 - 200
188	71,0	70,2 - 71,8	76,8	76,5 - 77,2	23	21 - 26	19	17 - 21	182	168 - 197	97	92 - 103
189	67,1	66,3 - 68,1	72,2	71,4 - 73,1	41	36 - 46	33	28 - 37	200	184 - 215	129	117 - 140
190	58,7	51,1 - 65,5	62,2	53,8 - 68,7	106	93 - 119	94	82 - 106	286	130 - 498	228	103 - 421
191	39,1	34,5 - 43,6	40,2	35,2 - 45,4	191	170 - 214	176	155 - 195	700	590 - 810	654	546 - 768
192	37,7	35,7 - 40,2	38,0	35,8 - 40,8	115	104 - 125	107	97 - 116	821	776 - 856	789	739 - 828

Cuadro 2. Defunciones por causas, sexo y estratos de mortalidad en las regiones de la OMS,^a estimaciones para 2002

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;^b no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Causa ^d	SEXO ^c						ÁFRICA		LAS AMÉRICAS		
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad		
	Alta en niños, alta en adultos	Alta en niños, muy alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos						
Población (000)	6 224 985		3 131 052		3 093 933		311 273	360 965	333 580	445 161	73 810
	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
TOTAL defunciones	57 027	100	29 949	100	27 078	100	4 634	6 144	2 720	2 691	547
I. Enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales y carencias nutricionales	18 416	32,3	9 477	31,6	8 938	33,0	3 222	4 557	167	475	233
Enfermedades infecciosas y parasitarias	11 122	19,5	5 968	19,9	5 154	19,0	2 238	3 549	69	188	137
Tuberculosis	1 605	2,8	1 055	3,5	550	2,0	121	182	1	25	18
ETS excepto VIH	180	0,3	91	0,3	89	0,3	41	52	0	1	1
Sífilis	157	0,3	84	0,3	72	0,3	39	50	0	1	0
Clamidia	9	0,0	0	0,0	9	0,0	1	0	0	0	0
Gonorrea	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0
VIH/SIDA	2 821	4,9	1 532	5,1	1 290	4,8	456	1 747	14	46	43
Enfermedades diarreicas	1 767	3,1	924	3,1	844	3,1	341	354	2	33	20
Enfermedades de la infancia	1 360	2,4	679	2,3	681	2,5	426	295	0	1	6
Tos ferina	301	0,5	151	0,5	151	0,6	101	71	0	0	6
Poliomielitis	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Difteria	5	0,0	3	0,0	3	0,0	1	1	0	0	0
Sarampión	760	1,3	379	1,3	382	1,4	261	178	0	0	0
Tétanos	292	0,5	147	0,5	146	0,5	64	45	0	0	0
Meningitis	173	0,3	90	0,3	83	0,3	8	12	1	8	9
Hepatitis B ^e	103	0,2	71	0,2	32	0,1	10	10	1	3	2
Hepatitis C ^e	53	0,1	35	0,1	18	0,1	4	4	5	2	0
Malaria	1 222	2,1	585	2,0	637	2,4	538	549	0	1	0
Enfermedades tropicales	130	0,2	79	0,3	50	0,2	28	28	0	12	4
Tripanosomiasis	48	0,1	31	0,1	17	0,1	24	23	0	0	0
Enfermedad de Chagas	14	0,0	8	0,0	7	0,0	0	0	0	11	4
Esquistosomiasis	15	0,0	10	0,0	5	0,0	1	1	0	1	0
Leishmaniasis	51	0,1	30	0,1	21	0,1	4	4	0	0	0
Filariasis linfática	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Oncocercosis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Lepra	6	0,0	4	0,0	2	0,0	0	0	0	1	0
Dengue	19	0,0	8	0,0	10	0,0	0	0	0	1	1
Encefalitis japonesa	14	0,0	7	0,0	7	0,0	0	0	0	0	0
Tracoma	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Infecciones intestinales por nematodos	12	0,0	6	0,0	6	0,0	1	2	0	0	1
Ascariasis	3	0,0	1	0,0	2	0,0	0	1	0	0	0
Tricuriasis	3	0,0	2	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0
Anquilostomiasis	3	0,0	2	0,0	1	0,0	1	1	0	0	0
Infecciones respiratorias	3 845	6,7	1 931	6,4	1 914	7,1	533	538	72	107	49
Infecciones de las vías inferiores	3 766	6,6	1 890	6,3	1 875	6,9	525	531	72	105	47
Infecciones de las vías superiores	75	0,1	38	0,1	37	0,1	7	6	0	1	2
Otitis media	4	0,0	3	0,0	1	0,0	1	1	0	0	0
Afecciones maternas	510	0,9	...	...	510	1,9	102	129	1	9	7
Afecciones perinatales	2 464	4,3	1 368	4,6	1 096	4,0	284	270	17	132	26
Carencias nutricionales	475	0,8	210	0,7	264	1,0	65	72	8	38	14
Malnutrición proteinoenergética	250	0,4	125	0,4	125	0,5	48	50	5	29	8
Carencia de yodo	7	0,0	3	0,0	3	0,0	0	2	0	0	0
Carencia de vitamina A	23	0,0	11	0,0	12	0,0	10	7	0	0	0
Anemia ferropénica	137	0,2	47	0,2	90	0,3	6	11	3	7	5

Causa ^d	MEDITERRÁNEO ORIENTAL		EUROPA			ASIA SUDORIENTAL		PACÍFICO OCCIDENTAL	
	Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad	
	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos
Población (000)	142 528	360 296	415 323	222 846	239 717	298 234	1 292 598	155 400	1 562 136
	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
TOTAL defunciones	706	3 462	3 926	1 866	3 689	2 191	12 428	1 146	10 786
I. Enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales y carencias nutricionales	92	1 654	242	166	159	625	5 105	136	1 565
Enfermedades infecciosas y parasitarias	38	921	50	62	100	398	2 570	24	770
Tuberculosis	7	124	5	19	50	157	533	5	355
ETS excepto VIH	0	23	0	0	0	3	55	0	2
Sífilis	0	21	0	0	0	1	42	0	1
Clamidiasis	0	1	0	0	0	1	7	0	0
Gonorrea	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VIH/SIDA	1	49	6	1	36	59	315	0	46
Enfermedades diarreicas	14	236	2	13	2	41	559	1	148
Enfermedades de la infancia	0	204	0	7	0	38	328	0	53
Tos ferina	0	61	0	0	0	1	60	0	2
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Difteria	0	0	0	0	0	0	3	0	0
Sarampión	0	84	0	7	0	31	167	0	32
Tétanos	0	59	0	0	0	6	98	0	19
Meningitis	2	23	2	10	4	9	64	0	20
Hepatitis B ^e	1	9	2	2	1	7	30	1	25
Hepatitis C ^e	1	4	3	1	0	3	11	4	10
Malaria	2	55	0	0	0	12	53	0	11
Enfermedades tropicales	0	15	0	0	0	0	36	0	5
Tripanosomiasis	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad de Chagas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Esquistosomiasis	0	9	0	0	0	0	0	0	4
Leishmaniasis	0	5	0	0	0	0	36	0	2
Filariasis linfática	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oncocercosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	0	1	0	0	0	1	2	0	1
Dengue	0	1	0	0	0	3	9	0	4
Encefalitis japonesa	0	2	0	0	0	0	8	0	3
Tracoma	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infecciones intestinales por nematodos	0	1	0	0	0	1	4	0	1
Ascariasis	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Tricuriasis	0	0	0	0	0	0	2	0	0
Anquilostomiasis	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Infecciones respiratorias	20	345	174	60	39	108	1 285	108	403
Infecciones de las vías inferiores	19	339	171	59	37	105	1 267	107	377
Infecciones de las vías superiores	0	6	3	2	2	3	17	1	26
Otitis media	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Afecciones maternas	3	65	0	2	1	11	160	0	21
Afecciones perinatales	28	275	10	39	17	82	930	2	348
Carencias nutricionales	4	48	7	3	2	26	161	2	24
Malnutrición proteinoenergética	2	22	3	1	1	10	56	1	13
Carencia de yodo	0	2	0	0	0	0	1	0	0
Carencia de vitamina A	0	3	0	0	0	0	2	0	0
Anemia ferropénica	1	9	3	2	1	13	67	1	8

Cuadro 2. Defunciones por causas, sexo y estratos de mortalidad en las regiones de la OMS,^a estimaciones para 2002

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;^b no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Causa ^d	SEXO ^c						ÁFRICA		LAS AMÉRICAS		
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad		
	Alta en niños, alta en adultos	Alta en niños, muy alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos						
Población (000)	6 224 985		3 131 052		3 093 933		311 273	360 965	333 580	445 161	73 810
	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
II. Enfermedades no transmisibles	33 424	58,6	16 992	56,7	16 432	60,7	1 068	1 184	2 380	1 895	268
Neoplasias malignas	7 106	12,5	3 963	13,2	3 144	11,6	194	216	641	408	66
Cánceres bucales y orofaríngeos	317	0,6	220	0,7	97	0,4	8	10	10	12	2
Cáncer de esófago	446	0,8	284	0,9	161	0,6	5	17	16	15	1
Cáncer de estómago	849	1,5	523	1,7	326	1,2	16	18	17	44	13
Cáncer colorrectal	620	1,1	321	1,1	299	1,1	10	10	74	31	4
Cáncer de hígado	619	1,1	428	1,4	191	0,7	22	23	17	17	3
Cáncer de páncreas	229	0,4	121	0,4	109	0,4	3	5	33	17	2
Cánceres de tráquea, bronquios o pulmón	1 239	2,2	886	3,0	353	1,3	7	10	179	49	3
Melanoma y otros cánceres de piel	66	0,1	35	0,1	31	0,1	4	4	12	6	1
Cáncer de mama	477	0,8	3	0,0	474	1,8	21	14	52	33	4
Cáncer cervicouterino	239	0,4	...	...	239	0,9	15	23	5	19	7
Cáncer de cuerpo uterino	71	0,1	...	...	71	0,3	1	1	9	10	1
Cáncer de ovario	134	0,2	...	...	134	0,5	3	5	16	7	1
Cáncer de próstata	268	0,5	268	0,9	...	...	24	17	42	31	5
Cáncer de vejiga	178	0,3	125	0,4	53	0,2	6	5	16	8	1
Linfomas, mieloma múltiple	334	0,6	168	0,6	165	0,6	17	16	45	18	5
Leucemia	264	0,5	146	0,5	117	0,4	7	6	27	18	3
Otras neoplasias	148	0,3	74	0,2	74	0,3	4	5	17	11	1
Diabetes mellitus	987	1,7	440	1,5	547	2,0	35	45	86	151	16
Trastornos nutricionales/endocrinos	243	0,4	108	0,4	135	0,5	12	14	33	25	4
Trastornos neuropsiquiátricos	1 105	1,9	570	1,9	535	2,0	43	47	174	56	10
Trastornos depresivos unipolares	13	0,0	6	0,0	7	0,0	0	0	1	0	0
Trastorno afectivo bipolar	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0
Esquizofrenia	23	0,0	11	0,0	12	0,0	0	0	1	0	0
Epilepsia	125	0,2	70	0,2	55	0,2	18	20	2	6	2
Trastornos por consumo de alcohol	86	0,2	73	0,2	13	0,0	3	4	8	14	2
Alzheimer y otras demencias	395	0,7	146	0,5	249	0,9	3	4	106	11	1
Enfermedad de Parkinson	98	0,2	50	0,2	48	0,2	2	3	19	4	1
Esclerosis múltiple	16	0,0	6	0,0	10	0,0	0	0	4	1	0
Trastornos por consumo de drogas	88	0,2	72	0,2	16	0,1	2	0	5	2	0
Trastorno de estrés postraumático	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Trastorno obsesivo-compulsivo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Trastorno de pánico	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Insomnio (primario)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Migraña	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Trastornos de los órganos sensoriales	3	0,0	2	0,0	2	0,0	0	0	0	0	0
Glaucoma	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Catarata	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Pérdida de visión, relacionada con la edad o de otro tipo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Pérdida de audición, aparición en el adulto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Enfermedades cardiovasculares	16 655	29,2	8 074	27,0	8 581	31,7	496	540	1 031	803	93
Cardiopatía reumática	328	0,6	138	0,5	190	0,7	12	8	4	6	0
Cardiopatía hipertensiva	907	1,6	418	1,4	489	1,8	27	33	47	73	15
Cardiopatía isquémica	7 168	12,6	3 779	12,6	3 389	12,5	160	172	574	318	28
Afección cerebrovascular	5 494	9,6	2 540	8,5	2 954	10,9	172	187	187	239	26
Cardiopatía inflamatoria	402	0,7	209	0,7	192	0,7	20	22	35	31	1

Causa ^d	MEDITERRÁNEO ORIENTAL		EUROPA			ASIA SUDORIENTAL		PACÍFICO OCCIDENTAL	
	Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad	
	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos
Población (000)	142 528	360 296	415 323	222 846	239 717	298 234	1 292 598	155 400	1 562 136
	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
II. Enfermedades no transmisibles	501	1 529	3 495	1 590	3 027	1 341	6 082	924	8 076
Neoplasias malignas	76	196	1 040	291	491	267	893	354	1 961
Cánceres bucales y orofaríngeos	2	18	24	9	17	16	133	7	50
Cáncer de esófago	4	12	28	7	13	4	78	12	233
Cáncer de estómago	12	9	61	28	67	12	51	54	447
Cáncer colorrectal	5	10	138	30	60	28	35	46	139
Cáncer de hígado	6	9	40	12	15	31	30	36	358
Cáncer de páncreas	2	3	53	12	22	6	13	22	35
Cánceres de tráquea, bronquios o pulmón	10	17	207	61	94	43	131	65	361
Melanoma y otros cánceres de piel	1	1	15	4	6	1	2	3	4
Cáncer de mama	4	23	89	21	40	25	68	14	68
Cáncer cervicouterino	1	6	8	7	12	14	87	3	31
Cáncer de cuerpo uterino	1	1	15	5	11	3	3	3	6
Cáncer de ovario	1	5	25	7	13	8	19	5	17
Cáncer de próstata	3	5	69	11	13	8	19	12	9
Cáncer de vejiga	2	17	37	10	13	6	27	6	24
Linfomas, mieloma múltiple	5	15	54	11	10	17	79	15	26
Leucemia	7	13	36	11	14	13	33	9	65
Otras neoplasias	9	15	30	4	4	3	16	10	18
Diabetes mellitus	15	40	92	29	20	72	191	17	174
Trastornos nutricionales/endocrinos	5	24	28	3	3	16	23	9	43
Trastornos neuropsiquiátricos	22	67	185	25	40	53	214	22	143
Trastornos depresivos unipolares	0	1	2	0	0	1	8	0	0
Trastorno afectivo bipolar	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Esquizofrenia	0	1	1	0	1	1	13	0	4
Epilepsia	2	8	6	4	4	5	29	1	18
Trastornos por consumo de alcohol	2	2	13	4	6	3	12	1	11
Alzheimer y otras demencias	2	9	96	3	5	9	79	10	56
Enfermedad de Parkinson	2	2	22	2	1	1	9	4	26
Esclerosis múltiple	0	0	4	1	2	0	1	0	1
Trastornos por consumo de drogas	7	24	7	2	11	3	20	1	3
Trastorno de estrés postraumático	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trastorno obsesivo-compulsivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trastorno de pánico	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Insomnio (primario)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Migraña	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trastornos de los órganos sensoriales	0	1	0	0	0	0	1	0	0
Glaucoma	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Catarata	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pérdida de visión, relacionada con la edad o de otro tipo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pérdida de audición, aparición en el adulto	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades cardiovasculares	284	796	1 614	1 051	2 192	600	3 311	369	3 448
Cardiopatía reumática	4	20	10	7	14	12	121	3	107
Cardiopatía hipertensiva	30	67	67	68	40	56	96	8	276
Cardiopatía isquémica	143	396	673	464	1 201	265	1 774	126	864
Afección cerebrovascular	54	172	414	283	734	162	897	151	1 807
Cardiopatía inflamatoria	11	26	28	30	41	10	66	7	73

Cuadro 2. Defunciones por causas, sexo y estratos de mortalidad en las regiones de la OMS,^a estimaciones para 2002

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;^b no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Causa ^d	SEXO ^c						ÁFRICA		LAS AMÉRICAS		
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad		
	Alta en niños, alta en adultos	Alta en niños, muy alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos						
Población (000)	6 224 985		3 131 052		3 093 933		311 273	360 965	333 580	445 161	73 810
	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
Enfermedades respiratorias	3 696	6,5	1 909	6,4	1 788	6,6	124	133	199	175	23
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2 746	4,8	1 411	4,7	1 334	4,9	52	65	141	90	10
Asma	239	0,4	121	0,4	118	0,4	12	14	6	10	2
Enfermedades digestivas	1 963	3,4	1 091	3,6	872	3,2	75	82	99	153	31
Úlcera gastroduodenal	265	0,5	155	0,5	110	0,4	7	8	6	11	3
Cirrosis hepática	783	1,4	501	1,7	282	1,0	26	28	31	61	13
Apendicitis	21	0,0	12	0,0	10	0,0	1	1	1	2	1
Enfermedades del sistema genitourinario	847	1,5	442	1,5	405	1,5	51	55	66	55	15
Nefritis/nefrosis	677	1,2	345	1,2	332	1,2	47	52	47	43	12
Hipertrofia benigna de la próstata	31	0,1	31	0,1	...	...	1	1	1	2	0
Enfermedades de la piel	69	0,1	26	0,1	43	0,2	10	9	5	6	2
Enfermedades musculoesqueléticas	106	0,2	38	0,1	69	0,3	4	3	17	10	2
Artritis reumatoide	25	0,0	7	0,0	18	0,1	1	0	3	2	1
Artrosis	5	0,0	2	0,0	3	0,0	0	0	1	1	0
Malformaciones congénitas	493	0,9	255	0,9	238	0,9	21	35	13	40	5
Enfermedades bucodentales	2	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0
Caries dental	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Periodontopatías	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Pérdida de dientes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
III. Traumatismos	5 188	9,1	3 480	11,6	1 708	6,3	344	403	173	321	46
Accidentales	3 562	6,2	2 317	7,7	1 245	4,6	258	230	120	167	33
Traumatismos por accidentes de tráfico	1 192	2,1	869	2,9	323	1,2	96	99	49	76	10
Intoxicaciones	355	0,6	229	0,8	126	0,5	21	18	14	2	1
Caidas	393	0,7	237	0,8	156	0,6	11	9	18	12	1
Incendios	311	0,5	120	0,4	191	0,7	24	20	4	3	1
Ahogamiento	385	0,7	264	0,9	121	0,4	36	29	4	15	3
Otras lesiones accidentales	928	1,6	599	2,0	329	1,2	71	56	30	58	18
Intencionados	1 626	2,9	1 164	3,9	462	1,7	86	173	53	154	13
Autolesiones	877	1,5	549	1,8	328	1,2	15	19	35	26	2
Actos violentos	559	1,0	444	1,5	114	0,4	57	77	17	119	10
Guerra	178	0,3	161	0,5	18	0,1	14	77	0	8	0

^a Véase la lista de Estados Miembros por regiones de la OMS y estratos de mortalidad.

^b Respecto a las fuentes y los métodos, véanse las notas explicativas.

^c Los totales mundiales incluyen las poblaciones residuales que viven en territorios y áreas de ultramar, o fuera de cualquiera de los Estados Miembros de la OMS.

^d La suma de las estimaciones para causas específicas no coincide necesariamente con la cifra correspondiente al grupo general de causas considerado, ya que se han omitido las categorías residuales.

^e No incluye las defunciones por cáncer hepático y cirrosis debidas a infección crónica por virus de la hepatitis.

... Datos no disponibles, o no aplicable.

Causa ^d	MEDITERRÁNEO ORIENTAL		EUROPA			ASIA SUDORIENTAL		PACÍFICO OCCIDENTAL	
	Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad	
	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos
Población (000)	142 528	360 296	415 323	222 846	239 717	298 234	1 292 598	155 400	1 562 136
	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
Enfermedades respiratorias	27	128	220	72	106	153	721	59	1 550
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	15	80	140	45	72	100	556	22	1 354
Asma	2	14	12	9	20	20	77	6	37
Enfermedades digestivas	22	130	182	77	126	87	415	44	435
Úlcera gastroduodenal	2	10	17	9	14	15	84	5	75
Cirrosis hepática	8	59	65	39	63	34	170	14	171
Apendicitis	0	1	1	0	1	1	7	0	5
Enfermedades del sistema genitourinario	21	62	63	25	24	57	149	27	175
Nefritis/nefrosis	9	56	42	20	14	45	124	24	141
Hipertrofia benigna de la próstata	1	2	1	1	2	2	11	0	6
Enfermedades de la piel	1	4	9	0	3	5	10	1	3
Enfermedades musculoesqueléticas	1	2	20	2	4	7	10	6	20
Artritis reumatoide	0	0	4	1	1	1	3	2	5
Artrosis	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Malformaciones congénitas	19	64	11	13	14	20	129	4	104
Enfermedades bucodentales	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caries dental	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Periodontopatías	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pérdida de dientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III. Traumatismos	112	279	190	110	503	225	1 242	86	1 145
Accidentales	98	196	137	77	334	149	931	48	779
Traumatismos por accidentes de tráfico	57	75	46	22	60	72	224	14	290
Intoxicaciones	3	12	6	6	103	8	87	1	74
Caídas	6	17	47	9	25	15	106	8	108
Incendios	7	24	3	3	17	14	170	2	18
Ahogamiento	5	21	4	6	30	14	84	6	126
Otras lesiones accidentales	19	47	32	30	99	26	261	17	162
Intencionados	15	83	53	33	170	76	310	38	366
Autolesiones	9	25	48	23	93	37	209	37	296
Actos violentos	5	22	4	8	60	28	85	1	65
Guerra	0	35	0	2	17	10	11	0	3

Cuadro 3. Carga de morbilidad expresada como AVAD por causas, sexo y estratos de mortalidad en las regiones de la OMS,^a estimaciones para 2002Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad,^b no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Causa ^d	SEXO ^c						ÁFRICA		LAS AMÉRICAS		
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad		
							Alta en niños, alta en adultos	Alta en niños, muy alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos
Población (000)	6 224 985		3 131 052		3 093 933		311 273	360 965	333 580	445 161	73 810
	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
TOTAL AVAD	1 491 416	100	775 331	100	716 085	100	159 496	204 605	46 868	81 429	17 323
I. Enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales y carencias nutricionales	612 194	41,0	299 497	38,6	312 696	43,7	114 397	153 843	3 106	16 167	7 404
Enfermedades infecciosas y parasitarias	356 824	23,9	184 338	23,8	172 486	24,1	77 530	115 544	1 228	6 549	4 074
Tuberculosis	35 361	2,4	22 274	2,9	13 087	1,8	3 277	4 953	12	502	388
ETS excepto VIH	11 348	0,8	3 855	0,5	7 493	1,0	1 930	2 444	75	487	69
Sífilis	4 200	0,3	1 970	0,3	2 230	0,3	1 028	1 417	2	56	20
Clamidiasis	3 571	0,2	302	0,0	3 269	0,5	364	428	55	241	15
Gonorrea	3 365	0,2	1 473	0,2	1 892	0,3	520	573	16	183	31
VIH/SIDA	86 072	5,8	45 249	5,8	40 824	5,7	13 966	52 806	454	1 472	1 294
Enfermedades diarreicas	61 095	4,1	31 943	4,1	29 152	4,1	11 270	11 722	106	1 481	706
Enfermedades de la infancia	49 844	3,3	24 817	3,2	25 027	3,5	15 315	10 663	54	180	255
Tos ferina	13 052	0,9	6 500	0,8	6 552	0,9	3 948	2 841	52	165	237
Poliomielitis	152	0,0	77	0,0	75	0,0	11	4	3	6	1
Difteria	184	0,0	96	0,0	88	0,0	24	24	0	2	7
Sarampión	27 058	1,8	13 450	1,7	13 607	1,9	9 250	6 317	0	0	0
Tétanos	9 398	0,6	4 694	0,6	4 704	0,7	2 081	1 477	0	8	10
Meningitis	6 195	0,4	3 087	0,4	3 108	0,4	394	497	43	356	280
Hepatitis B ^e	2 177	0,1	1 465	0,2	712	0,1	302	280	20	55	38
Hepatitis C ^e	1 001	0,1	668	0,1	333	0,0	120	122	77	29	1
Malaria	44 716	3,0	21 499	2,8	23 217	3,2	19 429	19 736	0	86	24
Enfermedades tropicales	12 255	0,8	8 278	1,1	3 978	0,6	2 939	2 752	9	604	178
Tripanosomiasis	1 535	0,1	971	0,1	563	0,1	744	750	0	0	0
Enfermedad de Chagas	667	0,0	343	0,0	324	0,0	0	0	8	483	171
Esquistosomiasis	1 702	0,1	1 021	0,1	681	0,1	621	713	0	74	0
Leishmaniasis	2 090	0,1	1 249	0,2	840	0,1	208	175	1	38	5
Filariasis linfática	5 777	0,4	4 413	0,6	1 364	0,2	976	1 035	0	9	1
Oncocercosis	484	0,0	280	0,0	204	0,0	390	80	0	1	1
Lepra	199	0,0	117	0,0	82	0,0	12	11	0	18	0
Dengue	616	0,0	279	0,0	337	0,0	1	4	0	31	38
Encefalitis japonesa	709	0,0	338	0,0	371	0,1	0	0	0	0	0
Tracoma	2 329	0,2	597	0,1	1 732	0,2	486	726	0	162	2
Infecciones intestinales por nematodos	2 951	0,2	1 490	0,2	1 461	0,2	809	329	1	66	101
Ascariasis	1 817	0,1	910	0,1	907	0,1	714	144	0	23	39
Tricuriasis	1 006	0,1	519	0,1	488	0,1	78	155	1	42	29
Anquilostomiasis	59	0,0	31	0,0	27	0,0	17	29	0	0	0
Infecciones respiratorias	90 252	6,1	45 945	5,9	44 306	6,2	16 569	16 134	390	1 872	1 120
Infecciones de las vías inferiores	87 022	5,8	44 316	5,7	42 707	6,0	16 218	15 802	337	1 717	1 055
Infecciones de las vías superiores	1 795	0,1	875	0,1	920	0,1	229	191	14	43	41
Otitis media	1 434	0,1	755	0,1	680	0,1	122	141	38	112	24
Afecciones maternas	33 625	2,3	...	...	33 625	4,7	5 200	6 549	215	1 153	544
Afecciones perinatales	97 423	6,5	53 265	6,9	44 158	6,2	10 869	10 485	781	5 537	1 098
Carencias nutricionales	34 070	2,3	15 949	2,1	18 121	2,5	4 229	5 131	493	1 054	569
Malnutrición proteinoenergética	16 565	1,1	8 430	1,1	8 135	1,1	2 629	2 906	36	649	258
Carencia de yodo	3 519	0,2	1 759	0,2	1 760	0,2	261	868	7	97	33
Carencia de vitamina A	793	0,1	364	0,0	428	0,1	347	248	0	0	1
Anemia ferropénica	12 224	0,8	4 998	0,6	7 226	1,0	975	1 089	446	274	268

Causa ^d	MEDITERRÁNEO ORIENTAL		EUROPA			ASIA SUDORIENTAL		PACÍFICO OCCIDENTAL	
	Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad	
	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos
Población (000)	142 528	360 296	415 323	222 846	239 717	298 234	1 292 598	155 400	1 562 136
	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
TOTAL AVAD	24 079	115 449	51 734	37 701	60 340	62 451	363 035	16 343	248 256
I. Enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales y carencias nutricionales	4 444	60 373	2 551	6 177	5 442	18 521	165 042	1 011	53 118
Enfermedades infecciosas y parasitarias	1 523	31 197	891	2 106	3 142	10 915	78 252	322	23 258
Tuberculosis	140	2 736	47	444	1 162	3 530	12 199	41	5 907
ETS excepto VIH	144	1 327	79	149	125	479	3 475	34	515
Sífilis	3	706	3	6	5	35	860	1	54
Clamidiasis	100	309	61	95	79	262	1 251	25	281
Gonorrea	39	296	15	43	39	164	1 261	7	172
VIH/SIDA	43	1 557	201	40	1 379	1 502	9 332	8	1 957
Enfermedades diarreicas	564	7 800	110	485	108	1 481	18 695	44	6 481
Enfermedades de la infancia	58	7 330	66	320	29	1 464	11 821	34	2 224
Tos ferina	39	2 420	64	61	25	155	2 572	33	429
Poliomielitis	4	13	1	3	0	9	56	0	43
Difteria	0	16	0	1	1	7	96	0	6
Sarampión	9	2 979	1	254	2	1 102	5 958	1	1 169
Tétanos	5	1 903	0	1	1	191	3 138	0	577
Meningitis	84	1 134	67	326	89	219	1 906	11	781
Hepatitis B ^e	24	166	17	54	24	143	576	18	459
Hepatitis C ^e	12	69	36	19	11	67	212	34	189
Malaria	92	2 112	1	18	0	502	2 253	0	433
Enfermedades tropicales	45	601	0	7	0	251	4 334	0	516
Tripanosomiasis	0	39	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad de Chagas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Esquistosomiasis	30	197	0	1	0	3	4	0	55
Leishmaniasis	16	232	0	6	0	6	1 352	0	50
Filariasis linfática	0	122	0	1	0	242	2 977	0	411
Oncocercosis	0	10	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	0	25	0	0	0	13	105	0	13
Dengue	10	20	0	0	0	89	292	0	131
Encefalitis japonesa	0	83	0	0	0	29	277	0	320
Tracoma	91	283	0	0	0	0	168	0	400
Infecciones intestinales por nematodos	1	225	0	1	0	135	669	2	611
Ascariasis	0	158	0	0	0	63	346	1	325
Tricuriasis	0	60	0	0	0	63	305	1	272
Anquilostomiasis	0	2	0	0	0	8	1	0	1
Infecciones respiratorias	559	10 458	690	1 437	625	1 499	30 286	372	8 165
Infecciones de las vías inferiores	511	10 140	626	1 340	534	1 382	29 635	350	7 302
Infecciones de las vías superiores	10	202	27	62	66	45	301	9	552
Otitis media	38	116	37	35	24	72	350	13	310
Afecciones maternas	412	4 104	167	371	265	1 004	10 390	67	3 146
Afecciones perinatales	1 319	10 817	499	1 592	681	3 414	35 733	123	14 321
Carencias nutricionales	631	3 798	304	671	730	1 688	10 381	128	4 229
Malnutrición proteinoenergética	174	1 807	24	109	55	698	5 338	18	1 846
Carencia de yodo	121	623	3	241	449	81	571	0	163
Carencia de vitamina A	0	90	0	1	0	1	100	0	5
Anemia ferropénica	334	928	271	297	200	891	3 959	106	2 171

Cuadro 3. Carga de morbilidad expresada como AVAD por causas, sexo y estratos de mortalidad en las regiones de la OMS,^a estimaciones para 2002Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad,^b no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Causa ^d	SEXO ^c						ÁFRICA		LAS AMÉRICAS		
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad		
	Alta en niños, alta en adultos	Alta en niños, muy alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos						
Población (000)	6 224 985		3 131 052		3 093 933		311 273	360 965	333 580	445 161	73 810
	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
II. Enfermedades no transmisibles	696 632	46,7	355 416	45,8	341 216	47,7	30 124	34 727	39 217	51 833	8 030
Neoplasias malignas	75 407	5,1	40 432	5,2	34 975	4,9	2 238	2 517	5 830	4 554	749
Cánceres bucales y orofaríngeos	3 560	0,2	2 563	0,3	997	0,1	83	111	97	135	16
Cáncer de esófago	4 247	0,3	2 762	0,4	1 486	0,2	52	178	136	140	9
Cáncer de estómago	8 087	0,5	5 037	0,6	3 050	0,4	174	196	132	403	123
Cáncer colorrectal	5 802	0,4	3 111	0,4	2 691	0,4	118	102	654	295	40
Cáncer de hígado	7 146	0,5	5 046	0,7	2 100	0,3	301	305	141	164	32
Cáncer de páncreas	1 962	0,1	1 104	0,1	858	0,1	34	56	247	149	17
Cánceres de tráquea, bronquios o pulmón	11 189	0,8	7 915	1,0	3 274	0,5	71	112	1 398	453	28
Melanoma y otros cánceres de piel	688	0,0	380	0,0	308	0,0	34	44	135	66	7
Cáncer de mama	6 165	0,4	23	0,0	6 142	0,9	258	164	687	439	55
Cáncer cervicouterino	3 284	0,2	...	...	3 284	0,5	185	282	102	299	101
Cáncer de cuerpo uterino	1 121	0,1	...	...	1 121	0,2	12	16	161	178	16
Cáncer de ovario	1 632	0,1	...	...	1 632	0,2	44	68	156	102	18
Cáncer de próstata	1 621	0,1	1 621	0,2	...	...	147	109	281	167	27
Cáncer de vejiga	1 473	0,1	996	0,1	476	0,1	55	41	135	56	7
Linfomas, mieloma múltiple	4 303	0,3	2 295	0,3	2 008	0,3	291	262	368	246	68
Leucemia	4 680	0,3	2 650	0,3	2 030	0,3	104	109	251	361	76
Otras neoplasias	1 746	0,1	910	0,1	835	0,1	74	86	114	139	20
Diabetes mellitus	16 191	1,1	7 605	1,0	8 586	1,2	529	586	1 455	1 836	224
Trastornos nutricionales/endocrinos	7 966	0,5	3 560	0,5	4 406	0,6	570	720	854	1 160	224
Trastornos neuropsiquiátricos	193 136	12,9	94 119	12,1	99 017	13,8	8 242	9 655	13 888	18 966	2 934
Trastornos depresivos unipolares	67 295	4,5	26 743	3,4	40 551	5,7	2 011	2 316	5 237	5 863	898
Trastorno afectivo bipolar	13 952	0,9	7 049	0,9	6 903	1,0	795	936	531	1 063	177
Esquizofrenia	16 144	1,1	8 232	1,1	7 912	1,1	777	899	537	1 268	210
Epilepsia	7 327	0,5	3 883	0,5	3 443	0,5	701	880	175	745	143
Trastornos por consumo de alcohol	20 247	1,4	17 168	2,2	3 079	0,4	241	672	2 502	3 514	333
Alzheimer y otras demencias	10 383	0,7	3 983	0,5	6 400	0,9	166	175	1 300	658	76
Enfermedad de Parkinson	1 554	0,1	772	0,1	783	0,1	35	40	252	53	7
Esclerosis múltiple	1 475	0,1	637	0,1	838	0,1	56	45	120	105	16
Trastornos por consumo de drogas	7 413	0,5	5 807	0,7	1 606	0,2	660	656	787	839	232
Trastorno de estrés postraumático	3 335	0,2	923	0,1	2 412	0,3	149	173	184	209	32
Trastorno obsesivo-compulsivo	4 923	0,3	2 116	0,3	2 808	0,4	393	459	227	558	87
Trastorno de pánico	6 758	0,5	2 292	0,3	4 466	0,6	360	427	278	512	85
Insomnio (primario)	3 477	0,2	1 494	0,2	1 983	0,3	141	161	269	326	49
Migraña	7 666	0,5	2 078	0,3	5 588	0,8	193	254	508	754	150
Trastornos de los órganos sensoriales	69 380	4,7	32 452	4,2	36 928	5,2	4 289	4 649	1 950	3 638	528
Glaucoma	3 866	0,3	1 716	0,2	2 150	0,3	451	481	35	219	11
Catarata	25 251	1,7	11 051	1,4	14 200	2,0	2 483	2 670	123	1 156	248
Pérdida de visión, relacionada con la edad o de otro tipo	14 191	1,0	6 303	0,8	7 889	1,1	437	440	414	1 116	119
Pérdida de audición, aparición en el adulto	26 034	1,7	13 364	1,7	12 669	1,8	918	1 058	1 377	1 144	148
Enfermedades cardiovasculares	147 541	9,9	79 427	10,2	68 114	9,5	5 187	5 724	6 847	7 427	901
Cardiopatía reumática	5 872	0,4	2 560	0,3	3 313	0,5	300	207	40	107	11
Cardiopatía hipertensiva	7 622	0,5	3 846	0,5	3 776	0,5	260	327	322	581	126
Cardiopatía isquémica	58 334	3,9	34 138	4,4	24 196	3,4	1 461	1 564	3 304	2 685	230
Afección cerebrovascular	49 118	3,3	25 347	3,3	23 770	3,3	1 757	1 911	1 654	2 534	288
Cardiopatía inflamatoria	5 818	0,4	3 410	0,4	2 408	0,3	400	467	382	437	27

Causa ^d	MEDITERRÁNEO ORIENTAL		EUROPA			ASIA SUDORIENTAL		PACÍFICO OCCIDENTAL	
	Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad	
	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos
Población (000)	142 528	360 296	415 323	222 846	239 717	298 234	1 292 598	155 400	1 562 136
	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
II. Enfermedades no transmisibles	14 872	42 361	45 110	27 461	41 718	35 713	150 663	13 675	159 791
Neoplasias malignas	983	2 835	8 557	3 295	5 173	3 231	10 511	2 782	22 035
Cánceres bucales y orofaríngeos	24	226	264	109	204	198	1 407	59	624
Cáncer de esófago	34	133	234	72	121	34	764	95	2 242
Cáncer de estómago	117	124	422	283	633	114	516	373	4 469
Cáncer colorrectal	58	138	1 029	287	533	295	365	390	1 488
Cáncer de hígado	63	113	282	115	146	347	431	265	4 432
Cáncer de páncreas	17	32	378	111	205	65	131	152	365
Cánceres de tráquea, bronquios o pulmón	98	183	1 670	619	920	419	1 324	429	3 452
Melanoma y otros cánceres de piel	10	21	147	47	70	12	28	24	40
Cáncer de mama	76	348	939	278	479	367	835	197	1 029
Cáncer cervicouterino	20	97	111	112	167	226	1 171	43	364
Cáncer de cuerpo uterino	13	21	206	91	155	44	32	63	111
Cáncer de ovario	16	75	238	90	160	129	225	58	250
Cáncer de próstata	25	37	370	70	95	49	116	70	56
Cáncer de vejiga	19	178	243	81	109	50	277	40	178
Linfomas, mieloma múltiple	76	326	428	168	131	236	1 161	117	416
Leucemia	147	328	316	196	193	257	791	94	1 450
Otras neoplasias	128	240	185	36	62	49	281	67	261
Diabetes mellitus	412	843	1 106	566	516	1 245	3 562	386	2 873
Trastornos nutricionales/endocrinos	209	633	631	174	173	449	637	218	1 278
Trastornos neuropsiquiátricos	4 342	10 680	13 733	7 058	8 431	8 340	39 974	3 795	42 722
Trastornos depresivos unipolares	1 259	3 754	4 117	2 626	2 598	2 897	17 671	1 007	14 926
Trastorno afectivo bipolar	380	869	618	479	449	704	2 994	237	3 697
Esquizofrenia	471	1 037	593	577	437	1 047	3 683	231	4 348
Epilepsia	123	502	245	191	186	367	1 883	65	1 105
Trastornos por consumo de alcohol	55	44	2 227	636	1 715	325	1 623	488	5 836
Alzheimer y otras demencias	101	242	1 989	399	535	369	1 213	764	2 374
Enfermedad de Parkinson	40	59	289	71	84	36	211	108	268
Esclerosis múltiple	35	75	157	63	86	63	276	29	347
Trastornos por consumo de drogas	562	812	774	192	515	159	827	57	322
Trastorno de estrés postraumático	84	192	208	127	130	181	719	81	860
Trastorno obsesivo-compulsivo	191	349	257	275	277	172	837	62	765
Trastorno de pánico	186	428	322	248	239	363	1 494	124	1 680
Insomnio (primario)	35	161	348	119	158	118	861	130	595
Migraña	136	421	742	258	236	340	1 727	151	1 781
Trastornos de los órganos sensoriales	2 108	5 016	2 465	1 589	2 166	6 151	16 217	809	17 655
Glaucoma	216	512	107	91	102	209	195	16	1 207
Catarata	570	1 873	112	149	167	3 479	7 562	29	4 581
Pérdida de visión, relacionada con la edad o de otro tipo	757	1 127	390	588	633	813	1 418	141	5 755
Pérdida de audición, aparición en el adulto	564	1 497	1 855	760	1 261	1 648	7 029	623	6 109
Enfermedades cardiovasculares	2 952	9 115	8 847	8 172	16 815	6 576	36 411	2 472	29 868
Cardiopatía reumática	101	476	71	123	202	242	2 376	18	1 594
Cardiopatía hipertensiva	254	642	307	522	358	518	1 138	37	2 209
Cardiopatía isquémica	1 376	3 956	3 572	3 380	8 511	2 804	17 930	737	6 732
Afección cerebrovascular	576	1 954	2 656	2 518	5 540	1 681	8 714	1 225	16 048
Cardiopatía inflamatoria	133	423	265	360	651	173	1 338	72	678

Cuadro 3. Carga de morbilidad expresada como AVAD por causas, sexo y estratos de mortalidad en las regiones de la OMS,^a estimaciones para 2002Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;^b no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Causa ^d	SEXO ^c						ÁFRICA		LAS AMÉRICAS		
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad		
	Alta en niños, alta en adultos	Alta en niños, muy alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos						
Población (000)	6 224 985		3 131 052		3 093 933		311 273	360 965	333 580	445 161	73 810
	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
Enfermedades respiratorias	55 060	3,7	30 198	3,9	24 862	3,5	2 505	2 978	3 239	4 062	668
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	27 708	1,9	15 275	2,0	12 433	1,7	514	668	1 743	1 420	195
Asma	15 325	1,0	8 233	1,1	7 092	1,0	952	1 260	792	1 576	278
Enfermedades digestivas	46 300	3,1	25 279	3,3	21 022	2,9	2 377	2 727	1 589	3 313	645
Úlcera gastroduodenal	4 644	0,3	2 938	0,4	1 706	0,2	151	176	52	136	37
Cirrosis hepática	13 909	0,9	8 587	1,1	5 322	0,7	447	510	485	1 099	206
Apendicitis	393	0,0	227	0,0	166	0,0	23	26	15	39	16
Enfermedades del sistema genitourinario	15 214	1,0	8 577	1,1	6 637	0,9	986	1 101	631	1 091	244
Nefritis/nefrosis	8 390	0,6	4 441	0,6	3 948	0,6	620	681	265	496	148
Hipertrofia benigna de la próstata	2 460	0,2	2 460	0,3	...	...	113	126	88	210	29
Enfermedades de la piel	3 749	0,3	1 854	0,2	1 895	0,3	395	452	79	323	68
Enfermedades musculoesqueléticas	30 168	2,0	13 242	1,7	16 926	2,4	1 080	1 151	1 751	2 223	311
Artritis reumatoide	4 867	0,3	1 385	0,2	3 482	0,5	133	143	332	550	86
Artrosis	14 861	1,0	5 797	0,7	9 065	1,3	595	641	860	857	102
Malformaciones congénitas	27 402	1,8	14 142	1,8	13 260	1,9	1 384	2 072	682	2 277	364
Enfermedades bucodentales	7 372	0,5	3 618	0,5	3 754	0,5	269	311	308	824	150
Caries dental	4 769	0,3	2 414	0,3	2 355	0,3	186	216	183	715	132
Periodontopatías	302	0,0	152	0,0	150	0,0	15	17	13	21	3
Pérdida de dientes	2 185	0,1	1 015	0,1	1 170	0,2	64	72	109	80	13
III. Traumatismos	182 591	12,2	120 418	15,5	62 172	8,7	14 974	16 034	4 545	13 429	1 889
Accidentales	133 468	8,9	84 434	10,9	49 033	6,8	11 621	9 918	3 133	6 810	1 451
Traumatismos por accidentes de tráfico	38 660	2,6	27 218	3,5	11 441	1,6	3 654	3 537	1 368	2 579	348
Intoxicaciones	7 519	0,5	4 928	0,6	2 591	0,4	577	490	333	64	16
Caidas	16 232	1,1	9 956	1,3	6 276	0,9	612	456	371	645	131
Incendios	11 481	0,8	4 609	0,6	6 872	1,0	1 090	897	100	132	37
Ahogamiento	10 893	0,7	7 502	1,0	3 391	0,5	1 065	853	116	455	81
Otras lesiones accidentales	48 682	3,3	30 221	3,9	18 461	2,6	4 623	3 686	844	2 936	838
Intencionados	49 123	3,3	35 984	4,6	13 139	1,8	3 353	6 116	1 412	6 619	437
Autolesiones	20 836	1,4	12 403	1,6	8 432	1,2	391	505	772	652	77
Actos violentos	21 427	1,4	17 499	2,3	3 928	0,5	2 343	2 952	629	5 659	358
Guerra	6 505	0,4	5 792	0,7	713	0,1	619	2 659	1	283	2

^a Véase la lista de Estados Miembros por regiones de la OMS y estratos de mortalidad.^b Respecto a las fuentes y los métodos, véanse las notas explicativas.^c Los totales mundiales incluyen las poblaciones residuales que viven en territorios y áreas de ultramar, o fuera de cualquiera de los Estados Miembros de la OMS.^d La suma de las estimaciones para causas específicas no coincide necesariamente con la cifra correspondiente al grupo general de causas considerado, ya que se han omitido las categorías residuales.^e No incluye las defunciones por cáncer hepático y cirrosis debidas a infección crónica por virus de la hepatitis.

... Datos no disponibles, o no aplicable.

Causa ^d	MEDITERRÁNEO ORIENTAL		EUROPA			ASIA SUDORIENTAL		PACÍFICO OCCIDENTAL	
	Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad	
	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos
Población (000)	142 528	360 296	415 323	222 846	239 717	298 234	1 292 598	155 400	1 562 136
	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
Enfermedades respiratorias	840	2 877	3 407	1 552	1 718	2 620	13 010	1 034	14 469
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	346	989	1 745	674	1 001	1 420	6 740	403	9 820
Asma	280	1 006	700	358	288	614	3 821	365	3 007
Enfermedades digestivas	687	3 353	2 415	1 903	2 905	2 534	11 671	650	9 448
Úlceras gastroduodenales	34	230	129	149	227	229	1 809	33	1 249
Cirrosis hepática	124	1 021	909	651	1 108	666	3 676	174	2 814
Apendicitis	6	16	16	10	20	18	94	5	89
Enfermedades del sistema genitourinario	375	1 175	547	540	638	905	3 180	220	3 529
Nefritis/nefrosis	112	785	197	261	205	549	1 984	95	1 978
Hipertrofia benigna de la próstata	59	138	123	65	75	125	539	51	714
Enfermedades de la piel	67	270	90	67	174	332	745	21	659
Enfermedades musculoesqueléticas	518	1 278	2 197	1 513	1 925	1 593	5 334	877	8 359
Artritis reumatoide	101	228	427	277	345	122	880	142	1 090
Artrosis	216	548	1 187	828	1 073	893	2 302	526	4 208
Malformaciones congénitas	942	3 464	553	686	707	1 170	7 540	204	5 294
Enfermedades bucodentales	312	583	378	311	315	517	1 590	142	1 341
Caries dental	197	382	201	194	163	253	1 088	75	771
Periodontopatías	5	19	17	11	13	15	100	6	47
Pérdida de dientes	106	174	157	105	138	239	376	59	488
III. Traumatismos	4 763	12 714	4 073	4 062	13 180	8 217	47 330	1 656	35 347
Accidentales	4 214	9 768	3 036	3 127	8 716	5 866	37 872	947	26 732
Traumatismos por accidentes de tráfico	1 836	2 732	1 227	643	1 747	2 415	7 601	302	8 595
Intoxicaciones	74	266	126	126	2 004	156	1 668	36	1 572
Caidas	509	1 212	615	482	971	669	5 037	176	4 316
Incendios	292	1 091	57	153	439	459	6 095	25	603
Ahogamiento	154	651	73	167	706	397	2 343	63	3 751
Otras lesiones accidentales	1 350	3 815	937	1 558	2 848	1 770	15 128	345	7 895
Intencionados	549	2 946	1 037	935	4 464	2 351	9 459	709	8 614
Autolesiones	261	749	889	533	1 981	961	6 230	668	6 152
Actos violentos	244	1 031	134	256	1 876	936	2 644	38	2 260
Guerra	26	1 115	14	130	605	437	437	2	139

Cuadro 4. Esperanza de vida sana (EVAS) en todos los Estados Miembros, estimaciones para 2002

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;^a no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	Esperanza de vida sana (EVAS) (años)									Pérdida previsible de vida sana al nacer (años)		Porcentaje de pérdida de esperanza de vida total	
	Población total Al nacer	Hombres				Mujeres				Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
		Al nacer	Intervalo de incertidumbre	A los 60 años	Intervalo de incertidumbre	Al nacer	Intervalo de incertidumbre	A los 60 años	Intervalo de incertidumbre				
1 Afganistán	35,5	35,3	26,7 - 40,4	8,6	8,0 - 9,1	35,8	26,3 - 43,5	9,5	9,0 - 10,2	6,6	7,7	15,8	17,7
2 Albania	61,4	59,5	58,0 - 60,8	10,5	9,6 - 11,2	63,3	61,7 - 63,9	13,9	13,1 - 14,6	7,8	10,8	11,6	14,6
3 Alemania	71,8	69,6	68,9 - 70,4	15,9	15,6 - 16,2	74,0	73,4 - 74,8	19,0	18,8 - 19,3	5,9	7,6	7,8	9,3
4 Andorra	72,2	69,8	68,5 - 70,7	16,6	15,9 - 16,9	74,6	73,7 - 75,5	19,9	19,4 - 20,3	7,0	9,1	9,2	10,8
5 Angola	33,4	31,6	25,0 - 36,4	8,1	7,6 - 8,7	35,1	28,1 - 42,1	9,6	9,2 - 10,6	6,3	6,9	16,6	16,4
6 Antigua y Barbuda	61,9	60,1	58,6 - 61,7	11,6	11,3 - 12,0	63,6	62,4 - 65,3	13,8	13,4 - 14,3	8,9	10,3	12,8	13,9
7 Arabia Saudita	61,4	59,8	56,5 - 63,1	11,2	10,2 - 12,5	62,9	60,7 - 65,2	13,0	12,2 - 13,9	8,6	11,0	12,6	14,9
8 Argelia	60,6	59,7	58,2 - 61,1	12,5	12,2 - 12,8	61,6	60,4 - 63,2	13,3	12,9 - 13,6	7,9	9,6	11,7	13,5
9 Argentina	65,3	62,5	61,8 - 63,2	13,0	12,8 - 13,2	68,1	67,5 - 68,8	16,5	16,3 - 16,7	8,3	10,0	11,7	12,8
10 Armenia	61,0	59,4	58,3 - 60,5	10,9	10,5 - 11,3	62,6	61,1 - 63,1	13,3	12,3 - 13,8	7,6	10,4	11,3	14,2
11 Australia	72,6	70,9	70,2 - 71,4	16,9	16,6 - 17,1	74,3	73,7 - 75,1	19,5	19,2 - 19,8	7,0	8,7	9,0	10,4
12 Austria	71,4	69,3	68,6 - 70,0	16,2	16,0 - 16,5	73,5	72,9 - 74,3	19,3	19,0 - 19,6	7,1	8,6	9,3	10,5
13 Azerbaiyán	57,2	55,8	54,5 - 57,2	10,6	10,3 - 10,9	58,7	57,0 - 59,4	12,4	11,8 - 12,9	7,2	10,0	11,4	14,6
14 Bahamas	63,3	60,9	59,6 - 62,0	13,3	13,0 - 13,7	65,7	64,6 - 66,9	15,6	15,0 - 16,3	8,1	9,5	11,7	12,6
15 Bahrein	64,3	64,2	63,2 - 65,5	11,5	10,6 - 12,7	64,4	63,6 - 65,8	11,6	11,1 - 12,6	7,9	10,1	10,9	13,6
16 Bangladesh	54,3	55,3	54,0 - 56,7	11,1	10,8 - 11,5	53,3	52,2 - 54,7	11,1	10,8 - 11,4	7,3	9,3	11,7	14,8
17 Barbados	65,6	62,9	61,9 - 64,1	13,1	12,8 - 13,5	68,2	67,0 - 69,5	16,6	16,1 - 17,2	7,6	9,8	10,7	12,5
18 Belarús	60,7	56,6	55,7 - 57,5	10,5	10,1 - 10,9	64,9	63,6 - 65,5	14,6	14,3 - 14,9	6,1	9,4	9,7	12,6
19 Bélgica	71,1	68,9	68,3 - 69,5	15,7	15,4 - 15,9	73,3	72,8 - 74,1	19,1	18,9 - 19,4	6,3	8,2	8,3	10,1
20 Belice	60,3	58,4	57,0 - 59,8	11,5	11,2 - 11,8	62,2	61,2 - 63,4	13,3	13,0 - 13,6	9,0	10,2	13,3	14,1
21 Benin	44,0	43,4	37,6 - 48,5	9,7	8,8 - 10,8	44,5	37,4 - 50,9	10,4	9,5 - 11,6	6,6	7,9	13,3	15,0
22 Bhután	52,9	52,9	46,3 - 58,8	10,8	9,6 - 12,6	52,9	45,5 - 57,5	11,3	10,0 - 12,3	7,3	9,5	12,1	15,2
23 Bolivia	54,4	53,6	47,5 - 59,2	10,9	9,5 - 12,6	55,2	47,8 - 59,6	12,1	10,6 - 13,3	8,2	9,4	13,2	14,6
24 Bosnia y Herzegovina	64,3	62,3	60,8 - 63,9	12,4	12,0 - 13,0	66,4	64,7 - 67,2	15,4	15,0 - 16,0	7,0	10,0	10,2	13,1
25 Botswana	35,7	36,0	34,4 - 40,0	10,9	10,7 - 13,0	35,4	33,9 - 39,5	11,9	11,7 - 13,5	4,2	5,2	10,4	12,9
26 Brasil	59,8	57,2	56,3 - 58,0	11,6	11,4 - 11,8	62,4	61,7 - 63,3	13,7	13,4 - 13,9	8,5	9,8	13,0	13,6
27 Brunei Darussalam	65,3	65,1	63,8 - 66,4	13,1	12,5 - 13,8	65,5	64,7 - 66,6	13,3	13,0 - 13,7	9,7	11,9	13,0	15,4
28 Bulgaria	64,6	62,5	61,6 - 63,3	12,4	12,1 - 12,7	66,8	66,0 - 67,7	14,9	14,6 - 15,3	6,2	8,5	9,1	11,3
29 Burkina Faso	35,6	34,9	30,3 - 40,3	8,6	8,1 - 9,7	36,3	30,2 - 42,4	9,7	9,2 - 10,8	5,6	6,3	13,9	14,8
30 Burundi	35,1	33,4	29,3 - 38,8	8,6	7,9 - 10,0	36,8	32,0 - 43,9	10,4	9,5 - 12,0	5,3	6,2	13,7	14,4
31 Cabo Verde	60,8	58,8	55,1 - 62,6	11,8	10,7 - 13,1	62,9	60,5 - 65,5	13,4	12,5 - 14,3	7,9	10,0	11,8	13,7
32 Camboya	47,5	45,6	39,5 - 49,9	9,7	8,7 - 10,7	49,5	42,5 - 54,0	11,0	10,0 - 12,0	6,3	7,6	12,1	13,3
33 Camerún	41,5	41,1	36,8 - 47,2	9,7	8,9 - 11,6	41,8	36,3 - 48,4	10,4	9,6 - 12,0	6,0	7,3	12,8	14,8
34 Canadá	72,0	70,1	69,5 - 70,7	16,1	15,8 - 16,3	74,0	73,4 - 74,6	19,3	19,0 - 19,5	7,1	8,3	9,2	10,0
35 Chad	40,7	39,7	33,2 - 45,2	9,2	8,5 - 10,2	41,7	35,1 - 48,5	10,0	9,3 - 11,2	6,4	7,6	13,9	15,5
36 Chile	67,3	64,9	64,2 - 65,7	13,9	13,5 - 14,3	69,7	69,2 - 70,5	16,8	16,6 - 17,1	8,5	10,3	11,5	12,9
37 China	64,1	63,1	62,2 - 63,9	13,1	12,9 - 13,4	65,2	64,3 - 66,2	14,7	14,4 - 15,0	6,5	7,6	9,3	10,4
38 Chipre	67,6	66,7	65,9 - 67,5	14,2	13,8 - 14,6	68,5	67,1 - 70,0	15,0	14,1 - 16,0	8,8	10,6	11,7	13,4
39 Colombia	62,0	57,8	57,7 - 59,1	12,6	12,4 - 12,8	66,3	65,6 - 67,4	15,4	15,0 - 15,8	9,7	10,0	14,4	13,1
40 Comoras	54,6	53,9	47,3 - 59,4	10,8	9,4 - 12,6	55,3	48,2 - 60,0	11,5	10,1 - 12,6	7,8	9,6	12,6	14,8
41 Congo	46,3	45,3	39,9 - 51,7	10,4	9,3 - 12,6	47,3	41,4 - 53,7	11,5	10,4 - 13,6	6,3	7,2	12,2	13,2
42 Costa Rica	67,2	65,2	64,4 - 66,0	14,4	13,7 - 15,1	69,3	68,6 - 70,0	16,7	16,1 - 17,3	9,5	10,3	12,8	12,9
43 Côte d'Ivoire	39,5	37,6	32,6 - 44,2	9,5	8,8 - 11,1	41,3	36,2 - 47,7	10,7	9,9 - 12,4	5,4	6,7	12,6	13,9
44 Croacia	66,6	63,8	63,2 - 64,6	12,5	12,4 - 12,9	69,3	68,4 - 70,0	16,1	15,5 - 16,2	7,2	9,3	10,1	11,8
45 Cuba	68,3	67,1	66,1 - 67,9	15,2	14,8 - 15,4	69,5	68,8 - 70,3	16,7	16,4 - 16,9	7,9	9,8	10,5	12,4
46 Dinamarca	69,8	68,6	68,0 - 69,1	15,2	15,0 - 15,4	71,1	70,6 - 71,8	17,2	16,9 - 17,4	6,3	8,4	8,4	10,5
47 Djibouti	42,9	42,5	37,8 - 48,9	9,8	9,0 - 11,7	43,2	37,7 - 49,7	10,6	9,6 - 12,2	6,1	7,4	12,6	14,7
48 Dominica	63,7	61,9	60,5 - 63,1	13,8	13,4 - 14,1	65,6	64,3 - 67,2	15,3	14,9 - 15,7	9,1	10,2	12,9	13,5
49 Ecuador	61,9	59,8	58,9 - 60,6	13,2	13,0 - 13,5	64,1	63,3 - 65,1	15,2	14,9 - 15,4	8,1	9,4	11,9	12,8
50 Egipto	59,0	57,8	57,0 - 58,2	9,9	9,7 - 10,1	60,2	59,6 - 60,9	11,3	11,0 - 11,4	7,4	8,8	11,4	12,8

Estado Miembro	Esperanza de vida sana (EVAS) (años)									Pérdida previsible de vida sana al nacer (años)		Porcentaje de pérdida de esperanza de vida total		
	Población total	Hombres				Mujeres				Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
		Al nacer	Intervalo de incertidumbre	A los 60 años	Intervalo de incertidumbre	Al nacer	Intervalo de incertidumbre	A los 60 años	Intervalo de incertidumbre					
51	El Salvador	59,7	57,2	55,9 - 58,5	12,6	12,4 - 12,9	62,3	61,5 - 63,3	14,1	13,8 - 14,3	9,3	10,4	14,0	14,3
52	Emiratos Árabes Unidos	63,9	63,5	62,6 - 64,0	12,0	11,8 - 12,2	64,2	63,6 - 65,0	12,5	12,3 - 12,7	7,8	10,9	10,9	14,5
53	Eritrea	50,0	49,3	39,0 - 53,3	10,6	8,9 - 12,0	50,8	43,7 - 56,4	11,3	9,9 - 12,7	6,5	8,6	11,7	14,5
54	Eslovaquia	66,2	63,0	62,3 - 63,8	12,3	12,1 - 12,5	69,4	68,7 - 70,2	16,1	15,9 - 16,4	6,7	8,9	9,6	11,4
55	Eslovenia	69,5	66,6	65,8 - 67,4	14,3	14,0 - 14,5	72,3	71,6 - 73,1	18,1	17,8 - 18,3	6,1	8,2	8,4	10,2
56	España	72,6	69,9	69,1 - 70,7	16,4	16,1 - 16,8	75,3	74,6 - 76,1	19,9	19,6 - 20,2	6,2	7,7	8,2	9,3
57	Estados Unidos de América	69,3	67,2	66,6 - 67,8	15,3	15,0 - 15,5	71,3	70,8 - 72,0	17,9	17,7 - 18,1	7,4	8,5	9,9	10,7
58	Estonia	64,1	59,2	58,6 - 59,8	11,9	11,4 - 12,2	69,0	67,5 - 70,5	16,5	16,3 - 16,9	6,0	8,1	9,2	10,5
59	Etiopía	41,2	40,7	34,6 - 46,7	9,7	8,9 - 11,0	41,7	35,6 - 48,2	10,2	9,5 - 11,6	6,1	7,7	13,0	15,6
60	Ex República Yugoslava de Macedonia	63,4	61,9	61,0 - 62,8	12,2	11,9 - 12,7	65,0	63,7 - 65,6	14,0	13,6 - 14,5	7,2	10,2	10,4	13,5
61	Federación de Rusia	58,6	52,8	51,9 - 54,0	10,1	7,0 - 13,2	64,3	63,6 - 65,4	14,2	13,9 - 14,4	5,6	7,8	9,6	10,8
62	Fiji	58,8	56,9	56,4 - 58,6	10,4	10,1 - 10,7	60,6	60,1 - 62,4	11,9	11,5 - 12,4	7,7	9,7	12,0	13,8
63	Filipinas	59,3	57,1	56,2 - 58,1	10,6	10,4 - 10,8	61,5	60,6 - 62,6	12,1	11,9 - 12,4	8,0	10,2	12,4	14,3
64	Finlandia	71,1	68,7	68,0 - 69,3	15,7	15,4 - 15,9	73,5	72,7 - 74,1	18,9	18,5 - 19,1	6,1	8,0	8,1	9,9
65	Francia	72,0	69,3	68,6 - 70,0	16,5	16,2 - 16,8	74,7	74,0 - 75,4	20,3	20,0 - 20,6	6,6	8,8	8,7	10,6
66	Gabón	51,4	50,2	44,5 - 56,4	10,6	9,4 - 12,7	52,6	45,9 - 58,6	11,6	10,2 - 13,5	7,1	8,8	12,4	14,3
67	Gambia	49,5	48,5	42,0 - 54,1	10,4	9,3 - 11,7	50,5	43,1 - 56,2	11,2	10,1 - 12,4	6,9	8,4	12,5	14,2
68	Georgia	64,4	62,2	61,1 - 63,3	12,6	12,3 - 13,0	66,6	64,8 - 67,7	14,6	13,3 - 15,1	6,2	8,4	9,1	11,2
69	Ghana	49,8	49,2	43,3 - 55,8	10,5	9,3 - 12,4	50,3	43,8 - 56,3	11,2	10,0 - 12,8	7,2	8,5	12,7	14,4
70	Granada	59,2	58,4	57,0 - 59,7	11,1	10,8 - 11,5	60,0	58,8 - 61,3	12,6	12,3 - 12,9	7,5	8,9	11,4	12,9
71	Grecia	71,0	69,1	68,4 - 69,7	16,0	15,8 - 16,3	72,9	72,3 - 73,8	18,1	17,7 - 18,4	6,7	8,1	8,9	10,0
72	Guatemala	57,4	54,9	53,6 - 56,2	12,3	11,9 - 12,7	59,9	58,6 - 61,4	13,3	13,0 - 13,6	8,2	9,1	13,0	13,2
73	Guinea	44,8	43,9	38,2 - 49,0	9,6	8,7 - 10,7	45,6	38,9 - 51,7	10,5	9,6 - 11,6	7,0	8,2	13,7	15,2
74	Guinea-Bissau	40,5	39,6	33,1 - 44,1	9,2	8,5 - 10,0	41,5	34,3 - 48,0	10,1	9,4 - 11,0	6,1	7,2	13,4	14,7
75	Guinea Ecuatorial	45,5	44,7	38,7 - 50,3	9,7	8,8 - 10,9	46,3	39,7 - 52,2	10,5	9,7 - 11,7	7,2	8,5	13,9	15,5
76	Guyana	55,2	53,1	50,6 - 55,9	10,2	9,9 - 10,6	57,2	54,6 - 59,9	12,2	11,8 - 12,7	8,4	9,7	13,6	14,5
77	Haití	43,8	43,5	38,1 - 48,7	10,3	9,2 - 11,9	44,1	37,9 - 49,1	11,7	10,5 - 12,9	5,6	6,9	11,4	13,6
78	Honduras	58,4	56,3	53,1 - 59,2	11,4	10,4 - 12,6	60,5	58,1 - 62,9	13,1	12,3 - 14,0	7,9	9,9	12,4	14,0
79	Hungría	64,9	61,5	60,9 - 62,2	12,2	12,0 - 12,3	68,2	67,6 - 69,0	15,9	15,7 - 16,2	6,9	8,6	10,0	11,2
80	India	53,5	53,3	52,5 - 54,1	10,8	10,6 - 11,0	53,6	52,7 - 54,6	11,4	11,0 - 11,8	6,8	8,4	11,3	13,6
81	Indonesia	58,1	57,4	56,6 - 58,4	10,7	10,5 - 11,0	58,9	58,1 - 59,9	11,5	11,3 - 11,8	7,5	9,1	11,5	13,4
82	Irán, República Islámica del	57,6	56,1	54,9 - 57,3	10,4	10,2 - 10,7	59,1	58,2 - 60,5	11,9	11,6 - 12,2	10,4	12,5	15,7	17,5
83	Iraq	50,1	48,8	47,0 - 50,4	9,2	8,9 - 9,5	51,5	50,1 - 53,4	10,6	10,3 - 10,9	10,3	11,6	17,5	18,4
84	Irlanda	69,8	68,1	67,3 - 68,9	14,8	14,4 - 15,2	71,5	70,8 - 72,3	17,5	17,2 - 17,8	6,3	8,2	8,5	10,3
85	Islandia	72,8	72,1	71,2 - 72,9	17,5	17,1 - 17,9	73,6	72,7 - 74,2	18,7	18,2 - 18,9	6,3	8,2	8,1	10,0
86	Islas Cook	61,6	60,6	58,9 - 61,2	11,5	11,0 - 12,0	62,7	61,7 - 63,8	12,6	12,1 - 12,7	8,6	11,5	12,5	15,5
87	Islas Marshall	54,8	53,9	52,3 - 55,7	9,8	9,6 - 10,1	55,7	54,4 - 57,3	10,7	10,4 - 10,9	7,2	8,9	11,7	13,8
88	Islas Salomón	56,2	55,4	53,4 - 57,6	10,9	10,5 - 11,4	57,1	55,7 - 58,8	11,6	11,2 - 11,9	8,3	10,3	13,0	15,3
89	Israel	71,4	70,5	69,4 - 71,2	16,8	16,4 - 17,2	72,3	71,6 - 73,1	18,2	17,6 - 18,8	6,9	9,0	8,9	11,1
90	Italia	72,7	70,7	70,0 - 71,5	16,4	16,0 - 16,7	74,7	74,0 - 75,5	19,4	19,1 - 19,8	6,0	7,8	7,8	9,5
91	Jamahiriyá Árabe Libia	63,7	62,3	59,1 - 65,2	12,0	10,9 - 13,3	65,0	63,2 - 67,2	13,8	13,0 - 14,7	8,1	10,5	11,5	13,9
92	Jamaica	65,1	64,2	62,8 - 65,6	13,0	12,6 - 13,5	65,9	64,9 - 67,2	14,5	14,1 - 14,9	6,9	8,6	9,7	11,5
93	Japón	75,0	72,3	71,5 - 73,1	17,5	17,2 - 17,8	77,7	76,9 - 78,1	21,7	21,4 - 22,0	6,1	7,5	7,8	8,8
94	Jordania	61,0	59,7	58,2 - 60,3	11,1	10,8 - 11,4	62,3	61,4 - 63,0	12,9	12,5 - 13,1	9,0	10,9	13,1	14,9
95	Kazajstán	55,9	52,6	51,6 - 53,7	9,7	8,1 - 12,0	59,3	58,0 - 60,0	12,5	12,2 - 12,8	6,1	9,6	10,4	13,9
96	Kenya	44,4	44,1	39,8 - 51,2	10,7	9,5 - 13,2	44,8	39,9 - 51,6	11,5	10,3 - 13,5	5,7	7,1	11,5	13,7
97	Kirguistán	55,3	52,2	51,2 - 53,3	9,8	9,4 - 10,2	58,4	56,9 - 59,1	12,6	12,3 - 12,9	8,2	10,6	13,5	15,3
98	Kiribati	54,0	52,3	51,1 - 53,4	11,5	11,2 - 11,9	55,6	54,7 - 57,0	11,6	11,3 - 11,9	9,5	11,0	15,4	16,5
99	Kuwait	67,0	67,4	66,3 - 68,7	14,2	13,3 - 15,1	66,6	65,0 - 68,4	13,6	12,3 - 14,8	8,4	10,2	11,1	13,3
100	Lesotho	31,4	29,6	27,1 - 35,2	9,9	9,3 - 12,9	33,2	29,9 - 40,0	11,0	10,1 - 13,4	3,3	5,0	10,1	13,1

Cuadro 4. Esperanza de vida sana (EVAS) en todos los Estados Miembros, estimaciones para 2002

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;^a no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	Esperanza de vida sana (EVAS) (años)									Pérdida previsible de vida sana al nacer (años)		Porcentaje de pérdida de esperanza de vida total		
	Población total Al nacer	Hombres				Mujeres				Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
		Al nacer	Intervalo de incertidumbre	A los 60 años	Intervalo de incertidumbre	Al nacer	Intervalo de incertidumbre	A los 60 años	Intervalo de incertidumbre					
101	Letonia	62,8	58,0	57,2 - 59,2	11,3	10,9 - 11,7	67,5	66,7 - 68,5	15,7	15,5 - 16,1	6,6	8,3	10,2	10,9
102	Libano	60,4	59,2	57,9 - 60,4	11,3	10,9 - 11,6	61,6	60,7 - 62,9	12,6	12,3 - 13,0	8,4	10,4	12,5	14,5
103	Liberia	35,3	33,6	27,4 - 38,7	7,9	7,3 - 8,6	37,0	29,8 - 43,2	9,7	9,2 - 10,7	6,5	6,7	16,1	15,4
104	Lituania	63,3	58,9	58,1 - 60,1	12,0	11,8 - 12,3	67,7	67,0 - 68,6	16,2	15,9 - 16,5	7,2	9,9	10,9	12,8
105	Luxemburgo	71,5	69,3	68,6 - 69,9	16,0	15,7 - 16,3	73,7	73,1 - 74,7	19,2	18,9 - 19,6	6,4	8,0	8,4	9,8
106	Madagascar	48,6	47,3	40,8 - 52,3	10,1	9,1 - 11,1	49,9	42,5 - 54,8	11,1	10,0 - 12,0	7,2	8,4	13,1	14,4
107	Malasia	63,2	61,6	60,8 - 62,5	10,9	10,7 - 11,1	64,8	64,1 - 65,6	12,0	11,8 - 12,3	8,0	10,0	11,4	13,3
108	Malawi	34,9	35,0	31,6 - 40,5	9,7	9,0 - 11,4	34,8	30,8 - 40,7	10,4	9,7 - 11,9	4,8	5,8	12,1	14,3
109	Maldivas	57,8	59,0	58,1 - 60,5	10,5	10,3 - 10,7	56,6	55,7 - 57,7	9,4	9,2 - 9,6	7,5	9,0	11,3	13,8
110	Malí	37,9	37,5	31,0 - 42,0	8,8	8,2 - 9,4	38,3	31,4 - 44,7	9,5	8,9 - 10,3	6,4	7,4	14,6	16,1
111	Malta	71,0	69,7	68,9 - 70,5	15,3	14,8 - 15,7	72,3	71,4 - 73,4	17,6	17,0 - 18,3	6,2	8,0	8,1	10,0
112	Marruecos	60,2	59,5	58,2 - 60,7	11,4	11,0 - 11,8	60,9	59,9 - 62,2	12,7	12,3 - 13,1	9,4	11,9	13,6	16,4
113	Mauricio	62,4	60,3	59,2 - 61,3	11,7	11,4 - 12,0	64,6	63,8 - 65,6	13,8	13,6 - 14,1	8,1	10,9	11,9	14,5
114	Mauritania	44,5	42,8	36,0 - 47,5	9,5	8,6 - 10,2	46,3	38,4 - 51,4	10,5	9,7 - 11,4	6,9	8,2	14,0	15,1
115	México	65,5	63,4	62,6 - 64,1	14,5	14,2 - 14,8	67,6	67,0 - 68,4	16,3	16,0 - 16,5	8,4	9,3	11,6	12,1
116	Micronesia, Estados Federados de	57,7	57,0	55,2 - 59,0	10,9	10,6 - 11,3	58,4	56,6 - 60,4	11,5	11,2 - 11,9	7,9	9,6	12,2	14,2
117	Mónaco	72,9	70,7	70,0 - 71,4	17,3	17,1 - 17,6	75,2	74,4 - 76,0	20,5	20,1 - 20,9	7,1	9,3	9,1	11,0
118	Mongolia	55,6	53,3	52,4 - 54,4	10,2	10,0 - 10,4	58,0	57,1 - 58,9	12,4	12,2 - 12,6	6,8	8,0	11,3	12,1
119	Mozambique	36,9	36,3	29,5 - 39,2	9,8	9,0 - 11,1	37,5	30,1 - 41,3	10,4	9,7 - 11,7	4,9	6,4	11,9	14,5
120	Myanmar	51,7	49,9	43,2 - 55,9	10,1	9,1 - 11,6	53,5	45,5 - 58,8	11,3	10,0 - 12,5	6,3	8,4	11,2	13,5
121	Namibia	43,3	42,9	39,8 - 49,1	11,2	9,9 - 14,8	43,8	39,2 - 49,7	12,1	10,6 - 14,8	5,2	6,7	10,8	13,3
122	Nauru	55,1	52,7	49,6 - 56,2	8,7	8,1 - 9,6	57,5	55,0 - 60,5	10,5	10,0 - 11,4	6,9	9,0	11,6	13,5
123	Nepal	51,8	52,5	51,3 - 53,6	10,5	10,3 - 10,8	51,1	50,2 - 52,3	10,8	10,5 - 11,0	7,4	9,1	12,4	15,1
124	Nicaragua	61,4	59,7	58,4 - 60,3	13,0	12,8 - 13,3	63,1	61,9 - 64,0	14,5	14,3 - 14,9	8,2	9,3	12,0	12,9
125	Níger	35,5	35,8	26,8 - 41,3	8,5	7,9 - 9,2	35,2	26,2 - 42,5	9,3	8,9 - 10,0	6,8	7,5	15,9	17,5
126	Nigeria	41,5	41,3	35,2 - 45,6	9,3	8,5 - 10,4	41,8	34,9 - 47,7	10,0	9,3 - 11,2	6,8	7,8	14,1	15,6
127	Niue	60,4	58,9	55,7 - 61,4	11,6	10,5 - 12,7	62,0	59,9 - 64,3	12,8	12,0 - 13,6	8,6	11,3	12,8	15,5
128	Noruega	72,0	70,4	69,5 - 71,3	16,2	15,7 - 16,6	73,6	72,8 - 74,4	18,9	18,5 - 19,1	5,9	8,1	7,8	9,9
129	Nueva Zelandia	70,8	69,5	68,8 - 70,2	16,0	15,7 - 16,3	72,2	71,5 - 73,0	18,2	17,8 - 18,5	7,2	9,0	9,3	11,1
130	Omán	64,0	62,7	59,9 - 65,3	11,9	10,7 - 13,1	65,3	63,4 - 67,1	13,7	12,9 - 14,6	8,3	11,1	11,8	14,5
131	Países Bajos	71,2	69,7	69,1 - 70,4	15,5	15,2 - 15,8	72,6	72,0 - 73,4	18,4	18,1 - 18,7	6,3	8,5	8,3	10,4
132	Pakistán	53,3	54,2	52,5 - 56,0	11,4	11,0 - 11,7	52,3	50,7 - 54,4	11,4	11,1 - 11,7	6,9	9,3	11,3	15,0
133	Palau	59,6	58,7	57,9 - 59,7	10,2	10,0 - 10,4	60,5	59,6 - 61,7	12,0	11,8 - 12,4	7,7	10,4	11,5	14,7
134	Panamá	66,2	64,3	63,2 - 65,4	14,9	14,5 - 15,4	68,0	67,2 - 69,2	16,8	16,4 - 17,2	8,5	10,2	11,7	13,0
135	Papua Nueva Guinea	51,9	51,4	49,7 - 53,6	10,1	9,8 - 10,3	52,4	50,9 - 54,4	10,6	10,3 - 10,9	7,0	9,1	12,0	14,8
136	Paraguay	61,9	59,6	58,5 - 60,6	11,7	11,2 - 12,0	64,2	63,3 - 65,1	14,6	14,1 - 14,7	9,1	10,5	13,2	14,0
137	Perú	61,0	59,6	58,4 - 60,7	12,7	12,4 - 13,1	62,4	61,4 - 63,6	14,4	14,1 - 14,7	7,9	9,6	11,7	13,3
138	Polonia	65,8	63,1	62,4 - 63,8	12,8	12,6 - 13,0	68,5	67,9 - 69,2	16,1	15,8 - 16,3	7,5	10,2	10,6	13,0
139	Portugal	69,2	66,7	66,0 - 67,4	14,9	14,7 - 15,2	71,7	71,1 - 72,5	17,7	17,4 - 17,9	6,9	8,8	9,4	10,9
140	Qatar	65,2	66,7	65,6 - 67,6	13,7	13,1 - 14,4	63,8	62,4 - 65,4	11,2	10,2 - 12,3	8,2	10,0	10,9	13,6
141	Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	70,6	69,1	68,5 - 69,9	15,7	15,4 - 16,1	72,1	71,3 - 73,0	18,1	17,7 - 18,4	6,7	8,4	8,8	10,4
142	República Árabe Siria	61,7	60,4	59,3 - 61,5	11,3	11,0 - 11,6	63,1	62,3 - 64,1	12,9	12,6 - 13,2	8,5	10,5	12,3	14,2
143	República Centrafricana	37,4	37,0	32,5 - 42,9	9,6	8,9 - 11,2	37,7	32,5 - 43,6	10,4	9,7 - 11,9	5,1	6,1	12,0	13,8
144	República Checa	68,4	65,9	65,2 - 66,5	13,5	13,3 - 13,7	70,9	70,2 - 71,7	16,8	16,5 - 17,1	6,6	8,1	9,1	10,3
145	República de Corea	67,8	64,8	64,1 - 65,6	13,2	13,0 - 13,5	70,8	70,1 - 71,6	17,1	16,8 - 17,3	6,9	8,6	9,7	10,8
146	República Democrática del Congo	37,1	35,0	29,6 - 39,5	8,6	7,9 - 9,4	39,1	32,6 - 44,4	10,2	9,5 - 11,1	6,0	7,0	14,7	15,1
147	República Democrática Popular Lao	47,0	47,1	44,8 - 49,6	9,6	9,4 - 9,9	47,0	44,7 - 49,5	10,1	9,8 - 10,4	7,0	9,2	12,9	16,4
148	República de Moldova	59,8	57,2	56,2 - 58,2	11,0	10,8 - 11,1	62,4	61,2 - 62,9	13,2	12,9 - 13,4	6,8	9,2	10,6	12,9
149	República Dominicana	59,6	57,2	54,7 - 59,7	11,3	11,1 - 11,6	61,9	60,9 - 63,1	13,7	13,4 - 13,9	7,7	9,6	11,9	13,4
150	República Popular Democrática de Corea	58,8	58,0	50,9 - 64,2	12,1	10,5 - 14,4	59,7	51,6 - 65,7	13,2	11,4 - 14,9	6,4	7,4	10,0	11,0

Estado Miembro	Esperanza de vida sana (EVAS) (años)										Pérdida previsible de vida sana al nacer (años)		Porcentaje de pérdida de esperanza de vida total	
	Población total Al nacer	Hombres				Mujeres				Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
		Al nacer	Intervalo de incertidumbre	A los 60 años	Intervalo de incertidumbre	Al nacer	Intervalo de incertidumbre	A los 60 años	Intervalo de incertidumbre					
151	República Unida de Tanzania	40,4	40,0	38,7 - 41,5	9,6	9,4 - 9,8	40,7	39,6 - 42,3	10,1	9,9 - 10,3	5,5	6,8	12,1	14,3
152	Rumania	63,1	61,0	59,9 - 62,1	12,3	12,1 - 12,6	65,2	64,3 - 66,3	14,6	14,2 - 15,0	7,0	9,7	10,3	13,0
153	Rwanda	38,3	36,4	33,0 - 42,5	9,0	8,3 - 10,4	40,2	35,6 - 47,4	10,5	9,7 - 11,8	5,6	6,6	13,3	14,1
154	Saint Kitts y Nevis	61,5	59,9	59,0 - 61,0	11,9	11,6 - 12,2	63,1	61,9 - 64,3	13,5	13,2 - 13,8	8,7	9,1	12,7	12,7
155	Samoa	59,7	59,2	58,1 - 60,3	10,9	10,7 - 11,2	60,3	59,3 - 61,6	11,6	11,3 - 11,9	7,6	9,4	11,3	13,5
156	San Marino	73,4	70,9	69,4 - 72,3	16,2	15,3 - 17,1	75,9	75,0 - 78,0	19,9	19,5 - 21,6	6,3	8,1	8,2	9,6
157	Santa Lucía	62,7	61,2	60,0 - 62,5	12,5	12,2 - 12,8	64,2	63,0 - 65,7	14,4	14,1 - 14,8	8,6	10,2	12,3	13,7
158	Santo Tomé y Príncipe	54,4	54,2	47,7 - 59,7	11,0	9,6 - 12,7	54,7	46,7 - 59,5	11,4	10,1 - 12,6	7,5	9,0	12,2	14,1
159	San Vicente y las Granadinas	61,0	59,9	58,6 - 61,3	12,6	12,4 - 12,9	62,2	61,0 - 63,6	14,2	13,6 - 14,8	7,9	9,8	11,7	13,6
160	Senegal	48,0	47,1	41,0 - 52,1	9,9	8,9 - 11,1	48,9	41,9 - 54,4	10,7	9,8 - 11,9	7,3	8,4	13,4	14,7
161	Serbia y Montenegro	63,8	62,7	62,0 - 63,5	12,1	11,8 - 12,4	64,9	63,7 - 65,3	13,9	13,7 - 14,2	7,0	10,0	10,1	13,3
162	Seychelles	61,2	57,4	56,4 - 58,4	9,9	9,6 - 10,1	64,9	63,8 - 66,2	14,0	13,6 - 14,5	9,6	12,3	14,3	15,9
163	Sierra Leona	28,6	27,2	19,4 - 32,6	7,8	7,4 - 8,3	29,9	21,7 - 37,7	9,2	8,9 - 10,0	5,1	5,8	15,9	16,2
164	Singapur	70,1	68,8	67,7 - 70,0	14,5	14,0 - 15,1	71,3	70,6 - 72,1	16,3	15,9 - 16,5	8,6	10,4	11,1	12,7
165	Somalia	36,8	36,1	30,5 - 40,4	8,3	7,6 - 9,0	37,5	29,6 - 43,3	9,4	8,9 - 10,2	6,9	8,1	16,1	17,7
166	Sri Lanka	61,6	59,2	57,3 - 61,0	10,5	9,9 - 11,1	64,0	63,0 - 65,1	12,7	12,3 - 13,0	8,0	10,3	11,8	13,9
167	Sudáfrica	44,3	43,3	39,8 - 46,8	10,6	10,0 - 12,0	45,3	39,8 - 50,8	12,1	11,5 - 13,1	5,5	7,3	11,3	13,8
168	Sudán	48,5	47,2	41,8 - 52,7	9,8	8,7 - 11,5	49,9	43,0 - 54,6	10,7	9,5 - 11,8	7,8	9,4	14,1	15,9
169	Suecia	73,3	71,9	71,2 - 72,5	17,1	16,8 - 17,4	74,8	74,0 - 75,5	19,6	19,3 - 19,9	6,2	7,9	7,9	9,5
170	Suiza	73,2	71,1	70,3 - 71,8	17,1	16,7 - 17,5	75,3	74,5 - 76,0	20,4	20,1 - 20,7	6,6	8,1	8,5	9,7
171	Suriname	58,8	56,7	55,3 - 58,3	10,6	10,2 - 11,0	60,8	59,7 - 62,4	12,8	12,3 - 13,2	7,6	10,0	11,8	14,1
172	Swazilandia	34,2	33,2	30,9 - 36,5	10,2	9,1 - 12,1	35,2	31,5 - 38,9	10,9	9,7 - 12,5	3,7	5,2	10,1	12,9
173	Tailandia	60,1	57,7	56,5 - 58,9	12,7	12,4 - 13,0	62,4	61,5 - 63,5	13,2	13,0 - 13,5	8,4	10,2	12,7	14,1
174	Tayikistán	54,7	53,1	51,7 - 55,0	9,5	9,3 - 9,7	56,4	54,5 - 57,6	11,0	10,7 - 11,2	7,9	10,1	13,0	15,2
175	Timor-Leste	49,8	47,9	40,8 - 53,6	10,0	9,0 - 11,2	51,8	43,5 - 56,9	11,1	10,0 - 12,2	6,9	8,7	12,7	14,4
176	Togo	44,6	43,5	38,0 - 48,1	9,8	8,8 - 11,0	45,7	39,6 - 50,6	10,7	9,7 - 11,9	6,5	7,7	12,9	14,3
177	Tonga	61,8	61,9	61,0 - 62,7	11,9	11,7 - 12,1	61,8	61,0 - 62,7	12,0	11,8 - 12,2	8,2	9,6	11,7	13,5
178	Trinidad y Tabago	62,0	59,8	58,8 - 60,8	11,9	11,6 - 12,1	64,2	63,4 - 65,1	14,1	13,9 - 14,4	7,3	8,6	10,8	11,9
179	Túnez	62,5	61,3	60,4 - 62,4	12,0	11,7 - 12,3	63,6	62,7 - 64,8	13,3	13,0 - 13,7	8,2	10,3	11,8	13,9
180	Turkmenistán	54,4	51,6	50,8 - 52,5	9,2	8,9 - 9,5	57,2	55,9 - 57,8	11,5	11,4 - 11,8	7,1	9,7	12,2	14,5
181	Turquía	62,0	61,2	60,3 - 62,2	12,8	12,5 - 13,0	62,8	61,7 - 64,0	14,2	13,8 - 14,6	6,7	9,3	9,8	12,9
182	Tuvalu	53,0	53,0	51,3 - 54,7	9,7	9,5 - 9,8	53,1	51,1 - 54,9	10,3	9,4 - 11,8	7,0	8,3	11,7	13,6
183	Ucrania	59,2	54,9	54,1 - 55,9	10,3	9,7 - 11,1	63,6	62,8 - 64,7	13,7	13,4 - 14,0	6,8	9,4	11,0	12,8
184	Uganda	42,7	41,7	37,1 - 46,1	9,8	8,9 - 11,1	43,7	37,5 - 48,0	10,9	9,8 - 11,9	6,2	7,2	12,9	14,1
185	Uruguay	66,2	63,0	62,1 - 63,9	13,0	12,8 - 13,3	69,4	68,6 - 70,2	17,1	16,8 - 17,4	8,0	9,9	11,3	12,5
186	Uzbekistán	59,4	57,9	56,9 - 58,9	10,8	10,6 - 11,1	60,9	59,4 - 61,4	12,6	12,3 - 12,9	7,6	10,0	11,6	14,1
187	Vanuatu	58,9	58,5	56,9 - 60,3	11,1	10,7 - 11,5	59,4	57,9 - 61,2	11,7	11,3 - 12,1	8,0	9,8	12,0	14,1
188	Venezuela, República Bolivariana de	64,2	61,7	60,8 - 62,6	13,9	13,6 - 14,2	66,7	66,0 - 67,6	15,7	15,4 - 15,9	9,3	10,1	13,1	13,1
189	Viet Nam	61,3	59,8	58,7 - 60,9	11,4	11,2 - 11,7	62,9	62,0 - 64,2	13,1	12,8 - 13,4	7,4	9,3	11,0	12,9
190	Yemen	49,3	48,0	42,3 - 52,6	8,7	7,7 - 9,9	50,7	44,2 - 55,2	10,4	9,2 - 11,4	10,8	11,5	18,4	18,5
191	Zambia	34,9	34,8	30,8 - 38,7	9,8	8,9 - 11,0	35,0	30,8 - 39,4	10,4	9,6 - 11,6	4,3	5,3	11,0	13,1
192	Zimbabwe	33,6	33,8	31,9 - 36,0	9,7	9,4 - 9,9	33,3	31,5 - 36,0	10,6	10,4 - 10,9	3,9	4,7	10,4	12,3

^a Respecto a las fuentes y los métodos, véanse las notas explicativas.

Cuadro 5. Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud: mediciones del gasto sanitario, 1997–2001

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad; no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	Gasto sanitario total como % del PIB					Gasto del gobierno general en salud como % del gasto sanitario total					Gasto privado en salud como % del gasto sanitario total					Gasto del gobierno general en salud como % de los gastos totales del gobierno				
	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001
1 Afganistán	5,6	5,5	5,5	5	5,2	50	52,8	53,1	53,8	52,6	50	47,2	46,9	46,2	47,4	14	14,6	14,8	13,5	11,8
2 Albania	3,8	3,4	3,6	3,8	3,7	61,2	61,9	62,3	63,9	64,6	38,8	38,1	37,7	36,1	35,4	7,8	6,9	6,9	7,7	7,3
3 Alemania	10,7	10,6	10,7	10,6	10,8	75,3	74,8	74,8	75	74,9	24,7	25,2	25,2	25	25,1	16,3	16,3	16,3	17,3	16,6
4 Andorra	5,7	7,8	5,9	5,5	5,7	71,5	78,6	71,6	70,1	71	28,5	21,4	28,4	29,9	29	32,5	39,2	31,8	32	26,3
5 Angola	3,9	3,5	3,3	3,5	4,4	45,2	39,8	44,3	55,8	63,1	54,8	60,2	55,7	44,2	36,9	4,6	2,5	2,4	3,3	5,5
6 Antigua y Barbuda	5,4	5,3	5,3	5,5	5,6	61,9	62,5	61,3	59,9	60,9	38,1	37,5	38,7	40,1	39,1	14,2	14,5	13,9	14,1	13
7 Arabia Saudita	5,3	5,2	4,5	4,4	4,6	77,3	76,3	73,7	74,4	74,6	22,7	23,7	26,3	25,6	25,4	11,4	11,5	11	9,9	10
8 Argelia	3,4	3,6	3,6	3,8	4,1	71,7	70,5	69,6	70,6	75	28,3	29,5	30,4	29,4	25	7,9	8,2	8,5	9,3	9,9
9 Argentina	8,1	8,2	9	8,9	9,5	55,5	55,2	56,2	55,2	53,4	44,5	44,8	43,8	44,8	46,6	22,9	22,6	23,3	22	21,3
10 Armenia	7,1	7,1	7,9	8	7,8	35,2	36,8	41	40,2	41,2	64,8	63,2	59	59,8	58,8	9,4	10,8	10,5	10,6	11,5
11 Australia	8,5	8,6	8,7	8,9	9,2	67,8	68,2	69,1	68,9	67,9	32,2	31,8	30,9	31,1	32,1	15,8	16,2	16,8	16,5	16,8
12 Austria	8	8	8	8	8	70,9	71,4	70	69,7	69,3	29,1	28,6	30	30,3	30,7	10,4	10,5	10,4	10,6	10,7
13 Azerbaiyán	2,2	2,3	2	1,7	1,6	73,4	73,1	70,3	67,9	66,9	26,6	26,9	29,7	32,1	33,1	8,8	11	8	7,3	7,2
14 Bahamas	5,4	5,6	5,4	5,7	5,7	55,6	57,6	57,4	56,8	57	44,4	42,4	42,6	43,2	43	13,7	15,3	15	15,9	15,1
15 Bahrein	4,8	5	4,8	4,1	4,1	70,5	69,7	69,3	69,1	69	29,5	30,3	30,7	30,9	31	11,9	11,5	11,4	10,8	10,8
16 Bangladesh	2,9	2,9	3,1	3,6	3,5	33,7	36	36,9	45,3	44,2	66,3	64	63,1	54,7	55,8	5,6	5,9	6,3	8,6	8,7
17 Barbados	5,9	5,9	6,1	6,2	6,5	65,2	65,6	65,7	65,9	66,3	34,8	34,4	34,3	34,1	33,7	11,7	11,8	12	12	11,5
18 Belarús	6,1	5,7	5,8	5,4	5,6	87,2	86,1	85,5	85,4	86,7	12,8	13,9	14,5	14,6	13,3	11,6	11,9	11,7	13,1	14,2
19 Bélgica	8,4	8,4	8,5	8,6	8,9	71,5	72	72,2	72,1	71,7	28,5	28	27,8	27,9	28,3	11,7	11,9	12,3	12,6	13
20 Belice	4,7	4,9	5,1	5	5,2	51	51,7	48,6	48	45,1	49	48,3	51,4	52	54,9	5,6	5,6	5,5	5,3	5
21 Benin	3,7	3,8	3,9	4,2	4,4	34	36,5	38,6	43,3	46,9	66	63,5	61,4	56,7	53,1	6,7	8,5	8,7	8,9	10,9
22 Bhután	3,6	3,8	3,5	3,9	3,9	90,4	90,3	89,6	90,6	90,6	9,6	9,7	10,4	9,4	9,4	10,1	9,6	8,3	9,2	7,5
23 Bolivia	4,7	5	5,2	5,2	5,3	63,9	65,6	66,1	67	66,3	36,1	34,4	33,9	33	33,7	9,1	10	10,4	10,3	10,3
24 Bosnia y Herzegovina	6,7	7,9	7,7	7,7	7,5	52,4	40,2	39,4	39,7	36,8	47,6	59,8	60,6	60,3	63,2	12,6	11,7	9,4	9,1	9,6
25 Botswana	5,7	5,5	6	6	6,6	58,8	59,7	60,6	62	66,2	41,2	40,3	39,4	38	33,8	7,8	7,2	7,4	8,4	7,6
26 Brasil	7,4	7,4	7,8	7,6	7,6	43,5	44	42,8	40,8	41,6	56,5	56	57,2	59,2	58,4	9,1	9	9,3	8,4	8,8
27 Brunei Darussalam	2,8	3	3,2	3,1	3,1	79,4	81,3	79,4	80	79,4	20,6	18,7	20,6	20	20,6	4,5	5,1	5,1	5,2	5,1
28 Bulgaria	4,7	3,9	5	4,8	4,8	82,8	79,4	83,7	82,5	82,1	17,2	20,6	16,3	17,5	17,9	10	8,1	10,5	9,3	9,3
29 Burkina Faso	3,5	3,5	3,8	3,5	3	67,1	65,3	66,6	63,5	60,1	32,9	34,7	33,4	36,5	39,9	9,6	9,6	8,8	8,1	8,1
30 Burundi	3,1	3,2	3,2	3,5	3,6	50,3	53,8	55,3	55,6	59	49,7	46,2	44,7	44,4	41	7,5	7,7	8,4	7,1	8,1
31 Cabo Verde	3,1	3,5	3	3,1	3,7	68,5	73	69,8	70	74,2	31,5	27	30,2	30	25,8	5	7,1	5,6	6,1	8,8
32 Camboya	10,9	10,8	10,8	11,8	11,8	10,2	10,1	10,1	14,2	14,9	89,8	89,9	89,9	85,8	85,1	12,5	11,8	11,3	15,7	16
33 Camerún	3,7	3,4	3,1	3,1	3,3	21,2	19,2	22,8	33,7	37,1	78,8	80,8	77,2	66,3	62,9	5,2	4,1	4,4	7,9	7,8
34 Canadá	8,9	9,1	9,1	9,1	9,5	70	70,7	70,4	70,9	70,8	30	29,3	29,6	29,1	29,2	13,9	14,4	15	15,5	16,2
35 Chad	2,8	2,3	2,7	3,1	2,6	78,1	72,7	75	78,7	76	21,9	27,3	25	21,3	24	12,5	10,8	11,2	12,2	15,2
36 Chile	6,6	6,9	6,8	6,8	7	37,8	39,6	40,8	42,6	44	62,2	60,4	59,2	57,4	56	12,1	12,4	11,8	11,9	12,7
37 China	4,6	4,8	5,1	5,3	5,5	40	39	38	36,6	37,2	60	61	62	63,4	62,8	14,2	13,3	11,8	10,8	10,2
38 Chipre	8,3	8,1	7,6	8	8,1	50,3	52	50,6	48,7	47,7	49,7	48	49,4	51,3	52,3	11,4	11,4	10,9	10,7	10,2
39 Colombia	7,7	5,8	6,4	5,5	5,5	47,7	60,2	62	67,3	65,7	52,3	39,8	38	32,7	34,3	14,5	13	12,9	12,7	10,8
40 Comoras	3,1	3	3,1	3,1	3,1	60,3	58,6	59,6	59,7	60	39,7	41,4	40,4	40,3	40	5,9	5,1	5,8	5,7	5,8
41 Congo	3	3,1	2,6	2	2,1	70,3	76,9	70,6	73,3	63,8	29,7	23,1	29,4	26,7	36,2	5,7	5,6	5,7	5,6	5,7
42 Costa Rica	6,7	6,7	6,5	6,9	7,2	70,7	67,6	68,5	68,5	68,5	29,3	32,4	31,5	31,5	31,5	20,8	20,5	20,1	20,4	19,5
43 Côte d'Ivoire	6,2	6,4	6,3	6,2	6,2	19	19,2	20	15,4	16	81	80,8	80	84,6	84	5,4	5,9	6,4	5,3	6
44 Croacia	8,1	8,8	8,9	9,4	9	80,5	81,8	82,6	83,2	81,8	19,5	18,2	17,4	16,8	18,2	13,2	13,7	13,4	14,4	12,8
45 Cuba	6,6	6,6	7,1	7,1	7,2	83,7	84,7	85,5	85,8	86,2	16,3	15,3	14,5	14,2	13,8	10	10,3	11,1	10,8	11,4
46 Dinamarca	8,2	8,4	8,5	8,2	8,4	82,3	82	82,2	82,5	82,4	17,7	18	17,8	17,5	17,6	11,7	11,9	12,4	12,6	12,8
47 Djibouti	7,3	7,2	7,1	7,1	7	58,1	58	58,4	58,4	58,8	41,9	42	41,6	41,6	41,2	11,8	12,5	12,4	12,5	13,7
48 Dominica	5,9	5,7	6,2	5,8	6	75	74,7	74,3	71,5	71,3	25	25,3	25,7	28,5	28,7	11,8	11,8	12,8	12,8	10,5
49 Ecuador	4,4	4,4	3,7	4,1	4,5	53,3	50,3	55,6	55,2	50,3	46,7	49,7	44,4	44,8	49,7	10,4	10,7	9	9,3	9,6
50 Egipto	3,9	3,9	3,9	3,8	3,9	45,9	46	46,4	46,1	48,9	54,1	54	53,6	53,9	51,1	5,9	6,5	6,2	6,5	7,4
51 El Salvador	8,1	8,2	8	8	8	38,7	42,5	43,5	45,1	46,7	61,3	57,5	56,5	54,9	53,3	22,6	24,2	25,1	25	24
52 Emiratos Árabes Unidos	3,6	4	3,7	3,5	3,5	76,7	77,8	75,9	75,9	75,8	23,3	23	24,2	24,1	24,2	28,9	28,8	27,9	31,5	32,3
53 Eritrea	4,4	5	5,4	5,6	5,7	65,8	66,1	67,6	67,2	65,1	34,2	33,9	32,4	32,8	34,9	5,3	4,5	4,5	4,5	4,5
54 Eslovaquia	5,9	5,8	5,8	5,7	5,7	91,7	91,6	89,6	89,4	89,3	8,3	8,4	10,4	10,6	10,7	8,5	8,8	9,2	8,2	8,9
55 Eslovenia	7,8	8,3	8,2	8	8,4	79,2	75,7	75,5	76	74,9	20,8	24,3	24,5	24	25,1	14,3	14,3	14	14,5	14,6

Estado Miembro	Recursos externos para la salud como % del gasto total en salud					Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto del gobierno general en salud					Gasto directo de los hogares como % del gasto privado en salud					Planes de prepago como % del gasto privado en salud				
	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001
1 Afganistán	9,1	3,7	4,4	14,8	11,2	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
2 Albania	9,4	7,4	5,1	7	3,4	20,6	24,2	22,5	18,5	19,3	65,1	61,2	63,3	65	65,3	34,1	38	36	34,3	33,9
3 Alemania	0	0	0	0	0	90,7	91,4	91,5	91,6	91,8	43,9	44,5	43,2	42,2	42,4	32	31,7	32,5	33,3	33,5
4 Andorra	0	0	0	0	0	78,6	60	87,5	88,1	86,2	95,5	95,2	95,6	96,1	92,6	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
5 Angola	9,4	5,6	8,7	14,3	14,2	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
6 Antigua y Barbuda	2,4	3,4	3,2	3,1	2,9	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	100	100	100	100	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
7 Arabia Saudita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	42,2	44,3	42,2	38,9	38	33,4	32,1	33,4	35,4	36,8
8 Argelia	0,2	0	0,1	0,1	0,1	46,9	45,2	43,5	39,9	37,4	91,9	91,6	92	91,1	89,9	4,1	4,2	4	4,2	5,1
9 Argentina	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3															

Cuadro 5. Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud: mediciones del gasto sanitario, 1997-2001

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad; no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	Gasto sanitario total como % del PIB					Gasto del gobierno general en salud como % del gasto sanitario total					Gasto privado en salud como % del gasto sanitario total					Gasto del gobierno general en salud como % de los gastos totales del gobierno					
	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	
	56	España	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	72,5	72,2	72,1	71,7	71,4	27,5	27,8	27,9	28,3	28,6	13	13,1	13,4	13,4	13,6
57	Estados Unidos de América	13	13	13	13,1	13,9	45,3	44,5	44,2	44,2	44,4	54,7	55,5	55,8	55,8	55,6	16,8	16,9	16,9	17,2	17,6
58	Estonia	5,5	6	6,5	5,9	5,5	86,7	86,4	80,4	76,8	77,8	13,3	13,6	19,6	23,2	22,2	12,6	13,4	12,7	12,4	12,1
59	Etiopía	3,4	3,6	3,5	3,2	3,6	37,9	39,3	37,7	34,5	40,5	62,1	60,7	62,3	65,5	59,5	5,8	5,9	4,3	3,2	4,9
60	Ex República Yugoslava de Macedonia	6,1	7,6	6,4	6	6,8	83,9	87,1	85,4	84,5	84,9	16,1	12,9	14,6	15,5	15,1	14,5	19	16,3	15,6	17,4
61	Federación de Rusia	5,8	5,8	5,4	5,3	5,4	72,9	68,9	64,7	69,9	68,2	27,1	31,1	35,3	30,1	31,8	9,3	9,8	9,4	10,8	10,7
62	Fiji	3,9	4,1	3,7	3,9	4	66,7	65,4	65,2	65,2	67,1	33,3	34,6	34,8	34,8	32,9	7,4	6,9	7,5	7,2	6,9
63	Filipinas	3,6	3,5	3,5	3,4	3,3	43,4	43,4	44,8	48,2	45,2	56,6	56,6	55,2	51,8	54,8	6,7	6,6	6,5	7,1	6,2
64	Finlandia	7,3	6,9	6,9	6,6	7	76,1	76,3	75,3	75,3	75,6	23,9	23,7	24,7	24,9	24,4	9,8	10	10	10,3	10,7
65	Francia	9,4	9,3	9,3	9,4	9,6	76,2	76	76	75,8	76	23,8	24	24	24,2	24	13	13,1	13,2	13,4	13,7
66	Gabón	2,9	3,7	3,5	3,3	3,6	65,6	66,8	64,9	50,2	47,9	34,4	33,2	35,1	49,8	52,1	5,9	7,4	7,5	7,2	7,3
67	Gambia	6,1	7,1	6,7	6,3	6,4	47,2	42,9	46,9	46,8	49,4	52,8	57,1	53,1	53,2	50,6	11,3	13,2	13,8	13,3	13,6
68	Georgia	2,9	2,4	2,5	3,4	3,6	39,9	45,4	37,6	33,5	37,8	60,1	54,6	62,4	66,5	62,2	5,3	5,1	4,3	5,9	6,7
69	Ghana	4,1	4,3	4,2	4,3	4,7	47,6	53,8	53,9	55,9	59,6	52,4	46,2	46,1	44,1	40,4	9,4	9	9,2	8,1	8,6
70	Granada	4,7	4,8	4,8	4,9	5,3	66,1	65,8	69,7	70,1	71,9	33,9	34,2	30,3	29,9	28,1	10,6	11,3	12,3	12,3	12,4
71	Grecia	9,4	9,4	9,6	9,4	9,4	52,8	52,1	53,4	56,1	56	47,2	47,9	46,6	43,9	44	10,8	10,5	11	10,8	11,2
72	Guatemala	3,8	4,4	4,7	4,7	4,8	37,2	47,4	48,3	47,6	48,3	62,8	52,6	51,7	52,4	51,7	11,3	14	15,5	16,3	15,7
73	Guinea	3,6	3,3	3,6	3,4	3,5	56,3	51,4	55,3	53,4	54,1	43,7	48,6	44,7	46,6	45,9	9,3	9,6	9,4	10,9	11,3
74	Guinea-Bissau	5,4	5,5	5,9	6,1	5,9	43,2	44,5	48,5	55,3	53,8	56,8	55,5	51,5	44,7	46,2	7,3	9,8	9,1	7,7	7,4
75	Guinea Ecuatorial	3	4,1	2,8	2,1	2	63,1	62	61,9	62,5	60,4	36,9	38	38,1	37,5	39,6	10,4	8,3	9,9	10	10
76	Guyana	4,8	5	4,8	5,1	5,3	83,5	83,4	84	82,7	79,9	16,5	16,6	16	17,3	20,1	9,3	9,3	9,1	9,3	9,3
77	Haití	4,9	5,1	4,9	4,8	5	51,7	49,9	51	50,7	53,4	48,3	50,1	49	49,3	46,6	12	11,7	11	12,3	14,1
78	Honduras	5,4	5,6	5,6	6	6,1	53	53,8	51,8	53,5	53,1	47	46,2	48,2	46,5	46,9	13,7	14,6	13,7	13,6	13,8
79	Hungría	7	6,9	6,8	6,7	6,8	81,3	79,4	78,1	75,5	75	18,7	20,6	21,9	24,5	25	11,4	10,1	11,4	11,7	11,5
80	India	5,3	5	5,2	5,1	5,1	15,7	18,4	17,9	17,6	17,9	84,3	81,6	82,1	82,4	82,1	3,2	3,5	3,3	3,1	3,1
81	Indonesia	2,4	2,5	2,6	2,7	2,4	23,7	27,2	28	23,7	25,1	76,3	72,8	72	76,3	74,9	2,8	3,2	3,6	3,2	3
82	Irán, República Islámica del	5,9	6	6,5	6,4	6,3	45	43,9	41,9	41,5	43,5	55	56,1	58,1	58,5	56,5	10,5	10,8	11,2	11,8	12
83	Iraq	3,4	3,3	3,3	3,3	3,2	32,7	31,7	31	31,2	31,8	67,3	68,3	69	68,8	68,2	4,2	4,3	4,5	4,5	4,6
84	Irlanda	6,4	6,2	6,2	6,4	6,5	74,6	76,5	72,8	73,3	76	25,4	23,5	27,2	26,7	24	12,9	13,6	13,1	14,6	14
85	Islandia	8,2	8,6	9,5	9,3	9,2	83,1	83	84	83,7	82,9	16,9	17	16	16,3	17,1	16,3	16,8	18,3	18	17,5
86	Islas Cook	5,1	5,1	4,8	4,6	4,7	72,7	71,9	65,1	64,4	67,6	27,3	28,1	34,9	35,6	32,4	9,5	9,2	9,1	8,6	8,9
87	Islas Marshall	9,9	9,7	9,5	9,8	9,8	70,5	66,4	65,2	65	64,7	29,5	33,6	34,8	35	35,3	10,7	10,9	10,8	9,6	9,6
88	Islas Salomón	3,7	4,5	4,9	4,9	5	92	93	93,4	93,4	93,5	8	7	6,6	6,6	6,5	11,4	11,4	11,1	11,4	11,5
89	Israel	8,1	8,2	8,2	8,7	7,4	72	71	69,8	69,2	69,2	26	28	29	30,2	30,8	12,1	11,4	11,8	12,1	11,5
90	Italia	7,7	7,7	7,8	8,2	8,4	72,2	71,8	72	73,4	75,3	27,8	28,2	28	26,6	24,7	10,9	11,1	11,5	12,8	13
91	Jamahiriyá Árabe Libia	3,4	3,7	3,5	2,8	2,9	47,9	49,6	49,1	51,5	56	52,1	50,4	50,9	48,5	44	6,2	5,3	5,6	4,9	5
92	Jamaica	6,5	6,5	6,1	6,2	6,8	56,2	59,5	50,9	47	42,1	43,8	40,5	49,1	53	57,9	7,7	7,7	5,9	5,3	4,4
93	Japón	6,8	7,1	7,5	7,7	8	77,2	77,4	78,1	77,7	77,9	22,8	22,6	21,9	22,3	22,1	14,9	13,2	15,3	15,5	16,4
94	Jordania	8,2	8,1	8,6	9,2	9,5	54,5	57	50,8	46,5	47	45,5	43	49,2	53,5	53	11,7	12,4	12,4	12,5	12,8
95	Kazajstán	3,2	3,5	3,5	3,3	3,1	72,9	70	63,5	62,9	60,4	27,1	30	36,5	37,1	39,6	8,9	9,4	9,6	9	8
96	Kenya	8	8,4	7,9	8,7	7,8	21,7	24,1	18,7	23,8	21,4	78,3	75,9	81,3	76,2	78,6	6,1	7,2	5,1	8,6	6,2
97	Kirguistán	4,1	4,7	4,4	4,2	4,0	67,9	59,5	53,9	48,3	48,7	32,1	40,5	46,1	51,7	51,3	10,5	10,1	10,2	9,5	9,0
98	Kiribati	8,7	8,3	7,8	8,3	8,6	99,1	99	98,9	98,8	98,8	0,9	1	1,1	1,2	1,2	11,2	10,9	9,7	10	9,3
99	Kuwait	3,7	4,4	3,9	3,5	3,9	79,5	78,8	78,7	78,7	78,8	20,5	21,2	21,3	21,3	21,2	8,4	8	8,2	8,9	8,1
100	Lesotho	5,3	5,9	6,1	6,1	5,5	76	78,3	80,9	80,8	78,9	24	21,7	19,1	19,2	21,1	12,4	11,5	11,9	12	12
101	Letonia	6,8	6,8	6,9	6,3	6,4	56,8	60,7	59,7	55,8	52,5	43,2	39,3	40,3	44,2	47,5	10,1	10,6	10	8,8	9,1
102	Libano	11,8	12,4	12,1	12,6	12,2	31,1	27,2	26,7	29,3	28,1	68,9	72,8	73,3	70,7	71,9	8,6	9,8	9	8,3	9,5
103	Liberia	3,2	3,5	4	4,2	4,3	69,1	73,4	76,5	76,2	75,9	30,9	26,6	23,5	23,8	24,1	9,3	10,1	10,8	10,7	10,6
104	Lituania	6	6,4	6,3	6,2	6	76,2	75,1	73,5	70,7	70,5	23,8	24,9	26,5	29,3	29,5	13,6	14,8	11,7	13,9	14
105	Luxemburgo	6	5,9	6	5,5	6	91,1	90,9	89,4	89,3	89,9	8,9	9,1	10,6	10,7	10,1	12,5	12,7	12,9	12,3	13,3
106	Madagascar	1,8	2,7	2,5	2,4	2	78,4	64,4	58,5	64,8	65,9	21,6	35,6	41,5	35,2	34,1	9	10,3	8,4	9,2	7,7
107	Malasia	2,8	3	3,1	3,3	3,8	53,5	51,6	52,9	53,1	53,7	46,5	48,4	47,1	46,9	46,3	6,1	5,1	6	6,1	6,5
108	Malawi	8,7	8,5	8,7	8,2	7,8	35,6	35,5	37,8	36,9	35	64,4	64,5	62,2	63,1	65	12,2	12,9	13,9	12,2	12,3
109	Maldivas	6,5	6,4	6,8	6,9	6,7	81,9	81,8	82,5	84	83,5	18,1	18,2	17,5	16	16,5	10,9	10,1	10,4	10,9	10,3
110	Mali	4,2	4,2	4,1	4,7	4,3	43,3	37,5	32,6	38,9	38,6	56,7	62,5	67,4	61,1	61,4	8,2	7	5,7	7,8	6,8

Estado Miembro	Recursos externos para la salud como % del gasto total en salud					Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto del gobierno general en salud					Gasto directo de los hogares como % del gasto privado en salud					Planes de prepago como % del gasto privado en salud					
	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	
	56	España	0	0	0	0	0	13,4	11,8	9,4	9,6	9,2	83,9	83,6	83,3	83,1	82,8	12,8	13,1	13,5	13,7	14,1
57	Estados Unidos de América	0	0	0	0	0	32,1	33,3	33,3	33,9	32,9	27,6	28	27,6	27,2	26,5	61,2	61	61,7	62,8	64,1
58	Estonia	1,7	1,5	3,5	0,9	0	84,6	77,1	82	85,9	86	97,9	96,6	71,3	84,9	84,7	0	0	4,1	4,1	4,8
59	Etiopía	9,3	23,5	27,6	29,6	34,3	0,7	0,7	0,8	1	0,8	86,2	85,7	85,4	84,6	84,7	0	0	0	0	0
60	Ex República Yugoslava de Macedonia	2,6	2,6	2,6	3,1	3,5	96,3	96,8	94,8	91,9	87,5	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
61	Federación de Rusia	0,4	1,2	3,8	3,1	3,1	33,8														

Cuadro 5. Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud: mediciones del gasto sanitario, 1997–2001

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad; no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	Gasto sanitario total como % del PIB					Gasto del gobierno general en salud como % del gasto sanitario total					Gasto privado en salud como % del gasto sanitario total					Gasto del gobierno general en salud como % de los gastos totales del gobierno					
	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	
111	Malta	8,6	8,4	8,3	8,8	8,8	67,9	69,3	67,5	68,5	68,5	32,1	30,7	32,5	31,5	31,5	11,7	11,9	11,8	13,2	12,8
112	Marruecos	4,3	4,4	4,4	4,7	5,1	26	28,3	29,1	34	39,3	74	71,7	70,9	66	60,7	3,7	4	3,9	4,7	5,3
113	Mauricio	3	3,2	3,1	3,3	3,4	61,2	62,6	62	58,7	59,5	38,8	37,4	38	41,3	40,5	6,8	7	7,2	6,6	7,6
114	Mauritania	3,4	3,6	3,6	3,7	3,6	74,5	71,1	71,9	73,5	72,4	25,5	28,9	28,1	26,5	27,6	10,2	10,1	10,5	11	10,3
115	México	5,5	5,6	5,7	5,7	6,1	45,3	46,6	46,9	45,7	44,3	54,7	53,4	53,1	54,3	55,7	15	16,8	17,2	16,6	16,7
116	Micronesia, Estados Federados de	8,3	8	7,9	7,9	7,8	73,7	72,6	71,8	71,8	72	26,3	27,4	28,2	28,2	28	9,8	7,9	7,9	8,5	8,5
117	Mónaco	7	7,2	7,4	7,4	7,6	54,7	53,6	52,7	54,5	56,1	45,3	46,4	47,3	45,5	43,9	15,9	16,1	16,3	16,8	17,7
118	Mongolia	5	6,2	6,1	6,3	6,4	62,7	65,4	66,5	70,3	72,3	37,3	34,6	33,5	29,7	27,7	9,1	9	9,8	10,5	10,5
119	Mozambique	5	4,9	5	5,7	5,9	60,5	62	64	66,6	67,4	39,5	38	36	33,4	32,6	15,1	15,5	16,5	18,2	18,9
120	Myanmar	2,1	2	2	2	2,1	14,3	10,6	11,7	17,1	17,8	85,7	89,4	88,3	82,9	82,2	2,7	2,5	3	5	5,7
121	Namibia	6,9	6,8	7	6,9	6,7	71,1	72,2	73,2	68,9	69,3	28,9	27,8	26,8	31,1	30,7	13	13	13,1	12,4	12,2
122	Nauru	7,6	7,9	7,7	7,7	7,5	89,1	89	89,1	88,9	88,7	10,9	11	10,9	11,1	11,3	9,1	9,1	9,2	9,2	9,1
123	Nepal	5,4	5,5	5,3	5,2	5,2	31,3	33,3	29,8	30,1	29,7	68,7	66,7	70,2	69,9	70,3	9,3	9,9	9	9	8,1
124	Nicaragua	6,2	6	5,8	7,1	7,8	53,8	60,3	54	52,5	48,5	46,2	39,7	46	47,5	51,5	18,7	20,2	13,8	17	17,9
125	Niger	3,4	3,3	3,2	3,6	3,7	41,7	43	43,6	43,1	39,1	58,3	57	56,4	56,9	60,9	8,9	8,3	7,8	8,6	7,7
126	Nigeria	2,8	3,1	3	3	3,4	11,7	15,4	16	14,1	23,2	88,3	84,6	84	85,9	76,8	2,1	2,3	1,7	1,7	1,9
127	Niue	7,6	7,4	7,9	8	7,7	97,1	97	97	97	97	2,9	3	3	3	3	13	13,9	15,3	15,4	14,8
128	Noruega	7,8	8,5	8,5	7,6	8	84,3	84,7	85,2	85,2	85,5	15,7	15,3	14,8	14,8	14,5	14	14,5	15,1	14,9	15,2
129	Nueva Zelandia	7,5	7,9	8	8	8,3	77,3	77	77,9	78	76,8	22,7	23	22,1	22	23,2	12,7	13,5	14,1	14,5	14,8
130	Omán	3,4	3,8	3,5	3	3	81,9	82,3	82,2	81,1	80,7	18,1	17,7	17,8	18,9	19,3	7,4	7,6	7,7	7	6,5
131	Países Bajos	8,2	8,6	8,7	8,6	8,9	67,8	64,4	63,3	63,4	63,3	32,2	35,6	36,7	36,6	36,7	11,5	11,7	11,7	12,1	12,2
132	Pakistán	3,8	3,9	4	4,1	3,9	27,2	29,1	25,6	24,5	24,4	72,8	70,9	74,4	75,5	75,6	3,8	4,2	3,7	3,3	3,5
133	Palau	8,5	8,9	9	9	9,2	91,6	92,9	91,4	91,7	92	8,4	7,1	8,6	8,3	8	10,7	11,3	11,3	11,3	11,6
134	Panamá	7,4	7,4	7,6	7,6	7	68,3	70,2	69,9	69,2	69	31,7	29,8	30,1	30,8	31	18,7	18,5	18,5	18,4	18,4
135	Papua Nueva Guinea	3,2	3,8	4,2	4,3	4,4	89	90,9	89,9	89,7	89	11	9,1	10,1	10,3	11	9,6	12,3	13,3	12,9	13
136	Paraguay	7,6	7,3	7,9	7,9	8	32,8	37,4	39,4	38,3	38,3	67,2	62,6	60,6	61,7	61,7	13,6	14,9	17,4	16,8	16,9
137	Perú	4,4	4,6	4,9	4,7	4,7	51,4	54,8	55,9	55,4	55	48,6	45,2	44,1	44,6	45	11,6	12,9	13	12,7	12,1
138	Polonia	6,1	6,4	6,2	5,8	6,1	72	65,4	71,1	70	71,9	28	34,6	28,9	30	28,1	9,5	9,4	10,6	10,2	10,9
139	Portugal	8,6	8,6	8,7	9,1	9,2	64,8	65,5	67,6	68,5	69	35,2	34,5	32,4	31,5	31	12,4	12,8	13	13,7	13,7
140	Qatar	3,9	4,5	3,8	2,8	3,1	76,8	76,9	76	74,2	73,5	23,2	23,1	24	25,8	26,5	7	7,6	7,5	6,7	6,5
141	Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	6,8	6,9	7,2	7,3	7,6	80,1	80,2	80,5	80,9	82,2	19,9	19,8	19,5	19,1	17,8	13,4	13,9	14,8	15	15,4
142	República Árabe Siria	2,5	2,7	2,8	3,1	3,4	59,5	57,5	57,1	51,8	53,1	40,5	42,5	42,9	48,2	46,9	5,2	5,1	5,2	5,3	5,3
143	República Centroafricana	3,6	4	4,1	4,3	4,5	37,9	44,4	48	49,2	51,2	62,1	55,6	52	50,8	48,8	8,4	9	10,1	13,9	18,5
144	República Checa	7,1	7,1	7,1	7,1	7,4	91,7	91,9	91,5	91,4	91,4	8,3	8,1	8,5	8,6	8,6	14	13,6	13,9	13,9	14,1
145	República de Corea	5	5,1	5,6	5,9	6	41	46,2	43,1	44,4	44,4	59	53,8	56,9	55,6	55,6	9	9,3	9,7	10,7	9,5
146	República Democrática del Congo	3,3	3	3,1	3,2	3,5	47,1	41,7	41,5	44,7	44,4	52,9	58,3	58,5	55,3	55,6	10,3	8,3	8,7	9,7	10,3
147	República Democrática Popular Lao	2,9	2,5	3	2,9	3,1	62,1	48,6	49,4	53,3	55,5	37,9	51,4	50,6	46,7	44,5	9,8	5,7	8,8	7,6	8,7
148	República de Moldova	8,3	7,2	5,3	5,2	5,1	73,0	60,3	54,4	55,9	55,8	27,0	39,7	45,6	44,1	44,2	14,6	12,1	9,8	9,9	10,6
149	República Dominicana	5,8	5,8	5,7	6,2	6,1	32	31,4	32,2	35,4	36,1	68	68,6	67,8	64,6	63,9	12,2	11,8	11,3	14,6	13,5
150	República Popular Democrática de Corea	2,2	2,8	2,6	2,4	2,5	71,4	76,9	75,3	73,5	73,4	28,6	23,1	24,7	26,5	26,6	3,5	3,3	3,2	2,9	3
151	República Unida de Tanzania	4,1	4,4	4,3	4,4	4,4	45,9	47,1	43,4	47,1	46,7	54,1	52,9	56,6	52,9	53,3	14,4	13,1	12,4	12,1	12,1
152	Rumania	5	6,6	6,8	6,6	6,5	66,7	74,2	77,8	78,9	79,2	33,3	25,8	22,2	21,1	20,8	9,9	13,7	14,1	14,2	15,9
153	Rwanda	5	5	5,5	5,6	5,5	48,8	51,3	54	52,9	55,5	51,2	48,7	46	47,1	44,5	12,5	13,8	13,5	14,8	14,2
154	Saint Kitts y Nevis	4,8	4,8	4,7	4,7	4,8	66,3	66,7	66,2	66,3	66,3	33,7	33,3	33,8	33,7	33,7	10,9	11	10,6	10,6	10,9
155	Samoa	5,4	5,8	6,2	5,8	5,8	73,6	73,5	74,1	76,9	82,2	26,4	26,5	25,9	23,1	17,8	11,5	13,1	12,9	14,7	15,7
156	San Marino	5,9	6,1	6,3	6,7	6,8	75,1	75,4	75,8	77,1	78	24,9	24,6	24,2	22,9	22	11	12	12,4	13,4	13,8
157	Santa Lucía	4,2	4,3	4,1	4,2	4,5	62,3	65,6	65,3	65,2	64,6	37,7	34,4	34,7	34,8	35,4	9	8,8	8,3	8,2	8
158	Santo Tomé y Príncipe	3	2,9	2,3	2,4	2,3	66,7	67,9	67,9	67,8	67,7	33,3	32,1	32,1	32,2	32,3	2,9	3,6	3,6	3,6	3,5
159	San Vicente y las Granadinas	6,1	5,9	6	6	6,1	63,8	62,5	62,7	65,1	63,5	36,2	37,5	37,3	34,9	36,5	9,2	8,7	9,1	9,3	9,3
160	Senegal	5,1	4,9	4,7	4,6	4,8	54,8	57,5	56,1	56,6	58,8	45,2	42,5	43,9	43,4	41,2	14,4	15	13	13,6	12,9

Estado Miembro	Recursos externos para la salud como % del gasto total en salud					Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto del gobierno general en salud					Gasto directo de los hogares como % del gasto privado en salud					Planes de prepago como % del gasto privado en salud					
	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	
111	Malta	0	0	0	0	0	64,5	68,9	68	59,9	58,7	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
112	Marruecos	2,6	2,2	1,5	1,7	1,4	9,8	9	9	7,6	5,8	74,3	74,4	74,3	74,3	74,1	22,8	22,5	22,7	22,6	22,7
113	Mauricio	1,6	1,4	1,2	1,1	1,6	5,2	6,1	6,5	7,8	8,1	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
114	Mauritania	24,8	19,7	21,5	24,4	23,2	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
115	México	0,2	0,8	0,7	0,6	0,5	68,5	68,1	69,2	67,7	66,5	92,5	92,5	92,4	92,3	92,4	3,9	3,9	4,1	4,7	4,9
116	Micronesia, Estados Federados de	n.d.	n.d.	22,5	22,1	16,2	0	0	0	0	0	35,7	35,7	35,7	35,7	35,7	0	0	0	0	0
117	Mónaco	0	0	0	0	0	94,3	94,6	94,9	95,2	95,7	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
118	Mongolia	4,2	9	18,9	17,2	15,4	36,8	39,9	39,3	40,2	40,3	73,3	74,5	74,1	73,9	73,4	0	0	0	0	0
119	Mozambique	53,1	44,2	40,3	38,2	36,9	0	0	0	0	0	42,8	40,5	39,2	39,3	39,3	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5
120	Myanmar	0,4	0,4	0,3	0,4	0,2	3,6	3	2,1	2	1,8	99,6	99,7	99,8	99,6	99,6	0	0	0	0	0
121	Namibia	4,4	4,5	4,6	3,8	3,9	1,5	1,4	1,2	1,8	2	21,8	21,8	21,2	18,1	18,7	75,2	74,5	74,3	77,2	75,7
122	Nauru	n.d.	n.d.	n.d.	n.d																

Cuadro 5. Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud: mediciones del gasto sanitario, 1997-2001

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad; no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	Gasto sanitario total como % del PIB					Gasto del gobierno general en salud como % del gasto sanitario total					Gasto privado en salud como % del gasto sanitario total					Gasto del gobierno general en salud como % de los gastos totales del gobierno					
	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	
161	Serbia y Montenegro	11	9,9	9,2	7,6	8,2	74	71,3	70,9	77,6	79,2	26	28,7	29,1	22,4	20,8	21,1	17,5	15,9	14,7	15
162	Seychelles	6,7	6,4	6,2	5,9	6	72,3	69,4	68,8	66,5	68,2	27,7	30,6	31,2	33,5	31,8	8,1	7,5	7,4	6,7	7
163	Sierra Leona	3,3	3	3,7	4,3	4,3	46,8	44,2	53,8	60,4	61	53,2	55,8	46,2	39,6	39	8,9	9,4	9,4	9,3	9,4
164	Singapur	3,7	4,2	4	3,6	3,9	39	41,6	38,3	35,2	33,5	61	58,4	61,7	64,8	66,5	8,4	8,7	8,2	6,7	5,9
165	Somalia	2,6	2,7	2,7	2,6	2,6	45,5	46,1	45	44,8	44,6	54,5	53,9	55	55,2	55,4	4,4	4,4	4,2	4,2	4,2
166	Sri Lanka	3,2	3,4	3,5	3,6	3,6	49,5	51,3	49	49,2	48,9	50,5	48,7	51	50,8	51,1	6	5,8	5,7	6,1	6,1
167	Sudáfrica	9	8,7	8,8	8,7	8,6	46,1	42,4	42,6	41,8	41,4	53,9	57,6	57,4	58,2	58,6	12,4	11,3	11,1	11,2	10,9
168	Sudán	3,5	3,7	3,7	3,9	3,5	19,6	24,4	22,9	28,7	18,7	80,4	75,6	77,1	71,3	81,3	9,1	12	9,5	9,3	4,6
169	Suecia	8,2	8,3	8,4	8,4	8,7	85,8	85,8	85,7	85	85,2	14,2	14,2	14,3	15	14,8	11,2	11,8	12	12,4	13
170	Suiza	10,4	10,6	10,7	10,7	11	55,2	54,9	55,3	55,6	57,1	44,8	45,1	44,7	44,4	42,9	15,3	15,4	11,9	12,5	13,2
171	Suriname	9,5	9,9	9,8	9,9	9,4	52,4	61,7	59,6	63,3	60,2	47,6	38,3	40,4	36,7	39,8	17,1	18,2	17,6	18,9	17
172	Swazilandia	3,1	3,2	3,3	3,4	3,3	71,6	70,8	67,7	69,9	68,5	28,4	29,2	32,3	30,1	31,5	7,9	7,7	7	7,8	7,5
173	Tailandia	3,7	3,9	3,7	3,6	3,7	57,2	61,2	57,6	56,8	57,1	42,8	38,8	42,4	43,2	42,9	10,2	13,3	11,6	11,6	11,6
174	Tayikistán	5,4	3,6	3,4	3,1	3,4	36,0	32,4	30,6	29,7	28,9	64,0	67,6	69,4	70,3	71,1	10,6	7,5	5,0	5,3	5,5
175	Timor-Leste	9,4	6,4	9,6	7,4	9,8	90,5	85,4	88,6	74	59,5	9,5	14,6	11,4	26	40,5	9	5,8	9	5,8	9
176	Togo	3	3,5	4	3	2,8	50,2	59,6	62,8	48,7	48,6	49,8	40,4	37,2	51,3	51,4	8,3	9,7	12,8	7,9	9,3
177	Tonga	5,5	5,5	5,4	5,3	5,5	59,8	61,2	60,7	60,5	61,6	40,2	38,8	39,3	39,5	38,4	7,8	9,6	12,7	11,6	10,9
178	Trinidad y Tabago	4,5	4,8	4,5	3,9	4	43	46,5	46,5	45,9	43,3	57	53,5	53,5	54,1	56,7	6,6	6,7	6,7	6,7	6,4
179	Túnez	6,4	6,3	6,3	6,2	6,4	77,7	76,7	75,9	74,3	75,7	22,3	23,3	24,1	25,7	24,3	15,5	15	14,9	14,2	15,1
180	Turkmenistán	4,7	5	5	4	4,1	75,6	70,3	68	74,5	73,3	24,4	29,7	32	25,5	26,7	12	14,4	17,5	11,5	18,2
181	Turquía	4,2	4,8	4,9	5	5	71,6	71,9	71,1	71,1	71	28,4	28,1	28,9	28,9	29	10,8	11,5	9,1	9	9,1
182	Tuvalu	5,3	5,2	5,4	5,5	5,4	59,1	59,3	57,3	53,5	53,4	40,9	40,7	42,7	46,5	46,6	5,4	3,7	3,6	3,3	2,9
183	Ucrania	5,4	5	4,3	4,2	4,3	75	71,7	68,3	68,2	67,8	25	28,3	31,7	31,8	32,2	9,3	8	8,3	7,6	7,6
184	Uganda	3,9	4	4,1	5,6	5,9	29,1	38	40,9	56,1	57,5	70,9	62	59,1	43,9	42,5	6,5	8,1	8,4	16,4	16,4
185	Uruguay	10	10,2	10,7	10,9	10,9	40,8	41	48,2	46,6	46,3	59,2	59	51,8	53,4	53,7	12,1	12,5	14,9	14,9	14,9
186	Uzbekistán	4,2	3,9	3,6	3,7	3,6	72,7	75,1	74	74,9	74,5	27,3	24,9	26	25,1	25,5	9,3	8,8	8,6	9,6	9,2
187	Vanuatu	3,4	3,5	3,7	3,8	3,8	65,5	65,4	63,6	60,9	59,2	34,5	34,6	36,4	39,1	40,8	10,2	8,7	10,3	10,1	9,7
188	Venezuela, República Bolivariana de	5,4	5,4	5,6	5,9	6	57,1	54,4	53,9	57,1	62,1	42,9	45,6	46,1	42,9	37,9	12,5	12,4	13,6	13,8	14,7
189	Viet Nam	4,4	4,9	4,9	5,2	5,1	31,5	32,7	32,7	28,5	28,5	68,5	67,3	67,3	71,5	71,5	5,6	7,1	6,7	6,1	6,1
190	Yemen	3,8	4,4	4	4	4,5	30,4	39,5	32,5	34,6	34,1	69,6	60,5	67,5	65,4	65,9	3,5	4,8	4,8	3,9	4
191	Zambia	6	6	5,7	5,5	5,7	55,1	56,9	54,8	52,5	53,1	44,9	43,1	45,2	47,5	46,9	13,1	12,5	13,7	13,6	13,5
192	Zimbabwé	9,3	11,4	7,9	7,4	6,2	59,1	55,9	48,9	50,7	45,3	40,9	44,1	51,1	49,3	54,7	15,4	12,2	10	7,1	8

^a Respecto a las fuentes y los métodos, véanse las notas explicativas.

nd: La información a que se ha tenido acceso indica que la celda debería contener un dato, pero no se ha podido acceder a ninguna estimación.

0: No hay ninguna prueba de la existencia de los planes a los que remite la celda. Algunas estimaciones que arrojan un porcentaje inferior a 0,04% se han consignado como cero.

Estado Miembro	Recursos externos para la salud como % del gasto total en salud					Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto del gobierno general en salud					Gasto directo de los hogares como % del gasto privado en salud					Planes de prepago como % del gasto privado en salud					
	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	
161	Serbia y Montenegro	0	0,1	0,3	2,2	1,4	92,7	92	92,6	92,4	89,4	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
162	Seychelles	13,7	12,9	12,4	11,8	11,9	0	0	0	0	0	77,8	75,3	75	74,6	75	0	0	0	0	0
163	Sierra Leona	19,3	18,8	22,2	25,4	25,1	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
164	Singapur	0	0	0	0	0	20,2	17,6	19	23,3	24,5	97,5	97,3	97,4	97,2	97	0	0	0	0	0
165	Somalia	4,3	5,3	6,1	9	9,3	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
166	Sri Lanka	3,2	2,8	2,7	2,7	3,1	0	0	0	0	0	95	94,9	95,1	95	95	1	1	1	1,1	1,1
167	Sudáfrica	0,2	0,2	0,1	0,4	0,4	0	0	0	0	0	19,7	21,9	21,7	21,8	22,1	78,3	76,4	76,7	76,6	72,2
168	Sudán	1,4	2,4	4,1	2,4	2,7	0	0	0	0	0	99,4	99,3	99,4	99,3	99,3	0	0	0	0	0
169	Suecia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
170	Suiza	0	0	0	0	0	71,6	72,3	72,1	72,6	70,4	72	72,6	74,5	74,1	73,9	25,7	25,2	23,3	23,6	23,8
171	Suriname	9	9,5	17,6	9,8	12,4	32,2	34,9	33,3	28,1	22,8	30,5	33,7	32,7	39,9	57	1,7	1,4	1,3	1	0,7
172	Swazilandia	9,3	1,5	5,1	0,9	7,9	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
173	Tailandia	0,3	0,4	0,5	0,5	0,1	30,2	25,8	26,9	27	26,8	86,2	84,9	84,9	85	85	8,6	9,6	9,6	9,6	9,6
174	Tayikistán	4,1	6,2	3,1	12,4	5,9	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
175	Timor-Leste	41,8	66,7	87,2	64,6	53,8	0,9	1,2	n.d.	n.d.	n.d.	93	88,6	75,8	43,1	20,8	0	0	0	0	0
176	Togo	8,1	9,8	5,3	31,2	8,1	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
177	Tonga	6,3	5,9	8,8	10,2	20,7	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
178	Trinidad y Tabago	5,2	4,6	4,4	4,2	3,8	0	0	0	0	0	86,9	87,1	86,4	85,7	86,5	6,2	6,2	6,7	7,6	7,1
179	Túnez	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	45,3	52,7	54,9	57,3	53,4	77,2	76	77,1	78	77,6	22,8	24	22,9	22	22,4
180	Turkmenistán	2,1	2,6	1,4	0,9	0,6	8,4	16,2	23,5	26,4	26,8	71,4	76,6	78,1	72,6	73,7	28,6	23,4	21,9	27,4	26,3
181	Turquía	0,4	0,4	0,1	0,1	0	38,8	43,8	28,4	28,4	28,6	99,6	99,6	99,8	99,9	98,8	0,2	0,2	0,2	0,1	1,2
182	Tuvalu	6,9	7,1	6,4	6,4	29,4	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
183	Ucrania	0,6	0,4	0,3	0,7	0,7	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
184	Uganda	24,4	41,7	22,9	41,2	24,8	0	0	0	0	0	54	54	55,4	55,6	53,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
185	Uruguay	0,6	0,6	0,1	0,5	0,8	45,6	46,8	37,6	34,7	35,8	33,5	32,9	33,2	31,2	30,4	66,5	67,1	66,8	68,8	69,6
186	Uzbekistán	1	1,3	1,5	0,9	1,7	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
187	Vanuatu	20	30,4	28,7	28,5	8,4	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
188	Venezuela, República Bolivariana de	1,3	1,2	1	0,4	0,1	20,9	18,6	25	24,7	20,2	78,6	77,9	79,9	73,8	95,4	4,6	4,8	4,4	4	4,6
189	Viet Nam	5,6	2,8	3,4	2,7	2,6	13	11,5	9,5	10,9	10,9	93,5	89,7	86,5	87,7	87,6	0	3,4	3,7	4,2	4,2
190	Yemen	6,2	5,2	5,1	4,1	3,7	0	0	0	0	0	87,4	87,9	88,2	87,8	88,7	0	0	0</		

Cuadro 6. Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud: mediciones del gasto sanitario per cápita, 1997–2001

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad; no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	Gasto sanitario total per cápita					Gasto sanitario total per cápita					Gasto del gobierno en salud per cápita					Gasto del gobierno en salud per cápita				
	al tipo de cambio medio (US\$)					en dólares internacionales					al tipo de cambio medio (US\$)					en dólares internacionales				
	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001
1 Afganistán	n.d.	n.d.	n.d.	9	8	34	35	38	40	34	n.d.	n.d.	n.d.	5	4	17	19	20	22	18
2 Albania	28	34	43	46	48	108	108	125	144	150	17	21	27	30	31	66	67	78	92	97
3 Alemania	2753	2773	2731	2408	2412	2458	2515	2621	2766	2820	2073	2075	2043	1807	1807	1851	1882	1961	2075	2113
4 Andorra	1328	1670	1285	1200	1233	1601	2021	1610	1723	1821	950	1313	920	841	875	1145	1589	1152	1208	1292
5 Angola	26	19	17	26	31	56	51	48	55	70	12	8	7	14	19	25	20	21	30	44
6 Antigua y Barbuda	448	464	485	509	531	484	496	526	581	614	278	290	297	305	323	300	310	322	348	374
7 Arabia Saudita	432	368	340	376	375	680	680	583	565	591	334	281	251	280	280	526	519	430	421	441
8 Argelia	57	59	59	68	73	122	133	138	151	169	41	42	41	48	55	87	94	96	106	127
9 Argentina	668	680	700	683	679	1014	1065	1140	1099	1130	371	376	394	377	363	563	588	641	607	604
10 Armenia	36	42	46	49	54	171	190	224	246	273	13	16	19	20	22	60	70	92	99	112
11 Australia	1909	1709	1870	1808	1741	1978	2093	2230	2363	2532	1293	1165	1293	1246	1182	1341	1427	1542	1629	1718
12 Austria	2027	2100	2086	1873	1866	1881	1972	2070	2236	2259	1438	1500	1461	1305	1293	1334	1409	1450	1559	1566
13 Azerbaiyán	11	13	11	11	11	44	50	46	46	48	8	9	8	8	8	32	37	32	31	32
14 Bahamas	701	754	807	863	864	829	922	1057	1117	1220	390	434	463	490	492	461	531	606	635	695
15 Bahrein	484	480	479	484	500	702	715	670	568	664	341	335	332	334	345	495	498	464	393	458
16 Bangladesh	10	10	11	13	12	40	41	47	56	58	3	4	4	6	5	13	15	17	26	26
17 Barbados	495	531	569	603	613	775	783	839	881	940	323	348	374	397	406	505	514	551	581	623
18 Belarús	82	67	63	56	68	375	391	415	424	464	71	58	54	48	59	327	337	355	362	402
19 Bélgica	2016	2059	2095	1916	1983	1988	1969	2105	2272	2481	1441	1481	1512	1382	1421	1422	1417	1519	1639	1778
20 Belice	130	133	149	156	167	228	236	257	257	278	66	69	72	75	75	116	122	125	123	125
21 Benin	14	15	15	15	16	28	29	31	35	39	5	5	6	7	8	9	11	12	15	18
22 Bhután	8	8	8	9	9	48	52	52	61	64	7	7	7	8	8	43	47	47	55	58
23 Bolivia	48	53	53	52	49	104	114	120	122	125	31	35	35	35	33	66	75	79	81	83
24 Bosnia y Herzegovina	69	89	94	87	85	192	237	241	259	268	36	36	37	34	31	100	95	95	103	99
25 Botswana	169	158	164	173	190	260	260	294	309	381	100	95	100	107	126	153	155	178	192	252
26 Brasil	362	348	246	265	222	528	526	560	556	573	157	153	105	108	92	229	231	240	227	238
27 Brunei Darussalam	429	463	484	479	453	525	570	607	617	638	340	376	384	383	359	416	464	482	493	507
28 Bulgaria	58	60	80	75	81	227	200	272	283	303	48	47	67	62	67	188	159	227	233	248
29 Burkina Faso	7	8	8	6	6	25	26	30	29	27	5	5	5	4	4	17	17	20	18	16
30 Burundi	5	5	4	4	4	15	17	16	18	19	2	3	2	2	2	8	9	9	10	11
31 Cabo Verde	38	45	41	38	46	88	106	99	109	134	26	33	29	27	34	60	77	69	76	100
32 Camboya	30	25	28	30	30	146	142	152	174	184	3	3	3	4	4	15	14	15	25	27
33 Camerún	23	23	19	19	20	45	38	36	39	42	5	4	4	7	8	9	7	8	13	16
34 Canadá	1864	1835	1949	2102	2163	2187	2288	2433	2580	2792	1305	1297	1372	1490	1533	1532	1617	1713	1828	1978
35 Chad	6	5	5	5	5	17	14	16	19	17	5	4	4	4	4	13	10	12	15	13
36 Chile	371	369	331	336	303	643	699	686	681	792	140	146	135	143	133	243	277	280	290	348
37 China	33	36	40	45	49	135	155	176	200	224	13	14	15	17	18	54	60	67	73	83
38 Chipre	909	991	862	909	932	938	948	917	905	941	457	516	436	443	445	472	493	464	441	449
39 Colombia	205	140	133	108	105	497	373	395	350	356	98	84	82	73	69	237	225	245	236	234
40 Comoras	10	10	10	9	9	28	27	27	26	29	6	6	6	5	6	17	16	16	16	17
41 Congo	23	19	19	18	18	33	34	28	20	22	16	14	13	13	12	23	26	20	15	14
42 Costa Rica	236	254	268	280	293	445	477	496	533	562	167	171	184	192	201	315	323	339	365	385
43 Côte d'Ivoire	48	54	51	42	41	107	117	119	123	127	9	10	10	6	7	20	22	24	19	20
44 Croacia	373	429	402	388	394	569	637	651	715	726	300	351	332	323	322	458	521	538	595	593
45 Cuba	137	143	163	175	185	166	170	188	193	229	114	121	139	150	160	139	144	161	166	198
46 Dinamarca	2629	2725	2769	2474	2545	2099	2238	2344	2398	2503	2163	2234	2276	2042	2097	1727	1835	1927	1979	2063
47 Djibouti	60	59	58	58	58	90	89	88	89	90	35	34	34	34	34	52	52	51	52	53
48 Dominica	190	193	214	200	203	274	278	305	291	312	143	144	159	143	145	205	208	227	208	222
49 Ecuador	88	85	50	52	76	168	167	131	149	177	47	43	28	29	38	89	84	73	82	89
50 Egipto	47	48	52	52	46	121	125	134	139	153	21	22	24	24	22	56	57	62	64	75
51 El Salvador	153	165	163	169	174	332	347	348	364	376	59	70	71	76	81	128	148	151	164	175
52 Emiratos Árabes Unidos	703	724	729	821	849	727	754	710	781	921	539	557	552	623	643	558	580	538	593	698
53 Eritrea	9	10	11	9	10	25	29	31	32	36	6	7	7	6	6	17	19	21	22	23
54 Eslovaquia	230	235	218	208	216	608	636	664	642	681	211	215	196	186	192	558	583	595	574	608
55 Eslovenia	712	813	829	765	821	1097	1223	1299	1421	1545	564	616	626	582	615	868	927	981	1080	1157

Estado Miembro	Gasto sanitario total per cápita					Gasto sanitario total per cápita					Gasto del gobierno en salud per cápita					Gasto del gobierno en salud per cápita				
	al tipo de cambio medio (US\$)					en dólares internacionales					al tipo de cambio medio (US\$)					en dólares internacionales				
	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001
56 España	1067	1115	1140	1048	1088	1273	1347	1428	1505	1607	773	805	822	751	778	922	973	1030	1078	1148
57 Estados Unidos de América	3939	4095	4287	4540	4887	3939	4095	4287	4540	4887	1784	1824	1895	2005	2168	1784	1824	1895	2005	2168
58 Estonia	182	223	244	222	226	430	494	548	551	562	158	193	196	170	176	373	427	440	423	438
59 Etiopía	4	4	3	3	3	12	11	11	11	14	1	1	1	1	1	5	4	4	4	6
60 Ex República Yugoslava de Macedonia	114	135	117	106	115	263	340	303	302	331	96	118	100	90	98	221	296	259	255	281
61 Federación de Rusia	167	112	71	95	115	390	382	378	420	454	122	77	46	66	78	284	263	245	293	310
62 Fiji	106	82	85	80	79	187	189	184	213	224	71	54	56	52	53	125	124	120	139	150
63 Filipinas	41	31	36	34	30	168	162	165	169	169	18	14	16	16	14	73	70	74	81	77
64 Finlandia	1737	1734	1713	1550	1631	1543	1528	1614	1696	1845	1322	1323	1290	1164	1233	1174	1165	1215	1274	1395
65 Francia	2261	2307	2285	2067	2109	2028	2079	2204	2382	2567	1723	1754	1738	1568	1603	1546	1581	1676	1806	1951
66 Gabón	131	137	131	130	127	178	228	204	176	197	86	91	85	65	61	116	152	132	88	94
67 Gambia	22	24	23	20	19	62	74	73	73	78	10	10	11	9	9	29	32	34	34	39
68 Georgia	19	16	13	20	22	71	60	65	95	108	8</									

Cuadro 6. Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud: mediciones del gasto sanitario per cápita, 1997-2001

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad; no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	Gasto sanitario total per cápita					Gasto sanitario total per cápita					Gasto del gobierno en salud per cápita					Gasto del gobierno en salud per cápita				
	al tipo de cambio medio (US\$)					en dólares internacionales					al tipo de cambio medio (US\$)					en dólares internacionales				
	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001
111 Malta	738	784	760	807	808	739	759	782	804	813	501	543	513	553	554	502	526	528	551	557
112 Marruecos	52	56	54	54	59	147	160	159	171	199	13	16	16	18	23	38	45	46	58	78
113 Mauricio	109	114	113	127	128	227	256	259	288	323	67	72	70	74	76	139	160	160	169	192
114 Mauritania	15	14	13	13	12	38	40	43	45	45	11	10	9	9	9	28	29	31	33	33
115 México	231	244	277	327	370	418	446	471	501	544	105	114	130	150	164	190	208	221	229	241
116 Micronesia, Estados Federados de	170	167	169	169	172	315	304	302	296	319	125	121	121	121	124	232	221	217	212	230
117 Mónaco	1689	1783	1812	1610	1653	1516	1608	1751	1863	2016	924	956	955	878	927	829	862	923	1016	1131
118 Mongolia	22	24	21	23	25	84	106	110	118	122	14	16	14	16	18	52	69	73	83	88
119 Mozambique	10	11	11	12	11	29	32	35	40	47	6	7	7	8	8	18	20	23	27	32
120 Myanmar	81	109	147	162	197	21	21	22	23	26	12	12	17	28	35	3	2	3	4	5
121 Namibia	143	128	127	126	110	308	307	323	330	330	101	92	93	87	76	219	221	236	227	229
122 Nauru	719	640	705	643	588	981	987	941	921	1015	640	570	628	571	521	874	878	839	819	900
123 Nepal	12	11	12	12	12	58	60	59	61	63	4	4	3	4	3	18	20	23	27	32
124 Nicaragua	45	44	44	55	60	117	110	113	147	158	24	27	24	29	29	63	66	61	77	77
125 Níger	6	7	6	6	6	21	22	22	21	22	3	3	3	2	2	9	9	9	9	9
126 Nigeria	35	37	10	12	15	23	26	26	26	31	4	6	2	2	3	3	4	4	4	7
127 Niue	344	330	335	290	289	945	910	990	1068	1041	334	321	325	281	280	917	883	961	1036	1010
128 Noruega	2797	2867	3025	2817	2981	2193	2438	2550	2755	2920	2357	2428	2576	2400	2550	1848	2065	2172	2347	2497
129 Nueva Zelanda	1301	1125	1169	1054	1073	1357	1440	1534	1611	1724	1005	867	911	822	823	1049	1109	1195	1257	1323
130 Omán	229	219	221	230	225	348	392	357	316	343	187	180	182	187	181	285	322	294	256	277
131 Países Bajos	1968	2151	2191	2012	2138	1951	2164	2305	2358	2612	1335	1385	1386	1275	1354	1323	1393	1458	1495	1654
132 Pakistán	19	19	18	18	16	73	77	80	85	85	5	6	5	4	4	20	22	20	21	21
133 Palau	498	502	447	454	426	695	789	823	835	886	456	466	408	416	392	636	733	753	766	816
134 Panamá	231	244	252	260	258	398	411	434	452	458	158	171	176	180	178	272	289	303	313	316
135 Papua Nueva Guinea	32	29	28	27	24	107	121	144	145	144	28	26	25	24	21	95	110	129	130	128
136 Paraguay	143	121	115	112	97	320	305	326	323	332	47	45	45	43	37	105	114	129	124	127
137 Perú	106	105	99	97	97	207	216	231	228	231	54	57	55	54	53	107	118	129	126	127
138 Polonia	228	264	249	245	289	461	543	558	572	629	164	173	177	171	208	332	355	397	400	452
139 Portugal	903	956	986	938	982	1339	1370	1457	1512	1618	586	626	666	642	677	868	898	985	1036	1116
140 Qatar	813	819	824	860	885	842	1006	874	720	782	624	630	626	638	650	647	773	665	534	574
141 Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	1563	1683	1792	1783	1835	1516	1573	1704	1827	1989	1253	1349	1442	1444	1508	1214	1261	1371	1479	1634
142 República Árabe Siria	27	29	31	36	41	194	217	233	251	266	16	17	18	19	22	116	125	133	130	141
143 República Centroafricana	10	12	12	12	12	41	47	50	55	58	4	5	6	6	6	16	21	24	27	30
144 República Checa	364	392	380	358	407	930	944	972	1031	1129	334	360	347	327	372	853	867	889	942	1031
145 República de Corea	520	352	484	577	532	657	628	762	893	948	213	163	209	256	236	270	290	329	396	421
146 República Democrática del Congo	4	4	8	10	5	13	12	11	11	12	2	2	4	5	2	6	5	5	5	5
147 República Democrática Popular Lao	10	6	8	9	10	39	33	43	45	51	6	3	4	5	6	24	16	21	24	29
148 República de Moldova	37	28	15	16	18	154	125	92	94	100	27	17	8	9	10	112	76	50	53	56
149 República Dominicana	111	114	121	145	153	262	279	298	345	353	35	36	39	51	55	84	88	96	122	127
150 República Popular Democrática de Corea	10	16	19	21	22	27	47	54	41	44	7	12	14	15	16	19	36	40	30	32
151 República Unida de Tanzania	10	11	11	11	12	21	23	23	25	26	4	5	5	5	5	9	11	10	12	12
152 Rumania	79	124	108	109	117	320	409	424	428	460	53	92	84	86	93	214	303	330	338	365
153 Rwanda	16	15	14	13	11	39	39	41	43	44	8	8	8	7	6	19	20	22	23	24
154 Saint Kitts y Nevis	304	323	335	364	393	464	495	507	535	576	202	216	222	241	260	307	330	336	355	382
155 Samoa	79	76	84	80	74	167	185	210	218	199	58	56	62	61	61	123	136	156	168	164
156 San Marino	1188	1252	1286	1196	1222	1275	1391	1511	1610	1711	892	944	974	922	953	957	1049	1145	1240	1334
157 Santa Lucía	169	187	192	195	199	240	257	254	263	272	105	123	125	127	129	150	169	166	171	176
158 Santo Tomé y Príncipe	10	8	8	7	7	26	25	21	22	22	6	6	5	5	5	17	17	14	15	15
159 San Vicente y las Granadinas	155	161	170	170	178	295	302	324	341	358	99	101	106	111	113	188	189	203	222	227
160 Senegal	25	25	24	22	22	53	53	56	58	63	14	14	14	12	13	29	30	31	33	37

Estado Miembro	Gasto sanitario total per cápita					Gasto sanitario total per cápita					Gasto del gobierno en salud per cápita					Gasto del gobierno en salud per cápita				
	al tipo de cambio medio (US\$)					en dólares internacionales					al tipo de cambio medio (US\$)					en dólares internacionales				
	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001
161 Serbia y Montenegro	198	149	189	89	103	621	542	613	528	616	147	106	131	69	82	460	386	426	409	488
162 Seychelles	490	500	491	444	450	732	752	746	733	770	355	347	338	295	307	529	522	513	487	525
163 Sierra Leona	7	5	6	6	7	23	21	23	25	26	3	2	3	4	4	11	9	13	15	16
164 Singapur	936	902	851	826	816	834	926	947	925	993	365	375	327	291	274	325	385	363	326	333
165 Somalia	5	6	7	6	6	14	15	15	15	n.d.	2	3	3	3	3	7	7	7	7	n.d.
166 Sri Lanka	27	29	30	32	30	91	102	112	121	122	13	15	15	16	15	45	52	55	60	60
167 Sudáfrica	315	270	264	253	222	622	604	623	633	652	145	114	113	106	92	287	256	265	265	270
168 Sudán	13	14	12	14	14	31	39	38	41	39	2	3	3	4	3	6	9	9	12	7
169 Suecia	2300	2336	2395	2268	2150	1855	1903	2053	2195	2270	1975	2005	2053	1929	1832	1592	1633	1760	1866	1935
170 Suiza	3762	3909	3881	3574	3774	2841	2952	3080	3160	3322	2075	2145	2148	1986	2156	1567	1619	1704	1758	1897
171 Suriname	207	194	104	186	153	371	404	402	407	398	108	120	62	118	92	194	249	239	258	240
172 Swazilandia	45	43	43	45	41	137	146	152	163	167	32	30	29	31	28	98	103	103	114	115
173 Tailandia	95	73	75	73	69	247	234	233	241	254	54	45	43	41	39	141	143	134	137	145
174 Tayikistán	8	8	6	5	6	52	36	36	36	43	3	3	2	1	2	19	12	11	11	12
175 Timor-Leste	46	32	30	28	42	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	41	27	27	20	25	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
176 Togo	11	12	13	8	8	40	51	55	45	45	5	7	8	4	4	20	30	34	22	22
177 Tonga	97	87	87	81	73	192	194	203	209	223	58	53	53	49	45	115	119	123	126	138
178 Trinidad y Tabago	203	229	238	248	279	332	378	379	360	388	87	106	111	114	121	143				

Lista de Estados Miembros por regiones de la OMS y estratos de mortalidad

Para facilitar el análisis de las causas de defunción y de la carga de morbilidad, los 192 Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud se han dividido en cinco estratos de mortalidad en función de la mortalidad de menores de cinco años (5q0) y de la mortalidad de varones de 15 a 59 años (45q15). Esta clasificación se hizo empleando estimaciones de la población para 1999 (según datos de la División de Población de las Naciones Unidas) y estimaciones de 5q0 y 45q15 basadas en los análisis de la OMS sobre las tasas de mortalidad de 1999.

Los quintiles de la distribución de 5q0 (combinados los dos sexos) se usaron para clasificar a los países según presentaran una *mortalidad en la niñez muy baja* (primer quintil), una *mortalidad en la niñez baja* (quintiles segundo y tercero) o una *mortalidad en la niñez alta* (quintiles cuarto y quinto). La mortalidad de adultos 45q15 se representó frente a 5q0, y la línea de regresión así obtenida se empleó para subdividir los países con alta mortalidad en la niñez, distinguiendo los que presentan una *mortalidad de adultos alta* (estrato D) y los que tienen una *mortalidad de adultos muy alta* (estrato E). El estrato E incluye los países del África subsahariana donde el VIH/SIDA ha tenido un gran impacto.

En el siguiente cuadro se resumen los cinco estratos de mortalidad. Aplicando estos estratos de mortalidad a las seis regiones de la OMS se obtienen las 14 subregiones que se han utilizado en este informe y en los cuadros del Anexo para presentar los resultados.

Definición de los estratos de mortalidad usados para distinguir las subregiones

Estrato de mortalidad	Mortalidad en la niñez	Mortalidad de adultos
A	Muy baja	Baja
B	Baja	Baja
C	Baja	Alta
D	Alta	Alta
E	Alta	Muy Alta

Los Estados Miembros de la OMS de cada región se han agrupado por subregiones en la lista presentada a continuación. Esta clasificación no tiene carácter oficial y se ha hecho sólo con fines analíticos.

El número total de Estados Miembros de la OMS ha aumentado a 192. Se incluye en este informe a Timor-Leste, país clasificado en la región en desarrollo de alta mortalidad de Sear-D. En 2003, la 56ª Asamblea Mundial de la Salud secundó la reasignación de Chipre de la Región del Mediterráneo Oriental a la Región de Europa.

En el capítulo 1 se distinguen tres grandes grupos de países, en función de la geografía, de su estado de desarrollo económico y demográfico y de sus pautas de mortalidad. Se trata de los países desarrollados (Amr-A, Eur-A, Eur-B, Eur-C y Wpr-A), los países en desarrollo con alta mortalidad (Afr-D, Afr-E, Amr-D, Emr-D y Sear-D) y los países en desarrollo con baja mortalidad (Amr-B, Emr-B, Sear-B y Wpr-B).

Estados Miembros de la OMS, por regiones y estratos de mortalidad

Región y estrato de mortalidad general	Descripción	Clasificación	Estados Miembros
África Afr-D	Países africanos con mortalidad en la niñez alta y mortalidad de adultos alta	En desarrollo con alta mortalidad	Angola, Argelia, Benin, Burkina Faso, Cabo Verde, Camerún, Chad, Comoras, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Liberia, Madagascar, Mali, Mauricio, Mauritania, Niger, Nigeria, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Seychelles, Sierra Leona, Togo
Afr-E	Países africanos con mortalidad en la niñez alta y mortalidad de adultos muy alta	En desarrollo con alta mortalidad	Botswana, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Eritrea, Etiopía, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Rwanda, Sudáfrica, Swazilandia, Uganda, Zambia, Zimbabwwe
Las Américas Amr-A	Países de las Américas con mortalidad en la niñez muy baja y mortalidad de adultos muy baja	Desarrollados	Canadá, Cuba, Estados Unidos de América
Amr-B	Países de las Américas con mortalidad en la niñez baja y mortalidad de adultos baja	En desarrollo con baja mortalidad	Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, El Salvador, Granada, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela (República Bolivariana de)
Amr-D	Países de las Américas con mortalidad en la niñez alta y mortalidad de adultos alta	En desarrollo con alta mortalidad	Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua, Perú
Asia Sudoriental Sear-B	Países de Asia Sudoriental con mortalidad en la niñez baja y mortalidad de adultos baja	En desarrollo con baja mortalidad	Indonesia, Sri Lanka, Tailandia
Sear-D	Países de Asia Sudoriental con mortalidad en la niñez alta y mortalidad de adultos alta	En desarrollo con alta mortalidad	Bangladesh, Bhután, India, Maldivas, Myanmar, Nepal, República Popular Democrática de Corea, Timor-Leste
Europa Eur-A	Países de Europa con mortalidad en la niñez muy baja y mortalidad de adultos muy baja	Desarrollados	Alemania, Andorra, Austria, Bélgica, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovenia, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Checa, San Marino, Suecia, Suiza
Eur-B	Países de Europa con mortalidad en la niñez baja y mortalidad de adultos baja	Desarrollados	Albania, Armenia, Azerbaiyán, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Eslovaquia, Ex República Yugoslava de Macedonia, Georgia, Kirguistán, Polonia, Rumania, Serbia y Montenegro, Tayikistán, Turkmenistán, Turquía, Uzbekistán
Eur-C	Países de Europa con mortalidad en la niñez baja y mortalidad de adultos alta	Desarrollados	Belarús, Estonia, Federación de Rusia, Hungría, Kazajstán, Letonia, Lituania, República de Moldova, Ucrania
Mediterráneo Oriental Emr-B	Países del Mediterráneo Oriental con mortalidad en la niñez baja y mortalidad de adultos baja	En desarrollo con baja mortalidad	Arabia Saudita, Bahrein, Emiratos Árabes Unidos, Irán (República Islámica del), Jamahiriya Árabe Libia, Jordania, Kuwait, Líbano, Omán, Qatar, República Árabe Siria, Túnez
Emr-D	Países del Mediterráneo Oriental con mortalidad en la niñez alta y mortalidad de adultos alta	En desarrollo con alta mortalidad	Afganistán, Djibouti, Egipto,* Iraq, Marruecos, Pakistán, Somalia, Sudán, Yemen
Pacífico occidental Wpr-A	Países del Pacífico Occidental con mortalidad en la niñez muy baja y mortalidad de adultos muy baja	Desarrollados	Australia, Brunei Darussalam, Japón, Nueva Zelandia, Singapur
Wpr-B	Países del Pacífico Occidental con mortalidad en la niñez baja y mortalidad de adultos baja	En desarrollo con baja mortalidad	Camboya,** China, Fiji, Filipinas, Islas Cook, Islas Marshall, Islas Salomón, Kiribati, Malasia, Micronesia (Estados Federados de), Mongolia, Nauru, Niue, Palau, Papua Nueva Guinea,** República de Corea, República Democrática Popular Lao,** Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam

* Debido a las mejoras experimentadas por la mortalidad en la niñez durante los últimos años, Egipto satisface los criterios para ser incluido en la región Emr-B con mortalidad en la niñez baja y mortalidad de adultos baja. El país se ha incluido no obstante en Emr-D al presentar los totales subregionales de la mortalidad y la carga de morbilidad, para asegurar la comparabilidad con las ediciones anteriores del *Informe sobre la salud en el mundo* y con otras publicaciones de la OMS.

** Camboya, Papua Nueva Guinea y la República Democrática Popular Lao reúnen los criterios correspondientes a los países con mortalidad en la niñez alta, pero se han incluido en la subregión Wpr-B junto a otros países en desarrollo de la Región del Pacífico Occidental a efectos de presentación de los datos.

Índice alfabético

En **negrita** se indican las páginas más importantes en relación con el concepto.

“3 x 5” véase “tres millones para 2005”

accidentes cerebrovasculares (enfermedad cerebrovascular),
carga de morbilidad 15, 20

accompagnateurs, en Haití 56

aceites saludables 97

ácido acetilsalicílico véase aspirina

aeropuertos, medidas de cribado 79, 81-84, 86, 88

afecciones de las vías respiratorias inferiores,
como causa de defunción 3, 13

afecciones maternas, causas principales de la carga de morbilidad 15

afecciones neuropsiquiátricas 21, 22

afecciones perinatales, como causa de defunción
en la infancia 12-14

Afganistán

mortalidad en la niñez 8

poliomielitis 68, 70

África (AFR)

causas de muerte en la infancia 13

esperanza de vida 3, 4, 14-15

formación del personal sanitario 124-125

gasto sanitario *versus* carga de morbilidad 133

inmunización contra la poliomielitis 69

migración de los trabajadores sanitarios 126

mortalidad adulta 17

mortalidad en la niñez xii, 4, 8, 9, 10, 13

registro civil 130

tasas de mortalidad 5

véase también África subsahariana

VIH/SIDA 51, 53

África subsahariana

acceso a los ARV vii

causa de defunción en la infancia 13

falta de personal de salud 110

mortalidad adulta xiii

Objetivos de Desarrollo del Milenio 33

salud frágil 3

VIH/SIDA xii, 3, 35

agentes de salud comunitarios

en Irán 119

en la prevención y atención del VIH/SIDA 56

formación de 124

movilización 127, 128

agua salubre 31

alcohol y trastornos por consumo de drogas 21, 22

alertas mundiales, oportunas 85

algoritmos diagnósticos y terapéuticos 127

alianzas

en la erradicación de la poliomielitis 65-66, 73

para el desarrollo 36

América del Norte, esperanza de vida 3

América Latina

esperanza de vida 4

mortalidad en la niñez 10, 12, 39

programa contra el SIDA 55

Américas (AMR)

mortalidad en la niñez 10, 11-12

Observatorio de recursos humanos en las reformas
del sector de la salud 129

véase también América Latina; América del norte;
Estados Unidos de América (EE.UU.)

Angola, inmunización contra la poliomielitis 69

años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) 6, 151

años perdidos por discapacidad (APD) 6, 151

años perdidos por muerte prematura (APP) 6, 151

años vividos con discapacidad,

véase años perdidos por discapacidad

antimaláricos, garantía de calidad 41

antirretrovirales (ARV)

costo 57

disponibilidad vii, xiii, 41, 49, 59-60

en los países en desarrollo vii, 51

garantía de calidad 41

meta «tres millones para 2005» vii, xiii, 50, 60, 117, 121

programa Khayelitsha 121

provisión en el entorno de atención primaria 120-121

aranceles y subsidios 36

Asamblea Mundial de la Salud (1954) 93

Asamblea Mundial de la Salud (1988) 66, 71

Asamblea Mundial de la Salud (2002) 40

Asamblea Mundial de la Salud (2003) xv, 85, 101, 102

Asia

causas de muerte en la infancia 12

esperanza de vida 4

inmunización contra la poliomielitis 69

muerres por accidentes de tráfico 106

VIH/SIDA 52

Asia Sudoriental, Región (SEAR)

erradicación de la poliomielitis 69

mortalidad en la niñez 10

registro civil 130

asistencia para el desarrollo 36, 37

- Asociación de Naciones del Asia Sudoriental (ASEAN) 84
 Asociación Rotaria Internacional,
 en la alianza contra la poliomielitis 66, 71
 aspirina 97
 atención de salud
 acceso a 136-138
 desigualdades vii, ix, 136
 focalización 137-138
 organización y prestación de servicios 120
 prácticas peligrosas 50
 véase también atención primaria de salud
 Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes
 de la Infancia (AIEPI) 34
 atención primaria de salud
 basada en la evidencia 121
 como base de los sistemas de salud ix, xi, 117
 definición 118
 entorno cambiante 119-120
 fortalecimiento 61
 importancia vii
 información sanitaria 129-130
 pagos en efectivo 119, 134-135
 principios 118-119, 119-122
 principios de Alma-Ata 118
 selectiva 120
 véase también sistemas de salud
 atención terciaria, gasto desproporcionado 122
 aterosclerosis 95
 Australia
 esperanza de vida 3-4, 19
 prevención y atención de la infección por VIH 54
 Austria, defunciones relacionadas con la contaminación del aire 110
- Bamako, Iniciativa 135
 Banco Mundial, recomendaciones de salud pública 120
 Bangladesh
 libre de poliomielitis 69
 mortalidad en la niñez y pobreza 9-10
 Programa Ampliado de Inmunización 139
behvarzes, en Irán 119
 Bhután, libre de poliomielitis 69
 bicicletas y motocicletas 108
 Bolivia, mortalidad en la niñez 10, 11-12
 Botswana
 esperanza de vida 17
 falta de personal de salud 123
- Brasil
 envejecimiento de la población 20
 erradicación de la poliomielitis 65
 mortalidad en la niñez 34
 presupuestación participativa 141
 prevención y atención de la infección por VIH/SIDA xiii, 55-56
- cambio climático, gases 106, 110
 Camboya
 campaña nacional contra la poliomielitis 68
 prestación de servicios de salud 127
 prevención de los traumatismos por accidentes de tráfico 108
 Campaña del Milenio 43
 Canadá
 Global Public Health Intelligence Network (GPHIN) 82
 SRAS, brote de 79, 81
- cáncer
 datos de mortalidad 151
 defunciones 20-21
 cáncer de colon/recto, defunciones 21
 cáncer de estómago, defunciones 21
 cáncer de mama 21
 cáncer de pulmón, defunciones 20-21
 cáncer hepático, defunciones 21
 capacidad económica, efecto en la salud 31
 cardiopatía coronaria, factores de riesgo 95-96
 cardiopatía isquémica
 carga de morbilidad 15, 20
 véase también enfermedades cardiovasculares (ECV)
 cardiopatías *véase* enfermedades cardiovasculares;
 cardiopatía isquémica
 carga de morbilidad
 medición 5-6, 137
 principales causas 15
 véase también doble carga de morbilidad
 Carga Mundial de Morbilidad, Estudio 151, 153
 casas de salud, en Irán 119
 causas de defunción
 datos 129-130, 150-151, *cuadros 2 y 3 del Anexo 129-130*
 diferencias regionales 15
 en la infancia 12-14
 en los adultos 15, 94
 errores de atribución o de codificación 151
 principales 3
 censos y datos censales 129, 131, 147-148
 Centros de Control y Prevención de Enfermedades
 de los Estados Unidos (CDC) 66
 centros de estudios demográficos 149-150
 Chad, falta de personal sanitario 123
 Chile
 acceso a la atención de salud 137
 disminución de la mortalidad en la niñez 11
 China
 acceso a la atención de salud 153
 desigualdades por razón de género 9
 encuestas domiciliarias 153
 envejecimiento de la población 20
 mortalidad en la niñez 9, 14
 muertes por accidentes de tráfico 106
 niños fumadores 105
 Objetivos de Desarrollo del Milenio 33
 poliomielitis 68, 70
 registro civil 130
 SRAS, epidemia de 80, 81, 83
 tasas de mortalidad 5
 CHOICE Proyecto 135
 civeta 80
 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades
 y Problemas de Salud Conexas (CIE) 151
 Clasificación Internacional del Funcionamiento,
 de la Discapacidad y de la Salud 152
 colas de acceso a la atención de salud 137, 138
 colesterol
 disminución de los niveles en la población 97
 factor de riesgo de ECV 93
 medicamentos hipocolesterolemiantes 97
- Colombia
 encuestas domiciliarias 153
 envejecimiento de la población 20
 sistema de seguro de enfermedad 139
 comercio y desarrollo 36-37
 Comisión Mundial para la Certificación
 de la Erradicación de la Poliomielitis 73
 Comisión sobre Macroeconomía y Salud 31, 37, 42, 121
 comorbilidad 153

- comunicaciones electrónicas 82-83, 85, 132
 comunidad, participación en el sistema de atención de salud 140-142
 conductores
 medidas de seguridad 107-108
 vulnerabilidad 107, 108
 véase también tráfico rodado
 Conferencia Internacional sobre la Financiación
 para el Desarrollo, Monterrey, México (2002) 30, 36
 Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo,
 El Cairo, Egipto (1994) 40
 conflictos 69, 121
 Congo, República Democrática del, días nacionales
 de inmunización (DNI) 69
 consumidores, grupos de 99
 consumo de alcohol, factor de riesgo de ECV 93
 consumo de tabaco
 factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares (ECV) 93, 94
 mortalidad relacionada con el 101, 105
 contaminación del aire debida al transporte por carretera 106, 110
 Cooperación económica Asia-Pacífico (CEAP) 84
 cooperación profesional 96
 Corea, República Popular Democrática, libre de poliomielitis 69
 coronavirus, SRAS xiv, 80
 Costa Rica, disminución de la mortalidad en la niñez 11
 Cuba
 mortalidad en la niñez 11
 vacunación antipoliomielítica 65-66
 Cuenta para los desafíos del milenio de los Estados Unidos 37
 cuentas nacionales de salud (CNS) 150-159, *cuadro 5 del Anexo*
 Cumbre del Milenio (2000) 29
 Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible,
 Johanesburgo, Sudáfrica (2002) 30
 curanderos 127
- datos, acopio y análisis 130
 Declaración de Alma-Ata (1978) viii, xvi, 93, 118
 Declaración de Doha 36
 defunción
 certificados de 130
 registros por causas específicas 7
 véase también causas de defunción
 demencia 22
 dependencia del tabaco, tratamiento 104
 Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados
 con el Comercio (ADPIC) 36
 derechos humanos
 salud xi, 40
 y los Objetivos de Desarrollo del Milenio 40
 y VIH/SIDA 57-58
 desarrollo
 nuevo concepto 31
 y salud 31
 desarrollo humano, definición 32
 desigualdades por razón de género
 acceso a la atención de salud 131
 eliminación 31
 en las profesiones sanitarias 87, 123
 mortalidad en la niñez 9
 mortalidad prematura 16
 traumatismos 15, 21-22
 y VIH/SIDA 49, 51, 57
 desigualdades sociales
 e impacto del VIH/SIDA 49
 y uso de drogas inyectables 51
 desnutrición, como causa de defunción en la infancia 12
- deuda, países en desarrollo 36, 37
 Día Mundial de la Salud 108
 diabetes, identificación y manejo 97
 días nacionales de inmunización (DNI) xiv, 66, 68, 72
 dieta *véase* nutrición
 directrices escritas, para los trabajadores sanitarios 127
 discapacidad, por afecciones maternas 16
 discriminación racial y étnica 136, 137
 Djibouti, mortalidad adulta 18
 doble carga de morbilidad x-xi, xiii, 15, 93, 96
 véase también carga de morbilidad
 donantes, no tradicionales 71
 drogas inyectables
 Europa, Región 53, 54
 y VIH/SIDA 51, 59
- Egipto
 encuestas domiciliarias 153
 poliomielitis 68
 embarazo
 reducir los riesgos asociados 35
 véase también afecciones maternas; salud reproductiva
 emergencia sanitaria mundial, VIH/SIDA vii, xiii
 Encuesta Mundial de Salud 131, 152
 Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes 104
 encuestas 149-150
 encuestas de entrevistas, basadas en la población 129
 encuestas domiciliarias 130, 153
 encuestas domiciliarias basadas en la población 130
 encuestas nacionales 129
 enfermedad pulmonar obstructiva crónica 22
 enfermedades cardiovasculares (ECV)
 carga de morbilidad 15, 20
 causas 95
 defunciones prematuras 94
 en los países desarrollados 95, 96
 en los países en desarrollo xv, 22
 enfoques integrales 97
 epidemia xi, 93-100
 estilo de vida, enfermedades relacionadas con el 93
 intervenciones de bajo costo 97
 intervenciones de política 97-100
 prevención y control 97-99
 principales causas de defunción 94
 enfermedades crónicas
 marco de 121
 modelo de atención 121
 enfermedades del adulto, pauta compleja y diversa 23-24
 enfermedades diarreicas, como causa de muerte
 en la infancia 3, 12-13
 enfermedades discapacitantes, no mortales 22-24
 enfermedades musculoesqueléticas 22
 enfermedades no transmisibles
 «doble carga» 93
 carga creciente 20-21
 como causa de defunción 15, 94
 enfermedades relacionadas con el modo de vida occidental 93
 estrategia de prevención y control 98, 99
 factores de riesgo 93, 95, 100
 metas de ingesta de nutrientes 97
 países en desarrollo xv
 políticas de salud pública 96-97
 enfermedades respiratorias crónicas 22
 enfermedades transmisibles
 como causa de defunción de adultos 15

- como causa de defunción en la infancia 12
- erradicación x
- enfermeras
 - alta demanda de 126
 - de atención directa 125
 - provisas de motocicletas en el Senegal 126
- equidad, vigilancia 130-132
- erradicación de la poliomielitis x, xiv, 63-76
 - alianzas 65-66, 72
 - Asia Sudoriental 69
 - finalización 73
 - financiación 70-71
 - función de los líderes políticos en la 66-69
 - infraestructura 75
 - Mediterráneo Oriental, Región 68
 - personal 70-73
 - razones del éxito 74-76
 - recursos financieros y contribuciones en especie 70
- escolarización en la enseñanza primaria 31
- Eslovaquia, encuestas domiciliarias 153
- esperanza de vida
 - África 3
 - ajustada en función del estado de salud (EVAS) 23, 152-153, *cuadro 4 del Anexo*
 - desigualdades ix, x, xii-xiii, 4-5
 - diferencias regionales 13-14
 - índices sintéticos 149
 - tendencias mundiales 3-5
- esperanza de vida ajustada en función del estado de salud (EVAS) 23, 152-153, *cuadro 4 del Anexo*
- estadísticas sanitarias, mejora de la calidad 42
- Estados Unidos de América (EE.UU.)
 - infecciones de transmisión sexual (ITS) 54
 - tasas de mortalidad relacionadas con los vehículos de motor 107
 - VIH/SIDA 50, 54
- estrangulamientos, en el sistema de financiamiento de la salud 135-136
- Estudio de Encuestas multipaíses 152
- estudios de investigación, información sanitaria 129
- Etiopía, prevención de los traumatismos por accidentes de tráfico 108
- Europa (EUR)
 - esperanza de vida 4
 - inmunización contra la poliomielitis 69
 - mortalidad adulta 17
 - registro civil 130
 - SRAS, epidemia 80
 - VIH/SIDA 53, 54
 - véase también* Europa oriental
- Europa oriental
 - esperanza de vida 4, 15, 19
 - morbilidad y tasas de mortalidad xiii, 17, 22
 - mortalidad en la niñez 11, 12
 - Objetivos de Desarrollo del Milenio 38
- exclusión de la atención de salud 137
- factores de riesgo, enfermedades no transmisibles 93, 95
- factores socioeconómicos *véase* pobreza
- Federación de Rusia
 - esperanza de vida para las personas de edad 19
 - uso de drogas inyectables 54
 - VIH/SIDA 52
- Fermín Tenorio, Luis 66
- fibra alimentaria 85
- Fiji, niños fumadores 105
- Filipinas
 - erradicación de la poliomielitis 69
 - mortalidad en la niñez 34
 - niños fumadores 105
 - respuesta al SRAS 82
- Finlandia, subsidios agrícolas 97
- fitoproductos 95
- FMSTM *véase* Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) 42, 66, 108
- Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM) 37, 58, 59
- Foro de Alto Nivel sobre los ODM relacionados con la Salud, la Nutrición y la Población 43
- Francia, muertes relacionadas con la contaminación atmosférica 110
- frutas y verduras en la dieta 95, 97
- fuga de cerebros, nacional e internacional 125-126
- Fujian, provincia de, China 83
- Gabón
 - días nacionales de inmunización (DNI) 69
 - mortalidad en la niñez 11
- Gambia, disminución de la mortalidad en la niñez 11
- gasto del gobierno general en salud 154, 159
- gasto privado en salud 154, 157
- gasto público en salud 154, 158
- gasto sanitario
 - datos 154-159, *cuadro 6 del Anexo*
 - desigualdades regionales 133
 - directo de las familias 122, 124-125, 134-135, 158
 - privado 156, 158
 - público (gobierno) 155, 159
- Georgia, encuestas domiciliarias 153
- Ghana
 - disminución de la mortalidad en la niñez 11
 - estrategia de seguridad vial 109
- Global Public Health Intelligence Network (GPHIN) 82
- globalización económica xi, 100, 123, 142
- GOARN *véase* Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos
- gobierno
 - como garante de la equidad sanitaria 136-142
 - función en el desarrollo de los sistemas de salud 128
 - rectoría del sistema de atención de salud 140-142
- gripe, red de laboratorios de vigilancia 83
- Grupo de Examen Científico Colegiado 153
- Guangdong, China, epidemia de SRAS 80, 83
- Guatemala
 - mortalidad en la niñez 39
 - servicios de atención de salud 126
- Guinea, personal de salud 123
- Haití
 - mortalidad en la niñez 12
 - prevención y atención del VIH/SIDA 54, 56, 58
- Health System in Transition, perfiles de países 118
- hipertensión *véase* tensión arterial, aumento
- honorarios, por prestación de atención de salud 134-135
- huérfanos 35, 53, 54
- Hungría, esperanza de vida en los adultos mayores 19
- ictus *véase* accidentes cerebrovasculares
- impuestos
 - en la financiación de la atención de salud 133-135

- sobre el tabaco 95, 105
- inactividad física 96
- India
 - acceso a la atención de salud 136
 - defunciones prematuras por enfermedades cardiovasculares (ECV) 93
 - desigualdades por razón de género 9
 - encuestas domiciliarias 153
 - mortalidad en la niñez 9, 14
 - muerres por accidentes de tráfico 106
 - Objetivos de Desarrollo del Milenio 33
 - poliomielitis 69, 73
 - Presupuestación Marginal para Estrangulamientos 136
 - registro civil 130
- indicadores, identificación de 42
- índices multifactoriales 30
- Indonesia
 - encuestas domiciliarias 153
 - envejecimiento de la población 20
 - gratificaciones para los médicos 126
 - libre de poliomielitis 69
 - personal de salud 123
- industria tabacalera 104
- infecciones de transmisión sexual (ITS)
 - en los Estados Unidos 54
 - y VIH/SIDA 59
- InfoBase mundial de ENT 100
- información sanitaria
 - basada en la población 129
 - disponibilidad 141
 - fallos 129-133
 - mejoramiento de los sistemas 131-133
 - usos 131
- Informe mundial sobre prevención de los traumatismos
 - por accidentes de tráfico 108
- infraestructura, acceso a Internet 132
- Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis xiv, 71
- Iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres
 - muy endeudados (PPME) 37, 38
- intereses comerciales 99, 101
 - véase también* sector privado
- International Financial Facility 37
- Internet *véase* comunicaciones electrónicas
- InterRed Salud (HIN) 132
 - Iniciativa de Acceso a la Investigación de HIN (HINARI) 132
- intervenciones
 - contra las enfermedades cardiovasculares (ECV) 97-100
 - para reducir la mortalidad en la niñez 33
 - priorización 135
 - vigilancia 131
- inversión insuficiente 34
- inversiones mundiales en salud 121
- Irán, República Islámica del
 - casas de salud 119
 - encuestas domiciliarias 153
- Iraq, reconstrucción del sector de la salud 122
- Islandia, mortalidad en la niñez 8, 9
- Islas del Pacífico, profesionales sanitarios de nivel medio 125
- Islas Marianas Septentrionales, niños fumadores 105
- Islas Tiwi, acceso a la atención sanitaria 137
- Japón
 - esperanza de vida ix, 3, 19
 - financiación para la respuesta contra el SRAS 82
- Jiang Zemin, Presidente 68
- Kenya, envejecimiento de la población 20
- Khayelitsha, programa de antirretrovirales 121
- «Kick Polio Out of Africa», campaña 68
- Kuwait, mortalidad de adultos 18
- lactancia materna 34
- Lesotho, esperanza de vida 17
- Líbano
 - caso de poliomielitis 68
 - encuestas domiciliarias 153
- mala salud mental *véase* afecciones neuropsiquiátricas
- mala salud, efectos económicos 30-31
- malaria, como causa de defunción 3, 13
- Maldivas, libre de poliomielitis 69
- Mali
 - centros de salud de la comunidad 136
 - Presupuestación Marginal para Estrangulamientos 136
- Mandela, Nelson, Presidente 68
- mapache, perro 80
- Mauricio, disminución de los niveles de colesterol
 - en la población 97
- Mauritania, Presupuestación Marginal para Estrangulamientos 136
- mecanismos de financiación, decisiones de política 133-134
- Médicos Sin Fronteras 121
- medicamentos
 - acceso 37
 - esenciales 36, 40
 - garantía de calidad 41
- médicos ayudantes 125
- medio ambiente, cuestiones relacionadas con el xii, 31, 106, 110
- Mediterráneo Oriental, Región (EMR)
 - erradicación de la poliomielitis 68, 69
 - esperanza de vida 4
 - mortalidad adulta 18
 - mortalidad en la niñez 10, 12
- método progresivo de vigilancia (PASOS) 100
- México
 - atención del VIH/SIDA 56
 - encuestas domiciliarias 153
 - información sanitaria 141
 - prevención de los traumatismos por accidentes de tráfico 108
- ministerios de salud, responsabilidades 141
- morbilidad, medición inadecuada 130
- mortalidad, pautas mundiales 5-7
- mortalidad de adultos
 - África subsahariana xiii
 - cambios mundiales 14-15
 - desigualdades 17-18
 - medición inadecuada 129-130
 - países en desarrollo 7
 - tendencias 17, 147-148
- mortalidad en la niñez 8-14
 - África 3
 - América Latina 39
 - cambios regionales 10-12
 - causas de defunción 12-14
 - como indicador del desarrollo 33-34
 - desigualdades vii, 8-12, 11
 - diferencias entre los sexos 9
 - diferencias socioeconómicas 9-10
 - intervenciones de bajo costo 34
 - niveles y tendencias 147-148
 - Objetivos de Desarrollo del Milenio 33

- países en desarrollo vii, xii, 7, 11
VIH/SIDA 11
- mortalidad materna
desigualdades 34-35, 35
países en desarrollo 16
- mortalidad prematura
diferencias por razón de género 17
variaciones regionales 17-18
véase también mortalidad de adultos; mortalidad en la niñez
- Mozambique, *técnicos de cirugía* 125
- muestras de población, sistemas de registro por 130, 149-150
- muestreo basado en encuestas 130
- Myanmar, libre de poliomielitis 69
- Naciones Unidas
Asamblea General 108
Carta xi
Declaración del Milenio 29
Departamento de Asuntos Económicos y Sociales 108
División de Población 42, 149
equipos en los países 42
Marco de Asistencia para el Desarrollo 43
Objetivos de Desarrollo del Milenio *véase* Objetivos de Desarrollo del Milenio
Plan de Acción del Milenio 132
Programa de Desarrollo 30, 42, 108
Relator Especial sobre el derecho a la salud 40
Sistema de cuentas nacionales (SCN93) 154
- neonatos, supervivencia 11
- Nepal
desigualdades por razón de género en la mortalidad en la niñez 9
libre de poliomielitis 69
- neumonía *véase* afecciones de las vías respiratorias inferiores
- Nicaragua, disminución de la mortalidad en la niñez 11-12
- Níger
acceso a la atención de salud 137
mortalidad en la niñez y pobreza 10
- Nigeria
carga de poliomielitis 73
encuestas domiciliarias 153
- normas mundiales para los productos con repercusión en la salud 99
- notificación, rápida y transparente 85, 86
- Nueva Zelanda
acceso a la atención de salud 137
esperanza de vida 3
iniciativas de deshabitación tabáquica 105
- nuevas enfermedades x, xiv-xv
comunicación de los riesgos 87
SRAS 77-89
- nutrición
carencias 22
de las personas infectadas por el VIH/SIDA 59
dieta rica en grasas saturadas, azúcar y sal 95
frutas y verduras frescas 95, 97
metas de ingesta 97
- obesidad, factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares (ECV) 93
- Objetivos de Desarrollo del Milenio
compromiso mundial 43
compromisos de los gobiernos 29-30, 30
en Europa oriental 38
en la práctica 38-40
equidad 39
- estrategia básica 43
interdependientes e interrelacionados 31, 43
metas e indicadores 32, 38, 39
mortalidad materna 58
países donantes 29, 36-37, 44
progresos ix, x, 31, 33-36, 43-44, 44
propiedad nacional 38
relacionados con la salud viii, xiii, 27-45, 38, 41, 117 y la OMS 40-44
y los derechos humanos 40
- Objetivos internacionales de desarrollo 40
- Observatorio de Recursos Humanos en las Reformas del Sector de la Salud 129
- Observatorio Europeo sobre los Sistemas de Atención Sanitaria 118
- Oficina del Censo de los Estados Unidos 149
- Omán, disminución de la mortalidad en la niñez 11
- ONG *véase* organizaciones no gubernamentales
- ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA) 42, 59
- Organización de Ayuda a las Personas con SIDA (TASO) 57
- Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE)
objetivos de desarrollo internacional 30
Sistema de cuentas de salud 154
- Organización de la Unidad Africana (OUA) 68
- Organización Mundial de la Salud (OMS)
colaboración técnica 42, 121, 143
Constitución xi
Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS) xv, 100-102
cooperación con los países 142-143
en la alianza contra la poliomielitis 66
en la prevención de los traumatismos por accidentes de tráfico 108-109
- Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud 99
- fuerza de información sanitaria 42
- función ampliada en relación con el VIH/SIDA 59-60
- función de coordinación 85
- Informe de una reunión consultiva mixta OMS/FAO de expertos en régimen alimentario, nutrición y prevención de las enfermedades crónicas 97
- labor normativa y técnica 41
- nueva manera de trabajar vii, xvi, 143
- Programa Mundial sobre Pruebas Científicas para las Políticas de Salud 149
- Proyecto CHOICE 135
y Objetivos de Desarrollo del Milenio 40-44
- Organización Mundial del Comercio (OMC) 99
Doha, Qatar (2001) 36
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) 68, 129
- organizaciones no gubernamentales
en Bangladesh 139
en el control de las enfermedades cardiovasculares 126-127
en el control del tabaco 102
en las actividades contra el VIH/SIDA 59
sector de la salud 123, 126
- pacientes, apoyo sistemático y derivación 127
- Pacífico Occidental, Región (WPR)
defunciones por cáncer hepático 21
mortalidad en la niñez 11
niños fumadores 105
respuesta al SRAS 82
- países desarrollados

- enfermedades cardiovasculares (ECV) 95, 96
- esperanza de vida 3-4
- medidas de seguridad vial 107
- países donantes
 - apoyo a la erradicación de la poliomielitis 66-69
 - Objetivos de Desarrollo del Milenio 9, 36-37, 43-44
- países en desarrollo
 - antirretrovirales (ARV) terapia con vii, xiii, 51
 - causas de defunción 22, 93
 - deuda 36, 37
 - doble carga de morbilidad xi, 22
 - enfermedades cardiovasculares (ECV) 93
 - enfermedades discapacitantes 22
 - enfermedades no transmisibles xv, 20-21
 - envejecimiento de la población 20
 - esperanza de vida xii
 - mortalidad adulta 7
 - mortalidad en la niñez vii, xii, 7, 11
 - mortalidad materna 16
 - muerres y traumatismos por accidentes de tráfico xv-xvi, 21-22, 106
 - sistemas de atención de salud 122
 - tasas de mortalidad 5-7
- Pakistán
 - desigualdades por razón de género 9
 - mortalidad en la niñez 9, 34
 - poliomielitis 68, 73
- Palau, niños fumadores 105
- Paraguay, personal de salud 123, 124
- parálisis flácida aguda, vigilancia 66, 68, 72
- partos asistidos por personal cualificado 34-35, 123
- pérdida de audición 22
- pérdida de visión 22
- personal sanitario
 - creación de plantillas 128
 - crisis mundial 122-128
 - dimensiones, composición y distribución 123-124
 - discriminación por razón de género 87, 123
 - educación y formación 132
 - formación 124-125
- personas infectadas por el VIH/SIDA 55, 56, 57, 58, 59
 - organizaciones 141
- personas mayores, mortalidad y morbilidad 19
- Perú, disminución de la mortalidad en la niñez 11-12
- planes de seguro de enfermedad 134, 135, 138
- población
 - envejecimiento
 - en los países en desarrollo 20
 - y alta demanda de enfermeras 126
 - y costo de la atención 96
 - reducción de riesgos a nivel de 96
- salud
 - estadísticas 5
 - nivel medio 151
 - tamaño y estructura 135
- poblaciones indígenas, acceso a la atención de salud 137
- pobreza
 - afecciones perinatales 3
 - definición 9
 - e impacto del VIH/SIDA 49
 - efectos adversos del tráfico 110
 - nuevo concepto 30-31
 - reducción x, 30-31, 31
 - y mortalidad en la niñez 8, 8-10
 - y salud 3, 136
 - véase también* desigualdades sociales
- pobreza humana, definición 32
- poliomielitis
 - inmunización en países devastados por guerras 69
 - vigilancia mundial y medios de laboratorio 73
 - zonas endémicas xiv, 67, 73
- poliovirus
 - autóctonos 65
 - contención 74
 - transmisión 73
- Polonia
 - esperanza de vida para las personas de edad 19
 - nutrición 97
 - prevención de los traumatismos por accidentes de tráfico 108
- PPME *véase* Iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (PPME)
- preservativos, uso de 35, 51, 55, 57
- Presupuestación Marginal para Estrangulamientos 136
- privación masiva 136, 139
- profesionales de salud bucodental 105
- profesionales del sexo 54, 55
- profesionales sanitarios *véase* trabajadores sanitarios
- profesiones sanitarias *véase* personal sanitario
- promoción de la salud, sensibilización 97-100
- Proyecto del Milenio 42
- prueba de necesidad 138
- publicaciones médicas y científicas, disponibilidad en línea 132
- Red de Sanimetría 42, 132
- Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN) 82, 83
- reducción del daño, estrategias de 55, 59
- «Reducir los riesgos del embarazo», Iniciativa 35
- Región Administrativa Especial de Hong Kong (China), brote de SRAS 79, 80, 82, 84
- registro civil 7, 130-131, 149-150
 - disparidades regionales 130
- Reglamento Sanitario Internacional 85
- responsabilización 44, 134, 141
- resultados de salud, no mortales 22-24
- Sabin, Albert 65, 70
- salud
 - como derecho humano fundamental xi
 - desigualdades en ix
 - metas e indicadores 39, 132
 - objetivos, nivel nacional y mundial xi-xii y desarrollo 31
 - salud adulta, desigualdades 14-24
 - salud cardiovascular, promoción y protección 95
 - salud de la mujer
 - mejora de la 58
 - véase también* desigualdades por razón de género
 - salud mundial, visión ética xi
 - salud pública
 - competencia por los recursos
 - efecto del SRAS 84
 - estadísticas 130
 - internacional 84, 85
 - salud reproductiva, Objetivos Internacionales de Desarrollo 40
 - sarampión, mortalidad en la niñez 13
 - sector privado
 - en el sistema de salud 120, 123, 128
 - en la emergencia de VIH/SIDA 59
 - véase también* intereses comerciales

- seguridad de la sangre 51, 58
 seguridad vial
 compromiso de los gobiernos 110
 equidad mundial 110
 políticas y prácticas 106
 programas nacionales 108
 responsabilidad en materia de 107
 estrategia de bajo costo 109
- seguridad y salud pública xi
 Senegal, enfermeras provistas de motocicletas 126
 servicios de salud, comercio de 36
 SIDA *véase* VIH/SIDA
 Sierra Leona
 esperanza de vida ix
 inmunización contra la poliomielitis 69
 mortalidad en la niñez 9
- Sihanouk, Rey 68
 sindicatos del sector público 126
 síndrome respiratorio agudo severo *véase* SRAS
 Singapur
 encuestas domiciliarias 153
 mortalidad en la niñez 9
 niños fumadores 105
 respuesta al SRAS 79, 81, 82, 84
- Siria, República Árabe, encuestas domiciliarias 153
 sistema de evaluación común para los países 43
 sistemas de atención de salud *véase* sistemas de salud
 sistemas de información médica 127
 sistemas de respuesta a los traumatismos 109-110
 sistemas de salud
 basados en la atención primaria ix, x, xv, xvi, 118, 120-122
 contabilidad financiera 154, 158
 definición 117
 desarrollo vii
 descentralización 131
 desigualdades x, 136-140
 extensión masiva 74-76, 139
 financiación 133-136
 véase también gasto sanitario
 fortalecimiento xvi, 40, 60, 87, 115-146
 ineficiencia 121
 investigación 142
 marco de evaluación del desempeño 118
 mayores expectativas 119
 mejora de la calidad 128
 modelo para el mejoramiento 127
 organizaciones no gubernamentales 126
 personal de gestión 123, 128
 reforma y descentralización 120, 123
 requisitos mínimos x-xi
 sector privado 120, 123, 128
 trabajo de equipo 125
 y expansión del tratamiento contra el VIH/SIDA 121
 véase también atención primaria de salud
- situación sanitaria mundial, evaluación xii
 sobrepeso *véase* obesidad
 sociedad civil 57, 58, 141
 Somalia, poliomielitis 68, 70
 SRAS
 alertas mundiales 85
 asesoramiento e información 83
 carga para los sistemas de salud 87
 casos en todo el mundo 81, 86
 casos tempranos 79-80
 definición de casos 80
 detección y respuesta 81-84
 impacto económico 84
 lecciones principales xiv, 85-88
 localización y vigilancia de contactos 80, 87
 manejo y estrategias de control 80
 medidas de control 83, 87, 88
 medidas de cribado en aeropuertos 79, 81-84, 86, 87
 nueva enfermedad 77-89
 orígenes y propagación xiv, 80-81
 posible reaparición 84, 88
 respuesta de emergencia e interés de los media 84
 respuesta en la Región del Pacífico Occidental (WPR) 82
 tasa de letalidad 80
 transmisión 80, 83-84
- Sri Lanka, libre de poliomielitis 69
 Sudáfrica
 discriminación por razón de género
 en las profesiones sanitarias 123
 impuestos directos sobre el tabaco 105
 VIH/SIDA
 impacto socioeconómico 53
 prevención y atención 54, 121
- Sudán
 erradicación de la poliomielitis 68
 programa de necesidades básicas en materia de desarrollo 140
- Suecia, esperanza de vida de los adultos mayores 19
 suicidios 21, 22
 Suiza, defunciones relacionadas con la contaminación del aire 110
 Swazilandia, esperanza de vida 17
- tabaco
 consumo creciente 101
 control 101-106
 epidemia mundial xi, xv, 21, 100-105
 impuestos 95, 105
 productos de contrabando/falsificación 101
 deshabitación 98, 104-105
- tablas de mortalidad 131, 135-136, *cuadro 1 del Anexo*
- Tailandia
 acceso a la atención de salud 138
 actividades de prevención del VIH/SIDA 55
 advertencias sanitarias en los paquetes de cigarrillos 103
 envejecimiento de la población 20
 Foros Nacionales para la reforma de la atención sanitaria 141
 Fundación de Consumidores 141
 libre de poliomielitis 69
- Taiwán, China, SRAS 84, 85
 Tanzania, República Unida de
 falta de personal de salud 123
 registro civil 7
 tasas de mortalidad por accidentes cerebrovasculares 94
- técnicas demográficas 150
técnicos de cirugía, en Mozambique 112
 tensión arterial
 aumento de, factor de riesgo de ECV 96
 medicamentos para la 97
- terapia de sustitución nicotínica, productos 105
 terrorismo, riesgo de ataques 73, 85, 87
 tétanos, mortalidad en la niñez 12
 trabajadores sanitarios
 cooperación 96
 incentivos financieros y no financieros 126, 128
 instrumentos de apoyo a las decisiones 127
 mejora de la productividad 126, 127
 migración 125-127

- profesionales de nivel medio 125
- riesgo de SRAS 83, 87
- tráfico rodado
 - crecimiento xv
 - efectos adversos en zonas urbanas 110
 - ruido 110
- tráfico, traumatismos por accidentes de causa destacada de morbilidad 21
- concientización política 108
- costo económico mundial 106
- diferencias por razón de género 21-22
- epidemia 106-111
- epidemia oculta xi, xv-xvi
- prevención 107, 108, 109
- vigilancia e investigación 109
- véase también* traumatismos
- transición sanitaria, pautas regionales 15
- trastornos depresivos
 - causa principal de morbilidad 16
 - véase también* afecciones neuropsiquiátricas
- traumatismos
 - aumento xii, xiv
 - carga de morbilidad en hombres jóvenes 21-22
 - como causa de defunción 15, 19
 - desigualdades por razón de género 15, 22
 - intencionales 22
- «tres millones para 2005», meta de terapia antirretroviral vii, xiii, 50, 60, 117, 121
- tuberculosis
 - causa principal de muerte 49
 - en los países africanos 51
 - epidemias en prisiones 52
 - infección oportunista 58
 - medicamentos, garantía de calidad 40
- Turquía
 - acceso a la atención de salud 137, 138
 - encuestas domiciliarias 153
- Ucrania
 - uso de drogas inyectables 54
 - VIH/SIDA 52
- Uganda
 - eliminación de los honorarios pagados por los usuarios 135
 - Objetivos de Desarrollo del Milenio 32
 - prevención y atención del VIH/SIDA 57
- Urbani, Dr. Carlo 84
- Uzbekistán, privación de atención de salud 137-138
- vacuna antipoliomielítica oral (OPV) 65
- viajeros
 - asesoramiento 80, 83, 86, 87
 - cribado en los aeropuertos 79, 81-84, 86, 87
- Viet Nam
 - brote de SRAS 79, 82, 83, 84
 - prevención de los traumatismos por accidentes de tráfico 108
- VIH/SIDA
 - África xii, 3, 35, 51, 53
 - antecedentes de la epidemia 50-53
 - asesoramiento y pruebas voluntarias 55, 58
 - Asia 52
 - brecha de resultados xiii, 49-50
 - carga de morbilidad 14, 19
 - desestigmatización 55
 - efecto en la esperanza de vida y la discapacidad 17, 22
 - emergencia sanitaria mundial vii, ix, 35, 49, 59-61
 - enfoque basado en los derechos humanos 57-58
 - epidemiología 50-53
 - equidad en la prevención y atención 54
 - Europa, Región 53
 - factores socioeconómicos 53, 54
 - función ampliada de la OMS 59-60
 - huérfanos 35, 53, 54
 - impacto en la seguridad xi
 - mortalidad x, 3, 19, 49
 - mortalidad en la niñez 10, 12-13
 - personas afectadas por el 55, 56, 57, 58, 59, 140
 - políticas de control 58-59
 - prevención y atención xiii, 47-62, 53-54, 55-57
 - tendencias en EE.UU. 50
 - transmisión 35, 50, 51, 54, 58
 - tratamiento
 - en el entorno de la atención primaria 121
 - en los entornos de recursos escasos 56
 - extensión masiva ix, 127
 - variaciones locales y subepidemias 53, 54, 58-59
 - véase también* antirretrovirales (ARV)
 - violencia *véase* conflictos; traumatismos
 - vitamina A, administración de suplementos 72
 - voluntarios
 - en la ampliación del acceso a la atención primaria 127
 - en la erradicación de la poliomielitis xiv, 65, 66, 70, 71
 - en las iniciativas de control de enfermedades 75
- Zimbabwe, mortalidad de adultos y esperanza de vida 17