



El mundo ha llegado a un momento crucial en la historia del VIH/SIDA, y tiene ahora una ocasión sin precedentes para modificar el rumbo de esa historia. El mensaje más importante del último *Informe sobre la salud en el mundo* es que la comunidad internacional tiene hoy la oportunidad de cambiar la historia de la salud durante generaciones y de abrir la puerta a una mejor salud para todos.

Frenar el VIH/SIDA constituye el reto de salud pública que con más urgencia debe afrontar la humanidad. Desconocida hace apenas un cuarto de siglo, esta enfermedad es hoy la principal causa de defunción entre los adultos jóvenes en todo el mundo. Más de 20 millones de personas han fallecido como consecuencia, y se estima que el número de seropositivos asciende a 34–46 millones. Por ahora no disponemos de ninguna vacuna contra la enfermedad, ni tampoco de tratamiento alguno que la cure.

El *Informe sobre la salud en el mundo 2004 – Cambiemos el rumbo de la historia*, publicado por la Organización Mundial de la Salud, propugna una estrategia amplia contra el VIH/SIDA que vincule la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo prolongado. Hasta ahora, el tratamiento ha sido el componente más desatendido en la mayoría de los países en desarrollo: casi seis millones de personas morirán en un futuro próximo en esos países si no reciben tratamiento, pero sólo unas 400 000 estaban recibéndolo en 2003.

La OMS y sus asociados han declarado esa brecha terapéutica una emergencia mundial y han lanzado una iniciativa destinada a suministrar tratamiento antirretroviral a tres millones de personas de los países en desarrollo para el final de 2005, en lo que constituye uno de los más ambiciosos proyectos de salud pública jamás concebidos. Este informe muestra cómo se puede lograr tal cosa, pero además se interna más allá de 2005 para explicar de qué manera las organizaciones internacionales, los gobiernos nacionales, el sector privado y las comunidades pueden combinar sus peculiares capacidades y, simultáneamente, reforzar los sistemas de salud en beneficio sostenible de todos.

Ilustrado con fotografías de personas cuyas vidas se han visto profundamente afectadas por la pandemia mundial, el *Informe sobre la salud en el mundo 2004* constituye una lectura esencial para todos los interesados política, profesional o personalmente en la salud.

Informe sobre la salud en el mundo 2004

cambiemos el rumbo de la historia



OMS

Informe sobre la salud
en el mundo 2004

cambiemos
el rumbo
de la historia



Organización Mundial de la Salud



ISBN 92 4 356265 7



9 788243 562650

Informe sobre la salud
en el mundo 2004

cambiamos
el rumbo
de la historia



Organización Mundial de la Salud





índice

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Organización Mundial de la Salud.

Informe sobre la salud en el mundo 2004 - Cambiemos el rumbo de la historia.

1. Salud mundial - tendencias 2. Infecciones por VIH - terapia 3. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida - terapia 4. Agentes antirretrovirales 5. Prestación de atención de salud - organización y administración 6. Organización Mundial de la Salud I. Título II. Título: Cambiemos el rumbo de la historia.

ISBN 92 4 356265 7 (Clasificación NLM: WA 540.1)
ISSN 1020-6760

© Organización Mundial de la Salud

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; e-mail: 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 comerciales - deben dirigirse a la Oficina de Publicaciones, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; e-mail: 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:

Informe sobre la salud en el mundo

Organización Mundial de la Salud

1211 Ginebra 27, Suiza

Fax: +41 22 791 4870

E-mail: whr@who.int

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), Robert Beaglehole (Redactor Jefe), Jim Kim (Asesor Especial del Director General) y Paulo Teixeira (Director, VIH/SIDA). Los principales autores son Robert Beaglehole, Alec Irwin y Thomson Prentice.

Los otros colaboradores principales son: *Capítulo 1*: Ties Boerma, Jean-Paul Moatti, Alex de Waal y Tony Waddell. *Capítulo 2*: Jhoney Barcarolo, Alex Capron, Charles Gilks, Alaka Singh y Marco Vitoria. *Capítulo 3*: Hedwig Goede, Ian Grubb y Stephanie Nixon. *Capítulo 4*: David Evans, Neelam Sekhri, Phyllida Travis y Mark Wheeler. *Capítulo 5*: Don Berwick, Michel Kazatchkine e Yves Souteyrand.

Otros colaboradores que también han intervenido son: Christopher Bailey, Michel Beusenber, Boakye Boatin, Andrew Boule, Guy Carrin, David Coetzee, Francois Dabis, Betina Durovni, Dominique Egger, Paula Fujiwara, Claudia Garcia-Moreno, Eric Goemaere, Peter Graaf, Raj Gupta, Kate Hankins, Kai Kawabata, Wayne Koff, Michael Lederman, Ying-Ru Lo, Naisiadet Mason, Kedar Mate, J. P. Narain, Carla Obermeyer, Amolo Okero, Catherine Orrell, Andreas Reis, Peter Reiss, Alan Stone, Tessa Tantorres, Kate Taylor, Roger Teck y David Walton.

Han contribuido a preparar los cuadros estadísticos las siguientes personas: Carla Abou-Zahr, Prerna Banati, Steve Begg, Christina Bernard, Ana Betran, Maureen Birmingham, Daniel Bleed, Monika Blössner, Anthony Burton, Laurent Chenet, Christopher Dye, Charu Garg, Peter Ghys, Patricia Hernández, Mehran Hosseini, Jose Hueb, Chandika Indikadahena, Mie Inoue, Peter Jackson, Doris Ma Fat, Colin Mathers, Sumi Mehta, John Miller, Bernard Nahlen, Mercedes de Onis, Richard Poe, Leonel Pontes, Jean-Pierre Poullier, Nathalie Proust, Eva Rehfuess, Kenji Shibuya, Karen Stanecki, Michel Thieren, Niels Tomijima, Nathalie Van de Maele, Catherine Watt 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 y Leo Vita-Finzi. Shelagh Probst se ocupó de coordinar las traducciones y de 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. La versión para la web y para otros medios electrónicos es obra de Gael Kernen. Las fotografías y el kit para los medios de comunicación han sido preparados bajo la coordinación de Gary Walker. Marie Fitzsimmons realizó la corrección de pruebas. El índice alfabético fue preparado por Kathleen Lyle.

Diseño: Reda Sadki

Maqueta: Steve Ewart, Sue Hobbs y Reda Sadki

Coordinación de la impresión: Keith Wynn

Impreso en Francia

2004/15763 – Sadag – 2500

Mensaje del Director General

ix

Panorama general

xi

Una oportunidad para cambiar el curso de la historia

xii

Por qué hay que extender masivamente el acceso al tratamiento

xiii

Extender el acceso al tratamiento

xiv

Hacia la Salud para Todos

xv

Resumen de los capítulos

xvi

Capítulo 1

Ante una emergencia mundial, una respuesta combinada

1

La situación mundial

1

La desigual propagación del VIH

3

Aumento de la mortalidad y disminución de la esperanza de vida

5

Una interacción mortal: el VIH/SIDA y otras enfermedades

7

La brecha terapéutica del SIDA

8

Consecuencias humanas, sociales y económicas

8

Un mayor riesgo para las mujeres

9

Una amenaza económica subestimada

9

La amenaza del colapso institucional

11

Prevención, atención y apoyo: estrategias para el cambio

12

Prevenir la transmisión sexual del VIH

12

Romper los vínculos con otras infecciones de transmisión sexual

13

Prevenir la infección en lactantes y niños

13

Mitigar el daño entre los consumidores de drogas por vía parenteral

15

Prevenir la transmisión en el ámbito de la atención sanitaria

16

Asesoramiento y pruebas

17

Capítulo 2	
La iniciativa de tratamiento	21
Extensión masiva del tratamiento: argumentos de salud pública	23
Extensión masiva del tratamiento: argumentos económicos y sociales	24
La estrategia «3 por 5»	25
La creación de alianzas, crucial para obtener resultados	26
Un nuevo enfoque práctico de la dispensación de tratamiento	27
Actuar ahora para prevenir el importante problema de la resistencia a los antirretrovirales	30
Costos de la meta de la iniciativa «3 por 5»	31
Los países, en la vanguardia de las actividades	33
China	34
India	34
Kenya	36
Tailandia	36
Zambia	36
Políticas éticas para el tratamiento	37
Poner la iniciativa «3 por 5» al servicio de los pobres y los marginados	39
Después de 2005	40
Capítulo 3	
Participación de la comunidad: sensibilización y acción	45
Participación de la comunidad en la salud pública	47
La sociedad civil responde a la tragedia del SIDA	48
La fuerza de un enfoque basado en los derechos humanos	49
La sociedad civil y la expansión del tratamiento	51
Pasar de la sensibilización a la prestación de servicios	52
Intervención de los agentes de salud comunitarios en el tratamiento	56
Potenciación del papel de la comunidad y salud pública: forjar el futuro	58
Capítulo 4	
Cómo reforzar los sistemas de salud	63
Invertir en el cambio	64
Más allá del sector público	65
Contribución del sector empresarial	65
Liderazgo para el cambio	66
Sistemas de información sanitaria	68
Vigilancia de la iniciativa «3 por 5»	68
Prestación de servicios	70
Recursos de los sistemas de salud	71
La crisis de recursos humanos	71
Soluciones sistémicas para la crisis de recursos humanos	72
Cuestiones relacionadas con la financiación	73
Estar a la altura del desafío: esperanza para el futuro	78

Capítulo 5	
Compartir las investigaciones y los conocimientos	81
Investigación en prevención	82
Vincular la prevención al acceso al tratamiento	82
Prevenir la transmisión de la madre al niño	84
Proteger a las mujeres con microbicidas	85
Investigación en vacunas	85
Investigación en tratamiento	86
Apoyo al cumplimiento terapéutico prolongado	86
El problema de la toxicidad	87
Prevención de la farmacoresistencia	88
Desarrollo de nuevos fármacos y estrategias	88
La lucha combinada contra la tuberculosis y el VIH/SIDA	89
Investigaciones operativas	89
Aspectos económicos	91
Análisis de políticas sanitarias	91
Cuestiones relacionadas con la equidad	93
Colaboración internacional	93
Compartir los conocimientos	95
Conclusión	99
Anexo estadístico	101
Notas explicativas	101
Cuadro 1	
Indicadores básicos de todos los Estados Miembros	124
Cuadro 2	
Defunciones por causas, sexo y estratos de mortalidad en las regiones de la OMS, estimaciones para 2002	132
Cuadro 3	
Carga de morbilidad expresada como AVAD por causas, sexo y estratos de mortalidad en las regiones de la OMS, estimaciones para 2002	138
Cuadro 4	
Esperanza de vida sana (EVAS) en todos los Estados Miembros, estimaciones para 2002	144
Cuadro 5	
Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud: mediciones del gasto sanitario, 1997–2001	148
Cuadro 6	
Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud: mediciones del gasto sanitario per cápita, 1997–2001	156
Cuadro 7	
Objetivos de Desarrollo del Milenio: algunos indicadores sanitarios, todos los Estados Miembros de la OMS, 2000 (salvo que se indique otra cosa)	160

Lista de Estados Miembros por regiones de la OMS y estratos de mortalidad	168
Índice alfabético	171
Figuras	
Figura 1.1 Número estimado de adultos infectados por el VIH, por regiones de la OMS, 1980–2003	2
Figura 1.2 Prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas atendidas en consultorios prenatales en distintas zonas del África subsahariana, 1997–2002	4
Figura 1.3 Tendencias de la esperanza de vida en el África subsahariana y en algunos países, 1970–2010	6
Figura 1.4 Esperanza de vida en África con y sin VIH/SIDA, 2002	7
Figura 2.1 Cobertura mundial estimada con tratamiento antirretroviral, finales de 2003	22
Figura 2.2 Costos previstos de la iniciativa «3 por 5» (total: US\$ 5500 millones), 2004–2005	32
Figura 4.1 Defunciones por VIH/SIDA entre el personal sanitario en Malawi, 1990–2000	71
Recuadros	
Recuadro 1.1 Impacto del VIH/SIDA en los Objetivos de Desarrollo del Milenio	3
Recuadro 1.2 Estimaciones del VIH y encuestas poblacionales	5
Recuadro 1.3 La prevención y el tratamiento en el Brasil y las Bahamas	13
Recuadro 1.4 Camboya y Tailandia – éxitos y retos	14
Recuadro 2.1 Freno a la propagación del VIH/SIDA en el Brasil	23
Recuadro 2.2 Garantizar el suministro de medicamentos a los países en desarrollo	26
Recuadro 2.3 El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria	28
Recuadro 2.4 Tratamiento antirretroviral gratuito en Barbados	29
Recuadro 2.5 Fármacos asiáticos en ayuda de los pacientes africanos	35

Recuadro 2.6 Garantizar la igualdad de acceso para hombres y mujeres	39
Recuadro 2.7 Llegar a los pobres en Río de Janeiro	40
Recuadro 3.1 La Sociedad de Mujeres contra el SIDA en África	47
Recuadro 3.2 Papel de las organizaciones confesionales	49
Recuadro 3.3 El éxito de un esfuerzo comunitario en Suriname	50
Recuadro 3.4 Alianzas para ofrecer tratamiento en Uganda	52
Recuadro 3.5 Aprovechamiento de la experiencia de personas afectadas por el VIH/SIDA – el caso de Hellen	56
Recuadro 4.1 Terapia antirretroviral en la provincia sudafricana de Cabo Oeste	66
Recuadro 4.2 Concesión de incentivos al personal de salud en Malawi	72
Recuadro 4.3 Acceso universal a la terapia antirretroviral en el Brasil	74
Recuadro 4.4 Nuevas fuentes internacionales de financiación	75
Recuadro 4.5 Reforma del sistema de financiación de la salud en Kenya	77
Recuadro 5.1 Aprendizaje práctico: la agenda de investigaciones operativas	90
Recuadro 5.2 Formación de alianzas para combatir las enfermedades	94

mensaje del director general



Vivimos una época que brinda oportunidades sin precedentes para la salud. A pesar de las muchas dificultades, la tecnología ha posibilitado importantes avances y las inversiones internacionales en salud han empezado por fin a fluir. La mayor parte de los nuevos fondos están destinados a la lucha contra el VIH/SIDA. Ello supone una mejora largo tiempo esperada de las posibilidades de controlar la peor epidemia mundial surgida en varios siglos. La responsabilidad de la OMS y de sus asociados en esta iniciativa estriba en garantizar que esos fondos adicionales se usen de manera que permitan a los países no sólo combatir el VIH/SIDA sino también, al mismo tiempo, fortalecer sus sistemas de salud. Para combatir el VIH/SIDA es necesario desplegar toda una gama de actividades económicas, sociales y técnicas. Un papel fundamental de la OMS dentro de ese abanico de actividades consiste en colaborar con los países a fin de desarrollar los sistemas necesarios para facilitar tratamiento. Extendiendo la cobertura de terapia antirretroviral, se ayudará a los países a imprimir eficacia a sus sistemas de suministro de atención crónica, lo que ampliará su capacidad para atender las necesidades sanitarias de la población a largo plazo.

La iniciativa de ofrecer acceso a la terapia antirretroviral a tres millones de personas para el final de 2005 (conocida como «3 por 5») tiene por objeto acelerar ese proceso. La iniciativa contempla nuevos mecanismos para alcanzar los objetivos por los que la OMS ha estado trabajando desde su creación hace 56 años. Es mucho lo que está en juego, pero extender rápidamente el tratamiento antirretroviral constituye una empresa de gran alcance y hartamente compleja y difícil, una empresa que, sin duda, no puede ser asumida por un solo organismo que trabaje aisladamente. Para acometer una tarea de ese calibre es imprescindible formar alianzas. Y para lograr que éstas funcionen es necesario mucho compromiso, buena voluntad y talento por parte de todos los implicados. La fuerza de la iniciativa radica en los numerosos asociados que cuentan con todas esas bazas de forma masiva, y esperamos que se unan a ellos muchos más. Pero soy también muy consciente del riesgo que asumimos, nosotros y nuestros asociados, al adherirnos a la iniciativa «tres millones para 2005». Personalmente, tenía el firme convencimiento de que necesitábamos un objetivo que, ambicioso y sujeto a un plazo, cambiase nuestra forma de trabajar. Es la mejor manera de retornos a hacer la contribución que como OMS nos corresponde en el esfuerzo mundial de lucha contra el VIH/SIDA. Las futuras generaciones juzgarán en gran medida nuestra época por la respuesta que logremos articular ante la pandemia de SIDA. Afrontando el problema con determinación estaremos construyendo al mismo tiempo sistemas de salud capaces de atender las necesidades sanitarias de hoy y de mañana, en la línea de los progresos hacia la Salud para Todos. Se trata de una oportunidad histórica que no podemos desaprovechar.

LEE Jong-wook
Director General
Organización Mundial de la Salud
Ginebra, mayo de 2004



panorama general



David Walton/Partners In Health

Las dos fotografías de la página opuesta muestran el cambio que está experimentando el curso de la historia del VIH/SIDA. Son instantáneas del pasado y el presente, y un vívido ejemplo de cómo, hoy día, unos programas de tratamiento innovadores no sólo están salvando vidas, sino también ayudando a reforzar unos sistemas sanitarios sobre los cuales construir un futuro más esperanzador.

Joseph Jeune es un campesino de 26 años de Lascahobas, una pequeña población del centro de Haití. Cuando se tomó la primera fotografía, en marzo de 2003, los padres ya habían comprado su ataúd. A Joseph Jeune, que padece SIDA en fase avanzada, probablemente le quedaban apenas unas semanas de vida. La segunda fotografía, tomada seis meses después, lo muestra con 20 kilos más y transformado tras recibir tratamiento para la coinfección de VIH/SIDA y tuberculosis.

En el mundo hay millones de personas como Joseph Jeune. El tratamiento del VIH/SIDA sigue quedando fuera del alcance de la mayoría de ellos, pero Joseph es la prueba de lo que puede lograrse. Recibe tratamiento en la pequeña clínica de su ciudad natal. Los programas de tratamiento del VIH/SIDA y la tuberculosis que esta clínica dispensa forman parte de una iniciativa más amplia para reforzar la infraestructura del servicio sanitario en gran parte de la meseta central de Haití. En ella participan organizaciones no gubernamentales, el sector público y las comunidades, con un importante apoyo del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Tomando el tratamiento antirretroviral como punto de acceso, el programa está desarrollando la atención primaria en comunidades que abarcan una población total que ronda las 260 000 personas. Lo logra mediante un mejor sistema de adquisición y gestión de medicamentos, la expansión del asesoramiento y las pruebas del VIH, mayores salarios para el personal sanitario local y la formación de numerosos agentes de salud comunitarios. Los consultorios de atención primaria se han renovado, reaprovisionado con medicamentos esenciales y dotado de nuevo personal. Están recibiendo diariamente hasta 10 veces más pacientes que antes del proyecto para dispensarles atención médica general.

El *Informe sobre la salud en el mundo 2004* muestra cómo proyectos de este tipo pueden llevar el tratamiento médico que salvó a Joseph Jeune hasta millones de personas de países de ingresos bajos y medios y, lo que es muy importante, muestra también que estos esfuerzos pueden propiciar mejoras en los sistemas sanitarios.

Combatir eficazmente el VIH/SIDA es el reto de salud pública más urgente en el mundo. La enfermedad ha matado ya a más de 20 millones de personas, y se estima que la cifra actual de seropositivos está comprendida entre 34 y 46 millones. En 2003, tres millones de personas murieron y cinco millones se infectaron. El VIH/SIDA, desconocido hace un cuarto de siglo, es ahora la principal causa mundial de muerte y de años perdidos de vida productiva entre los adultos de 15 a 59 años.

Una estrategia integral de lucha contra el VIH/SIDA aúna la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo a las personas seropositivas. Hasta hoy, el tratamiento ha sido el elemento más desatendido en la mayoría de los países en desarrollo. Sin embargo, de todas las intervenciones posibles relacionadas con el VIH, es la que puede impulsar con mayor eficacia el fortalecimiento de los sistemas sanitarios y permitir así a los países pobres proteger a sus habitantes de una amplia gama de amenazas para la salud. Este informe muestra cómo las organizaciones internacionales, los gobiernos nacionales, el sector privado y las comunidades pueden combinar sus respectivos puntos fuertes para extender el tratamiento del VIH/SIDA, reforzar la prevención y robustecer los sistemas de salud en algunos de los países en los que son más precarios, en beneficio de todos a largo plazo.

Casi seis millones de personas del mundo en desarrollo morirán en un futuro próximo si no reciben tratamiento, pero en 2003 sólo se les estaba dispensando a 400 000. En septiembre de ese mismo año, la OMS, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y el Fondo Mundial declararon que la falta de acceso al tratamiento del SIDA con antirretrovirales constituye una emergencia sanitaria mundial. En respuesta a ella, estas organizaciones y sus asociados presentaron una iniciativa para proporcionar tratamiento antirretroviral a tres millones de enfermos de países en desarrollo para el final de 2005: es la iniciativa «3 por 5», uno de los proyectos de salud pública más ambiciosos jamás concebidos.

UNA OPORTUNIDAD PARA CAMBIAR EL CURSO DE LA HISTORIA

Las campañas de sensibilización de la OMS y sus asociados en pro de una mayor inversión mundial en salud han empezado a dar fruto. Dicha inversión está aumentando, ya sea en forma de ayuda oficial al desarrollo o mediante otras fórmulas. La mayor parte de los nuevos recursos se destinan al VIH/SIDA, lo que, unido a la necesidad urgente de atajar la pandemia, hace de esta enfermedad el principal campo de batalla de la salud pública mundial. Esa circunstancia brinda a los países la oportunidad de obtener beneficios adicionales en ese ámbito. Surge así la ocasión de invertir estos recursos de manera que se salven millones de vidas gracias al tratamiento, se refuerce la respuesta integral al VIH/SIDA y se robustezcan algunos de los sistemas sanitarios más frágiles del mundo.

Dispensar antirretrovirales a tres millones de personas en los países en desarrollo para el final de 2005 es un paso en el camino hacia el acceso al tratamiento antirretroviral y la atención del VIH/SIDA para todos los que lo necesiten, objetivo que desborda con mucho la capacidad de cualquier organización aislada. Sin embargo, puede lograrse mediante una colaboración que aúne las capacidades de muchos asociados. La iniciativa de tratamiento no sólo es importante para hacer frente a una grave crisis sanitaria; también lo es porque está desarrollando unos innovadores mecanismos de colaboración en materia de salud que vinculan a gobiernos nacionales, organizaciones internacionales, interesados del sector privado, grupos de la sociedad civil y comunidades. Si se establecen unas alianzas eficaces en el marco de la iniciativa, se impulsarán otras áreas de actividad de la salud mundial.

La iniciativa adapta enseñanzas de programas de lucha contra el VIH/SIDA de países desarrollados y se basa en lo conseguido por países en desarrollo como Botswana, el Brasil, el Senegal y Tailandia en materia de extensión masiva del tratamiento antirretroviral. El hecho de que crezca el número de alianzas eficaces significa que ningún país tendrá que afrontar solo el reto de extender el tratamiento antirretroviral. El ONUSIDA lleva casi una década manteniendo el VIH/SIDA en el primer plano de la conciencia mundial y ha luchado por que se reconozca que sólo una respuesta excepcional puede estar a la altura de ese reto. Bajo su liderazgo, el sistema de las Naciones Unidas al completo ha asumido sus mismas responsabilidades. La creación del Fondo Mundial ha impulsado la colaboración entre los gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las comunidades afectadas. El Banco Mundial ha aportado innovaciones, y se le han sumado la Unión Europea, iniciativas bilaterales como el Plan de Emergencia de la Presidencia de los Estados Unidos para la Mitigación del SIDA, y las cuantiosas contribuciones de algunos gobiernos y fundaciones privadas, como la Fundación Bill y Melinda Gates y la William J. Clinton Foundation. Cabe citar también algunas iniciativas nuevas e ingeniosas de cooperación técnica, como el hermanamiento de hospitales a través del Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau (ESTHER), iniciado por el Gobierno francés y apoyado ahora por España, Italia, Luxemburgo y otros asociados.

El éxito de la extensión del tratamiento del VIH/SIDA depende de la participación de la sociedad civil. Sin la movilización de las organizaciones activistas y comunidades, el tributo del VIH/SIDA en el último cuarto de siglo habría sido mucho mayor. El impulso para extender masivamente el tratamiento antirretroviral debe mucho a esos activistas y a sus continuas acciones de sensibilización a nivel local, nacional y mundial, así como a organizaciones no gubernamentales como Médicos Sin Fronteras y Partners In Health—Zanmi Lasante, que han demostrado al mundo que es factible dispensar tratamiento antirretroviral en los entornos más pobres. Este informe muestra el compromiso de la OMS de colaborar estrechamente con las autoridades sanitarias nacionales, el sector privado, los dispensadores no gubernamentales, organizaciones comunitarias y otros actores en la aplicación de programas integrales de lucha contra el VIH/SIDA sobre el terreno.

POR QUÉ HAY QUE EXTENDER MASIVAMENTE EL ACCESO AL TRATAMIENTO

Se han subestimado gravemente los costos económicos y sociales del VIH/SIDA a largo plazo en muchos países. En la actualidad, proyecciones más precisas auguran que algunos países del África subsahariana se enfrentarán al colapso económico si no logran controlar sus epidemias, sobre todo porque el VIH/SIDA debilita y mata a adultos que, como Joseph Jeune, están en la flor de la vida. Los datos del presente informe y del próximo *Informe mundial* del ONUSIDA y la OMS confirman que la devastación social que causa la epidemia sigue aumentando. Es vital reforzar la prevención para proteger a las generaciones futuras, pero también lo es extender el tratamiento antirretroviral para salvaguardar la estabilidad y la seguridad de las comunidades, los países y las regiones, así como para fortalecer los cimientos del desarrollo futuro.

Dada su especial responsabilidad dentro de la familia de copatrocinadores del ONUSIDA, la OMS debe afrontar el hecho de que, habiendo un tratamiento eficaz, no se haya puesto a disposición de los millones de personas que lo necesitan con urgencia. La Constitución de la OMS encarga a ésta que luche por la materialización universal del derecho a la salud: «alcanzar para todos los pueblos el grado más alto

posible de salud». Para quienes necesitan tratamiento contra el VIH/SIDA, la materialización de ese derecho pasa por el acceso a los antirretrovirales.

EXTENDER EL ACCESO AL TRATAMIENTO

El informe explica que la iniciativa de tratamiento se basa en los puntos fuertes de los respectivos participantes multilaterales, nacionales y locales, explotando el efecto motivador de una meta sujeta a un calendario.

Entre la declaración de emergencia mundial realizada en septiembre de 2003 y el final de febrero de 2004, más de 40 países de entre los más castigados por el VIH/SIDA se comprometieron a extender rápidamente el acceso al tratamiento y solicitaron cooperación técnica para elaborar y aplicar programas ampliados. La OMS y sus asociados han trabajado estrechamente con funcionarios de salud, dispensadores de tratamiento, organizaciones comunitarias y otros interesados directos de los países para revisar las metas terapéuticas, trazar planes nacionales de extensión del tratamiento y ponerlos en práctica. En países como Kenya, la República Unida de Tanzania y Zambia, la OMS está creando lazos con socios bilaterales clave para desarrollar un enfoque racionalizado y orientado a metas que maximizará la eficiencia bajo un liderazgo nacional bien definido. El compromiso político y la propiedad nacional de los programas son fundamentales. Los mecanismos racionalizados de financiación que ha elaborado el Fondo Mundial están permitiendo a muchos países acceder a fondos y extender los programas con más rapidez.

Cuando lleguen los nuevos fondos, los recursos técnicos y humanos deberán estar preparados para garantizar que se usen eficazmente. Los países necesitan asistencia técnica para apoyar la aplicación sobre el terreno y han solicitado unas recomendaciones bien definidas sobre la dispensación de tratamiento y la gestión de programas. Proporcionando esas recomendaciones, la OMS hace una aportación fundamental.

Una tarea importante consiste en pasar lo más rápidamente posible de pequeños proyectos piloto a programas de tratamiento de cobertura nacional, manteniendo la calidad asistencial pese a la grave falta de medios. Para lograr esta rápida expansión hay que detectar las deficiencias en materia de recursos, como punto de partida de un plan que rediseñe la atención de forma que ésta sea «escalable» desde el primer momento. La iniciativa adopta un enfoque práctico de «ingeniería» o «diseño de sistemas». La clave no está en exigir que los países se limiten a acumular los recursos habituales (suficientes médicos, enfermeras, centros sanitarios, etc.) para atender a toda la población; en muchos países pobres, hoy día esto no resultaría eficaz. La estrategia de la OMS empieza por fijar objetivos claramente definidos y trabaja luego en el desarrollo de diseños de sistemas innovadores que puedan ampliarse sensiblemente incluso cuando los recursos médicos habituales sean muy escasos. Estas soluciones diferirán de unos países a otros, pero muchos factores son relativamente constantes, y se pueden compartir muchas enseñanzas. La estrategia se basa en sólidas pruebas de la eficacia de proyectos pioneros y de algunos programas nacionales en funcionamiento. Una vez evaluados y analizados de forma sistemática, los conocimientos obtenidos pueden aplicarse con rapidez y difundirse ampliamente.

Para ayudar a acelerar la iniciativa, la OMS ha elaborado un conjunto simplificado de pautas de tratamiento antirretroviral, pruebas y directrices terapéuticas conformes a los más rigurosos criterios de calidad asistencial. Ofrece la ventaja adicional de permitir un uso mucho más eficaz del personal de enfermería, los ayudantes clínicos y los agentes de salud comunitarios en apoyo del tratamiento. Mientras los médicos supervisan los equipos clínicos, las tareas cotidianas de atención a los pacientes y apoyo al

cumplimiento terapéutico pueden delegarse de forma segura y eficaz en otros profesionales, incluidos agentes de salud comunitarios convenientemente formados. Con ello hay más probabilidades de que se atienda rápidamente a los pacientes aunque escaseen los médicos, los laboratorios y otros servicios. Estas pautas simplificadas son el elemento fundamental para garantizar que, en los países pobres, la extensión del acceso al tratamiento respete la equidad. La OMS ha elaborado también directrices racionalizadas para capacitar a los profesionales sanitarios en una amplia gama de actividades relacionadas con el uso de los antirretrovirales, desde el asesoramiento y las pruebas del VIH y el reclutamiento de pacientes a la dispensación de tratamiento, la atención clínica y el seguimiento de la farmacoresistencia.

La OMS está trabajando sobre el terreno con los funcionarios de salud, los dispensadores de tratamiento y las comunidades para superar las dificultades técnicas; también actúa como centro de coordinación, comunicaciones y distribución de información para reunir, analizar y difundir datos, y transmite dicha información a los programas para que éstos puedan aplicarla rápidamente a la mejora de su funcionamiento. Esta mayor colaboración en la extensión masiva del tratamiento antirretroviral forma parte del compromiso general de la OMS de cooperar estrechamente con los países para que alcancen sus principales objetivos en materia de salud.

La OMS, en asociación con el UNICEF y el Banco Mundial, ha creado el Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del SIDA como sección operacional encargada de velar por que los países en desarrollo tengan acceso a antirretrovirales y pruebas diagnósticas de calidad a los mejores precios. Su misión es ayudar a los países a comprar, elaborar previsiones y gestionar el suministro y la dispensación de los productos necesarios para el tratamiento y el seguimiento del VIH/SIDA.

Mientras se intensifican las actividades de apoyo normativo y técnico a nivel nacional, la OMS, el ONUSIDA y sus asociados proseguirán sus actividades mundiales de sensibilización encaminadas a garantizar un aporte suficiente de recursos en apoyo de los países. Para que la iniciativa tenga éxito será fundamental contar con más medios aportados por el Fondo Mundial y otros asociados. La OMS está prestando ayuda técnica a los países que la piden para preparar las solicitudes al Fondo Mundial y otros posibles financiadores.

HACIA LA SALUD PARA TODOS

La brecha terapéutica mundial del VIH/SIDA refleja desigualdades más generales en materia de salud y pone a prueba el compromiso de la comunidad internacional de corregirlas. Además de trabajar para salvar a millones de personas de una muerte inminente, la OMS y sus asociados se enfrentan a muy diversos problemas de salud que aquejan a las comunidades con pocos recursos y las mantienen sumidas en la pobreza, y consideran que la expansión del tratamiento del VIH/SIDA y los Objetivos de Desarrollo del Milenio son etapas del camino hacia la Salud para Todos.

La iniciativa de tratamiento no terminará en 2005. Después aguarda el reto de extender el tratamiento a muchos millones de personas más y mantenerlo durante el resto de sus vidas, al tiempo que se construyen y sostienen las infraestructuras sanitarias que hagan posible esa ingente tarea. El objetivo final es nada menos que reducir las desigualdades sociales mediante el desarrollo de sistemas sanitarios eficaces y equitativos para todos.

RESUMEN DE LOS CAPÍTULOS

Capítulo 1. Ante una emergencia mundial, una respuesta combinada

Este capítulo describe la actual situación epidemiológica de la epidemia de VIH/SIDA en el mundo y analiza los abrumadores retos que nos aguardan. Demuestra que el mundo no está en absoluto preparado para lo que se avecina: aporta pruebas de que las consecuencias sociales y económicas de una epidemia incontrolada de VIH/SIDA serán catastróficas para muchas comunidades y países.

Aunque durante gran parte de los últimos 20 años parecía ser un enemigo bien conocido, sólo ahora se está empezando a considerar la pandemia mundial de VIH/SIDA como lo que realmente es: una amenaza sin precedentes para la sociedad humana que repercutirá en las generaciones futuras. El crecimiento más explosivo de la pandemia tuvo lugar a mediados de la década de 1990, sobre todo en el África subsahariana. Se estima que actualmente hay entre 34 y 46 millones de personas seropositivas. Las dos terceras partes viven en África, donde aproximadamente uno de cada 12 adultos está infectado, y una quinta parte en Asia. A nivel mundial, la vía predominante de contagio del virus son las relaciones heterosexuales sin protección.

El capítulo explica por qué la OMS y sus asociados creen que es esencial dar una respuesta mundial e integral a esta emergencia, y que dicha respuesta debe aunar la prevención, el tratamiento y la atención prolongada. La prevención es indispensable para proteger a los muchos millones de adultos jóvenes y niños que corren mayor riesgo pero todavía no están afectados. El tratamiento representa la diferencia entre la vida y la muerte para los millones de seropositivos que en la actualidad no tienen acceso a los antirretrovirales. También es fundamental la atención prolongada. En la actualidad necesitan tratamiento casi seis millones de personas, pero sólo unas 400 000 lo recibieron en 2003. Se sostiene que una brecha terapéutica de tales dimensiones es indefendible, y que reducirla es una necesidad de salud pública.

La combinación de la prevención, el tratamiento y la atención y el apoyo prolongados puede invertir el avance aparentemente inexorable de la epidemia de VIH/SIDA y ofrecer a las poblaciones y los países más castigados la mejor esperanza de supervivencia.

Capítulo 2. La iniciativa de tratamiento

Este capítulo subraya la necesidad de una estrategia integral que combine la prevención, el tratamiento, la investigación y la atención y el apoyo prolongados para las personas seropositivas, y señala que, hasta el momento, el tratamiento ha sido el componente más desatendido de este enfoque en gran parte del mundo en desarrollo. Para acelerar la prevención al tiempo que se limita la devastación social que se está produciendo, es necesario extender de inmediato y con rapidez el tratamiento del VIH/SIDA con antirretrovirales en los países más castigados por la pandemia.

Pese a las pruebas cada vez más numerosas de que este tratamiento es eficaz en entornos con pocos recursos, a finales de 2003 sólo lo estaban recibiendo menos del 7% de los habitantes de países en desarrollo que lo necesitaban urgentemente. El capítulo analiza los argumentos de salud pública y de carácter económico y social en favor de la extensión masiva del tratamiento antirretroviral. Presenta la estrategia de la OMS para trabajar con los países y los asociados en pos de la meta de tratamiento y ofrece una estimación de la inversión mundial necesaria. Describe los cinco pilares en los que se apoya la estrategia: liderazgo mundial, alianzas firmes y sensibilización;

apoyo sostenido a los países; instrumentos simplificados y normalizados para dispensar el tratamiento antirretroviral; un suministro eficaz y fiable de medicamentos y pruebas diagnósticas, y la rápida identificación y puesta en práctica de los nuevos conocimientos y logros.

Se analizan las oportunidades y los retos a los que se enfrentarán algunos países, subrayando la necesidad de garantizar que la extensión masiva del acceso al tratamiento llegue hasta las personas más pobres. Por último, el capítulo aborda la importancia de la extensión del tratamiento en un sentido más general, como una nueva forma de trabajar en la comunidad sanitaria mundial para mejorar los resultados de salud y la equidad.

Capítulo 3. Participación de la comunidad: sensibilización y acción

La participación de la comunidad y de los grupos de la sociedad civil, en particular los de personas seropositivas, es fundamental para la extensión masiva del tratamiento y la respuesta integral frente al VIH/SIDA. Comprenderá la sensibilización, la implicación de los miembros de la comunidad en la prestación de servicios y el apoyo a los enfermos. La participación comunitaria desempeñará un papel esencial en la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo, así como en la investigación.

En este capítulo se describen los antecedentes de la participación de la comunidad, entendida como una dimensión de las actividades de salud pública, y se recuerdan logros fundamentales del activismo civil contra el VIH/SIDA. Se abordan también los papeles que desempeñarán los grupos de la sociedad civil y los miembros de la comunidad en la extensión masiva del tratamiento antirretroviral en entornos con pocos recursos.

Para que la extensión del tratamiento tenga éxito es indispensable el liderazgo gubernamental, puesto que la sociedad civil no puede sustituir al sector público. Ahora bien, para ser eficaz, ese liderazgo deberá incluir el establecimiento de alianzas con organizaciones de la sociedad civil, así como de mecanismos que permitan hacer uso del personal cualificado disponible en las comunidades. El compromiso con la participación comunitaria vincula la iniciativa de tratamiento a la estrategia de Salud para Todos y a una agenda de salud pública mundial basada en la equidad. Valores como los derechos humanos, la equidad en materia de salud y la justicia social, adoptados por muchos grupos civiles de activistas contra el SIDA, están estrechamente relacionados con el objetivo constitucional de la OMS: «alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud». Este capítulo muestra que dichos valores ofrecen una base para la colaboración continua y las alianzas entre comunidades, grupos de la sociedad civil, gobiernos nacionales y organizaciones internacionales como la OMS.

Esta colaboración será crucial para los futuros avances en materia de salud. El papel de la iniciativa «3 por 5» como catalizador de fórmulas innovadoras de colaboración es parte del cambio que están experimentando los planteamientos y las formas de trabajar en el ámbito de la salud mundial. Por ejemplo, las comunidades que han recibido educación sobre el VIH/SIDA y se han movilizado para combatir la epidemia serán más capaces de participar en la promoción de la salud, la lucha contra enfermedades y las iniciativas de tratamiento dirigidas a combatir otros problemas de salud contemplados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio: la malaria y otras enfermedades, la mortalidad materno-infantil y la carga creciente de enfermedades crónicas del adulto en países de ingresos bajos y medios.

Capítulo 4. Cómo reforzar los sistemas de salud

En el sector sanitario, las intervenciones de lucha contra el VIH/SIDA, y en particular la iniciativa de tratamiento, dependen del correcto funcionamiento de los sistemas de salud. En los países muy castigados por el VIH/SIDA es frecuente que dichos sistemas se hayan degradado y funcionen precariamente debido a una combinación de escasez de fondos y mala gobernanza. El VIH/SIDA incrementa la carga que soportan esos sistemas debilitados.

La iniciativa «3 por 5» puede reforzar los sistemas de salud de diversas maneras. Puede atraer hacia el sistema de salud más recursos de los estrictamente necesarios para el VIH/SIDA, estimular la inversión en infraestructuras físicas, potenciar el desarrollo de sistemas de adquisición y distribución de alcance genérico, y fomentar la interacción con las comunidades, que pueden así beneficiarse de una amplia gama de intervenciones sanitarias. Es importante prever cualquier perjuicio potencial de la iniciativa para el conjunto del sistema sanitario, a fin de reducirlo al mínimo.

El capítulo prosigue con un análisis del contexto de los sistemas sanitarios en los entornos con pocos recursos, y se recuerda la participación de los dispensadores públicos y privados. Se comenta seguidamente cómo pueden reforzarse los sistemas de salud para que pongan en marcha la iniciativa de extensión del tratamiento procurando al mismo tiempo mejorar y extender muchas otras intervenciones sanitarias. Se utiliza el marco conceptual de las cuatro funciones principales de los sistemas sanitarios: liderazgo, prestación de servicios, provisión de recursos y financiación. A medio plazo, el déficit de financiación deberá ser cubierto fundamentalmente por donantes externos, ya que a los gobiernos nacionales y sus economías les resulta imposible aumentar significativamente los fondos que ya aportan, mientras que a los donantes, que saben los compromisos que contrajeron en el pasado, se les puede animar a hacer un mayor esfuerzo.

Capítulo 5. Compartir las investigaciones y los conocimientos

En este capítulo se señala que, desde la identificación del virus de la inmunodeficiencia humana como la causa del SIDA en 1983, son muchos los avances científicos importantes logrados en relación con la enfermedad, para beneficio de gran número de personas. Hace 20 años no había apenas tratamientos eficaces; hoy se dispone de una gama de antirretrovirales que mejora espectacularmente la calidad de vida de los pacientes y las probabilidades de supervivencia.

Sin embargo, pese a los importantes avances, como el diseño y ensayo de más de 30 vacunas experimentales contra el VIH, pasarán varios años hasta que se consiga una vacuna segura y eficaz a gran escala. Examinando los trabajos emprendidos con ese objetivo, este capítulo analiza también las investigaciones realizadas en otras importantes áreas de la prevención, el tratamiento y la atención del VIH/SIDA.

Los investigadores se enfrentan a cuatro grandes retos generales.

- La investigación en prevención: ralentizar el crecimiento y la expansión geográfica de la epidemia es un desafío en las dimensiones epidemiológica y sociocomportamental de la prevención.
- La investigación en vacunas: elaborar una vacuna preventiva segura y eficaz es lo más esperanzador para la prevención y el control del VIH/SIDA a largo plazo.
- La investigación en tratamientos: producir nuevos antirretrovirales e idear nuevas estrategias terapéuticas que sean activas frente a las cepas víricas «salvajes» y resistentes, a base de medicamentos que sean fáciles de tomar y se toleren mejor

que los medicamentos disponibles en la actualidad, he ahí otro reto para la investigación básica y clínica.

- La investigación (operativa) en sistemas de prestación de salud: extender la atención y el tratamiento antirretroviral a todos los enfermos del mundo que lo necesitan es una empresa multidisciplinar.

El capítulo analiza cuestiones importantes como la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño; el desarrollo y uso de microbicidas; la necesidad de apoyar el cumplimiento terapéutico prolongado; la toxicidad; la farmacorresistencia; los enfoques conjuntos para combatir el VIH/SIDA y la tuberculosis; los aspectos económicos; los análisis de política sanitaria; las cuestiones relacionadas con la equidad, y la colaboración internacional. Este capítulo se interna en el futuro y conduce a la breve conclusión con que acaba el informe, en la que se presenta un panorama optimista del futuro. Se hace hincapié en que se ha llegado a un momento crucial en la historia del VIH/SIDA y en que disponemos de una oportunidad sin precedentes para alterar el curso de esa historia. Tenemos ante nosotros el reto de extender un tratamiento que salva vidas a muchos millones de personas más, construyendo y sosteniendo paralelamente las infraestructuras sanitarias necesarias para hacer posible esa colosal tarea. El resultado será una mejor salud para las generaciones venideras.



capítulo uno

1

ante una emergencia mundial, una respuesta combinada

En el presente capítulo se expone brevemente la situación actual de la pandemia mundial de VIH/SIDA y se explica por qué es necesaria una respuesta internacional. Se describen algunas de las trágicas consecuencias económicas y sociales de la enfermedad, como su destructivo impacto en los sistemas sanitarios. La respuesta deberá aunar la prevención, el apoyo, el tratamiento y la atención prolongada. Juntos, estos componentes pueden combatir de manera eficaz el avance aparentemente inexorable de la epidemia de VIH/SIDA, y ofrecer a los países y las poblaciones más castigados la mayor esperanza de supervivencia. Una acción integral adelantará el logro de todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio, al tiempo que brindará la oportunidad de contribuir al fortalecimiento de los sistemas sanitarios.

LA SITUACIÓN MUNDIAL

Aunque durante los últimos 20 años ha parecido ser un enemigo bien conocido, sólo ahora se está empezando a considerar el VIH/SIDA como lo que realmente es: una amenaza sin precedentes para la sociedad humana, cuyo impacto se dejará sentir durante generaciones. Se calcula que en la actualidad hay entre 34 y 46 millones de seropositivos. Más de 20 millones de personas han muerto de SIDA, tres millones de ellas sólo en 2003 (1). Desde la aparición del virus se han infectado cuatro millones de niños. De los cinco millones de personas que se contagiaron en 2003, 700 000 eran niños, y casi todos contrajeron el virus por transmisión durante el embarazo, el parto o la lactancia.

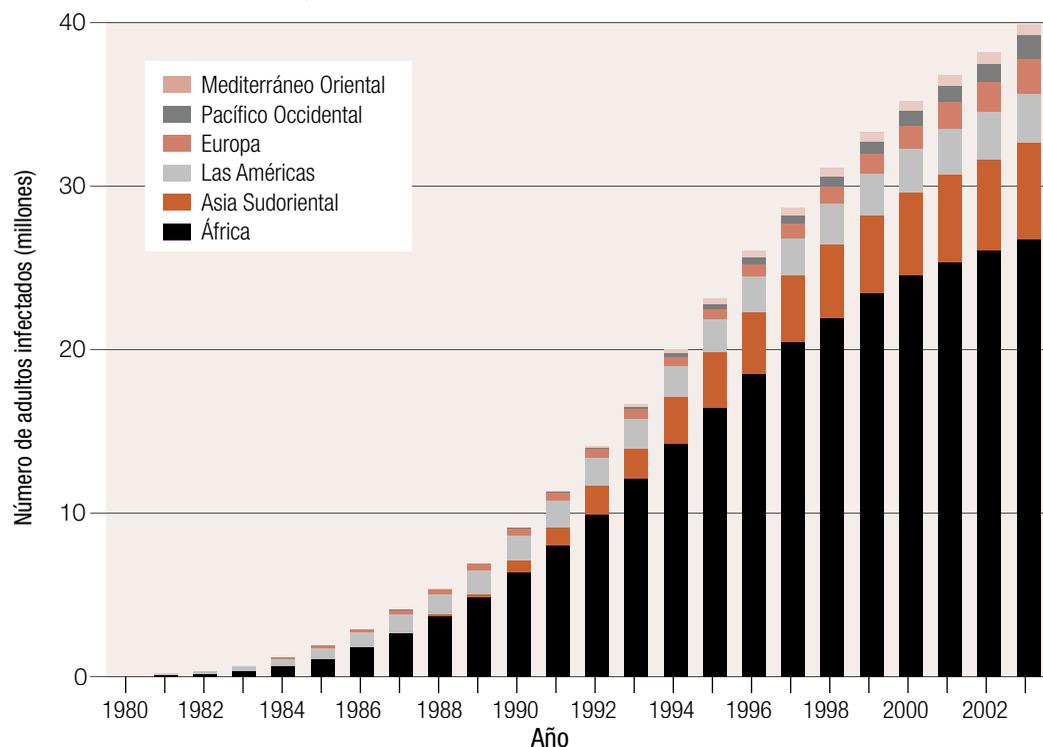
El crecimiento más explosivo de la epidemia se produjo a mediados de la década de 1990, sobre todo en África (véase la figura 1.1). En 2003, este continente albergaba a las dos terceras partes de las personas afectadas por el VIH/SIDA, pero sólo al 11% de la población

mundial. Hoy día, aproximadamente uno de cada 12 adultos africanos es seropositivo. Una quinta parte de las personas infectadas por el VIH viven en Asia.

A nivel mundial, la vía predominante de transmisión del virus son las relaciones heterosexuales sin protección. En el caso del África subsahariana y el Caribe, las mujeres tienen como mínimo las mismas probabilidades de contagiarse que los hombres.

Otras vías importantes de transmisión son las relaciones sexuales entre hombres con penetración desprotegida, el consumo de drogas por vía parenteral, y las inyecciones y transfusiones sanguíneas peligrosas. En muchos países, entre ellos la mayoría de los americanos, asiáticos y europeos, la infección por el VIH se concentra principalmente en poblaciones con

Figura 1.1 Número estimado de adultos infectados por el VIH, por regiones de la OMS, 1980–2003



comportamientos de alto riesgo, como relaciones sexuales sin protección (sobre todo en el ámbito de la prostitución o entre hombres) o uso compartido de jeringuillas para el consumo de drogas, aunque en esas situaciones persiste la amenaza de que una epidemia localizada se propague al resto de la población. En algunos países, el rápido crecimiento de las poblaciones vulnerables como consecuencia de la inestabilidad social, el aumento de la pobreza y otros factores socioeconómicos desencadena la ampliación de la epidemia y una mayor propagación del virus.

El largo lapso entre la infección por VIH y el comienzo de la enfermedad (de 9 a 11 años de media en ausencia de tratamiento) explica que, hasta fechas recientes, las cifras de enfermos de tuberculosis asociada al VIH, de enfermos de SIDA y de fallecimientos no hayan alcanzado cotas epidémicas en muchos de los países muy afectados. A nivel mundial, la mayor mortalidad corresponde a la población de entre 20 y 40 años. La esperanza de vida desciende drásticamente en las regiones del mundo más castigadas por la pandemia, que en el África subsahariana está desbaratando decenios de paulatinas mejoras de ese indicador (2).

¿Qué supone la situación mundial de la pandemia para los avances en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio? Los ocho objetivos, fijados tras la histórica Cumbre del Milenio celebrada en Nueva York en el año 2000, representan los compromisos, asumidos por gobiernos de todo el mundo, de esforzarse más por reducir la pobreza y el hambre y por hacer frente a las enfermedades; concretamente, mejorar el acceso a agua salubre y reducir las desigualdades por razón de sexo, la falta de instrucción y la degradación del medio. Esto incluye combatir el VIH/SIDA y haber empezado a frenar la propagación del VIH para 2015. Sin embargo, quedan

muchos países en los que todavía no se está avanzando, y se necesitará un esfuerzo sin precedentes para que los más castigados progresen hacia el logro de todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio (véase el recuadro 1.1).

La desigual propagación del VIH

Un breve análisis de la propagación de la pandemia de VIH/SIDA revela grandes diferencias interregionales, intrarregionales y nacionales, con importantes implicaciones en materia de prevención, atención y apoyo. Están bien documentadas las llamativas disparidades entre el África subsahariana y otras regiones del mundo en cuanto a la magnitud de la epidemia. Aunque casi todos los países del África subsahariana se han visto gravemente afectados, también entre ellos están aumentando las diferencias, lo que indica que las consecuencias de la pandemia variarán considerablemente (10).

La evolución de la prevalencia del VIH desde 1997 entre las embarazadas atendidas en una serie de consultorios de atención prenatal (véase la figura 1.2) pone de manifiesto que, en los países de África meridional, la epidemia es mucho mayor que en cualquier otro lugar del África subsahariana, y que la diferencia se está ampliando. En África oriental, la prevalencia del VIH es hoy menos de la mitad de la de África meridional, y hay pruebas de que está disminuyendo discretamente. En África occidental

Recuadro 1.1 Impacto del VIH/SIDA en los Objetivos de Desarrollo del Milenio

En numerosos países con una gran carga de morbimortalidad, sobre todo del África subsahariana, las epidemias de VIH/SIDA están reduciendo las oportunidades de alcanzar las metas y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Las epidemias debilitan el crecimiento económico, y con ello los esfuerzos por alcanzar el **Objetivo 1: erradicar la pobreza extrema y el hambre**. En África han recortado las tasas de crecimiento anual en un 2%–4% por año (3). Pero a largo plazo los efectos macroeconómicos acumulados pueden ser mucho más devastadores, y pueden conducir al total colapso económico en algunos países con alta carga de morbimortalidad.

En materia de educación, las oportunidades se desvanecen a medida que el VIH/SIDA merma los ingresos familiares y obliga a gastar en atención médica y funerales, menoscabando con ello las posibilidades de alcanzar el **Objetivo 2: la enseñanza primaria universal**. Por ejemplo, en una aldea de Uganda, el 80% de los niños de hogares afectados por el VIH/SIDA fueron sacados de la escuela porque no se podían pagar los gastos de escolarización o se necesitaba mano de obra infantil (4). En Zambia, el número de maestros muertos de SIDA en 1998 equivalía a dos terceras partes del número de maestros formados ese mismo año (5). A nivel mundial, el VIH/SIDA está dejando millones de huérfanos con menos oportunidades si cabe de recibir educación.

Además de matar a millones de mujeres,

el VIH/SIDA aumenta la carga que éstas y las niñas soportan como prestadoras de cuidados, lo que reduce sus oportunidades de recibir educación y tener un trabajo remunerado y perjudica, por tanto, al logro del **Objetivo 3: promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer**. A menudo se pide a las niñas que cuiden de sus hermanos y hermanas enfermos a expensas de su propia educación. Las mujeres seropositivas se enfrentan a diversas formas de discriminación y de maltrato psíquico y físico.

En los siete países africanos con mayor prevalencia de VIH en la población adulta, el SIDA ya ha elevado en más de un 19% la mortalidad de menores de un año, y en un 36% la de menores de cinco años, lo que reduce las posibilidades de muchos países de alcanzar el **Objetivo 4: reducir la mortalidad infantil**. En Botswana, la tasa de mortalidad en menores de cinco años alcanzará las 104 defunciones por 1000 nacidos vivos en 2005. Sin VIH/SIDA la tasa habría sido de 45 por 1000 (6).

La enfermedad reduce las posibilidades de alcanzar el **Objetivo 5: mejorar la salud materna**. En Rakai (Uganda) la mortalidad materna es de 1687 por 100 000 nacidos vivos entre las mujeres seropositivas y de 310 por 100 000 nacidos vivos entre las seronegativas (7).

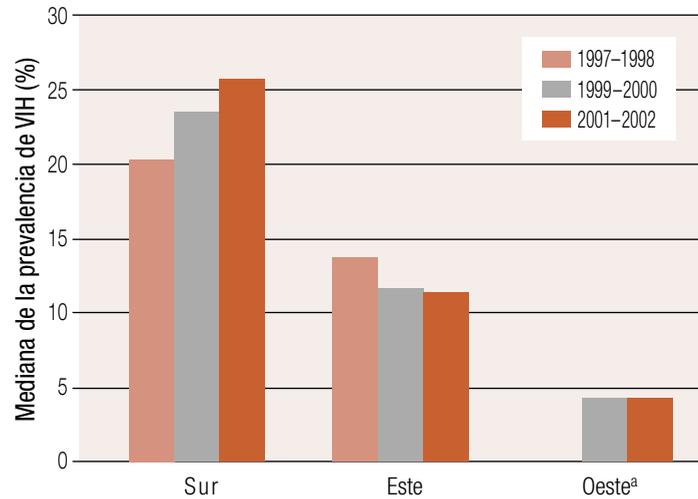
La infección por VIH también incrementa directamente el riesgo de tuberculosis, enfermedad en aumento en los países afectados por el VIH/SIDA. En Malawi, por ejemplo, la in-

cidencia de tuberculosis se duplicó entre 1986 y 1994, en gran medida porque las personas seropositivas tienen siete veces más probabilidades de contraerla que las no infectadas por el virus (8). En Uganda, las mujeres seropositivas tienen más probabilidades de contraer malaria durante el embarazo que las seronegativas. El mismo estudio mostró que las tasas de transmisión del VIH de la madre al niño ascienden al 40% entre las mujeres con malaria placentaria, frente al 15,4% entre las mujeres sin malaria (9). Por tanto, la pandemia también merma las posibilidades de luchar contra la malaria y otras enfermedades, como parte del **Objetivo 6: combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades**.

Una meta del **Objetivo 7, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente**, consiste en mejorar considerablemente la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios para el año 2020. Sin embargo, el VIH/SIDA pondrá en peligro millones de vidas entre esas personas.

Todos los objetivos dependen del **Objetivo 8: fomentar una alianza mundial para el desarrollo**. Este objetivo vincula entre sí a los gobiernos, la sociedad civil y el sector privado. El VIH/SIDA está minando los avances en este campo porque, por ejemplo, está diezmando la mano de obra cualificada. Facilitar el acceso a los medicamentos esenciales es una meta clave. Y extender el tratamiento contra el VIH/SIDA será fundamental para conseguir hacer progresos.

Figura 1.2 Prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas atendidas en consultorios prenatales en distintas zonas del África subsahariana, 1997–2002



^a Ninguna estimación disponible 1997–1998.

representa alrededor de la quinta parte de la de África meridional, y no se aprecia un crecimiento rápido. Estas llamativas disparidades están documentadas a través de encuestas poblacionales e investigaciones científicas (véase el recuadro 1.2). Obedecen a diversos factores socioeconómicos, culturales, comportamentales y biológicos, como las migraciones, las prácticas de circuncisión masculina y la prevalencia de la infección por el virus Herpes simplex tipo 2 (12, 13).

En la mayoría de los países asiáticos, la epidemia tiende a concentrarse en los consumidores de drogas por vía parenteral y las redes de prostitución, aunque se estima que en Camboya, Myanmar, Tailandia y seis estados de la India la prevalencia del VIH entre la población adulta es superior al 1%. La evolución de la epidemia en los dos países más populosos del mundo, China y la India, tendrá una influencia decisiva en la pandemia mundial. En 2003, la cifra estimada de seropositivos en China era de 840 000, lo que equivale al 0,12% de la población adulta de

entre 15 y 49 años. Aproximadamente el 70% de estas infecciones se consideran debidas al consumo de drogas por vía parenteral o a métodos incorrectos de obtención de plasma, y más del 80% de los infectados son varones. En la India, según estimaciones oficiales, había en 2003 entre 3,8 y 4,6 millones de seropositivos, con diferencias considerables entre los estados; se ha producido un moderado aumento en los últimos años.

En los países de Europa oriental y Asia central la epidemia está creciendo, impulsada por el consumo de drogas por vía parenteral y, en menor grado, por las relaciones sexuales de riesgo entre jóvenes. En la Federación de Rusia, donde se estima que la prevalencia nacional es algo inferior al 1%, el 80% de los seropositivos tienen menos de 30 años. En Europa occidental la cifra de nuevas infecciones supera con mucho a la de fallecimientos, debido en gran medida a la eficacia con la que el tratamiento antirretroviral ha reducido las tasas de mortalidad. Sin embargo, hay signos preocupantes de que en varios países está aumentando la incidencia de otras infecciones de transmisión sexual, como la sífilis y la gonococia, al igual que los comportamientos de riesgo (14, 15).

Se estima que en la Región del Mediterráneo Oriental residen unos 750 000 seropositivos. La principal vía de contagio son las relaciones heterosexuales, responsables de casi el 55% de los casos declarados. El consumo de drogas por vía parenteral cobra cada vez mayor importancia en la transmisión, y puede convertirse en el principal impulsor de la epidemia en un futuro próximo. El número de infecciones entre consumidores de drogas por vía parenteral se multiplicó por cinco entre 1999 y 2002. En el Sudán, el país más afectado de la Región, las relaciones heterosexuales son la principal vía de propagación.

En la Región de las Américas, el área más afectada es el Caribe, con la mayor prevalencia del mundo después del África subsahariana: la tasa global de prevalencia en la población adulta es del 2%–3%. Se estima que en América Latina hay 1,6 millones

de infectados. La mayoría de los países de la Región tienen epidemias concentradas, y en ellos las vías de contagio predominantes son el consumo de drogas por vía parenteral y las relaciones sexuales entre hombres. En el Caribe lo son las relaciones heterosexuales, a menudo asociadas a la prostitución. En América Central, las tasas de prevalencia han ido creciendo constantemente y la mayoría de los países se enfrentan a una epidemia generalizada. En los Estados Unidos de América se producen cada año entre 30 000 y 40 000 nuevas infecciones, y las poblaciones más afectadas son la afroamericana y la hispana.

Aumento de la mortalidad y disminución de la esperanza de vida

En muchos países, sobre todo en los más afectados por el VIH/SIDA, hay pruebas de que los descensos de la mortalidad infantil logrados durante la década de 1990 están invirtiéndose. Ello refleja la repercusión adversa del VIH/SIDA sobre el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad infantil. Sin embargo, también en este caso, las grandes diferencias entre los países africanos en cuanto a la evolución de la prevalencia del VIH y a las cifras de mortalidad infantil no asociada con el VIH implican repercusiones muy distintas en unos lugares y otros. Se ha estimado que, en el África subsahariana, el VIH/SIDA fue la causa principal de aproximadamente el 8% de las defunciones de menores de cinco años durante 2001 (16).

En ausencia de registros vitales y de información fiable sobre las causas de la muerte, las pruebas del impacto de la infección por VIH en la mortalidad infantil son limitadas. Se sabe, no obstante, que incluso antes de que empezaran a utilizarse los antirretrovirales la enfermedad evolucionaba mucho más despacio en los niños seropositivos de Europa y los Estados Unidos que en los de África. En África occidental y oriental, la supervivencia mediana es inferior a dos años, frente a bastante más de cinco años en los países desarrollados (17).

Recuadro 1.2 Estimaciones del VIH y encuestas poblacionales

Es importante estimar con precisión el número de personas seropositivas con miras a las campañas de sensibilización, la planificación de programas y la evaluación. En los países con epidemias generalizadas, las estimaciones se basan en datos obtenidos por sistemas de vigilancia centrados en las mujeres embarazadas que acuden a consultorios «centinela» de atención prenatal. En los países con epidemias concentradas, dichas estimaciones se fundan en datos de prevalencia del VIH en poblaciones de alto riesgo y en poblaciones más amplias.

En fecha reciente, varios países han llevado a cabo encuestas poblacionales de ámbito nacional que incluían pruebas de detección del VIH, y muchos otros países prevén realizarlas en un futuro próximo. Las encuestas demográficas y de salud incluían pruebas del VIH en Kenia, Malí, la República Dominicana y Zambia. También se han realizado encuestas nacionales con pruebas del VIH en Burundi, Níger, Sudáfrica y Zimbabue. En general, la prevalencia del VIH según las encuestas po-

blacionales es inferior a las estimaciones basadas en la vigilancia prenatal.

Comparadas con la vigilancia prenatal, las encuestas representativas de la situación nacional tienen importantes ventajas, ya que ofrecen datos de una muestra de población más amplia, en particular de las poblaciones rurales, a menudo infrarrepresentadas en los sistemas de vigilancia de los consultorios de atención prenatal. El ONUSIDA y la OMS ajustan los datos para corregir esta infrarrepresentación de las poblaciones con menor prevalencia, pero puede que ello no sea suficiente.

Las encuestas poblacionales varían en cuanto a la metodología, los procedimientos de muestreo, los métodos de recolección de muestras biológicas, las estrategias de detección del VIH y las maneras de abordar las cuestiones éticas y los incentivos para la participación. Las tasas de falta de respuesta a las encuestas en los hogares y entre los individuos complican la interpretación de los resultados. En concreto, es probable que la ausencia del

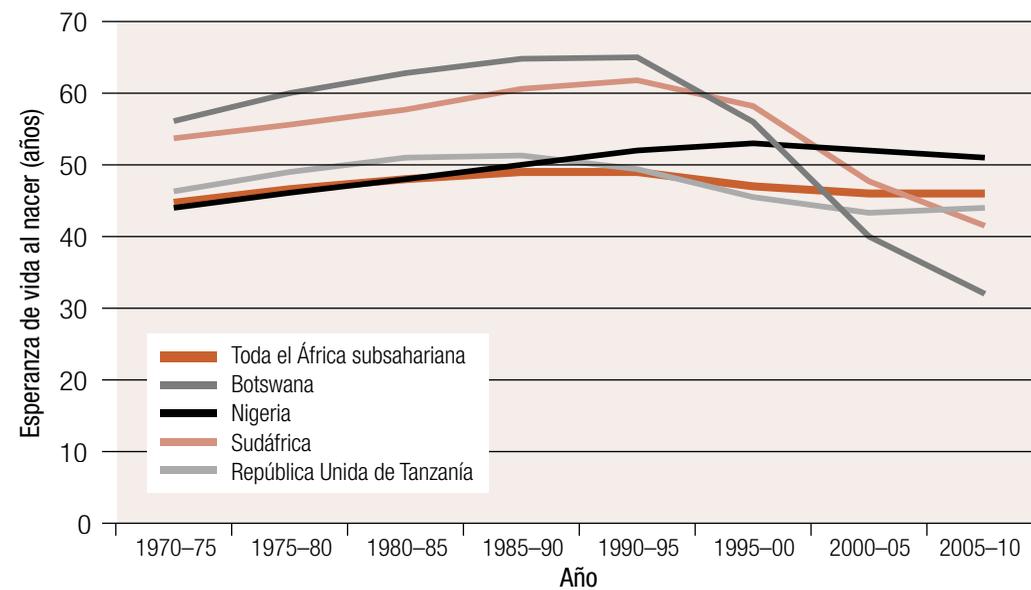
hogar se asocie a una mayor prevalencia del VIH. Cabe pensar que las estimaciones basadas en encuestas son en general algo inferiores a la prevalencia real.

Todas las estimaciones deben someterse a una evaluación crítica. En general, no se obtendrá la mejor estimación de la prevalencia del VIH con un solo método o fuente de datos. El valor de la vigilancia basada en los consultorios de atención prenatal estriba sobre todo en la evaluación de tendencias, y las encuestas realizadas cada cuatro a cinco años ayudarán a mejorar las estimaciones. Con unas encuestas poblacionales de gran calidad se pueden mejorar los supuestos empleados para estimar los niveles nacionales de prevalencia, como por ejemplo los relacionados con el ajuste de la población rural y el cálculo de la prevalencia en varones. Los resultados de las encuestas poblacionales señalan las mejoras necesarias en los sistemas nacionales de vigilancia del VIH (11).

El efecto más alarmante de la epidemia de VIH/SIDA se ha producido en la mortalidad de la población adulta (18). En los países más castigados de África oriental y meridional, la probabilidad de que una persona de 15 años muera antes de cumplir 60 ha aumentado rápidamente, del 10%–30% a mediados de la década de 1980 al 30%–60% a comienzos del nuevo milenio. Según estudios comunitarios realizados en África oriental, en los adultos seropositivos la mortalidad es entre 10 y 20 veces mayor que en la población no infectada (19). En conjunto, la máxima diferencia de mortalidad entre personas infectadas y no infectadas suele observarse entre los 20 y los 40 años. Las mujeres tienden a morir a edades más tempranas que los varones, como reflejo de que, en la población femenina, las tasas de infección por el VIH suelen alcanzar el máximo entre cinco y diez años antes que en la masculina. Las estimaciones más fiables de la supervivencia mediana tras la infección por el VIH proceden del estudio de Masaka (Uganda) (20), en el que la cifra era de nueve años aproximadamente, es decir, dos menos que la hallada en estudios de cohortes de países desarrollados incluso antes de que se dispusiera de tratamientos eficaces.

Los registros civiles, los censos nacionales, las encuestas demográficas y los sistemas de vigilancia demográfica han proporcionado información sobre las tendencias de la mortalidad (18). En Kenya, Malawi y Zimbabwe, los datos de censos y encuestas han revelado un aumento constante de la mortalidad en la población adulta a lo largo de la década de 1990. En Kenya, la probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años aumentó del 18% a principios de 1990 al 48% en 2002 (véase la tabla 1 del anexo). En Malawi, la cifra es actualmente del 63%; era inferior al 30% a principios de la década de 1980. En Zimbabwe, las probabilidades de 1997, del 50% para la población femenina y el 65% para la masculina, han aumentado hasta una cifra global del 80%. Hay pruebas de que en Tailandia y en Trinidad y Tabago ha aumentado la mortalidad, aunque en estos países la prevalencia de la infección por VIH es considerablemente

Figura 1.3 Tendencias de la esperanza de vida en el África subsahariana y en algunos países, 1970–2010



Fuente: (21).

inferior a la de la mayor parte de África. En Tailandia, por ejemplo, la tasa bruta de mortalidad en el grupo de entre 15 y 49 años casi se duplicó de 2,8 a 5,4 por mil entre 1987 y 1996.

En el África subsahariana, la pandemia de VIH/SIDA ha desbaratado las mejoras logradas en la esperanza de vida, que alcanzó un máximo de 49,2 años al final de la década de 1980 y está previsto que caiga hasta algo menos de 46 años en el periodo 2000–2005 (2) (véase la figura 1.3). Esta inversión de la tendencia es especialmente grave en aquellos países de África meridional que tenían una esperanza de vida relativamente elevada antes de la llegada del VIH/SIDA y se han visto muy afectados por éste. En Botswana, por ejemplo, la esperanza de vida se desplomó desde casi 65 años en 1985–1990 a 40 años en 2000–2005; en Sudáfrica se prevé que caerá de más de 60 años a menos de 50. La República Unida de Tanzania (cuya epidemia es menos de la mitad de la sudafricana) probablemente haya experimentado un descenso de la esperanza de vida de 51 a 43 años en los últimos 15 años. En Nigeria (donde la epidemia es aproximadamente la mitad que en la República Unida de Tanzania) las mejoras paulatinas que se estaban logrando se han estancado.

En la Región de África, la esperanza de vida al nacer era de 48 años en 2002; sin el VIH/SIDA habría sido de 54 años. En los países de África meridional habría sido de 56 años en lugar de 43 (véase la figura 1.4).

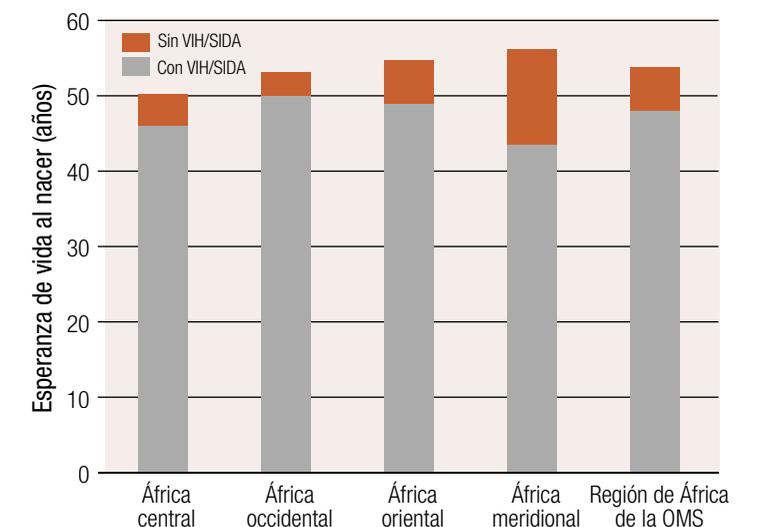
UNA INTERACCIÓN MORTAL: EL VIH/SIDA Y OTRAS ENFERMEDADES

La interacción del VIH/SIDA con otras infecciones es un problema de salud pública cada vez más importante. En el África subsahariana, por ejemplo, se ha identificado a la malaria, las infecciones bacterianas y la tuberculosis (TB) como las principales causas de morbilidad relacionada con el VIH (22). La infección por el VIH incrementa tanto la incidencia como la gravedad de la malaria clínica en el adulto (23). En algunas zonas de África, la malaria por *Plasmodium falciparum* y la infección por VIH representan los dos problemas de salud más importantes.

La pandemia ha provocado cambios devastadores en la epidemiología de la tuberculosis, sobre todo en África, donde aproximadamente la tercera parte de la población está infectada por el bacilo tuberculoso, pero no siempre padece la enfermedad (está latente). Sin embargo, al final del año 2000, alrededor de 17 millones de personas en África y 4,5 millones en Asia Sudoriental estaban coinfectadas por el bacilo tuberculoso y el VIH (24). Es de prever que, si no reciben tratamiento, gran parte de ellas terminen padeciendo una tuberculosis activa (25), porque el VIH, al debilitar su sistema inmunitario, aumenta mucho las probabilidades de enfermar de tuberculosis.

En los países africanos con altas tasas de infección por el VIH, incluidos los que disponen de programas de lucha bien organizados, las tasas de declaración de casos de tuberculosis se han multiplicado por más de cuatro desde mediados de la década de

Figura 1.4 Esperanza de vida en África con y sin VIH/SIDA, 2002



1980, llegando a superar los 200 por 100 000 habitantes en 2002 (25). En los Estados Unidos, el 16% de los casos de tuberculosis se han atribuido al virus.

También es probable que aumente el número de coinfectados de tuberculosis y VIH multirresistentes en zonas de Asia y Europa oriental. En la India, por ejemplo, donde la cifra estimada de adultos coinfectados era de 1,7 millones en 2000, la tasa de multirresistencia llega hasta el 3% de los tuberculosos que no han recibido antes tratamiento.

LA BRECHA TERAPÉUTICA DEL SIDA

La situación esbozada muestra los efectos devastadores del virus en la salud de la población mundial. Pero dichos efectos no se distribuyen de forma homogénea, y a menudo se concentran precisamente en los lugares en los que menos probable es disponer de tratamiento. En conjunto, la cobertura del tratamiento antirretroviral es sumamente baja. Se estima que en 2003 el número de personas que lo necesitaban por encontrarse en fases avanzadas de la infección se acercaba a los seis millones, aunque las cifras deben interpretarse con cautela, y el intervalo de incertidumbre es amplio (entre cuatro y ocho millones).

En 2003 se trató a unas 400 000 personas. La cobertura más baja corresponde a la Región de África, que soporta la mayor carga de morbimortalidad, y donde se calcula que sólo reciben antirretrovirales 100 000 personas: una cobertura del 2%. En 2003, unos 34 países agrupaban a más del 90% de los adultos necesitados de tratamiento. Casi una de cada seis personas que precisan ser tratadas residen en Sudáfrica. La mitad de las necesidades mundiales de antirretrovirales se concentran en apenas siete países: la India y seis países de la Región de África de la OMS.

CONSECUENCIAS HUMANAS, SOCIALES Y ECONÓMICAS

Las epidemias comparten con las hambrunas, las guerras y las catástrofes naturales una característica importante: siempre acarrear otros desastres. A nivel mundial, la epidemia de VIH/SIDA tiene ya un funesto efecto dominó. Millones de niños quedan huérfanos, las comunidades se destruyen, los servicios de salud están desbordados y países enteros se enfrentan al hambre y la ruina económica.

El VIH/SIDA castiga con mayor crudeza a los pobres: ellos son los más vulnerables a la infección, y el sufrimiento, la enfermedad y las muertes que provoca el virus afectan sobre todo a las familias más desfavorecidas. Entre los efectos de la epidemia se cuentan penurias económicas devastadoras de trágicas consecuencias. La enfermedad no sólo hace más pobres a las familias que ya lo eran, sino que condena a la misma suerte a hogares de economía relativamente holgada.

Es probable que el impacto de la epidemia en la estructura demográfica y la esperanza de vida de la población adulta acarree cambios negativos a gran escala en las pautas de comportamiento económico y social (26). Además de la pérdida de ingresos y del desvío de éstos a gastos sanitarios, las familias recurren a diversas estrategias de «afrontamiento» que a la larga tienen efectos negativos, como la emigración (27), el trabajo infantil, la venta de bienes y el gasto de los ahorros. Las familias que sufren la enfermedad o muerte de uno o más de sus miembros han de soportar tanto los costos directos de los gastos médicos y funerarios como los indirectos del impacto de la enfermedad en la productividad (28, 29).

El VIH/SIDA está cambiando la estructura de las poblaciones. Por ejemplo, en muchos países africanos, la disminución del número de adultos en edad de trabajar de los que dependen sus familiares, niños y ancianos, ha elevado la razón de dependencia, situación que se está agravando.

En los jóvenes, los efectos psicológicos que provoca ver morir a sus mayores inmediatos en gran número a edades tan tempranas y el temor consiguiente por su propio futuro son enormes y repercutirán hondamente en el desarrollo económico. Además, los padres (en su mayoría adultos jóvenes) mueren prematuramente, por lo que no pueden traspasar sus bienes y aptitudes a los hijos. El VIH/SIDA debilita así el proceso de acumulación y transmisión del capital humano (la experiencia, las aptitudes y los conocimientos de las personas) de generación en generación (30).

La crisis de los niños que han perdido a uno o ambos progenitores a causa del VIH/SIDA lleva una década afligiendo a África, y empeorará. Hoy día estos huérfanos suman unos 14 millones, y la gran mayoría viven en África, pero las previsiones indican que para 2010 esta cifra casi se habrá duplicado y alcanzará los 25 millones (31, 32): una nación de niños equivalente a toda la población del Iraq. En ese momento, entre el 15% y el 25% de los niños de una decena de países subsaharianos serán huérfanos. Incluso en países en los que la prevalencia del VIH se ha estabilizado o ha caído, como Uganda, el número de huérfanos seguirá aumentando a medida que los padres ya infectados mueran de la enfermedad. Cuando los huérfanos eran relativamente escasos, la familia extensa podía atenderlos, pero ahora las cifras son demasiado altas y muchos niños terminan viviendo en la calle.

Un mayor riesgo para las mujeres

En muchos países las mujeres se enfrentan ya a graves penurias como consecuencia de la desigualdad, la discriminación y la victimización, y a menudo el VIH/SIDA viene a agravar esas penalidades. De hecho, esos mismos factores ayudan a explicar por qué a las mujeres les afecta desproporcionadamente la enfermedad. Alrededor del 58% de los seropositivos de la Región de África de la OMS son mujeres. Se infectan a edades más tempranas que los varones, como promedio entre seis y ocho años antes. Es frecuente que las jóvenes se vean forzadas a mantener relaciones sexuales desiguales y no puedan negociar unas relaciones más seguras. De esta situación deriva una pérdida proporcionalmente mayor de vidas entre las mujeres, lo que generará un desequilibrio en la población adulta cuyas consecuencias se desconocen. Una de ellas, probable y ominosa, es que los hombres maduros buscarán pareja entre mujeres cada vez más jóvenes, lo que a su vez intensificará algunos de los factores de riesgo de propagación del VIH.

Una amenaza económica subestimada

En muchos países, los efectos acumulativos de la epidemia podrían tener consecuencias catastróficas en el crecimiento económico a largo plazo y menoscabar gravemente las perspectivas de reducir la pobreza. Hasta fecha reciente, la mayoría de los expertos pensaban que una epidemia generalizada de VIH/SIDA con una prevalencia del 10% en la población adulta reduciría el crecimiento económico en torno a un 0,5% anual (33). Varios estudios nacionales indican que la epidemia de VIH/SIDA recorta el producto interno bruto (PIB) un 1% aproximadamente, pero recientes estudios y estimaciones dibujan un panorama mucho más sombrío de los efectos económicos presentes y futuros (30, 34).

En el pasado, los estudios han malinterpretado los efectos de las epidemias al considerarlos similares a los de conmociones aisladas como catástrofes naturales o reveses económicos internacionales, que muchas economías pueden absorber y que escapan al control de los planificadores. También las predicciones han reflejado a menudo el supuesto de que los países africanos más afectados tenían un exceso de mano de obra, y han señalado que una contracción de la masa laboral podría conducir a un uso

más eficiente de la tierra y el capital. Se pensaba que, en realidad, el PIB per cápita aumentaría si el descenso del PIB fuera inferior al de la población. Se creía, asimismo, que la destrucción de la población activa y, por tanto, la reducción de la oferta de mano de obra debida al VIH/SIDA podrían dar lugar a un aumento de la productividad individual de los trabajadores restantes, porque cada uno de ellos dispondría de más tierra y capital con los que trabajar. La consecuencia de estos supuestos e interpretaciones erróneas fue que no se realizaron revisiones nacionales e internacionales de las políticas económicas para tener en cuenta el impacto del VIH/SIDA.

El VIH/SIDA tendrá efectos generalizados que persistirán durante generaciones y que en muchos estudios económicos no se pueden apreciar. La enfermedad y la muerte prematura representan inversiones en capital humano desperdiciadas y, a escala mundial, reducen los incentivos para invertir en el futuro. Una respuesta insuficiente al VIH/SIDA significa que la enfermedad seguirá destruyendo los sistemas educativos y otras instituciones básicas, reducirá el capital humano y la capacidad

La historia de una hija



Gideon Mendel/Network

Samkelisiwe Mkhwanazi recibió el diagnóstico de VIH/SIDA cuando estaba recibiendo tratamiento antituberculoso en el Hospital Ngwelezane de KwaZulu-Natal (Sudáfrica). Tras salir del hospital, permaneció tres meses con un curandero tradicional que la trató con medicamentos herbarios, pero su estado de salud no mejoró.

En condiciones normales, a Samkelisiwe, de 30 años de edad, le correspondería ocuparse de su hijo y de su madre, Nesta, pero ahora ha vuelto a depender de ésta. «Quiero estar con ella hasta mi muerte»,

declara. La familia entera se apoya en Nesta, que debe atender a todos, incluidos los hijos de la difunta hermana de Samkelisiwe (véase la historia de Nesta en el capítulo 5).

Samkelisiwe es sólo una de los aproximadamente seis millones de personas de los países en desarrollo que necesitan tratamiento urgente con antirretrovirales. La incapacidad de los sistemas sanitarios para hacer frente al problema obliga a la mayoría de las personas seropositivas a depender de los cuidados que les presten la familia o la comunidad.

de transmitirlo, y contribuirá a un prolongado declive del ahorro y la inversión. Por consiguiente, responder a las epidemias, incluso a las de baja prevalencia, reportará muchos beneficios.

La amenaza del colapso institucional

Van haciéndose evidentes las consecuencias de una menor esperanza de vida de los adultos para las sociedades muy castigadas por el VIH/SIDA, aunque, en ocasiones, deficiencias anteriores han enmascarado el impacto específico de éste (35). Por ejemplo, en África, el mal funcionamiento de las instituciones ha quedado oculto tras una ineficiencia de larga data y expectativas de bajo rendimiento. Hoy día, en varios países de África meridional, la supervivencia y el funcionamiento de las instituciones están amenazados. La falta de capacidad es un problema fundamental. Existen ya importantes carencias de personal calificado en organizaciones clave. Los puestos están vacantes u ocupados de forma interina. La continuidad laboral es escasa debido a las defunciones y a las consiguientes remodelaciones. También la moral es baja. Numerosos estudios y datos aislados señalan la ralentización, próxima a la parálisis, de los servicios agrícolas, judiciales, policiales, educativos y sanitarios.

Muchas empresas africanas se han visto también gravemente afectadas por la disminución de la oferta de mano de obra, en particular por la pérdida de trabajadores experimentados en sus años más productivos, el aumento del absentismo, la disminución de la rentabilidad y la menor competitividad internacional (36). La amenaza que supone la epidemia para la seguridad regional es otro ejemplo de impacto indirecto que puede perjudicar a actividades económicas como el turismo (37) o los flujos de inversión extranjera (38).

En África meridional y oriental se está viendo afectado el sector educativo, porque el número de profesores que se pierden supera al de los que se forman (39). Esto no es sólo consecuencia de las enfermedades y las muertes relacionadas con el SIDA: algunos profesores son contratados por el sector privado, que también necesita personal calificado, y otros emigran. Los efectos quedan enmascarados por el descenso del número de niños que se matriculan en la escuela, debido a que las familias afectadas por el VIH/SIDA no pueden pagar los gastos de escolarización o necesitan que sus hijos trabajen en casa. El resultado será un menor nivel educacional, con consecuencias negativas para los esfuerzos por reducir la pobreza, mejorar las relaciones entre los sexos y reducir la transmisión del VIH, así como para la salud en general de los que sobreviven. Se está minando el intento de escolarizar a todos los niños para 2015 (uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio), con consecuencias negativas a largo plazo.

Una de las muchas tragedias del VIH/SIDA es que a menudo castiga con mayor dureza a los sistemas de salud más débiles, y los perjudica por partida doble. Unos sistemas que de por sí no pueden afrontar la situación se debilitan aún más como consecuencia de la mortandad y la discapacidad que el VIH/SIDA causa en gran número de profesionales sanitarios (véase el capítulo 4). En los países de bajos ingresos que ya adolecían de falta de personal sanitario, los sistemas de salud están sobrecargados. En Côte d'Ivoire y Uganda, entre el 50% y el 80% de las camas hospitalarias para adultos están ocupadas por pacientes con trastornos relacionados con el VIH. En Swazilandia, la duración media de la hospitalización es de seis días, pero se eleva a 30 días en el 80% de los pacientes con tuberculosis asociada al VIH (40).

El VIH/SIDA tiene en muchos casos un impacto enorme en el sector sanitario. La gravedad y complejidad de las infecciones oportunistas se asocia a altas tasas de hospitalización, mortalidad de los pacientes hospitalizados y mayores gastos en tra-

tamiento. En algunos países subsaharianos, la tasa de ocupación de las camas de hospitales generales por enfermos de SIDA supera con frecuencia el 50%. Sin embargo, se ha comprobado que el tratamiento antirretroviral reduce drásticamente la mortalidad, la morbilidad y los gastos asistenciales relacionados con el VIH/SIDA, y que mejora considerablemente la calidad de vida de los pacientes. El capítulo 4 aborda con detalle las cuestiones clave que relacionan el VIH, los sistemas sanitarios y la extensión del tratamiento.

Dadas las abrumadoras consecuencias sociales y económicas de la propagación del VIH, la necesidad de aplicar métodos de prevención eficaces y de amplio alcance resulta hoy tan evidente como lo era ya al inicio de la epidemia, en la década de 1980. La sección siguiente aborda las diversas estrategias preventivas y asistenciales que se están aplicando en el mundo.

PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y APOYO: ESTRATEGIAS PARA EL CAMBIO

Puede que el VIH/SIDA no sea curable, pero no cabe duda de que es prevenible y tratable. Se ha estimado que casi las dos terceras partes de los contagios que, según las proyecciones, se producirán durante el periodo 2002–2010 podrían prevenirse si se amplía considerablemente la cobertura de las actuales estrategias preventivas (41). Las labores de prevención pueden y consiguen detener la propagación del virus, y los importantes avances en el tratamiento sustentan la esperanza de una vida más larga y mejor para los ya infectados. Extender masivamente el acceso al tratamiento debe convertirse en una forma de apoyar y fortalecer los programas de prevención. Una cuidadosa integración de los servicios de prevención y tratamiento garantizará que las personas que resulten seropositivas queden vinculadas a servicios de asesoramiento y tratamiento, lo que puede conducir a proteger a otras de la infección (42). Además, en el caso de las personas a las que normalmente les asustaría someterse a las pruebas, es más probable que acudan a servicios de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA si tienen acceso al tratamiento (véase el recuadro 1.3).

Prevenir la transmisión sexual del VIH

La prevención puede resultar eficaz en muchas poblaciones, siempre y cuando se empleen estrategias basadas en pruebas científicas y cuidadosamente adaptadas tanto al entorno socioeconómico como a la situación de la epidemia nacional de VIH/SIDA. Se ha comprobado que los enfoques integrales que respaldan los derechos sociales e individuales, implican a las comunidades y fundamentan su desarrollo en los valores culturales de éstas resultan eficaces cuando se combinan con la promoción del uso sistemático del preservativo, el asesoramiento y las pruebas voluntarias del VIH, y una iniciación sexual más tardía. También la promoción de otras estrategias, como la abstinencia y la reducción del número de parejas, deben basarse en pruebas sólidas.

Es sabido que el nivel de desarrollo socioeconómico y factores culturales como la desigualdad por razón de sexo o el acceso a la educación y la atención sanitaria son otros tantos obstáculos al éxito de las iniciativas de prevención. Las intervenciones que reducen los efectos de esos obstáculos (como instaurar medidas que permitan a las niñas permanecer escolarizadas durante más tiempo) pueden tener un impacto duradero en las tasas de transmisión del VIH. También resulta útil la promoción de los derechos humanos, combinada con programas de modificación del comportamiento (45, 46). Las enseñanzas extraídas de diversos entornos y comunidades muestran que, para llevar a efecto cualquier medida preventiva, las personas no sólo han de poseer los conocimientos adecuados, sino también la capacidad de aplicarlos.

La constancia en el uso del preservativo exige un sistema fiable de distribución entre las poblaciones pobres o de zonas de difícil acceso (47). Resultan eficaces las intervenciones dirigidas a grupos de alto riesgo, como los hombres que tienen relaciones homosexuales y las prostitutas y sus clientes en África, Asia y América Latina. En Abidján (Côte d'Ivoire) y Cotonou (Benin), la prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo descendió durante la década de 1990, y el mayor uso del preservativo contribuyó significativamente a este descenso (48, 49); cambios similares se han observado entre los profesionales del sexo en Camboya y Tailandia (véase el recuadro 1.4). En una comunidad minera sudafricana, las intervenciones dirigidas a los grupos de mayor riesgo incrementaron el uso del preservativo y redujeron mucho las tasas de infecciones de transmisión sexual en la comunidad, sobre todo las más relacionadas con el VIH (52).

Según algunas de las últimas investigaciones, unos programas eficaces de prevención dirigidos a los jóvenes pueden enseñarles comportamientos sexuales responsables y seguros. Datos recientes indican que, en Uganda, los jóvenes han modificado considerablemente su comportamiento en los últimos años, y la prevalencia del VIH ha descendido mucho entre ellos (53).

Romper los vínculos con otras infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual elevan el riesgo de contagio del VIH como mínimo entre dos y cinco veces (49) y contribuyen a la propagación del virus. Si no se tratan, no sólo incrementan la infecciosidad de los seropositivos, sino también la susceptibilidad de los seronegativos a la infección. Por ello, tanto el diagnóstico y el tratamiento tempranos de estas infecciones como los esfuerzos por reducir su prevalencia deberían ser componentes de una estrategia integral de prevención del VIH. Probablemente las medidas de lucha contra las infecciones de transmisión sexual reportan más beneficios en las primeras etapas de una epidemia nacional de VIH/SIDA, cuando el virus se propaga como consecuencia de unas altas tasas de cambio de pareja sexual, pero los datos indican que tienen importantes efectos incluso en epidemias más avanzadas.

Recuadro 1.3 La prevención y el tratamiento en el Brasil y las Bahamas

La experiencia brasileña demuestra que extender masivamente el tratamiento antirretroviral no dificulta las tareas de prevención; antes bien, las impulsa si también se extienden éstas al mismo tiempo. Desde 1996 (año en el que se inició el programa brasileño de distribución universal de antirretrovirales), se viene haciendo un seguimiento del comportamiento sexual y, más recientemente, de la prevalencia del VIH en casi 30 000 reclutas varones del ejército. En 1999–2002, más del 80% de ellos eran sexualmente activos, y el porcentaje de los que tenían varias parejas permanecía constante; pero la prevalencia del VIH entre los hombres era baja (0,08%) y la frecuencia

de uso del preservativo era alta y en aumento. En 1999, el 62% de los hombres dijeron haber utilizado el preservativo en su última relación sexual, y en 2000 y 2002 la cifra fue del 70%. El uso del preservativo en relaciones sexuales remuneradas durante el año anterior aumentó del 69% en 1999 al 77% en 2002. También se observó el impacto de las intervenciones de prevención entre los consumidores de drogas por vía parenteral. Fue en este grupo en el que se produjo un descenso más significativo de los comportamientos sexuales de riesgo (43).

En las Bahamas, la introducción del tratamiento antirretroviral se ha acompañado

igualmente de mayores logros en el ámbito de la prevención, además de significativos descensos de la mortalidad (del 56% en la debida al SIDA, que incluye un 89% menos de defunciones infantiles). Los logros en materia de prevención se reflejan en el descenso de la transmisión del VIH de la madre al niño del 28% al 3%; también se ha logrado reducir en un 44,4% los nuevos casos de infección por el VIH, en un 41% la prevalencia del VIH entre los pacientes tratados por infecciones de transmisión sexual, y en un 38% la prevalencia del VIH entre las embarazadas (44).

Prevenir la infección en lactantes y niños

Se estima que cada año dan a luz 2,2 millones de mujeres infectadas por el VIH, y que aproximadamente 700 000 recién nacidos resultan contagiados por sus madres. La transmisión del VIH de la madre al niño puede producirse durante el embarazo, el parto o la lactancia. Si no se interviene, en los países desarrollados, entre el 14% y el 25% de los niños nacidos de madres seropositivas se infectan, frente al 13%-42% en otros países (54). Esta disparidad obedece fundamentalmente a las distintas prácticas de amamantamiento. Se estima que entre el 5% y el 20% de los lactantes nacidos de mujeres seropositivas contraen la infección por la leche materna.

Recuadro 1.4 Camboya y Tailandia – éxitos y retos

En Asia, la infección por el VIH sigue circunscrita en gran medida a las personas con mayor nivel de riesgo (profesionales del sexo, consumidores de drogas por vía parenteral y hombres que tienen relaciones homosexuales) y a sus parejas. Las personas en situación de alto riesgo representan entre el 7% y el 25% de la población adulta, por lo que en todos los países de la región cabe la posibilidad de que estalle una epidemia.

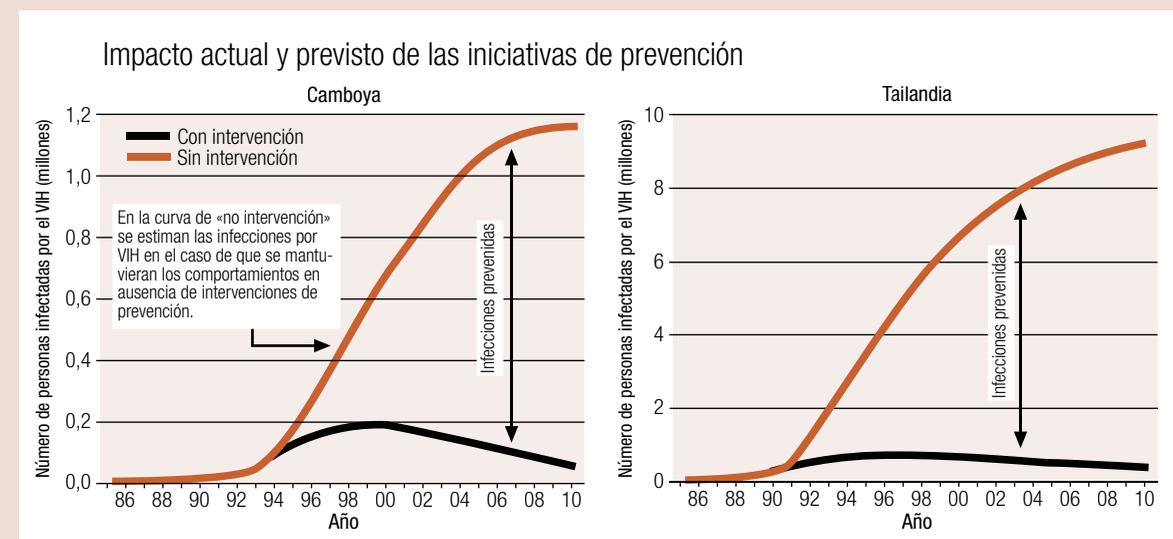
Sin embargo, el hecho de que el riesgo esté concentrado significa que unas medidas de prevención dirigidas y de amplia cobertura pueden impedir que se produzcan epidemias o invertir su curso. Camboya y Tailandia pusieron en marcha intervenciones intensivas, extensas y bien financiadas para reducir los riesgos en el ámbito de la prostitución y han logrado modificar el curso de las epidemias. En ambos países se comprendió pronto el

papel de esa actividad en la transmisión del VIH y se emprendieron importantes intervenciones de ámbito nacional en las que no sólo se trabajó con los propietarios de los burdeles y los profesionales del sexo, sino que se llegó también a las amplias poblaciones de clientes, que representaban casi el 20% de los varones adultos a principios de la década de 1990. En respuesta a estos programas, el uso del preservativo entre los profesionales del sexo y los clientes ascendió a más del 90%, y el número de hombres que visitaban a profesionales del sexo se redujo a la mitad.

Partiendo de este modelo asiático de la epidemia, el East-West Center y sus colaboradores han estudiado el impacto de esas actividades de prevención. Sin unos programas preventivos enérgicos, ambos países estarían padeciendo ahora una epidemia en expansión, con un 10%-15% de seropositivos entre la

población adulta, en lugar de las cifras del 2%-3% y el declive de la epidemia que estamos presenciando.

Pero cuando se cierra una vía de transmisión del VIH, surgen otras. Hasta la fecha, los programas dirigidos a los consumidores de drogas por vía parenteral, a los hombres que tienen relaciones homosexuales y a los jóvenes sexualmente activos han sido poco enérgicos e ineficaces. En Tailandia, la epidemia entre los consumidores de drogas por vía parenteral no cede, el uso del preservativo entre los jóvenes se mantiene en niveles bajos, del 20% aproximadamente, y entre los hombres que tienen relaciones homosexuales, los seropositivos rondan el 15%. Si desean mantener sus logros, estos dos países deben adaptar las respuestas para que sean igualmente eficaces y enérgicas frente a las nuevas distribuciones del riesgo (50, 51).



La forma más eficaz de prevenir la infección en lactantes y niños pequeños es prevenirla en las mujeres y evitar los embarazos no deseados en las que ya son seropositivas. Aun así, también es posible prevenir la mayoría de los casos de transmisión del VIH de la madre al niño. Hoy día, la profilaxis con antirretrovirales, unida a otras medidas como la cesárea programada antes de que comience el parto y se rompa la bolsa de las aguas o evitar la lactancia materna, ha eliminado casi por completo la infección de los lactantes por el VIH en el mundo desarrollado, con tasas de contagio inferiores al 2%. En los países en desarrollo en los que la lactancia es la norma, el riesgo de transmisión del VIH al recién nacido puede reducirse a menos de la mitad mediante ciclos cortos de tratamiento antirretroviral, aunque esta reducción no es sostenida si no se adoptan prácticas de alimentación que reduzcan el riesgo.

Para reducir el riesgo de transmisión del VIH por la leche materna, la OMS recomienda actualmente que, cuando sea aceptable, factible, asequible, sostenible y seguro emplear una alimentación de reemplazo, las madres seropositivas abandonen totalmente la lactancia natural. En los demás casos se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida. Para minimizar el riesgo de transmisión después del parto, debe suspenderse la lactancia natural tan pronto como se pueda, teniendo en cuenta las circunstancias locales, la situación individual de la madre y los riesgos que plantea una alimentación de reemplazo, como infecciones distintas del VIH y malnutrición.

Aunque se está avanzando en la aplicación a gran escala de estas intervenciones de bajo costo y relativamente sencillas en los países más afectados, el proceso ha sido más lento de lo previsto. Se debe animar y ayudar a las mujeres a que acudan a los servicios de atención prenatal, acepten someterse al asesoramiento y las pruebas, regresen para conocer los resultados y adopten prácticas más seguras para alimentar a sus hijos; debe dárseles también acceso a un tratamiento antirretroviral correctamente administrado. En la actualidad, se plantean los desafíos siguientes: lograr que crezca rápidamente la aceptación del asesoramiento y las pruebas del VIH; integrar en los servicios de atención maternoinfantil la prevención del contagio de los lactantes y los niños pequeños, y ampliar la prevención de la transmisión de la madre al niño de manera que abarque la atención, el tratamiento y el apoyo a las madres seropositivas, a sus bebés y a la familia.

Mitigar el daño entre los consumidores de drogas por vía parenteral

Es posible que la cifra mundial de seropositivos entre los consumidores o ex consumidores de drogas por vía parenteral ronde los 2-3 millones. Hay epidemias del VIH asociadas a dicho consumo en más de 110 países. Si no se actúa para mitigar el daño, la prevalencia del VIH entre los toxicómanos por vía parenteral puede elevarse al 40% o más entre uno y dos años después de la llegada del virus a sus comunidades. A la transmisión del VIH por compartir jeringuillas no estériles se suma el contagio por las relaciones sexuales de los toxicómanos entre sí y con sus parejas.

Los toxicómanos por vía parenteral deben tener acceso a servicios que les ayuden a reducir los riesgos del consumo de drogas y de la infección por VIH. Quienes deseen abandonar las drogas o recibir un tratamiento sustitutivo para dejar de inyectarse han de disponer de programas de tratamiento. La principal finalidad de la reducción del daño es ayudar a los toxicómanos a evitar las consecuencias negativas del consumo por vía parenteral y mejorar su estado de salud y su situación social. Entre las intervenciones se cuentan proyectos que intentan garantizar que quienes sigan

inyectándose tengan acceso a material de inyección estéril. Una evaluación llevada a cabo en 99 ciudades mostró que el riesgo de transmisión del VIH había descendido un 19% anual en las ciudades que disponían de dichos proyectos (sin un aumento concomitante del consumo de drogas), frente a un aumento del 8% en las que carecían de ellos (55).

Prevenir la transmisión en el ámbito de la atención sanitaria

Las prácticas incorrectas de transfusión sanguínea son otra vía importante de transmisión parenteral del VIH. Se necesitan políticas y procedimientos para minimizar el riesgo de contagio a través de ellas, como la creación de un servicio nacional de transfusiones, la selección de donantes de bajo riesgo, la eliminación de las transfusiones innecesarias y el cribado sistemático de la sangre destinada a transfusión.

La aplicación de las precauciones universales en los establecimientos sanitarios previene la transmisión del VIH y de otros patógenos transmitidos por la sangre, por lo que se necesita mejorar el acceso a tecnologías más seguras. Una revisión de los estudios publicados ha demostrado que, en el África subsahariana, las inyecciones peligrosas desempeñan un papel menor, pero significativo, en la transmisión del VIH (56). Con independencia de su contribución exacta a la pandemia de VIH/SIDA, estas inyecciones son una práctica inaceptable, y en todos los establecimientos sanitarios deben redoblar los esfuerzos por reducir la exposición de los pacientes y el personal asistencial a las infecciones transmitidas por la sangre.

Atención de los niños seropositivos en Moscú



Ilse Freeth/Lookat/Network

En el último decenio ha aumentado rápidamente el número de casos de VIH/SIDA en Europa oriental y la antigua Unión Soviética. A diferencia de la mayoría de las demás regiones, en éstas la infección se ha propagado sobre todo por el consumo de drogas por vía parenteral. Muchas mujeres que resultan infectadas de este modo transmiten el virus a sus hijos.

Estos tres niños están siendo atendidos en un pequeño consultorio del Hospital de Orechovo-Zojevo, en la región de Moscú. El consultorio viene a ser un hogar para los niños VIH-positivos cuyas madres han fallecido o no pueden cuidar de ellos.

Asesoramiento y pruebas

En los países de bajos ingresos, la gran mayoría de las personas seropositivas ignoran que están infectadas. Las pruebas son un medio fundamental para identificarlas e iniciar el tratamiento, así como para prevenir la infección en las madres y sus hijos lactantes. Constituyen también un componente básico de toda estrategia integral para prevenir la transmisión sexual. Los estudios demuestran que las personas que resultan ser seropositivas tienden a reducir los comportamientos de riesgo (57). Las sesiones de asesoramiento y pruebas con ambos miembros de la pareja pueden elevar la frecuencia de uso del preservativo.

Es urgente extender masivamente el acceso al asesoramiento y las pruebas, que deberían ofrecerse como norma asistencial. Las pruebas de detección del VIH han de realizarse siempre tras haber obtenido el consentimiento informado del paciente y con las correspondientes garantías de confidencialidad. Los servicios de asesoramiento y pruebas deben estar al día en lo que respecta a las nuevas opciones en materia de tratamiento y prevención. Los gobiernos nacionales verán aumentar su responsabilidad de proporcionar servicios de asesoramiento y pruebas de alta calidad, los cuales deben convertirse en parte integral de la asistencia sanitaria, por ejemplo en las consultas de atención prenatal, o en los centros de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual.

Para poder acelerar la prevención y la asistencia y limitar a la vez la devastación social que se está produciendo, es una necesidad de salud pública extender rápidamente el acceso al tratamiento del VIH/SIDA en los países más afectados por la pandemia. La terapia antirretroviral es eficaz y mucho más barata que hace dos años; salva vidas y ayudará a prevenir las catástrofes sociales y económicas apuntadas en este capítulo. La respuesta necesaria se describe en el capítulo siguiente, dedicado a la audaz iniciativa de dispensar tratamiento a tres millones de personas con VIH/SIDA para el final de 2005; en él se explica cómo dicha iniciativa puede ayudar a fortalecer los sistemas de salud.

Referencias

1. *Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2003*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2003 (UNAIDS/03.39S).
2. *World population prospects: the 2002 revision*. Nueva York, Naciones Unidas, 2003.
3. Dixon S, McDonald S, Roberts J. The impact of HIV and AIDS on Africa's economic development. *BMJ*, 2002, 324:232-234.
4. Topouzis D. *The socio-economic impact of HIV/AIDS on rural families with an emphasis on youth*. Roma, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 1994.
5. *El progreso de las naciones 2000*, Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2000 (documento de referencia).
6. *The impact of AIDS*. Nueva York, Naciones Unidas, 2003 (División de Población de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales).
7. Sewankambo NK, Gray RH, Ahmad S, Serwadda D, Wabwire-Mangen F, Nalugoda F et al. Mortality associated with HIV infection in rural Rakai district, Uganda. *AIDS*, 2000, 14:2391-2400.
8. Glynn JR, Warndorff DK, Fine PEM, Msiska GK, Munthali MM, Ponnighaus JM. The impact of HIV on morbidity and mortality from tuberculosis in sub-Saharan Africa: a study in rural Malawi and review of the literature. *Health Transition Review*, 1997, 7(Suppl. 2):75-87.
9. Brahmabhatta H, Kigozi G, Wabwire-Mangen F, Serwadda D, Sewankambo N, Lutalo T et al. The effects of placental malaria on mother-to-child HIV transmission in Rakai, Uganda. *AIDS*, 2003, 17:2539-2541.

10. HIV/AIDS: epidemiological surveillance update for the WHO African Region 2002. Harare, Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional de la OMS para África, 2003.
11. Reconciling survey and surveillance-based estimates. Report of Tropical Diseases Research Centre (Ndola, Zambia)/UNAIDS/WHO Technical Consultation, Lusaka, Zambia, 17–18 February 2003. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (<http://www.who.int/hiv/strategic/mt170203/en/>, visitado el 14 de febrero de 2004).
12. Buve A, Carael M, Hayes R, Robinson NJ. Variations in HIV prevalence between urban areas in sub-Saharan Africa: do we understand them? *AIDS*, 1995, 9(Suppl. A): S103–S109.
13. Boerma JT, Nyamukapa C, Urassa M, Gregson S. Understanding the uneven spread of HIV within Africa: a comparative study of biologic, behavioral, and contextual factors in rural populations in Tanzania and Zimbabwe. *Sexually Transmitted Diseases*, 2003, 30:779–787.
14. Nicoll A, Hamers F. Are trends in HIV, gonorrhoea, and syphilis worsening in western Europe? *BMJ*, 2002, 324:1324–1327.
15. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. *HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year 2003, no. 69*. Saint-Maurice (Francia), Institut de Veille Sanitaire, 2003 (http://www.eurohiv.org/reports/report_69/pdf/draft_rep69.pdf, visitado el 3 de febrero de 2004).
16. Walker N, Schwartzlander B, Bryce J. Meeting international goals in child survival and HIV/AIDS. *Lancet*, 2002, 360:284–289.
17. Newell M-L, Brahmbhatt H, Ghys P. Child mortality and HIV infection in Africa: a review. The impact of the AIDS epidemic on child mortality. *AIDS* (de próxima aparición).
18. Blacker J. The impact of AIDS on adult mortality: evidence from national and regional statistics. *AIDS* (de próxima aparición).
19. Porter K, Zaba B. The empirical evidence for the impact of HIV on adult mortality in the developing world: data from serological studies. *AIDS* (de próxima aparición).
20. Morgan D, Mahe C, Mayanja B, Okongo JM, Lubega R, Whitworth JA. HIV-1 infection in rural Africa: is there a difference in median time to AIDS and survival compared with that in industrialized countries? *AIDS*, 2002, 16:597–603.
21. División de Población de las Naciones Unidas. *World population prospects: the 2002 revision population database* (<http://esa.un.org/unpp>, visitado el 18 de febrero de 2004).
22. Holmes CB, Losina E, Walensky RP, Yazdanpanah Y, Freedberg KA. Review of human immunodeficiency virus type I-related opportunistic infections in sub-Saharan Africa. *Clinical Infectious Diseases*, 2003, 36:652–662.
23. Corbett EL, Steketee RW, ter Kuile FO, Latif A, Kamali A, Hayes RJ. HIV-1/AIDS and the control of other infectious diseases in Africa. *Lancet*, 2002, 359:2177–2187.
24. Corbett EL, Watt C, Walker N, Maher D, Williams BG, Ravigione MC et al. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic. *Archives of Internal Medicine*, 2003, 163:1009–1021.
25. *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.331, en prensa).
26. Barnett T, Whiteside A. *AIDS in the 21st century: disease and globalization*. Londres, Macmillan Palgrave, 2002.
27. Bronfman MN, Leyva R, Negroni MJ, Rueda CM. Mobile populations and HIV/AIDS in Central America and Mexico: research for action. *AIDS*, 2002, 16(Suppl. 3):S42–S49.
28. Mutangadura G, Mukurazita D, Jackson H. *A review of household and community responses to the HIV/AIDS epidemic in the rural areas of sub-Saharan Africa*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2000.
29. Over M. Coping with the impact of AIDS. *Finance and Development*, 1998, March:22–24.
30. Bell C, Devarajan S, Gersbach H. The long-run economic costs of AIDS: theory and application to South Africa. Washington, DC, Banco Mundial, 2003.
31. *Los huérfanos y otros niños y niñas afectados por el VIH/SIDA: Hoja de datos del UNICEF*. París, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (http://www.unicef.org/aids/index_orphans.html, visitado el 4 de febrero de 2004).
32. UNICEF/USAID/ONUSIDA. *Children on the brink 2002. A joint report on orphan estimates and program strategies*. Washington, DC, The Synergy Project, 2002.
33. *Hacer frente al SIDA: prioridades de la acción pública ante una epidemia mundial*. Washington, DC, Banco Mundial, 1999.
34. McPherson M, Goldsmith A. Africa: on the move? *SAIS Review*, 1998, 28:153–167.
35. Husain IZ, Badcock-Walters P. Economics of HIV/AIDS mitigation: responding to problems of systemic dysfunction and sectoral capacity. In: Forsythe S, ed. *State of the art: AIDS and economics*. Washington DC., Policy Project, 2002:84–95.
36. Rosen S, Simon J, Vincent JR, MacLeod W, Fox M, Thea DM. AIDS is your business. *Harvard Business Review*, 2003, 81:80–87.
37. Forsythe S. HIV/AIDS and tourism. *AIDS Analysis Africa*, 1999, 9:4–6.
38. Hemrich G, Topouzis D. Multi-sectoral responses to HIV/AIDS: constraints and opportunities for technical co-operation. *Journal of International Development*, 2000, 12:85–99.
39. Grassly NC, Desai K, Pegurri E, Sikazwe A, Malambo I, Siamatowe C et al. The economic impact of HIV/AIDS on the education sector in Zambia. *AIDS*, 2003, 17:1039–1044.
40. *Accelerating access to HIV/AIDS care in Swaziland. A partnership between the Kingdom of Swaziland, the United Nations system, and the private sector*. Mbabane, Ministry of Health and Social Welfare, 2000 (Project document).
41. Stover J, Walker N, Garnett GP, Salomon JA, Stanecki KA, Ghys PD et al. Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response? *Lancet*, 2002, 360:73–77.
42. Global HIV Prevention Working Group. *Global mobilization for HIV prevention: a blueprint for action*. Menlo Park, CA, Kaiser Family Foundation, 2002 (<http://www.kff.org/hiv/aids/200207-index.cfm>, visitado el 4 de febrero de 2004).
43. Coordenação Nacional de Dst e Aids. *Pesquisa entre os conscritos do Exército Brasileiro, 1996–2000: retratos do comportamento de risco do jovem brasileiro à infecção pelo HIV*. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.
44. Camara B, Lee R, Gatwood J, Wagner H-U, Cazal-Gamelsy R, Boisson E. *The Caribbean HIV/AIDS epidemic. Epidemiological status – success stories. A summary*. Port of Spain, Caribbean Epidemiology Centre, 2003 (CAREC surveillance report, 2003, Vol. 23, Suppl. 1).
45. Sumartojo E. Structural factors in HIV prevention: concepts, examples, and implication for research. *AIDS*, 2000, 14(Suppl. 1):S3–S10.
46. Auerbach JD, Coates TJ. HIV prevention research: accomplishments and challenges for the third decade of AIDS. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1029–1032.
47. *El preservativo masculino*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2000 (ONUSIDA Actualización técnica).
48. Ghys PD, Diallo MO, Ettiegne-Traore V, Satten GA, Anoma CK, Maurice C et al. Effect of interventions to control sexually transmitted disease on the incidence of HIV infection in female sex workers. *AIDS*, 2001, 15:1421–1431.
49. Alary M, Mukenge-Tshibaka L, Bernier F, Geraldo N, Lowndes CM, Meda H et al. Decline in the prevalence of HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Cotonou, Benin, 1993–1999. *AIDS*, 2002, 16:463–470.
50. Thai Working Group on HIV/AIDS. *Projections for HIV/AIDS in Thailand: 2000–2020*. Bangkok, Ministry of Public Health, 2001 (Department of Communicable Disease Control).
51. Cambodia Working Group on HIV/AIDS. *Projections for HIV/AIDS in Cambodia: 2000–2010*. Phnom Penh, National Center for HIV/AIDS and STD, 2002.
52. Steen R, Vuylsteke B, DeCoito T, Ralepeli S, Fehler G, Conley J et al. Evidence of declining STD prevalence in a South African mining community following a core-group intervention. *Sexually Transmitted Diseases*, 2000, 27:1–8.
53. Mbulaiteye SM, Mahe C, Whitworth JA, Ruberantwari A, Nakiyingi JS, Ojwiya A et al. Declining HIV-1 incidence and associated prevalence over 10 years in a rural population in south-west Uganda: a cohort study. *Lancet*, 2002, 360:41–46.
54. The Working Group on Mother-to-Child Transmission of HIV. Rates of mother-to-child transmission of HIV-1 in Africa, America and Europe: results from 13 perinatal studies. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1995, 8:506–510.
55. McDonald M, Law M, Kaldor J, Hales J, Dore GJ. Effectiveness of needle and syringe programmes for preventing HIV transmission. *International Journal of Drug Policy*, 2003, 14:353–357.
56. Schmid GP, Buvé A, Mugenyi P, Garnett GP, Hayes RJ, Williams BG et al. Transmission of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa and effect of elimination of unsafe injections. *Lancet*, 2004, 363:482–488.
57. The Voluntary HIV-2 Counselling and Testing Efficacy Study Group. Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania and Trinidad: a randomised trial. *Lancet*, 2000, 356:103–112.



capítulo dos

la iniciativa de tratamiento

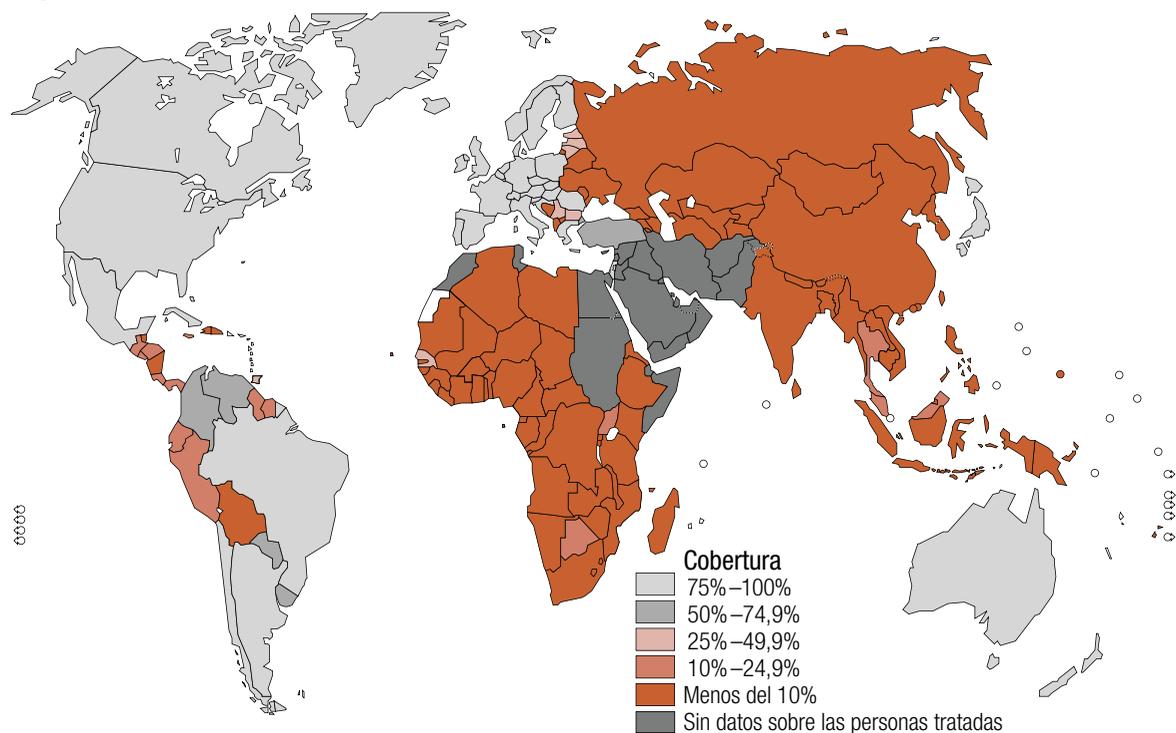
En el primer capítulo se ha mostrado la magnitud de la amenaza planteada por el VIH/SIDA. En este segundo capítulo se describe la magnitud de la tarea de responder a ella y se explica cómo la OMS y sus asociados están apoyando a los países en una de las empresas más ambiciosas de la historia de la salud pública. Un enfoque integral de la lucha contra el VIH/SIDA aúna la prevención, el tratamiento y la atención y el apoyo prolongados. Sin embargo, en gran parte de los países en desarrollo el tratamiento ha sido hasta hace muy poco el componente más desatendido. Ahora es preciso extenderlo rápidamente en los países más afectados por la pandemia, y ampliar paralelamente las labores de prevención.

Desde 1996, más de 20 millones de habitantes de países en desarrollo han muerto de SIDA. Si se hubiera desplegado rápidamente el tratamiento antirretroviral, la mayoría de ellos probablemente seguirían vivos hoy. Pese a las crecientes presiones políticas y a las pruebas de la eficacia del tratamiento del SIDA en entornos con pocos recursos, a finales de 2003 menos del 7% de los habitantes de países en desarrollo que necesitaban urgentemente tratamiento antirretroviral estaban recibéndolo. En septiembre de 2003, LEE Jong-wook, Director General de la OMS, se unió a Peter Piot, Director Ejecutivo del ONUSIDA, y a Richard Feachem, Director del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, para declarar que la falta de acceso al tratamiento antirretroviral es una emergencia sanitaria mundial. En respuesta a ello, la OMS, el ONUSIDA y un amplio abanico de asociados lanzaron la iniciativa «tres millones para 2005», conocida como iniciativa «3 por 5». Tratar a tres millones de personas para el final de

2005 es una meta necesaria en el camino hacia el objetivo del acceso universal al tratamiento antirretroviral para todos los que lo necesiten.

Para alcanzar este objetivo deben superarse importantes obstáculos. Con pocas excepciones, el VIH/SIDA ha castigado más duramente a los países cuyos sistemas sanitarios eran ya frágiles. Muchos países que trabajan para extender el tratamiento del VIH/SIDA se enfrentan a importantes deficiencias en áreas como los recursos humanos en el sector sanitario, el asesoramiento y las pruebas del VIH, la adquisición de fármacos y la gestión del suministro, los sistemas de información sanitaria y la capacidad de los laboratorios (incluido el seguimiento de la farmacoresistencia).

Figura 2.1 Cobertura mundial estimada con tratamiento antirretroviral, finales de 2003



Lograr los resultados estipulados en la iniciativa «3 por 5» supondrá un reto para la capacidad de los países y pondrá a prueba la voluntad de la comunidad sanitaria mundial, pero es una tarea fundamental cuyas implicaciones van mucho más allá del objetivo inmediato de salvar millones de vidas en los años venideros. Puede ser también la clave para rescatar del declive a algunos de los sistemas sanitarios más frágiles del mundo y ofrecer así a todas las sociedades un futuro más saludable. Desde esta perspectiva, la iniciativa «3 por 5» es una oportunidad decisiva para asegurar que los nuevos recursos mundiales destinados al VIH/SIDA se inviertan en medidas que refuercen los sistemas sanitarios en beneficio de todos a largo plazo.

En este capítulo se analizan los argumentos económicos, sociales y de salud pública que justifican la extensión masiva del tratamiento antirretroviral en entornos con recursos limitados. Se presenta asimismo la estrategia de la OMS para trabajar con los países y los asociados y se ofrece una estimación de la inversión necesaria a nivel mundial. Se examinan los desafíos y oportunidades a los que se enfrentan los países y se resalta la necesidad de garantizar que el tratamiento antirretroviral llegue a las personas más pobres y marginadas. Por último, el capítulo analiza la importancia de la iniciativa «3 por 5» en un sentido más general, como una nueva forma de trabajar en la comunidad sanitaria mundial para mejorar los resultados de salud y la equidad.

En su compromiso de apoyar a los países, la labor de la OMS está informada por una amplia evaluación de los recursos y las necesidades mundiales en salud pública. La inversión mundial en salud ha aumentado en los últimos años, mientras que muchos otros sectores de la ayuda internacional al desarrollo se han estancado, pero el grueso de estas nuevas inversiones se destina al VIH/SIDA. Por ser el organismo internacional

encargado de intentar lograr el mayor nivel posible de salud para todas las personas, la OMS tiene la doble responsabilidad de apoyar la extensión masiva del acceso al tratamiento antirretroviral y trabajar con los países y los asociados internacionales para garantizar que los nuevos recursos asignados al VIH/SIDA se inviertan en el desarrollo de capacidades sostenibles de los sistemas sanitarios. Sólo un organismo internacional de salud pública puede cubrir esta función de cooperación técnica y dirección. Es esencial fortalecer los sistemas sanitarios para lograr una dispensación sostenible de tratamiento antirretroviral y alcanzar otros objetivos de salud pública, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y la contención de la creciente epidemia de enfermedades crónicas en el mundo en desarrollo.

EXTENSIÓN MASIVA DEL TRATAMIENTO: ARGUMENTOS DE SALUD PÚBLICA

Entre los argumentos de salud pública en favor de extender masiva y urgentemente el acceso al tratamiento se destacan dos consideraciones. En primer lugar citaremos la drástica reducción de la morbimortalidad por VIH/SIDA que conlleva, reducción que se ha documentado en países de altos ingresos, en el programa nacional brasileño de tratamiento (véase el recuadro 2.1) y en proyectos pioneros emprendidos en entornos con recursos limitados (1–3). En segundo lugar está el efecto sinérgico del tratamiento en las labores de prevención; tener acceso a él puede mejorar la prevención por diversos cauces:

- **Incrementa la demanda de asesoramiento y pruebas voluntarias:** para una prevención eficaz es crucial ofrecer servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias. En el África subsahariana, nueve de cada diez personas infectadas por el VIH desconocen su estado serológico, y allí donde no se dispone de tratamiento probablemente no ven la utilidad de conocerlo. Sin embargo, se ha comprobado en

Recuadro 2.1 Freno a la propagación del VIH/SIDA en el Brasil

El Brasil es uno de los pocos países que ha logrado atajar la propagación del VIH/SIDA. El primer programa nacional de VIH/SIDA se instauró en el Estado de São Paulo en 1983, cuando sólo se habían declarado cuatro casos de VIH/SIDA. Desde entonces, la respuesta brasileña ha evolucionado rápidamente, influida sobre todo por la estructura y el papel del sistema público de salud. Para diciembre de 2002 se habían declarado al Ministerio de Salud casi 260 000 casos, con unas 145 000 defunciones. En el año 2000, la prevalencia del VIH/SIDA en el Brasil, que el Banco Mundial había estimado en 1992 que alcanzaría el 1,2%, era del 0,6%.

El Brasil fue el primer país en desarrollo que puso en marcha un programa de distribución universal de antirretrovirales a gran escala. Éste se inició a principios de 1990 con la distribución de la AZT, y quedó garantizado en la legislación federal en 1996. En la actualidad proporciona medicamentos gratuitos a 130 000 personas aproximadamente, lo que

equivale a casi todos los seropositivos del país.

Como consecuencia de ello, las tasas de morbilidad y mortalidad han descendido un 50%–70%. Entre 1996 y 2002 se evitaron más de 60 000 casos de VIH/SIDA, 90 000 muertes y 358 000 ingresos hospitalarios relacionados con esta infección, y el ahorro en costos de atención ambulatoria y hospitalaria ha superado a los costos de aplicación del programa en más de US\$ 200 millones en cuatro años. Estos resultados demuestran la viabilidad del tratamiento antirretroviral incluso en entornos con pocos recursos, que a menudo carecen de la infraestructura ideal. Entre los factores que han contribuido al éxito de la iniciativa brasileña se cuentan los siguientes: la respuesta temprana y concertada del Gobierno; la enérgica y eficaz participación de la sociedad civil; la movilización multisectorial; una equilibrada estrategia de prevención y tratamiento, y la promoción de los derechos humanos.

Aunque la extensión del acceso al trata-

miento antirretroviral se ha acompañado de un aumento de la prevalencia de farmacoresistencia, en el Brasil la tasa de ésta es muy inferior a la de muchos países desarrollados. En 2001, el 6,6% de las nuevas infecciones se debían a cepas resistentes, lo que supone aproximadamente entre la tercera parte y la mitad del porcentaje registrado en América del Norte y zonas de Europa occidental. La baja tasa de resistencias primarias es consecuencia de unas intervenciones del Ministerio de Salud bien planificadas, en las que la distribución de antirretrovirales iba acompañada de garantías de tratamiento a largo plazo en establecimientos sanitarios, de formación continua de los profesionales sanitarios, del uso de directrices normalizadas y de la participación de organizaciones gubernamentales en la promoción del cumplimiento terapéutico. La distribución de antirretrovirales gratuitos ha evitado los problemas asociados al mercado negro y la administración de pautas de mala calidad.

numerosos entornos que la disponibilidad del tratamiento incrementa el uso de los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias: por ejemplo, dicho uso creció un 300% en un consultorio de Haití a raíz de empezar a dispensar tratamiento antirretroviral (4).

- **Ofrece más oportunidades para la prevención secundaria:** acudir a los centros de salud para que se les dispense tratamiento brinda a los pacientes la oportunidad de recibir información sobre comportamientos preventivos. La utilidad de este enfoque queda reflejada en las estrategias de prevención del VIH elaboradas recientemente por los Centros de Prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos y dirigidas a las personas conocedoras de su seropositividad (5).
- **Reduce el riesgo de transmisión:** el tratamiento aminora la probabilidad de transmitir el VIH en relaciones sexuales sin protección. Hay que reconocer no obstante que, debido a la mayor esperanza de vida de los pacientes en tratamiento, es probable que aumenten las relaciones sexuales entre personas con distinto estado serológico.

Hay pocos datos sobre la influencia de la disponibilidad de tratamiento sobre los comportamientos de riesgo en los países en desarrollo. Hay que planificar y realizar mediciones minuciosas para combinar con eficacia las labores de tratamiento y prevención. En la extensión masiva del acceso al tratamiento, los programas tendrán que medir continuamente el impacto en la prevención y ser capaces de adaptarse y responder con rapidez a cualquier relajación de los comportamientos preventivos.

EXTENSIÓN MASIVA DEL TRATAMIENTO: ARGUMENTOS ECONÓMICOS Y SOCIALES

Los análisis económicos y sociales ofrecen claros argumentos en favor de una acción urgente para extender masivamente el acceso al tratamiento. En un principio, varios estudios llevaron a pensar que, en los países pobres, el uso de antirretrovirales no era costoeficaz, pero análisis más recientes indican lo contrario (6). *El Informe sobre la salud en el mundo 2002* señaló que algunos tipos de tratamientos serían costoeficaces incluso en entornos con recursos limitados (7). Desde entonces, los precios de los medicamentos han descendido más de un 50%. Además, los protocolos elaborados para la iniciativa «3 por 5» los harían aún más costoeficaces, sobre todo en los países en los que se hospitaliza a las personas con infecciones oportunistas. El uso de antirretrovirales reduciría estas infecciones por lo menos durante varios años, lo que, a su vez, ayudaría a recortar los gastos sanitarios específicos del VIH/SIDA, como se ha comprobado en el Brasil (8).

Como se ha visto en el primer capítulo, muchos estudios iniciales subestimaron gravemente los perjuicios acumulativos de índole económica y social que el VIH/SIDA causa en los países con alta carga de morbilidad. El tratamiento antirretroviral puede ayudar a atajar la pérdida de capital humano y de productividad si restablece la salud de millones de personas y les permite obtener ingresos, criar a sus hijos y contribuir a la sociedad. Gracias a la aplicación del programa brasileño de acceso universal al tratamiento antirretroviral, la supervivencia media de los enfermos de SIDA que acuden a los servicios públicos de salud ha aumentado de menos de seis meses a un mínimo de cinco años (9). También ha mejorado significativamente su calidad de vida: siguen trabajando, manteniendo a sus familias, criando a sus hijos y relacionándose con sus amigos.

LA ESTRATEGIA «3 POR 5»

Son los países quienes, apoyados por la OMS, el ONUSIDA, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el Plan de Emergencia de la Presidencia de los Estados Unidos para la Mitigación del SIDA, y otros asociados, lideran el proceso de extensión masiva del tratamiento. El 1 de diciembre de 2003, la OMS publicó su estrategia mundial, en la que expone a grandes rasgos cómo contribuirá a lograr la meta de la iniciativa «3 por 5» (10). La estrategia describe unas áreas principales de actividad en un marco compuesto por cinco pilares.

Primer pilar:

Liderazgo mundial, alianzas firmes y sensibilización

La OMS está colaborando estrechamente con el ONUSIDA, el Banco Mundial y otros organismos multilaterales y asociados internacionales para integrar la iniciativa en el marco más amplio de la agenda mundial del desarrollo. Los recursos internacionales comprometidos para la iniciativa deberían aportarse como suplemento de la ayuda a la labor de los países en pos de metas como los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La OMS preconiza la adopción de enfoques favorables a la equidad que fomenten la igualdad entre los sexos y la capacidad de responder a las necesidades de los grupos vulnerables.

Segundo pilar:

Apoyo sostenido a los países

La OMS facilita recomendaciones e instrumentos básicos de políticas y cooperará con los países en cada etapa de la elaboración y aplicación de los planes nacionales.

Tercer pilar:

Instrumentos simplificados y normalizados para dispensar el tratamiento antirretroviral

La extensión masiva y rápida del tratamiento antirretroviral exige directrices e instrumentos fáciles de aplicar para ayudar a los profesionales sanitarios a identificar a los seropositivos, incorporarlos al programa, dispensarles tratamiento y hacer un seguimiento de los resultados, incluidas las farmacoresistencias. La OMS está elaborando estos instrumentos.

Cuarto pilar:

Suministro eficaz y fiable de medicamentos y pruebas diagnósticas

Se ha creado un Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del SIDA (AMDS) para ayudar a coordinar los muchos esfuerzos que se están realizando por mejorar el acceso al tratamiento farmacológico del VIH/SIDA. Dicho servicio ofrece diversas modalidades de apoyo adaptadas a las necesidades de los países (véase el recuadro 2.2).

Quinto pilar:

Rápida identificación y puesta en práctica de los nuevos conocimientos y logros

La OMS está documentando las experiencias y enseñanzas extraídas de programas nacionales de tratamiento antirretroviral y proyectos piloto que han resultado eficaces en zonas con recursos limitados, y está coordinando una agenda de investigaciones operativas relacionada con las necesidades de los programas de tratamiento antirretroviral (véase el capítulo 5).

LA CREACIÓN DE ALIANZAS, CRUCIAL PARA OBTENER RESULTADOS

La iniciativa «3 por 5» sólo tendrá éxito si cuenta con el apoyo de los numerosos asociados comprometidos con la extensión del acceso al tratamiento en los países en desarrollo. Es ante todo una llamada a la formación de alianzas, uno de cuyos puntos fuertes radica en las distintas capacidades y las ventajas comparativas de numerosas organizaciones y comunidades (véase el recuadro 5.2).

Las alianzas y asociaciones necesarias para el éxito de la iniciativa implican a gobiernos nacionales y locales, sociedad civil, donantes bilaterales, organizaciones multilaterales, fundaciones, sector privado (incluidos los empleadores y los laboratorios farmacéuticos), sindicatos, autoridades tradicionales, organizaciones confesionales, organizaciones no gubernamentales (internacionales y nacionales) y organizaciones comunitarias. Las personas seropositivas y la comunidad de activistas son asociados indispensables en todos los planos de actuación de la OMS. Sólo se logrará desarrollar plenamente el potencial de la iniciativa si se relaciona y articula con el de la secretaría del ONUSIDA y otros copatrocinadores de éste.

Recuadro 2.2 Garantizar el suministro de medicamentos a los países en desarrollo

El Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del SIDA (AMDS) es la sección de la iniciativa «3 por 5» encargada del acceso y el suministro. Su finalidad es garantizar que los países en desarrollo puedan acceder a antirretrovirales y medios diagnósticos de alta calidad a los mejores precios; para ello les brinda ayuda en las compras, la elaboración de previsiones, la gestión del suministro y la entrega. Para hacer frente a la brecha terapéutica, el AMDS se basa en años de trabajo del ONUSIDA, la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Banco Mundial, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y la comunidad sanitaria mundial, y opera con aportaciones de estos asociados.

Pueden acceder al servicio administraciones públicas, organizaciones no gubernamentales, seguros de enfermedad y planes de prestaciones con cuota patronal, y otros cauces de suministro sin ánimo de lucro. Se pondrá a disposición de los compradores la información vigente sobre fuentes de suministro, precios y situación reglamentaria de antirretrovirales y medios diagnósticos de buena calidad y de sus patentes, sobre todo a nivel nacional, para ayudarles a tomar decisiones de compra bien fundadas. La OMS no prevé comprar medicamentos directamente, pero seguirá adquiriendo pruebas diagnósticas como parte de un plan de adquisiciones en grandes cantidades.

El Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del SIDA también proporcionará a los fabricantes información que les permita prever la demanda, garantizando con ello que las cantidades producidas reflejen las necesidades reales a un precio asequible.

Los países pueden acceder a servicios específicos de asistencia técnica, como los siguientes:

- **Selección de antirretrovirales básicos y pruebas diagnósticas esenciales** (asesoramiento sobre directrices clínicas; incorporación de productos a las listas nacionales de medicamentos esenciales).
- **Situación de las patentes y licencias** (información acerca de la situación de las patentes; asesoramiento sobre las opciones para la importación legal de genéricos).
- **Registro y especificaciones del producto** (cuestiones de reglamentación farmacéutica y estado del registro de antirretrovirales; fortalecimiento de la capacidad de los organismos de reglamentación farmacéutica; calidad y especificaciones del producto para las licitaciones y los contratos de adquisición).
- **Precalificación de antirretrovirales y pruebas diagnósticas** (asesoramiento sobre productos que cumplan los criterios de calidad, seguridad y eficacia de la OMS; criterios operacionales para evaluar a las agencias de suministro y los laboratorios de control de la calidad).
- **Inteligencia de mercado** (información sobre fuentes de suministro y precios de los antirretrovirales, de otros medicamentos relacionados con el SIDA y de pruebas diagnósticas; indicadores de precios de las materias primas para la producción local).
- **Adquisición** (orientaciones mundiales y programas de formación en materia de adquisiciones; acceso al servicio de asistencia técnica del grupo de compradores de pruebas diagnósticas de OMS/ONUSIDA; acceso a procedimientos para obtener economías de escala mediante contratos a tipos internacionales).
- **Gravámenes a la importación y márgenes** (aranceles, impuestos y márgenes en otros países; asistencia técnica y política a los esfuerzos por reducirlos).
- **Gestión y seguimiento del suministro** (orientaciones y programas de formación en gestión y seguimiento del suministro; apoyo de consultores para mejorar los sistemas nacionales de suministro; apoyo técnico para elaborar estimaciones de las cantidades necesarias).
- **Producción local y aseguramiento de la calidad** (orientaciones sobre prácticas adecuadas de fabricación (PAF); cursos de formación en aseguramiento de la calidad y PAF; asistencia técnica al organismo nacional de reglamentación farmacéutica).

Las alianzas y colaboraciones cobrarán aún mayor relevancia a medida que programas importantes vayan ingresando en la fase de aplicación, incluidas las intervenciones financiadas por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y el Programa Multipaíses contra el VIH/SIDA del Banco Mundial (véanse los recuadros 2.3 y 2.4). El Fondo Mundial y el Banco Mundial han comprometido al menos US\$ 4500 millones para la lucha contra el VIH/SIDA. Se prevé que esta cifra aumentará considerablemente al poner en marcha el Plan de Emergencia de la Presidencia de los Estados Unidos para la Mitigación del SIDA. Aun así, la actual carencia de capacidad técnica en gran número de países receptores es un obstáculo muy importante al uso eficaz de estos recursos. Una de las mayores tareas colectivas consistirá en trabajar con los países y los receptores para procurar que el dinero dé el fruto deseado. El éxito depende de que se establezca una estrecha colaboración entre los financiadores y los organismos técnicos.

UN NUEVO ENFOQUE PRÁCTICO DE LA DISPENSACIÓN DE TRATAMIENTO

Pese a lo limitado de los recursos y a los obstáculos técnicos, los planificadores sanitarios y los dispensadores de tratamiento están trabajando en muchos entornos

Un refugio para los niños seropositivos



En el Incarnation Children's Center de Nueva York (EE. UU.), una niña llamada May muestra su disfraz al Dr. Steve Nicholas. May desciende de dos generaciones de personas seropositivas y es uno de los niños que, junto con sus familias, reciben un tratamiento ideado para minimizar el efecto del VIH/SIDA en su calidad de vida.

Este centro, fundado en 1988, afronta los desafíos del VIH/SIDA pediátrico mediante un modelo asistencial de base comunitaria que combina los conocimientos técnicos y el apoyo, y que aleja a los niños de las plantas de hospital. Desde 1992 el centro dispone también de una consulta ambulatoria para niños seropositivos que viven en la comunidad.

para extender la cobertura terapéutica lo más rápidamente posible, ampliándola de pequeños proyectos piloto a programas nacionales. Para lograrlo, la iniciativa «3 por 5» incorpora un enfoque práctico de «ingeniería» o «diseño de sistemas». El plan consiste en elaborar diseños de sistemas y protocolos terapéuticos innovadores que puedan extenderse incluso cuando los recursos médicos habituales sean muy limitados. Para ello hay que racionalizar y simplificar la logística de los programas, la dispensación del tratamiento y el seguimiento. Las estrategias simplificadas permitirán a las enfermeras y a los ayudantes clínicos tratar a los pacientes en el seno de un equipo terapéutico supervisado por un médico; los agentes de salud comunitarios proporcionarán apoyo complementario y vigilarán el cumplimiento terapéutico. Se ha comprobado en proyectos piloto que, si dichos agentes cuentan con una supervisión adecuada y modelos de tratamiento racionalizados, pueden asumir gran parte de la labor diaria de dispensación y apoyo al tratamiento (véase el capítulo 3).

Es necesario reducir la complejidad para acelerar el despliegue del tratamiento en áreas con sistemas de salud frágiles y una grave carencia de profesionales sanitarios bien preparados. La simplificación se aplica a las pautas farmacológicas y al seguimiento de laboratorio recomendados en las directrices de la OMS. Comprende, asimismo, los protocolos para la dispensación de tratamiento, el seguimiento y el apoyo a los pacientes, y la adquisición de medicamentos y la gestión del suministro. Para los pacientes, la simplificación no implica unos resultados peores que los que se obtendrían en países más ricos. Muchos aspectos de la dispensación, la logística de los programas y el seguimiento pueden racionalizarse sin que por ello se tenga que dejar de prestar una atención excelente.

En sus nuevas directrices terapéuticas racionalizadas, la OMS ha reducido de 35 a cuatro el número de pautas terapéuticas de primera línea recomendadas, todas ellas de gran eficacia y muy utilizadas en países de altos ingresos (11). Se basan en dos clases de antirretrovirales, reservan la clase de los inhibidores de la proteasa para el tratamiento de segunda línea, y pueden administrarse a niños, lo que supone una ventaja importante para el tratamiento familiar.

Estas cuatro pautas no requieren una cadena de frío, se pueden conseguir con facilidad y cuestan menos que las basadas en inhibidores de la proteasa. Se administran en pocas píldoras y cubren diversas circunstancias, como la coinfección tuberculosa y un posible embarazo. Otras ventajas importantes radican en los requisitos de laboratorio y el perfil de toxicidad. Las combinaciones de dosis fijas consisten en una sola píldora que contiene los tres antirretrovirales de una triterapia. La disponibilidad en forma de combinaciones de dosis fijas es un criterio importante a la hora de elegir las pautas simplificadas de primera línea. Considerando todos estos factores, las pautas basadas en la nevirapina, en particular la combinación d4T/3TC/NVP, son las más adecuadas como tratamiento inicial en los entornos con recursos limitados.

Además de sus ventajas logísticas, las pautas terapéuticas simplificadas, las combinaciones de dosis fijas y el menor número de píldoras gozan de gran predilección entre los pacientes. Favorecen el cumplimiento terapéutico y prolongan la eficacia del tratamiento. Por tanto, cabe esperar que reduzcan el riesgo de farmacoresistencia (11).

También las pruebas de laboratorio y los medios diagnósticos aplicados a vigilar la salud de los seropositivos deben simplificarse y resultar más accesibles para las poblaciones más pobres. Los datos demuestran que pueden utilizarse pruebas como el recuento total de linfocitos y la determinación de la hemoglobina mediante la escala de color allí donde todavía no se disponga de otras más sofisticadas para determinar la carga vírica y la cifra de linfocitos CD4. Las pruebas más sencillas, combinadas con evaluaciones clínicas llevadas a cabo por profesionales sanitarios convenientemente formados, pueden resultar eficaces para supervisar la evolución del SIDA, la eficacia del tratamiento y los efectos secundarios, incluso en entornos con una infraestructura sanitaria endeble (11-14).

Basándose en las pautas terapéuticas simplificadas, la OMS ha elaborado protocolos racionalizados de dispensación de tratamiento con los que se pretende facilitar la extensión masiva de la cobertura terapéutica, sobre todo en las numerosas zonas en las que la falta de médicos es un factor limitante de primer orden. Los modelos simplificados de tratamiento posibilitarían la progresiva descentralización de la dispensación

Recuadro 2.3 El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria

El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria atrae, gestiona y desembolsa recursos a través de una nueva alianza publicoprivada con el propósito de contribuir de forma sostenible y significativa a aminorar los contagios, la morbilidad y la mortalidad, y con ello a reducir la pobreza y a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El Fondo Mundial basa la aplicación de los programas en los conocimientos de expertos locales. Financia propuestas que reflejan la adhesión nacional y se elaboran y llevan a la práctica fomentando alianzas nacionales multisectoriales entre todas las partes interesadas de un país y todos los sectores de la sociedad.

Como mecanismo de financiación, el Fondo Mundial colabora estrechamente con otras

organizaciones multilaterales y bilaterales implicadas en actividades de salud y desarrollo para garantizar la coordinación entre los programas de nueva financiación y los ya existentes. Procura complementar la financiación de otros donantes y utilizar sus propias subvenciones para catalizar más inversiones por parte de los donantes y de los propios receptores. Desde su entrada en funcionamiento en enero de 2002, ha elaborado y puesto en marcha sistemas para analizar técnicamente las propuestas de subvención, desembolsar los fondos de forma eficiente, y vigilar y evaluar la eficacia de los programas y la rendición de cuentas. En diciembre de 2002 se firmó el primer acuerdo de subvención y se efectuó el primer desembolso. Un año después, el Fondo Mundial había concedido un total de US\$ 2100

millones a lo largo de dos años a 224 programas de 121 países y tres territorios.

Entre sus objetivos específicos figuran incrementar el suministro de antirretrovirales y dar apoyo a los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias para prevenir la propagación del VIH. El Fondo Mundial también ayuda a los huérfanos facilitándoles servicios médicos, educación y asistencia comunitaria; ha triplicado el número de personas en el mundo que reciben tratamiento para la tuberculosis multirresistente; dispensa millones de tratamientos farmacológicos combinados para la malaria resistente y financia millones de mosquiteros para proteger a las familias africanas del contagio de esta enfermedad.

Recuadro 2.4 Tratamiento antirretroviral gratuito en Barbados

Con la ayuda del Banco Mundial (a través del Programa Multipaíses de Prevención y Lucha contra el VIH/SIDA para la Región del Caribe), el Gobierno de Barbados ha elaborado un proyecto multisectorial de prevención y lucha contra el VIH/SIDA. Se ha comprometido a dispensar gratuitamente tratamiento antirretroviral a todos los ciudadanos seropositivos. El proyecto tiene un costo total de US\$ 23 millones y su propósito es fortalecer las actividades de prevención y extender masivamente el acceso al tratamiento antirretroviral.

La extensión masiva de la atención y el tratamiento del VIH/SIDA comprende:

- un centro especializado de atención y apoyo en régimen ambulatorio, denominado Ladymeade Reference Unit, que se abrió a principios de 2002 para ofrecer asesoramiento y pruebas voluntarias y

suministrar tratamiento antirretroviral;

- la introducción de directrices terapéuticas elaboradas por la OMS y basadas en pruebas científicas; se ha comprobado que es fácil respetarlas, y el cumplimiento de las triterapias estándar ha sido muy satisfactorio;
- la disponibilidad de un servicio de laboratorio ampliado en el que puedan realizarse pruebas de ELISA y determinaciones de CD4, CD8 y carga vírica;
- un sistema informatizado de gestión de casos, seguimiento, evaluación y vigilancia del VIH/SIDA.

Hasta el momento, los principales resultados del proyecto son los siguientes: en torno a un 56% menos de defunciones de pacientes registrados en consultorios; un 85% de pacien-

tes con una tasa de cumplimiento terapéutico superior al 95%; un 42% menos de ingresos hospitalarios para el tratamiento de las infecciones oportunistas entre enfermos de VIH/SIDA; un descenso del 59,4% en el número total de días de hospitalización; una reducción del 30% en la duración media de la estancia hospitalaria, y una tasa de transmisión de la madre al niño seis veces menor, con mantenimiento de tasas de transmisión inferiores al 6% a lo largo de cinco años.

El Gobierno de Barbados se ha comprometido a seguir financiando el tratamiento antirretroviral una vez concluido el proyecto, y ha asignado los fondos necesarios para ampliar todavía más el número de pacientes en tratamiento.

de antirretrovirales hasta el nivel de los centros de salud, que es vital para llegar a las personas más necesitadas. El tratamiento puede iniciarse en establecimientos de todos los niveles del sistema sanitario convencional, siempre y cuando dispongan de los elementos siguientes: servicios de asesoramiento y pruebas del VIH; personal formado y habilitado para prescribir tratamiento y hacer un seguimiento clínico de los pacientes; un suministro ininterrumpido de antirretrovirales, y un sistema seguro y confidencial de archivo de historias clínicas. Desplegar el tratamiento según este modelo planteará muchos desafíos complejos. Exigirá una rigurosa investigación operacional que ayude a determinar qué medidas son eficaces, cuáles no, y por qué, así como a informar y a difundir rápidamente estos conocimientos.

La gestión del suministro de medicamentos es un desafío de envergadura en muchas regiones duramente castigadas por el VIH/SIDA, pero el hecho de centrarse en un pequeño número de pautas terapéuticas simplificadas y utilizar combinaciones de dosis fijas facilitará la tarea. Los fármacos son, asimismo, una de las principales partidas del costo global de la iniciativa «3 por 5» (véase más adelante), por lo que es importante minimizar este gasto a fin de asegurar la sostenibilidad de los programas. La OMS trabajará con los países y los responsables de aplicar dichos programas para obtener antirretrovirales de calidad garantizada al menor precio posible.

Actuar ahora para prevenir el importante problema de la resistencia a los antirretrovirales

Aunque se reconocen universalmente los beneficios de los antirretrovirales, preocupa que su uso generalizado e incorrecto pueda llevar al virus a hacerse resistente, lo que supondría un nuevo e importante problema de salud pública. Se plantea el interrogante de si la propia expansión del tratamiento podría acelerar su aparición.

Las primeras cepas víricas con menos sensibilidad a la zidovudina, el primer fármaco utilizado para tratar la infección por el VIH, se detectaron en 1989, tres años después de que empezara a usarse. Ulteriormente se han observado resistencias a todos los antirretrovirales autorizados en la actualidad (15).

La OMS contempla un sistema de vigilancia que permita el seguimiento de la resistencia del VIH como componente esencial de la extensión masiva del tratamiento. En esta tarea, la OMS y sus asociados buscan el pleno apoyo de la comunidad científica y de salud pública mundial dedicada al VIH/SIDA. La OMS ha constituido una coalición de 50 expertos mundiales en los aspectos de la resistencia del VIH relacionados con las políticas, la atención clínica y la investigación científica (HIVResNet), con objeto de que elabore directrices para vigilar las resistencias en distintos entornos y grupos de población.

Hasta ahora ha sido muy difícil reunir datos mundiales fiables sobre el grado de farmacoresistencia del VIH y su transmisión. En países en los que se dispone de antirretrovirales desde hace algunos años, la prevalencia de la resistencia está comprendida entre el 5% y el 27%. Según datos recientes de 17 países europeos, el 10% de los pacientes no tratados portan virus resistentes. Hay muy pocos datos sobre los países en desarrollo que van a aplicar programas de tratamiento antirretroviral y se necesita mucha más información (16).

La amenaza de unos mayores niveles de resistencia no puede ser excusa para abstenerse de dispensar un tratamiento que alarga la vida: en los países desarrollados, dicha amenaza no ha sido motivo para demorar el acceso universal. Lo que se necesita es hacer un seguimiento de la resistencia del VIH y trazar estrategias para reducir su aparición y propagación.

La OMS y sus asociados han fijado los objetivos siguientes:

- hacer un seguimiento de la resistencia del VIH y evaluar su tendencia geográfica y temporal;
- conocer mejor los determinantes de la resistencia, en particular el cumplimiento terapéutico y los factores que lo debilitan;
- identificar maneras de minimizar su aparición, evolución y propagación;
- proporcionar información a los responsables de políticas internacionales y nacionales mediante un sistema de difusión rápido y de fácil acceso.

La OMS ha señalado que es necesario apoyar firmemente la vigilancia mundial de la resistencia a los antirretrovirales. Desde diciembre de 2003 se pueden consultar en el sitio web de la Organización sus directrices para la vigilancia de la resistencia a los medicamentos contra el VIH (17). En ellas se abordan importantes aspectos de un sistema de vigilancia de alta calidad, como la toma de muestras, la recogida de datos, las pruebas de laboratorio, la gestión y el análisis de los datos, el control de la calidad y cuestiones de ética. Se apoyará la preparación y aplicación de un sistema de vigilancia de la resistencia del VIH, sobre todo en los países muy afectados donde no haya amplio acceso a los antirretrovirales. El acopio de información sobre la prevalencia de resistencia del VIH en esas zonas permitirá trazar una panorámica de partida que podrá compararse con los datos que se obtengan a lo largo del tiempo.

La OMS y sus asociados están elaborando y aplicando sistemas para medir la resistencia del VIH en personas de 20 países que no han tomado nunca antirretrovirales, así como para hacer un seguimiento de ella entre pacientes en tratamiento de cinco países. Para 2005, 40 países habrán puesto en marcha sistemas de vigilancia y 15 países dispondrán de sistemas de seguimiento.

COSTOS DE LA META DE LA INICIATIVA «3 POR 5»

El costo exacto del logro de la meta de la iniciativa «3 por 5» dependerá de lo rápidamente que se extienda la cobertura asistencial en los países participantes. Es probable que alcance al menos los US\$ 5500 millones para el final de 2005 en el conjunto de países con alta carga de morbimortalidad que representan el 90% de la meta (18). Esta estimación presume que el 25% de la meta se alcanzará en 2004 y el 75% restante el año siguiente, y que los precios de los medicamentos se mantendrán en los mínimos actuales notificados por el Departamento de Medicamentos Esenciales y otras Medicinas de la OMS (US\$ 304 por persona y año para el tratamiento de primera línea). Los costos totales del programa podrían reducirse significativamente si los precios para todos los países se aproximaran a los negociados por la William J. Clinton Foundation para los 14 países a los que apoya (menos de US\$ 140 por persona y año para el tratamiento de primera línea).

Las proyecciones de costos se basan en las pautas terapéuticas exigidas para tres puntos de acceso: pacientes tuberculosos, consultorios de atención prenatal y establecimientos sanitarios. En lo relativo a los pacientes, comprenden:

- asesoramiento y distribución de preservativos para las personas sometidas a pruebas como parte del programa;
- antirretrovirales (medicamentos de primera línea para todas las personas identificadas en fases avanzadas de la enfermedad y medicamentos de segunda línea para los fracasos terapéuticos);
- antirretrovirales para prevenir la transmisión materno-infantil en las mujeres que resulten seropositivas en las pruebas de los consultorios de atención prenatal y se encuentren en las fases clínicas iniciales de la enfermedad;

- tratamiento y profilaxis de las infecciones oportunistas;
- cuidados paliativos;
- pruebas de laboratorio a los pacientes que muestren signos de toxicidad y cambio de fármacos en caso de confirmarse ésta.

En lo concerniente a los programas, los costos incluyen la formación de médicos, enfermeras, ayudantes clínicos, personal sanitario de la comunidad y voluntarios no especializados; la supervisión y el seguimiento; la mejora de la capacidad del sistema de distribución y almacenamiento de medicamentos; el reclutamiento de personal sanitario de la comunidad; las precauciones universales, y la profilaxis postexposición. Incluyen también la adquisición de un número adecuado de contadores de linfocitos CD4, contadores hematológicos automáticos y analizadores de sangre en los países de bajos ingresos a partir de 2005.

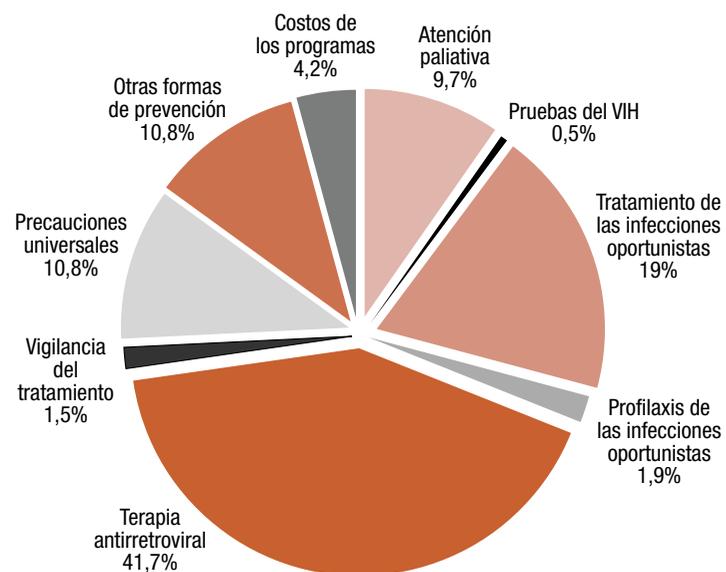
En la figura 2.2 se desglosan los costos estimados de la iniciativa «3 por 5» a lo largo de los dos años del periodo 2004–2005. Como era de prever, la mayor proporción corresponde a los antirretrovirales, aunque también contribuyen en grado importante el tratamiento de las infecciones oportunistas, los cuidados paliativos y las precauciones universales.

Esas estimaciones comprenden las actividades preventivas necesarias para apoyar directamente la estrategia de la iniciativa «3 por 5». Suponen también que otras intervenciones preventivas del VIH/SIDA proseguirán al ritmo actual. No contemplan cambios importantes en la infraestructura del sistema sanitario, que no son posibles dado el breve lapso en el que se desarrolla la iniciativa «3 por 5». Si al mismo tiempo se extienden masivamente otras intervenciones, quizá orientadas a la malaria, la tuberculosis o ambas, con financiación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, puede que surjan limitaciones a corto plazo por escasez de personal, de establecimientos sanitarios o de servicios de laboratorio. Para lograr

los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015, incluidos los relacionados con el VIH/SIDA, se requerirán inversiones inmediatas en infraestructura y en el fortalecimiento de los sistemas sanitarios en muchos de los países que lleven a la práctica la iniciativa «3 por 5». Estas cuestiones se abordan más detalladamente en el capítulo 4.

La cifra de US\$ 5500 millones se refiere a los países con mayor carga de morbilidad por VIH/SIDA. Otras estimaciones anteriores más altas se han desechado por diversos motivos. Por ejemplo, el modelo asistencial en el que se basaban era más intensivo en cuanto a pruebas y tiempo de trabajo del personal que el adoptado por la OMS para hacer frente a la emergencia de tratamiento del SIDA. A ello se suma el considerable descenso de los precios de los medicamentos.

Figura 2.2 Costos previstos de la iniciativa «3 por 5» (total: US\$ 5500 millones), 2004–2005



Puñados de esperanza



Eugene Richards/Network

La compañía minera sudafricana AngloGold estima que la tasa de prevalencia de VIH/SIDA entre sus 44 000 trabajadores está comprendida entre el 25% y el 30%. En julio de 2003, la empresa anunció que iba a ofrecer tratamiento antirretroviral a todos sus empleados seropositivos. Se planea dispensarlo a partir de 2004 a través del propio servicio médico sin ánimo de lucro de la compañía, de financiación privada y el mayor de su clase en el mundo. El servicio está estudiando la manera

de aplicar la iniciativa para determinar qué problemas plantea la dispensación de tratamiento y cómo solucionarlos. Los responsables del proyecto analizan actualmente los requisitos operacionales de dicha dispensación, sobre todo en materia de apoyo al cumplimiento terapéutico. Evaluarán cómo repercute el tratamiento antirretroviral en la capacidad de los pacientes para llevar adelante su trabajo, sobre todo bajo tierra, y harán un seguimiento de la sensibilidad a los fármacos.

LOS PAÍSES, EN LA VANGUARDIA DE LAS ACTIVIDADES

Son los países los que lideran la rápida extensión del acceso al tratamiento del VIH/SIDA en el marco de la iniciativa de emergencia «3 por 5». Se han comprometido con ella los que ya están gravemente afectados por el VIH/SIDA y los que sufren epidemias pequeñas, pero en expansión.

Solucionar esta emergencia exige innovación, respaldada por la experiencia y los conocimientos técnicos. Implica racionalizar o suspender procedimientos bien conocidos, pero inadecuados, e idear otros nuevos y eficaces en breve plazo, al ritmo de los acontecimientos. En los países, los elementos clave de la respuesta a la emergencia son:

- un compromiso político y económico satisfactorio con la extensión masiva del acceso al tratamiento;
- mecanismos nacionales de alto nivel para planificar, coordinar y dirigir la extensión;
- la garantía de disponer permanentemente de medicamentos y pruebas diagnósticas;
- actuaciones rápidas para mejorar la capacidad de los servicios sanitarios y las comunidades;
- la creación de sistemas adecuados para el seguimiento y la evaluación de la investigación operacional a medida que se despliegan los programas.

Al recibir la invitación de un país, una misión de emergencia de la iniciativa «3 por 5» de la OMS puede ayudar a estimular el trabajo en todas las áreas mencionadas. Pocos días después de que el tratamiento del VIH/SIDA fuera declarado emergencia mundial, la primera misión nacional de la OMS estaba ya en Kenia. Empezó a trabajar con los funcionarios de salud y los dirigentes políticos nacionales, los representantes de la comunidad y de las organizaciones no gubernamentales, los dispensadores privados de atención sanitaria, los organismos internacionales y otros interesados directos para propiciar un consenso y catalizar acciones orientadas a extender rápidamente el tratamiento. La OMS ha enviado equipos similares de asesoramiento de emergencia a petición de los países. Para mediados de febrero de 2004 habían concluido 15 misiones de planificación de medidas de emergencia y estaban previstas varias más en respuesta a la solicitud de diversos países.

Los países afrontan el desafío de la iniciativa «3 por 5» desde puntos de partida muy diferentes y con distintas ventajas y desventajas. Aun así, se han identificado importantes áreas comunes a todos ellos. El anuncio a finales de 2003 del compromiso de países como China, India, Kenia, Malawi, Sudáfrica y Zambia, entre otros, con una extensión significativa del acceso al tratamiento fortaleció el creciente impulso común. En la actualidad, los países, las comunidades y los asociados internacionales trabajan para materializar los compromisos políticos en acciones que salven vidas. Los siguientes estudios de casos describen las diversas situaciones a las que se enfrentan los países, así como algunas cuestiones que se están planteando a menudo.

China

Se estima que en China viven más de 800 000 seropositivos. La vía predominante de transmisión ha sido el consumo de drogas por vía parenteral, pero está aumentando el contagio por relaciones heterosexuales en el ámbito de la prostitución. A raíz del nuevo compromiso de sus dirigentes políticos, China ha adoptado la iniciativa «3 por 5», lo que significa asumir la meta de dispensar tratamiento a 100 000 pacientes para el final de 2005.

Los problemas de gran envergadura deben afrontarse rápidamente. Es preciso reforzar la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA. Los mecanismos para poner en marcha el tratamiento son incompletos y hay que reforzar los medios existentes en muchas áreas de trabajo. En la actualidad, aunque los antirretrovirales se dispensan gratuitamente, los pacientes deben pagar las pruebas del VIH, el tratamiento sintomático, el transporte y otros gastos. Estos costos son obstáculos importantes para acceder al tratamiento y cumplirlo. Afortunadamente, uno de los puntos fuertes de China es una industria farmacéutica nacional emergente que está fabricando antirretrovirales genéricos. El compromiso de alto nivel con la intensificación de las acciones de lucha contra el VIH/SIDA fue subrayado con ocasión del Día Mundial del SIDA de 2003, cuando el Primer Ministro Wen Jiabao y la Viceprimera Ministra Wuyi visitaron a los seropositivos en el Hospital Youan de Pekín.

India

Según las estimaciones oficiales para 2003, en la India hay entre 3,8 y 4,6 millones de personas seropositivas, de las que 600 000 necesitan tratamiento con urgencia. La tasa nacional de prevalencia del VIH es inferior al 1%, pero algunas regiones y grupos de población están mucho más afectados. Por ejemplo, más del 50% de los profesionales del sexo del estado de Goa y la ciudad de Mumbai son seropositivos. Los esfuerzos de extensión masiva del tratamiento se centrarán inicialmente en seis

estados (Andhra Pradesh, Karnataka, Maharashtra, Manipur, Nagaland y Tamil Nadu), pero las dificultades son enormes. Por ejemplo, la ciudad de Mumbai, por sí sola, tiene una población mayor que Botswana y Zambia juntos.

El sistema sanitario de la India tiene importantes puntos fuertes, entre ellos un gran número de médicos y otros profesionales capacitados. Hoy día, la formación en la asistencia relacionada con la infección por el VIH forma parte de todos los programas docentes de medicina y enfermería, aunque aún son pocos los estudiantes que obtienen una experiencia práctica suficiente en atención clínica. El país dispone de numerosos centros médicos de primera fila y de un conjunto de instituciones de investigación de alto nivel. Es indudable que la adquisición y distribución de antirretrovirales planteará importantes dificultades, pero existen ya modelos eficaces de gestión del suministro de medicamentos, como el del estado de Delhi (19). La India posee una robusta industria farmacéutica que es también una fuente muy importante de antirretrovirales genéricos (véase el recuadro 2.5).

En vísperas del Día Mundial del SIDA de diciembre de 2003, y al tiempo que la OMS presentaba la iniciativa «3 por 5», el Gobierno de la India anunció el compromiso de empezar a dispensar antirretrovirales gratuitos a grupos seleccionados de pacientes en abril de 2004 y de tener a 100 000 personas en tratamiento en el plazo de un año. A los pocos días de este anuncio se invitó a la India a una misión de prospección de la OMS. Se está desplegando a especialistas en VIH/SIDA de la OMS en los seis estados con alta carga de morbilidad, y otras iniciativas se orientan a dar apoyo al país en ámbitos como la atención clínica, la adquisición de medicamentos, el apoyo de laboratorios y los servicios de seguimiento y evaluación.

Para mediados de febrero de 2004 estaba en marcha la formación de personal básico en 16 instituciones seleccionadas para iniciar el programa de tratamiento, bajo

Recuadro 2.5 Fármacos asiáticos en ayuda de los pacientes africanos

El éxito de la iniciativa «3 por 5» depende de la disponibilidad de antirretrovirales asequibles y de buena calidad. Algunos de los principales fabricantes mundiales de antirretrovirales genéricos asequibles se encuentran en la Región de Asia Sudoriental de la OMS: la India y Tailandia exportan a países africanos como Etiopía, Kenia, Nigeria, el Senegal y Zambia.

La India, en particular, ha destacado como uno de los principales fabricantes de antirretrovirales asequibles. Varias de sus compañías farmacéuticas están liderando la baja de precios a nivel mundial. La caída de éstos en los últimos años se desencadenó por el anuncio decisivo de que, a través de Médicos Sin Fronteras, se iban a ofrecer medicamentos genéricos indios a pacientes africanos por sólo US\$ 350 por paciente y año. En aquellos momentos, el precio de los medicamentos ofrecidos por los laboratorios multinacionales estaba comprendido entre US\$ 10 000 y US\$ 15 000 por paciente y año. Gracias en parte a la competencia en la producción de medicamentos genéricos, el precio de los antirretro-

virales se ha reducido a una trigésima parte de su valor inicial.

En diciembre de 2003 los medicamentos antirretrovirales fabricados por los laboratorios farmacéuticos indios podían adquirirse por sólo US\$ 140 por paciente y año, tras un acuerdo negociado por la William J. Clinton Foundation. El Gobierno indio está trabajando con los laboratorios para ofrecer medicamentos a precios aún más bajos a los enfermos de VIH/SIDA de la India mediante un modelo de alianza publicoprivada. Los medicamentos de bajo costo ya han sido precalificados como fármacos «de calidad». En la actualidad, 12 antirretrovirales figuran en la lista nacional de medicamentos esenciales de la India. La OMS también precalificó recientemente la combinación de dosis fijas de lamivudina, estavudina y nevirapina, fabricada como genérico en la India y de la que se espera que simplifique la pauta terapéutica y permita a los pacientes tomar un solo comprimido dos veces al día. La precalificación permitiría a las Naciones Unidas comprar combinaciones de dosis fijas

a fabricantes de genéricos de la India para su uso en todo el mundo.

Sin embargo, algunos de los medicamentos genéricos más recientes quedarán protegidos por patentes a partir de 2005, cuando el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) entre en vigor en la India. Después de esta fecha los fabricantes indios de genéricos tendrán que esperar a que expiren las patentes para empezar a fabricar nuevos fármacos, pues de lo contrario el país se enfrentaría a sanciones comerciales. Para la industria farmacéutica india y para los importadores de genéricos una posibilidad sería apelar a las consideraciones sobre salud pública de la Declaración de Doha. En esta ciudad, se adoptó una declaración aparte por la cual el Acuerdo sobre los ADPIC no deberá impedir a los miembros adoptar medidas para proteger la salud pública. Por tanto, la Declaración de Doha constituirá un elemento crucial para extender de forma masiva el tratamiento.

la dirección de la organización nacional india de lucha contra el SIDA (National AIDS Control Organization). La OMS ha trabajado con ésta para ultimar el programa de formación y el material necesario, así como un plan de fortalecimiento de la capacidad.

Kenya

En Kenya viven aproximadamente 1,8 millones de seropositivos. De las 280 000 personas que necesitan tratamiento antirretroviral urgente, hoy día lo están recibiendo unas 11 000, es decir el 4%. La mayoría de ellas son tratadas en el sector privado o por organizaciones no gubernamentales o confesionales.

Kenya ha demostrado un alto grado de compromiso político con la extensión masiva del acceso al tratamiento y la asistencia, así como con las labores de prevención. Funcionarios de salud pública han fijado la meta siguiente: «Dispensar progresivamente tratamiento antirretroviral eficaz, llegando al 50% de la población necesitada (140 000 pacientes) en 2005 y al 75% (200 000 pacientes) en 2008, para elevar la calidad de vida y prolongar 10 años la supervivencia, reducir las hospitalizaciones relacionadas con el VIH en un 60% y mejorar significativamente las labores nacionales de prevención». Los principales obstáculos para el logro de este objetivo son el gran déficit de financiación, unas instalaciones sanitarias con poco personal y las altas tasas de desempleo registradas entre los profesionales sanitarios preparados. El conocimiento del tratamiento y de cómo administrarlo es deficiente; esto se asocia a niveles muy altos de estigmatización tanto entre los profesionales sanitarios como en la población general.

El Gobierno ha declarado el VIH/SIDA catástrofe nacional y está ultimando las disposiciones legales encaminadas a mejorar la lucha contra la epidemia, incluida la prestación urgente de atención y tratamiento. Kenya ya ha avanzado mucho en los preparativos para institucionalizar la asistencia y el tratamiento. El Ministerio de Salud ha presentado planes para la apertura gradual de 30 centros de atención integral del VIH/SIDA seleccionados en función de la cobertura geográfica, la prevalencia del VIH y el nivel de preparación para el tratamiento antirretroviral. Se ha empezado a capacitar a los profesionales sanitarios y se han eliminado las barreras legales a la importación y fabricación local de antirretrovirales genéricos.

Tailandia

Tailandia alberga actualmente a 100 000 personas necesitadas de tratamiento, pero se espera que alcance la meta de la iniciativa «3 por 5», es decir, tratar a 50 000 pacientes para el final de 2005. Desde la década de 1990 dispone de un programa integral de lucha contra el VIH/SIDA, que aúna la prevención, la atención y el tratamiento (véase el recuadro 1.4).

En septiembre de 2003, el programa nacional de tratamiento antirretroviral daba cobertura a más de 13 000 pacientes. El Gobierno ha destinado US\$ 25 millones para alcanzar la meta de 2004. El programa sigue fortaleciendo las infraestructuras y la capacidad en materia de gestión y dispensación de servicios. Los antirretrovirales quedarán pronto cubiertos por el plan de seguro médico universal. Los mayores desafíos radican en garantizar el cumplimiento terapéutico y fortalecer el seguimiento del programa, así como en vigilar la resistencia.

Zambia

En Zambia, donde la prevalencia del VIH en la población adulta asciende al 16%, alrededor de un millón de personas son seropositivas y unas 200 000 necesitan con urgencia antirretrovirales. El Gobierno se ha mostrado firmemente comprometido con

la extensión masiva del acceso al tratamiento, aunque los avances se han visto ralentizados por la escasez de recursos y capacidad del sistema sanitario. Al final de 2003, sólo unos mil pacientes estaban recibiendo antirretrovirales en el sector público; un número desconocido de ellos los reciben en el sector privado. En 2003, después de las conversaciones que mantuvieron funcionarios gubernamentales del sector sanitario y una delegación de la OMS, se aprobó la meta nacional de 100 000 personas en tratamiento para el final de 2005.

Los obstáculos para alcanzar esa meta son de escala y complejidad similares a las de los hallados en muchos países del África subsahariana. Comprenden la falta de financiación para cubrir el costo previsto de los medicamentos, una importante carencia de recursos humanos en el sector sanitario, una escasa capacidad de laboratorio, sistemas de seguimiento y evaluación endeble y una difusión insuficiente de la información entre los interesados directos y las comunidades. El VIH/SIDA sigue estando muy estigmatizado, lo que limita el número de personas que solicitan someterse a las pruebas o recibir atención tanto en el sector privado como en el público. La pobreza y la imposibilidad individual de pagar los medicamentos dificultan considerablemente la extensión del acceso al tratamiento a nivel nacional, dado que el 73% de los zambianos son pobres (20).

En su discurso sobre el Estado de la Nación dirigido en enero de 2004 al Parlamento, el Presidente de Zambia, Levy Mwanawasa, reafirmó el compromiso con la iniciativa «3 por 5». La OMS ha colaborado estrechamente con funcionarios del Ministerio de Salud en la preparación de un plan de aplicación que comprende un ambicioso programa de capacitación de miles de profesionales sanitarios, trabajadores comunitarios y voluntarios en aspectos de la dispensación de tratamiento durante el periodo 2004–2005. La OMS también brinda a Zambia cooperación política y técnica para elaborar una propuesta encaminada a obtener financiación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. La financiación del Plan de Emergencia de la Presidencia de los Estados Unidos para la Mitigación del SIDA acelerará aún más la respuesta nacional.

POLÍTICAS ÉTICAS PARA EL TRATAMIENTO

La iniciativa «3 por 5» ofrece a los países la oportunidad no sólo de incrementar significativamente el acceso al tratamiento antirretroviral, sino también de dinamizar el esfuerzo organizado en pos de la Salud para Todos. Los principios que rigen la atención primaria (la equidad de los sistemas sanitarios, una mayor participación de la comunidad y enfoques multisectoriales) son también esenciales en la ética del tratamiento contra el VIH. Al poner en marcha los programas debe prestarse especial atención a la imparcialidad, ya que son más las personas que necesitan tratamiento que las que lo recibirán. Aun así, el riesgo de que los programas no sean totalmente imparciales no debe retrasar la acción. Ofrecer unos programas transparentes, responsables y abiertos a todas las comunidades afectadas e interesados directos, y tener en cuenta de manera demostrable las opiniones de las personas, no sólo incrementará las probabilidades de que dichos programas sean éticamente defendibles y sostenibles a largo plazo, sino que ayudará también a los países a alcanzar otros objetivos importantes en materia de salud.

Un dilema fundamental que afrontan los responsables de políticas es el de si cabe establecer alguna diferencia moralmente significativa entre las personas que justifican posibles distinciones entre ellas como receptoras de tratamiento. Por ejemplo, ¿debe adoptarse un enfoque que favorezca deliberadamente a los pobres aduciendo que los sistemas sanitarios a menudo pasan por alto sus necesidades?

Entre las cuestiones que deben analizarse se encuentran las siguientes:

- ¿Hasta qué punto puede admitirse que los criterios de imparcialidad limiten el objetivo habitual de las intervenciones en salud pública, es decir, maximizar los beneficios? La forma más eficiente de extender los programas de tratamiento puede ser empezar por las personas que ya están en las listas de espera, o en el sistema sanitario. Si, en la actualidad, dichas listas existen fundamentalmente en los hospitales de élite con consultorios especializados, los grupos pobres, rurales, marginados o afectados se verán infrarrepresentados. Por otra parte, esperar a que los programas extrainstitucionales tengan capacidad para atender a estos grupos determinará que se salven muchas menos vidas en los primeros años.
- ¿Debe medirse el beneficio únicamente por los efectos sobre la salud? Algunas personas han insistido en que el tratamiento antirretroviral debería dispensarse prioritariamente a los profesionales sanitarios, basándose en que si no se salva a los médicos y enfermeras, el sistema sanitario se deteriorará más o se colapsará. ¿Debe aplicarse el mismo criterio al personal docente, los funcionarios públicos, los policías, los soldados, los empleados en general, los familiares, los cuidadores u otras personas?
- Los enfoques «verticales» de dispensación de atención sanitaria, como la creación de consultorios especializados en VIH/SIDA, pueden maximizar el número de personas tratadas a corto plazo, pero probablemente no sean sostenibles a largo plazo en muchos entornos, y podrían desviar recursos de la atención primaria y el sistema público en general. Esto situaría en desventaja a otros grupos de pacientes, en particular a los más pobres y vulnerables, que son los que más dependen de esa atención. De la misma forma, la decisión de empezar por las listas de espera ya existentes, localizadas fundamentalmente en los hospitales urbanos, puede afectar o no al desarrollo de programas para los grupos a los que es difícil llegar.
- ¿Deben las personas pagar por el tratamiento antirretroviral que reciben? El argumento de ofrecer gratuitamente el tratamiento a los usuarios se formula a menudo en términos médicos y de salud pública (los pagos disuadirán a las personas de cumplir o continuar el tratamiento, lo que podría conducir a la aparición de resistencias). También cabe argüir que un sistema en el que las tarifas se evalúen según la «capacidad de pagar» no sólo será oneroso desde el punto de vista administrativo, sino que se convertirá en una barrera que disuadirá a las personas pobres de solicitar atención y debilitará la premisa ética de solidaridad en la que se sustenta la Salud para Todos.
- En el caso de muchos países no está claro cómo se mantendrá a largo plazo el compromiso de dispensar antirretrovirales sin el apoyo de los donantes, que no está garantizado. ¿El hecho de que quizá en el futuro no se pueda disponer de los medicamentos justificaría que no se iniciara el tratamiento? ¿O acaso el mayor error consistiría en no dispensar tratamiento durante todo el tiempo posible?

La OMS y el ONUSIDA se han puesto a la cabeza de la elaboración de orientaciones sobre estos y otros aspectos éticos de las políticas mediante consultas con los países, los responsables de aplicar los programas, los defensores de los intereses de la población subatendida, los seropositivos y los especialistas en ética. Aunque la OMS reconoce que los Estados Miembros tienen obligaciones jurídicamente vinculantes en el marco del derecho a la salud, las orientaciones de la OMS adoptarán la forma de principios éticos no vinculantes y enfocados a las políticas. Esas orientaciones demuestran que el compromiso con los principios éticos, los derechos humanos, la

atención primaria y unos procesos imparciales puede ayudar a los países a tomar las arduas decisiones que se les plantean.

Poner la iniciativa «3 por 5» al servicio de los pobres y los marginados

La brecha terapéutica del SIDA refleja la creciente polarización entre los ricos y los pobres del mundo en materia de salud y bienestar. La iniciativa de tratamiento es una oportunidad para que la comunidad mundial se una en el audaz empeño de corregir las disparidades en salud mediante acciones concretas y orientadas a objetivos. Aun así, en el proceso de extensión del acceso al tratamiento, las autoridades nacionales y los responsables de aplicar los programas tendrán que tomar arduas decisiones políticas y éticas.

Muchas de las áreas en las que debe actuar la iniciativa «3 por 5» se caracterizan por profundas desigualdades socioeconómicas y disparidades en el acceso a los servicios de salud. Los programas de tratamiento del VIH/SIDA, por sí solos, no pueden resolverlas, pero los responsables de planificar y aplicar esos programas, en colaboración con las comunidades, están en situación de adoptar medidas para reducir el impacto de las actuales desigualdades de acceso, por ejemplo, facilitando el tratamiento de las mujeres y los niños (véase el recuadro 2.6). Para garantizar que los más pobres y los grupos socialmente marginados y estigmatizados, como los profesionales del sexo y los consumidores de drogas por vía parenteral, tengan oportunidades equitativas hará falta una planificación focalizada y una vigilancia permanente de la elaboración, financiación y aplicación de los programas de tratamiento. Es esencial que participen

Recuadro 2.6 Garantizar la igualdad de acceso para hombres y mujeres

En la mayoría de los países, las relaciones entre los sexos se caracterizan por una distribución desigual del poder entre hombres y mujeres; ellas tienen menos derechos y un acceso más restringido a la educación, la formación, las actividades remuneradas, la propiedad y los servicios de salud. Estos factores afectan a su capacidad para protegerse frente al VIH, así como a su acceso a los conocimientos en materia de salud, al tratamiento y a la atención. En condiciones ideales, las intervenciones sanitarias no sólo reconocerán la situación existente y responderán a ella, sino que promoverán estrategias de cambio que cuestionarán la desigualdad en los roles y las relaciones entre los sexos.

Los siguientes son elementos de primera importancia en la elaboración de programas de tratamiento.

Acceso a la información. Es vital instruir sobre la disponibilidad y los beneficios del tratamiento antirretroviral («alfabetismo terapéutico») para generar demanda y sostenerla. Los medios utilizados (como la radio, las dramatizaciones y los grupos de compañeros) para llevar la información a las personas y transmitirles los mensajes pueden ser diferentes en el caso de las mujeres y de los hombres.

Acceso a los servicios. Los servicios deben hacer frente a las barreras a las que se enfrentan las mujeres por razón de sexo: económicas, culturales, de coste de oportunidad (las distancias, los calendarios de dispensación y el tiempo de espera pueden hacer que los servicios sean inaccesibles para las mujeres) y de calidad de la atención, además del estigma y la discriminación. Implicar a las personas en la concepción de los servicios puede ayudar a identificar dichas barreras, mejorar el diseño e involucrar a las comunidades en labores de apoyo.

Puntos de acceso al tratamiento antirretroviral. La atención prenatal es un punto de acceso indiscutible para identificar a las mujeres que necesitan tratamiento, pero hay que ir más lejos y llegar hasta las mujeres seropositivas que no están embarazadas, en particular las jóvenes.

Barreras a las pruebas y el asesoramiento. La decisión de someterse a las pruebas está influida por la percepción del riesgo. Muchas mujeres casadas que son monógamas y fieles no se sienten en situación de riesgo. Las mujeres temen a menudo las consecuencias negativas de las pruebas.

Barreras a la revelación de los resultados. Es preciso poner remedio al temor justificado de las mujeres ante las consecuencias de revelar los resultados de las pruebas, como la violencia y el rechazo. Dichas consecuencias son más frecuentes cuando la mujer se somete a las pruebas antes que su pareja. Asesorar y realizar pruebas a ambos miembros, así como revelar los resultados por mediación de un asesor formado y educar a las comunidades y los familiares son todas ellas medidas que pueden resultar útiles para reducir el estigma y la discriminación de las mujeres que resultan seropositivas. Debe respetarse el derecho de las mujeres a la confidencialidad.

Vigilancia y seguimiento. Es necesario un seguimiento continuo para determinar a qué personas se llega y a cuáles no, y proceder a los ajustes pertinentes. Se debe animar a los países a fijar para las mujeres unas metas basadas en las características epidemiológicas locales.

Formación de dispensadores. La incorporación de criterios de género a las iniciativas de tratamiento brinda la oportunidad de dirigir la atención hacia la violencia de género y otras barreras.

activamente los grupos representantes de las comunidades pobres y marginadas, como ha demostrado la experiencia en la ciudad de Río de Janeiro (véase el recuadro 2.7).

No hay respuestas sencillas para muchos de los interrogantes éticos que plantea el tratamiento contra el VIH. La OMS y el ONUSIDA han puesto en marcha un proceso de consultas sobre el acceso equitativo al tratamiento y la atención del VIH/SIDA en el que participan muchos interesados directos. Ello dará origen a orientaciones para los países, los dispensadores de tratamiento y las comunidades. La OMS y el ONUSIDA no pueden imponer restricciones uniformes, pero sí identificar los interrogantes pertinentes y las posibilidades de intervenir.

Las decisiones de los países respecto a la asignación de prioridad para el tratamiento pueden diferir, pero no por ello debe verse menoscabada la imparcialidad del procedimiento. Los requisitos procedimentales básicos son que exista un mecanismo claro y sujeto a reglas para determinar la prioridad de acceso, y que dicho mecanismo sea concebido y supervisado por medio de un proceso integrador y participativo en el que intervengan todos los grupos de interesados directos. La relación de interesados pertinentes comprende a los seropositivos, los profesionales sanitarios, los gobiernos, las asociaciones médicas, los organismos de reglamentación farmacéutica, el sector privado, los donantes, las instituciones académicas y las organizaciones no gubernamentales comunitarias y confesionales. La participación de las comunidades es indispensable.

DESPUÉS DE 2005

La iniciativa «3 por 5» ha fijado una meta sujeta a un calendario, lo cual resulta útil para impulsar el rendimiento y medir los resultados. Pero la iniciativa no terminará en 2005, en parte porque los pacientes necesitarán seguir recibiendo tratamiento

durante el resto de sus vidas. Por añadidura, más allá de la meta inmediata queda el objetivo del acceso universal. La meta sólo colma la mitad de la brecha terapéutica mundial del VIH/SIDA: otros tres millones de personas seguirán necesitando urgentemente antirretrovirales. Con el tiempo, la casi totalidad de los 40 millones de seropositivos que hay en el mundo los necesitarán. Es preciso que las mejoras logradas para 2005 en el acceso al tratamiento se extiendan rápidamente a las personas que sigan privadas de él.

La meta inmediata y el objetivo más general de la cobertura universal supondrán un desafío para las comunidades, los países y las instituciones mundiales relacionadas con la salud, pero hay que afrontarlos. Ya no se discute si debe extenderse el tratamiento, sino cómo hacerlo. El uso de antirretrovirales en los países en desarrollo se ampliará rápidamente en los años venideros. Muchas personas seropositivas, incluso las muy pobres, se encontrarán con la posibilidad de obtener medicamentos que prometen prolongarles la vida. ¿Se conseguirá eso de forma eficiente, mediante programas racionales capaces de fijar criterios rigurosos para la calidad de los medicamentos, la atención y el apoyo a los pacientes, el cumplimiento y el seguimiento terapéutico? ¿Se respetarán los principios de equidad y acceso imparcial? ¿O bien el inevitable incremento del uso de antirretrovirales en entornos con recursos limitados tendrá lugar de forma fragmentaria y anárquica, y el acceso estará determinado en gran medida por factores geográficos, el nivel social y la capacidad de pagar? ¿Implicará esto que sólo se ofrecerá un apoyo limitado al cumplimiento terapéutico y una escasa supervisión de la calidad de los medicamentos y el seguimiento de la resistencia?

La historia de Anna Vincent

Al igual que Joseph Jeune (véase el Panorama general), Anna Vincent, de 36 años, estaba muy enferma antes de que la trajeran al centro médico de Lascahobas, en la región central de Haití, donde le diagnosticaron VIH/SIDA y tuberculosis. Quedó hospitalizada durante tres semanas y empezó a recibir antirretrovirales. Desde entonces, se ha recuperado muy bien y ha engordado más de 16 kg.

«Sin antirretrovirales, no estaría aquí para cuidar de mis hijos. Habría desaparecido. Mi familia ha estado siempre a mi lado, pero sin el tratamiento sólo les quedaría preparar mi funeral. Ahora puedo labrar un futuro para mis hijos», dice Anna.

Planea reanudar sus clases de costura y, entretanto, el centro médico de Lascahobas le ha concedido una subvención para que se haga vendedora. Ahora podemos verla todos los días, sonriente, en el mercado local.



David Walton/Partners in Health

Recuadro 2.7 Llegar a los pobres en Río de Janeiro

Río de Janeiro es la segunda ciudad del Brasil por número de habitantes, 5,8 millones, de los que más de un millón residen en los barrios de chabolas. El primer caso de VIH/SIDA se registró en 1982; desde entonces, se han declarado al programa municipal del VIH/SIDA 24 000 casos, una epidemia que se concentra en las barriadas más pobres. Pese al gran número de hospitales y otros centros médicos de la ciudad, ha sido muy difícil ofrecer acceso a la atención sanitaria. Desde 1992, y siguiendo el ejemplo del Gobierno nacional, se ha puesto en marcha un conjunto de actividades de prevención y servicios asistenciales. El acceso universal y gratuito a la triterapia antirretroviral se instauró en 1996.

Para resolver el problema de la falta de acceso a los servicios se lanzó un programa de formación de los profesionales de la salud que se actualiza continuamente. Hoy día, personal de 51 centros sanitarios, incluidos hospitales universitarios y unidades de atención primaria, dispensa antirretrovirales a más de 19 000 enfermos de VIH/SIDA en todas las zonas de

la ciudad. Más de la mitad de los pacientes son seguidos en unidades de atención primaria en las que también se dispensan tratamiento antituberculoso, atención prenatal y otros programas de salud.

Coincidiendo con la puesta en marcha del programa de formación, diversas organizaciones no gubernamentales, asociadas al programa municipal y con apoyo económico del Ministerio de Salud, emprendieron varios proyectos dirigidos a las poblaciones vulnerables. Un total de 120 unidades asistenciales llevan a cabo actividades de prevención, como la distribución de preservativos, y más de 50 proyectos hacen frente a la epidemia en poblaciones específicas bajo la dirección de organizaciones no gubernamentales.

También se ha puesto en marcha un programa para agentes de salud comunitarios y se han creado alianzas con organizaciones comunitarias para difundir medidas de prevención, conducir a las personas que ignoran que están infectadas a los servicios que puedan brindarles ayuda y reducir el estigma. En los centros

sanitarios se han constituido grupos de formación y apoyo para promover el cumplimiento terapéutico, con la participación activa de organizaciones no gubernamentales. Hasta el momento, la evaluación del cumplimiento y de las resistencias arroja en el Brasil resultados similares a los de los países desarrollados.

En el ámbito local, la alianza con la sociedad civil impulsa las innovaciones necesarias para hacer frente a la epidemia. El apoyo político local y nacional ha sido decisivo para que se reconozca al VIH/SIDA como un problema de salud pública y, por tanto, para extender rápidamente las actividades a todo el sistema sanitario. Como consecuencia de este esfuerzo multisectorial, las muertes relacionadas con el SIDA descendieron en torno a un 70% en Río de Janeiro. La caída de las hospitalizaciones y el aumento de las visitas a los centros de atención ambulatoria demuestran que se ha producido una mejora generalizada del tratamiento de las enfermedades relacionadas con el SIDA. (21–23).

Sin un compromiso serio en cuanto al acceso al tratamiento, el último escenario es el más probable, y conducirá inevitablemente a la exclusión de un gran número de pacientes necesitados, a peores resultados para muchos de los que obtengan algún tipo de tratamiento y a la rápida propagación de la resistencia a los medicamentos. El compromiso de la comunidad sanitaria mundial en torno al acceso al tratamiento puede garantizar que la expansión de ese acceso se realice de forma rápida y equitativa, maximizando los beneficios al tiempo que se limitan los riesgos para la salud pública.

Este compromiso común fortalecerá también alianzas que son esenciales para el futuro de la salud pública mundial. Anteriores campañas mundiales eficaces, como la erradicación de la viruela, la batalla mundial contra la tuberculosis, la movilización masiva contra la poliomielitis y la respuesta al SRAS, ofrecen importantes enseñanzas aplicables a la extensión masiva del tratamiento. Todos estos empeños superaron grandes obstáculos y la mayoría tropezaron con dificultades imprevistas, aunque ninguno puede compararse al desafío del tratamiento del VIH/SIDA en amplitud y complejidad. La iniciativa «3 por 5» está catalizando nuevas formas de trabajar dentro de la OMS y en toda la comunidad sanitaria mundial, basadas en una labor de equipo entre varios asociados orientada a resultados, en el establecimiento de firmes vínculos entre comunidades, autoridades nacionales e instituciones internacionales y, por encima de todo, en el compromiso con la equidad en materia de salud.

Con la mirada puesta más allá de 2005, la OMS, el ONUSIDA y sus asociados desarrollarán un nuevo enfoque estratégico que, utilizando mecanismos sostenibles de financiación y dispensación, permita mantener los logros de la iniciativa «3 por 5» y extenderlos, de manera que el tratamiento antirretroviral entre a formar parte del conjunto de servicios de atención primaria prestados en cualquier consultorio y centro de salud. La movilización de recursos y el desarrollo de la infraestructura de atención crónica necesaria para dispensar tratamiento durante toda la vida en instalaciones periféricas de atención primaria introducirán modificaciones duraderas en los sistemas sanitarios. Como se explica en el siguiente capítulo, avanzar satisfactoriamente en esas direcciones dependerá también de que se establezcan estrechas alianzas entre el sector sanitario convencional y muchas comunidades y grupos, en particular los de personas afectadas por el VIH/SIDA.

Referencias

1. *Access to antiretroviral treatment and care: the experience of the HIV Equity Initiative, Cange, Haiti*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/Haiti_E_Final2004.pdf, visitado el 16 de febrero de 2004).
2. *Antiretroviral therapy in primary health care: experience of the Khayelitsha programme in South Africa*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/South_Africa_E.pdf, visitado el 16 de febrero de 2004).
3. *Scaling up antiretroviral therapy: experience in Uganda*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (Perspectives and Practice in Antiretroviral Treatment Series; http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/Uganda_E.pdf, visitado el 16 de febrero de 2004).
4. Farmer P, Léandre F, Mukherjee JS, Gupta R, Tarter L, Yong Kim J. 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.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Advancing HIV prevention: new strategies for a changing epidemic – United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2003, 52:329–332.
6. *The long-run economic costs of AIDS: theory and application to South Africa*. Washington, DC, Banco Mundial, 2003.
7. *Informe sobre la salud en el mundo 2002 – Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
8. Teixeira PR, Antônio Vitória M, Barcarolo J. The Brazilian experience in providing universal access to antiretroviral therapy (http://www.iaen.org/files.cgi/11066_part_1_n2_Teixeira.pdf, visitado el 16 de febrero de 2004).
9. Marins JR, Jamal LF, Chen SY, Barros MB, Hudes ES, Barbosa AA et al. Dramatic improvement in survival among Brazilian AIDS patients. *AIDS*, 2003, 17:1675–1682.
10. OMS/ONUSIDA. *Tratar a tres millones de personas para 2005: cómo hacerlo realidad. La estrategia de la OMS*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
11. *Expansión del tratamiento antirretroviral en los entornos con recursos limitados. Directrices para un enfoque de salud pública*. Resumen de orientación. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, abril de 2002. (<http://www.who.int/3by5/publications/en/ARVGuidelinesRevised2003.pdf>, visitado el 16 de febrero de 2004).
12. Badri M, Wood R. Usefulness of total lymphocyte count in monitoring highly active antiretroviral therapy in resource-limited settings. *AIDS*, 2003, 17:541–545.
13. Kumarasamy N, Mahajan AP, Flanigan TP, Hemalatha R, Mayer KH, Carpenter CC et al. Total lymphocyte count (TLC) is a useful tool for the timing of opportunistic infection prophylaxis in India and other resource-constrained countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002, 31:378–383.
14. van der Ryst E, Kotze M, Joubert G, Steyn M, Pieters H, van der Westhuizen M et al. Correlation among total lymphocyte count, absolute CD4+ count, and CD4+ percentage in a group of HIV-1-infected South African patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1998, 19:238–244.
15. Stevens W, Kaye S, Corrah T. Antiretroviral therapy in Africa. *BMJ*, 2004, 328:280–282.
16. *How will the 3 by 5 initiative deal with HIV drugs resistance?* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/HIV/2003.10; http://www.who.int/3by5/publications/briefs/en/drug_resistance.pdf, visitado el 17 de febrero de 2004).
17. *Guidelines for surveillance of HIV drug resistance*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, (proyecto de documento para revisión; <http://www.who.int/3by5/publications/documents/hivdrugsurveillance/en/>, visitado el 16 de febrero de 2004).
18. OMS/ONUSIDA. *Estimated cost to reach the target of 3 million with access to antiretroviral therapy by 2005 (“3 by 5”)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, (http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/cost_of_3by5.pdf, visitado el 17 de febrero de 2004).
19. Chaudhury R, Bapna S. *Effect of interventions on rational use of drugs*. Paper presented at Conference on the State of the Art and Future Directions, Chiang Mai, Tailandia, 1–4 de abril de 1997 (http://www.who.int/dap-icium/posters/4D1_TEXT.html, visitado el 17 de febrero de 2004).
20. *Zambia poverty reduction strategy paper 2002–2004*. Lusaka, Ministry of Finance and National Planning, 2002.
21. Brindeiro RM, Diaz RS, Sabino EC, Morgado MG, Pires IL, Brigido L et al. Brazilian Network for HIV Drug Resistance Surveillance (HIV-BResNet): a survey of chronically infected individuals. *AIDS*, 2003, 17:1063–1069.
22. Szwarcwald CL, Bastos FI, Barcellos C, Esteves MAP, de Castilho EA. Dinâmica da epidemia de AIDS no Município do Rio de Janeiro, no período de 1988–1996: uma aplicação de análise estatística espaço-temporal. *Cadernos de Saúde Pública*, 2001, 17:1123–1140.
23. Marins JR, Jamal LF, Chen SY, Barros MB, Hudes ES, Barbosa AA. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*, 2003, 17:1675–1682.



capítulo tres

participación de la comunidad: sensibilización y acción



En el capítulo 2 se ha explicado cómo la OMS y sus asociados están impulsando la extensión masiva del tratamiento en el marco de una respuesta integral frente a la pandemia. La creación de lazos estrechos de asociación con las comunidades y los grupos de la sociedad civil, en particular con las personas afectadas por el VIH/SIDA, va a ser crucial para la consecución de la meta de tratamiento, la eficacia de la nueva respuesta global y el logro del objetivo más amplio de fortalecer los sistemas de salud. Este tipo de participación comunitaria incluirá la sensibilización, la prestación de servicios y el apoyo a los enfermos. Para asegurar la plena participación de las comunidades, se deberán introducir algunos cambios en la manera de prestar los servicios de salud pública.

A lo largo de la historia del VIH/SIDA, un gran número de comunidades y grupos han derrochado energía colaborando para ayudar a todas las personas que se han visto afectadas. En el presente capítulo se abordan algunos de los ejemplos más reveladores de ese empuje, que han modificado marcadamente la percepción pública y política de la enfermedad y se han traducido en importantes y duraderos beneficios para el conjunto de la comunidad. El compromiso demostrado hoy día por las comunidades es un recurso inestimable en apoyo de la expansión del tratamiento antirretroviral. Más allá de ese objetivo vital, ese compromiso influirá poderosamente en los progresos hacia mejoras más amplias de la salud pública y el acceso a la atención.

En el presente capítulo se describe el nuevo fenómeno de la participación comunitaria como dimensión reconocida de la acción de salud pública. A continuación, se examinan algunos de los hitos que han marcado la participación de la sociedad civil en la lucha contra el VIH/

SIDA y se destaca el potencial de un enfoque basado en los derechos para alcanzar los objetivos de salud. Por último, se analiza la participación de la sociedad civil y las comunidades en los esfuerzos de extensión del tratamiento, con especial énfasis en la función de los agentes de salud comunitarios.

Las comunidades son grupos de personas que viven cerca las unas de las otras o tienen una serie de vínculos sociales y que, en muchos casos, comparten una misma motivación o necesidad. Dentro de la comunidad general, existen comunidades específicamente consagradas a la lucha contra el VIH/SIDA, que están integradas por seropositivos, los familiares y allegados de éstos, y defensores de esta causa. Estas comunidades pueden adoptar o no estructuras orgánicas formales. Las

organizaciones de la sociedad civil – es decir, las que no dependen del Estado ni de empresas privadas – incluyen asociaciones formadas por seropositivos y personas comprometidas en la lucha contra el VIH/SIDA, organizaciones confesionales y otras agrupaciones, como sindicatos o patronales.

La consecución de la meta «tres millones para 2005» («3 por 5») exigirá la creación de lazos de asociación entre los gobiernos nacionales, las organizaciones internacionales, la sociedad civil y las comunidades, así como el aprovechamiento de las virtudes de cada uno de estos actores, para empezar a cosechar resultados sobre el terreno. El liderazgo gubernamental será indispensable, pues la sociedad civil no puede sustituir al sector público. Ahora bien, para ser eficaz, ese liderazgo deberá incluir el establecimiento de fórmulas de cooperación con diversos grupos de la sociedad civil y la instauración de mecanismos que permitan aprovechar los conocimientos disponibles dentro de las comunidades. La OMS y otras organizaciones internacionales pueden facilitar y respaldar ese proceso. Al abogar por la colaboración con las

Un coro canta el último adiós a Mzokonah



Gideon Mendel/Network

Mzokonah Malevu ya llevaba enfermo mucho tiempo cuando descubrió que era seropositivo. Al principio sólo quería decírselo a su madre, pero, siguiendo el consejo de un orientador, decidió comunicar la noticia a todos los miembros de su comunidad. En un servicio religioso para las víctimas del VIH/SIDA celebrado en el distrito sudafricano de Enseleni al que asistieron huérfanos y cuidadores, Mzokonah tomó por primera vez la palabra en público, ante cientos de personas. Su mensaje, en el

que explicaba cómo contrajo la enfermedad, iba dirigido en especial a los jóvenes, a los que advirtió muy seriamente sobre la necesidad de protegerse.

«Espero que mi muerte sirva para algo, que contribuya a educar a mi familia y a mi comunidad», dijo Mzokonah. «Quiero que mi funeral sea una ceremonia de educación sobre el VIH/SIDA y permita difundir mi mensaje a los cuatro vientos.» Sus deseos se han cumplido.

comunidades, la iniciativa «3 por 5» expresa la filosofía plasmada en 1978 en Alma-Ata (ahora Almaty) (Kazajstán) en la estrategia de Salud para Todos, que vincula el derecho de las personas a la salud con su derecho a participar en las decisiones que afectan a su vida.

PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN LA SALUD PÚBLICA

Ya en 1948, la Constitución de la OMS disponía que «una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital» para el mejoramiento de la salud, aunque fue en el decenio de 1960 y a comienzos de los años setenta cuando empezaron a valorarse cada vez más las ventajas prácticas de la participación de las comunidades en los proyectos sanitarios y su identificación con estos últimos. Diversos proyectos ejecutados en zonas de Guatemala, Níger y la República Unida de Tanzania demostraron que una mayor participación de la comunidad podía aportar beneficios sanitarios para la población. En esos proyectos, la aportación comunitaria facilitó la definición de prioridades programáticas, y los agentes de salud comunitarios asumieron importantes responsabilidades (1). En 1978, la plena participación de la comunidad en la pluridimensional labor de mejora de la salud se convirtió en uno de los pilares del movimiento en pro de la salud para todos. En 1986, la Carta de Ottawa, firmada en la Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, identificó el fortalecimiento de la acción comunitaria como una de las cinco prioridades clave para una promoción proactiva de la salud (2).

Desde entonces, se han registrado tanto avances como retrocesos. La capacidad efectiva de las comunidades para participar en la definición y ejecución de los programas de acción sanitaria se ha visto mermada por la falta de recursos y la existencia de arraigadas jerarquías profesionales y sociales y modelos de salud pública centrados en los comportamientos individuales y las intervenciones curativas de tipo biomédico. Las discriminaciones por razón de sexo, raza y clase social también influyen. No

Recuadro 3.1 La Sociedad de Mujeres contra el SIDA en África

La Sociedad de Mujeres contra el SIDA en África (SWAA) es una ONG panafricana de base comunitaria creada en 1988 en respuesta al impacto del VIH/SIDA en las mujeres y los niños del continente. Esta organización centra su labor en los factores causantes del impacto desigual de la epidemia en las mujeres y persigue la igualdad entre los sexos en lo referente a los programas de prevención y tratamiento. La SWAA, presente en 40 países africanos, confiere particular importancia a la creación de redes de cooperación, la investigación, la sensibilización, la facilitación de cuidados y apoyo, los derechos humanos y las cuestiones jurídicas, los huérfanos y otros niños vulnerables y las opciones de prevención para las mujeres. A continuación se describen algunos ejemplos de sus actividades.

En Burkina Faso, la SWAA intenta fomentar una mayor concienciación sobre los efectos perniciosos de la circuncisión femenina, apo-

ya a los huérfanos y otros niños vulnerables, facilitándoles libros y demás material escolar, y ofrece un servicio de consultas telefónicas. La organización ha puesto en marcha un proyecto de prevención para combatir el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual entre los trabajadores del sexo. Asimismo, ha organizado y coordinado programas subregionales de formación sobre diferencias de género y VIH/SIDA.

En Kenya, se ha lanzado un programa de sensibilización dirigido a los hombres que tiene por objeto hacerles tomar conciencia de la relación entre los comportamientos masculinos y el VIH/SIDA, fomentar el debate público sobre cuestiones relacionadas con los hombres y el VIH/SIDA, promover la adopción de prácticas sexuales menos peligrosas e incrementar la percepción del riesgo personal.

En el Senegal, la SWAA, en colaboración con la Alianza Nacional contra el SIDA, facilita

material escolar a niños afectados por el VIH/SIDA. También organiza actividades generadoras de ingresos para las mujeres, promueve la utilización del preservativo femenino, participa en el programa nacional para la reducción de la transmisión del VIH de la madre al niño, y ofrece asesoramiento nutricional y otras formas de apoyo psicosocial.

En Ghana, la Sociedad tiene en marcha un proyecto de promoción del preservativo femenino y actividades de educación sobre el VIH/SIDA, y está estableciendo centros de apoyo para mujeres seropositivas, que facilitan a la población femenina asesoramiento, alimentos y ropa.

En Nigeria, la SWAA participa en la organización de programas de capacitación y servicios de asesoramiento en 28 provincias, así como en la elaboración de un manual didáctico para la formación de orientadores.

obstante, las comunidades han tomado parte en muchos proyectos eficaces de salud pública, por ejemplo en programas de saneamiento, nutrición, vacunación y control de enfermedades (3). Según se desprende de algunos estudios recientes sobre atención primaria de salud, la participación comunitaria sigue gozando de gran aceptación; asimismo, se tiene constancia de que ha reportado importantes beneficios sanitarios (4).

LA SOCIEDAD CIVIL RESPONDE A LA TRAGEDIA DEL SIDA

La respuesta dada por la sociedad civil en todo el mundo frente a la pandemia de VIH/SIDA es uno de los ejemplos más ilustrativos de autodeterminación y participación de la comunidad. El énfasis que la Declaración de Alma-Ata pone en la necesidad de que la participación comunitaria parta de «un espíritu de autodependencia y autodeterminación» concuerda con la visión de los primeros activistas que se movilizaron contra el VIH/SIDA, reflejada en los Principios de Denver (5). Estos principios, elaborados en 1983 en una reunión de activistas en Denver (EE.UU.), establecen el derecho de las personas afectadas por el VIH/SIDA a la dignidad, tanto en vida como tras su muerte, y también a ser representadas y poder participar en todas las decisiones que afectan a su bienestar.

En los Estados Unidos de América, donde los primeros casos de VIH/SIDA se notificaron en 1981, y posteriormente también en Europa, el Canadá y Australia, las organizaciones de hombres y mujeres homosexuales fueron las primeras en reaccionar. En 1982 se creó en el Reino Unido la Fundación Terrence Higgins. Helseutvalget for Homofile (la asociación noruega de salud homosexual) fue establecida en 1983. Estos grupos y otros similares tomaron como punto de partida las estrategias y el capital social forjados durante los decenios precedentes en los movimientos feministas y de defensa de los derechos de los homosexuales.

Grupos como la AIDS Coalition to Unleash Power (ACT UP), fundada en 1987 en los Estados Unidos de América, supieron combinar una estrategia eficaz de sensibilización con la consolidación de una impresionante base de datos científicos, permitiendo así a sus miembros convertirse en informados participantes en las actividades de investigación médica y en el proceso de adopción de decisiones. Durante los decenios de 1980 y 1990, estos grupos lograron la movilización de fondos cada vez más cuantiosos para la investigación y el desarrollo de antirretrovirales, la asignación de mayores partidas presupuestarias a los servicios relacionados con el SIDA, a nivel federal, estadual y local, la aceleración del proceso de pruebas aplicable a los medicamentos y la ampliación del acceso a fármacos experimentales para personas no admitidas en ensayos clínicos.

Diversas organizaciones internacionales de la sociedad civil, como la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, empezaron a trabajar en el campo del VIH/SIDA a comienzos del decenio de 1980. En varios países africanos con sistemas de salud sumamente precarios tomaron la delantera numerosas organizaciones de base comunitaria y ONG. En muchas comunidades, las mujeres empezaron a asumir importantes funciones de liderazgo. La Organización de Ayuda a las Personas con SIDA (TASO) fue fundada en Uganda en 1987. La labor de la TASO ha incluido siempre la sensibilización y la educación comunitaria, amén de una amplia gama de servicios destinados a las personas afectadas por el VIH/SIDA y sus familias. Esta organización, que colabora estrechamente con el Gobierno, con otras organizaciones no gubernamentales y confesionales y con el sector privado, ha contribuido de un modo especialmente destacado al programa ugandés de control

del VIH/SIDA. En 1988, un grupo de mujeres africanas crearon la Sociedad de Mujeres contra el SIDA en África (SWAA) con ánimo de trabajar con y para las mujeres afectadas por la epidemia y sus familias, sobre la base de inquietudes y prioridades localmente definidas. La SWAA es ahora una red intercontinental presente en 40 países (véase el recuadro 3.1).

Otros grupos liderados por mujeres también han tenido una notable influencia en los planos nacional y local. La organización Mujeres en Lucha contra el SIDA en Kenya, por ejemplo, fue fundada en Nairobi en 1993 por un grupo de mujeres, muchas de ellas seropositivas. Además de defender los intereses de las mujeres y los niños afectados por la pandemia, esta agrupación ofrece a las mujeres y sus familias un amplio abanico de servicios, por ejemplo, educación sobre el VIH, apoyo y asesoramiento individual, atención domiciliaria y formación para la realización de actividades generadoras de ingresos. Desde el primer momento, las organizaciones confesionales han venido asumiendo importantes responsabilidades en la organización de actividades ligadas a la prevención del VIH, la educación comunitaria, la atención, el tratamiento y la prestación de apoyo (véase el recuadro 3.2).

LA FUERZA DE UN ENFOQUE BASADO EN LOS DERECHOS HUMANOS

Los argumentos promocionales han ido asentándose cada vez más en un marco de derechos humanos, basado tanto en principios morales fundamentales como en la obligación legal de los Estados de respetar, proteger y hacer cumplir los derechos humanos, en particular el derecho a la salud. Se trata de obligaciones dimanantes del derecho internacional, los acuerdos regionales de derechos humanos y las legislaciones nacionales (6). La adopción, con respecto al VIH/SIDA, de un enfoque basado

Recuadro 3.2 Papel de las organizaciones confesionales

Dada la influencia de las organizaciones confesionales dentro de las comunidades y la amplia presencia que tienen en las zonas rurales y los lugares remotos, su papel en la generalización de los tratamientos contra el VIH/SIDA resulta fundamental. Junto con las instituciones religiosas, pueden contribuir notablemente a reducir la estigmatización y la discriminación. Las organizaciones confesionales representan alrededor del 20% del número total de organismos consagrados a la lucha contra el VIH/SIDA y están muy bien situadas para ofrecer apoyo psicosocial, moral y espiritual a personas en circunstancias difíciles; su importancia para lograr una extensión masiva de los tratamientos es cada vez mayor.

El Grupo de Viudas de la Iglesia Anglicana de Saint Stephen de Kisumu (Kenya), por ejemplo, ayuda a administrar un dispensario móvil, que, además de ofrecer servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, dispensa medicamentos esenciales contra las infecciones oportunistas y organiza actividades generadoras

de ingresos para las mujeres y los jóvenes. Aunque hasta la fecha esta agrupación no ha participado de un modo directo en la administración de antirretrovirales, sus esfuerzos forman parte integrante de una estrategia eficaz de extensión de los tratamientos.

Algunas organizaciones confesionales han ideado sistemas para dar respuesta a las cuestiones de desigualdad y de género relacionadas con el acceso a los antirretrovirales y están tratando de impedir que determinadas personas o grupos tengan un acceso privilegiado a los tratamientos, procurando asegurar al mismo tiempo que las comunidades establezcan sus propios criterios de acceso.

Otras organizaciones se ocupan del suministro directo de fármacos. Así, por ejemplo, la Misión para los Medicamentos y Suministros Esenciales, una alianza entre la Asociación Cristiana para la Salud y la Conferencia Episcopal-Secretaría Católica de Kenya, está distribuyendo medicamentos esenciales asequibles, incluidos antirretrovirales. Los

responsables del proyecto importan medicamentos genéricos para la Misión y para otras organizaciones no gubernamentales a un costo reducido. Los servicios de salud de la Misión tienen también un componente de atención domiciliaria que ayuda a supervisar el cumplimiento de la terapia antirretroviral y los tratamientos contra la tuberculosis y contribuye a ofrecer a las familias y comunidades apoyo nutricional y otras formas de asistencia socioeconómica.

Las organizaciones confesionales podrían ser incorporadas en las estrategias de extensión masiva de los tratamientos, y sus ventajas comparativas – por ejemplo, en lo referente a la capacidad de movilización de las comunidades, las actividades asistenciales, la capacidad para asegurar el cumplimiento terapéutico y promover entre las personas afectadas por el VIH/SIDA la confianza necesaria para que acudan a recibir tratamiento – se podrían combinar con la capacitación de su personal no médico en aptitudes médicas pertinentes.

en los derechos está impulsando en un número creciente de países una movilización social encabezada por organizaciones de la sociedad civil.

En el Brasil, la Asociación Brasileña Interdisciplinaria contra el SIDA, fundada en 1986, se esfuerza por defender los derechos de las personas afectadas por el VIH/SIDA llevando a cabo actividades de investigación y educación y efectuando análisis de políticas. En Bolivia, Venezuela y otros países latinoamericanos, diversas organizaciones de la sociedad civil han utilizado con éxito recursos legales basados en los convenios de derechos humanos para asegurar el acceso al tratamiento a través de los sistemas nacionales de salud (7).

La Campaña de Acción en pro del Acceso al Tratamiento, en Sudáfrica, se sirve de actividades de educación y movilización comunitarias, acciones masivas de protesta civil, campañas mediáticas, mecanismos jurídicos y alianzas con otras organizaciones no gubernamentales y agrupaciones sindicales para defender los derechos de las personas infectadas y afectadas por el VIH. La lucha nacional librada dentro de esta campaña para mejorar el acceso a la terapia antirretroviral condujo al Movimiento Panafricano de Acción en pro del Acceso al Tratamiento, iniciativa lanzada en agosto de 2002.

Los criterios y principios de derechos humanos también deben orientar la planificación y ejecución de políticas y programas de tratamiento. El enfoque basado en los derechos humanos reconoce que los derechos son universales y reafirma el valor de la plena participación de todos los miembros de la sociedad, al tiempo que exige también un mayor rendimiento de cuentas por parte de las instancias decisorias y más equidad en las políticas asistenciales.

El reconocimiento de estos imperativos por parte de los países es cada vez mayor. En la Cumbre Mundial sobre el SIDA celebrada en 1994 en París, 42 gobiernos declararon que fomentar la participación de las personas que viven con el VIH/SIDA o están afectadas por éste es esencial para que los países puedan responder de un modo ético y eficaz a la epidemia. Este principio de mayor participación es fundamental para asegurar la equidad de toda política o programa relacionado con el VIH/SIDA (8). En 1998, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el ONUSIDA elaboraron conjuntamente una serie de directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos; se trata de un instrumento que aplica las leyes y normas de derechos humanos específicamente al contexto del VIH/SIDA y establece

qué pueden y deben hacer los Estados a la luz de sus obligaciones en materia de derechos humanos (9). La adhesión a estos principios se vio reforzada en 2001 con la adopción de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA durante el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (10).

Las organizaciones no gubernamentales y las agrupaciones de la sociedad civil han dirigido la aplicación de los principios de derechos humanos hacia el problema del acceso a los medicamentos para los pobres (véase el recuadro 3.3). Algunos esfuerzos, como la Campaña de Acceso a Medicamentos Esenciales y la Iniciativa de Tratamientos para Enfermedades Desatendidas, de Médicos Sin Fronteras, además de atraer la atención mundial sobre la crisis del acceso a medicamentos en el mundo en desarrollo, han contribuido a centrar el debate público en los efectos que las normas comerciales y de propiedad intelectual tienen en el acceso de los pobres a los tratamientos para una amplia gama de problemas de salud (11-13).

Una coalición internacional de activistas y organizaciones de la sociedad civil colaboraron con representantes de países en desarrollo antes y durante la Conferencia Ministerial de la Organización Mundial del Comercio (OMC) celebrada en noviembre de 2001 en Doha (Qatar). La participación de la sociedad civil dio ímpetu a la Declaración de Doha, en la que se aclaró formalmente que el Acuerdo de la OMC sobre Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio «puede y deberá ser interpretado y aplicado de una manera que apoye el derecho de los miembros de la OMC de proteger la salud pública y, en particular, de promover el acceso a los medicamentos para todos» (14) (véase el recuadro 2.5). En abril de 2002, la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos expresó su satisfacción por la Declaración de Doha e instó a la comunidad internacional a que definiese prontamente los medios necesarios para permitir que todos los países se beneficien de sus disposiciones (15).

LA SOCIEDAD CIVIL Y LA EXPANSIÓN DEL TRATAMIENTO

La acción promotora de la sociedad civil ha contribuido a allanar el camino para la iniciativa «3 por 5». El ONUSIDA y la OMS calcularon en 2001 que para finales de 2005 debería ser posible facilitar terapia antirretroviral a tres millones de personas de países en desarrollo, pero el compromiso internacional, la movilización de fondos y la captación de pacientes han quedado a la zaga. La enérgica defensa de esa meta por grupos de activistas en foros como la Conferencia Internacional sobre el SIDA celebrada en 2002 en Barcelona ayudó a traducir la idea de un acceso ampliado a los antirretrovirales en un compromiso político en firme que deberá ser cumplido por los gobiernos nacionales, las Naciones Unidas y otras instituciones internacionales importantes.

Desde que los problemas para acceder a los tratamientos contra el SIDA fueron declarados una emergencia mundial, los representantes de personas seropositivas de África, América Latina, América del Norte, Asia, el Caribe y Europa han figurado entre los asociados clave consultados para la formulación de la estrategia «3 por 5» de la OMS. Es fundamental que esa colaboración prosiga. Catalizar la creación de fórmulas innovadoras de colaboración es una manera de cambiar los planteamientos y las formas de trabajar en el ámbito de la salud mundial. La iniciativa de tratamiento está convirtiendo la participación comunitaria en un elemento mensurable de los procesos programáticos y sus resultados: se ha establecido la meta intermedia de crear para

Recuadro 3.3 El éxito de un esfuerzo comunitario en Suriname

En Suriname, al igual que en muchos otros países en desarrollo, los medicamentos contra el VIH/SIDA no están incluidos en las prestaciones de ningún seguro médico, sea público o privado, ni subvencionados por el Estado. Aunque el país consigue importar fármacos relativamente baratos del Brasil y la India, el costo del tratamiento (unos US\$ 60 mensuales por paciente) es demasiado elevado para la mayoría de las personas afectadas por el VIH/SIDA, muchas de las cuales han fallecido por esa causa.

Para contribuir a evitar que se produzcan más muertes, se ha establecido en Suriname el Fondo de Emergencia para el VIH/SIDA, con la colaboración, entre otros, de la Organización Panamericana de la Salud. El Fondo, que recibió una contribución inicial de US\$ 15 000 del Fondo del Canadá para África, inició la compra de medicamentos en septiembre de 2002. Se solicitaron asimismo donaciones privadas, en forma de «apadrinamientos» de dos niños o un adulto por un importe anual de US\$ 600. En los primeros seis meses pudieron beneficiarse de la labor del Fondo 50 personas, aunque

los recursos iniciales fueron insuficientes para atender la demanda.

En colaboración con un comité de captación de fondos, el Fondo organizó una campaña mediática con la intención de recaudar unos US\$ 70 000, objetivo éste que parecía imposible de alcanzar, teniendo en cuenta la precaria situación económica del país y el estigma que rodea la enfermedad. Sin embargo, se reunieron más de US\$ 150 000. Desde entonces, las donaciones totales han superado los US\$ 200 000, lo que permitirá sostener el Fondo durante uno o dos años.

diciembre de 2004 en el mundo entero 3000 alianzas entre dispensarios de terapia antirretroviral del sector convencional y grupos comunitarios (16).

Pasar de la sensibilización a la prestación de servicios

La sensibilización, la educación comunitaria y la promoción de los derechos van a resultar cruciales para llevar a buen puerto la extensión masiva del tratamiento. El papel fundamental que las comunidades desempeñan en la prevención y la atención a largo plazo ha quedado ampliamente reconocido (17). En muchos países que están tratando de ampliar la cobertura con terapia antirretroviral pese a padecer una grave escasez de personal de salud, los miembros de las comunidades locales participarán además directamente en la prestación de servicios y apoyo (18). Cada vez se conocen más ejemplos de programas de tratamiento innovadores que demuestran que los miembros de la comunidad y las organizaciones que los representan también son capaces de llevar a cabo una amplia variedad de tareas esenciales relacionadas con la prestación de servicios de tratamiento antirretroviral.

Las evaluaciones rápidas de puntos de tratamiento efectuadas en algunos países con alta carga de morbilidad, unidas a una serie de programas documentados, demuestran que la función esencial de las comunidades y las familias estriba en el apoyo que brindan para asegurar el cumplimiento terapéutico. En algunos programas de tratamiento, las organizaciones comunitarias han transferido a sus propias instalaciones tareas antes desempeñadas por agentes de salud convencionales en los centros de salud. Cabe citar aquí el ejemplo de Haití y Rwanda, donde miembros de la comunidad debidamente capacitados controlan la aparición de efectos secundarios y supervisan la toma de medicamentos (19, 20).

En lugares donde el acceso al tratamiento es limitado, algunas asociaciones de personas afectadas por el VIH/SIDA han empezado, como pura estrategia de supervivencia, a ofrecer sus propios servicios, con el apoyo de organizaciones de países

Recuadro 3.4 Alianzas para ofrecer tratamiento en Uganda

En el distrito ugandés de Masaka, el tratamiento antirretroviral fue introducido para los pobres por la iniciativa Uganda Cares, en la que colaboran el Ministerio de Salud, la Business Coalition on HIV/AIDS y AIDS Healthcare Foundation/Global Immunity.

El programa de tratamiento está centralizado en el hospital distrital de Masaka, en forma de servicio ambulatorio. La oficina en el distrito de Masaka de la TASO (Organización de Ayuda a las Personas con SIDA), la organización nacional de servicios relacionados con el VIH/SIDA fundada por personas seropositivas, se encuentra dentro del mismo recinto hospitalario. La TASO-Masaka aborda la prevención, la asistencia y el tratamiento a partir de un sistema combinado de personal contratado y remunerado – por ejemplo, profesionales que prestan servicios de asesoramiento de base comunitaria – y un sistema descentrali-

zado de agentes voluntarios de la comunidad que, tras recibir la pertinente formación, se ocupan de un número de hogares dentro de su propio vecindario. Se celebran reuniones periódicas entre voluntarios de la comunidad, representantes de la TASO y personal del centro hospitalario.

La TASO desempeña, en relación con los tratamientos, varias funciones fundamentales, como las que siguen:

- Selección inicial (basada en una serie de criterios acordados), servicios de orientación y envío de personas que solicitan tratamiento por los miembros designados dentro de cada comunidad y programa de asistencia domiciliaria. De este modo, se fomenta al máximo la disposición del paciente a someterse a un tratamiento antes de su primera visita al centro hospitalario para recibir asesoramiento y ser examinado

por un médico. El servicio móvil de Kitovu (una organización comunitaria de carácter confesional dedicada a la atención a domicilio) actúa de un modo similar como asociado en el reenvío de casos.

- Seguimiento de los pacientes en el hogar y a nivel comunitario, para reducir al mínimo el número de abandonos del programa de tratamiento.
- Facilitación de un medio de transporte para acudir a las citas en el centro médico para aquellos pacientes que estén demasiado enfermos para organizarse por su cuenta.
- Apoyo nutricional para quienes lo precisen.

En términos globales, el programa de tratamiento logró al cabo de un año tras su puesta en marcha una tasa de cumplimiento terapéutico del 97% (22).

Tratando a los niños con cuidado



Jodi Bieber/Network

Sparrow Village, en Johannesburgo (Sudáfrica), es una comunidad rural en la que se presta tratamiento y apoyo psicosocial a personas afectadas por el VIH/SIDA que se hallan en las fases terminales de la enfermedad. El lugar está repleto de niños que juegan en patios pintados con colores alegres. Pero Sparrow Village no es sólo un hospicio, es también un centro de formación y una base a partir de la cual se pretende educar al público general sobre el VIH/SIDA.

«La mayoría de nuestros pacientes han sufrido rechazo y humilla-

ción», dice el Dr. Duncan McAulay. «Pero aquí encuentran un momento de paz y un poco de dignidad antes de morir.»

Para que la extensión del tratamiento surta efecto, es imprescindible asegurar una amplia participación de organizaciones de la sociedad civil y de comunidades como ésta. Algunas comunidades y organizaciones confesionales han asumido importantes responsabilidades en las actividades relacionadas con la prevención, el tratamiento y la atención del VIH/SIDA.

más ricos, recurriendo al sistema convencional de atención de salud únicamente para intervenciones médicas esenciales. Muchas labores relacionadas con el tratamiento, como la administración de la vigilancia de laboratorio, son realizadas por miembros de la comunidad (21). Podemos encontrar otro ejemplo de transferencia de tareas de los centros médicos convencionales a la comunidad en Uganda, donde la oficina de la TASO en Masaka se encarga de la selección inicial y el asesoramiento de los pacientes que solicitan tratamiento antirretroviral para luego remitirlos al programa de tratamiento centralizado en el hospital del distrito (véase el recuadro 3.4).

En algunos casos, los miembros de la comunidad desarrollan su labor dentro de centros de salud convencionales. En Tailandia, por ejemplo, se han creado en establecimientos sanitarios públicos centros de atención diurna en los que las personas afectadas por el VIH/SIDA pueden reunirse y participar en diversas actividades. Las organizaciones comunitarias forman parte integrante del sistema de atención y tra-

tamiento. En Khayelitsha (Sudáfrica), numerosas personas sin conocimientos especializados se han incorporado a los centros de atención primaria para proporcionar asesoramiento, ayudando a los pacientes a establecer planes de tratamiento para mejorar el cumplimiento terapéutico (23).

Las experiencias registradas en varios puntos ya existentes de administración de tratamiento antirretroviral sugieren que las relaciones entre el centro de salud y la comunidad pueden y deben ser estructuradas para adoptar la forma de auténticos lazos de asociación. El modelo basado en la cooperación fomenta un diálogo regular, la asignación de tareas a las personas más indicadas, con independencia de su categoría profesional, y el intercambio de información. Se precisan importantes inversiones en capacitación, y también para asegurar que el personal pueda dedicar parte de su tiempo a ejercer una supervisión complementaria y fomentar la prestación de apoyo adicional. Una cuestión fundamental es que se comparta la responsabilidad del programa de tratamiento: los agentes de salud acostumbrados a tener el control de la administración de servicios, más concretamente los relacionados con el tratamiento, pueden ser reacios a compartir la responsabilidad del programa de tratamiento con las comunidades o incluso a aceptar las aportaciones de miembros de la comunidad para dar respuesta a las necesidades de un usuario.

La contratación de seropositivos como miembros del personal remunerados es otra estrategia que permite a los centros aprovechar las competencias y conocimientos únicos de estas personas y echar abajo las barreras existentes entre los servicios de salud, las comunidades y los pacientes. Según se ha constatado en diferentes programas de control de enfermedades, los profesionales de la salud suelen rechazar inicialmente la participación de miembros de la comunidad en tareas de atención y tratamiento, pero más tarde la aceptan al comprobar que se obtienen resultados positivos (24, 25).

Los centros de salud que dispensan servicios de primera línea están en contacto directo y cotidiano con las familias y los usuarios, lo que los coloca en una situación idónea para mantener lazos de asociación funcionales con las comunidades. Sin embargo, todo parece indicar que esa oportunidad excepcional a menudo se desaprovecha. Los profesionales de la salud frecuentemente ignoran a las organizaciones comunitarias, y el potencial de éstas para contribuir a la salud muchas veces no es valorado por el sistema de atención sanitaria (26).

Lograr un sentimiento común de identificación – aumentar el control de las comunidades y los usuarios sobre los servicios de salud – no sólo es deseable desde el punto de vista de los derechos humanos: es un requisito indispensable para asegurar el acceso de los pobres al tratamiento antirretroviral y a otros servicios sanitarios. Se conocen muchos ejemplos en los que este enfoque ha dado resultado. En Zambia, el hospital confesional del distrito de Chikankata puso en pie un proceso comunitario que ha dado lugar a una excelente colaboración en materia de prevención y atención del VIH/SIDA (27). En una de las comunidades más pobres de Haití, los pacientes, junto con otros miembros de su comunidad, están contribuyendo activamente a mejorar los servicios de tratamiento antirretroviral (19). La red de asociaciones de seropositivos de Sudáfrica movilizó ayuda externa y creó una amplia estructura de colaboración para el establecimiento y funcionamiento de un centro de tratamiento en Kwazulu-Natal (28).

La eficacia del modelo basado en la cooperación ha quedado claramente demostrada en lo que respecta a los programas de pequeño alcance; se trata ahora de empezar

Educación de profesionales del sexo en Dhaka



Shahidul Alam/Drik/Network

En Dhaka (Bangladesh), Hajera ha fundado una cooperativa de trabajadoras sexuales para luchar por la mejora de las condiciones de trabajo de sus compañeras. Todas las tardes las dedica a distribuir preservativos entre las prostitutas y compartir información sobre el VIH/SIDA.

La participación comunitaria constituye una dimensión reconocida de la acción de salud pública. CARE Bangladesh, una organización no gubernamental, ha puesto en marcha un programa de modificación de

comportamientos dirigido a grupos específicos, con la finalidad de educar a los sectores vulnerables de la población, facilitar el acceso a los preservativos y promover el uso de puntos de distribución de preservativos. Los distribuidores obtienen una pequeña compensación pecuniaria, aprenden a leer y escribir y reciben educación sanitaria básica sobre el VIH/SIDA.

a aplicar esos modelos a mayor escala. Conforme los países avancen en la extensión de la administración del tratamiento, tal vez se podrían aprovechar las estructuras de servicios de salud ya existentes para facilitar diversas fórmulas de asociación con las comunidades. Es posible que en muchos entornos las estructuras más indicadas sean las estructuras de primera línea relacionadas con la atención primaria.

Para lograr que la participación comunitaria se convierta en práctica común dentro de los servicios de salud ya existentes que se pretende aprovechar para la extensión masiva de la terapia antirretroviral, habrá que esforzarse por modificar las relaciones entre comunidades y dispensadores de asistencia sanitaria. Entre otras cosas, será preciso fomentar entre los profesionales de la salud las actitudes y aptitudes apropiadas para trabajar con las comunidades, e introducir una serie de incentivos para ese tipo de tareas. Los recursos deberán asignarse de manera que refuercen los servicios

de primera línea que tienen un contacto más directo con las comunidades. También habrá que fortalecer la capacidad de las comunidades para asegurar una mayor participación y adoptar medidas expresamente destinadas a incrementar su identificación con las distintas iniciativas.

INTERVENCIÓN DE LOS AGENTES DE SALUD COMUNITARIOS EN EL TRATAMIENTO

Una manera de reforzar la implicación activa de las comunidades en el desarrollo sanitario consiste en dar formación a algunos de sus miembros y hacerlos participar como agentes de salud comunitarios. Hasta la fecha, en los entornos con pocos recursos los programas de tratamiento antirretroviral rara vez se han basado en programas ya existentes de trabajadores comunitarios, pero es importante que los países evalúen sus experiencias en esta esfera y busquen oportunidades para trabajar con supervisores de agentes de salud comunitarios y personas reclutadas de asociaciones de personas afectadas por el VIH/SIDA (véase el recuadro 3.5).

Los agentes de salud comunitarios han logrado encajar muy bien en los programas no gubernamentales de pequeña escala, así como en los programas nacionales de gran escala integrados en el sistema de salud pública. En muchos países del África subsahariana, por ejemplo, encontramos organizaciones confesionales que llevan 20 años dispensando una atención de calidad. Muchos servicios sanitarios confesionales cuentan con amplias plantillas de extensionistas, trabajadores que prestan servicios domiciliarios de salud y agentes de salud comunitarios, que conforman redes excepcionales (29). Otras organizaciones con tejidos similares han desempeñado también un papel importante en la prevención y atención del VIH/SIDA. La ejecución práctica de la iniciativa «3 por 5» se articulará, en parte, a través de este tipo de infraestructuras, aprovechando las capacidades y redes ya existentes.

Asegurar la participación de los agentes de salud comunitarios es un elemento clave del enfoque práctico de la ampliación de la cobertura terapéutica: aunque los datos de que se dispone actualmente distan mucho de ser exhaustivos, facilitan suficiente información para que los encargados de la planificación y ejecución de proyectos se pongan de inmediato a preparar programas, adoptando para ello un enfoque progresivo y basado en la solución de problemas y respondiendo a los obstáculos a medida que vayan surgiendo. La investigación operativa será fundamental para asegurar un

rápido intercambio de información sobre las lecciones extraídas de la participación de agentes de salud comunitarios, conforme se amplíe el alcance de los programas. Este tipo de investigación debe ser planificado y presupuestado.

Los agentes de salud comunitarios no deben ser vistos simplemente como cooperantes locales capaces de desempeñar temporalmente tareas para las que el sistema convencional de prestación de atención de salud carece de recursos. No son una solución barata para las carencias de recursos humanos. Antes bien, los programas de agentes de salud comunitarios pueden y deben ser considerados parte integrante de una estrategia más amplia destinada a potenciar el papel de las comunidades, capacitarlas para lograr un mayor control sobre su propia salud y mejorar la salud de sus miembros.

Las siguientes esferas son vitales para obtener buenos resultados:

Inclusión de actividades curativas: las comunidades suelen tener una necesidad directa de atención curativa. Si los agentes de salud comunitarios no participan en esta esfera, las personas mostrarán menos interés por sus actividades y no las apoyarán en la misma medida (30). Las experiencias registradas, por ejemplo, en Nepal demuestran que, cuando se adoptan políticas que permiten a los agentes de salud comunitarios dispensar medicamentos, aumenta la motivación de esos trabajadores, al tiempo que crece su aceptación dentro de la comunidad general (31). Por otro lado, la obtención de resultados inferiores a lo esperado en programas de agentes de salud comunitarios se asocia frecuentemente a un suministro insuficiente de medicamentos (32, 33).

Supervisión de apoyo, mantenimiento de vínculos estrechos con los profesionales de la salud y sistemas de derivación: según se desprende de experiencias recientes, cuando hay supervisión, los programas de tratamiento contra el VIH/SIDA basados ampliamente en la participación de agentes de salud comunitarios son capaces de mantener la calidad (34). Algunas experiencias de Haití, Rwanda y Sudáfrica relacionadas con el tratamiento antirretroviral demuestran que es posible asegurar una supervisión eficaz mediante la celebración de reuniones periódicas, el uso de formularios sencillos que facilitan la presentación de informes y la retroinformación, y la disposición de los profesionales de la salud a trabajar con las comunidades (19, 20). Los programas de agentes de salud comunitarios deben integrarse en un sistema de derivación que abarque centros sanitarios más especializados capaces de dar respuesta a los problemas que no se pueden resolver en niveles inferiores.

Remuneración: cuando los agentes de salud comunitarios reciben una compensación financiera, se constatan efectos tanto positivos (retención de los trabajadores) como negativos (las comunidades los ven como funcionarios públicos) (28). Los agentes de salud comunitarios que colaboran como voluntarios únicamente pueden dedicar cada semana un tiempo limitado a esa labor.

Se han introducido fórmulas innovadoras para compensar a los voluntarios por el tiempo invertido. Así, por ejemplo, los voluntarios comunitarios que participaban en un programa de lucha contra la oncocercosis en el distrito ugandés de Kabarole combinaban la distribución de medicamentos contra la enfermedad con la venta de preservativos, medida ésta que acabó convirtiéndose en una eficaz actividad generadora de ingresos (35). En varios países, los voluntarios no son remunerados, pero reciben incentivos de valor monetario, por ejemplo una bicicleta que puede ser utilizada con otros fines. La remuneración es necesaria para mantener el nivel requerido de compromiso a largo plazo, siempre que los agentes de salud comunitarios dediquen a esta labor una cantidad de tiempo comparable a la invertida por trabajadores de

Recuadro 3.5 Aprovechamiento de la experiencia de personas afectadas por el VIH/SIDA – el caso de Hellen

Hellen trabaja como empleada administrativa en un centro para el tratamiento del VIH/SIDA ubicado en una zona rural de Uganda. Dado que ella misma es seropositiva y lleva nueve meses bajo terapia antirretroviral, conoce de primera mano los altibajos que pueden surgir durante el tratamiento. Su experiencia le permite estar a la altura de muchas de las inquietudes planteadas por los pacientes que acuden al dispensario.

Por otro lado, Hellen es miembro de la Comunidad Nacional de Mujeres Ugandesas

afectadas por el SIDA. Como militante de esta agrupación, organiza servicios de apoyo nutricional para pacientes bajo tratamiento y colabora en actividades de educación sobre el tratamiento antirretroviral a nivel comunitario. Como miembro de un grupo de teatro local que hace dramatizaciones sobre el VIH/SIDA, participa asimismo en la educación comunitaria. Hellen es, por tanto, el prototipo de miembro de la sociedad civil experto en el tema que puede tender puentes eficaces entre el sector sanitario convencional, la comunidad extensa

y las personas afectadas por el VIH/SIDA, y contribuir así a vincular los esfuerzos de prevención y los de tratamiento.

He aquí lo que Hellen opina sobre su labor dentro de la comunidad: «El trabajo a nivel comunitario es importantísimo. La gente sabe muy poco sobre los tratamientos contra el VIH. Si tienes buen aspecto, gracias al tratamiento que recibes, las personas se niegan a creer que tengas SIDA. Piensan que tu enfermedad es otra cosa.» (22).

salud con la pertinente formación profesional. Ningún programa de agentes de salud comunitarios, con independencia de que funcione con voluntarios o con trabajadores remunerados, está libre de costos; todos ellos precisarán un presupuesto para ser eficaces y sostenibles.

Relaciones con la comunidad: el respaldo y reconocimiento de las organizaciones y los líderes comunitarios, así como el agradecimiento de los miembros de la comunidad, son incentivos fundamentales para los agentes de salud comunitarios (36). Para fomentar esas relaciones se deberá hacer participar a asociaciones de seropositivos y a otras organizaciones y líderes de la comunidad cuyo apoyo será de suma importancia. A través de sus redes, las organizaciones comunitarias quizá puedan complementar la labor de los agentes de salud comunitarios, ocupándose de necesidades como la nutrición o la generación de ingresos. Los esfuerzos encaminados a mantener a estos trabajadores estrechamente vinculados con las organizaciones comunitarias son, por tanto, esenciales. Este objetivo puede lograrse si se aprovechan las organizaciones de base comunitaria ya existentes para establecer y administrar el programa de agentes de salud comunitarios. Será fundamental adoptar mecanismos que garanticen el rendimiento de cuentas. Una forma de asegurar que eso se cumpla es asignar el control de la compensación monetaria o de otra índole de los trabajadores comunitarios a la comunidad, en lugar de al sistema convencional de atención sanitaria.

POTENCIACIÓN DEL PAPEL DE LA COMUNIDAD Y SALUD PÚBLICA: FORJAR EL FUTURO

La participación comunitaria es crucial para todos los aspectos de un manejo integral del VIH/SIDA: la prevención, el tratamiento, la atención, el apoyo y también la investigación (véase el capítulo 5). En la expansión del tratamiento hacia la consecución de las metas de la iniciativa «3 por 5» y más allá de éstas, la sociedad civil debe exigir un mejor desempeño a los sectores público, privado y no gubernamental. La extensión masiva del tratamiento no se puede lograr sin un compromiso por parte de los gobiernos, pero la acción promotora de la sociedad civil puede respaldar ese compromiso.

El éxito de este esfuerzo en el ámbito de la lucha contra el VIH/SIDA tendrá importantes implicaciones en la agenda general de salud pública. La necesidad de asegurar la participación comunitaria para ampliar el acceso al tratamiento representa una buena oportunidad para reforzar las aptitudes y catalizar la colaboración entre las comunidades, los dispensadores de atención de salud y los planificadores de salud pública; los resultados así obtenidos pueden transferirse luego a otras esferas de la labor de salud pública y contribuir a fortalecer el conjunto del sistema sanitario. Las comunidades que han sido educadas y movilizadas para la lucha contra el VIH/SIDA y la prestación de servicios y apoyo relacionados con la enfermedad estarán mejor preparadas para participar en la promoción de la salud, el control de enfermedades y los esfuerzos de tratamiento desplegados para hacer frente a otros problemas sanitarios. Estos últimos incluyen la tuberculosis y la malaria, la salud maternoinfantil y las enfermedades crónicas que afectan a los adultos en países de ingresos bajos y medios. Reconocer y reforzar estas capacidades forma parte del proceso de fortalecimiento de los sistemas de salud. Si se logra acelerar ese proceso, es posible que la iniciativa «3 por 5» contribuya de un modo duradero a la mejora de la salud mundial.

En este capítulo se ha resaltado el decisivo papel que las comunidades y las organizaciones de la sociedad civil desempeñan en la lucha contra el VIH/SIDA y el éxito de la iniciativa «3 por 5». Los gobiernos y las organizaciones internacionales, entre ellas la OMS y sus asociados, catalizarán este proceso. En el siguiente capítulo se explica cómo esa respuesta integral, con la estrecha participación de todos los aliados, trata de fortalecer los sistemas sanitarios y lograr así mejoras a largo plazo en los servicios de salud para todos.

Referencias

- Newell KW, ed. *La salud por el pueblo*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1975.
- Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, Ottawa, Canadá, 17-21 de noviembre de 1986*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1986 (WHO/HPR/HEP/95.1, disponible en inglés y francés; http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (en inglés), visitado el 20 de febrero de 2004).
- Kahssay HM, Oakley P, eds. *Community involvement in health development: a review of the concept and practice*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (Public Health in Action, N° 5).
- A global review of primary health care: emerging messages*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/MNC/OSD/03.01, p. 17).
- Advisory Committee of People With AIDS. *The Denver Principles*. 1983 (<http://www.actupny.org/documents/Denver.html>, visitado el 20 de febrero de 2004).
- Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, N° 1).
- Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA 2002*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Organización Mundial de la Salud, 2002:64-65.
- De los principios a la práctica: mayor participación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 1999.
- El VIH/SIDA y los derechos humanos: Directrices internacionales, 1998. Sexta Directriz revisada: Acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo, 2002*. Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 1998; 2002.
- Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA*. Nueva York, Naciones Unidas, 2001 (período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, párrafo 58).
- Trouiller P, Olliaro P, Torreele E, Orbinski J, Laing R, Ford N. Drug development for neglected diseases: a deficient market and a public-health policy failure. *Lancet*, 2002, 359:2188-2194.
- Kindermans JM, Matthys F. Introductory note: the Access to Essential Medicines Campaign. *Tropical Medicine and International Health*, 2001, 6:955-956.
- DNDi: an innovative solution (working draft)*. Ginebra, Drugs for Neglected Diseases Initiative, 2003 (http://www.dndi.org/cms/public_html/images/article/268/InnovativeSolutioncolour.pdf, visitado el 20 de febrero de 2004).
- Declaración relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública*. Ginebra, Organización Mundial del Comercio, 2001 (http://www.wto.org/spanish/thewto_s/minist_s/min01_s/mindecl_trips_s.htm, visitado el 20 de febrero de 2004).
- Acceso a la medicación en el contexto de pandemias como la de VIH/SIDA*. Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2002 (Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2002/32; [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/E.CN.4.RES.2002.32.sp?Opendocument](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/E.CN.4.RES.2002.32.sp?Opendocument), visitado el 20 de febrero de 2004).
- OMS/ONUSIDA. *Tratar a tres millones de personas para 2005: cómo hacerlo realidad. La estrategia de la OMS*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003:55.
- La movilización de la comunidad y el SIDA. ONUSIDA Actualización técnica. Abril de 1997*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.
- Emergency scale-up of antiretroviral therapy in resource-limited settings: technical and operational recommendations to achieve 3 by 5. Draft report from the WHO/UNAIDS Zambia Consultation, 18-21 November 2003, Lusaka, Zambia*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (<http://www.who.int/3by5/publications/documents/zambia/en/>, visitado el 20 de febrero de 2004).
- Farmer P, Léandre F, Mukherjee JS, Gupta R, Tarter L, Yong Kim J. 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.
- Essengue S. *Human resources and service delivery issues in antiretroviral treatment services: report of treatment site visits in Rwanda, October 2003*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (Departamento de Prestación de Servicios de Salud, informe inédito).
- De Gagné D. Community capacity for treatment: the solidarity in treatment project. In: Goede H, Ansari W, eds. *Partnership work: the health service-community interface for HIV/AIDS prevention, care and treatment. Report of a WHO consultation*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590963.pdf>, visitado el 20 de febrero de 2004).
- Goede H, Matsiko C. *Human resources and service delivery issues in antiretroviral treatment services: report of treatment site visits in Uganda, October 2003*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (Departamento de Prestación de Servicios de Salud, informe inédito).
- Antiretroviral therapy in primary health care: experience of the Khayelitsha Programme in South Africa*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (Perspectives and Practice in Antiretroviral Treatment Series; http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/South_Africa_E.pdf, visitado el 16 de febrero de 2004).
- Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales. *Community-directed treatment of lymphatic filariasis in Africa. Report of a multicentre study in Ghana and Kenya*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (TDR/IDE/RP/CDTI/00.02).
- Kironde S, Nasolo J. Combating tuberculosis: barriers to widespread non-governmental organisation involvement in community-based tuberculosis treatment in South Africa. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2002, 6:679-685.
- Kahssay HM, Baum F, eds. *The role of civil society in district health systems: hidden resources*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (de próxima aparición).
- Williams, G. *From fear to hope*. St Albans, Teaching Aids at Low Cost, 1990 (Strategies for Hope Series).
- Ithembalabantu "People's Hope" Clinic KwaZulu-Natal, South Africa: first year progress report, July 2003*. Amsterdam, AIDS Healthcare Foundation Global Immunity, 2003 (http://www.ahfgi.org/global_pdf/SAReport_a4.pdf, visitado el 20 de febrero de 2004).
- The role of faith-based organizations in the fight against HIV/AIDS*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2004 (de próxima aparición).
- Walt G, Ross D, Gilson L, Owuor-Omondi L, Knudsen T. Community health workers in national programmes: the case of the family welfare educators of Botswana. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1989, 83:49-55.
- Curtale F, Siwakoti B, Lagrosa C, LaRaja M, Guerra R. Improving skills and utilization of community health volunteers in Nepal. *Social Science and Medicine*, 1995, 40:1117-1125.
- Parlato M, Favini M. *Progress and problems: an analysis of 52 A.I.D. assisted projects*. Washington, DC, American Public Health Association, 1982.
- Stekelenburg J, Kyanamina SS, Wolfers I. Poor performance of community health workers in Kalabo district, Zambia. *Health Policy*, 2003, 65:109-118.
- Uys LR. The practice of community caregivers in a home-based HIV/AIDS project in South Africa. *Journal of Clinical Nursing*, 2002, 11:99-108.
- Kipp W, Burnham G, Bamuhiga J, Weis P, Buttner DW. Ivermectin distribution using community volunteers in Kabarole district, Uganda. *Health Policy and Planning*, 1998, 13:167-173.
- Strengthening the performance of community health workers: interregional meeting of principal investigators, 12-16 November 1990*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (SHS/DHS/91.1).



capítulo cuatro

cómo reforzar los sistemas de salud

La iniciativa de tratamiento plantea un enorme desafío para los sistemas de salud de los países más castigados por el VIH/SIDA. Lo ideal sería que esos sistemas funcionaran de forma eficaz y eficiente y atendieran a la totalidad de la población. En la mayoría de los casos, sin embargo, están mal dirigidos e insuficientemente financiados, y a veces apenas están operativos. En este capítulo se examinan las condiciones necesarias para fortalecerlos a fin de aplicar la iniciativa, procurando al mismo tiempo mejorar y ampliar muchas otras intervenciones sanitarias relacionadas tanto con las enfermedades transmisibles como con las dolencias crónicas no transmisibles. Se muestra que se requiere urgentemente un esfuerzo de envergadura, que exigirá un aumento masivo de las transferencias de recursos de los países ricos a los pobres.

Lejos de representar una sangría de recursos, la iniciativa «tres millones para 2005» puede reforzar los sistemas de salud de diversas maneras. Puede atraer hacia el sistema de salud más recursos de los estrictamente necesarios para el VIH/SIDA. Puede estimular las inversiones en infraestructuras físicas, ayudar a desarrollar sistemas de adquisición y distribución de productos genéricos, y fomentar la interacción con las comunidades en una amplia gama de intervenciones sanitarias. Cualquier perjuicio potencial de la iniciativa para el conjunto del sistema de salud se deberá haber previsto, a fin de reducirlo al mínimo.

El gasto sanitario actual de numerosos países pobres está muy por debajo del necesario para proporcionar los servicios mínimos esenciales que requieren sus poblaciones. En los próximos años, el déficit de financiación deberá ser cubierto fundamentalmente por donantes externos. A los gobiernos nacionales y sus economías les resulta im-

posible aumentar significativamente los fondos que ya aportan, mientras que los donantes aún no han cumplido sus compromisos colectivos del pasado.

La expansión del tratamiento no debería desviar recursos ni atención de la prevención y de otras formas de asistencia. De hecho, se pretende que la iniciativa tenga un marcado efecto sinérgico en esas intervenciones ⁽¹⁾ (véase el capítulo 2).

El tratamiento antirretroviral exige un modelo de atención crónica en el que cada uno de los pacientes reciba tratamiento de seguimiento durante el resto de su vida, más que las ocasionales intervenciones agudas que caracterizan la respuesta a la mayoría de las enfermedades infecciosas. Si se consigue reforzar los sistemas de salud de manera que integren esa nueva modalidad de



asistencia, las prácticas de gestión desarrolladas para el tratamiento antirretroviral (programación de las citas, historiales médicos integrados, sistemas de suministro de medicamentos y apoyo al cumplimiento) se podrían aplicar también a la gestión de otras enfermedades comunes crónicas como la diabetes y la hipertensión.

En este capítulo se muestra cómo los proveedores públicos y privados que actúan en los sistemas de salud han ayudado a combatir el VIH/SIDA en algunos países en desarrollo. A continuación se utiliza el marco conceptual de las cuatro funciones principales de los sistemas de salud – liderazgo, prestación de servicios, provisión de recursos y financiación – para analizar la manera de reforzar esos sistemas, en especial los de carácter público, a fin de aplicar la iniciativa «3 por 5» sin dejar de mejorar y ampliar muchas otras intervenciones sanitarias.

INVERTIR EN EL CAMBIO

Con escasas salvedades, la epidemia de infección por VIH/SIDA ha castigado principalmente a los países cuyos sistemas de salud están menos preparados para hacerle frente. Una financiación crónicamente insuficiente y la mala gestión explican en gran medida su precaria situación. Los esfuerzos encaminados a reformar el sector de la salud pública han tendido a centrarse en la falta de financiación, la centralización de la adopción de decisiones y la ineficiencia en la prestación de servicios. Como respuesta a esos problemas, se ha optado por la introducción del cobro de honorarios a los usuarios, la descentralización y la contratación de servicios con el sector privado. El limitado éxito – y con frecuencia las consecuencias indeseables inesperadas – de estas iniciativas de reforma han dejado a los proveedores de asistencia sanitaria pública en una situación de gran necesidad de refuerzo de sus recursos. Se han propuesto dos estrategias generales, a saber, un aumento del gasto para compensar el déficit de recursos y reforzar los sistemas de gestión; y el recurso a sistemas alternativos de prestación de servicios y proveedores de salud ajenos al sector público (2).

Las nuevas inversiones en desarrollo de la capacidad, especialmente de los recursos humanos, tardan bastante tiempo en dar fruto. La estrategia alternativa de sortear la red de proveedores del sector público brinda la posibilidad de hacer progresos más rápidamente. Esta estrategia se ha empleado ya ampliamente en una serie de intervenciones, sobre todo en actividades de prevención como programas de formación de educadores de compañeros, educación en las escuelas, mercadotecnia social de preservativos y campañas en los medios de comunicación.

La mayor parte de la experiencia inicial en materia de tratamiento contra el VIH/SIDA en los países en desarrollo se ha adquirido en el contexto de la práctica privada y en lugares gestionados por organizaciones no gubernamentales y centros de investigación, ámbitos que no están sometidos a la burocracia y la grave falta de recursos que caracteriza al sistema público. Estos proveedores han contribuido de forma destacada a demostrar la viabilidad del tratamiento en los entornos con pocos recursos. Sin embargo, para extender masivamente el tratamiento se requerirá inevitablemente un gran número de puntos de tratamiento y, por tanto, una mucho mayor participación del sector público, que es el que cuenta con una red amplia de puntos de dispensación de servicios. Esto es patente ya en muchos planes nacionales, y es inevitable que la iniciativa de extensión del tratamiento conlleve el fortalecimiento de los sistemas de asistencia pública.

Sin embargo, al mismo tiempo la iniciativa de tratamiento se beneficiará de la experiencia de programas anteriores para enfermedades específicas que se han traducido en mejoras del funcionamiento de los sistemas de salud: la colaboración entre auto-

ridades internacionales, nacionales y locales en el contexto de la erradicación de la poliomielitis y el control del SRAS; la utilidad de los sistemas de vigilancia basados en la medición de los resultados en el caso de la estrategia DOTS de control de la tuberculosis, y las eficaces alianzas establecidas con interlocutores no pertenecientes al sector público, también en el contexto del control de la tuberculosis. Hay menos ejemplos de programas específicos que potencien la capacidad de prestar otros servicios, pero las mejoras de la vigilancia de las enfermedades y de las medidas de control de infecciones introducidas para el SRAS (3) tienen una aplicación más amplia, y cabe recordar también la inclusión de la distribución de suplementos de vitamina A en las actividades de erradicación de la poliomielitis. La posibilidad de que los programas verticales hayan socavado la capacidad global de los sistemas no parece avalada por los datos disponibles; antes bien, si se planifican con antelación, se obtendrán beneficios sinérgicos, pero habrá que prever también cualquier efecto negativo para mitigar su impacto (4).

Así pues, es importante que la extensión masiva del tratamiento se conciba de manera que no merme la capacidad de los sistemas sanitarios para alcanzar las metas de salud más generales, evitando por ejemplo que se produzca un desvío de los recursos existentes hacia la terapia antirretroviral, o que los incentivos se reserven sólo para el personal directamente implicado en los programas dirigidos contra el VIH. Si bien el sector público será el mayor proveedor de terapia antirretroviral en el futuro, otros proveedores han actuado ya como pioneros de la prestación del tratamiento y tendrán un papel cada vez mayor. En las siguientes secciones se muestra el potencial que encierra ese sector.

MÁS ALLÁ DEL SECTOR PÚBLICO

Desde que se empezó a disponer de medicamentos antirretrovirales, ha habido en los países en desarrollo un reducido número de enfermos que han conseguido recibir tratamiento de médicos privados, con arreglo a un sistema de pago por servicio prestado, dentro del cual los gastos son sufragados bien por el propio paciente, bien por terceros, por ejemplo mediante planes de seguro o por los empleadores. Aunque los gobiernos comiencen a ofrecer tratamiento gratuito, es probable que aumente la demanda de servicios administrados por médicos privados conforme siga descendiendo el precio de los fármacos.

Las organizaciones confesionales (véase el recuadro 3.2) también han sido pioneras en la administración de terapia antirretroviral con arreglo a sistemas de pago por servicios prestados. En Kenya, por ejemplo, los fundadores de un programa piloto llevado a la práctica en el Hospital Nazareth, cerca de Nairobi, han propuesto un plan que abarca otra veintena de hospitales confesionales de Kenya occidental y central (5).

Diversas organizaciones no gubernamentales internacionales, en particular Family Health International y Médicos Sin Fronteras, han participado en algunos de los programas más innovadores utilizados para la dispensación de terapia antirretroviral. Dentro de los proyectos dirigidos por Médicos Sin Fronteras en Kenya y Malawi, se han proporcionado servicios gratuitos a poblaciones rurales extremadamente pobres; en Sudáfrica, esa ONG ha apoyado un programa comunitario (véase el recuadro 4.1).

Contribución del sector empresarial

Un número considerable de grandes empresas privadas han venido facilitando terapia antirretroviral a sus empleados, ya sea de forma directa, en el marco de los servicios de salud dispensados en el trabajo, o indirecta, esto es, financiando el acceso a otros

sistemas. Muy a menudo, el tratamiento es una extensión lógica de los compromisos contraídos hace tiempo para combatir el VIH/SIDA en el lugar de trabajo, con actividades de educación sanitaria, distribución de preservativos, asesoramiento y pruebas, así como asistencia y apoyo social a largo plazo. En algunos casos, los beneficios se extienden también a los demás miembros de la familia y a la comunidad en general. Existen, no obstante, dos factores que limitan seriamente la contribución del sector empresarial. En primer lugar, las empresas que aplican este tipo de políticas son sólo una minoría. En segundo lugar, la mayor parte de las personas que precisan ayuda no trabajan para empresas multinacionales capaces de ofrecer tratamiento.

El fortalecimiento de los sistemas de salud que se espera impulsar con la iniciativa de tratamiento implicará, por tanto, la participación de las organizaciones no gubernamentales y las empresas, aunque eso no bastará. El factor clave será el liderazgo de los gobiernos.

LIDERAZGO PARA EL CAMBIO

El objetivo de facilitar un más amplio acceso a la terapia antirretroviral plantea una serie de desafíos y oportunidades que requerirán la orientación y el firme liderazgo de los gobiernos, sin renunciar a la innovación y participación locales. Uno de los elementos esenciales de un buen liderazgo es la capacidad de movilizar a las instituciones y las personas en torno a objetivos comunes, mostrando un rumbo claro; de conseguir apoyo público y político para las acciones sanitarias; y de asegurar la aplicación de criterios comunes. Un buen liderazgo consiste además en facilitar la comunicación, en transferir conocimientos y en detectar las deficiencias y adoptar las medidas necesarias para colmarlas; implica promover alianzas cuando proceda, mediar en los conflictos, promover activamente el rendimiento de cuentas y, factor éste que reviste especial importancia, asegurar la protección de los grupos vulnerables.

Recuadro 4.1 Terapia antirretroviral en la provincia sudafricana de Cabo Oeste

En Sudáfrica el primer proyecto del sector público en incluir terapia antirretroviral se puso en marcha en los centros comunitarios de salud de Khayelitsha, un distrito de Ciudad del Cabo, donde los ambulatorios empezaron a ofrecer tratamiento en mayo de 2001. En junio de 2003, el número de pacientes inscritos superaba los 5000, y más de 600 niños y adultos habían comenzado a recibir tratamiento. Los medicamentos, las pruebas de carga vírica y los sueldos de la mitad del personal clínico han sido costeados por Médicos Sin Fronteras, mientras que el gobierno provincial se ha hecho cargo de los gastos restantes.

Los niveles de cumplimiento terapéutico, supervivencia y éxito virológico de este proyecto son comparables, cuando no superiores, a los registrados en muchos lugares de países más ricos. La estructura de atención primaria ha favorecido notablemente la consecución de un grado muy elevado de retención de pa-

cientes. La capacidad de ofrecer tratamiento a las familias en un solo centro y de conectar con ONG y grupos de apoyo comunitarios, así como la proximidad a los servicios de derivación, son todos factores que permiten obtener unos muy buenos resultados clínicos.

La provincia está tratando de robustecer al mismo tiempo el conjunto del sistema de atención primaria y la administración de terapia antirretroviral. A tal fin, se ha optado por concentrar en un solo órgano las responsabilidades administrativas en materia de atención primaria y de servicios relacionados con el VIH/SIDA; asimismo, se están aplicando enérgicas estrategias de contratación y retención de personal con miras a cubrir simultáneamente las vacantes en los servicios relacionados con el VIH/SIDA y en otros servicios de atención primaria.

Los servicios de atención primaria han empezado a beneficiarse del fortalecimiento de

los sistemas de derivación concertados con los hospitales, la prestación de apoyo clínico por especialistas y el mayor énfasis puesto en la disponibilidad de medicamentos. Se está logrando que enfermeros sin ninguna formación formal en métodos de diagnóstico y cuidados curativos logren convertirse en poco tiempo en competentes dispensadores de atención primaria, y ello gracias a los programas de capacitación y orientación sobre atención del VIH/SIDA. De resultados de la labor desempeñada en el marco de estos proyectos, se ha optado por destinar más recursos (tanto humanos como financieros) a la atención primaria. Se está asistiendo a una revitalización de las redes de apoyo clínico, una mayor implantación de una serie de servicios, como por ejemplo los de asesoramiento y pruebas voluntarias, y una actitud más abierta con respecto al VIH/SIDA (6, 7).

El camión de las medicinas llega a la aldea



Gideon Mendel/Network

Los niños persiguen ilusionados el camión que transporta los medicamentos a su aldea. En él llegan también agentes de atención sanitaria procedentes de un lejano hospital que acuden a esta comunidad rural de Zambia para ayudar a administrar tratamiento.

«En Zambia hasta las aspirinas son un lujo. Nuestro Gobierno destina a la salud US\$ 10 anuales por habitante, y el número de afectados por el VIH/SIDA asciende a varios cientos de miles de personas, de modo que es imposible atender a todos los enfermos en hospitales u hospicios», dice Daphetone Siame, que trabaja para el Servicio de Formación y Gestión del SIDA del Hospital de Chikankata. «En nuestro hospital, el equipo encargado del VIH/SIDA ha optado por visitar a los enfermos en sus casas para supervisar su estado y enseñar a los familiares a cuidarlos. ¡Y el método funciona!»

La atención domiciliaria presenta numerosas ventajas: puede resultar más barata, se

ajusta al deseo de muchos pacientes de no ser hospitalizados, y fomenta la atención comunitaria como un valioso instrumento para eliminar los prejuicios y mejorar los conocimientos de las personas sobre el VIH/SIDA.

En Zambia los primeros programas de asistencia a domicilio se lanzaron en 1987, cuando se descubrió que cerca del 90% de los pacientes con VIH/SIDA ingresados en el Hospital de Chikankata afirmaban preferir estar en sus casas. El centro decidió entonces crear equipos de agentes sanitarios encargados de realizar visitas mensuales, y ello dentro de un radio de 80 km. Además de atender las necesidades asistenciales de los pacientes, los equipos impartieron consejos a las familias y educación a las comunidades acerca del VIH/SIDA. Uno de los principales objetivos es fomentar la aceptación de las personas seropositivas dentro de la comunidad y hacer comprender a todos que la infección no se transmite por contactos cotidianos habituales en el hogar.

Cuatro son los aspectos relacionados con el liderazgo que merecen especial atención. El primero es la consolidación de un **marco estratégico nacional** claramente definido para la prevención, la atención y el tratamiento, que proporcione la visión y dirección requeridas por todos los actores del sistema de salud en su conjunto. Dicho marco deberá inscribirse en una estructura más amplia para dar respuesta a los peligros que amenazan la salud de la población y requerirá la adopción de un enfoque a largo plazo. El segundo elemento es la capacidad de crear **coaliciones** y mantener la adhesión de los interesados directos a los objetivos y estrategias acordadas. El tercero consiste en la formulación y aplicación de un **sistema de normas e incentivos** para todos los dispensadores, con miras a asegurar una atención de calidad, tanto en el sector público como en el privado. El cuarto elemento, la **supervisión**, implica mantener una visión general estratégica de lo que está ocurriendo en el conjunto del sistema de salud; también significa comprobar si las políticas se están ejecutando, qué actividades están en curso y cuáles no, e intervenir según convenga. La concepción de un sistema de información sanitaria y la administración de un proceso de vigilancia resultan cruciales para asegurar la base fáctica en que debe fundamentarse la adopción de decisiones de liderazgo acertadas.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA

La disponibilidad de información sanitaria actualizada y precisa constituye la base fundamental para la adopción de políticas y para la planificación, ejecución y evaluación de cualquier programa de salud. La iniciativa «3 por 5» requiere una evaluación cuidadosa y sistemática de las necesidades de tratamiento, el acceso a los programas, la cobertura, la calidad de los servicios y resultados sanitarios y las investigaciones operativas. Es posible que inicialmente la compilación de información tenga que adoptar la forma de una actividad programática vertical. El sistema precisará la introducción de nuevas tecnologías para la identificación de pacientes y el mantenimiento de un registro médico continuado del que se puedan extraer datos para los análisis por cohortes necesarios para una correcta evaluación de los resultados relacionados con el tratamiento. Los sistemas de citas y de seguimiento de los pacientes son elementos esenciales dentro de la gestión de la atención a enfermos crónicos. Las inversiones e innovaciones requeridas en los sistemas de información sanitaria contribuirán a avanzar hacia las metas de reforma y fortalecimiento de la información sanitaria en los países que la OMS persigue, entre otras cosas, en el contexto de la Red de Sanimetría (8). La Organización también tiene previsto vincular el componente de información sanitaria a actividades relacionadas con el fortalecimiento de la capacidad nacional en materia de investigación en salud, coordinando la producción nacional de investigaciones sanitarias, el intercambio y la aplicación práctica de conocimientos y otras actividades en los países.

VIGILANCIA DE LA INICIATIVA «3 POR 5»

Toda estrategia racional que se adopte en relación con la iniciativa «3 por 5» deberá incluir la vigilancia de una serie de indicadores, como el número de pacientes atendidos en los distintos servicios, el nivel de cumplimiento terapéutico, la calidad de la atención o la disponibilidad de fármacos. Asimismo, requerirá la vigilancia de indicadores que permitan establecer si se está avanzando hacia la meta de fortalecer el conjunto del sistema de salud; estos indicadores incluyen tendencias generales relacionadas con los recursos aportados, los procesos, los niveles de rendimiento y los resultados.

Aunque ya se está produciendo una cantidad considerable de información, subsisten todavía importantes lagunas: se carece, entre otras cosas, de datos detallados sobre las actividades del sector privado y de estimaciones que comparen la demanda de servicios con los servicios efectivamente prestados. Para que esa vigilancia sea viable, habrá que proceder de manera selectiva y creativa en la fase de recopilación de datos, en la gestión de los flujos de información y a la hora de sintetizar y presentar la información.

La capacidad de vigilar las corrientes de recursos constituye un componente fundamental de la supervisión, la evaluación y la formulación de políticas. Es importante saber cuánto dinero se invierte en salud, cuáles son las fuentes de financiación, a través de quién se canalizan los fondos, qué bienes y servicios se contratan y quiénes son los beneficiarios finales. Asegurar un seguimiento de los gastos sanitarios a través de las cuentas nacionales de salud es el punto de partida para una evaluación del nivel de compromiso nacional e internacional que redunde en beneficio de la salud; con las adaptaciones pertinentes, se puede determinar asimismo el nivel de compromiso para con determinadas actividades, como la prevención y atención relacionadas con

Esperando tratamiento



Gideon Mendel/Network

En muchos países en desarrollo, los sistemas de salud son tan frágiles y vulnerables como los pacientes de VIH/SIDA a los que intentan ayudar. Los propios sistemas también precisan desesperadamente un tratamiento. Al igual que este hombre hospitalizado que espera paciente a que le atiendan, los servicios de salud aquejados de una falta crónica de

fondos también deben poder confiar en que pronto les llegará su turno. Para el hombre de la foto, la solución es el tratamiento antirretroviral. Para unos sistemas de salud ya de por sí sobresaturados, el futuro dependerá de la inyección de nuevos recursos.

el VIH/SIDA. También es muy importante que se definan métodos que permitan llevar un control de los recursos externos adicionales, para cerciorarse de que éstos no vengán a reemplazar a los gastos normales destinados a la salud o el VIH/SIDA, y de que sean utilizados eficaz y equitativamente. Se precisarán procesos innovadores para el acopio y análisis de nuevos conocimientos y la difusión de las conclusiones a nivel nacional e internacional.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La mayoría de los pacientes que empiecen a recibir terapia antirretroviral procederán de entornos donde las infecciones oportunistas serán ya manifiestas, es decir, de centros de tratamiento antituberculoso, servicios ambulatorios u hospitalarios de atención a enfermos agudos y programas de asistencia domiciliaria. Con creciente frecuencia, los pacientes serán identificados como seropositivos en otros centros donde se podrán realizar los análisis oportunos, por ejemplo en servicios independientes de asesoramiento y pruebas voluntarias, centros de salud maternoinfantil que cuentan con programas de prevención de la transmisión de la madre al niño, o dispensarios especializados en enfermedades de transmisión sexual. Los enfermos identificados en estos puntos de acceso deberán ser encauzados hacia un proceso de revisión continuada, aun cuando no presenten síntomas o no proceda someterlos de inmediato a terapia antirretroviral. Esto permitirá diagnosticar y tratar debidamente las infecciones oportunistas que puedan padecer. Otra ventaja es que se podrá prepararlos psicológica y socialmente para el momento en que empiecen a recibir tratamiento, y asegurar que éste se inicie en el momento oportuno. Esta modalidad de atención continuada podría prestarse en centros específicamente dedicados al VIH, en centros especializados en el tratamiento de la tuberculosis o de infecciones de transmisión sexual y en centros de medicina general, así como dentro de programas de asistencia domiciliaria. Lograr el acceso de todas las comunidades a esta cadena ininterrumpida de servicios va a constituir un enorme desafío, para el cual todos los países precisarán mucha ayuda.

El reto de la extensión masiva de la terapia antirretroviral tiene también dimensiones geográficas e institucionales. Antes, el tratamiento se administraba principalmente en entornos urbanos, casi siempre en centros hospitalarios. Esto, que resultó natural durante la etapa piloto, en la que se demostró la viabilidad de la terapia en entornos de escasos recursos, sigue siendo razonable para ampliar la red de administración de servicios descendiendo por la jerarquía de centros, desde los mejor dotados hasta los más básicos. La cobertura demográfica que se pretende alcanzar dentro de la iniciativa exige, sin embargo, una drástica expansión del número de puntos de administración de servicios, lo que implica forzosamente una ampliación hacia la periferia geográfica de cada país y distrito y hacia centros de niveles inferiores, que carecen del personal y los recursos disponibles en los establecimientos piloto. Esta diseminación de los puntos de prestación de servicios también es importante para asegurar la equidad geográfica en el acceso a los servicios. Afortunadamente, algunos centros piloto han ampliado sus servicios a nivel distrital, demostrando así que es factible delegar tareas a agentes de salud de nivel intermedio que trabajan en centros de atención primaria (9). Las directrices sobre tratamiento antirretroviral establecidas por la OMS abogan por una estructura de servicios de alcance distrital, dentro de la cual un establecimiento central (un hospital o un centro de salud de cierta importancia) está conectado a una red de centros de cuidados ambulatorios mediante la derivación mutua de pacientes y muestras y con un sistema de supervisión de apoyo para el personal

menos calificado que suele encontrarse en los centros de niveles inferiores (10).

Aunque puede entrañar un alejamiento de los laboratorios y especialistas en análisis clínicos, la diseminación de la prestación de servicios hacia los centros de atención primaria reduce las distancias (tanto geográficas como sociales) con las comunidades de origen de los pacientes, comunidades que, a su vez, constituyen un recurso crucial para la atención y el tratamiento. Dado que un elevado nivel de cumplimiento terapéutico es una condición fundamental para la supresión de la carga vírica, la proximidad de los puntos de reabastecimiento de medicamentos y el apoyo de los miembros de la comunidad, tanto para asegurar la observancia del tratamiento como para otras tareas (véase el capítulo 3), son esenciales para asegurar el éxito de los programas.

RECURSOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

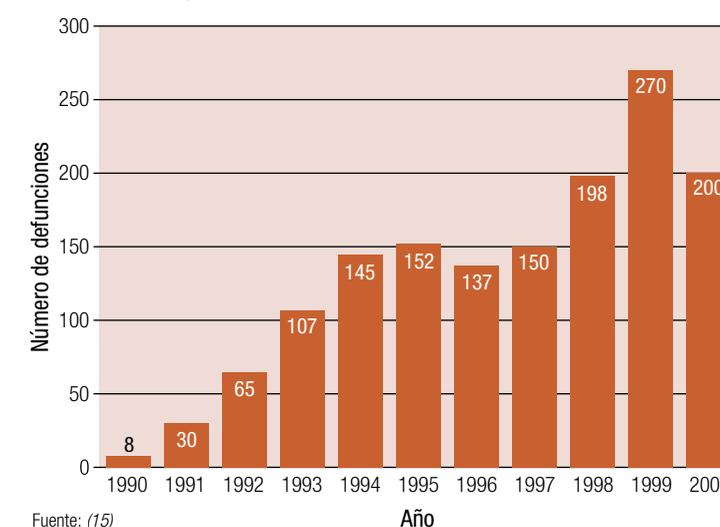
La capacidad de los proveedores de salud para prestar servicios viene determinada por los recursos que tienen a su alcance. Éstos se pueden dividir en recursos tangibles (por ejemplo, edificios, equipo, personal y suministros) e intangibles (los sistemas de gestión que controlan su distribución). Los segundos, que a menudo presentan graves carencias en los países con alta morbilidad, exigirán importantes inversiones. Cabe afirmar que la falta de recursos humanos limita muy seriamente la capacidad para asegurar una prestación de servicios eficaz.

La crisis de recursos humanos

Es un hecho ampliamente reconocido que en estos momentos existe una crisis de personal sanitario que afecta a todo el mundo en desarrollo (11–13). Esta crisis se caracteriza por la escasez y mala distribución de los agentes de salud calificados, problema imputable a los altos niveles de deserción (que se deben a su vez, entre otras cosas, a cambios voluntarios de ocupación y a la emigración desde los países pobres a otros países más ricos), el déficit en formación de agentes de salud calificados (en parte atribuible a una escasez de candidatos con el nivel de estudios general requerido para iniciar una formación previa al empleo) y cierta tendencia a concentrar los esfuerzos de capacitación en funcionarios de nivel superior con proyección internacional.

Aunque se trata de una crisis que se inició hace varios decenios, y que por supuesto ya existía mucho antes de que el VIH/SIDA hiciera su aparición, lo cierto es que se ha visto exacerbada por la epidemia (14). Se ha registrado un gravísimo aumento de las defunciones atribuibles al SIDA entre el personal de salud (véase la figura 4.1). En Malawi, por ejemplo, los 44 fallecimientos registrados en el periodo 1997–1998 entre los enfermeros equivalieron a un 40% de la producción anual de personal capacitado; en Zambia, las 185 muertes registradas en 1999 equivalieron a un 38% del número anual de titulados que salen de las escuelas públicas de formación profesional (16). Las bajas por problemas de salud también se han incrementado de un modo alarmante. Un

Figura 4.1 Defunciones por VIH/SIDA entre el personal sanitario en Malawi, 1990–2000



estudio realizado en Malawi entre personal de laboratorio concluyó que cerca de la mitad del total de horas laborables se pierden debido a enfermedades y causas conexas. Un efecto secundario es el aumento del absentismo debido a los permisos solicitados por los agentes de salud para cuidar a familiares enfermos o asistir a funerales.

Soluciones sistémicas para la crisis de recursos humanos

Los especialistas en recursos humanos coinciden hoy en que esta crisis sólo se aliviará si se adoptan soluciones sistémicas como las siguientes: una mejora sustancial del conjunto básico de remuneraciones y prestaciones; una expansión de las iniciativas de formación previa al empleo; la descentralización de algunos aspectos de la gestión del personal; la implantación de un programa de capacitación de administradores centrado en la supervisión de apoyo; y una protección adecuada del personal contra el riesgo de exposición ocupacional a la infección por el VIH (17–19).

Las soluciones sistémicas deben vincular la mejora de las compensaciones al incremento de la productividad. Esto se puede lograr, por ejemplo, supeditando el pago de primas al cumplimiento de criterios de desempeño. Un buen ejemplo es el programa de incentivos aplicado por Médicos Sin Fronteras en Malawi, en el distrito de Thyolo. Los incentivos se aplican a todos los agentes de salud, no sólo a los que participan directamente en las actividades respaldadas por la ONG; el pago de incentivos tiene carácter discrecional y está sujeto a criterios de desempeño; el programa es gestionado por administradores locales, lo que hace posible que sean éstos los encargados de supervisar al personal (véase el recuadro 4.2). Este ejemplo aislado ilustra una serie de principios de reforma aplicables al conjunto del sistema.

Dadas las carencias actuales, se precisa una expansión masiva de los recursos humanos para lograr multiplicar la cobertura con terapia antirretroviral sin perjudicar excesivamente a los programas ya existentes. Esto requiere un elevado número de acciones, como por ejemplo: contrataciones de emergencia, en algunos casos de profesionales extranjeros; la atenuación de las limitaciones fiscales relacionadas con las contrataciones del sector público; la introducción de nuevos cargos directivos; el

aumento de la contribución de las comunidades; el lanzamiento a gran escala de programas de formación en el servicio centrados en el tratamiento; y la expansión de la formación previa al empleo. Aunque evidentemente los beneficios de la expansión de la formación previa al empleo sólo se apreciarán después del corto intervalo previsto para la iniciativa «3 por 5», el aplazamiento de la solución de este problema impondría obstáculos insalvables a los esfuerzos desplegados para mantener el impulso de la expansión del acceso al tratamiento.

La experiencia de los centros piloto que administran terapia antirretroviral es de escasa ayuda para determinar la dotación óptima de los futuros servicios, ya que generalmente se caracterizan por una utilización intensiva de recursos humanos. Es preciso poner en práctica nuevos modelos de prestación de servicios y dotación de personal, como los recomendados por la OMS (20); esos modelos deberán entrañar un contacto menos frecuente de los pacientes con el sistema de dispensación de salud, una menor dependencia de la contribución de profesionales calificados y una utilización óptima de recursos ajenos al sistema convencional de prestación de servicios sanitarios. Asimismo, implicarán un nivel máximo de delegación de tareas dentro de los equipos formales de atención sanitaria y el aprovechamiento óptimo de los recursos de la comunidad. La instauración, con arreglo a una serie de pautas modelo de tratamiento, de programas de formación basados en las competencias (destinados a asegurar una mayor coherencia entre la formación y la práctica), mecanismos de supervisión adecuados y mejores sistemas de gestión contribuiría a aumentar la productividad. En el capítulo 3 vimos cómo el reclutamiento, entre grupos de seropositivos, de voluntarios que pueden estar siguiendo una terapia antirretroviral constituye un recurso potencialmente valioso.

La problemática es diferente en los entornos de países de renta media y en transición, donde las limitaciones de recursos son menos graves, el número de agentes de salud calificados suele ser más elevado y las capacidades básicas de los servicios de salud son más sólidas. La cuestión fundamental estriba por tanto en asegurar, mediante mecanismos de financiación colectivos apropiados, un acceso universal a la atención que incluya a los sectores más vulnerables y estigmatizados de la población. Otros aspectos a abordar son la reducción de los costos de los regímenes de tratamiento, el establecimiento de redes fiables de diagnóstico y distribución de medicamentos y la mejora de la vigilancia (21). En el recuadro 4.3 se describe el caso de un logro ejemplar.

CUESTIONES RELACIONADAS CON LA FINANCIACIÓN

Existen dos niveles, vinculados entre sí, en los que se deben examinar las necesidades de financiación relacionadas con las intervenciones contra el VIH/SIDA, incluido el suministro de tratamiento antirretroviral. El primero, que ha acaparado mayor atención, es la división internacional de responsabilidades entre países beneficiarios y donantes. El segundo guarda relación con los métodos utilizados dentro de los países para sufragar la prestación de servicios.

Uno de los principales mensajes del presente informe es que sólo se logrará contener la pandemia de VIH/SIDA e invertir su curso si se incrementan de forma masiva las transferencias de recursos de los países ricos a los países pobres. La iniciativa «3 por 5» no puede llevarse a la práctica sin una regeneración de los sistemas de salud, objetivo éste que resulta imposible de alcanzar con los exiguos recursos de que disponen los países más pobres. Según se calcula, se precisan anualmente unos US\$ 35–40 per cápita para financiar un conjunto mínimo de servicios de salud que incluya

Recuadro 4.2 Concesión de incentivos al personal de salud en Malawi

En Malawi, Médicos Sin Fronteras está colaborando en una misión conjunta con la Oficina de Salud del Distrito de Thyolo para combatir la tuberculosis y reducir la transmisión del VIH. La ONG facilita asimismo cuidados médicos, tratamiento y apoyo nutricional y social a las personas afectadas por el VIH/SIDA, la tuberculosis o ambas enfermedades e interviene en emergencias nutricionales y médicas.

En el marco de esta colaboración, Médicos Sin Fronteras ha ideado soluciones innovadoras para hacer frente a las deficiencias en materia de recursos humanos, centrándose sobre todo en la reducción de los niveles de erosión de personal dentro del distrito y mejorando la gestión de los recursos humanos y la motivación y el desempeño de los trabajadores. A tal fin, se están adoptando medidas

consistentes en:

- asegurar que se cuente con medidas y material para el control de las infecciones;
- aprovechar al personal no médico para la realización de diversas actividades, por ejemplo de promoción de la salud o prestación de servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias;
- ampliar la política relativa al medio laboral aplicada con respecto a la terapia antirretroviral para hacerla extensiva al conjunto del personal sanitario del distrito;
- poner en marcha un programa piloto de incentivos basados en el rendimiento para el conjunto del personal sanitario del distrito;
- utilizar este programa de incentivos como mecanismo para alentar y supervisar al personal.

Las primas de estímulo oscilan entre US\$ 6 y US\$ 22 al mes, lo que viene suponiendo un incremento de un 10% sobre los sueldos estatales básicos. Su pago está sujeto a una revisión mensual del desempeño realizada conjuntamente por el equipo de gestión sanitaria del distrito y los administradores de programas de Médicos Sin Fronteras, que utilizan una lista común de criterios para evaluar las horas de trabajo, la disciplina, la precisión en el desempeño de las tareas, la gestión de recursos (equipo, medicamentos, suministros y alimentos) y la higiene. Médicos Sin Fronteras propone que se evalúen detenidamente estas innovaciones y que se estudie la posibilidad de adoptarlas a nivel nacional.

terapia antirretroviral, pero los actuales niveles de gasto están muy por debajo de esa cantidad (2). En los países de ingresos bajos, la cuantía media por habitante destinada en 2001 a los servicios de salud era de US\$ 23, y de éstos sólo US\$ 6 procedían del erario público.

Aun suponiendo que los países más pobres fuesen capaces de redoblar su esfuerzo fiscal interno para destinar entre un 1% y un 2% adicional del producto nacional bruto (PNB) a la salud – por encima de la media del 14% que supone el conjunto de partidas del gasto público – las asignaciones per cápita seguirían siendo insuficientes. Con una renta por habitante inferior a US\$ 300 anuales, la asignación de un 1% adicional del PNB a la salud pública supondría un aumento inferior a US\$ 3 per cápita, lo que apenas modificaría la sustancial desproporción entre recursos requeridos y recursos disponibles. Este déficit únicamente se puede colmar con transferencias procedentes del mundo rico. Una de las estimaciones efectuadas a este respecto sitúa la cantidad requerida en US\$ 22 000 millones anuales para 2007 (1), cifra frente a la cual las transferencias actuales, incluso si son complementadas con mecanismos innovadores (véase el recuadro 4.4), siguen siendo insuficientes.

Para hacer realidad esa respuesta, deben tenerse en cuenta cuatro consideraciones importantes:

- La primera es la necesidad de proseguir los esfuerzos encaminados a mantener y mejorar los sustanciales incrementos registrados recientemente en la ayuda destinada por los donantes a la lucha contra el VIH/SIDA. Esto requerirá la participación de la comunidad de donantes en las tareas generales de planificación y supervisión en el plano internacional.

Recuadro 4.3 Acceso universal a la terapia antirretroviral en el Brasil

El Brasil es el primer país en desarrollo en haber implantado un programa de distribución universal de antirretrovirales. Para 2003 este programa, puesto en marcha a comienzos del decenio de 1990, ofrecía medicación antirretroviral gratuita a unos 125 000 enfermos. Su eficacia viene corroborada por la espectacular inversión de la tendencia, antes al alza, de la mortalidad atribuible al SIDA y por el hecho de que ha logrado evitar 90 000 defunciones y 358 000 ingresos hospitalarios relacionados con el SIDA.

La población del Brasil ronda los 175 millones de habitantes. Con una tasa de prevalencia del VIH entre los adultos del 0,7% y una renta per cápita de US\$ 4350, el reto planteado por el VIH/SIDA puede parecer menos difícil de afrontar que en países con cargas de morbilidad más elevadas e ingresos inferiores. Sin embargo, la situación actual es el resultado de una respuesta nacional: en 1990 el Brasil figuraba entre los países con mayor número notificado de personas infectadas, y el Banco Mundial vaticinaba que para 2000 habría aproximadamente 1,2 millones de infectados. Según las últimas estimaciones del ONUSIDA, el número de seropositivos asciende actual-

mente a 600 000 personas, lo que sugiere que la respuesta del Brasil ha conseguido reducir el impacto de la epidemia a la mitad.

Este logro se atribuye a que hubo una respuesta temprana y concertada por parte del Gobierno, respuesta que, a su vez, fue posible gracias a una serie de cambios políticos y profesionales introducidos en el decenio de 1980, la participación intensa y eficaz de la sociedad civil, la movilización multisectorial, el equilibrio entre prevención y tratamiento y la promoción sistemática de los derechos humanos en todas las estrategias y acciones. En particular, las directrices para la adopción de medidas de prevención han hecho hincapié en la necesidad de: centrar la atención directamente en los grupos más vulnerables de la población, como los hombres que tienen relaciones homosexuales, los consumidores de drogas inyectables y los trabajadores sexuales; asegurar el acceso a los medios de prevención, en particular los preservativos, agujas y jeringas; e introducir intervenciones preventivas en los servicios de atención de salud. El uso de preservativos se multiplicó por diez entre 1986 y 1999, en tanto que los programas de canje de agujas y jeringas han

contribuido a reducir notablemente las tasas de prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas inyectables.

Hay una serie de factores que seguramente fueron vitales para asegurar un acceso universal a la terapia antirretroviral. El más importante es que el Gobierno asumió en 1996 sus responsabilidades mediante un decreto presidencial que garantizaba a todos los pacientes el acceso gratuito a los medicamentos contra el VIH/SIDA. El costo de los tratamientos se redujo mediante la fabricación de antirretrovirales en el propio país y la celebración de intensas negociaciones de precios con las empresas farmacéuticas internacionales, en las que se amenazó con recurrir a licencias obligatorias. Se instauró además un sistema de control logístico de los medicamentos para dar suministro a 450 unidades dispensadoras y se establecieron medios de laboratorio capaces de vigilar la carga vírica, los recuentos de CD4 y la resistencia medicamentosa. Los servicios se prestan por medio de una red integrada por más de mil servicios públicos de atención y análisis, cuya financiación corre a cargo de los gobiernos federal, estatales y municipales (22).

- En segundo lugar, los propios países pobres deben poder confiar en que las ayudas relacionadas con el VIH/SIDA no sufrirán la volatilidad registrada en el pasado en otras esferas.
- En tercer lugar, una parte de los fondos aportados por los donantes deberá reservarse para corregir deficiencias en las capacidades básicas del sistema y, ante todo, en las esferas cruciales de los sueldos del personal sanitario y la formación previa al empleo. Si se pretende utilizar la expansión de la ayuda de un modo constructivo para la creación de capacidad básica del sistema, habrá que adoptar formas de actuar más flexibles que permitan poner en práctica un programa de trabajo establecido de común acuerdo. Existen ya algunas experiencias, aunque limitadas, con el enfoque sectorial, con notable éxito en Uganda y la República Unida de Tanzania (23); y, para el conjunto de las esferas de desarrollo, con la implantación de estrategias de reducción de la pobreza basadas en el alivio de la deuda, con resultados positivos en Ghana, Mozambique y Uganda (24).
- En cuarto lugar, se debe reconocer que existe el riesgo de que un incremento masivo de la ayuda externa incida negativamente en la estabilidad macroeconómica y el desarrollo, pues puede acarrear para los países efectos inflacionistas y un aumento de los tipos de cambio.

Recuadro 4.4 Nuevas fuentes internacionales de financiación

Se precisan anualmente miles de millones de dólares de transferencias de recursos adicionales de los países ricos a los pobres para apoyar la iniciativa «tres millones para 2005» y las inversiones asociadas en prevención, atención y fortalecimiento de los sistemas sanitarios. Parte de este dinero será canalizado a través de los mecanismos bilaterales y multilaterales habituales, aunque se espera la entrada de cuantías cada vez mayores por conducto de instrumentos de creciente creación, entre los que destacan el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM), el Programa Multipaíses de Lucha contra el VIH/SIDA del Banco Mundial, el Plan de Emergencia de la Presidencia de Estados Unidos para la mitigación del SIDA y las contribuciones de fundaciones privadas como la Fundación Bill y Melinda Gates y la Fundación William J. Clinton.

Hasta la fecha, el Fondo Mundial ha recibido promesas de contribuciones por un valor total de US\$ 4800 millones y ha autorizado el desembolso de US\$ 2100 millones para atender las solicitudes recibidas en las tres primeras rondas (el 60% de esa cuantía se ha asignado a la lucha contra el VIH/SIDA). A finales de noviembre de 2003, al término de su primer año de desembolsos, el Fondo había gastado US\$ 178 millones. Los responsables del Fondo prevén que las promesas de contribuciones en relación con las tres primeras rondas de solicitudes alcanzarán los US\$ 2500 millones para

finales de 2004 y superarán los US\$ 3500 millones para finales de 2005, mientras que los desembolsos (que necesariamente han de ir a la zaga de las promesas de contribuciones) se situarán en US\$ 1000 millones para finales de 2004 y en US\$ 2000 millones para finales de 2005.

En virtud del Plan de Emergencia de la Presidencia de Estados Unidos para la mitigación del SIDA, anunciado en el discurso sobre el estado de la Unión de 2003, los Estados Unidos de América se han comprometido a asignar durante los próximos cinco años US\$ 15 000 millones a la lucha contra la pandemia de VIH/SIDA. De esta cifra total, cerca de US\$ 10 000 millones representan nuevas promesas de desembolso, que serán sufragadas por una serie de organismos del gobierno federal, en particular USAID y el Departamento de Salud y Servicios Sociales, que supervisa los Centros de Control y Prevención de Enfermedades y los Institutos Nacionales de Salud. El Gobierno de los Estados Unidos de América tiene previsto asignar, por medio de mecanismos tanto bilaterales como multilaterales, US\$ 2000 millones a la lucha contra el VIH/SIDA en los doce meses previos a junio de 2004, y todo parece indicar que en el futuro esos desembolsos irán en aumento. Una parte de los recursos del Fondo de Emergencia serán encauzados a través del FMSTM, al que se ha prometido asignar US\$ 1600 millones, aunque cabe la posibilidad de que la cuantía sea mayor si

la promesa de contribución es igualada por las aportaciones de otros donantes.

El Banco Mundial destinó durante el periodo 1988-2003 unos US\$ 2000 millones a programas relacionados con el VIH/SIDA. El grueso de esa cantidad se desembolsó en forma de préstamos en condiciones favorables. Según estimaciones de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el componente de donación de esos préstamos alcanzó para 2002 la suma de US\$ 75 millones anuales.

Las fundaciones privadas han empezado a hacer contribuciones importantes, algunas a través del Fondo Mundial y otras actuando en estrecha colaboración con los países receptores. La Fundación Bill y Melinda Gates creó, conjuntamente con la Fundación Merck (patrocinada por la compañía farmacéutica del mismo nombre) y el Gobierno de Botswana, la Alianza Global contra el VIH/SIDA en África, dotada con US\$ 100 millones; ésta, a su vez, ha apoyado un amplio abanico de intervenciones de prevención y atención y ha ayudado a financiar el programa de terapia antirretroviral más importante lanzado en África por el sector público. La Fundación William J. Clinton ha puesto en marcha programas en varios países africanos y caribeños, en los que ha multiplicado las contribuciones de otros asociados y desempeñado un papel clave como intermediario en la negociación de un acceso a medicamentos genéricos más asequibles.

Esos efectos adversos pueden ser transitorios, y verse finalmente contrarrestados con creces por el uso eficaz de la ayuda externa en beneficio de la productividad nacional.

Existe una relación evidente entre la financiación internacional y nacional de los programas de salud: cuanto menor es la contribución de fuentes externas, mayor es la proporción de gastos que los países pobres tienen que costear con sus propios recursos a través, bien de mecanismos colectivos, como los impuestos o los seguros, o bien del bolsillo de sus ciudadanos. Sudáfrica recibe una ayuda externa muy reducida para su sector de la salud, aunque recientemente ha experimentado algunos cambios importantes en sus arreglos internos de financiación para la prestación de terapia antirretroviral. En noviembre de 2003, el Gobierno se comprometió a destinar a la lucha contra el VIH/SIDA a lo largo de un trienio más de US\$ 1730 millones, cantidad ésta que equivale a más del triple de lo gastado en los tres años precedentes. De ese total, US\$ 270 millones se reservarán para el pago de medicamentos antirretrovirales. Con todo, esos fondos no bastarán para dar cobertura a todas las personas que necesitan medicación, por lo que se precisarán múltiples fuentes de financiación para asegurar la prestación prolongada de tratamientos.

En los países en desarrollo de renta baja, que suelen carecer de sistemas de seguro amplios, la mayoría de los servicios de salud individuales son financiados en el sector público mediante un sistema mixto de impuestos y pago de honorarios por los usuarios. Exceptuando Botswana y el Brasil (países ambos de ingresos medios que han decidido asumir ese gasto con dinero procedente de fuentes públicas), los gobiernos de los países en desarrollo apenas han participado en la financiación de la terapia antirretroviral, probablemente debido a su elevado costo unitario. Diversos dispensadores privados llevan ya algún tiempo financiando la terapia antirretroviral mediante el cobro de honorarios a los pacientes; una serie de centros de investigación y ONG internacionales han recibido cuantiosos fondos externos que les han permitido administrar tratamiento, ya sea de forma gratuita o con importantes subvenciones. Algunos empleadores del sector privado han asegurado un acceso gratuito a la terapia antirretroviral, bien directamente, a través de servicios de salud en el trabajo, bien indirectamente, por conducto de intermediarios de seguros privados. Una combinación de financiación pública y privada es deseable, pero únicamente si se garantiza un acceso equitativo. La extensión de la administración de terapia antirretroviral con una mayor participación de los dispensadores públicos representa pues un considerable desafío para los gobiernos.

Algunos gobiernos no confían en que los costos vayan a quedar cubiertos con las contribuciones de los donantes, no se consideran capaces de asegurar un acceso gratuito con recursos nacionales (aunque se vaticina una drástica reducción del precio de los medicamentos) y no ven motivos para hacer distinciones entre la terapia antirretroviral y otros tratamientos que salvan vidas y por los que se cobra a los pacientes. Una serie de gobiernos han manifestado su intención de aplicar a la terapia antirretroviral un sistema de recuperación parcial de los costos (en el que el dinero cobrado a los usuarios cubre una parte pero no la totalidad de los costos de la prestación de servicios, sufragándose la diferencia con impuestos) empleado habitualmente en los centros públicos. Prácticamente todos los gobiernos que aplican el cobro de honorarios a los usuarios cuentan con algún mecanismo de exención de tasas, que, al menos en teoría, permite exonerar a las personas muy pobres de esos pagos.

En otras partes impera la expectativa de que la terapia antirretroviral será administrada de forma gratuita, o a cambio sólo de un pago simbólico, a todas las personas que la precisen, financiándola con ayudas externas u otros mecanismos de solidaridad. La insolvencia no debe ser un obstáculo para acceder al tratamiento. Se ha demostrado que los pagos directos del tratamiento por los pacientes conllevan una reducción de los niveles de cumplimiento terapéutico y un aumento del riesgo de farmacoresistencia. Existen precedentes de administración de tratamientos gratuitos, por ejemplo para la tuberculosis, incluso en países en que los servicios dispensados en los centros públicos normalmente corren a cargo del usuario.

Es probable que en la mayoría de los países se siga aplicando a la terapia antirretroviral un régimen mixto de financiación, siguiendo el razonamiento de que las personas con recursos suficientes deben costear sus propios gastos y el tratamiento gratuito debe reservarse para los casos en que la obligación de pagar pueda limitar el acceso al tratamiento y el cumplimiento terapéutico. Esta cuestión es crucial, puesto que en los países más afectados por el VIH/SIDA el sistema de pago directo de los gastos sanitarios por los propios usuarios ya está sumiendo a muchos hogares en una situación de catástrofe financiera y en la pobreza. La atención otorgada a la iniciativa «3 por 5» quizá impulse las reformas de financiación de la salud destinadas a mejorar el acceso de los pobres a todos los servicios de salud, esfuerzo éste que la OMS respalda activamente. Un buen ejemplo de este tipo de reformas es la propuesta de instaurar un régimen de seguro social de enfermedad en Kenya (véase el recuadro 4.5).

Recuadro 4.5 Reforma del sistema de financiación de la salud en Kenya

Hasta hace poco, en Kenya los pacientes que acudían a los servicios de salud públicos tenían que pagar los gastos de los tratamientos in situ, lo que empeoraba aún más la difícil situación en que se hallan los pobres. Una serie de dispensadores privados atendían a todos los sectores de la comunidad con arreglo a un sistema de pago por servicio prestado, y llegó un punto en que los usuarios pagaban de su bolsillo el 75% del gasto sanitario total. Recientemente, sin embargo, se han propuesto diversas reformas del sistema de seguro social de enfermedad, con objeto de garantizar unos servicios de salud adecuados, accesibles y asequibles, también en lo que respecta al tratamiento antirretroviral. Estaba previsto someter el proyecto de ley al parlamento a comienzos de 2004.

El nuevo sistema de seguro será financiado, por una parte, con contribuciones pagadas

por anticipado por los trabajadores en activo y retirados, las empresas y los trabajadores autónomos y, por otra, con subsidios estatales destinados a permitir la participación de personas sin recursos. Todas estas contribuciones constituirán los ingresos de la nueva Caja Nacional del Seguro Social de Enfermedad. Los afiliados ya no tendrán que abonar los gastos in situ, nada más recibir tratamiento, ya que la Caja se encargará de pagar a los centros sanitarios los servicios de salud proporcionados a los pacientes asegurados. El nuevo sistema cubrirá tanto los servicios prestados a pacientes hospitalizados como los servicios ambulatorios.

Se han hecho varias proyecciones financieras para el período 2004-2008 a fin de evaluar el riesgo de que los gastos imputables a los tratamientos relacionados con el VIH/SIDA impongan una carga excesiva al sistema de se-

guro de enfermedad. Se prevé que el número de pacientes tratados aumentará entre 2004 y 2008 de 108 000 a 186 000. En el caso de los kenianos más pobres, el tratamiento será sufragado por medio de subsidios estatales asignados a la Caja Nacional del Seguro Social de Enfermedad; los demás ciudadanos, en cambio, deberán hacerse cargo de la mitad de los costos. Los medicamentos antirretrovirales irán acaparando una parte cada vez mayor de los fondos de la Caja, pasando de un 5,4% en 2004 a un 13,4% en 2008. Se ha determinado que hasta 2007 la inclusión del tratamiento en el conjunto de prestaciones es financieramente viable. Sin embargo, de 2008 en adelante los subsidios estatales tendrán que ser revisados al alza para asegurar el equilibrio financiero de la Caja.

ESTAR A LA ALTURA DEL DESAFÍO: ESPERANZA PARA EL FUTURO

Dada la magnitud y urgencia de los cambios, que se van a emprender en un contexto de subdesempeño e incapacidades crónicas, la iniciativa «3 por 5» representa un enorme desafío para los sistemas de salud de los países con alta morbilidad asociada al VIH/SIDA. Existe una visión ejemplar, basada en la labor de los pioneros en el campo del tratamiento, de cómo los servicios de salud y los recursos comunitarios se pueden combinar en programas integrales de prevención, tratamiento y atención, incluso en los entornos de recursos escasos. Es de esperar que este inspirador modelo reavive la determinación de los gobiernos y pueblos del mundo entero para invertir dinero suficiente en los sistemas de salud a fin de ponerlos a la altura del desafío y cambiar el rumbo de la epidemia de VIH/SIDA. Si se alcanza esa meta, los sistemas de salud, una vez fortalecidos, se verán capacitados para enfrentarse eficazmente a ese viejo enemigo que son las enfermedades infecciosas y a las enfermedades crónicas, cuya carga es cada vez mayor.

En el siguiente capítulo, que ofrece un análisis que se extiende más allá de 2005, veremos cómo los avances conseguidos en muchas esferas de investigación y los nuevos métodos de acopio e intercambio de información pueden redundar en beneficio de los esfuerzos desplegados a nivel internacional en el terreno de la prevención, el tratamiento y el control del VIH/SIDA, y contribuir asimismo al fortalecimiento de los sistemas de salud.

Referencias

1. OMS/ONUSIDA. *Tratar a tres millones de personas para 2005: cómo hacerlo realidad. La estrategia de la OMS*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
2. *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, 2002.
3. *Síndrome respiratorio agudo severo (SRAS)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (<http://www.who.int/csr/sars/en> [en inglés], visitado el 16 de febrero de 2004).
4. Mogedal S, Stenson B. *Disease eradication: friend or foe to the health system?* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (WHO/V&B/00.28; <http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF00/www552.pdf>, visitado el 16 de febrero de 2004).
5. Brown RG. Kenyan faith-based initiative AIDS project, Nazareth Hospital, Limuru, Kenya. 2003 (manuscrito inédito).
6. Orrell C, Bangsberg DR, Badri M, Wood R. Adherence is not a barrier to successful antiretroviral therapy in South Africa. *AIDS*, 2003, 17:1369–1375.
7. Bekker LG, Orrell C, Reader L, Matoti K, Cohen K, Martell R et al. Antiretroviral therapy in a community clinic – early lessons from a pilot project. *South African Medical Journal*, 2003, 93:458–462.
8. *Health Metrics Network: an update after 50 days*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (http://www.who.int/mip/2003/other_documents/en/health_metrics-boerma.pdf, visitado el 16 de febrero de 2004).
9. *Projet: Malawi*. Luxembourg, Médecins Sans Frontières, 2003 (<http://www.msf.lu/projets/malawi> [en francés], visitado el 16 de febrero de 2004).
10. *Antiretroviral treatment (ART) guidelines and technical and operational recommendations for ART*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (http://www.who.int/3by5/publications/briefs/arv_guidelines/en, visitado el 16 de febrero de 2004).
11. *Informe sobre la salud en el mundo 2003 – Forjemos el futuro*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
12. *The health sector human resource crisis in Africa*. Washington, DC, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 2003.
13. Liese B, Blanchet N, Dussault G. *The human resource crisis in health services in sub-Saharan Africa*. Washington, DC, Banco Mundial, 2003.
14. Tawfik L, Kinoti SN. *The impact of HIV/AIDS on the health sector in sub-Saharan Africa: the issue of human resources*. Washington, DC, Academy for Educational Development, 2001.
15. Gobierno de Malawi/PNUD. *The impact of HIV/AIDS on human resources in the Malawi public sector*. Nueva York, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2002.
16. Aitken J-M, Kemp J. *HIV/AIDS, equity and health sector personnel in southern Africa*. Harare, Regional Network for Equity in Health in Southern Africa, 2003 (Equinet Discussion Paper No. 12).
17. Ferrinho P, Dal Poz M, eds. *Towards a global health workforce strategy*. Antwerp, ITG Press, 2003.
18. Bhattarai MD. Proper HIV/AIDS care not possible without basic safety in health set-up. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:333.
19. *Improving health workforce performance*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/World Bank High Level Forum on the Health Millennium Development Goals, Issue Paper No. 4).
20. *Expansión del tratamiento antirretroviral en los entornos con recursos limitados. Directrices para un enfoque de salud pública*. Resumen de orientación. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, abril de 2002.
21. *Scaling up health systems to respond to the challenge of HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 2003.
22. Teixeira PR, Vitoria MA, Barcarolo J. The Brazilian experience in providing universal access to antiretroviral therapy. In: Moatti JP, Coriat B, Souteyrand Y, Barnett T, Dumoulin J, Fiori YA, eds. *Economics of AIDS and access to HIV/AIDS care in developing countries. Issues and challenges*. Paris, Agence Nationale de Recherches sur le Sida, 2003.
23. *Harmonization and MDGs: a perspective from Tanzania and Uganda*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/World Bank High Level Forum on the Health Millennium Development Goals, Case study).
24. *Poverty reduction strategy papers – progress in implementation*. Washington, DC, Fondo Monetario Internacional, 2000 (<http://www.imf.org/external/np/prsp/2000/prsp.htm>, visitado el 16 de febrero de 2004).



capítulo cinco

compartir las investigaciones y los conocimientos



A fin de aprovechar el poder de la investigación para alcanzar las metas de tratamiento y desarrollar sistemas sanitarios que den respuesta a los muchos y complejos problemas de salud, es preciso enfocar el acopio e intercambio de información desde una perspectiva innovadora. Los métodos clásicos de investigación y de difusión de nuevos conocimientos todavía son necesarios, pero no bastarán para lograr esos objetivos. A corto plazo, es indispensable contar con métodos renovados para evaluar el funcionamiento de los programas de tratamiento. También lo es distribuir rápidamente la información para que los países se beneficien de la última y más pertinente experiencia adquirida en otros lugares y la adapten a las circunstancias locales.

La iniciativa de tratamiento del VIH/SIDA está generando muchas incógnitas en materia de investigación, incógnitas que requieren respuestas urgentes que habrá que comunicar sin demora. Ayudarán a ello los rápidos avances que se están produciendo simultáneamente en las tecnologías de la información y del conocimiento. Están empezando a imponerse fórmulas innovadoras que sortean los procedimientos ordinarios de publicación de las investigaciones y otros cauces convencionales de difusión del conocimiento.

Las formas tradicionales de investigación y publicación no bastan para colmar la amplia laguna existente entre los conocimientos actuales y su aplicación eficaz. Se requiere un nuevo enfoque que reconozca que los conocimientos útiles pueden extenderse más allá de los diseños de investigación formales, y difundirse y aplicarse rápidamente a través de redes sociales y otros conductos, en lugar de limitarse a los métodos tradicionales de publicación. Estas aplicaciones de la

gestión del conocimiento al sector de la salud pública son relativamente nuevas, pero los esfuerzos iniciales son prometedores (1).

Una gestión del conocimiento realmente moderna reforzará las redes de información e investigación ya existentes a través de Internet y otros medios de comunicación, y construirá otras nuevas y dinámicas que permitan difundir rápidamente los conocimientos y la experiencia práctica entre quienes estén en primera línea, es decir, clínicos, investigadores, profesionales de la salud y otros. De este modo, las personas más implicadas en la extensión del acceso al tratamiento antirretroviral pueden aprender de los éxitos de los demás, así como de sus fracasos, sobre todo si en el proceso impera la transparencia.

La historia de la investigación del VIH/SIDA, en todas sus vertientes, está jalonada de éxitos y fracasos. Desde que, en 1983, los científicos identificaron el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) como causante del SIDA, se han logrado numerosos avances científicos notables en el conocimiento, el tratamiento y la prevención de la enfermedad, que han beneficiado a muchos millones de personas. Hace 20 años no se conocía ningún tratamiento eficaz; hoy disponemos de una gama de medicamentos antirretrovirales que mejoran espectacularmente la calidad de vida de los pacientes y su supervivencia, aunque todavía lleguen sólo a una fracción minúscula de la población que los necesita. Entretanto, y pese a las grandes esperanzas de hace 20 años, el mundo sigue aguardando una vacuna contra el VIH. Se han logrado importantes avances, pero pasarán al menos varios años antes de que se disponga de una vacuna segura y eficaz a gran escala.

La mayor esperanza de llegar a controlar el VIH/SIDA sigue radicando en desarrollar, autorizar y dispensar una vacuna, y hacerla realidad depende de la investigación científica. El presente capítulo analiza esta búsqueda sin tregua de una vacuna, así como las investigaciones llevadas a cabo en otras importantes áreas de la prevención, el tratamiento y la atención del VIH/SIDA. Aunque sigamos a la espera de una vacuna eficaz, el imperativo moral está claro: hemos de extender masivamente las actividades de tratamiento y atención de los seropositivos, sean quienes sean y vivan donde vivan, y contener la propagación de la enfermedad. Estas acciones éticamente fundadas exigen nuevos instrumentos, que sólo pueden ser el fruto de una investigación de máxima calidad que rebase ampliamente el ámbito de los laboratorios para abarcar también las investigaciones multidisciplinarias operativas y de política sanitaria.

Los investigadores dedicados al VIH/SIDA se enfrentan a cuatro amplias categorías de desafíos, todas cruciales para el éxito presente y futuro:

- La investigación en prevención: ralentizar el crecimiento y la expansión geográfica de la epidemia es un reto para las vertientes epidemiológica y sociocomportamental de la prevención.
- La investigación en vacunas: elaborar una vacuna preventiva segura y eficaz es lo más esperanzador para la prevención y el control del VIH/SIDA a largo plazo.
- La investigación en tratamientos: producir nuevos antirretrovirales e idear nuevas estrategias terapéuticas que sean activas frente a las cepas víricas «salvajes» y resistentes, resulten fáciles de tomar y se toleren mejor que los medicamentos actuales es un reto para la investigación básica y clínica.
- La investigación (operativa) en sistemas de dispensación: extender la atención y el tratamiento antirretroviral a todos los enfermos del mundo que lo necesitan es una empresa multidisciplinaria, y también el mayor de estos retos, pues significa obtener resultados sobre el terreno, lo que a menudo es más complicado que la tarea relativamente sencilla del descubrimiento científico. A ello se añade que, hasta ahora, tanto investigadores como organizaciones financiadoras han desatendido mucho esta vertiente de la investigación. Es probable que también aquí resulte útil un marco de gestión del conocimiento.

INVESTIGACIÓN EN PREVENCIÓN

Vincular la prevención al acceso al tratamiento

La extensión masiva de los esfuerzos por dispensar tratamiento ha generado cierta preocupación en torno a su posible repercusión en los comportamientos preventivos. Algunos temen que la disponibilidad de tratamiento lleve a la población a creer que

el riesgo es menor y a bajar la guardia; otros sostienen, en cambio, que el fortalecimiento de las intervenciones relacionadas con la salud animará a recurrir al asesoramiento y las pruebas, y que conocer el propio estado serológico puede impulsar los comportamientos de protección. Los estudios realizados en seropositivos de países en desarrollo indican que el tratamiento se asocia, en efecto, a una mayor actividad sexual, pero también a un uso más constante del preservativo. En los países desarrollados se ha documentado un aumento de los comportamientos de riesgo en ciertos grupos de población tras la introducción de tratamientos antirretrovirales eficaces, sin que existan pruebas claras de por qué ocurre así (2, 3). Los datos epidemiológicos son sólo indicativos, por lo que es preciso documentar las tendencias en diversos ámbitos, a lo largo del tiempo y en subpoblaciones clave, en particular los seropositivos y otros grupos muy expuestos.

El tratamiento puede contribuir de manera directa a prevenir nuevas infecciones, puesto que una menor carga vírica reduce el riesgo de transmisión sexual. Es probable que a la menor infecciosidad se contraponga un aumento de la esperanza de vida. La investigación debe ayudar a adaptar las intervenciones para garantizar la sostenibilidad de la prevención a largo plazo (4, 5).

Tratamiento y atención para los niños seropositivos



Unos niños seropositivos juegan con sus cuidadoras en el Incarnation Children's Center de Nueva York (EE.UU.). El centro recibe fondos para llevar a cabo ensayos clínicos de nuevos tratamientos, incluidos los antirretrovirales. Muchos niños seropositivos han perdido a uno de sus

progenitores a causa de la enfermedad, y es probable que padezcan problemas comportamentales y emocionales que podrían complicar su tratamiento años más tarde.

En términos más generales, se necesitan pruebas más sólidas sobre la manera de promover los comportamientos preventivos entre los distintos grupos de edad, los sexos, los estratos sociales y los diversos estados serológicos, sobre todo en el contexto de la extensión masiva del acceso al tratamiento. Los mecanismos que vinculan la percepción del riesgo a cambios comportamentales están definidos por variables contextuales y son específicos de la situación y la pareja (6). También se necesitan mejores datos para determinar hasta qué punto los datos de los países desarrollados son válidos para los países en desarrollo. Hay, además, indicios de que el sexo influye en la selección de las estrategias para reducir el riesgo (7). Es importante investigar si estas diferencias en los riesgos percibidos y en la protección configuran un patrón general determinado por el sexo.

Según estudios a nivel micro, la población general no acepta de manera automática la información médica y las recomendaciones de salud pública, y la gente interpreta las recomendaciones profesionales a la luz de las ideas locales y de anteriores experiencias relacionadas con la asistencia médica (8). Las investigaciones sobre creencias y prácticas contrarias a las recomendaciones de salud pública pueden inspirar fórmulas para comunicarse mejor con las personas. El acceso a tratamientos eficaces debería contribuir a mejorar la confianza en la medicina y la salud pública.

Prevenir la transmisión de la madre al niño

Entre las cuestiones que requieren con urgencia nuevas investigaciones se encuentra la necesidad de mejores métodos de prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño, sobre todo en los países en desarrollo y en el periodo posnatal. Se estima que, cada año, 700 000 niños contraen el VIH. La gran mayoría se contagian por transmisión maternofilial, que puede producirse durante la gestación, el parto o la lactancia. Si no se interviene, las tasas de transmisión por esta vía son de entre el 15% y el 30% sin lactancia materna, y llegan al 45% en caso de amamantamiento prolongado (9). El contagio durante el parto representa entre la tercera parte y las dos terceras partes del número total de infectados, según haya o no transmisión a través de la leche materna, por lo que este periodo se ha convertido en uno de los objetivos de los esfuerzos de prevención.

La transmisión del VIH de la madre al niño puede prevenirse casi por completo administrando profilaxis antirretroviral (generalmente en forma de terapia combinada), realizando una cesárea programada antes de que comience el parto y se rompa la bolsa de las aguas, y evitando la lactancia natural (10, 11). Sin embargo, en los países con pocos recursos la cesárea programada no es una intervención segura, y muchas veces no resulta factible o aceptable abstenerse de amamantar. En África, el número de mujeres seropositivas y de recién nacidos que realmente se benefician de esas intervenciones no representa más del 5% de quienes deberían beneficiarse.

Se ha comprobado que los antirretrovirales, tanto solos como en combinaciones de dos o tres fármacos, reducen muy eficazmente la transmisión del VIH de la madre al niño. Se ha documentado la eficacia de la profilaxis con pautas de corta duración en África, los Estados Unidos, Europa y Tailandia, y la de las triterapias ha quedado confirmada por estudios observacionales realizados en países industrializados (10, 11), cuyas tasas de transmisión son hoy día inferiores al 2% en ausencia de lactancia natural. Es urgente disponer de datos sobre las madres lactantes del África subsahariana, que son una de las poblaciones más afectadas. En todos los ensayos clínicos controlados sobre la transmisión de la madre al niño se ha constatado la seguridad y la tolerabilidad a corto plazo de las pautas profilácticas (12). Se necesitan más estudios acerca de estas cuestiones, y sobre todo de las implicaciones a largo plazo de una

potencial resistencia a los antirretrovirales en las madres seropositivas y sus hijos.

Las intervenciones preventivas con antirretrovirales todavía no se han aplicado con éxito en la escala necesaria (13). Incluso allí donde se administra tratamiento antirretroviral durante el parto, los recién nacidos siguen corriendo un gran riesgo de contraer la infección durante la lactancia. También estas cuestiones deben ser objeto de estudio; vienen a corroborar la necesidad de fortalecer los sistemas sanitarios y de integrar las intervenciones de lucha contra el VIH/SIDA en los servicios de salud reproductiva y maternoinfantil.

Proteger a las mujeres con microbicidas

La protección de las mujeres frente al VIH es otra área importante de la investigación científica. Los microbicidas son productos antiinfecciosos como geles, cremas, esponjas impregnadas y dispositivos similares que las mujeres se colocan antes de mantener relaciones sexuales para prevenir el contagio por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. A diferencia de los preservativos, su uso está controlado por la mujer y no son necesariamente anticonceptivos. También se está intentando incorporar microbicidas a unos anillos de silicona que se dejan colocados en la vagina durante varias semanas como anticonceptivos; la liberación sostenida del microbicida ofrecería una protección continua frente a la infección.

Los microbicidas podrían alterar radicalmente la situación, porque ampliarían el abanico de intervenciones protectoras al alcance de las personas. Lograr que su uso se generalice exigirá una educación continua dirigida tanto a las mujeres como a los funcionarios responsables de las políticas sanitarias y los dispensadores. La modelización epidemiológica basada en datos de más de 70 países de bajos ingresos permite suponer que incluso un microbicida parcialmente eficaz tendría un impacto significativo en la epidemia: un producto que sólo protegiera frente al VIH en el 60% de los casos evitaría 2,5 millones de infecciones nuevas en tres años, aunque sólo se usara en el 50% de las relaciones sexuales no protegidas con preservativo, y suponiendo que lo empleara apenas el 20% de la población a la que llegan fácilmente los servicios de salud existentes (14). Sin embargo, ha habido que esperar hasta hace poco para que la idea de los microbicidas empezase a recibir apoyo suficiente y pudiese prosperar. Hasta ahora, los laboratorios farmacéuticos han considerado que los microbicidas no ofrecían incentivos económicos suficientes para realizar una inversión considerable, pero la Fundación Bill y Melinda Gates está estudiando seriamente la cuestión.

INVESTIGACIÓN EN VACUNAS

Aunque se han logrado avances tanto en la prevención como en el tratamiento del VIH/SIDA, la mejor esperanza de prevenir y controlar la infección estriba en conseguir desarrollar, autorizar y dispensar una vacuna preventiva segura y eficaz.

La existencia en todo el mundo de diversas cepas del VIH sigue siendo uno de los mayores obstáculos al desarrollo de una vacuna. Los intentos de diseñar inmunógenos capaces de inducir la producción de anticuerpos neutralizantes eficaces frente a dichas cepas han resultado infructuosos, por lo que se ha centrado la atención sobre todo en desarrollar vacunas que induzcan inmunidad celular frente al VIH. Este tipo de vacunas podrían suprimir la carga vírica, ralentizar la progresión de la enfermedad y mitigar la transmisión (15).

El diseño de la próxima generación de mejores vacunas experimentales contra el VIH se enfrenta a muchos retos científicos. Se desconocen los mecanismos de la inmunidad protectora, así como los antígenos necesarios. Pese a que una de las vacunas experimentales más esperanzadoras ha fracasado recientemente en ensayos

de eficacia, ahora se sabe con certeza que es posible neutralizar las cepas circulantes del VIH. Otro reto es el representado por la amplia diversidad genética del VIH, que probablemente obligue a que las vacunas eficaces contengan «cócteles» de antígenos procedentes de diversos clados del virus. Los resultados de algunas vacunas en fase de ensayos clínicos son alentadores, pero habrá que esperar a los ensayos de eficacia en seres humanos para saber si las respuestas inducidas por las vacunas se correlacionan con la protección clínica.

El desarrollo de una vacuna contra el VIH debe superar los escollos de la fabricación, los ensayos clínicos, la reglamentación farmacéutica y la dispensación. Todos estos aspectos deben ser abordados si se quiere autorizar y dispensar lo más rápidamente posible unas vacunas seguras y eficaces. La investigación en vacunas se ve entorpecida por la escasa capacidad para realizar ensayos de eficacia, sobre todo en los países en desarrollo. También es limitada la capacidad de los organismos de reglamentación farmacéutica para facilitar las pruebas y la eventual autorización de las vacunas finalmente desarrolladas.

Los próximos cinco años probablemente sean testigos de los primeros resultados de ensayos de eficacia en los que se habrá puesto a prueba el concepto de una vacuna dirigida a suprimir la carga vírica, ralentizar el curso de la enfermedad y mitigar la transmisión del VIH. Está previsto evaluar en ensayos clínicos la seguridad e inmunogenicidad de varias vacunas experimentales nuevas. Sin embargo, es muy probable que para mejorar significativamente el diseño de las vacunas contra el VIH y elevar las expectativas de éxito haya que resolver antes algunos interrogantes científicos importantes. Por ello, los principales interesados directos en el desarrollo de una vacuna contra el VIH se han reunido recientemente para proponer una «iniciativa mundial» cuyo fin es acelerar el desarrollo de dicha vacuna (16). Lograr este objetivo probablemente exija muchos más recursos. La Iniciativa Internacional para una Vacuna contra el SIDA calculó recientemente que, en 2001, el gasto mundial en investigación sobre vacunas anti-VIH se situó entre US\$ 500 millones y US\$ 600 millones, lo que representa sólo el 10% del gasto en investigación dedicado a otras áreas del VIH/SIDA. También se necesitan estrategias creativas para mejorar la coordinación y colaboración entre los numerosos interesados directos.

INVESTIGACIÓN EN TRATAMIENTO

Una pieza clave de los esfuerzos por alcanzar las metas del acceso universal al tratamiento es la dedicación constante a la investigación básica y el esclarecimiento de la patogenia del SIDA, a fin de poder diseñar y desarrollar nuevos fármacos, estrategias terapéuticas innovadoras y vacunas.

En los países desarrollados, el acceso a combinaciones potentes de antirretrovirales ha propiciado un drástico descenso de la morbimortalidad por VIH. Las tasas de mortalidad por SIDA cayeron un 80% en los cuatro años siguientes a la aparición de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad en Europa y América del Norte. A raíz de su mayor difusión en la segunda mitad de la década de 1990, también quedó de manifiesto que es preciso abordar los problemas relacionados con el cumplimiento terapéutico, la toxicidad, el fracaso inmunológico y virológico del tratamiento y la aparición de resistencias.

Apoyo al cumplimiento terapéutico prolongado

Para que el tratamiento antirretroviral sea eficaz, debe cumplirse durante largo tiempo. Desde el punto de vista de la investigación operativa, supervisar la aceptación del tratamiento supone definir indicadores óptimos del cumplimiento que puedan utilizar-

se en países con pocos recursos; comparar la validez de los informes de los propios pacientes con la de otros métodos como los registros de farmacia o los sistemas electrónicos de seguimiento, y hallar formas de animar a los pacientes a informar con mayor precisión.

La evidencia disponible muestra que las variables que más influyen en el cumplimiento guardan relación con el tratamiento en sí, como la complejidad de la pauta, los efectos secundarios, el «cansancio de la batalla» provocado por el uso prolongado y los intentos de los pacientes de remediar esos problemas modificando las dosis o la administración de los medicamentos. A todo ello se suman las percepciones erróneas y la falta de confianza en el tratamiento. Las mujeres se enfrentan a obstáculos específicos relacionados con la atención de los niños, la falta de apoyo de sus parejas y la actitud de compañeros y familiares. Entre las variables sociales que influyen en el cumplimiento, las más poderosas son el estigma y el temor a revelar la enfermedad (17). También los costos cuentan: el copago perjudica al cumplimiento prolongado (18).

Pese a las nuevas ideas para superar los obstáculos al cumplimiento terapéutico, el tratamiento prolongado sigue planteando interrogantes aún no resueltos. La mayor disponibilidad y el menor precio de los medicamentos, así como la llegada de las combinaciones de dosis fijas, han alimentado la esperanza de que, reduciendo los costos, se mitiguen los problemas de acceso. Sin embargo, en el inicio y la continuidad del tratamiento influyen diversos factores, por lo que la atención debe centrarse en el uso a largo plazo. Estudios recientes demuestran que pacientes de Haití y de diversos países africanos toman aproximadamente el 90% o más de los medicamentos prescritos (19, 20), lo que da pie al optimismo. Sin embargo, el tratamiento de por vida plantea el problema de la sostenibilidad, que las investigaciones operativas puede ayudar a conocer mejor (21).

Se han llevado a cabo varias intervenciones con antirretrovirales (la mayoría puestas a prueba en países desarrollados). La educación y el asesoramiento individualizados han resultado eficaces, sobre todo al combinarlos con la participación en grupos de apoyo. La extensión masiva del tratamiento supondrá compartir responsabilidades con agentes de salud que carezcan de preparación médica formal y encomendarles la vigilancia y el seguimiento de los pacientes, lo que tendrá profundas implicaciones. Para intentar aplicar rápidamente en diversos entornos las enseñanzas extraídas de los programas eficaces se requerirá una densa agenda de investigaciones operativas, y los mecanismos innovadores de difusión de los conocimientos serán decisivos en ese sentido.

El problema de la toxicidad

La importancia de los efectos adversos asociados al actual tratamiento contra el VIH queda reflejada en varios estudios según los cuales al menos el 40% de los pacientes que empiecen a recibir terapia antirretroviral de gran actividad sufrirán una o más manifestaciones de toxicidad farmacológica y probablemente tendrán que modificar su pauta terapéutica durante el primer año (22). Puede tratarse, por ejemplo, de hepatotoxicidad, exantema, diarrea, anemia o neuropatía periférica. Otros efectos adversos suelen manifestarse clínicamente después de una exposición más prolongada al tratamiento (entre uno y dos años) (23, 24).

Se necesitan métodos innovadores para evaluar la potencial toxicidad de los nuevos fármacos en todas las fases preclínicas y clínicas del desarrollo farmacéutico. Para garantizar que millones de personas reciban un tratamiento óptimo e ininterrumpido es indispensable que, paralelamente a la expansión del acceso, se preste la suficien-

te atención a los problemas de farmacorresistencia y de seguridad y tolerabilidad a más largo plazo. Ahora bien, siempre será preferible la toxicidad farmacológica a una muerte inexorable en ausencia de tratamiento, sobre todo cuando la inquietud por la posible toxicidad impida el acceso al tratamiento en entornos con pocos recursos.

Prevención de la farmacorresistencia

La resistencia del VIH a los antirretrovirales es un problema de primer orden. Además de los ensayos clínicos, los datos procedentes de centros sanitarios indican que la frecuencia de supresión virológica incompleta en las personas tratadas con pautas combinadas puede superar el 50% (25). La supresión incompleta da origen a una farmacorresistencia adquirida que, debido a la reactividad cruzada entre miembros de una misma familia de antirretrovirales, suele afectar a más de uno o dos de los tres fármacos empleados. Aunque en algunas personas la aparición de una cepa vírica resistente puede asociarse a un deterioro inmunológico más lento, en caso de fracaso virológico del tratamiento los enfermos corren el riesgo de que aparezcan resistencias a los antirretrovirales. También se arriesgan a perder opciones terapéuticas tras varias modificaciones del tratamiento, y a que finalmente se produzca el fracaso inmunológico y la morbilidad se manifieste.

Se necesitan métodos para garantizar la eficacia de los tratamientos antirretrovirales en la prevención del fracaso virológico, por lo que habrá que diseñar fármacos innovadores y más potentes, que sean activos frente a las cepas «salvajes» y las resistentes. El tratamiento actual puede suprimir la replicación vírica, pero no erradica el virus del huésped, por lo que ninguna pauta es completamente eficaz; así, ya en fases tempranas se constituyen reservorios de infección que, según lo observado, persisten en todos los seropositivos independientemente del tratamiento (26). La mejor oportunidad de estudiar y promover el cumplimiento, y de reducir con ello la farmacorresistencia y el fracaso terapéutico, vendrá dada por un enfoque sistemático y riguroso del tratamiento (véase el capítulo 2).

Desarrollo de nuevos fármacos y estrategias

Se están investigando decenas de fármacos nuevos, incluidos los pertenecientes a las tres familias de antirretrovirales disponibles en la actualidad: los inhibidores nucleosídicos y no nucleosídicos de la transcriptasa inversa y los inhibidores de la proteasa. Con la investigación y el desarrollo de nuevos compuestos de estas tres familias se aspira a obtener fármacos más potentes, más fáciles de tomar y mejor tolerados, así como nuevas formulaciones que combinen varios fármacos en una píldora.

En 2003 se presentó el primer medicamento de una nueva clase de «inhibidores de la entrada», que impiden que el virus penetre en las células. Estos fármacos serán probablemente los antirretrovirales nuevos más importantes. Van dirigidos a componentes no del VIH, sino de las células humanas, por lo que al virus debería resultarle más difícil hacerse resistente. La siguiente clase de fármacos que se espera es la de los inhibidores de la integración del ADN vírico en el genoma del huésped.

Las estrategias terapéuticas vigentes no resuelven los problemas de toxicidad y de falta de potencia virológica e inmunológica. Por ello, las nuevas estrategias deben orientarse hacia enfoques del tratamiento de la infección por el VIH-1 centrados en la inmunidad, como la vacunación terapéutica, la inmunización pasiva o la erradicación de los «reservorios» de la infección. Estos enfoques representan un área esencial de la investigación básica y clínica de los años venideros.

La lucha combinada contra la tuberculosis y el VIH/SIDA

La tuberculosis tiene una gran influencia en la morbimortalidad del VIH, puesto que éste es el principal factor de riesgo de que una tuberculosis latente se reactive. Una persona coinfectada por el VIH y *Mycobacterium tuberculosis* tiene un riesgo anual de padecer tuberculosis comprendido entre el 5% y el 15%, frente al riesgo del 10% a lo largo de la vida que corre una persona con el sistema inmunitario intacto.

Un componente de la estrategia para reducir la morbilidad relacionada con la tuberculosis en las personas seropositivas consiste en prevenir la progresión de la infección tuberculosa latente a enfermedad activa mediante un tratamiento preventivo con isoniazida como parte del paquete de medidas asistenciales del VIH. Se ha comprobado que este tratamiento reduce en un 67% el riesgo de tuberculosis en pacientes infectados por el VIH con reacción positiva a la tuberculina (27). Sin embargo, debido a la reinfección, el efecto es relativamente breve en las comunidades en las que la tuberculosis es endémica. La vacuna antituberculosa BCG no protege frente a la primoinfección y, como promedio, sólo ofrece protección frente a la enfermedad activa al 50% de los vacunados. El desarrollo de una vacuna antituberculosa más eficaz será fundamental para reducir la morbilidad asociada al VIH. Las muchas etapas necesarias para identificar la infección tuberculosa y la necesidad de tomar los medicamentos durante al menos seis meses, con evaluaciones periódicas para detectar reacciones adversas, explican que, incluso en condiciones óptimas, sólo una pequeña proporción de los pacientes terminen el tratamiento.

Si pretendemos que la prevención con isoniazida sea una medida de salud pública eficaz, se necesitan más investigaciones para hallar la manera de reducir la pérdida de candidatos a recibirla en cada etapa del proceso y para conseguir tratamientos eficaces a más corto plazo y con menos efectos secundarios. También se necesitan nuevos métodos de dispensación de medicamentos (por ejemplo, parches cutáneos y otras preparaciones de liberación lenta), así como métodos distintos de la intradermorreacción de la tuberculina para descubrir los casos de infección.

INVESTIGACIONES OPERATIVAS

En varios países, entre ellos Côte d'Ivoire, el Senegal, Tailandia y Uganda, se han aplicado con éxito programas piloto que han demostrado claramente que el tratamiento en estos entornos es factible, y que el cumplimiento terapéutico, la tolerabilidad de las pautas y la incidencia de resistencia no difieren de los registrados en los países desarrollados (20, 28, 29). Extender la atención y el tratamiento antirretroviral a todas las personas del mundo que lo necesitan plantea diversos retos para la investigación sociocomportamental, clínica y operativa. Por «investigaciones operativas» se entiende aquí un conjunto de temas y disciplinas que fundamentan las medidas de diseño y mejora de los sistemas que ponen al alcance de todas las personas necesitadas opciones eficaces de prevención, tratamiento, atención y, con el tiempo, también vacunación. Se recurre a las ciencias que posibilitan una organización racional de la atención, y cabría hablar también de «investigación de sistemas de prestación de salud». A su manera, estas investigaciones analizan problemas tan arduos e intelectualmente estimulantes como los de las otras tres áreas de investigación comentadas más arriba; sus métodos no son los de las ciencias biomédicas, sino los de la sociología, la economía, la estadística, la ingeniería, la psicología y la antropología, entre otros.

Así definidas, las investigaciones operativas pueden ayudar a implicar y orientar a los prestadores de atención sanitaria del Estado, el sector privado, las organizaciones no gubernamentales, las comunidades, las organizaciones profesionales y los lugares de

trabajo, a coordinar sus respectivos papeles y a dispensar tratamiento antirretroviral. Estas investigaciones son igualmente importantes para medir y vigilar el impacto del tratamiento antirretroviral aplicando métodos normalizados y sobre la base de parámetros como los años de vida sana ganados, el descenso de la mortalidad, el progreso económico de la sociedad, la aparición de farmacorresistencia y el cumplimiento terapéutico (véase el recuadro 5.1).

Entre las cuestiones clave que deben abordar las investigaciones operativas figuran las siguientes:

- la optimización de las pautas terapéuticas para extender masivamente el tratamiento, por ejemplo mediante ensayos clínicos y el seguimiento de cohortes de pacientes tratados;
- el seguimiento de la tolerabilidad del tratamiento en ensayos y cohortes abiertas de pacientes;
- la instauración de métodos óptimos para supervisar el tratamiento en los entornos con pocos recursos; en concreto, la mejora de los medios empleados para cuantificar los linfocitos CD4 y la carga vírica en plasma, así como para evaluar la farmacorresistencia;
- el desarrollo de programas de vigilancia de la resistencia a los antirretrovirales; cuando surjan resistencias a los que ahora se emplean se necesitarán otros nuevos;
- la mejora del diagnóstico y el tratamiento de las infecciones oportunistas;
- la búsqueda de datos sobre el impacto de la extensión masiva del tratamiento antirretroviral en la prevención y los comportamientos de riesgo, la mitigación del daño, el estigma y la discriminación, y su aplicación al perfeccionamiento de los

programas orientados a reducir los comportamientos de riesgo;

- la determinación de las repercusiones de la extensión masiva del tratamiento antirretroviral en el funcionamiento de los sistemas sanitarios;
- la creación de sistemas de aprendizaje entre compañeros a nivel nacional, de distrito y de centro sanitario, para que los últimos descubrimientos en cada ámbito, unidos a los conocimientos ya existentes, puedan difundirse y aplicarse rápidamente;
- la formulación de modelos innovadores y escalables de movilización y formación óptima de recursos humanos en entornos con pocos medios para llevar adelante la prevención, la atención y el tratamiento del VIH/SIDA.

Aspectos económicos

La investigación económica es fundamental para que las estrategias terapéuticas basadas en los antirretrovirales tengan éxito en los países en desarrollo. En análisis de costoeficacia anteriores se concluyó erróneamente que tales estrategias no eran eficientes comparadas con otras intervenciones, en particular la prevención. En esos estudios no se tuvieron suficientemente en cuenta las siguientes cuestiones de primera importancia: la estrecha relación entre el tratamiento y la prevención (que no son actividades intercambiables, sino complementarias); la ley económica de los rendimientos decrecientes, según la cual la prevención es muy eficaz cuando la cobertura es baja, pero pierde eficacia con cada aporte adicional a medida que la cobertura se acerca al 100%; y la infravaloración del impacto del VIH/SIDA en la actividad económica y el desarrollo. Además, esos estudios se han vuelto obsoletos a raíz de la gran caída de precios de los antirretrovirales en los últimos tiempos.

Los investigadores ya han establecido la existencia de una relación dinámica entre una posible hambruna y la propagación del VIH entre los trabajadores agrícolas rurales; la relación entre el VIH y la malnutrición en general; y la repercusión de la inseguridad alimentaria en la autonomía de los individuos, en particular las mujeres. Entender las complejas relaciones intersectoriales permite tener una idea más precisa del verdadero impacto del VIH y arroja luz sobre posibles puntos de intervención (30, 31).

Para descubrir y perfeccionar métodos aplicables a la extensión masiva del acceso al tratamiento es preciso combinar el análisis económico y los datos clínicos aportados por el seguimiento longitudinal de los pacientes que viven en entornos con pocos recursos. La relación costoeficacia de diversas estrategias clínicas y económicas proporcionará información que ayudará a responder a interrogantes como las siguientes: ¿Cuál es el nivel ideal para iniciar el tratamiento? ¿Qué estrategias son las más eficaces para cambiar las pautas terapéuticas? ¿Cómo puede optimizarse la vigilancia biológica? La investigación económica ayudará también a identificar y evaluar diversas estrategias para financiar el acceso al tratamiento. A nivel macroeconómico, es importante determinar cómo se distribuye la carga de costos entre las fuentes internacionales y nacionales de recursos, y dentro de estas últimas, cuál es la proporción y la incidencia de los pagos directos. A nivel microeconómico, serán temas destacados de estudio los efectos de las distintas fórmulas de financiación en el cumplimiento terapéutico, la aparición de farmacorresistencia y los resultados definitivos del tratamiento.

Análisis de políticas sanitarias

Es importante determinar qué factores influyen en los esfuerzos encaminados a ampliar el acceso al tratamiento, sobre todo en el contexto de los servicios de salud. Entre ellos cabe destacar la capacidad de liderazgo y gestión; una financiación suficiente y sostenida de los antirretrovirales; la competencia técnica en la adquisición de

Recuadro 5.1 Aprendizaje práctico: la agenda de investigaciones operativas

En cualquier programa de tratamiento es fundamental obtener datos sobre lo que funciona, lo que no funciona y el porqué de esos resultados, así como asegurar que la información esté disponible lo más rápidamente posible. Esto es algo implícito en la estrategia «3 por 5», en la que uno de los dos elementos estratégicos del Quinto Pilar, «la rápida identificación y reaplicación de los nuevos conocimientos y logros» (véase el capítulo 2), consiste en aprender continuamente a partir de la práctica, evaluando y analizando permanentemente el desempeño de los programas y con arreglo a una agenda de investigaciones operativas focalizadas.

La agenda de investigaciones operativas de la iniciativa de tratamiento contempla seis áreas de actividad:

- *Coordinar una agenda de investigaciones operativas apropiada y contribuir al desarrollo de la misma.* Se llegará a un consenso con los gestores de programa en torno a las necesidades de los programas de tratamiento antirretroviral, y la agenda será revisada regularmente a medida que se obtengan nuevos datos y evidencia y se planteen nuevas cuestiones.

- *Buscar datos sobre el impacto de la extensión masiva del tratamiento antirretroviral.* Aunque se espera que el tratamiento acelere la prevención, se necesitan datos que demuestren claramente que ello es así. Además, cualquier interacción negativa, por ejemplo en forma de estigmatización y discriminación, deberá ser rápidamente detectada para atajarla.

- *Identificar alternativas para definir los efectos de la extensión masiva del tratamiento en el desempeño de los sistemas de salud.* Se espera que las aportaciones de recursos y el aumento de la capacidad que requieren las metas refuercen los sistemas de salud. Es importante que se demuestre claramente que es así, y hallar la manera de propiciar ese efecto. Igualmente importante es determinar los casos en que ocurra lo contrario, y hallar soluciones para reducir al mínimo las repercusiones negativas.

- *Identificar mecanismos para costear y analizar los programas de tratamiento antirretroviral.* El debate sobre qué es más eficaz, el tratamiento o la prevención, es a estas alturas superfluo dado el reconocimiento generalizado de las ventajas

de un enfoque integrado. No obstante, es preciso disponer de datos sólidos sobre los costos y la costoeficacia para ayudar a desarrollar sistemas sostenibles y facilitar su financiación a largo plazo.

- *Mejorar la concepción de los programas y buscar instrumentos más idóneos.* Es necesario analizar rápidamente los resultados de todas las investigaciones operativas y de cualquier otra iniciativa de recogida de información estratégica sobre los comportamientos de riesgo y la evolución de la farmacorresistencia. Se respaldará la capacidad de los grupos de investigación de los países en desarrollo para que la mayoría de los análisis de datos puedan hacerse a nivel nacional.

- *Incorporar los nuevos conocimientos en las políticas y prácticas.* Es necesario enviar rápidamente como retroinformación los datos y los nuevos conocimientos obtenidos tanto a los centros que llevaron a cabo las investigaciones (por deber ético) como, de forma más general, a cualquier programa que afronte una situación similar. Esta actividad básica de la OMS sustenta todo el enfoque de las investigaciones operativas.

medicamentos y productos básicos; la formación; el seguimiento de los resultados, y, en el sector público, un sistema sanitario de distrito que sea operativo y capaz de dispensar servicios. Entre otras cuestiones, la investigación se ocupará de identificar los factores que favorecen u obstaculizan la integración de los programas de lucha contra el VIH/SIDA en las políticas de salud pública y la colaboración con otros programas; formular políticas que respalden esa colaboración e integración, y analizar las funciones y las ventajas comparativas de todos los interesados directos implicados en la aplicación de medidas de lucha contra el VIH/SIDA y otras intervenciones.

Debe aprovecharse la extensión masiva del acceso al tratamiento para promover a nivel mundial reformas sanitarias nacionales cuyos beneficios trasciendan el ámbito de la infección por el VIH. Existe la posibilidad de crear incentivos eficaces para mejorar la infraestructura sanitaria en los entornos con recursos limitados. Es necesario emprender investigaciones para identificar todas las externalidades potencialmente negativas y positivas de la extensión masiva del acceso al tratamiento y su repercusión en los sistemas sanitarios.

La manipulación peligrosa de la sangre es fuente de contagio



Fitz Hoffman/Network

La madre de Wang Kai Jai contrajo el VIH/SIDA al vender su sangre a un hospital. A su vez, Wang Kai Jai, que tiene ahora cuatro años y nació en Licheng, en la provincia china de Hebei, se infectó.

Muchas personas seropositivas han contraído el virus a través de

sangre o hemoderivados infectados, o al utilizar servicios de donación de sangre sin medidas de seguridad. En algunas zonas de China, personas que querían salir de la pobreza vendieron su sangre a intermediarios que a menudo reutilizaban las agujas.

Cuestiones relacionadas con la equidad

Las desigualdades sociales existentes en los entornos en los que ha de dispensarse la asistencia, la escasez de los recursos disponibles para el tratamiento y la necesidad de definir criterios de elegibilidad para la provisión de antirretrovirales exigen que se preste particular atención al tema de la equidad de las intervenciones. Deberán adoptarse medidas especiales para evitar que se refuercen involuntariamente las desigualdades existentes, que se establezca un sistema de doble rasero para la asignación de los recursos o que se debiliten otras iniciativas de lucha contra enfermedades por conceder prioridad al VIH/SIDA. Asimismo, deberán protegerse los derechos de los pacientes cuando se consideren necesarias medidas como la notificación a la pareja y la divulgación del estado serológico, y se tendrán en cuenta las condiciones locales que puedan menoscabar la confidencialidad, sobre todo cuando el tratamiento se aplique a gran escala.

Muchas de las barreras que impiden a los miembros desfavorecidos de la sociedad acceder a la atención y el tratamiento tienen su origen en deficiencias de los servicios de salud, y cada vez hay mayor conciencia de que la iniciativa de extensión masiva del acceso ofrece la oportunidad de remediar algunas de ellas. Por tanto, deberá analizarse periódicamente la información socioeconómica sobre los pacientes tratados para garantizar que las personas más pobres tengan un acceso equitativo al tratamiento. Hay que seguir investigando con miras a desarrollar indicadores adecuados de la equidad y métodos idóneos para recopilar información sobre ellos.

Debe prestarse especial atención al género, ya que afecta a la prestación de asistencia. Se necesita un mejor conocimiento de las circunstancias concretas que conducen a la discriminación de las mujeres seropositivas y de las condiciones que permiten a las mujeres en general responder y asumir el control de sus propios asuntos. Conveniría hacer un seguimiento de los programas que procuran incorporar consideraciones de paridad entre los sexos a los servicios de salud, los cuales tienen un importante papel que desempeñar.

Otro obstáculo a la dispensación de asistencia estriba en el estigma que acompaña a la condición de seropositivo. Los esfuerzos concertados para evaluar esta información pueden ayudar a definir estrategias localmente eficaces. No cabe duda de que el estigma y la evitación de las pruebas y el tratamiento se refuerzan mutuamente, y de que es precisamente a los individuos marginados por su estado serológico a los que no llegan las medidas de prevención y asistencia. Con todo, la evidencia esgrimida para atribuir a determinadas medidas un efecto de reducción del estigma y para explicar tal efecto es endeble, por lo que es preciso robustecerla mediante estudios bien diseñados, tanto para corroborar el impacto de numerosas intervenciones como para definir los paquetes de medidas que son eficaces en los diversos contextos (32, 33).

COLABORACIÓN INTERNACIONAL

Los avances en materia de colaboración y coordinación internacional de las investigaciones sobre el VIH han ido acelerándose, lo cual es determinante para lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio de detener e invertir la pandemia para 2015.

Las acciones conjuntas de carácter innovador, vehiculadas por redes mundiales de investigación y alianzas entre el sector público, instituciones académicas, comunidades, el sector privado comercial y organizaciones de la sociedad civil, reportan más beneficios que la suma de los actuales proyectos de investigación, de gran calidad, pero que operan por separado. Dichos beneficios consisten, entre otras cosas, en la mayor rapidez con que se consiguen resultados, el logro de un consenso en torno

a normas internacionales para la realización de estudios, y el fortalecimiento de la capacidad investigadora.

La colaboración permite llevar adelante labores paralelas y concurrentes para obtener respuestas más oportunas a cuestiones fundamentales. Las fórmulas intersectoriales basadas en alianzas publicoprivadas creativas pueden contribuir a acelerar los avances científicos mediante la combinación de enfoques diversos y distintas etapas del proceso investigador (véase el recuadro 5.2).

La colaboración internacional puede llevar a consensuar normas para la realización de estudios que respeten los derechos humanos de las personas que participen en ellos, apoyen las prioridades de los países anfitriones en materia de investigación y promuevan la participación de la comunidad en la concepción y puesta en práctica de las investigaciones. La colaboración puede también garantizar que las intervenciones preventivas y asistenciales que demuestren ser seguras y eficaces se pongan rápidamente a disposición de todos los participantes en los estudios y de los demás miembros de las poblaciones de alto riesgo de que provengan.

La colaboración internacional encaminada a fortalecer la capacidad investigadora posibilita la creación de una masa crítica de investigadores que puedan centrarse en las prioridades nacionales, participar en los organismos responsables de la elaboración de políticas y contribuir a la labor científica internacional. Las alianzas internacionales y regionales para la formación deben complementarse con intervenciones enérgicas para atajar la «fuga de cerebros» de los países en desarrollo al mundo desarrollado, como están haciendo el Brasil, China y la India. Esto se logra invirtiendo en investigación y desarrollo para construir industrias estratégicas basadas en el

conocimiento que puedan emplear a nacionales formados en el país y en el extranjero y animar a los expatriados a regresar.

Para acelerar la producción de conocimientos es esencial establecer infraestructuras nacionales e internacionales de investigación científica, laboratorios dotados y mejores sistemas de vigilancia; recopilar, procesar y difundir los datos, y formar a profesionales de la investigación básica y clínica, sociólogos, proveedores de atención sanitaria y técnicos. Esta aceleración es esencial para responder a la escala de la pandemia de VIH/SIDA. Queda pendiente un reto de gran magnitud al que va dirigida la iniciativa «3 por 5», a saber, garantizar que esos conocimientos mejoren de inmediato la vida de las personas más necesitadas (34).

Compartir los conocimientos

Para extender el acceso al tratamiento es necesario que el proceso investigador sea más rápido de lo que permiten los cauces tradicionales de la investigación científica. En muchos países, la naturaleza de la epidemia de VIH/SIDA está cambiando con tal celeridad que no es posible contrarrestarla eficazmente mediante los procedimientos convencionales de investigación, cuyos plazos se miden tradicionalmente

La historia de una madre



Gideon Mende/Network

Nesta Mkhwanazi consuela a su hija Samkelisiwe, que ha estado recibiendo tratamiento antirretroviral en la planta de tuberculosis del hospital Ngwelezane de la población sudafricana de KwaZulu-Natal (véase la historia de Samkelisiwe en el capítulo 1).

«La tuberculosis recurrente de mi hija no tiene cura», dice Nesta. «También se le han realizado las pruebas del VIH/SIDA, que han re-

sultado positivas. Esto nos ha complicado mucho la vida, porque sólo dispongo de una pensión de 500 rand mensuales (unos US\$ 75) con la que mantener y cuidar a dos hijas y cuatro nietos. Tengo 51 años, y es duro volver a ser madre para todos estos niños, pero estoy orgullosa de que mi hija haya decidido revelar a la comunidad que es seropositiva y ayudar a otras personas a conocer esta enfermedad.»

Recuadro 5.2 Formación de alianzas para combatir las enfermedades

Las prolongadas batallas emprendidas contra la poliomielitis y la tuberculosis han demostrado que las alianzas internacionales y multi-sectoriales pueden ser un arma eficaz contra muchas enfermedades graves.

Cuando la Asamblea Mundial de la Salud estableció la meta de la erradicación de la poliomielitis en 1988, se hizo patente la necesidad de articular un nuevo tipo de alianza. Las actividades pioneras encaminadas a eliminar la poliomielitis de la Región de las Américas de la OMS fueron llevadas a cabo inicialmente por un pequeño grupo de asociados, integrados por la OMS, la Asociación Rotaria Internacional, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Este grupo se fue ampliando luego hasta abarcar los gobiernos de todos los países del mundo, 30 donantes importantes (cuyas aportaciones superan la suma de US\$ 1 millón) y decenas de asociados en la ejecución, incluidas organizaciones humanitarias nacionales e internacio-

nales y organizaciones no gubernamentales.

En aras de la eficacia, se ha procurado que la labor realizada a lo largo de los 15 años durante los que este grupo ha colaborado en pos de su objetivo común de conseguir un mundo libre de la poliomielitis se rigiera por los siguientes principios básicos:

- representación multisectorial;
- compromiso a largo plazo;
- representación institucional de máximo nivel;
- pleno uso de las ventajas comparativas;
- principios operativos y foros comunes (por ejemplo, la labor de la alianza estuvo orientada por una serie de planes comunes estratégicos para varios años, documentos sobre las necesidades de recursos y planes de trabajo a nivel internacional, regional y nacional).

Como parte de la campaña encaminada a combatir la tuberculosis, la alianza Alto a la Tuberculosis se ha convertido en una iniciativa

muy respetada en todo el mundo. Participan en ella la OMS y el Banco Mundial, y sus objetivos estratégicos se han formulado en estrecha consulta con los países que presentan una alta carga de la enfermedad. Esos objetivos apuntan a los problemas y las prioridades de política de las principales partes interesadas, por ejemplo en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas.

La Alianza cuenta con un número cada vez mayor de participantes activos. Ha hecho grandes progresos contra la tuberculosis, ha resaltado los trabajos realizados sobre los nuevos medios diagnósticos, medicamentos y vacunas, y ha puesto rápidamente en marcha el Comité Luz Verde y el Servicio Mundial de Adquisición de Medicamentos a fin de intentar remediar la falta de acceso a los medicamentos antituberculosos.

en años. Además, muchas de las decisiones de las que dependen la financiación y la continuidad de los proyectos de investigación las adoptan responsables de políticas algo alejados del problema. La consecuencia de ello es que se invierten recursos y esfuerzos en trabajos que pueden ser de escaso o nulo interés para la aplicación real sobre el terreno.

La comunidad de salud pública debe replantearse su definición del conocimiento y la estructura mediante la cual lo genera, difunde y aplica. La gestión del conocimiento persigue reunir toda la información pertinente y el capital intelectual en un sistema común, y ofrecer un acceso equitativo a dicha información, garantizando que pueda fundirse con las necesidades locales. Un sistema de este tipo permite a los miembros de la comunidad de salud pública comunicarse directamente con sus colegas para tratar cuestiones de interés mutuo, como el ejercicio profesional eficaz en sus respectivas localidades.

El objetivo de la iniciativa «3 por 5» anima a los profesionales de la salud pública a compartir y explotar los conocimientos derivados de la experiencia de una forma mucho más directa, por ejemplo mediante «comunidades de ejercicio profesional», es decir, redes informales que reúnen a individuos y grupos con intereses profesionales comunes y que se benefician del intercambio asiduo de conocimientos a través de Internet u otros medios de telecomunicación. Los avances en las tecnologías de la información y las comunicaciones y otros sistemas de aprendizaje, como las comunidades de ejercicio profesional, dan pie al optimismo. Una mejor comunicación, basada en un mayor uso de Internet, el correo electrónico y el teléfono, así como en el perfeccionamiento de las tecnologías inalámbricas y vía satélite, puede impulsar una revolución del conocimiento que beneficie especialmente a los países y las comunidades pobres. Cualesquiera que sean los medios empleados, la promoción y mejora de los sistemas de aprendizaje a todos los niveles será de gran ayuda para lograr los objetivos de salud pública y contribuir al fortalecimiento de los sistemas sanitarios en general.

Referencias

1. Bailey C. Using knowledge management to make health systems work. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:777.
2. Msellati P, Juillet-Amari A, Prudhomme J, Akribi HA, Coulibaly-Traore D, Souville M et al. Socio-economic and health characteristics of HIV-infected patients seeking care in relation to access to the Drug Access Initiative and to antiretroviral treatment in Côte d'Ivoire. *AIDS*, 2003, 17(Suppl.3):S63-S68.
3. Katz MH, Schwarcz SK, Kellogg TA, Klausner JD, Dilley JW, Gibson S 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.
4. Blower S, Schwartz EJ, Mills J. Forecasting the future of HIV epidemics: the impact of antiretroviral therapies and imperfect vaccines. *AIDS Reviews*, 2003, 5:113-125.
5. Moatti JP, Souteyrand Y. HIV/AIDS social and behavioural research: past advances and thoughts about the future. *Social Science and Medicine*, 2000, 50:1519-1532.
6. Poppen PJ, Reisen CA. Perception of risk and sexual self-protective behavior: a methodological critique. *AIDS Education and Prevention*, 1997, 9:373-390.
7. Bajos N. Social factors and the process of risk construction in HIV sexual transmission. *AIDS Care*, 1997, 9:227-237.
8. Schoepf B. International AIDS research in anthropology: taking a critical perspective on the crisis. *Annual Review of Anthropology*, 2001, 30:335-361.
9. De Cock K, Fowler MG, Mercier E, de Vincenzi I, Saba J, Hoff E et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *JAMA*, 2000, 283:1175-1182.
10. Cooper ER, Charurat M, Mofenson L, Hanson IC, Pitt J, Diaz C et al. Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1-infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission. *AIDS*, 2002, 29:484-494.
11. Dorenbaum A, Cunningham CK, Gelber RD, Culnane M, Mofenson L, Britto P et al. Two-dose intrapartum/newborn nevirapine and standard ARV therapy to reduce perinatal HIV transmission: a randomized trial. *JAMA*, 2002, 288:189-198.
12. Mofenson LM, Munderi P. Safety of antiretroviral prophylaxis of perinatal transmission for HIV-infected pregnant women and their infants. *AIDS*, 2002, 30:200-215.
13. Dabis F, Ekpini ER. HIV-1/AIDS and maternal and child health in Africa. *Lancet*, 2002, 359:2097-2104.
14. *The public health benefits of microbicides: model projections*. Nueva York, Rockefeller Foundation, 2002.
15. Shiver JW, Fu TM, Chen L, Casimiro DR, Davies ME, Evans RK et al. Replication-incompetent adenoviral vaccine vector elicits effective anti-immunodeficiency-virus immunity. *Nature*, 2002, 415:331-335.
16. Klausner RD, Fauci AS, Corey L, Nabel GJ, Gayle H, Berkley S et al. Medicine. The need for a global HIV vaccine enterprise. *Science*, 2003, 300:2036-2039.
17. *Adherence to HIV treatment*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (Departamento de VIH/SIDA, documento técnico interno inédito).
18. Lanièce I, Ciss M, Desclaux A, Diop K, Mbodj F, Ndiaye B et al. Adherence to HAART and its principal determinants in a cohort of Senegalese adults. *AIDS*, 2003, 17 (Suppl.3): S103-S108.
19. Farmer P, Leandre F, Mukherjee JS, Claude M, Nevil P, Smith-Fawzi MC et al. Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. *Lancet*, 2001, 358:404-409.
20. Katzenstein D, Laga M, Moatti JP. The evaluation of the HIV/AIDS Drug Access Initiatives in Côte d'Ivoire, Senegal and Uganda: how access to antiretroviral treatment can become feasible in Africa. *AIDS*, 2003, 17(Suppl.3):S1-S4.
21. Spire B, Duran S, Souville M, Lepout C, Raffi F, Moatti JP et al. Adherence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV-infected patients: from a predictive to a dynamic approach. *Social Science and Medicine*, 2002, 54:1481-1496.
22. Fellay J, Boubaker K, Ledergerber B, Bernasconi E, Furrer H, Battegay M et al. Prevalence of adverse events associated with potent antiretroviral treatment: Swiss HIV Cohort Study. *Lancet*, 2001, 358:1322-1327. Erratum 358:2088.
23. Fliers E, Sauerwein HP, Romijn JA, Reiss P, van der Valk M, Kalsbeek A et al. HIV-associated adipose redistribution syndrome as a selective autonomic neuropathy. *Lancet*, 2003, 362:1758-1760.
24. Reiss P. How bad is HAART for the heart? *AIDS*, 2003, 17:2529-2531.
25. Valdez H, Lederman MM, Woolley I, Walker CJ, Vernon LT, Hise A et al. Human immunodeficiency virus 1 protease inhibitors in clinical practice: predictors of virological outcome. *Archives of Internal Medicine*, 1999, 159:1771-1776.
26. Siliciano JD, Kajdas J, Finzi D, Quinn TC, Chadwick K, Margolick JB et al. Long-term follow-up studies confirm the stability of the latent reservoir for HIV-1 in resting CD4+ T cells. *Nature Medicine*, 2003, 9:727-728.
27. Siliciano JD, Kajdas J, Finzi D, Quinn TC, Chadwick K, Margolick JB et al. A trial of three regimens to prevent tuberculosis in Ugandan adults infected with the human immunodeficiency virus. *New England Journal of Medicine*, 1997, 337:801-808.
28. *L'accès aux traitements du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire*. Paris, Agence Nationale de Recherches sur le Sida, 2001.
29. *L'initiative sénégalaise d'accès aux traitements antiretroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*. Paris, Agence Nationale de Recherches sur le Sida, 2002.
30. Loevinsohn M, Gillespie S. *An 'HIV/AIDS lens' to guide agricultural and food policy in Africa*. Washington, DC, International Food Policy Research Institute, 2003.
31. Moatti JP, Coriat B, Souteyrand Y, Barnett T, Dumoulin J, Flori YA, eds. *Economics of AIDS and access to HIV/AIDS care in developing countries. Issues and challenges*. Paris, Agence Nationale de Recherches sur le Sida, 2003.
32. *Disentangling HIV and AIDS stigma in Ethiopia, Tanzania, and Zambia*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 2003.
33. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science and Medicine*, 2003, 57:13-24.
34. *Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA*. Nueva York, Naciones Unidas, 2001 (Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el VIH/SIDA, 25-27 de junio de 2001).



conclusión

Al principio de este informe conocimos la historia de Joseph Jeune, un campesino haitiano de 26 años. Su caso ilustra cómo la esperanza puede triunfar sobre la desesperación, y es un buen ejemplo de cómo muchas personas son capaces de plantar cara al VIH/SIDA.

Éste es un momento crucial en la historia del VIH/SIDA, una oportunidad sin precedentes para imprimirle un nuevo rumbo. El mensaje más importante del presente informe es que la comunidad internacional tiene ahora la posibilidad de cambiar el curso de la salud para las generaciones futuras y de allanar el camino hacia una mejor salud para todos.

El *Informe sobre la salud en el mundo 2004* describe la propagación mundial del VIH/SIDA a lo largo del último cuarto de siglo. En él también se reseñan los esfuerzos desplegados por los grupos de apoyo, las organizaciones de la sociedad civil, los agentes de salud comunitarios, los investigadores y muchos otros actores para controlarlo y para combatir sus múltiples efectos secundarios, como la estigmatización o la discriminación. Pese a estos esfuerzos, a menudo heroicos, el VIH/SIDA se ha cobrado ya la vida de 20 millones de personas, y se estima que otros 34–46 millones están infectados en estos momentos por el virus, para el que aún no existe vacuna ni curación.

Pero sí existe tratamiento. Joseph Jeune, al igual que muchos otros, está vivo gracias a él. Las fotos de Joseph antes y después de recibir tratamiento son ilustrativas de lo que se puede hacer. La terapia antirretroviral lo ha salvado de una muerte temprana; gracias a ella ha podido volver a trabajar el campo y a cuidar de su familia.

Articular una respuesta eficaz contra el VIH/SIDA es el reto más apremiante que afronta la salud pública mundial. El presente informe, que apuesta por una estrategia integral que aúne prevención, tratamiento, atención y apoyo, pone especial énfasis en la importancia del tratamiento, que en la mayoría de los países en desarrollo ha venido siendo el componente más desatendido.

El tratamiento es la clave para el cambio. De los casi seis millones de personas que en estos momentos precisan tratamiento, sólo unas 400 000 lo recibieron en 2003. Ahora es posible salvar la vida de millones de personas que precisan tratamiento pero aún no pueden acceder a él. Esta convicción es la base sobre la que descansa el compromiso de la OMS y sus asociados de ayudar a suministrar terapia antirretroviral a tres millones de personas en el mundo en desarrollo para el final de 2005, y avanzar más allá de esa meta.

La iniciativa de extensión del tratamiento supera con creces

las capacidades individuales de cualquier organización. Se trata de uno de los proyectos más ambiciosos en la historia de la salud pública, y son muchas las dificultades que comporta. Ahora bien, dentro de los múltiples lazos de asociación forjados dentro de la comunidad internacional, la convicción de que la meta propuesta se *puede* alcanzar está dejando paso al reconocimiento de que se *debe* alcanzar.

Amén de los imperativos de orden moral, que no precisan ser reafirmados, existen otros excelentes motivos para apoyar la iniciativa de extensión del tratamiento. Como se demuestra en este informe, se habían subestimado gravemente los costos económicos y sociales a largo plazo que el VIH/SIDA impone a numerosos países: es posible que algunos países del África subsahariana se vean empujados al borde del colapso económico. La extensión del tratamiento es vital para proteger su estabilidad y seguridad y consolidar los cimientos para su desarrollo futuro. Además, factor éste de inestimable importancia, el tratamiento puede convertirse en acicate de los esfuerzos de fortalecimiento de los sistemas de salud en todos los países en desarrollo.

El robustecimiento de los sistemas de salud es fundamental, no sólo para la lucha contra el VIH/SIDA sino también, en términos más generales, para ampliar el acceso a una mejor atención de salud para quienes más la precisan. En este informe hemos comprobado cómo las organizaciones internacionales, los gobiernos nacionales, el sector privado y las comunidades pueden aunar sus fuerzas formando alianzas para alcanzar ese objetivo.

Los esfuerzos de sensibilización sobre la necesidad de incrementar la inversión internacional en salud, promovidos por la OMS y sus asociados, comienzan a dar fruto. Los países deben sacar de los nuevos fondos que están empezando a tener a su alcance el mayor provecho posible para la salud pública. Aunque eminentemente destinados a la lucha contra el VIH/SIDA, esos recursos pueden contribuir al mismo tiempo al fortalecimiento de algunos de los sistemas de salud más frágiles del mundo.

Más allá de 2005, está el reto de ampliar el tratamiento a muchos millones de personas más y de mantenerlo durante el resto de su vida, instaurando y sosteniendo al mismo tiempo las infraestructuras de salud necesarias para esa ingente tarea. Nadie puede garantizar el éxito de esta acción. Pero la pasividad, lejos de ser perdonada, será juzgada por quienes hoy sufren y mueren sin necesidad y por los historiadores de mañana, que tendrán derecho a preguntar por qué, cuando estaba en nuestras manos cambiar el rumbo de la historia, dejamos escapar esa oportunidad.





anexo estadístico

notas explicativas

Los cuadros de este anexo técnico presentan información sobre los principales indicadores de salud de la población en los Estados Miembros y las regiones de la OMS para 2002, una selección de valores agregados de las cuentas nacionales de salud para el periodo 1997–2001 y estimaciones básicas para indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud 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 indicadores clave relacionados con la salud de la población y la financiación de los sistemas de salud. Los principales resultados incluidos en los cuadros sobre la salud de la población van acompañados de sus respectivos intervalos de incertidumbre, para que el lector conozca el margen de variación plausible de las estimaciones para cada país respecto de cada uno de los indicadores.

Dado que el *Informe sobre la salud en el mundo 2004* ha sido preparado en mucho menos tiempo del habitual, no se ha podido consultar a los Estados Miembros para que nos facilitaran nuevas cifras. En los cuadros 1 a 6 del presente anexo se reproducen por tanto valores correspondientes a los mismos años que los publicados en los cuadros del *Informe sobre la salud en el mundo 2003*. 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 analizaron con ellos y fueron incorporados en la medida de lo posible. Las estimaciones aquí presentadas deberán interpretarse, no obstante, como las mejores estimaciones de la OMS, no como el reflejo de la postura oficial de los Estados Miembros. Para actualizar los cuadros 1 a 6 del anexo sólo se ha incorporado la información enviada por los Estados Miembros a raíz de las consultas de 2003 pero recibida demasiado tarde para poder incluirla

en el *Informe sobre la salud en el mundo 2003*. Además, al revisar los cuadros 2 y 3 se han tenido en cuenta nuevos datos para determinadas causas de defunción descritas más abajo.

Los cuadros del anexo han sido preparados principalmente por el grupo orgánico Pruebas Científicas e Información para las Políticas, en colaboración con órganos homólogos de las oficinas regionales y los Representantes de la OMS en los Estados Miembros. Las seis oficinas regionales han facilitado información actualizada sobre el gasto sanitario obtenida de los Estados Miembros en sus respectivas regiones. Las Oficinas Regionales de la OMS para las Américas y para Europa han proporcionado asimismo datos por causas de defunción remitidos por sus 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 para los 192 Estados Miembros tablas de mortalidad correspondientes a 2002, 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). La OMS emplea un método estándar para estimar y proyectar las tablas de mortalidad de todos los Estados Miembros utilizando datos comparables. Ello puede dar lugar a pequeñas diferencias con respecto a las tablas de mortalidad oficiales preparadas por los Estados Miembros.

Todas las estimaciones del tamaño y 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 *de facto* y no a la población *de jure* de los distintos Estados Miembros. Las tasas de crecimiento anual, el índice de dependencia, el porcentaje de personas de 60 años o mayores y la tasa total de fecundidad también proceden de la base de datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Para facilitar los análisis demográficos, así como los referentes a las causas de defunción y la carga de morbilidad, los 192 Estados Miembros se han dividido en cinco estratos de mortalidad en función de 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 epidemiológicas, pues no todos los estratos de mortalidad están representados en todas las regiones. Esas subregiones se definen en las páginas 168–169 y se utilizan en los cuadros 2 y 3 del presente anexo 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 según procediera 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) para 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 informa-

ción suplementaria sobre la mortalidad de adultos. Las cifras relativas a la esperanza de vida, la mortalidad de menores de cinco años, entendida como probabilidad de morir antes de cumplir los cinco años de edad, y la mortalidad de adultos con edades comprendidas entre los 15 y los 60 años se han obtenido directamente de las tablas de mortalidad.

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/SIDA ha adquirido grandes proporciones, el análisis de la incertidumbre de las tablas de mortalidad incorpora estimaciones recientes del 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 epidemiológicas 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).

Las estimaciones regionales y mundiales de la mortalidad y la carga de morbilidad por causas para 2002 consignadas en los cuadros 2 y 3 se han actualizado con respecto a los datos publicados en el *Informe sobre la salud en el mundo 2003*, no sólo para tener en cuenta revisiones de las tablas de mortalidad correspondientes a un número reducido de países sino también para incluir las estimaciones de mortalidad revisadas para determinadas causas, sobre la base de información mejorada y datos recientes.

Las estimaciones de la mortalidad por VIH/SIDA se han revisado para tener en cuenta fuentes de datos nuevas y diferentes, como las encuestas domiciliarias nacionales, así como información mejorada sobre epidemias emergentes en las Américas, Asia y Europa oriental (8). En la revisión de los cuadros 2 y 3 se han incorporado las estimaciones más recientes de que se disponía (al mes de febrero de 2004) para los países. La prevalencia de la tuberculosis y la mortalidad para 2002 se han revisado sobre la base de los últimos datos contenidos en las notificaciones de casos de tuberculosis, las tasas de tratamiento y las tasas de letalidad publicados en el *Informe mundial sobre el control de la tuberculosis 2004* de la OMS.

Las estimaciones de la mortalidad por sarampión se han revisado para tomar en cuenta información nueva sobre los efectos de las campañas suplementarias de inmunización en la reducción de este tipo de mortalidad. En África el número y la calidad de esas campañas han mejorado notablemente desde 2000. Las estimaciones de defunciones causadas en 2002 por la tos ferina y la poliomielitis también han sido revisadas para tener en cuenta información nueva sobre las notificaciones y la cobertura inmunitaria. La incidencia y mortalidad relacionadas con el tétanos neonatal y materno se han revisado para tener en cuenta la ejecución de actividades suplementarias de vacunación con anatoxina tetánica. Esas actividades, dirigidas a todas las mujeres en edad fecunda de los distritos de mayor riesgo, se han llevado a cabo desde 1999 en 29 países.

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 disponible sobre las causas de defunción en cada subregión y de las estimaciones regionales o de país de la incidencia y prevalencia de las enfermedades y los traumatismos. Estas últimas se basan en una evaluación y un análisis sistemáticos de los datos de que disponen los programas técnicos de la OMS sobre las enfermedades y los traumatismos más importantes, así como en la colaboración con especialistas científicos de todo el mundo (16). 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 de plena salud que probablemente vivirá un recién nacido teniendo en cuenta las tasas de morbilidad y mor-

talidad 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.

La cuantificación *del tiempo pasado con mala salud* se basa en una combinación de estimaciones de afecciones específicas del estudio sobre la Carga Mundial de Morbilidad y estimaciones de la prevalencia de diferentes estados de salud por edad y sexo procedentes del MCSS, ponderadas mediante valoraciones del estado de salud (28). Los datos del estudio sobre la Carga Mundial de Morbilidad 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 sobre la base de la Carga Mundial de Morbilidad y 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 la EVAS (29).

En 2001 y 2002 los métodos utilizados por la OMS para calcular la esperanza de vida sana fueron objeto de una revisión científica, que fue llevada a cabo por el Grupo de Examen Científico Colegiado establecido por la Directora General en respuesta a una petición del Consejo Ejecutivo de la OMS (EB107.R8). En su informe final a la Directora General (30), el Grupo consideraba que la metodología utilizada para medir la EVAS estaba muy perfeccionada, y hacía varias recomendaciones técnicas que más tarde se tendrían en cuenta para las estimaciones presentadas en el cuadro 4. En particular,

se han tomado medidas para incluir en los cálculos las personas residentes en instituciones de salud, así como la comorbilidad dependiente (16).

El cuadro 4 presenta las siguientes estimaciones correspondientes a 2002 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 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 no se goza de plena salud.

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 financiación hasta la distribución de las prestaciones, según parámetros geográficos, demográficos, socioeconómicos y epidemiológicos. Las CNS están relacionadas con las cuentas macroeconómicas y macrosociales, cuya metodología aprovechan.

En el cuadro 5 figuran las mejores estimaciones de que la OMS disponía al mes de julio de 2003 para cada uno de sus 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 estimación 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 información adicional, según proceda. Las constructivas respuestas de los ministerios han aportado una valiosa información 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 gubernamenta-

les, 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 1997–2001. Las cifras se actualizaron en todos los casos en que se obtuvo 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: detailed tables 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. Para los Emiratos Árabes Unidos, el Iraq y el Líbano, se han utilizado los datos de la Comisión Económica y Social de las Naciones Unidas para Asia Occidental.

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), así como datos no publicados del Departamento de Estudios del FMI, por ejemplo para Cabo Verde, las Comoras, Djibouti, Eritrea, Gambia, Ghana, Guinea, Mauritania y Santo Tomé y Príncipe. 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 a la República Popular Democrática de Corea y a Timor-Leste se obtuvieron de informes sobre políticas, ya que ninguna de las fuentes estadísticas corrientes tenía información sobre esos países. De modo análogo, las estimaciones para el Afganistán, Liberia y Somalia proceden del sitio web de la División de Estadística de las Naciones Unidas (UNSTAT). Las estimaciones para Guinea Ecuatorial se han obtenido del Banco de los Estados del África Central (BEAC).

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 esas dos provincias, por tratarse de territorios que se hallaban bajo la administración de las Naciones Unidas. La estimación correspondiente a 2001 también se extrapoló sin incluir esas provincias.

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. 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, el gasto sanitario debe abarcar todos 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 sufragan 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 GGGS 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 siguiendo la clasificación de las finanzas públicas que se hace en la publicación del FMI 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 financiación 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 2003*. 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, calcu-

lados dividiendo las unidades de la moneda local por una estimación de su paridad de poder adquisitivo (PPA) en comparación con el dólar estadounidense, 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 asegurar la coherencia en las bases de cálculo del 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 Zelandia 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.

CUADRO 7

En septiembre de 2000, los representantes de los 189 países reunidos en Nueva York en la Cumbre del Milenio se comprometieron a esforzarse por avanzar hacia un mundo en el que el sostenimiento del desarrollo y la eliminación de la pobreza tuviesen máxima prioridad. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que sintetizan esos compromisos, han sido aceptados comúnmente como marco para medir los avances logrados en materia de desarrollo. Los ODM forman parte integrante de la *Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas*, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (43). La salud ocupa un lugar destacado dentro de ellos: tres de los ocho objetivos, así como 17 indicadores de progreso, están relacionados con ella. Los ODM facilitan la creación de marcos normativos nacionales, por ejemplo estrategias de reducción de la pobreza o políticas sanitarias nacionales centradas en los pobres, y el seguimiento del desempeño de los programas y sistemas de salud. Aunque los ODM no abarcan la totalidad de las esferas que integran la salud pública, una interpretación general de los objetivos brinda una oportunidad para dar respuesta a importantes problemas transversales y a limitaciones fundamentales que coartan la salud y el desarrollo. Algunas limitaciones comunes incluyen los recursos

humanos para la salud, la financiación de la atención sanitaria y la capacidad gubernamental, sobre todo en la esfera de la rectoría.

La OMS está colaborando estrechamente con otras instituciones de las Naciones Unidas para informar sobre los ODM relacionados con la salud. La OMS comparte con el UNICEF la función de organismo principal encargado de informar sobre la mortalidad en la niñez, la salud materna, el estado nutricional de los niños, las medidas de prevención de la malaria y el acceso a agua salubre; y con el ONUSIDA, la función de informar sobre la prevención del VIH. En el plano mundial, se han instaurado mecanismos interinstitucionales destinados a asegurar la coherencia técnica en el acopio, análisis y validación de los datos relacionados con los ODM y definir las responsabilidades en materia de presentación de informes. A nivel de los países, la OMS, por conducto de sus representantes en ellos, actúa en los equipos de país de las Naciones Unidas como la principal autoridad encargada del contenido de los ODM relacionados con la salud.

El cuadro 7 ofrece información de referencia para los Estados Miembros de la OMS respecto a algunos indicadores de los ODM relacionados con la salud. En las notas que figuran a continuación se resumen las definiciones, los métodos de medición y las fuentes de información, y se incluyen referencias adicionales para los indicadores de los ODM relacionados con la salud.

Porcentaje de menores de cinco años con insuficiencia ponderal

El método internacionalmente recomendado para determinar el grado de malnutrición de una población consiste en realizar mediciones antropométricas (por ejemplo del peso y la talla) y relacionarlas con la edad o la estatura de cada persona. En el caso de los niños, los tres índices antropométricos más comúnmente empleados son el peso para la talla, la talla para la edad y el peso para la edad. Los valores antropométricos de individuos o poblaciones se comparan cotejándolos con un conjunto de valores de referencia; la elección de la población de referencia influye de forma importante en el cálculo de la proporción de niños malnutridos o sobrealimentados. Desde finales del decenio de 1970, la OMS viene recomendando, para el cotejo de datos relacionados con el crecimiento de los niños, el patrón de crecimiento del Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias de los Estados Unidos (NCHS), la llamada población de referencia internacional NCHS/OMS.

Las fuentes de los datos presentadas en el cuadro 7 son encuestas poblacionales que reúnen los siguientes criterios básicos:

- un marco muestral debidamente definido basado en la población;
- un procedimiento de muestreo probabilístico con un mínimo de 400 niños;
- la utilización de técnicas de uso común en las mediciones antropométricas;
- presentación de la prevalencia de la insuficiencia ponderal en función de puntos críticos de los valores z (reflejo de la desviación estándar) en relación con la referencia internacional NCHS/OMS, o disponibilidad de datos brutos que permitieran realizar un análisis normalizado.

Las cifras consignadas en el cuadro son estimaciones para cada Estado Miembro realizadas a partir de las últimas encuestas poblacionales disponibles que cumplen esos criterios (44–46).

Tasa de mortalidad de menores de cinco años

La tasa de mortalidad de menores de cinco años refleja la probabilidad (expresada en defunciones por 1000 nacidos vivos) que tiene un niño nacido en un determinado año de fallecer antes de cumplir los cinco años de edad, suponiendo que se mantengan las tasas de mortalidad por grupos de edad del momento. La mortalidad de menores de cinco años representa más del 90% de las defunciones de niños menores de 18 años a escala mundial.

Las tasas de mortalidad por grupos de edad según los nacimientos y las defunciones se han calculado a partir de registros civiles, censos y/o encuestas domiciliarias. Cuando se recurre a las encuestas domiciliarias, las estimaciones de defunciones de menores de cinco años se obtienen bien mediante encuestas a base de indicadores múltiples (MICS) directas (utilizando la historia reproductiva, al igual que en las encuestas demográficas y de salud), bien con técnicas indirectas (por ejemplo, el método de Brass utilizado para las MICS). Si la mortalidad es elevada, el método indirecto tiende a sobreestimar la mortalidad infantil y a subestimar la mortalidad en la niñez.

Las fuentes empleadas para calcular las tasas de mortalidad en la niñez para los Estados Miembros de la OMS incluyen encuestas demográficas y de salud, MICS, sistemas nacionales de registro civil y censos nacionales (16). Las tasas de mortalidad de menores de cinco años para 2000 aquí publicadas han sido revisadas para asegurar su coherencia con las cifras correspondientes a 2002 incluidas en el cuadro 1, utilizando el mismo ciclo de información, y pueden diferir de estimaciones previamente publicadas de la mortalidad de menores de cinco años para el año 2000.

Tasa de mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil refleja la probabilidad (expresada en defunciones por 1000 nacidos vivos) que tiene un niño nacido en un determinado año de fallecer antes de cumplir un año, suponiendo que se mantengan las tasas de mortalidad por grupos de edad del momento.

Cuando se emplean encuestas domiciliarias, las estimaciones de la mortalidad infantil se obtienen bien de forma directa (utilizando la historia reproductiva, al igual que en las encuestas demográficas y de salud), bien con técnicas indirectas (por ejemplo, el método de Brass empleado para las MICS). Si se utilizan estimaciones indirectas, las estimaciones de la mortalidad infantil tienen que ser coherentes con las estimaciones de las defunciones de menores de cinco años. Las fuentes empleadas para calcular las tasas de mortalidad infantil correspondientes a los Estados Miembros de la OMS incluyen sistemas nacionales de registro civil, encuestas demográficas y de salud, MICS y censos nacionales (16).

Porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión

Las estimaciones de la cobertura inmunitaria se basan generalmente en dos fuentes de datos empíricos: informes de las vacunaciones realizadas por dispensadores de servicios (datos registrados de forma rutinaria) y encuestas que contienen apartados sobre la historia de vacunación de los niños (encuestas de cobertura). Para las estimaciones basadas en datos registrados de forma rutinaria, la cobertura inmunitaria se calcula dividiendo el número total de vacunas administradas por el número de niños de la población objeto de estudio. Para la mayoría de las vacunas, la población objeto de estudio equivale al número anual de nacimientos registrados en el país o al número

de lactantes sobrevivientes (esto puede variar en función de la política seguida por cada país y del tipo de vacuna).

Para las estimaciones basadas en las encuestas de cobertura inmunitaria, el denominador corresponde a los niños de 12 a 23 meses que habían recibido al menos una vacuna antisarampionosa en el momento de la encuesta o antes de cumplir los 12 meses.

La cobertura de inmunización contra el sarampión para 2001 se basa en el examen realizado por la OMS y el UNICEF de los datos de cobertura obtenidos a partir de registros administrativos, encuestas, informes nacionales y consultas con expertos locales y regionales (47-49).

Razón de mortalidad materna

La *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos*, en su décima revisión (CIE-10), define la muerte derivada de la maternidad como: la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de un plazo de 42 días una vez concluido éste, cualquiera que haya sido la duración del embarazo y el lugar donde éste se haya producido, por cualquier causa relacionada con el embarazo o agravada por éste o por el tratamiento recibido en relación con él, pero no por causa accidental o incidental. Para medir la mortalidad materna de un modo fiable al tiempo que costoeficaz, es imprescindible contar con un registro exhaustivo de defunciones y causas de defunción. De no ser así, es preciso recurrir a una serie de métodos o modelos para estimar los niveles de mortalidad materna. La OMS recomienda diferentes métodos de medición, dependiendo del sistema de registro civil empleado en cada país y de su capacidad para asegurar la observación directa de las muertes derivadas de la maternidad.

Para los Estados Miembros con registros civiles apropiados (cobertura del 90%, certificación médica de la causa de defunción), éstos constituyen la fuente principal para el recuento directo de las muertes derivadas de la maternidad en un determinado periodo. Los errores de clasificación y codificación son frecuentes en lo que respecta a las defunciones maternas, máxime cuando en los certificados de defunción se omite el estado de embarazo de la mujer. Se precisan, por tanto, metodologías de ajuste para realizar estimaciones más exactas de la mortalidad materna (las defunciones maternas notificadas se ajustan aplicando el factor de ajuste notificado para el país en cuestión o, en su defecto, un factor de 1,5).

Para los Estados Miembros que no cuentan con registros civiles exhaustivos pero sí disponen de estimaciones de la mortalidad materna calculadas a partir de encuestas de base poblacional, la encuesta de demografía y salud y las MICS emplean un método basado en la supervivencia de hermanos, en el marco del cual se plantean a los encuestados diversas preguntas sobre la supervivencia de sus hermanas adultas en relación con el periodo que rodeó el embarazo y el parto.

En el caso de los Estados Miembros que carecen de datos nacionales fiables sobre la mortalidad materna, la modelización estadística es la única opción viable. La OMS, el UNICEF y el FNUAP han elaborado estimaciones basadas en modelos. Se utiliza un modelo estadístico para estimar la proporción de defunciones de mujeres en edad fecunda atribuibles a causas relacionadas con la maternidad. Las estimaciones del número de defunciones maternas se obtienen seguidamente aplicando dicha proporción a la mejor cifra disponible para el número total de muertes registradas entre las mujeres en edad fecunda; ese mejor valor disponible es, en estos momentos, la cifra que da la OMS para el conjunto de defunciones femeninas ajustado en función del VIH.

Otros métodos empleados a este respecto son los siguientes: análisis de todas las defunciones de mujeres en edad fecunda (Encuesta sobre la mortalidad durante la etapa reproductiva (RAMOS)), estudios longitudinales centrados en mujeres embarazadas, encuestas domiciliarias a gran escala repetidas, e inclusión en los censos nacionales de preguntas relacionadas con la mortalidad materna. Todos estos métodos exigen, aun así, que se disponga de datos fiables sobre las defunciones de mujeres embarazadas y las causas de mortalidad conexas, que son difíciles de obtener.

Para más información sobre los métodos y fuentes de datos utilizados por la OMS, el UNICEF y el FNUAP, véase la reciente publicación conjunta *Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA* (14).

Porcentaje de partos atendidos por personal de salud calificado

La expresión «asistente de partería calificado» se aplica exclusivamente a personas con conocimientos de partería (por ejemplo, médicos, parteras y enfermeras) que cuentan con la formación y competencia necesarias para atender partos normales y diagnosticar o tratar complicaciones obstétricas. Estos profesionales deben estar capacitados para prestar asistencia durante el trabajo de parto y el parto normales, reconocer la aparición de complicaciones, realizar intervenciones esenciales, iniciar el tratamiento y supervisar la derivación de la madre y el recién nacido para intervenciones que desborden sus competencias o resulten imposibles en el servicio en cuestión. Las parteras tradicionales, con o sin formación, quedan excluidas de la categoría de asistentes de partería calificados.

Para la mayoría de los países, la principal fuente de información sobre la prestación de asistencia especializada durante el parto son las encuestas domiciliarias (14). Aunque se están adoptando medidas para normalizar las definiciones relativas a los asistentes de partería calificados, subsisten dudas sobre la comparabilidad de algunos de los resultados entre los países y, dentro de éstos, en diferentes momentos. Aunque la OMS ha definido las competencias específicas con que han de contar los asistentes calificados, no ha habido un esfuerzo sistemático encaminado a asegurar que los grupos incluidos en esa categoría efectivamente las reúnan. En algunos entornos, los grupos de dispensadores incluidos en la categoría de asistentes calificados comprenden personas que muchas veces carecen de los conocimientos y la experiencia necesarios para tratar de un modo seguro posibles complicaciones relacionadas con el parto.

Existen otros interrogantes relacionados con la manera de reunir los datos relativos a la dispensación de atención especializada durante el parto, como por ejemplo:

- la duda de hasta qué punto las personas encuestadas pueden informar de forma fiable sobre las competencias de los asistentes de partería;
- el posible sesgo asociado al hecho de que la mayoría de las encuestas domiciliarias se centran en los partos registrados durante los últimos cinco años, lo que hace que se omitan muchos resultados sanitarios adversos que se concentran desproporcionadamente entre las mujeres que han sufrido problemas tales como muertes prenatales o abortos;
- la posible sobrerrepresentación de mujeres con cortos intervalos intergenésicos que muy probablemente presenten otros factores de riesgo para el padecimiento de desenlaces adversos, como la multiparidad, un bajo nivel educativo o la falta de contacto con otros servicios de salud (por ejemplo de planificación familiar). Las encuestas deben incluir únicamente los partos más recientes para el periodo de estudio.

Prevalencia del VIH entre los adultos de 15–49 años

Reflejo de la proporción de la población total de adultos de 15–49 años infectados por el VIH, este indicador incluye a las personas que han desarrollado el SIDA pero no a las que han fallecido de resultas de la enfermedad. El ONUSIDA y la OMS han elaborado para la mayoría de los Estados Miembros estimaciones de la prevalencia del VIH, que se revisan periódicamente a fin de actualizarlas con nuevos datos y métodos mejorados (7, 8, 50). Para la última ronda de estimaciones se han utilizado dos tipos de modelos, según la naturaleza de la epidemia en cada país. Con las epidemias generalizadas, en las que la infección se propaga principalmente por contacto heterosexual, se empleó un modelo epidemiológico simple para estimar las curvas epidémicas a partir de los datos de seroprevalencia del VIH obtenidos mediante vigilancia centinela. En los países donde la epidemia se concentra en los grupos de alto riesgo, las estimaciones de prevalencia se basaron en el tamaño estimado de la población y los datos aportados por la vigilancia de la prevalencia para cada una de las categorías de alto riesgo.

Las cifras de prevalencia del VIH facilitadas en el presente informe para 2000 han sido revisadas con respecto a las publicadas anteriormente para tener en cuenta datos nuevos y están en consonancia con las últimas estimaciones de las tasas de prevalencia para 2003 realizadas por el ONUSIDA y la OMS.

En el caso de un reducido número de países para los que no se pudieron conseguir estimaciones directas de la seroprevalencia del VIH (incluidos los casos de SIDA), los datos se calcularon ajustando las estimaciones de la prevalencia regional en función de la razón entre la mortalidad por VIH en el país y la mortalidad por VIH en la región. Dado que los países atraviesan distintas etapas de la epidemia, la relación entre prevalencia y mortalidad puede variar de uno a otro.

Tasa de mortalidad por malaria

En la mayoría de los países africanos no es posible asegurar una vigilancia rutinaria de la mortalidad específicamente asociada a la malaria, ya que escasean los sistemas capaces de medir fiablemente las defunciones a ella atribuibles. Los signos y síntomas de la malaria (como la fiebre o las convulsiones) son inespecíficos y coinciden con los de otras afecciones, de modo que los métodos de autopsia verbal presentan escasa sensibilidad y especificidad para esta enfermedad. Dado que la malaria puede incrementar la vulnerabilidad de los niños pequeños a otras infecciones, muchas defunciones infantiles pueden estar relacionadas con la malaria sin ser directamente atribuibles a ella. Además, la mayoría de las muertes se dan fuera de los hospitales y no son registradas de forma sistemática en el sistema de información sanitaria; es pues poco probable que queden recogidas en los registros civiles, que suelen ser incompletos.

Las cifras de la mortalidad por malaria han sido estimadas para todas las regiones, salvo África, a partir de las fuentes de datos sobre causas de defunción descritas supra en las notas del cuadro 2. En lo que respecta a la Región de África, las estimaciones de la mortalidad por malaria para los distintos países se basaron en análisis de Snow et al. (13) y se actualizaron teniendo en cuenta las últimas distribuciones geográficas derivadas de la cartografía del riesgo malárico en África (MARA), así como la información disponible sobre las tasas totales de mortalidad en la niñez y las contribuciones de otras causas específicas. En estos momentos, se está colaborando con grupos de expertos para depurar y revisar esas estimaciones por países de la mortalidad atribuible a la malaria.

Prevalencia de la tuberculosis (excluidas las personas infectadas por el VIH)

En 1997 la OMS empezó a elaborar estimaciones por países de la incidencia y prevalencia de la tuberculosis y de la mortalidad por esa causa. Las fuentes de datos y los métodos han sido descritos detalladamente en otro lugar (6). En breves palabras, la incidencia se estima a partir de los casos notificados, ajustados en función de las tasas estimadas de detección de casos; de los datos de prevalencia sobre la enfermedad activa combinados con estimaciones de la duración media de los casos; o de las estimaciones del riesgo de infección, multiplicadas por un factor escalar que relaciona la incidencia de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva con el riesgo anual de infección.

Desde la finalización de las estimaciones originales para 1997, se han preparado estimaciones revisadas y actualizadas. La mayoría de los países que informan a la OMS han facilitado datos de notificación que presentan tendencias interpretables, pero sin otros datos acerca de cambios importantes en las tasas de detección de casos. Para la mayor parte de los países se ha partido, por tanto, del supuesto de que las tendencias de las tasas de detección se corresponden con las tendencias de las tasas de incidencia. Los informes anuales sobre el control de la tuberculosis han ido incorporando información más detallada sobre los métodos de vigilancia, las notificaciones de casos y las estimaciones de la incidencia por países (51).

Los casos de tuberculosis incluyen a todas las personas en las que esta enfermedad ha sido confirmada y diagnosticada bacteriológicamente por un médico clínico: *casos comprobados* (con cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis*), *casos pulmonares con baciloscopia positiva*, *casos pulmonares con baciloscopia negativa pero con signos clínicos*, *tuberculosis extrapulmonar* y *casos recidivantes* (casos anteriormente declarados ya curados que presentan nuevos episodios).

Las tasas de prevalencia de la tuberculosis aquí consignadas abarcan todas las formas de tuberculosis, excepto los casos que se dan en personas VIH-positivas. De conformidad con la Clasificación Internacional de Enfermedades, el VIH se clasifica como la causa subyacente de morbilidad o mortalidad en las personas seropositivas que padecen tuberculosis. Aunque en otros documentos se señalan, para este indicador de los ODM, las tasas totales de prevalencia de la tuberculosis, incluidos los casos de tuberculosis en personas VIH-positivas, en el cuadro 7 del anexo se reseña la prevalencia de tuberculosis no asociada a la infección por VIH, en aras de la coherencia con el indicador relativo a la mortalidad por tuberculosis. La prevalencia total de la tuberculosis para 2000 se estima en unos 8 millones; otras 700 000 personas seropositivas también padecen esta enfermedad.

La prevalencia correspondiente a 2000 para todas las formas de tuberculosis (excluidos los casos de personas VIH-positivas) se calculó multiplicando la incidencia estimada por la duración estimada. Las estimaciones de duración correspondientes a los distintos países se ponderaron teniendo en cuenta la proporción de casos tratados y la proporción de casos con baciloscopia positiva. Estas prevalencias pueden diferir de otras cifras publicadas anteriormente para 2000, ya que han sido actualizadas a la luz de los nuevos datos facilitados por los Estados Miembros. En el caso de los Estados Miembros para los que se han utilizado datos de los sistemas nacionales de registro civil al estimar la mortalidad por tuberculosis, las estimaciones de la incidencia y la prevalencia han sido revisadas en aras de la coherencia con las estimaciones de las defunciones, las estimaciones de las tasas de letalidad para los casos tratados y no tratados, y la proporción de casos incidentes tratados.

Tasa de mortalidad por tuberculosis

La *tasa de mortalidad* atribuible a la tuberculosis se calcula multiplicando la incidencia por la tasa estimada de letalidad, que se pondera en función de la proporción de casos tratados y la proporción de casos con baciloscopia positiva (6, 51). Las defunciones por tuberculosis en personas seropositivas no se incluyen sino que se atribuyen al VIH/SIDA. Para los Estados Miembros con datos exhaustivos o de una calidad razonablemente buena basados en el registro de defunciones, las tasas de mortalidad se obtienen mediante observación directa o mediante el recuento de las defunciones registradas por tuberculosis. Las tasas de mortalidad aquí consignadas pueden diferir de las cifras anteriormente publicadas para 2000, ya que se han actualizado para tener en cuenta nuevos datos proporcionados por los Estados Miembros.

Proporción de casos de tuberculosis con baciloscopia positiva detectados y tratados con éxito mediante DOTS

El instrumento recomendado para el control de la tuberculosis es el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS), una estrategia de bajo costo que podría prevenir millones de casos y de muertes en los próximos años. DOTS es una estrategia de control de la tuberculosis que descansa sobre los cinco pilares siguientes: i) compromiso sostenido de los gobiernos; ii) detección de casos mediante microscopia de esputo entre las personas sintomáticas; iii) suministro regular e ininterrumpido de medicamentos de alta calidad; iv) seis a ocho meses de tratamiento regularmente supervisado (incluida la observación directa de la toma de fármacos, al menos durante los dos primeros meses); v) sistemas de notificación que permitan supervisar los progresos en los tratamientos y el desempeño de los programas.

Para que la estrategia DOTS resulte eficaz, habrá que ampliar la detección de casos y asegurar al mismo tiempo tasas elevadas de éxito terapéutico. Estos dos indicadores reflejan las dos metas nacionales principales de la estrategia que deberán alcanzarse para cada uno de los países que participan en ella, a saber: una tasa de éxito terapéutico del 85% y una tasa de detección de casos del 70%. Muchos de los 155 programas nacionales de DOTS en marcha desde finales de 2001 han demostrado su capacidad para lograr altas tasas de éxito terapéutico, cercanas a la meta del 85% o incluso superiores. La tasa media mundial de éxito terapéutico para los programas de DOTS era de un 82% para la cohorte de pacientes registrados en 2000, aunque las tasas de curación tienden a ser más bajas y las tasas de mortalidad más altas en los lugares donde la resistencia medicamentosa es frecuente o las tasas de prevalencia del VIH son elevadas.

Estos indicadores se calculan a partir de las notificaciones de casos detectados y tratados con éxito recibidas de los distintos países (51). La *tasa de detección DOTS* es el porcentaje estimado de casos nuevos de tuberculosis infecciosa detectados mediante la estrategia DOTS de detección y tratamiento de casos. Los casos notificados sólo representan una parte del número real de casos que aparecen en los países, debido a la falta de cobertura de los servicios de salud, los errores de diagnóstico o las deficiencias en materia de registro y notificación.

La *tasa de éxito terapéutico DOTS* es el porcentaje de casos nuevos registrados con baciloscopia positiva (infecciosos) que han sido curados (identificados como conversión bacteriológica de positivo en negativo) o para los que se ha completado un ciclo completo de tratamiento DOTS. Los casos «tratados con éxito» equivalen, por consiguiente, a la suma de los casos «curados» y los casos en que se ha «completado un ciclo entero de tratamiento». La OMS compila sistemáticamente datos para los

seis desenlaces comunes, mutuamente excluyentes, que puede tener el tratamiento. Las cifras se presentan en forma de porcentajes para todos los casos registrados, de modo que los seis desenlaces posibles más la fracción de casos no evaluados suman un 100%. Aunque el éxito terapéutico se expresa en porcentajes, lo habitual es referirse a él como «tasa de éxito terapéutico».

Porcentaje de la población que utiliza combustibles sólidos

Los combustibles sólidos incluyen combustibles de biomasa, como la madera, los residuos agrícolas, el estiércol animal, el carbón vegetal y el carbón mineral. En muchos países en los que una proporción importante de la población utiliza combustibles sólidos para cocinar, los datos sobre consumo de energía en el hogar están ampliamente disponibles, aunque el acceso no esté generalizado. Ése es el caso de unos 60 Estados Miembros. Para los países que carecen de datos, la OMS ha elaborado un modelo estadístico que permite predecir el consumo doméstico de combustibles sólidos a partir de una serie de parámetros relacionados con el desarrollo. Conforme los países se desarrollan, las personas tienden a ir sustituyendo los combustibles sólidos por otros más limpios.

Dentro del proceso de modelización, se barajaron indicadores muy dispares, como las tasas medias de crecimiento anual, el consumo per cápita de electricidad y petróleo, el coeficiente de Gini, la producción de leña per cápita y el uso de combustibles tradicionales por países. Dado que los datos relativos al consumo de combustibles tradicionales a nivel de países presentaban una evolución similar al producto nacional bruto (PNB) per cápita, teniendo en cuenta que este último es más fiable, se actualiza de forma más sistemática y está ampliamente disponible, se optó por utilizar en el modelo este último valor en lugar del consumo de combustibles tradicionales. El modelo final incluye el porcentaje de población rural, la ubicación dentro de la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS (factor éste que se consideró importante por ser indicativo de producción de petróleo), el PNB per cápita (madera transformada) y el consumo de petróleo per cápita (52). Esto concuerda con la teoría de que el consumo doméstico de combustibles sólidos disminuye a la par que aumenta el crecimiento económico y el grado de urbanización.

Porcentaje de la población con acceso sostenible a fuentes de abastecimiento de agua mejoradas

El monitoreo de la población con acceso a fuentes adecuadas de abastecimiento de agua ha resultado problemático, ya que las estimaciones realizadas por los proveedores de servicios no suelen aportar los suficientes datos. En consecuencia, la OMS y el UNICEF han pasado a emplear información basada en el consumidor para estimar la cobertura de agua y saneamiento (53). Los datos proceden principalmente de dos fuentes: las encuestas domiciliarias y los cuestionarios de evaluación (para complementar los datos de las encuestas o facilitar estimaciones cuando no se dispusiera de tales datos). Esto permite presentar un panorama mucho más detallado de las técnicas de abastecimiento de agua que se están empleando. También es un buen medio para obtener información sobre el uso e interrupción de las instalaciones de abastecimiento de agua construidas por los propios consumidores, y que los proveedores de servicios a menudo desconocen.

Las encuestas de base poblacional no facilitan información específica sobre la idoneidad de las instalaciones de abastecimiento de agua. Se presume que determinados tipos de técnicas son más saludables que otras y que algunas de ellas no pueden

tenerse en cuenta a la hora de determinar el grado de cobertura. El término «salubre» ha quedado sustituido por el de «mejorado». Se considera que la población con acceso a fuentes de abastecimiento de agua mejoradas está cubierta. Se entiende por «fuente mejorada» la que puede producir unos 20 litros diarios por persona y se halla a una distancia no superior a 1000 metros del usuario. Las siguientes modalidades se consideran fuentes mejoradas de abastecimiento de agua: conexión doméstica, toma de agua pública, pozo de barrena, pozo excavado protegido, manantial protegido, captación del agua de lluvia.

Porcentaje de la población urbana con acceso a servicios de saneamiento mejorados

El monitoreo del acceso a servicios de saneamiento adecuados ha resultado complicado por los mismos motivos que acaban de describirse para el abastecimiento de agua. La OMS y el UNICEF han pasado a emplear información basada en el consumidor para estimar la cobertura de saneamiento, recurriendo para ello principalmente a dos fuentes: las encuestas domiciliarias y los cuestionarios de evaluación (para complementar los datos de las encuestas o facilitar estimaciones cuando no se dispusiera de tales datos) (53). Esto permite presentar un panorama mucho más detallado de las técnicas de saneamiento que se están empleando. También es un buen medio para obtener información sobre el uso e interrupción de las instalaciones construidas por los propios consumidores, y que los proveedores de servicios a menudo desconocen.

Al igual que ocurre con el acceso a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua, las encuestas de base poblacional tampoco facilitan información específica sobre la idoneidad de los servicios de saneamiento. Al entenderse que determinadas técnicas son mejores que otras y que algunas no pueden tenerse en cuenta a la hora de determinar el grado de cobertura, se optó por sustituir el término «adecuado» por el de «mejorado», con ánimo de reflejar esas limitaciones. Las siguientes modalidades representan servicios de saneamiento mejorados: conexión a una alcantarilla pública, conexión a un sistema séptico, letrina de sifón, letrina de pozo sencilla, letrina de pozo mejorada con ventilación.

Referencias

1. Lopez AD, Ahmad O, Guillot M, Ferguson BD, Salomon JA, Murray CJL et al. *World mortality in 2000: life tables for 191 countries*. 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 23 de febrero de 2004).
3. *World population prospects – the 2002 revision*. Nueva York, División de Población de las Naciones Unidas, 2003.
4. Murray CJL, Ferguson BD, Lopez AD, Guillot M, Salomon JA, Ahmad O. Modified logit life table system: principles, empirical validation and application. *Population Studies*, 2003, 57:1–18.
5. Salomon JA, Mathers CD, Murray CJL, Ferguson B. *Methods for life expectancy and healthy life expectancy uncertainty analysis*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (Documento de trabajo N° 10 de GPE; <http://www.who.int/evidence>, visitado el 23 de febrero de 2004).
6. Dye C, Scheele S, Dolin P, Pathania V, Raviglione M. Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence and mortality by country. *JAMA*, 2002, 282:677–686.
7. 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.
8. ONUSIDA/OMS. *Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre de 2003*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), 2003 (documento ONUSIDA/03.39S).
9. Boschi-Pinto C, Tomaskovic L, Gouws E, Shibuya K. *Diarrhoea mortality in under-fives in the developing world*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en prensa).
10. Stein C, Birmingham M, Kurian M, Duclos P, Strebel P. The global burden of measles in the year 2000 – a model that uses country-specific indicators. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187(Suppl.1):S8–S14.
11. Crowcroft NS, Stein C, Duclos P, Birmingham M. How to best estimate the global burden of pertussis? *Lancet Infectious Diseases*, 2003, 3:413–418.
12. Williams BG, Gouws E, Boschi-Pinto C, Bryce J, Dye C. Estimates of world-wide distribution of child deaths from acute respiratory infections. *Lancet*, 2002, 2:25–32.
13. Snow RW, Craig M, Deichmann U, Marsh K. Estimating mortality, morbidity and disability due to malaria among Africa's non-pregnant population. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:624–640 (resumen en español).
14. Abouzahr C, Wardlaw T. *Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003. (http://wwwstage/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2000/index.html, visitado el 25 de febrero de 2004).
15. Mathers CD, Shibuya K, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJ. 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, Bernard C, Iburg K, Inoue M, Ma Fat D, Shibuya K et al. *The global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (Documento de trabajo N° 54 de GPE; <http://www.who.int/evidence>, visitado el 23 de febrero de 2004).
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 [en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial], 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).
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, Murray CJL, Lopez AD, Satoh T (2000). *Miscoding and misclassification of ischaemic heart disease mortality*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Documento de trabajo N° 12 de GPE).

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, Mathers CD, Salomon JA, Lopez AD. Health gaps: an overview and critical appraisal. In: Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD, 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 23 de febrero de 2004).
22. Mathers CD, Sadana R, Salomon JA, Murray CJL, Lopez AD. Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *Lancet*, 2001, 357:1685–1691.
23. Mathers CD, Murray CJL, Salomon JA, Sadana R, Tandon A, Lopez AD 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, Mathers CD, Lopez AD, Murray CJL, Moesgaard-Iburg K. Comparative analysis of more than 50 household surveys of health status. In: Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD, 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 23 de febrero de 2004).
25. King G, Murray CJL, Salomon JA, Tandon A. Enhancing the validity and cross-cultural comparability of measurement in survey research. *American Political Science Review*, 2003, 93:567–583.
26. Üstün TB, Chatterji S, Villanueva M, Bendib L, Çelik C, Sadana R et al. WHO multi-country survey study on health and responsiveness, 2000–2001. In: Murray CJL, Evans D, eds. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (<http://www.who.int/health-systems-performance>, visitado el 23 de febrero de 2004).
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: debates, methods and empiricism*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (<http://www.who.int/health-systems-performance>, visitado el 23 de febrero de 2004).
29. Salomon JA, Murray CJL, Üstün TB, Chatterji S. Health state valuations in summary measures of population health. In: Murray CJL, Evans D, eds. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (<http://www.who.int/health-systems-performance>, visitado el 23 de febrero de 2004).
30. Anand S, Ammar W, Evans T, Hasegawa T, Kissimova-Skarbek K, Langer A et al. Report on the Scientific Peer Review Group on Health Systems Performance Assessment. In: Murray CJL, Evans D, eds. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (<http://www.who.int/health-systems-performance>, visitado el 23 de febrero de 2004).
31. OMS/Banco Mundial/AID. *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 23 de febrero de 2004).
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 23 de febrero de 2004).
33. OCDE/FMI/Banco Mundial/Naciones Unidas/Eurostat. *System of national accounts 1993*. Nueva York, 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, September 2003*. Washington, DC, Fondo Monetario Internacional.
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 [CD-ROM]*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Comité de Ayuda para el Desarrollo, 2003.
40. *National accounts statistics: main aggregates and detailed tables*, 2000. Nueva York, 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.
43. *Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio*. Nueva York, Naciones Unidas, 2002 (documento A56/326 de la Asamblea General de las Naciones Unidas).
44. *El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Informe de un Comité de Expertos de la OMS*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1995 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 854).
45. OMS. Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo. *WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition* (www.who.int/nutgrowthdb, visitado el 23 de febrero de 2004).
46. de Onis M, Blössner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications. *International Journal of Epidemiology*, 2003, 32:518–526.
47. UNICEF. *UNICEF statistics: routine immunization* (<http://www.childinfo.org/eddb/immuni/index.htm>, visitado el 23 de febrero de 2004).
48. WHO/UNICEF. *WHO and UNICEF estimates of national immunization coverage* (http://www.who.int/vaccines-surveillance/WHOUNICEF_Coverage_Review/, visitado el 23 de febrero de 2004).
49. WHO. *Vaccines, immunizations and biologicals* (<http://www.who.int/vaccines-surveillance/DataInfo.htm>, visitado el 23 de febrero de 2004).
50. *HIV/AIDS epidemiological surveillance update for the WHO African Region 2002*. Harare, Oficina Regional de la OMS para África, 2003.
51. *WHO report 2003: global tuberculosis control. Surveillance, planning and financing*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/CDS/TB/2003.316).
52. *Informe sobre la salud en el mundo 2002 – Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
53. OMS/UNICEF. *Global water supply and sanitation assessment 2000 report*. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (versión española en preparación).

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			ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)				PROBABILIDAD DE MORIR (por 1000)									
	Población (000)	Tasa de crecimiento anual (%)	Tasa de dependencia (por 100)		Porcentaje de la población ≥ 60 años		Tasa total de fecundidad		AL NACER (AÑOS)	Hombres		Mujeres		Menores de 5 años		Entre 15 y 60 años							
			1992	2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002	Ambos sexos	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre				
	2002	1992-2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002	2002	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre				
1	Afganistán	22 930	3,8	88	86	4,7	4,7	7,0	6,8	42,6	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	Albania	3 141	-0,4	60	53	7,9	9,5	2,9	2,3	70,4	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	Alemania	82 414	0,2	46	48	20,5	24,0	1,3	1,3	78,7	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	Andorra	69	1,8	48	46	20,0	21,6	1,4	1,3	80,3	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	Angola	13 184	2,9	97	101	4,6	4,4	7,2	7,2	39,9	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	Antigua y Barbuda	73	1,2	63	56	9,2	10,5	1,8	1,6	71,4	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	Arabia Saudita	23 520	3,0	80	72	3,4	4,3	5,8	4,6	70,8	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	Argelia	31 266	1,8	82	60	5,7	6,1	4,2	2,8	69,4	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	Argentina	37 981	1,3	64	59	13,0	13,5	2,8	2,5	74,4	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	Armenia	3 072	-1,3	57	44	10,5	13,1	2,2	1,2	70,0	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	Australia	19 544	1,2	50	48	15,6	16,7	1,9	1,7	80,4	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	Austria	8 111	0,3	48	47	19,9	21,3	1,5	1,3	79,4	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	Azerbaiyán	8 297	1,1	63	57	7,6	9,2	2,8	2,1	65,8	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	Bahamas	310	1,5	58	53	6,8	8,5	2,6	2,3	72,6	14	69,4	68,7 - 70,2	75,7	75,2 - 76,3	18	15 - 21	14	12 - 16	265	249 - 282	148	141 - 155
15	Bahrein	709	3,0	51	47	3,7	4,0	3,5	2,7	73,2	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	Bangladesh	143 809	2,3	81	71	4,8	5,1	4,4	3,5	62,6	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	Barbados	269	0,4	55	43	15,0	13,1	1,6	1,5	74,3	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	Belarús	9 940	-0,4	52	46	17,4	19,3	1,7	1,2	68,3	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	Bélgica	10 296	0,3	50	53	20,9	22,2	1,6	1,7	78,4	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	Belice	251	2,5	91	73	6,0	5,9	4,4	3,2	69,7	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	Benin	6 558	2,8	105	93	4,6	4,1	6,5	5,7	51,2	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	Bhután	2 190	2,3	88	86	6,1	6,5	5,8	5,1	61,3	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	Bolivia	8 645	2,2	81	77	6,1	6,6	4,8	3,9	63,2	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	Bosnia y Herzegovina	4 126	0,4	43	40	11,1	15,3	1,6	1,3	72,8	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	Botswana	1 770	2,1	89	74	3,7	4,4	4,5	3,7	40,4	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	Brasil	176 257	1,4	63	51	6,8	8,1	2,6	2,2	68,9	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	Brunei Darussalam	350	2,6	57	51	4,1	4,5	3,1	2,5	76,1	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	Bulgaria	7 965	-0,8	50	45	19,9	21,7	1,5	1,1	72,2	28	68,8	68,7 - 69,0	75,6	75,5 - 75,8	17	16 - 19	15	13 - 16	218	214 - 221	94	91 - 96
29	Burkina Faso	12 624	2,9	108	106	4,5	4,0	7,1	6,7	41,7	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	Burundi	6 602	1,3	97	99	4,6	4,4	6,8	6,8	40,8	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	Cabo Verde	454	2,2	103	80	6,6	6,3	4,8	3,4	70,1	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	Camboya	13 810	2,8	98	81	4,4	4,6	5,5	4,8	54,6	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	Camerún	15 729	2,4	94	86	5,5	5,6	5,7	4,7	48,1	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	Canadá	31 271	1,0	47	45	15,8	17,1	1,7	1,5	79,8	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	Chad	8 348	3,1	96	99	5,2	4,9	6,7	6,7	47,7	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	Chile	15 613	1,4	57	54	9,2	10,7	2,5	2,4	76,7	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	China	1 302 307	0,9	49	44	8,6	10,0	2,0	1,8	71,1	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	Chipre	796	1,2	58	51	14,8	16,1	2,3	1,9	77,3	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	Colombia	43 526	1,8	66	59	6,4	7,1	3,0	2,6	71,8	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	Comoras	747	3,0	95	82	4,0	4,2	5,9	4,9	63,3	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	Congo	3 633	3,2	96	99	4,8	4,6	6,3	6,3	53,1	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	Costa Rica	4 094	2,4	68	56	7,1	7,9	3,0	2,3	77,1	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	Côte d'Ivoire	16 365	2,1	94	82	4,4	5,2	6,1	4,8	45,3	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	Croacia	4 439	-0,6	46	49	18,3	21,7	1,6	1,6	74,8	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	Cuba	11 271	0,4	45	44	11,9	14,5	1,6	1,6	77,1	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	Dinamarca	5 351	0,3	48	50	20,2	20,4	1,7	1,8	77,2	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	Djibouti	693	2,3	85	86	4,6	5,1	6,3	5,7	49,6	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	Dominica	78	0,7	63	56	9,2	10,5	2,0	1,8	73,3	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	Ecuador	12 810	1,8	73	62	6,3	7,3	3,6	2,8	70,6	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	Egipto	70 507	1,9	80	66	6,3	6,9	4,1	3,3	67,1	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	El Salvador	6 415	1,9	78	68	6,6	7,5	3,6	2,9	69,7	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	Emiratos Árabes Unidos	2 937	2,8	42	37	1,8</																	

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			ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)				PROBABILIDAD DE MORIR (por 1000)									
	Población (000)	Tasa de crecimiento anual (%)	Tasa de dependencia (por 100)		Porcentaje de la población ≥ 60 años		Tasa total de fecundidad		AL NACER (AÑOS)	Hombres		Mujeres		Menores de 5 años		Entre 15 y 60 años							
			1992	2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002	Ambos sexos	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre		
	2002	1992-2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002	2002	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre		
56	España	40 977	0,4	48	46	20,0	21,6	1,3	1,2	79,6	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	Estados Unidos de América	291 038	1,1	52	51	16,4	16,2	2,0	2,1	77,3	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	Estonia	1 338	-1,4	51	48	17,8	21,5	1,7	1,2	71,1	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	Etiopía	68 961	2,8	94	94	4,4	4,6	6,8	6,2	48,0	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	Ex República Yugoslava de Macedonia	2 046	0,6	50	48	12,2	14,7	1,8	1,9	72,0	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	Federación de Rusia	144 082	-0,3	50	42	16,3	18,3	1,6	1,2	64,6	61	58,3	58,0 - 58,5	71,8	71,6 - 71,9	19	19 - 20	15	14 - 15	469	463 - 475	173	169 - 176
62	Fiji	831	1,2	67	57	5,0	6,0	3,4	2,9	67,3	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	Filipinas	78 580	2,1	77	67	5,0	5,7	4,2	3,2	68,3	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	Finlandia	5 197	0,3	49	49	18,7	20,3	1,8	1,7	78,2	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	Francia	59 850	0,4	52	53	19,5	20,5	1,7	1,9	79,8	65	76,0	75,7 - 76,2	83,6	83,3 - 83,8	6	5 - 6	4	4 - 5	135	131 - 139	60	58 - 62
66	Gabón	1 306	2,6	92	83	7,4	6,2	5,2	4,0	59,2	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	Gambia	1 388	3,3	84	80	5,1	5,8	5,7	4,8	57,1	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	Georgia	5 177	-0,5	52	49	15,6	18,9	1,9	1,4	71,7	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	Ghana	20 471	2,4	92	77	4,6	5,2	5,4	4,2	57,6	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	Granada	80	-0,5	63	56	9,2	10,5	4,0	3,5	67,4	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	Grecia	10 970	0,7	48	49	20,7	23,8	1,4	1,3	78,4	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	Guatemala	12 036	2,7	96	87	5,2	5,3	5,4	4,5	65,9	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	Guinea	8 359	2,4	93	88	4,4	4,5	6,4	5,9	52,3	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	Guinea-Bissau	1 449	3,0	95	101	5,4	4,9	7,1	7,1	47,2	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	Guinea Ecuatorial	481	2,6	87	91	6,4	5,9	5,9	5,9	53,4	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	Guyana	764	0,4	67	54	6,8	7,0	2,6	2,3	64,3	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	Haití	8 218	1,4	91	76	5,7	5,9	4,9	4,0	50,1	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	Honduras	6 781	2,8	91	80	4,6	5,4	5,0	3,8	67,2	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	Hungría	9 923	-0,4	49	45	19,2	20,0	1,7	1,2	72,6	79	68,4	68,2 - 68,5	76,8	76,7 - 77,0	9	8 - 10	8	8 - 9	259	256 - 262	110	108 - 112
80	India	1 049 549	1,8	68	62	6,9	7,7	3,8	3,1	61,0	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	Indonesia	217 131	1,4	64	54	6,4	7,9	3,1	2,4	66,4	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	Irán, República Islámica del	68 070	1,4	93	59	5,9	6,4	4,5	2,4	68,9	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	Iraq	24 510	2,9	88	79	4,4	4,6	5,7	4,8	61,0	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	Irlanda	3 911	1,0	60	47	15,3	15,3	2,0	1,9	77,1	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	Islandia	287	1,0	55	53	14,8	15,3	2,2	2,0	80,1	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	Islas Cook	18	-0,2	71	65	6,2	7,2	4,0	3,2	71,6	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	Islas Marshall	52	1,3	70	68	6,2	7,0	6,3	5,5	62,7	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	Islas Salomón	463	3,2	93	84	4,4	4,4	5,6	4,5	65,4	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	Israel	6 304	2,7	66	61	12,6	13,1	2,9	2,7	79,4	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	Italia	57 482	0,1	45	49	21,7	24,5	1,3	1,2	79,7	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	Jamahiriyá Árabe Libia	5 445	2,0	81	54	4,5	6,0	4,3	3,1	72,6	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	Jamaica	2 627	0,9	73	61	9,9	9,6	2,8	2,4	72,8	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	Japón	127 478	0,2	43	48	18,6	24,4	1,5	1,3	81,9	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	Jordania	5 329	3,9	91	69	4,4	4,8	5,0	3,6	70,8	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	Kazajstán	15 469	-0,9	59	51	9,4	11,5	2,5	2,0	63,6	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	Kenya	31 540	2,3	104	82	4,1	4,2	5,5	4,1	50,9	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	Kirguistán	5 067	1,3	75	64	8,4	8,7	3,5	2,7	64,5	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	Kiribati	87	1,5	70	68	6,2	7,0	4,7	4,1	64,1	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	Kuwait	2 443	2,1	56	38	2,1	2,7	3,3	2,7	76,4	99	75,4	74,9 - 75,9	77,7	77,1 - 78,2	14	13 - 15	12	11 - 13	77	72 - 82	63	57 - 70
100	Lesotho	1 800	1,1	94	81	6,7	6,9	4,8	3,9	35,7	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	Letonia	2 329	-1,3	51	48	18,4	21,8	1,7	1,1	70,3	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	Líbano	3 596	2,3	65	56	8,3	8,6	2,9	2,2	69,8	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	Liberia	3 239	4,6	97	96	3,9	3,7	6,9	6,8	41,8	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	Lituania	3 465	-0,6	51	51	16,9	19,7	1,8	1,3	71,9	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	Luxemburgo	447	1,5	44	49	18,1	18,3	1,6	1,7	78,8	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	Madagascar	16 916	2,9	92	91	4,8	4,7	6,2	5,7	56,3	106	54,4	46,8 - 61,0	58,4	49,5 - 65,0	145	126 - 164	125	110 - 141	333	177 - 543</		

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			ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)				PROBABILIDAD DE MORIR (por 1000)									
	Población (000)	Tasa de crecimiento anual (%)	Tasa de dependencia (por 100)		Porcentaje de la población ≥ 60 años		Tasa total de fecundidad		AL NACER (AÑOS)	Hombres		Mujeres		Menores de 5 años		Entre 15 y 60 años							
			1992	2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002	Ambos sexos	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre		
	2002	1992-2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002	2002	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre		
111	Malta	393	0,7	51	47	15,1	17,5	2,0	1,8	78,7	111	76,1	75,5 - 76,7	81,2	80,6 - 81,7	7	6 - 8	6	4 - 7	86	80 - 91	50	46 - 54
112	Marruecos	30 072	1,7	73	57	6,0	6,6	3,6	2,8	70,8	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	Mauricio	1 210	1,1	52	46	8,4	9,0	2,3	2,0	71,9	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	Mauritania	2 807	2,8	89	87	5,3	5,3	6,1	5,8	52,1	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	México	101 965	1,7	71	61	6,0	7,2	3,2	2,5	74,3	115	71,7	71,6 - 71,7	76,9	76,8 - 76,9	30	30 - 30	24	24 - 24	168	167 - 169	97	96 - 98
116	Micronesia, Estados Federados de	108	0,7	92	74	5,5	5,1	4,8	3,8	66,5	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	Mónaco	34	1,1	52	53	19,5	20,5	1,7	1,8	81,2	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	Mongolia	2 559	1,1	81	59	5,9	5,6	3,5	2,4	62,9	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	Mozambique	18 537	2,6	96	89	5,2	5,1	6,2	5,7	42,6	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	Myanmar	48 852	1,5	69	59	6,8	6,9	3,8	2,9	58,9	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	Namibia	1 961	2,7	87	88	5,4	5,6	5,6	4,6	49,3	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	Nauru	13	2,5	70	68	6,2	7,0	4,5	3,9	62,7	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	Nepal	24 609	2,3	81	78	5,6	5,8	5,0	4,3	60,1	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	Nicaragua	5 335	2,8	95	82	4,4	4,7	4,8	3,8	70,1	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	Níger	11 544	3,5	108	108	3,6	3,3	8,0	8,0	42,6	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	Nigeria	120 911	2,8	96	91	4,7	4,8	6,4	5,5	48,8	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	Niue	2	-1,2	71	65	6,2	7,2	3,6	2,9	70,3	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	Noruega	4 514	0,5	55	54	20,6	19,6	1,9	1,8	79,1	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	Nueva Zelandia	3 846	1,1	53	53	15,3	15,9	2,1	2,0	78,9	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	Omán	2 768	3,3	82	65	3,0	3,5	6,5	5,0	73,1	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	Países Bajos	16 067	0,6	45	48	17,5	18,5	1,6	1,7	78,6	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	Pakistán	149 911	2,5	86	82	5,5	5,7	5,9	5,1	61,4	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	Palau	20	2,3	70	68	6,2	7,0	2,8	2,4	68,5	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	Panamá	3 064	2,0	65	59	7,3	8,3	2,9	2,7	75,4	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	Papua Nueva Guinea	5 586	2,6	79	77	4,2	4,0	5,1	4,1	59,8	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	Paraguay	5 740	2,5	84	74	5,3	5,5	4,6	3,9	71,7	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	Perú	26 767	1,7	71	63	6,2	7,4	3,7	2,9	69,7	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	Polonia	38 622	0,1	54	44	15,2	16,6	1,9	1,3	74,7	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	Portugal	10 049	0,2	49	48	19,5	21,1	1,5	1,5	77,1	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	Qatar	601	2,0	39	39	2,1	3,1	4,2	3,3	74,3	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	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	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	República Árabe Siria	17 381	2,6	98	70	4,2	4,6	4,8	3,4	71,2	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	República Centroafricana	3 819	2,1	89	89	6,1	6,1	5,6	5,0	42,9	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	República Checa	10 246	-0,1	50	42	17,8	18,8	1,7	1,2	75,8	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	República de Corea	47 430	0,8	43	39	8,2	11,8	1,7	1,4	75,5	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	República Democrática del Congo	51 201	2,4	100	98	4,4	4,2	6,7	6,7	43,5	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	República Democrática Popular Lao	5 529	2,4	91	84	5,9	5,5	5,9	4,8	55,1	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	República de Moldova	4 270	-0,2	57	45	12,9	13,8	2,2	1,4	67,8	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	República Dominicana	8 616	1,7	70	59	5,6	6,9	3,2	2,7	68,0	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	República Popular Democrática de Corea	22 541	0,9	47	48	8,0	10,6	2,3	2,0	65,8	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	República Unida de Tanzania	36 276	2,6	96	91	3,7	3,9	6,1	5,2	46,5	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	Rumania	22 387	-0,3	50	45	16,3	18,9	1,6	1,3	71,4	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	Rwanda	8 272	3,2	98	91	3,8	4,0	6,7	5,8	44,4	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	Saint Kitts y Nevis	42	0,0	63	56	9,2	10,5	2,7	2,4	70,4	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	Samoa	176	0,8	81	81	6,3	6,5	4,7	4,2	68,2	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	San Marino	27	1,4	45	49	21,7	24,5	1,3	1,2	80,6	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	Santa Lucía	148	0,9	75	57	8,6	7,8	3,2	2,3	72,2	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	Santo Tomé y Príncipe	157	2,6	104	83	6,6	6,4	5,0	4,0	62,7	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	San Vicente y las Granadinas	119	0,6	79	61	8,7	9,2	2,9	2,2	69,8	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	Senegal	9 855	2,4	95	85	4,1	4,0	6,1	5,0	55,8	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		ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)				PROBABILIDAD DE MORIR (por 1000)										
	Población (000)	Tasa de crecimiento anual (%)	Tasa de dependencia (por 100)		Porcentaje de la población ≥ 60 años		Tasa total de fecundidad		AL NACER (AÑOS)		Menores de 5 años				Entre 15 y 60 años								
			1992	2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres						
	2002	1992-2002	1992	2002	1992	2002	1992	2002	Ambos sexos		2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre	2002	Incertidumbre			
161	Serbia y Montenegro	10 535	0,2	50	49	16,0	18,4	2,0	1,7	72,3	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	Seychelles	80	1,0	52	46	8,4	9,0	2,1	1,8	71,5	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	Sierra Leona	4 764	1,5	87	89	5,0	4,7	6,5	6,5	34,0	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	Singapur	4 183	2,8	38	40	8,7	11,1	1,8	1,4	79,6	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
165	Somalia	9 480	2,8	102	101	4,2	3,8	7,3	7,3	44,3	165	43,0	35,9 - 48,5	45,7	35,3 - 53,0	218	198 - 239	223	199 - 245	534	388 - 738	418	232 - 676
166	Sri Lanka	18 910	0,9	58	47	8,8	10,2	2,4	2,0	70,3	166	67,2	65,1 - 69,6	74,3	73,3 - 75,4	20	17 - 23	16	14 - 19	238	186 - 286	121	106 - 136
167	Sudáfrica	44 759	1,5	70	59	5,2	6,1	3,4	2,6	50,7	167	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	Sudán	32 878	2,3	81	76	5,1	5,6	5,3	4,4	57,1	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
169	Suecia	8 867	0,2	56	55	22,4	22,9	2,0	1,6	80,4	169	78,0	77,7 - 78,3	82,6	82,4 - 82,9	4	4 - 5	3	3 - 3	83	80 - 85	53	51 - 55
170	Suiza	7 171	0,3	46	49	19,4	22,1	1,5	1,4	80,6	170	77,7	77,2 - 78,2	83,3	83,1 - 83,6	6	5 - 7	5	4 - 6	92	87 - 98	51	49 - 53
171	Suriname	432	0,7	66	58	7,1	8,0	2,5	2,5	67,6	171	64,4	63,0 - 65,9	70,8	69,6 - 72,3	33	29 - 37	28	24 - 31	281	247 - 313	164	137 - 187
172	Swazilandia	1 069	1,9	97	89	4,5	5,1	5,7	4,6	38,8	172	36,9	34,2 - 40,7	40,4	35,8 - 44,5	150	132 - 169	142	124 - 159	818	743 - 877	707	627 - 804
173	Tailandia	62 193	1,1	53	46	6,7	8,8	2,1	1,9	69,3	173	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	Tayikistán	6 195	1,2	89	73	6,3	6,7	4,5	3,1	63,7	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
175	Timor-Leste	739	-0,7	77	73	3,6	5,2	4,8	3,9	57,5	175	54,8	46,4 - 62,1	60,5	50,5 - 67,7	142	108 - 178	108	81 - 134	326	162 - 533	242	111 - 463
176	Togo	4 801	2,9	94	89	4,8	4,9	6,2	5,4	51,7	176	50,0	43,4 - 55,7	53,3	46,0 - 59,8	149	131 - 166	127	110 - 143	459	316 - 636	394	265 - 569
177	Tonga	103	0,3	78	74	7,4	8,2	4,5	3,8	70,7	177	70,0	69,5 - 70,5	71,4	70,8 - 72,0	23	20 - 27	15	12 - 18	171	166 - 177	181	174 - 188
178	Trinidad y Tabago	1 298	0,5	64	43	8,8	10,0	2,2	1,6	69,9	178	67,1	66,1 - 68,1	72,8	72,2 - 73,4	24	20 - 28	18	15 - 21	246	221 - 272	153	138 - 169
179	Túnez	9 728	1,3	71	52	7,4	8,4	3,2	2,0	71,6	179	69,5	68,7 - 70,3	73,9	73,0 - 74,7	31	28 - 34	24	21 - 26	167	154 - 180	115	102 - 128
180	Turkmenistán	4 794	2,1	79	64	6,2	6,5	4,1	2,7	62,7	180	58,8	58,3 - 59,3	66,9	66,1 - 67,7	63	56 - 69	47	42 - 52	369	349 - 385	193	172 - 215
181	Turquía	70 318	1,6	67	57	7,2	8,2	3,2	2,5	70,0	181	67,9	67,1 - 68,8	72,2	71,1 - 73,4	44	40 - 48	42	38 - 46	177	162 - 192	112	94 - 130
182	Tuvalu	10	1,4	71	65	6,2	7,2	3,5	2,9	60,6	182	60,0	58,4 - 61,8	61,4	59,7 - 62,9	72	54 - 91	56	43 - 69	298	247 - 345	280	234 - 342
183	Ucrania	48 902	-0,6	51	45	18,5	20,8	1,7	1,2	67,2	183	61,7	61,0 - 62,4	72,9	72,0 - 73,8	22	19 - 24	16	15 - 18	378	343 - 417	139	120 - 161
184	Uganda	25 004	3,0	105	111	4,1	3,9	7,1	7,1	49,3	184	47,9	42,3 - 53,2	50,8	43,6 - 56,5	148	142 - 154	136	130 - 142	505	370 - 661	431	306 - 606
185	Uruguay	3 391	0,7	60	61	16,7	17,3	2,5	2,3	75,2	185	71,0	70,5 - 71,6	79,3	79,0 - 79,7	18	15 - 21	13	12 - 14	182	172 - 192	88	84 - 92
186	Uzbekistán	25 705	1,8	81	65	6,5	7,0	3,7	2,5	68,2	186	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	Vanuatu	207	2,7	90	80	5,3	4,9	4,9	4,2	67,7	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	Venezuela, República Bolivariana de	25 226	2,1	70	60	5,9	6,9	3,3	2,7	73,9	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	Viet Nam	80 278	1,5	76	59	7,3	7,4	3,4	2,3	69,6	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	Yemen	19 315	3,9	114	104	3,5	3,6	7,9	7,0	60,4	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	Zambia	10 698	2,1	94	98	4,4	4,7	6,3	5,7	39,7	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	Zimbabwe	12 835	1,5	96	87	4,5	5,1	5,2	4,0	37,9	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

^a Respecto a las fuentes y los métodos, véanse las notas explicativas.

Cuadro 2. Defunciones 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					ASIA SUDORIENTAL			EUROPA			MEDITERRÁNEO ORIENTAL		PACÍFICO OCCIDENTAL	
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		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	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja 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	Población (000)			298 234	1 292 598	415 323	222 846	239 717	142 528	360 296	155 400	1 562 136			
	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)			
TOTAL defunciones	57 029	100	29 891	100	27 138	100	4 657	6 007	2 720	2 701	541	TOTAL defunciones	2 191	12 466	3 920	1 865	3 779	706	3 446	1 146	10 794					
I. Enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales y carencias nutricionales	18 324	32,1	9 365	31,3	8 959	33	3 245	4 426	167	482	227	I. Enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales y carencias nutricionales	625	5 143	241	166	156	92	1 637	125	1 573					
Enfermedades infecciosas y parasitarias	10 904	19,1	5 795	19,4	5 109	18,8	2 211	3 414	69	195	133	Enfermedades infecciosas y parasitarias	380	2 542	50	60	85	37	916	23	781					
Tuberculosis	1 566	2,7	1 030	3,4	536	2,0	143	205	1	26	19	Tuberculosis	138	461	5	19	45	5	133	5	361					
ETS excepto VIH	180	0,3	91	0,3	89	0,3	41	52	0	1	1	ETS excepto VIH	3	55	0	0	0	0	23	0	2					
Sífilis	157	0,3	84	0,3	72	0,3	39	50	0	1	0	Sífilis	1	42	0	0	0	0	21	0	1					
Clamidia	9	0,0	0	0,0	9	0,0	1	0	0	0	0	Clamidia	1	7	0	0	0	0	1	0	0					
Gonorrea	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0	Gonorrea	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
VIH/SIDA	2 777	4,9	1 447	4,8	1 330	4,9	479	1 616	14	50	39	VIH/SIDA	59	377	6	1	29	1	43	0	61					
Enfermedades diarreicas	1 798	3,2	939	3,1	859	3,2	351	356	2	34	21	Enfermedades diarreicas	41	563	2	13	1	15	244	1	153					
Enfermedades de la infancia	1 124	2,0	563	1,9	562	2,1	308	219	0	1	4	Enfermedades de la infancia	39	352	0	6	0	0	153	0	41					
Tos ferina	294	0,5	147	0,5	147	0,5	78	53	0	0	3	Tos ferina	0	111	0	0	0	0	46	0	2					
Poliomielitis ^e	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Poliomielitis ^e	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
Difteria	5	0,0	3	0,0	3	0,0	1	1	0	0	0	Difteria	0	3	0	0	0	0	0	0	0					
Sarampión	611	1,1	306	1,0	305	1,1	180	131	0	0	0	Sarampión	31	165	0	6	0	0	70	0	28					
Tétanos	214	0,4	107	0,4	107	0,4	49	35	0	0	0	Tétanos	8	74	0	0	0	0	36	0	11					
Meningitis	173	0,3	90	0,3	83	0,3	8	12	1	8	9	Meningitis	9	64	2	10	3	2	23	0	20					
Hepatitis B ^f	103	0,2	71	0,2	32	0,1	10	10	1	3	2	Hepatitis B ^f	7	30	2	2	1	1	9	1	25					
Hepatitis C ^f	54	0,1	35	0,1	18	0,1	4	4	5	2	0	Hepatitis C ^f	3	11	3	1	0	1	4	4	10					
Malaria	1 272	2,2	607	2,0	665	2,5	557	579	0	1	0	Malaria	12	53	0	0	0	2	57	0	11					
Enfermedades tropicales	129	0,2	79	0,3	50	0,2	28	28	0	12	4	Enfermedades tropicales	0	36	0	0	0	0	15	0	5					
Tripanosomiasis	48	0,1	31	0,1	17	0,1	24	23	0	0	0	Tripanosomiasis	0	0	0	0	0	0	1	0	0					
Enfermedad de Chagas	14	0,0	8	0,0	7	0,0	0	0	0	11	4	Enfermedad de Chagas	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
Esquistosomiasis	15	0,0	10	0,0	5	0,0	1	1	0	1	0	Esquistosomiasis	0	0	0	0	0	0	9	0	4					
Leishmaniasis	51	0,1	30	0,1	21	0,1	4	4	0	0	0	Leishmaniasis	0	36	0	0	0	0	5	0	2					
Filariasis linfática	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Filariasis linfática	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
Oncocercosis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Oncocercosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
Lepra	6	0,0	4	0,0	2	0,0	0	0	0	1	0	Lepra	1	2	0	0	0	0	1	0	1					
Dengue	19	0,0	8	0,0	10	0,0	0	0	0	1	1	Dengue	3	9	0	0	0	0	1	0	4					
Encefalitis japonesa	14	0,0	7	0,0	7	0,0	0	0	0	0	0	Encefalitis japonesa	0	8	0	0	0	0	2	0	3					
Tracoma	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Tracoma	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	Infecciones intestinales por nematodos	1	4	0	0	0	0	1	0	1					
Ascariasis	3	0,0	1	0,0	2	0,0	0	1	0	0	0	Ascariasis	0	1	0	0	0	0	0	0	1					
Tricuriasis	3	0,0	2	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0	Tricuriasis	0	2	0	0	0	0	0	0	0					
Anquilostomiasis	3	0,0	2	0,0	1	0,0	1	1	0	0	0	Anquilostomiasis	1	0	0	0	0	0	0	0	0					
Infecciones respiratorias	3 963	6,9	1 989	6,7	1 974	7,3	580	538	72	107	47	Infecciones respiratorias	126	1 348	174	62	52	21	333	98	400					
Infecciones de las vías inferiores	3 884	6,8	1 948	6,5	1 936	7,1	573	531	72	106	45	Infecciones de las vías inferiores	123	1 330	171	60	49	21	327	97	374					
Infecciones de las vías superiores	75	0,1	38	0,1	37	0,1	7	6	0	1	2	Infecciones de las vías superiores	3	17	3	2	2	0	6	0	26					
Otitis media	4	0,0	3	0,0	1	0,0	1	1	0	0	0	Otitis media	0	1	0	0	0	0	0	0	0					
Afecciones maternas	510	0,9	...	...	510	1,9	102	129	1	9	7	Afecciones maternas	11	160	0	2	1	3	65	0	21			
Afecciones perinatales ^g	2 462	4,3	1 367	4,6	1 095	4,0	284	270	17	132	26	Afecciones perinatales ^g	82	930	10	39	16	28	275	1	348					
Carencias nutricionales	485	0,9	215	0,7	270	1,0	67	76	8	39	14	Carencias nutricionales	26	163	7	3	2	4	49	3	24					
Malnutrición proteinoenergética	260	0,5	130	0,4	131	0,5	50	54	5	29	9	Malnutrición proteinoenergética	10	58	3	1	1	2	24	1	13					
Carencia de yodo	7	0,0	3	0,0	3	0,0	0	2	0	0	0	Carencia de yodo	0	1	0	0	0	0	2	0	0					
Carencia de vitamina A	23	0,0	11	0,0	12	0,0	10	7	0	0	0	Carencia de vitamina A	0	2	0	0	0	0	3	0	0					
Anemia ferropénica	137	0,2	47	0,2	90	0,3	6	11	3	7	5	Anemia ferropénica	13	67	3	2	1	1	9	1	8					

Cuadro 2. Defunciones 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					ASIA SUDORIENTAL			EUROPA			MEDITERRÁNEO ORIENTAL		PACÍFICO OCCIDENTAL	
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad			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	Baja en niños, baja en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos					
Población (000)	6 224 985		3 131 052		3 093 933		311 273	360 965	333 580	445 161	73 810	Población (000)	298 234	1 292 598	415 323	222 846	239 717	142 528	360 296	155 400	1 562 136					
	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)					
II. Enfermedades no transmisibles	33 537	58,8	17 062	57,1	16 474	60,7	1 068	1 184	2 380	1 898	268	II. Enfermedades no transmisibles	1 341	6 082	3 489	1 590	3 131	501	1 529	937	8 076					
Neoplasias malignas	7 121	12,5	3 974	13,3	3 147	11,6	194	216	641	409	66	Neoplasias malignas	267	893	1 038	291	504	76	196	357	1 961					
Cánceres bucales y orofaríngeos	318	0,6	221	0,7	97	0,4	8	10	10	12	2	Cánceres bucales y orofaríngeos	16	133	24	9	18	2	18	7	50					
Cáncer de esófago	446	0,8	285	1,0	161	0,6	5	17	16	15	1	Cáncer de esófago	4	78	28	7	13	4	12	12	233					
Cáncer de estómago	850	1,5	524	1,8	326	1,2	16	18	17	44	13	Cáncer de estómago	12	51	61	28	68	12	9	53	447					
Cáncer colorrectal	622	1,1	323	1,1	300	1,1	10	10	74	31	4	Cáncer colorrectal	28	35	137	29	62	5	10	47	139					
Cáncer de hígado	618	1,1	427	1,4	191	0,7	22	23	17	17	3	Cáncer de hígado	31	30	40	12	14	6	9	36	358					
Cáncer de páncreas	231	0,4	122	0,4	109	0,4	3	5	33	17	2	Cáncer de páncreas	6	13	53	12	23	2	3	23	35					
Cánceres de tráquea, bronquios o pulmón	1 243	2,2	890	3,0	353	1,3	7	10	179	49	3	Cánceres de tráquea, bronquios o pulmón	43	131	207	61	98	10	17	66	361					
Melanoma y otros cánceres de piel	66	0,1	35	0,1	31	0,1	4	4	12	6	1	Melanoma y otros cánceres de piel	1	2	15	4	6	1	1	3	4					
Cáncer de mama	477	0,8	3	0,0	474	1,7	21	14	52	33	4	Cáncer de mama	25	68	89	21	40	4	23	14	68					
Cáncer cervicouterino	239	0,4	...	...	239	0,9	15	23	5	19	7	Cáncer cervicouterino	14	87	8	7	11	1	6	3	31			
Cáncer de cuerpo uterino	71	0,1	...	...	71	0,3	1	1	9	10	1	Cáncer de cuerpo uterino	3	3	15	5	11	1	1	3	6			
Cáncer de ovario	135	0,2	...	...	135	0,5	3	5	16	7	1	Cáncer de ovario	8	19	25	7	14	1	5	5	17			
Cáncer de próstata	269	0,5	269	0,9	...	...	24	17	42	31	5	Cáncer de próstata	8	19	68	11	14	3	5	12	9			
Cáncer de vejiga	179	0,3	125	0,4	54	0,2	6	5	16	8	1	Cáncer de vejiga	6	27	37	10	14	2	17	6	24					
Linfomas, mieloma múltiple	334	0,6	169	0,6	166	0,6	17	16	45	18	5	Linfomas, mieloma múltiple	17	79	54	11	10	5	15	16	26					
Leucemia	264	0,5	147	0,5	117	0,4	7	6	27	18	3	Leucemia	13	33	36	11	15	7	13	9	65					
Otras neoplasias	149	0,3	75	0,2	74	0,3	4	5	17	11	1	Otras neoplasias	3	16	30	4	5	9	15	11	18					
Diabetes mellitus	988	1,7	441	1,5	547	2,0	35	45	86	151	16	Diabetes mellitus	72	191	92	29	21	15	40	18	174					
Trastornos nutricionales/endocrinos	243	0,4	108	0,4	135	0,5	12	14	33	25	4	Trastornos nutricionales/endocrinos	16	23	28	3	3	5	24	9	43					
Trastornos neuropsiquiátricos	1 112	1,9	575	1,9	536	2,0	43	47	174	56	10	Trastornos neuropsiquiátricos	53	214	185	24	47	22	67	24	143					
Trastornos depresivos unipolares	13	0,0	6	0,0	7	0,0	0	0	1	0	0	Trastornos depresivos unipolares	1	8	2	0	0	0	1	0	0					
Trastorno afectivo bipolar	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0	Trastorno afectivo bipolar	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
Esquizofrenia	23	0,0	11	0,0	12	0,0	0	0	1	0	0	Esquizofrenia	1	13	1	0	1	0	1	0	4					
Epilepsia	125	0,2	70	0,2	55	0,2	18	20	2	6	2	Epilepsia	5	29	6	4	5	2	8	1	18					
Trastornos por consumo de alcohol	91	0,2	77	0,3	13	0,0	3	4	8	14	2	Trastornos por consumo de alcohol	3	12	13	4	11	2	2	1	11					
Alzheimer y otras demencias	397	0,7	147	0,5	250	0,9	3	4	106	11	1	Alzheimer y otras demencias	9	79	95	3	7	2	9	10	56					
Enfermedad de Parkinson	98	0,2	50	0,2	48	0,2	2	3	19	4	1	Enfermedad de Parkinson	1	9	22	2	2	2	2	4	26					
Esclerosis múltiple	16	0,0	6	0,0	10	0,0	0	0	4	1	0	Esclerosis múltiple	0	1	4	1	2	0	0	0	1					
Trastornos por consumo de drogas	86	0,2	70	0,2	16	0,1	2	0	5	2	0	Trastornos por consumo de drogas	3	20	7	2	9	7	24	1	3					
Trastorno de estrés postraumático	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	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	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	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	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	0	0	0	0	0	Migraña	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	Trastornos de los órganos sensoriales	0	1	0	0	0	0	1	0	0					
Glaucoma	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Glaucoma	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
Catarata	0	0,0	0	0,0	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	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	0	0	0	0	0	Pérdida de audición, aparición en el adulto	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
Enfermedades cardiovasculares	16 733	29,3	8 120	27,2	8 613	31,7	496	540	1 031	804	93	Enfermedades cardiovasculares	600	3 311	1 612	1 052	2 263	283	796	377	3 448					
Cardiopatía reumática	327	0,6	138	0,5	189	0,7	12	8	4	6	0	Cardiopatía reumática	12	121	10	7	13	4	20	3	107					
Cardiopatía hipertensiva	911	1,6	419	1,4	492	1,8	27	33	47	73	15	Cardiopatía hipertensiva	56	96	66	68	45	30	67	8	276					
Cardiopatía isquémica	7 208	12,6	3 802	12,7	3 406	12,5	160	172	574	319	28	Cardiopatía isquémica	265	1 774	672	464	1 237	142	396	129	864					
Afección cerebrovascular	5 509	9,7	2 550	8,5	2 959	10,9	172	187	187	239	26	Afección cerebrovascular	162	897	414	284	749	55	172	150	1 807					
Cardiopatía inflamatoria	404	0,7	211	0,7	193	0,7	20	22	35	31	1	Cardiopatía inflamatoria	10	66	28	30	43	11	26	8	73					

Cuadro 2. Defunciones 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					ASIA SUDORIENTAL			EUROPA			MEDITERRÁNEO ORIENTAL		PACÍFICO OCCIDENTAL	
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad			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	Baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, muy baja en adultos										
Población (000)	6 224 985		3 131 052		3 093 933		311 273	360 965	333 580	445 161	73 810	Población (000)	298 234	1 292 598	415 323	222 846	239 717	142 528	360 296	155 400	1 562 136					
	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)					
Enfermedades respiratorias	3 702	6,5	1 912	6,4	1 790	6,6	124	133	199	176	23	Enfermedades respiratorias	153	721	220	72	112	27	128	59	1 550					
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2 748	4,8	1 413	4,7	1 335	4,9	52	65	141	90	10	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	100	556	140	45	76	15	80	21	1 354					
Asma	240	0,4	122	0,4	118	0,4	12	14	6	10	2	Asma	20	77	12	9	22	2	14	5	37					
Enfermedades digestivas	1 968	3,5	1 094	3,7	874	3,2	75	82	99	154	31	Enfermedades digestivas	87	415	182	76	131	22	130	45	435					
Úlcera gastroduodenal	264	0,5	155	0,5	109	0,4	7	8	6	11	3	Úlcera gastroduodenal	15	84	17	9	13	2	10	4	75					
Cirrosis hepática	786	1,4	503	1,7	283	1,0	26	28	31	61	13	Cirrosis hepática	34	170	65	39	67	8	59	14	171					
Apendicitis	21	0,0	12	0,0	10	0,0	1	1	1	2	1	Apendicitis	1	7	1	0	1	0	1	0	5					
Enfermedades del sistema genitourinario	848	1,5	442	1,5	406	1,5	51	55	66	55	15	Enfermedades del sistema genitourinario	57	149	62	25	25	21	62	28	175					
Nefritis/nefrosis	677	1,2	345	1,2	332	1,2	47	52	47	43	12	Nefritis/nefrosis	45	124	42	20	14	9	56	24	141					
Hipertrofia benigna de la próstata	32	0,1	32	0,1	...	...	1	1	1	2	0	Hipertrofia benigna de la próstata	2	11	1	1	3	1	2	0	6			
Enfermedades de la piel	69	0,1	26	0,1	43	0,2	10	9	5	6	2	Enfermedades de la piel	5	10	9	0	3	1	4	1	3					
Enfermedades musculoesqueléticas	106	0,2	38	0,1	69	0,3	4	3	17	10	2	Enfermedades musculoesqueléticas	7	10	20	2	4	1	2	6	20					
Artritis reumatoide	25	0,0	7	0,0	18	0,1	1	0	3	2	1	Artritis reumatoide	1	3	4	1	1	0	0	2	5					
Artrosis	5	0,0	2	0,0	3	0,0	0	0	1	1	0	Artrosis	0	0	1	0	0	0	0	0	0					
Malformaciones congénitas	493	0,9	255	0,9	238	0,9	21	35	13	40	5	Malformaciones congénitas	20	129	11	13	14	19	64	4	104					
Enfermedades bucodentales	2	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0	Enfermedades bucodentales	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
Caries dental	0	0,0	0	0,0	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	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	0	0	0	0	0	Pérdida de dientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
III. Traumatismos	5 168	9,1	3 464	11,6	1 705	6,3	344	397	173	321	46	III. Traumatismos	225	1 242	190	110	492	113	279	84	1 145					
Accidentales	3 551	6,2	2 307	7,7	1 244	4,6	258	230	120	168	33	Accidentales	149	931	137	76	321	98	196	48	779					
Traumatismos por accidentes de tráfico	1 192	2,1	869	2,9	323	1,2	96	99	49	76	10	Traumatismos por accidentes de tráfico	72	224	46	22	59	58	75	14	290					
Intoxicaciones	350	0,6	225	0,8	125	0,5	21	18	14	2	1	Intoxicaciones	8	87	6	6	99	3	12	1	74					
Caídas	392	0,7	236	0,8	156	0,6	11	9	18	12	1	Caídas	15	106	47	9	24	6	17	7	108					
Incendios	312	0,5	120	0,4	192	0,7	24	20	4	3	1	Incendios	14	170	3	3	18	8	24	2	18					
Ahogamiento	382	0,7	262	0,9	120	0,4	36	29	4	15	3	Ahogamiento	14	84	4	6	28	5	21	6	126					
Otras lesiones accidentales	923	1,6	595	2,0	328	1,2	71	56	30	58	18	Otras lesiones accidentales	26	261	32	31	94	18	47	18	162					
Intencionados	1 618	2,8	1 157	3,9	461	1,7	86	167	53	154	13	Intencionados	76	310	53	33	170	15	83	36	366					
Autolesiones	873	1,5	546	1,8	327	1,2	15	19	35	26	2	Autolesiones	37	209	48	23	92	9	25	35	296					
Actos violentos	559	1,0	445	1,5	114	0,4	57	77	17	119	10	Actos violentos	28	85	4	8	61	4	22	1	65					
Guerra	172	0,3	155	0,5	17	0,1	14	71	0	8	0	Guerra	10	11	0	2	17	0	35	0	3					

^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 para hombres y mujeres incluyen poblaciones residuales que viven fuera 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 Para las regiones OMS de las Américas, Europa y el Pacífico Occidental, estas cifras incluyen sólo efectos tardíos de casos de poliomielitis que aparecieron antes de la certificación regional de la erradicación de esta enfermedad en 1994, 2000 y 2002, respectivamente. Para todas las demás regiones, salvo cuando en el registro civil se consignan los efectos tardíos de los casos de poliomielitis, estas defunciones se deben a poliomielitis aguda.^f No incluye las defunciones por cáncer hepático y cirrosis debidas a infección crónica por virus de la hepatitis.^g Esta categoría incluye las defunciones por causas perinatales, según la definición que se da en el capítulo XVI de la Clasificación Internacional de Enfermedades, principalmente el bajo peso al nacer, la prematuridad, la asfixia del nacimiento y los traumatismos del nacimiento, y excluye todas las defunciones ocurridas durante el periodo neonatal precoz.

... Datos no aplicables.

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					ASIA SUDORIENTAL					EUROPA					MEDITERRÁNEO ORIENTAL		PACÍFICO OCCIDENTAL	
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		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	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Baja en niños, muy baja en adultos	Baja 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, muy baja en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, muy baja en adultos	Baja 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	Población (000)	298 234	1 292 598	415 323	222 846	239 717	142 528	360 296	155 400	1 562 136									
	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)			
TOTAL AVAD	1 490 126	100	772 912	100	717 213	100	160 415	200 961	46 868	81 589	17 130	TOTAL AVAD	62 463	364 110	51 725	37 697	60 900	24 074	115 005	16 384	248 495									
I. Enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales y carencias nutricionales	610 319	41,0	296 796	38,4	313 523	43,7	115 317	150 405	3 106	16 334	7 210	I. Enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales y carencias nutricionales	18 533	166 116	2 552	6 198	5 287	4 444	59 929	929	53 358									
Enfermedades infecciosas y parasitarias	350 333	23,5	179 307	23,2	171 025	23,8	75 966	111 483	1 228	6 719	3 944	Enfermedades infecciosas y parasitarias	10 598	78 355	891	2 040	2 734	1 529	30 881	322	23 349									
Tuberculosis	34 736	2,3	21 905	2,8	12 831	1,8	3 786	5 480	12	506	410	Tuberculosis	3 167	10 764	47	437	1 031	112	2 928	37	5 993									
ETS excepto VIH	11 347	0,8	3 855	0,5	7 492	1,0	1 930	2 444	75	487	69	ETS excepto VIH	479	3 475	79	149	125	144	1 327	34	515									
Sífilis	4 200	0,3	1 970	0,3	2 230	0,3	1 028	1 417	2	56	20	Sífilis	35	860	3	7	4	3	706	1	54									
Clamidia	3 571	0,2	302	0,0	3 269	0,5	364	428	55	241	15	Clamidia	262	1 251	61	95	79	100	309	25	281									
Gonorrea	3 365	0,2	1 473	0,2	1 892	0,3	520	573	16	183	31	Gonorrea	164	1 261	15	43	39	39	296	7	172									
VIH/SIDA	84 458	5,7	42 663	5,5	41 795	5,8	14 620	49 343	454	1 594	1 163	VIH/SIDA	1 501	10 628	201	39	1 149	51	1 351	8	2 295									
Enfermedades diarreicas	61 966	4,2	32 353	4,2	29 614	4,1	11 548	11 689	106	1 494	750	Enfermedades diarreicas	1 482	18 817	110	485	97	568	8 093	46	6 641									
Enfermedades de la infancia	41 480	2,8	20 713	2,7	20 767	2,9	11 061	7 934	54	177	162	Enfermedades de la infancia	1 502	12 722	66	259	29	55	5 568	34	1 834									
Tos ferina	12 595	0,8	6 283	0,8	6 312	0,9	3 078	2 165	52	163	146	Tos ferina	126	4 336	64	59	25	37	1 878	33	425									
Poliomielitis ^e	151	0,0	76	0,0	74	0,0	11	4	3	6	1	Poliomielitis ^e	9	56	1	1	0	4	13	0	43									
Difteria	185	0,0	96	0,0	89	0,0	24	24	0	2	7	Difteria	7	96	0	1	2	0	16	0	6									
Sarampión	21 475	1,4	10 727	1,4	10 748	1,5	6 328	4 587	0	0	0	Sarampión	1 111	5 772	1	195	2	9	2 470	0	988									
Tétanos	7 074	0,5	3 530	0,5	3 543	0,5	1 620	1 155	0	6	8	Tétanos	249	2 462	0	2	0	4	1 192	0	371									
Meningitis	6 192	0,4	3 082	0,4	3 110	0,4	394	497	43	356	280	Meningitis	219	1 906	67	325	85	85	1 134	11	781									
Hepatitis B ^f	2 170	0,1	1 459	0,2	711	0,1	302	280	20	56	38	Hepatitis B ^f	143	576	17	53	19	24	166	16	459									
Hepatitis C ^f	1 004	0,1	668	0,1	336	0,0	120	122	77	29	1	Hepatitis C ^f	67	212	36	19	9	12	69	39	189									
Malaria	46 486	3,1	22 243	2,9	24 242	3,4	20 070	20 785	0	86	25	Malaria	502	2 275	1	20	0	92	2 158	0	441									
Enfermedades tropicales	12 245	0,8	8 273	1,1	3 973	0,6	2 939	2 743	9	604	178	Enfermedades tropicales	251	4 334	0	7	0	45	601	0	516									
Tripanosomiasis	1 525	0,1	966	0,1	559	0,1	744	740	0	0	0	Tripanosomiasis	0	0	0	0	0	0	39	0	0									
Enfermedad de Chagas	667	0,0	343	0,0	324	0,0	0	0	8	483	171	Enfermedad de Chagas	0	0	0	0	0	0	0	0	0									
Esquistosomiasis	1 702	0,1	1 020	0,1	681	0,1	621	713	0	74	0	Esquistosomiasis	3	4	0	0	0	29	197	0	55									
Leishmaniasis	2 090	0,1	1 249	0,2	840	0,1	208	175	1	38	5	Leishmaniasis	6	1 352	0	6	0	16	232	0	50									
Filariasis linfática	5 777	0,4	4 413	0,6	1 364	0,2	976	1 035	0	9	1	Filariasis linfática	242	2 977	0	1	0	122	0	411										
Oncocercosis	484	0,0	280	0,0	204	0,0	390	80	0	1	1	Oncocercosis	0	0	0	0	0	0	10	0	0									
Lepra	199	0,0	117	0,0	82	0,0	12	11	0	18	0	Lepra	13	105	0	0	0	0	25	0	13									
Dengue	616	0,0	279	0,0	337	0,0	1	4	0	31	38	Dengue	89	292	0	0	0	10	20	0	131									
Encefalitis japonesa	709	0,0	338	0,0	371	0,1	0	0	0	0	0	Encefalitis japonesa	29	277	0	0	0	0	83	0	320									
Tracoma	2 329	0,2	597	0,1	1 732	0,2	486	726	0	162	2	Tracoma	0	168	0	0	0	91	283	0	400									
Infecciones intestinales por nematodos	2 951	0,2	1 490	0,2	1 461	0,2	809	329	1	66	101	Infecciones intestinales por nematodos	135	669	0	1	0	1	225	2	611									
Ascariasis	1 817	0,1	910	0,1	907	0,1	714	144	0	23	39	Ascariasis	63	346	0	0	0	0	158	1	325									
Tricuriasis	1 006	0,1	519	0,1	488	0,1	78	155	1	42	29	Tricuriasis	63	305	0	0	0	60	1	272										
Anquilostomiasis	59	0,0	31	0,0	27	0,0	17	29	0	0	0	Anquilostomiasis	8	1	0	0	0	2	0	1										
Infecciones respiratorias	94 603	6,3	48 177	6,2	46 427	6,5	18 976	16 619	390	1 876	1 050	Infecciones respiratorias	1 824	31 202	690	1 524	901	552	10 267	344	8 310									
Infecciones de las vías inferiores	91 374	6,1	46 548	6,0	44 826	6,3	18 625	16 286	337	1 721	986	Infecciones de las vías inferiores	1 707	30 551	626	1 427	811	504	9 949	322	7 447									
Infecciones de las vías superiores	1 795	0,1	874	0,1	921	0,1	229	191	14	43	41	Infecciones de las vías superiores	45	301	27	62	66	11	202	9	552									
Otitis media	1 435	0,1	755	0,1	680	0,1	122	141	38	112	24	Otitis media	72	350	37	35	24	38	116	13	310									
Afecciones maternas	33 632	2,3	...	...	33 632	4,7	5 200	6 549	215	1 154	544	Afecciones maternas	1 004	10 391	167	370	269	412	4 104	67	3 146							
Afecciones perinatales ^g	97 335	6,5	53 212	6,9	44 123	6,2	10 869	10 485	781	5 528	1 098	Afecciones perinatales ^g	3 414	35 733	501	1 592	655	1 321	10 817	68	14 321									
Carencias nutricionales	34 417	2,3	16 100	2,1	18 316	2,6	4 305	5 269	493	1 057	575	Carencias nutricionales	1 693	10 435	303	671	729	631	3 860	128	4 232									
Malnutrición proteinoenergética	16 910	1,1	8 580	1,1	8 330	1,2	2 705	3 044	36	651	264	Malnutrición proteinoenergética	703	5 392	24	109	54	174	1 869	18	1 850									
Carencia de yodo	3 519	0,2	1 759	0,2	1 760	0,2	261	868	7	97	33	Carencia de yodo	81	571	3	241	449	121	623	0	163									
Carencia de vitamina A	793	0,1	364	0,0	428	0,1	347	248	0	0	1	Carencia de vitamina A	1	100	0	1	0	90	0	5										

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					ASIA SUDORIENTAL					EUROPA					MEDITERRÁNEO ORIENTAL		PACÍFICO OCCIDENTAL	
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad				
	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)		
Población (000)	6 224 985		3 131 052		3 093 933		311 273	360 965	333 580	445 161	73 810	Población (000)	298 234	1 292 598	415 323	222 846	239 717	142 528	360 296	155 400	1 562 136									
II. Enfermedades no transmisibles	697 815	46,8	356 231	46,1	341 585	47,6	30 124	34 727	39 217	51 825	8 030	II. Enfermedades no transmisibles	35 713	150 663	45 091	27 441	42 807	14 862	42 361	13 827	159 791									
Neoplasias malignas	75 545	5,1	40 536	5,2	35 009	4,9	2 238	2 517	5 830	4 553	749	Neoplasias malignas	3 231	10 511	8 549	3 289	5 322	981	2 835	2 787	22 035									
Cánceres bucales y orofaríngeos	3 566	0,2	2 568	0,3	997	0,1	83	111	97	135	16	Cánceres bucales y orofaríngeos	198	1 407	264	109	209	24	226	60	624									
Cáncer de esófago	4 250	0,3	2 764	0,4	1 486	0,2	52	178	136	140	9	Cáncer de esófago	34	764	233	72	123	34	133	96	2 242									
Cáncer de estómago	8 095	0,5	5 046	0,7	3 048	0,4	174	196	132	403	123	Cáncer de estómago	114	516	421	283	648	118	124	366	4 469									
Cáncer colorrectal	5 818	0,4	3 121	0,4	2 697	0,4	118	102	654	295	40	Cáncer colorrectal	295	365	1 027	285	550	58	138	392	1 488									
Cáncer de hígado	7 135	0,5	5 041	0,7	2 095	0,3	301	305	141	165	32	Cáncer de hígado	347	431	282	113	137	63	113	265	4 432									
Cáncer de páncreas	1 975	0,1	1 112	0,1	863	0,1	34	56	247	149	17	Cáncer de páncreas	65	131	377	111	217	17	32	154	365									
Cánceres de tráquea, bronquios o pulmón	11 228	0,8	7 955	1,0	3 273	0,5	71	112	1 398	453	28	Cánceres de tráquea, bronquios o pulmón	419	1 324	1 668	620	956	99	183	433	3 452									
Melanoma y otros cánceres de piel	691	0,0	381	0,0	309	0,0	34	44	135	66	7	Melanoma y otros cánceres de piel	12	28	147	46	73	10	21	25	40									
Cáncer de mama	6 171	0,4	23	0,0	6 148	0,9	258	164	687	439	55	Cáncer de mama	367	835	939	277	487	75	348	198	1 029									
Cáncer cervicouterino	3 287	0,2	...	...	3 287	0,5	185	282	102	299	101	Cáncer cervicouterino	226	1 171	111	112	169	21	97	44	364							
Cáncer de cuerpo uterino	1 121	0,1	...	...	1 121	0,2	12	16	161	178	16	Cáncer de cuerpo uterino	44	32	206	91	157	13	21	61	111							
Cáncer de ovario	1 647	0,1	...	...	1 647	0,2	44	68	156	102	18	Cáncer de ovario	129	225	238	91	172	16	75	60	250							
Cáncer de próstata	1 629	0,1	1 629	0,2	...	...	147	109	281	167	27	Cáncer de próstata	49	116	369	69	103	25	37	70	56							
Cáncer de vejiga	1 478	0,1	1 002	0,1	476	0,1	55	41	135	56	7	Cáncer de vejiga	50	277	243	80	115	19	178	41	178									
Linfomas, mieloma múltiple	4 308	0,3	2 298	0,3	2 010	0,3	291	262	368	246	68	Linfomas, mieloma múltiple	236	1 161	428	167	138	76	326	116	416									
Leucemia	4 686	0,3	2 655	0,3	2 031	0,3	104	109	251	362	76	Leucemia	257	791	316	195	201	147	328	93	1 450									
Otras neoplasias	1 749	0,1	915	0,1	834	0,1	74	86	114	139	20	Otras neoplasias	49	281	185	36	65	127	240	68	261									
Diabetes mellitus	16 194	1,1	7 608	1,0	8 587	1,2	529	586	1 455	1 835	224	Diabetes mellitus	1 245	3 562	1 105	566	522	410	843	387	2 873									
Trastornos nutricionales/endocrinos	7 961	0,5	3 568	0,5	4 393	0,6	570	720	854	1 162	224	Trastornos nutricionales/endocrinos	449	637	632	176	168	209	633	213	1 278									
Trastornos neuropsiquiátricos	193 278	13,0	94 230	12,2	99 049	13,8	8 242	9 655	13 888	18 966	2 934	Trastornos neuropsiquiátricos	8 340	39 974	13 732	7 055	8 562	4 340	10 680	3 812	42 722									
Trastornos depresivos unipolares	67 295	4,5	26 743	3,5	40 552	5,7	2 011	2 316	5 237	5 863	898	Trastornos depresivos unipolares	2 897	17 671	4 117	2 626	2 598	1 259	3 754	1 007	14 926									
Trastorno afectivo bipolar	13 952	0,9	7 049	0,9	6 903	1,0	795	936	531	1 063	177	Trastorno afectivo bipolar	704	2 994	618	479	449	380	869	237	3 697									
Esquizofrenia	16 149	1,1	8 235	1,1	7 914	1,1	777	899	537	1 268	210	Esquizofrenia	1 047	3 683	593	577	442	471	1 037	231	4 348									
Epilepsia	7 328	0,5	3 886	0,5	3 442	0,5	701	880	175	745	143	Epilepsia	367	1 883	245	191	188	122	502	65	1 105									
Trastornos por consumo de alcohol	20 331	1,4	17 242	2,2	3 089	0,4	241	672	2 502	3 513	333	Trastornos por consumo de alcohol	325	1 623	2 227	636	1 799	55	44	489	5 836									
Alzheimer y otras demencias	10 397	0,7	3 992	0,5	6 405	0,9	166	175	1 300	658	76	Alzheimer y otras demencias	369	1 213	1 989	398	549	101	242	765	2 374									
Enfermedad de Parkinson	1 570	0,1	776	0,1	794	0,1	35	40	252	53	7	Enfermedad de Parkinson	36	211	288	70	93	40	59	117	268									
Esclerosis múltiple	1 477	0,1	638	0,1	839	0,1	56	45	120	105	16	Esclerosis múltiple	63	276	157	63	87	35	75	29	347									
Trastornos por consumo de drogas	7 388	0,5	5 789	0,7	1 599	0,2	660	656	787	839	232	Trastornos por consumo de drogas	159	827	774	192	489	562	812	57	322									
Trastorno de estrés postraumático	3 335	0,2	923	0,1	2 412	0,3	149	173	184	209	32	Trastorno de estrés postraumático	181	719	208	127	130	84	192	81	860									
Trastorno obsesivo-compulsivo	4 923	0,3	2 116	0,3	2 808	0,4	393	459	227	558	87	Trastorno obsesivo-compulsivo	172	837	257	275	277	191	349	62	765									
Trastorno de pánico	6 758	0,5	2 292	0,3	4 466	0,6	360	427	278	512	85	Trastorno de pánico	363	1 494	322	248	239	186	428	124	1 680									
Insomnio (primario)	3 477	0,2	1 494	0,2	1 983	0,3	141	161	269	326	49	Insomnio (primario)	118	861	348	119	158	35	161	130	595									
Migraña	7 666	0,5	2 078	0,3	5 588	0,8	193	254	508	754	150	Migraña	340	1 727	742	258	236	136	421	151	1 781									
Trastornos de los órganos sensoriales	69 381	4,7	32 453	4,2	36 928	5,1	4 289	4 649	1 950	3 638	528	Trastornos de los órganos sensoriales	6 151	16 217	2 465	1 589	2 167	2 108	5 016	809	17 655									
Glaucoma	3 866	0,3	1 716	0,2	2 150	0,3	451	481	35	219	11	Glaucoma	209	195	107	91	102	216	512	16	1 207									
Catarata	25 251	1,7	11 051	1,4	14 200	2,0	2 483	2 670	123	1 156	248	Catarata	3 479	7 562	112	149	167	570	1 873	29	4 581									
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 visión, relacionada con la edad o de otro tipo	813	1 418	390	588	633	757	1 127	141	5 755									
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	Pérdida de audición, aparición en el adulto	1 648	7 029	1 855	760	1 261	564	1 497	623	6 109									
Enfermedades cardiovasculares	148 190	9,9	79 886	10,3	68 304	9,5	5 187	5 724	6 847	7 426	901	Enfermedades cardiovasculares	6 576	36 411	8 838	8 175	17 405	2 945	9 115	2 545	29 868									
Cardiopatía reumática	5 862	0,4	2 556	0,3	3 306	0,5	300	207	40	107	11	Cardiopatía reumática	242	2 376	71	122	192	104	476	17	1 594									
Cardiopatía hipertensiva	7 647	0,5	3 856	0,5	3 791	0,5	260	327	322	580	126	Cardiopatía hipertensiva	518	1 138	307	521	389	249	642	35	2 209									
Cardiopatía isquémica	58 645	3,9	34 338	4,4	24 307	3,4	1 461	1 564	3 304	2 685	230	Cardiopatía isquémica	2 804	17 930	3 569	3 382	8 800	1 365	3 956	770	6 732									
Afección cerebrovascular	49 200	3,3	25 429	3,3	23 771	3,3	1 757	1 911	1 654	2 534	288	Afección cerebrovascular	1 681	8 714	2 654	2 522	5 618	577	1 954	1 228	16 048									
Cardiopatía inflamatoria	5 854	0,4	3 438	0,4	2 417	0,3	400	467	382	437	27	Cardiopatía inflamatoria	173	1 338	265	360	683	133	423	76	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					ASIA SUDORIENTAL		EUROPA			MEDITERRÁNEO ORIENTAL		PACÍFICO OCCIDENTAL	
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		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	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja 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	Población (000)	298 234	1 292 598	415 323	222 846	239 717	142 528	360 296	155 400	1 562 136				
	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)			
Enfermedades respiratorias	55 153	3,7	30 247	3,9	24 907	3,5	2 505	2 978	3 239	4 061	668	Enfermedades respiratorias	2 620	13 010	3 406	1 547	1 782	843	2 877	1 067	14 469				
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	27 756	1,9	15 302	2,0	12 454	1,7	514	668	1 743	1 419	195	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1 420	6 740	1 744	673	1 036	349	989	415	9 820				
Asma	15 334	1,0	8 240	1,1	7 094	1,0	952	1 260	792	1 576	278	Asma	614	3 821	700	358	301	280	1 006	361	3 007				
Enfermedades digestivas	46 476	3,1	25 374	3,3	21 102	2,9	2 377	2 727	1 589	3 309	645	Enfermedades digestivas	2 534	11 671	2 414	1 900	3 082	679	3 353	664	9 448				
Úlcera gastroduodenal	4 630	0,3	2 926	0,4	1 704	0,2	151	176	52	136	37	Úlcera gastroduodenal	229	1 809	130	149	211	34	230	36	1 249				
Cirrosis hepática	13 977	0,9	8 629	1,1	5 348	0,7	447	510	485	1 094	206	Cirrosis hepática	666	3 676	909	649	1 176	128	1 021	177	2 814				
Apendicitis	395	0,0	228	0,0	167	0,0	23	26	15	39	16	Apendicitis	18	94	16	10	22	6	16	5	89				
Enfermedades del sistema genitourinario	15 217	1,0	8 575	1,1	6 642	0,9	986	1 101	631	1 091	244	Enfermedades del sistema genitourinario	905	3 180	546	534	636	378	1 175	229	3 529				
Nefritis/nefrosis	8 394	0,6	4 443	0,6	3 951	0,6	620	681	265	496	148	Nefritis/nefrosis	549	1 984	196	259	205	115	785	97	1 978				
Hipertrofia benigna de la próstata	2 466	0,2	2 466	0,3	...	...	113	126	88	210	29	Hipertrofia benigna de la próstata	125	539	123	65	81	59	138	51	714		
Enfermedades de la piel	3 748	0,3	1 854	0,2	1 894	0,3	395	452	79	323	68	Enfermedades de la piel	332	745	90	66	173	66	270	21	659				
Enfermedades musculoesqueléticas	30 169	2,0	13 244	1,7	16 925	2,4	1 080	1 151	1 751	2 223	311	Enfermedades musculoesqueléticas	1 593	5 334	2 197	1 513	1 924	518	1 278	878	8 359				
Artritis reumatoide	4 866	0,3	1 385	0,2	3 482	0,5	133	143	332	550	86	Artritis reumatoide	122	880	427	277	344	101	228	142	1 090				
Artrosis	14 861	1,0	5 797	0,7	9 065	1,3	595	641	860	857	102	Artrosis	893	2 302	1 187	828	1 073	216	548	526	4 208				
Malformaciones congénitas	27 381	1,8	14 125	1,8	13 256	1,8	1 384	2 072	682	2 275	364	Malformaciones congénitas	1 170	7 540	555	684	683	947	3 464	205	5 294				
Enfermedades bucodentales	7 372	0,5	3 617	0,5	3 754	0,5	269	311	308	824	150	Enfermedades bucodentales	517	1 590	378	311	315	312	583	142	1 341				
Caries dental	4 769	0,3	2 414	0,3	2 355	0,3	186	216	183	715	132	Caries dental	253	1 088	201	194	163	197	382	75	771				
Periodontopatías	302	0,0	152	0,0	150	0,0	15	17	13	21	3	Periodontopatías	15	100	17	11	13	5	19	6	47				
Pérdida de dientes	2 185	0,1	1 015	0,1	1 170	0,2	64	72	109	80	13	Pérdida de dientes	239	376	157	105	138	106	174	59	488				
III. Traumatismos	181 991	12,2	119 885	15,5	62 106	8,7	14 974	15 829	4 545	13 430	1 889	III. Traumatismos	8 217	47 330	4 081	4 058	12 806	4 767	12 714	1 627	35 347				
Accidentales	133 112	8,9	84 118	10,9	48 993	6,8	11 621	9 921	3 133	6 813	1 451	Accidentales	5 866	37 872	3 042	3 123	8 317	4 225	9 768	971	26 732				
Traumatismos por accidentes de tráfico	38 676	2,6	27 224	3,5	11 452	1,6	3 654	3 537	1 368	2 580	348	Traumatismos por accidentes de tráfico	2 415	7 601	1 233	641	1 732	1 856	2 732	309	8 595				
Intoxicaciones	7 401	0,5	4 820	0,6	2 581	0,4	577	490	333	64	16	Intoxicaciones	156	1 668	126	126	1 885	73	266	37	1 572				
Caidas	16 201	1,1	9 929	1,3	6 271	0,9	612	456	371	645	131	Caidas	669	5 037	615	481	939	508	1 212	179	4 316				
Incendios	11 471	0,8	4 595	0,6	6 875	1,0	1 090	897	100	132	37	Incendios	459	6 095	57	153	425	293	1 091	27	603				
Ahogamiento	10 840	0,7	7 458	1,0	3 382	0,5	1 065	853	116	455	81	Ahogamiento	397	2 343	74	167	649	155	651	64	3 751				
Otras lesiones accidentales	48 523	3,3	30 091	3,9	18 432	2,6	4 623	3 688	844	2 937	838	Otras lesiones accidentales	1 770	15 128	937	1 556	2 686	1 340	3 815	356	7 895				
Intencionados	48 879	3,3	35 767	4,6	13 112	1,8	3 353	5 908	1 412	6 617	437	Intencionados	2 351	9 459	1 039	935	4 489	543	2 946	656	8 614				
Autolesiones	20 767	1,4	12 344	1,6	8 423	1,2	391	502	772	652	77	Autolesiones	961	6 230	890	532	1 969	258	749	616	6 152				
Actos violentos	21 429	1,4	17 505	2,3	3 925	0,5	2 343	2 924	629	5 657	358	Actos violentos	936	2 644	134	255	1 912	241	1 031	37	2 260				
Guerra	6 328	0,4	5 629	0,7	700	0,1	619	2 482	1	283	2	Guerra	437	437	14	130	605	26	1 115	2	139				

^aVéase la lista de Estados Miembros por regiones de la OMS y estratos de mortalidad.^bRespecto a las fuentes y los métodos, véanse las notas explicativas.^cLos totales mundiales para hombres y mujeres incluyen poblaciones residuales que viven fuera de los Estados Miembros de la OMS.^dLa 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.^ePara las regiones OMS de las Américas, Europa y el Pacífico Occidental, estas cifras incluyen sólo efectos tardíos de casos de poliomielitis que aparecieron antes de la certificación regional de la erradicación de esta enfermedad en 1994, 2000 y 2002, respectivamente. Para todas las demás regiones, salvo cuando en el registro civil se consignan los efectos tardíos de los casos de poliomielitis, estas defunciones se deben a poliomielitis aguda.^fNo incluye las defunciones por cáncer hepático y cirrosis debidas a infección crónica por virus de la hepatitis.^gEsta categoría incluye las defunciones por causas perinatales, según la definición que se da en el capítulo XVI de la Clasificación Internacional de Enfermedades, principalmente el bajo peso al nacer, la prematuridad, la asfixia del nacimiento y los traumatismos del nacimiento, y excluye todas las defunciones ocurridas durante el periodo neonatal precoz.

... Datos no aplicables.

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	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	63,5	61,0	60,0 - 62,0	14,4	14,2 - 14,8	66,0	65,1 - 67,0	16,2	15,6 - 16,7	8,4	9,7	12,1	12,8
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	64,8	62,6	61,9 - 63,3	12,5	12,2 - 12,7	67,1	66,4 - 67,8	15,0	14,8 - 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	58,4	52,8	51,9 - 53,6	9,7	7,0 - 12,3	64,1	63,3 - 64,8	14,0	13,8 - 14,2	5,5	7,7	9,4	10,7
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	68,7 - 70,0	16,6	16,3 - 16,9	74,7	74,0 - 75,4	20,4	20,1 - 20,7	6,7	8,8	8,8	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 -								

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	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 Líbano	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	71,4	69,9	69,1 - 70,6	15,4	15,0 - 15,9	72,9	72,2 - 73,7	18,2	17,7 - 18,7	6,2	8,3	8,2	10,2
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	65,4	63,3	62,8 - 63,9	14,4	14,2 - 14,6	67,6	67,0 - 68,2	16,2	16,0 - 16,4	8,3	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 Centroafricana	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	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	29,6	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					

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;^a 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 Belarus	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	3,8	4,1	3,9	4,3	4,5	75,8	79,1	80,1	82,9	83,9	24,2	20,9	19,9	17,1	16,1	6,8	8,9	8,4	10,1	12,2
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	9,5
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	75,8	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	61	60,2	59	59,5	58,6	63,2	63,8	64	63,3	62,4</					

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;^a 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	75,1	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	8,1	8,2	8,2	8,7	74	72	71	69,8	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	5,7	5,6	5	4,2	4	48,4	49,5	48,3	48,3	48,7	51,6	50,5	51,7	51,3	51,3	10,5	10,1	10,2	9,5	9
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	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	36,3	36,9	24,5	21,8	77,7	80,5	84,8	85,2	84,4	6,7	5,6	4,6	4,6	4			

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;^a 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	6,8	6,8	7	6,9	7	72,8	72,2	73,3	68,9	67,8	27,2	27,8	26,7	31,1	32,2	13,1	13	13,1	12,4	12,4
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	5,5	5,6	5,8	5,4	5,4	37,4	38,4	39	40,8	43,9	62,6	61,6	61	59,2	56,1	7,2	7,1	7,2	7,3	7
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	8,6	7,2	5,7	5,9	5,7	70,7	60,3	50,5	49,8	49,7	29,3	39,7	49,5	50,2	50,3	12,2	10,1	8,3	8,5	9,4
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	2,6	2,5	2,5	3,8	3,8	1,5	1,4	1,2	1,8	1,9	22	21,9	21,2	18,2	17,9	74,6	74,6	74,6	77,3	77,9
122	Nauru	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0	0	0	0	0	100	100	100	100</						

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;^a 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	3,2	3,6	3,4	3,3	3,3	39	32,4	30,6	28,2	28,9	61	67,6	69,4	71,8	71,1	7,4	7,4	6,3	6,5	6,5
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	Zimbabwe	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

^aRespecto 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 hacer 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	5,6	6,2	3,1	7,6	7,4	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	0	0
191	Zambia	23,5	26,1	40,1	33,5	48,7	0	0	0	0</											

Cuadro 6. Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud: mediciones del gasto sanitario per cápita, 1997-2001Cifras 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	Gasto sanitario total per cápita al tipo de cambio medio (US\$)					Gasto sanitario total per cápita en dólares internacionales					Gasto del gobierno en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)					Gasto del gobierno en salud per cápita 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	3	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	46	52	54	54	57	108	123	128	153	165	35	41	43	45	47	82	97	102	127	138
32 Camboya	30	26	28	30	30	146	146	152	174	184	3	3	3	4	4	15	15	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 al tipo de cambio medio (US\$)					Gasto sanitario total per cápita en dólares internacionales					Gasto del gobierno en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)					Gasto del gobierno en salud per cápita 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	7	5	7	8	28	27	25	32	41
69 Ghana	15	17	17	11	12	44	49	49	52	60	7	9								

Cuadro 6. Algonos indicadores de las cuentas nacionales de salud: mediciones del gasto sanitario per cápita, 1997-2001

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	Gasto sanitario total per cápita al tipo de cambio medio (US\$)					Gasto sanitario total per cápita en dólares internacionales					Gasto del gobierno en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)					Gasto del gobierno en salud per cápita 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	141	128	127	126	114	305	307	323	330	342	103	92	93	87	77	222	221	236	228	232
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	18	18	19
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 Zelandia	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	59	60	63	64	65	427	452	473	439	427	22	23	25	26	29	160	174	184	179	188
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	38	28	16	18	20	159	125	99	106	112	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	219	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 al tipo de cambio medio (US\$)					Gasto sanitario total per cápita en dólares internacionales					Gasto del gobierno en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)					Gasto del gobierno en salud per cápita 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	185	89	103	621	542	601	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	19	18	18	15	15	2	3	3	3	3	9	8	8	7	7
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	3759	3909	3875	3574	3779	2841	2952	3080	3160	3322	2073	2145	2144	1988	2159	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	6	8	6	5	6	38	36	36	38	43	2	3	2	2	2	15	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										

Cuadro 7. Objetivos de Desarrollo del Milenio: algunos indicadores sanitarios, todos los Estados Miembros de la OMS, 2000 (salvo que se indique otra cosa)

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	Menores de cinco años, bajo peso para la edad		Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por 1000 nacidos vivos)	Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	Niños de un año inmunizados contra el sarampión (%) (2001)	Razón de mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	Partos atendidos por personal de salud calificado (%)	Prevalencia del VIH entre la población de 15-49 años (%)	Tasa de mortalidad por malaria (por 100 000)	Prevalencia de tuberculosis (por 100 000)	Tasa de mortalidad por tuberculosis (por 100 000)	Casos de tuberculosis			Población con acceso sostenible a fuentes de agua mejoradas (%)		Población con acceso a saneamiento mejorado (%)		
	(%)	Año										Detectados bajo DOTS (2001)	Curados bajo DOTS	Población usuaria de combustibles sólidos (%)	Urbana	Rural	Urbana	Rural	
1 Afganistán	49,3	1997	257	189	46	1900	n.d.	1	< 0,1	10	708	96	15	86	> 95	19	11	25	8
2 Albania	14,3	2000	27	23	95	55	99,1	2	< 0,1	0	30	3	20	n.d.	76	99	95	99	85
3 Alemania	n.d.	n.d.	5	4	89	9	n.d.	3	0,1	0	10	1	46	77	< 5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
4 Andorra	n.d.	n.d.	5	4	90	n.d.	n.d.	4	0,7	0	20	1	34	50	< 5	100	100	100	100
5 Angola	30,5	2001	262	153	72	1700	22,5	5	1,6	383	577	64	...	...	> 95	34	40	70	30
6 Antigua y Barbuda	n.d.	n.d.	21	16	97	n.d.	100	6	0,7	0	9	1	52	100	< 5	95	89	98	94
7 Arabia Saudita	n.d.	n.d.	29	24	94	23	91,4	7	< 0,1	4	61	5	40	73	< 5	100	64	100	100
8 Argelia	6	2000	51	42	83	140	92	8	0,1	23	48	2	100	87	< 5	94	82	99	81
9 Argentina	5,4	1995-96	19	17	94	70	97,5	9	0,7	0	68	2	39	55	< 5	85	30	89	48
10 Armenia	2,6	2000-01	37	31	93	55	96,9	10	0,1	0	94	6	22	87	66	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
11 Australia	0	1995-96	6	5	93	6	100	11	0,1	0	6	0	14	74	< 5	100	100	100	100
12 Austria	n.d.	n.d.	6	5	79	5	n.d.	12	0,2	0	9	1	46	73	< 5	100	100	100	100
13 Azerbaiyán	16,8	2000	75	61	99	94	87,5	13	< 0,1	0	112	10	0	91	37	93	58	90	70
14 Bahamas	n.d.	n.d.	18	15	92	60	99	14	3,7	0	50	3	...	...	< 5	98	86	100	100
15 Bahrein	8,7	1995	13	10	98	33	98,4	15	0,3	0	38	2	59	73	< 5	100 ^b	n.d.	100 ^b	n.d.
16 Bangladesh	47,7	1999-00	82	63	76	380	12,1	16	< 0,1	9	479	56	26	83	> 95	99	97	71	41
17 Barbados	5,9	1981	19	17	92	95	91	17	1,4	0	20	0	30	n.d.	57	100	100	100	100
18 Belarús	n.d.	n.d.	14	10	99	36	n.d.	18	0,4	0	114	8	...	...	11	100	100	n.d.	n.d.
19 Bélgica	n.d.	n.d.	6	5	75	10	n.d.	19	0,2	0	15	1	75	n.d.	< 5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
20 Belice	6,2	1992	41	33	93	140	76,9	20	1,9	0	72	14	n.d.	78	< 5	100	82	71	25
21 Benin	22,9	2001	161	96	65	850	59,8	21	2,3	190	122	10	...	...	89	74	55	46	6
22 Bhután	18,7	1999	98	75	78	420	15	22	< 0,1	12	223	19	26	90	< 5	86	60	65	70
23 Bolivia	9,5	1998	80	63	79	420	59,3	23	< 0,1	0	322	36	81	79	61	95	64	86	42
24 Bosnia y Herzegovina	4,1	2000	18	15	92	31	99,5	24	< 0,1	0	76	6	71	94	74	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
25 Botswana	12,5	2000	93	60	90	100	98,5	25	37,5	8	288	28	75	77	65	100	90	88	43
26 Brasil	5,7	1996	41	37	95	260	87,6	26	0,6	0	103	9	8	73	27	95	53	84	43
27 Brunei Darussalam	n.d.	n.d.	14	11	99	37	99	27	< 0,1	0	39	3	100	63	70	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
28 Bulgaria	n.d.	n.d.	16	14	90	32	n.d.	28	< 0,1	0	67	4	15	n.d.	31	100	100	100	100
29 Burkina Faso	34,3	1998-99	225	117	46	1000	31	29	4,2	223	269	30	15	60	> 95	66	37	39	27
30 Burundi	45,1	2000	190	116	75	1000	24,9	30	6,4	149	445	50	39	80	> 95	91	77	68	90
31 Cabo Verde	13,5	1994	40	32	72	150	53,2	31	< 0,1	20	402	44	40	n.d.	< 5	64	89	95	32
32 Camboya	45,2	2000	134	106	59	450	31,8	32	2,8	24	743	91	41	91	> 95	54	26	56	10
33 Camerún	22,2	1998	155	91	62	730	56,1	33	7,4	116	232	25	...	...	77	78	39	92	66
34 Canadá	n.d.	n.d.	6	5	96	5	98	34	0,3	0	5	1	56	80	< 5	100	99	100	99
35 Chad	28	2000	193	112	36	1100	16,2	35	4,9	232	370	41	...	...	95	31	26	81	13
36 Chile	0,8	1999	16	14	99	30	100	36	0,3	0	23	4	97	82	15	99	58	96	97
37 China	10	2000	37	31	79	56	89,3	37	< 0,1	0	250	21	29	95	80	93,7	66,1	68,5	25,8
38 Chipre	n.d.	n.d.	8	7	86	47	n.d.	38	0,3	0	8	1	...	...	24	100	100	100	100
39 Colombia	6,7	2000	24	22	90	130	86,4	39	0,4	1	62	6	...	...	36	99	70	96	56
40 Comoras	25,4	2000	82	65	70	480	61,8	40	0,1	65	125	9	...	...	< 5	98	95	98	98
41 Congo	23,9	1987	106	68	35	510	n.d.	41	5,5	54	322	36	10	69	67	71	17	14	n.d.
42 Costa Rica	5,1	1996	11	10	82	25	98,2	42	0,6	0	16	2	89	76	58	99	92	89	97
43 Côte d'Ivoire	21,2	1998-99	167	113	61	690	46,9	43	9,7	118	520	57	10	n.d.	93	92	72	71	35
44 Croacia	0,6	1995-96	8	7	94	10	n.d.	44	< 0,1	0	73	4	n.d.	n.d.	16	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
45 Cuba	3,9	2000	9	7	99	33	100	45	< 0,1	0	16	1	85	93	42	95	77	99	95
46 Dinamarca	n.d.	n.d.	6	5	94	7	n.d.	46	0,2	0	12	1	...	...	< 5	100	100	n.d.	n.d.
47 Djibouti	18,2	1996	150	94	49	730	n.d.	47	5,1	114	534	61	65	62	6	100	100	99	50
48 Dominica	n.d.	n.d.	14	11	99	n.d.	100	48	0,3	0	26	5	...	...	< 5	100	90	86	75
49 Ecuador	14,3	1998	36	26	99	130	68,7	49	0,3	1	239	32	5	n.d.	28	90	75	92	74
50 Egipto	10,7	1998	45	38	97	84	60,9	50	< 0,1	8	42	4	39	87	23	99	96	100	96
51 El Salvador	9,5	1998	37	28	82	150	58	51	0,6	0	91	10	58	80	65	91	64	89	76
52 Emiratos Árabes Unidos	n.d.	n.d.	10	8	94	54	99,2	52	0,1	0	28	2	29	74	< 5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
53 Eritrea	43,7	1995-96	112	65	84	630	20,6	53	2,9	68	361	44	15	76	> 95	63	42	66	1
54 Eslovaquia	n.d.	n.d.	10	8	99	10	n.d.	54	< 0,1	0	34	1	38	82	24	100	100	100	100
55 Eslovenia	n.d.	n.d.	6	5	94	17	n.d.	55	< 0,1	0	23	1	68	84	< 5	100	100	n.d.	n.d.

Cuadro 7. Objetivos de Desarrollo del Milenio: algunos indicadores sanitarios, todos los Estados Miembros de la OMS, 2000 (salvo que se indique otra cosa)

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	Menores de cinco años, bajo peso para la edad		Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por 1000 nacidos vivos)	Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	Niños de un año inmunizados contra el sarampión (%) (2001)	Razón de mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	Partos atendidos por personal de salud calificado (%)	Prevalencia del VIH entre la población de 15-49 años (%)	Tasa de mortalidad por malaria (por 100 000)	Prevalencia de tuberculosis (por 100 000)	Tasa de mortalidad por tuberculosis (por 100 000)	Casos de tuberculosis			Población con acceso sostenible a fuentes de agua mejoradas (%)		Población con acceso a saneamiento mejorado (%)		
	(%)	Año										Detectados bajo DOTS (2001)	Curados bajo DOTS	Población usuaria de combustibles sólidos (%)	Urbana	Rural	Urbana	Rural	
56 España	n.d.	n.d.	6	4	96	5	n.d.	56	0,5	0	33	1	...	...	< 5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
57 Estados Unidos de América	1,4	1988-94	9	7	91	14	99	57	0,6	0	4	0	90	76	< 5	100	100	100	100
58 Estonia	n.d.	n.d.	11	9	95	38	n.d.	58	1,0	0	61	8	67	70	34	n.d.	n.d.	93	n.d.
59 Etiopía	47,2	2000	179	114	52	850	9,7	59	5,0	80	440	52	42	80	> 95	81	12	33	7
60 Ex República Yugoslava de Macedonia	5,9	1999	19	16	92	13	n.d.	60	< 0,1	0	68	5	51	86	58	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
61 Federación de Rusia	n.d.	n.d.	19	16	98	65	n.d.	61	0,7	0	170	21	5	68	7	100	96	n.d.	n.d.
62 Fiji	7,9	1993	28	22	90	75	n.d.	62	< 0,1	0	49	6	59	86	< 5	43	51	75	12
63 Filipinas	31,8	1998	40	28	75	200	56,4	63	< 0,1	1	582	61	58	88	85	91	79	93	69
64 Finlandia	n.d.	n.d.	4	4	96	5	n.d.	64	< 0,1	0	16	3	...	...	< 5	100	100	100	100
65 Francia	n.d.	n.d.	6	5	84	17	n.d.	65	0,3	0	16	2	...	...	< 5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
66 Gabón	11,9	2000-01	91	64	55	420	85,5	66	5,0	74	444	49	...	...	34	95	47	55	43
67 Gambia	17	2000	128	81	90	540	51	67	1,3	58	499	55	...	...	> 95	80	53	41	35
68 Georgia	3,1	1999	23	21	73	32	96,4	68	< 0,1	0	93	13	48	63	71	90	61	100	99
69 Ghana	24,9	1998-99	105	62	81	540	44,3	69	3,2	66	381	42	45	50	95	91	62	74	70
70 Granada	n.d.	n.d.	23	17	96	n.d.	100	70	1,1	0	8	0	...	...	< 5	97	93	96	97
71 Grecia	n.d.	n.d.	7	6	88	10	n.d.	71	0,2	0	24	1	...	...	< 5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
72 Guatemala	24,2	1998-99	56	45	91	240	40,6	72	1,0	1	113	13	39	86	73	98	88	83	79
73 Guinea	23,2	1999	163	94	52	740	34,8	73	2,5	206	344	38	...	...	> 95	72	36	94	41
74 Guinea-Bissau	25	2000	215	128	48	1100	34,7	74	3,4	139	281	33	...	...	95	79	49	95	44
75 Guinea Ecuatorial	n.d.	n.d.	156	97	51	880	n.d.	75	9,2	165	350	40	...	...	83	45	42	60	46
76 Guyana	13,6	2000	58	45	92	170	95	76	2,7	5	142	7	21	91	< 5	98	91	97	81
77 Haití	17,3	2000	136	92	53	680	24,2	77	5,5	2	444	58	31	73	82	49 ^b	45 ^b	50 ^b	16 ^b
78 Honduras	16,6	2001	44	35	95	110	62	78	1,4	2	120	11	100	89	66	95	81	93	55
79 Hungría	2,2	1980-88	11	9	99	11	n.d.	79	< 0,1	0	33	4	35	64	26	100	98	100	98
80 India	46,7	1998-99	96	77	56	540	42,3	80	0,8	3	431	41	23	84	81	95	79	61	15
81 Indonesia	27,3	2002	50	39	76	230	55,8	81	< 0,1	4	742	67	21	87	50	90	69	69	46
82 Irán, República Islámica del	10,9	1998	45	36	96	76	n.d.	82	< 0,1	1	39	4	33	85	< 5	98	83	86	79
83 Iraq	15,9	2000	118	93	90	250	n.d.	83	< 0,1	11	216	30	26	92	< 5	96	48	93	31
84 Irlanda	n.d.	n.d.	7	6	73	4	n.d.	84	0,1	0	15	1	...	...	< 5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
85 Islandia	n.d.	n.d.	3	3	88	0	n.d.	85	0,2	0	4	1	69	n.d.	< 5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
86 Islas Cook	n.d.	n.d.	23	18	84	n.d.	100	86	< 0,1	0	56	6	67	n.d.	< 5	100	100	100	100
87 Islas Marshall	n.d.	n.d.	44	32	89	n.d.	94,9	87	< 0,1	2	113	13	76	91	< 5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
88 Islas Salomón	21,3	1989	81	65	78	130	85	88	< 0,1	1	111	13	67	81	< 5	94	65	98	18
89 Israel	n.d.	n.d.	7	5	94	13	n.d.	89	0,1	0	10	2	63	n.d.	< 5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
90 Italia	1,5	1975-77	6	5	70	5	n.d.	90	0,4	0	7	1	10	74	< 5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
91 Jamahiriya Árabe Libia	4,7	1995	20	16	93	97	94,4	91	0,2	0	22	2	...	...	< 5	72	68	97	96
92 Jamaica	3,8	1999	16	13	85	87	94,6	92	0,7	0	9	1	84	46	47	98	85	99	99
93 Japón	3,7	1978-81	5	3	98	10	100	93	< 0,1	0	46	4	28	70	< 5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
94 Jordania	5,1	1997	28	25	99	41	96,7	94	< 0,1	0	7	1	47	90	10	100	84	100	98
95 Kazajstán	4,2	1999	36	33	96	210	99,1	95	< 0,1	0	153	21	69	79	51	98	82	100	98
96 Kenya	21,2	2000	113	79	78	1000	44,3	96	12,3	67	462	49	47	80	85	88	42	96	82
97 Kirguistán	11	1997	63	52	99	110	98,1	97	< 0,1	0	156	20	n.d.	82	> 95	98	66	100	100
98 Kiribati	12,9	1985	77	54	76	n.d.	85	98	< 0,1	1	90	7	n.d.	91	< 5	82	25	54	44
99 Kuwait	10,5	1994-95	11	9	99	12	98,2	99	< 0,1	0	28	1	...	...	< 5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
100 Lesotho	17,9	2000	149	94	70	550	59,7	100	29,9	65	310	36	...	...	85	88	74	72	40
101 Letonia	n.d.	n.d.	14	12	98	61	100	101	0,4	0	85	13	77	72	19	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
102 Líbano	3	1996	34	27	94	150	88	102	< 0,1	0	17	2	54	92	< 5	100	100	100	87
103 Liberia	26,5	1999-00	232	136	78	760	n.d.	103	4,7	164	485	55	...	...	83	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
104 Lituania	n.d.	n.d.	11	9	97	19	n.d.	104	< 0,1	0	107	11	30	92	42	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
105 Luxemburgo	n.d.	n.d.	5	4	91	28	n.d.	105	0,2	0	12	1	40	n.d.	< 5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
106 Madagascar	40	1997	139	89	55	550	47,3	106	0,2	138	471	54	60	70	> 95	85	31	70	30
107 Malasia	20,1	1995	10	8	92	41	96,2	107	0,4	0	128	15	...	...	29	n.d.	94	n.d.	98
108 Malawi	25,4	2000	197	117	82	1800	55,6	108	16,0	212	439	49	40	73	> 95	95	44	96	70
109 Maldivas	45	1997-98	50	37	99	110	n.d.	109	< 0,1	5	68	5	88	95	< 5	100	100	100	41
110 Malí	33,2	2001	233	131	37	1200	23,7	110	1,9	260	661	73	...	...	> 95	74	61	93	58

Cuadro 7. Objetivos de Desarrollo del Milenio: algunos indicadores sanitarios, todos los Estados Miembros de la OMS, 2000 (salvo que se indique otra cosa)

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	Menores de cinco años, bajo peso para la edad		Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por 1000 nacidos vivos)	Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	Niños de un año inmunizados contra el sarampión (%) (2001)	Razón de mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	Partos atendidos por personal de salud calificado (%)	Prevalencia del VIH entre la población de 15-49 años (%)	Tasa de mortalidad por malaria (por 100 000)	Prevalencia de tuberculosis (por 100 000)	Tasa de mortalidad por tuberculosis (por 100 000)	Casos de tuberculosis			Población con acceso sostenible a fuentes de agua mejoradas (%)		Población con acceso a saneamiento mejorado (%)		
	(%)	Año										Detectados bajo DOTS (2001)	Curados bajo DOTS	Población usuaria de combustibles sólidos (%)	Urbana	Rural	Urbana	Rural	
111 Malta	n.d.	n.d.	7	6	65	n.d.	n.d.	111	0,1	0	7	1	25	100	< 5	100	100	100	100
112 Marruecos	9,5	1992	46	38	96	220	39,6	112	< 0,1	3	104	11	81	89	11	98	56	86	44
113 Mauricio	14,9	1995	18	16	90	37	n.d.	113	0,1	0	135	1	24	93	75	100	100	100	99
114 Mauritania	31,8	2000-01	173	105	58	1000	40	114	0,4	103	498	55	...	...	69	34	40	44	19
115 México	7,5	1998-99	29	25	95	83	85,7	115	0,2	0	49	4	95	76	22	95	69	88	34
116 Micronesia, Estados Federados de	n.d.	n.d.	60	47	84	n.d.	92,8	116	< 0,1	1	116	13	17	93	< 5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
117 Mónaco	n.d.	n.d.	5	4	99	n.d.	n.d.	117	0,5	0	3	0	...	...	< 5	100	100	100	100
118 Mongolia	12,7	2000	79	57	95	110	96,6	118	< 0,1	0	305	38	73	87	67	77	30	46	2
119 Mozambique	26,1	1997	206	146	58	1000	44,2	119	11,9	263	473	52	68	75	87	81	41	68	26
120 Myanmar	35,3	2000	108	83	73	360	56,4	120	0,9	15	255	33	59	82	> 95	89	66	84	57
121 Namibia	24	1992	85	56	58	300	75,7	121	20,8	39	411	45	98	53	83	100	67	96	17
122 Nauru	n.d.	n.d.	16	11	95	n.d.	n.d.	122	0,4	0	52	4	n.d.	25	< 5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
123 Nepal	48,3	2001	95	72	71	740	11,9	123	0,3	20	299	27	60	86	> 95	94	87	73	22
124 Nicaragua	9,6	2001	38	32	99	230	64,6	124	0,2	1	96	10	94	83	72	91	59	95	72
125 Níger	40,1	2000	255	122	51	1600	15,7	125	1,7	329	330	37	...	...	> 95	70	56	79	5
126 Nigeria	30,7	1999	183	103	40	800	41,6	126	5,7	209	491	54	16	79	67	78	49	66	45
127 Niue	n.d.	n.d.	28	22	99	n.d.	100	127	< 0,1	0	67	7	n.d.	n.d.	< 5	100	100	100	100
128 Noruega	n.d.	n.d.	5	4	93	10	n.d.	128	< 0,1	0	8	1	50	70	< 5	100	100	n.d.	n.d.
129 Nueva Zelanda	n.d.	n.d.	8	6	85	7	100	129	0,1	0	8	1	37	30	< 5	100	n.d.	n.d.	n.d.
130 Omán	17,8	1998	18	15	99	87	91	130	0,1	1	13	1	100	93	< 5	41	30	98	61
131 Países Bajos	0,7	1980	6	5	96	16	99,9	131	0,2	0	7	1	56	76	< 5	100	100	100	100
132 Pakistán	37,4	2001-02	110	86	57	500	20	132	< 0,1	9	415	48	6	75	76	95	87	95	43
133 Palau	n.d.	n.d.	24	20	91	n.d.	100	133	< 0,1	0	180	13	...	...	< 5	100	20	100	100
134 Panamá	8,1	1997	25	19	95	160	90	134	0,6	0	65	6	71	67	37	99	79	99	83
135 Papua Nueva Guinea	29,9	1982-83	99	75	58	300	53,2	135	0,3	17	648	57	9	63	> 95	88	32	92	80
136 Paraguay	3,7	1990	33	26	77	170	58,1	136	0,3	0	112	13	5	77	64	93	59	94	93
137 Perú	7,1	2000	42	32	97	410	56,4	137	0,4	0	275	26	95	90	40	87	62	79	49
138 Polonia	n.d.	n.d.	9	8	97	10	n.d.	138	< 0,1	0	55	3	3	72	37	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
139 Portugal	n.d.	n.d.	7	6	87	8	99,7	139	0,5	0	41	4	84	79	< 5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
140 Qatar	5,5	1995	15	14	92	7	n.d.	140	< 0,1	0	69	6	100	66	< 5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
141 Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	1,3	2001	7	6	85	11	99	141	0,1	0	12	1	...	...	< 5	100	100	100	100
142 República Árabe Siria	6,9	2000	27	24	93	160	76	142	< 0,1	0	60	5	27	79	19	94	64	98	81
143 República Centroafricana	24,3	2000	179	120	35	1100	44	143	12,8	132	461	51	8	57	> 95	89	57	38	16
144 República Checa	1	1991	5	4	97	9	n.d.	144	< 0,1	0	13	1	59	70	< 5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
145 República de Corea	n.d.	n.d.	7	5	97	20	100	145	< 0,1	0	140	10	...	...	< 5	97	71	76	4
146 República Democrática del Congo	31	2001	212	127	37	990	69,7	146	4,3	452	511	57	n.d.	78	> 95	89	26	54	6
147 República Democrática Popular Lao	40	2000	143	107	50	650	21,4	147	< 0,1	22	373	29	40	82	95	61	29	67	19
148 República de Moldova	n.d.	n.d.	29	24	81	36	99,1	148	0,2	0	213	17	37	83	72	97	88	100	98
149 República Dominicana	4,6	2000	37	31	98	150	95,5	149	1,8	0	149	19	7	79	48	90	78	70	60
150 República Popular Democrática de Corea	27,9	2000	55	43	n.d.	67	n.d.	150	0,1	0	346	31	n.d.	91	68	100	100	99	100
151 República Unida de Tanzania	29,4	1999	156	109	83	1500	35,8	151	7,1	181	439	47	47	79	> 95	90	57	99	86
152 Rumania	5,7	1991	22	19	98	58	97,9	152	< 0,1	0	189	10	11	80	45	91	16	86	10
153 Rwanda	24,3	2000	182	111	69	1400	30,8	153	7,0	186	500	55	32	61	> 95	60	40	12	8
154 Saint Kitts y Nevis	n.d.	n.d.	22	18	94	n.d.	100	154	0,3	0	23	4	n.d.	n.d.	< 5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
155 Samoa	n.d.	n.d.	26	20	92	n.d.	100	155	< 0,1	1	42	5	50	92	< 5	95	100	95	100
156 San Marino	n.d.	n.d.	5	5	74	n.d.	n.d.	156	0,3	0	7	0	n.d.	0	< 5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
157 Santa Lucía	13,8	1976	14	12	89	n.d.	100	157	0,3	0	30	4	55	100	< 5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
158 Santo Tomé y Príncipe	12,9	2000	90	59	75	n.d.	86	158	< 0,1	57	299	33	...	...	< 5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
159 San Vicente y las Granadinas	n.d.	n.d.	23	19	98	n.d.	100	159	1,7	0	42	1	n.d.	100	< 5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
160 Senegal	22,7	2000	138	73	48	690	50,5	160	0,8	71	416	46	85	52	79	92	65	94	48
161 Serbia y Montenegro	n.d.	n.d.	15	13	90	9	n.d.	161	0,2	0	65	4	n.d.	n.d.	70	99	97	100	99
162 Seychelles	5,7	1987-88	14	11	95	n.d.	n.d.	162	0,1	3	60	1	77	82	< 5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
163 Sierra Leona	27,2	2000	316	181	53	2000	41,7	163	2,0	321	573	63	39	77	92	75	46	88	53
164 Singapur	2,9	2000	4	3	89	15	100	164	0,2	0	28	3	21	85	< 5	100	n.d.	100	n.d.
165 Somalia	25,8	2000	219	130	36	1100	34,2	165	0,7	82	747	115	32	83	< 5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

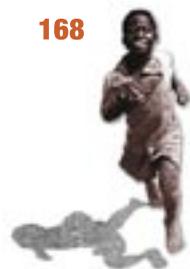
Cuadro 7. Objetivos de Desarrollo del Milenio: algunos indicadores sanitarios, todos los Estados Miembros de la OMS, 2000 (salvo que se indique otra cosa)Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;^a no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos

Estado Miembro	Menores de cinco años, bajo peso para la edad		Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por 1000 nacidos vivos)	Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	Niños de un año inmunizados contra el sarampión (%) (2001)	Razón de mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	Partos atendidos por personal de salud calificado (%)	Prevalencia del VIH entre la población de 15-49 años (%)	Tasa de mortalidad por malaria (por 100 000)	Prevalencia de tuberculosis (por 100 000)	Tasa de mortalidad por tuberculosis (por 100 000)	Casos de tuberculosis			Población con acceso sostenible a fuentes de agua mejoradas (%)		Población con acceso a saneamiento mejorado (%)		
	(%)	Año										Detectados bajo DOTS (2001)	Curados bajo DOTS	Población usuaria de combustibles sólidos (%)	Urbana	Rural	Urbana	Rural	
166 Sri Lanka	32,9	1995	20	16	99	92	94,1	166	< 0,1	6	97	9	74	77	89	98	70	97	93
167 Sudáfrica	9,2	1994-95	71	49	72	230	84,4	167	19,6	0	483	46	72	66	28	99	73	93	80
168 Sudán	40,7	2000	110	71	67	590	86,3	168	3,0	70	363	53	35	79	< 5	86	69	87	48
169 Suecia	n.d.	n.d.	4	3	94	8	n.d.	169	< 0,1	0	5	1	54	80	< 5	100	100	100	100
170 Suiza	n.d.	n.d.	6	5	81	7	n.d.	170	0,5	0	9	1	...	...	< 5	100	100	100	100
171 Suriname	13,2	1999-00	31	24	90	110	84,5	171	1,3	2	111	13	...	...	69	93	50	99	75
172 Swazilandia	10,3	2000	135	86	72	370	55,4	172	31,2	0	856	92	...	...	88	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
173 Tailandia	17,6	1995	31	27	94	44	85	173	1,9	7	225	18	75	69	72	95	81	96	96
174 Tayikistán	n.d.	n.d.	63	51	86	100	76,8	174	< 0,1	1	163	19	...	...	> 95	93	47	97	88
175 Timor-Leste	42,6	2003	126	88	n.d.	n.d.	n.d.	175	< 0,1	4	798	101	n.d.	n.d.	> 95	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
176 Togo	25,1	1998	141	83	58	570	50,5	176	4,8	46	661	63	...	...	> 95	85	38	69	17
177 Tonga	n.d.	n.d.	21	17	93	n.d.	92,1	177	< 0,1	1	43	4	53	93	< 5	100	100	n.d.	n.d.
178 Trinidad y Tabago	5,9	2000	21	18	91	110	99	178	2,9	0	26	3	...	...	< 5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
179 Túnez	4	2000	30	24	92	120	89,9	179	< 0,1	0	28	2	73	91	29	92	58	96	62
180 Turkmenistán	12	2000	59	51	98	31	97,2	180	< 0,1	0	169	13	36	70	50	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
181 Turquía	8,3	1998	44	36	90	70	80,6	181	< 0,1	0	55	6	...	...	11	81	86	97	70
182 Tuvalu	n.d.	n.d.	65	49	99	n.d.	99	182	< 0,1	0	67	6	...	...	< 5	100	100	100	100
183 Ucrania	3,2	2000	21	16	99	38	99	183	1,1	0	118	10	n.d.	n.d.	56	100	94	100	98
184 Uganda	22,8	2000-01	147	89	61	880	37,8	184	5,8	151	544	61	52	63	> 95	80	47	93	77
185 Uruguay	4,4	1992-93	16	14	94	20	99	185	0,3	0	30	2	78	85	< 5	98	93	95	85
186 Uzbekistán	18,8	1996	36	30	99	24	96	186	< 0,1	0	140	13	8	81	79	94	79	97	85
187 Vanuatu	19,7	1983	44	35	94	n.d.	89,1	187	< 0,1	2	126	14	60	89	< 5	63	94	100	100
188 Venezuela, República Bolivariana de	4,4	2000	23	19	98	78	95	188	0,1	0	40	3	68	76	< 5	85	70	71	48
189 Viet Nam	33,8	2000	39	31	97	130	69,6	189	0,2	6	264	25	85	92	> 95	95	72	82	38
190 Yemen	46,1	1997	110	86	79	570	22	190	0,1	8	178	13	47	75	66	74	68	89	21
191 Zambia	25	1999	185	111	85	750	46,5	191	16,8	158	852	89	...	...	87	88	48	99	64
192 Zimbabwe	13	1999	108	71	68	1100	72,5	192	24,8	1	412	50	47	n.d.	67	100	73	71	57

^a Respecto a las fuentes y los métodos, véanse las notas explicativas.^b Estimaciones de los años noventa.

... Países que no aplican la DOTS o que no informan a la OMS.

nd: datos no disponibles.



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 la mortalidad en la niñez (5q0), combinados ambos 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 (el riesgo de defunción entre los 15 y los 60 años, 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

Definición de los estratos de mortalidad usados para distinguir las subregiones

Estrato de mortalidad	Mortalidad en la niñez	Mortalidad de adultos
A	Muy baja	Muy baja
B	Baja	Baja
C	Baja	Alta
D	Alta	Alta
E	Alta	Muy Alta

donde el VIH/SIDA ha tenido un gran impacto.

En el cuadro adyacente 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. Los Estados Miembros de la OMS de cada región se han agrupado por subregiones en la lista presentada en la página siguiente. 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. El último incluido es 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.

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, Malí, Mauricio, Mauritania, Níger, 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, Zimbabwe
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, Kazajistán, Letonia, Lituania, República de Moldova, Ucrania
Mediterráneo Oriental			
Emr-B	Países del Mediterráneo Oriental con mortalidad en la niñez muy 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, ^a 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, ^b China, Fiji, Filipinas, Islas Cook, Islas Marshall, Islas Salomón, Kiribati, Malasia, Micronesia (Estados Federados de), Mongolia, Nauru, Niue, Palau, Papua Nueva Guinea, ^b República de Corea, República Democrática Popular Lao, ^b Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam

^a 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.

^b 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

A

- Acceso a Medicamentos Esenciales, Campaña 51
- acceso a servicios
 - terapia antirretroviral xii, xiv–xv, xvi–xvii, 21, 50, 99
 - equidad geográfica 70–71
- activistas, organizaciones y comunidades xiii, 26, 48
- adquisición de medicamentos *véase* procedimientos de adquisición y gestión
- Afganistán, información estadística 107, 110, 111
- África
 - coinfección de tuberculosis y VIH 8
 - cumplimiento del tratamiento 87
 - diferencias en la prevalencia del VIH 3, 5
 - epidemia de SIDA 1, 2
 - esperanza de vida 7, 8
 - huérfanos del SIDA 8
 - mal funcionamiento de las instituciones 11
 - mortalidad infantil y en la niñez 3
 - organizaciones no gubernamentales 48–49
 - personas afectadas por el VIH/SIDA xvi, 1
 - profesionales del sexo y sus clientes 13
 - véanse también* países individuales; África subsahariana
- África meridional, dimensiones de la epidemia 3
- África occidental, prevalencia del VIH 3
- África oriental, disminución de la prevalencia de VIH 3
- África subsahariana
 - colapso económico xiii, 99
 - esperanza de vida 2, 6
 - lactancia materna 84
 - mujeres infectadas por el VIH 1
 - variaciones dentro de la región 3
- agentes de salud comunitarios
 - apoyo y supervisión 57, 58, 71
 - compensación financiera e incentivos 57
 - encargados de tareas de vigilancia y seguimiento 28, 52, 87
 - formación xi, 56
 - implicados en la atención curativa 56–58
- agentes de salud comunitarios (*continuación*)
 - reclutamiento 32
 - responsabilidades 47
 - uso eficaz xv
 - voluntarios 58
- agua salubre, suministro de información sobre el acceso 112
- ahorro e inversión, disminución 11
- AIDS Coalition to Unleash Power (ACT UP) 48
- AIDS Healthcare Foundation Global Immunity 52
- alfabetismo terapéutico 36, 39
- Alianza Alto a la Tuberculosis 94
- Alianza Global contra el VIH/SIDA en África 75
- alianzas *véase* colaboración
- alianzas publicoprivadas 94
- alimentación del lactante
 - prácticas seguras 15
 - véase también* lactancia materna
- Alma-Ata, Declaración 47, 48
- América Latina
 - organizaciones de la sociedad civil 50
 - prevalencia de la infección por VIH/SIDA 4–5
 - profesionales del sexo y sus clientes 13
- análisis de incertidumbre 102–103
- análisis de políticas sanitarias 91–92
- Andorra, información estadística 107, 111
- AngloGold, compañía minera 33
- antirretrovirales *véase* terapia antirretroviral
- años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) 103–104
- años de vida perdidos (prematuramente) (APP) 104
- años perdidos por discapacidad (APD) 104
- apoyo nutricional 52, 58
- apoyo técnico 26
- asesoramiento y pruebas
 - acceso a 17
 - aceptación 15
 - centros 70
 - deficiencias 21

asesoramiento y pruebas (*continuación*)
 en el lugar de trabajo 66
 en encuestas de demografía y salud 5
 expansión xi
 voluntarias 12, 23–24
 y comportamientos de riesgo 15–17

Asia
 coinfección de tuberculosis y VIH 7
 personas afectadas por el VIH/SIDA xvi, 1
 prevalencia de la infección por VIH 4, 14
 profesionales del sexo y sus clientes 13

Asia central, epidemias 4

Asia sudoriental, coinfección de tuberculosis y VIH 7

Asia, modelo epidemiológico 14

asistencia domiciliaria 50, 67

Asociación Cristiana para la Salud de Kenya 49

asociación mundial para el desarrollo, Objetivo de Desarrollo del Milenio 3

Asociación Rotaria Internacional 94

atención paliativa 32

atención primaria de salud xi, 37, 48

atención/vigilancia prenatal 3, 4, 5, 14, 39

Australia, organizaciones de hombres y mujeres homosexuales 48

Austria, información estadística 109

autoridades tradicionales 26

auxiliares clínicos xiv, 28
véanse también agentes de salud comunitarios; enfermeras

ayuda de donantes
 división de responsabilidades 73
 efectos adversos posibles 75–76
 esencial 38
 flexibilidad 75
 mantenimiento y mejoramiento 74–75
 mecanismos racionalizados xiv
 para la preparación de solicitudes xv
 seguimiento 69
 volatilidad 75

B

Bahamas, tratamiento antirretroviral 13

Banco Asiático de Desarrollo, información estadística 106, 107

Banco Mundial xiii, xv, 25, 94, 111
 informes 108
 Programa Multipaíses de Lucha contra el VIH/SIDA 27, 29, 75

bancos regionales de desarrollo, informes 108

Bangladesh, profesionales del sexo 55

Banque des Etats de l'Afrique Centrale (BEAC), información estadística 107

Barbados, tratamiento antirretroviral gratuito 29

BCG, vacuna 89

Bélgica, información estadística 109

benchmarking *véase* evaluación comparativa

beneficios sinérgicos 23, 63, 65

Benin, prevalencia de la infección por VIH entre los profesionales del sexo 13

Bolivia, organizaciones de la sociedad civil 50

Botswana
 Alianza Global contra el VIH/SIDA en África 75
 esperanza de vida 6

Botswana (*continuación*)
 extensión masiva del tratamiento antirretroviral xii
 financiación pública del tratamiento antirretroviral 76
 fuga de cerebros 94
 mortalidad infantil y en la niñez 3

Brasil
 acceso gratuito al programa de tratamiento de la infección por VIH/SIDA xii, 13, 23, 24, 40, 74, 76
 Asociación Brasileña Interdisciplinar contra el SIDA 50
 financiación pública del tratamiento antirretroviral 76
 inversión en investigación y desarrollo 94
 tiempo de supervivencia de las personas con SIDA 25

Brunei Darussalam, información estadística 109

Burkina Faso, Sociedad de Mujeres contra el SIDA en África (SWAA) 47

Burundi, pruebas del VIH 5

C

calidad de vida xviii, 12, 24, 25, 36

Camboya
 información estadística 110
 prevalencia del VIH 4
 profesionales del sexo y sus clientes 14

Canadá, organizaciones de hombres y mujeres homosexuales 48

cáncer, como causa de defunción 103

capacidad técnica 26

capital humano 8, 9–10, 24

CARE Bangladesh 55

carga de morbilidad 138

Caribe
 VIH/SIDA 1, 4
véanse también Bahamas; Barbados; Haití

Carta de Ottawa 47

cartografía del riesgo de malaria en África (MARA) 116

causas de defunción, análisis 103

Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias (NCHS)/OMS, población de referencia internacional 112

Centroamérica, prevalencia del VIH/SIDA 5

centros de salud como servicios de primera línea 54, 55

cesárea, como opción 15, 84

China
 compromiso nacional con la iniciativa «3 por 5» 34
 costos de la atención de salud 34
 encuesta domiciliaria 105
 industria farmacéutica 34
 información estadística 107
 inversión en investigación y desarrollo 94
 liderazgo político 34
 modo de transmisión del VIH 34
 personas afectadas por el VIH/SIDA 4, 34
 prácticas peligrosas de manejo de la sangre 4, 92
 prevalencia del VIH 4

circuncisión femenina 47

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexas (CIE) 103

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud 105

coinfección de VIH/SIDA y tuberculosis xi, xix, 2, 3, 89

colaboración
 beneficios xii, 92–93
 con organizaciones de la sociedad civil xvii, 46
 con sectores no dependientes del Estado 46, 64
 esencial xvii, 26–27, 51
 internacional 46, 93–96, 99
véanse también comunidad, participación; donantes

colapso económico xiii, 3, 8, 99

colapso institucional 11–12

Colombia
 encuesta domiciliaria 105
 información estadística 107

combinaciones de dosis fijas 29, 30, 35, 87

combustibles sólidos 119

Comité Luz Verde 94

compañeros, comunicación entre 91, 96

comparabilidad de los datos sobre la situación sanitaria 105

comportamiento peligroso 1, 82–84
 aumento 4
 disminución 17, 90–91
 países asiáticos 12
 y disponibilidad de tratamiento 24

comportamiento preventivo 23, 83, 84

comportamiento, cambios del 8, 12, 17, 83

compromiso político y financiero 33

comunicación
 entre compañeros 91, 96
 mejorada 96

comunidad
 definición 45
 participación xvii, 12, 45–61, 73, 94

confidencialidad 17, 39, 93

consentimiento informado 17

cooperación técnica xii, xiv, 23

Corea (República de), información estadística 109

Corea (República Popular Democrática), información estadística 107

costoeficacia, terapia antirretroviral 11, 24, 91

Côte d'Ivoire
 prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo 13
 programas piloto de tratamiento 89
 sobrecarga del sistema de atención de salud 11

creación de capacidad 33, 64

cuentas nacionales de salud 69, 106–111, 148, 156

cuestionarios de evaluación 119, 120

cumplimiento del tratamiento
 a largo plazo xviii, 86–87
 apoyo 52
 fomento del 23
 investigaciones operativas 86, 87
 obstáculos 77, 87, 92
 pautas simplificadas de tratamiento 29

D

d4T/3TC/NVP 29
véase también lamuvidina

daño, mitigación del 15

Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA 51

Declaración de Doha 35, 51

defunciones *véase* mortalidad

derechos de propiedad intelectual 26, 35, 51

derechos humanos xvii, 12, 23, 49, 94

desigualdades
 económicas 39
 sanitarias xv
 sociales 39, 93

diseños de sistemas y protocolos de tratamiento, extensión masiva 28

División de Estadística de las Naciones Unidas (UNSTAT) 107

donantes
 bilaterales 26
 externos xviii, 63
 planificación y seguimiento 74

DOTS, estrategia de control de la tuberculosis 65, 118–119

drogas inyectables, uso de
 América Latina 5
 Brasil 13
 China 4, 34
 como modo de transmisión del VIH/SIDA 1, 4
 Europa oriental y Asia central 4, 15
 marginación social y estigmatización 39
 países asiáticos 3, 14
 reducción del daño 15–16

E

East-West Center 14

Ecuador, información estadística 111

educación
 impacto de la epidemia de VIH/SIDA 11–12
 Objetivo de Desarrollo del Milenio 3, 10–12
véase también educación sanitaria

educación sanitaria
 actividades 66
 individualizada 87
 interpretación del asesoramiento 72, 84

efectos adversos *véase* toxicidad farmacológica

efectos psicológicos del VIH/SIDA 8–9

Egipto, encuesta domiciliaria 105

embarazo *véase* transmisión de la madre al niño

emigración 71

Emiratos Árabes Unidos, información estadística 107

empleadores
 asociaciones 48
 colaboración con 26
 suministro de terapia antirretroviral 65, 76

Encuesta sobre la mortalidad durante la etapa reproductiva (RAMOS) 115

encuestas a base de indicadores múltiples (MICS) 113

encuestas domiciliarias 104, 105, 113, 115, 119, 120

enfermedades cardiovasculares, como causa de defunción 103

enfermedades crónicas
 control y tratamiento 58, 64
 epidemias en el mundo en desarrollo 23
 gestión de la atención 68

enfermeras xiv, 28, 66

enfoque basado en los derechos 45
véase también derechos humanos

enfoque de «ingeniería» o de «diseño de sistemas» xiv, 28
 Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau (ESTHER) xiii
 entornos con pocos recursos
 mejoramiento de infraestructuras 92
 seguimiento 90
 sistemas de salud xviii
 tratamiento antirretroviral xiii, xvi, xvii, 21, 23, 29, 41, 70
 entornos urbanos 70
 epidemiología
 investigación 82, 83
 modelización 116
 equidad
 cuestiones relacionadas con la xvii, 50, 93
 véase justicia
 equipo de laboratorio 35, 37
 escalabilidad xiv
 Eslovaquia, encuesta domiciliaria 105
 España xiii
 esperanza de vida reducida 2, 5–7
 esperanza de vida sana (EVAS) 104–106, 144
 estabilidad económica 75
 estado nutricional de los niños, suministro de información sobre el 112
 Estados Miembros
 indicadores básicos 124
 obligaciones jurídicamente vinculantes 38
 Estados Unidos
 AIDS Coalition to Unleash Power (ACT UP) 48
 Centros de Control y Prevención de Enfermedades 24, 75, 94
 coinfección de tuberculosis y VIH 7
 Oficina del Censo 102
 organizaciones de hombres y mujeres homosexuales 48–49
 Plan de Emergencia de la Presidencia para la mitigación del SIDA xii, 25, 27, 37, 75
 prevalencia de la infección por VIH/SIDA 5
 estigma 36, 39, 49, 87, 93
 estrategias basadas en la evidencia 12
 estrategias de «afrontamiento», efectos negativos a largo plazo 8
 estrategias terapéuticas, investigación xviii
 Estudio de Encuestas Multipaíses (MCSS), OMS 105
 estudio sobre la Carga Mundial de Morbilidad 103, 105
 estudios basados en la población 5, 119–120
 ética, aspectos 37–40, 50
 Etiopía, antirretrovirales importados de Asia 35
 Europa occidental, incidencia de infecciones de transmisión sexual 4
 Europa oriental
 coinfección de tuberculosis y VIH 8
 epidemia en aumento 4
 prevalencia de infección por VIH/SIDA 16
 Europa, organizaciones de hombres y mujeres homosexuales 48
 evaluación comparativa, revisiones - cuentas nacionales de salud 106–107
 expansión geográfica 70–71
 extensión masiva de la terapia antirretroviral xii, xiii, xvi–xvii, 13, 22, 24–25, 29, 70, 90
 extensionistas sociales 56

F
 Family Health International 65
 farmacorresistencia
 Brasil 23
 datos fiables 30, 31
 prevención 29, 88
 vigilancia 90
 Feachem, Richard 21
 Federación de Rusia, personas afectadas por el VIH/SIDA 4, 16
 Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja 48
 financiación
 brecha de 63
 costos repartidos entre fuentes nacionales e internacionales 91
 de las intervenciones contra el VIH/SIDA 73–77
 nuevas fuentes internacionales 75
 sistemas de salud xviii
 véase también ayuda de donantes
 financiación de la salud, reformas 77
 financiación externa *véase* ayuda de donantes
 flujos de recursos, vigilancia 69
 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) xv, 26, 94, 102, 112, 114, 115
 Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), publicaciones estadísticas 114, 115
 Fondo del Canadá para África 50
 Fondo Monetario Internacional (FMI), publicaciones estadísticas 106, 107, 108, 109, 111
 Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria xi, xii, xiii, xiv, 21, 25, 27, 28, 32, 37, 75
 Francia xiii
 fuentes de agua mejoradas, acceso 119–120
 fuerzas policiales, impacto de la epidemia de VIH/SIDA 11
 Fundación Bill y Melinda Gates xiii, 75, 85
 fundaciones 26
 fundaciones privadas xiii, 75
 véanse también Fundación Bill y Melinda Gates; William J. Clinton Foundation

G
 gasto privado en salud 107, 110
 gasto público
 en salud 108–110
 general 108
 gasto sanitario 148, 156
 per cápita 110–111
 privado 107, 110
 público 107, 108–110
 seguimiento 69
 gastos de funeral 8
 genéricos *véase* medicamentos genéricos
 género
 discriminación por motivo de raza y clase 47
 equidad 25
 influencia en el suministro de atención 93
 influencia en la reducción del riesgo 84
 relaciones 39

Georgia, encuesta domiciliaria 105
 gestión, capacidad 91
 gestión del conocimiento xvii, 25, 81, 88, 91, 95–96
 Ghana
 reducción de la pobreza 75
 Sociedad de Mujeres contra el SIDA en África (SWAA) 47
 gobierno
 mecanismos empleados para planificar, coordinar y liderar las iniciativas de tratamiento 33
 nacional y local 23, 26
 gonorrea *véase* infecciones de transmisión sexual
 gravámenes a la importación y márgenes 26
 Grupo de Examen Científico Colegiado 105
 Grupo de Viudas de la Iglesia Anglicana de Saint Stephen 49
 grupos de apoyo 87
 grupos dirigidos por mujeres 49
 Guatemala, participación comunitaria 47
 Guinea Ecuatorial, información estadística 107

H
 Haití
 agentes de salud comunitarios 57
 clínica de Lascahobas xi, 41, 99
 cumplimiento del tratamiento 87
 participación comunitaria 52, 54
 hambruna 91
 historias clínicas 30, 64, 68
 HIVResNet 30
 homosexuales, hombres que tienen relaciones *véase* sexo entre hombres
 honorarios *véase* pagos directos
 hospitales hermanados xiii
 hospitalización, tasas 11

I
 impuestos 26, 76, 77
 Incarnation Children's Center, Nueva York, EE.UU. 27, 83
 India
 coinfección de tuberculosis y VIH 8
 compromiso nacional con la iniciativa «3 por 5» 33–36
 encuesta domiciliaria 105
 gasto sanitario 109
 industria farmacéutica 35
 inversión en investigación y desarrollo 94
 prevalencia variable del VIH/SIDA 3–5, 34–36
 sistema de salud 35
 indicadores de desarrollo 119
 índices antropométricos 112
 Indonesia, encuesta domiciliaria 105
 industria farmacéutica 26, 34
 industrias del conocimiento 94–95
 inestabilidad social 2
 infecciones bacterianas 7
 véanse también infecciones oportunistas; infecciones de transmisión sexual
 infecciones de transmisión sexual 4–5, 11, 12, 13, 70
 infecciones oportunistas 32, 70, 90

inflación y tipos de cambio 75
 información médica no aceptada automáticamente 84
 infraestructura
 inversión xviii, 37, 63
 investigaciones 95
 mejoramiento 92
 inhibidores de la proteasa 28, 88
 inhibidores de la transcriptasa inversa 88
 iniciación sexual, retraso 12
 Iniciativa «3 por 5» 21–43
 «ingeniería» o enfoque de «diseño de sistemas» xiv, 28
 catalización de la innovación xvii, 42
 costos 31–32
 desarrollo futuro xvi, 40–42, 99
 fortalecimiento de los sistemas de salud xvii, 63, 64
 gestión del conocimiento 96
 lanzamiento xii
 participación de la sociedad civil 51
 seguimiento 68, 69
 Iniciativa de Tratamientos para Enfermedades Desatendidas 51
 Iniciativa Internacional para una Vacuna contra el SIDA 86
 inmunidad, potenciación como tratamiento de la infección por VIH 88
 inseguridad alimentaria 91
 instituciones sin fines de lucro 110
 inteligencia de mercado 26
 interesados directos 40, 92
 Internet 81, 96
 inversión extranjera 10–11
 inversiones en salud xii, 22, 64–65, 99
 investigación
 aceleración 95
 fortalecimiento de la capacidad 94
 infraestructura 94
 instituciones, tratamiento del VIH/SIDA 64, 76
 normas para la realización 94
 participación comunitaria 94
 prioridades nacionales 94
 publicación tradicional 81
 redes 93
 investigaciones económicas 91
 investigaciones operativas xviii, 26, 33, 56, 82, 87, 89–93
 inyecciones peligrosas 1, 16
 Irán (República Islámica del), encuesta domiciliaria 105
 Iraq, información estadística 107, 110
 Islandia, información estadística 109
 Islas Salomón, información estadística 107
 isoniazida, tratamiento preventivo 89
 Italia xiii

J
 Japón
 fundación médica internacional 109
 información estadística 109
 jerarquías profesionales y sociales 47
 Jordania, información estadística 107
 jóvenes, programas de prevención 13
 justicia 38, 39, 50

K

- Kenya
 - compromiso nacional con la iniciativa «3 por 5» 34, 35
 - Conferencia Episcopal - Secretaría Católica 49
 - datos censales y encuestales 5
 - financiación de la salud, reforma 77
 - hospitales confesionales 65
 - medicamentos antirretrovirales importados de Asia 35
 - Médicos Sin Fronteras 65
 - Misión para los Medicamentos y Suministros Esenciales 49
 - mortalidad adulta 6
 - Mujeres en Lucha contra el SIDA en Kenya 49
 - OMS, colaboración en alianzas xiii, 32
 - pruebas del VIH 5
 - Grupo de Viudas de la Iglesia Anglicana Saint Stephen 49
 - Sociedad de Mujeres contra el SIDA en África (SWAA) 47
- Kiribati, información estadística 107
- Kosovo y Metohia 108, 111

L

- laboratorio, capacidad 21
- lactancia materna 14–15, 84
- lamuvidina + estavudina + nevirapina 35
- LEE Jong-wook ix, 21
- Líbano
 - encuesta domiciliaria 105
 - información estadística 107
- Liberia, información estadística 107
- liderazgo xviii, 25, 91
 - del gobierno xiv, xvii, 46, 66, 74
- lista nacional de medicamentos esenciales, medicamentos antirretrovirales 35
- listas de espera 38
- Luxemburgo xiii
 - información estadística 109

M

- Malaria
 - control y tratamiento 58
 - información sobre medidas preventivas 112
 - tasa de mortalidad 116
 - y VIH 3, 7
- Malawi
 - compromiso nacional con la extensión masiva 34
 - datos censales y encuestales 5
 - defunciones por SIDA entre el personal sanitario 71
 - Médicos Sin Fronteras 65, 72
 - mortalidad adulta 6
- Malí, pruebas del VIH 5
- malnutrición, evaluación 112
- maternoinfantil, servicios de salud 15, 70, 84–85
- medicamentos
 - básicos/esenciales 26, 35
 - genéricos 26, 75
 - información sobre proveedores y precios 26
 - «inhibidores de la entrada» 88
- medicamentos (*continuación*)
 - nuevos 88
 - obtenidos en el mercado negro o de calidad insuficiente 23
 - patente y situación reglamentaria 26
 - precalificación 26, 35
 - producción local y garantía de la calidad 26
 - protección mediante patente 26, 35
 - registro y especificaciones para los productos 26
 - resistencia 30–31
 - suministro fiable xvii, 25, 26
- medicinas *véase* medicamentos
- Médicos Sin Fronteras xiii, 35, 51, 65, 72
- médicos, función de supervisión xiv, 28
- medios de diagnóstico
 - acceso a xv
 - básicos/esenciales 26
 - información sobre 26
 - precalificación 26
 - suministro fiable xvii, 25, 26, 33
- Merck, Fundación 75
- método de la supervivencia de hermanos 114
- métodos de administración de medicamentos 90
- métodos de alivio de la deuda 75
- México, encuesta domiciliaria 105
- microbicidas xix, 85
- Micronesia (Estados Federados de), información estadística 107
- migración 8, 11, 94
- mineros 37
- modelización estadística 114
- modelo de alianza, extensión masiva 53–56
- Mónaco, información estadística 111
- mortalidad
 - análisis 102–103
 - aumento 5–7
 - estadísticas 132
 - véase también* VIH/SIDA, morbimortalidad
- mortalidad adulta 2, 6, 102–103
- mortalidad en la niñez
 - evaluación 102
 - impacto de la infección por VIH 5
 - notificación 112
 - Objetivo de Desarrollo del Milenio 3
 - tasa 4–7, 102, 113
- mortalidad infantil 3, 113
 - véase también* mortalidad en la niñez
- mortalidad materna
 - errores de clasificación y codificación 114
 - Objetivo de Desarrollo del Milenio 3
 - razón de 114–115
- Movimiento Panafricano de Acción en pro del Acceso al Tratamiento 50
- movimientos de defensa de los derechos de los homosexuales 48
- movimientos feministas 47
- Mozambique, reducción de la pobreza 75
- mujeres
 - acceso a tratamiento 39
 - discriminación 93
 - efectos de la inseguridad alimentaria 91
 - fallecimiento antes que los hombres 6

mujeres (continuación)

- obstáculos al cumplimiento 86
- protección con microbicidas 85
- riesgo desproporcionado de infección por VIH/SIDA 1, 9
- mujeres embarazadas, prevalencia del VIH 3, 4
- Mujeres en Lucha contra el SIDA en Kenya 49
- Myanmar, prevalencia del VIH 4
- Mycobacterium tuberculosis* 89, 117

N

- Naciones Unidas
 - Alta Comisionada para los Derechos Humanos 50
 - Comisión Económica para Europa 107
 - Comisión Económica y Social para Asia Occidental 107
 - División de Estadística 107
 - División de Población 102, 111
- Nauru, información estadística 111
- Nepal, agentes de salud comunitarios 57
- Nicaragua, información estadística 107
- Níger
 - participación comunitaria 47
 - pruebas del VIH 5
- Nigeria
 - encuesta domiciliaria 105
 - esperanza de vida 6
 - medicamentos antirretrovirales importados de Asia 35
 - Sociedad de Mujeres contra el SIDA en África (SWAA) 47
- niños
 - acceso al tratamiento 39
 - con SIDA 1
 - huérfanos del VIH/SIDA 3, 8
 - insuficiencia ponderal 112
 - prevención de la infección por VIH 12–16
 - véase también* maternoinfantil, servicios de salud
- Niue, información estadística 107, 111
- Noruega, Helseutvalget for Homofile 48

O

- Objetivos de Desarrollo del Milenio
 - colaboración internacional 28, 93, 94
 - enfoques pro equidad 25–26, 94
 - impacto del VIH/SIDA 2, 3, 5
 - indicadores sanitarios 111–112, 160
 - relacionados con la salud xv, xvii, 23
 - suministro de información sobre los 112–120
- obligaciones legales 38, 49
- OMS
 - apoyo a la estrategia «3 por 5» 21, 25–27, 33
 - colaboración en alianzas xiv–xv, xvi–xvii, 22, 25, 42
 - directrices 25, 28, 30
 - Estados Miembros 168
 - Estudio de Encuestas Multipaíses (MCSS) 105
 - evaluación colaborativa de la mortalidad en la niñez 102
 - Grupo de Examen Científico Colegiado 105
 - orientación sobre aspectos éticos 38, 40
 - Pruebas Científicas e Información para las Políticas, grupo orgánico 101

OMS (continuación)

- rectoría, función 22
- responsabilidad de informar sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 111
- Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del SIDA xv, 25, 26
- ONUSIDA 21, 25, 26, 38, 40, 50, 112, 116
- Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente (OOPS) 107
- organismos de reglamentación farmacéutica 26
- Organización de Ayuda a las Personas con SIDA (TASO) 48, 52, 53
- Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE)
 - Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) 109
 - datos de salud 110, 111
 - publicaciones estadísticas 106, 107, 109
- Organización Mundial del Comercio 51
 - Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) 35
- Organización Panamericana de la Salud 50
- organizaciones comunitarias 26, 40, 54
- organizaciones confesionales 26, 46, 49, 54, 56, 65
- organizaciones internacionales
 - sociedad civil 48
 - véase también* colaboración internacional
- organizaciones multilaterales 26
- organizaciones no gubernamentales
 - África 49
 - Brasil 40
 - nacionales e internacionales 26, 65, 76, 94
 - tratamiento del VIH/SIDA xiii, 24, 64

P

- pagos directos
 - como causa de pobreza 77
 - costos médicos 8
 - costos para las familias 110
 - obstáculo para el cumplimiento terapéutico 77
 - terapia antirretroviral 38, 65, 76, 91
- países de bajos ingresos, gasto en servicios de salud 74, 76
- países de ingresos medios, servicios de salud 73
- países en desarrollo
 - crisis del acceso a medicamentos 51
 - fortalecimiento de los sistemas de salud 99
 - gasto sanitario nacional 63
 - tratamiento del VIH/SIDA xii
 - véase también* países de bajos ingresos
- países en transición, servicios de salud 73
- Palau, información estadística 107, 111
- partería, conocimientos de 115
- Partners In Health - Zanmi Lasante xiii
- partos atendidos por personal de salud calificado 115
- patentes *véase* derechos de propiedad intelectual
- pautas basadas en la nevirapina 29, 35
- pautas terapéuticas, optimización 90
- pautas terapéuticas, simplificadas xv, xvii, 25, 26, 27–29, 70
- personal calificado *véase* personal sanitario

- personal sanitario
defunciones y discapacidad por VIH/SIDA 11, 71
escasez 11, 32, 52, 71–73
formación xv, 23, 32
formación en el servicio 72
formación previa al empleo 71, 72
gestión 72–73
mejora de la productividad 72
mejora de la remuneración y las prestaciones xi, 72
protección contra la exposición ocupacional al VIH 72
tratamiento 38
véanse también agentes de salud comunitarios; médicos; enfermeras
- personas afectadas por el VIH/SIDA
activistas xiii, 26, 48
África xvi, 1
asociaciones/comunidades 45, 58
asociados imprescindibles 26
China 4, 34
cifras xvi, 1
conocimiento del estado serológico 17, 23, 83
derechos 48
Federación de Rusia 4
participación xvii, 56
Región del Mediterráneo Oriental 4
- Piot, Peter 21
plan de pago de incentivos, Malawi 72
planes de seguro 76, 77, 110
población
nivel medio de salud 104–106
tamaño y estructura 8, 102–103, 111
tasa de crecimiento 102–103
- pobres
acceso a medicamentos 51
marginados 39–40
véase también pobreza
- pobreza
exacerbada por enfermedades 8
reducción 3, 75
véase también pobres
- poliomielitis 42, 65, 94, 104
políticas económicas 10
prácticas adecuadas de fabricación 26
preservativos
distribución 66
uso 12, 13, 17, 83
- prestación de servicios xviii, 27–31, 70–71, 82, 89
prevención
integrada con el acceso a tratamiento 13, 82–85
obstáculos para la 12
- Principios de Denver 48
procedimientos de adquisición y gestión xi, 21, 26, 30, 91–92
productividad 8, 24
producto interno bruto (PIB) 9–10, 107
profesionales del sexo
África 13
América Latina 13
Asia 13, 14, 35
Bangladesh 55
- profesionales del sexo (*continuación*)
Benin 13
Camboya 14
Caribe 5
China 34
comportamientos peligrosos 1
Côte d'Ivoire 13
grupo socialmente marginado y estigmatizado 39
India 34
iniciativas de prevención 11
Tailandia 14
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
véase ONUSIDA
programas de farmacoterapia para usuarios de drogas inyectables 15
prostitución *véase* profesionales del sexo
provisión de recursos xviii
proyectos piloto xiv, 27, 70, 72, 89
prueba de la tuberculina 89
pruebas *véase* asesoramiento y pruebas
pruebas de laboratorio 29, 32, 90
- R**
razón de dependencia 8, 102
recuento total de linfocitos 29
recursos humanos
deficiencias 71–73
disminución de la fuerza laboral 10
investigaciones operativas 90
sector de la salud 21
véase también personal sanitario
recursos limitados xv, 47
Red de Sanimetría 68
redes de prostitución en Asia 4
refugiados palestinos 108
Región Administrativa Especial de Hong Kong, información estadística 107
Región Administrativa Especial de Macao, información estadística 107
Región del Mediterráneo Oriental 4, 119
registro civil 102, 103, 114, 116, 117
relaciones sexuales
aumento 83
peligrosas 1, 4, 23
responsables y seguras 13
República Árabe Siria, encuesta domiciliaria 105
República Dominicana, pruebas del VIH 5
reservorios de infección 88
responsabilización de las instancias decisorias 50
revelación 39, 46, 93, 96
riesgo, percepción 39, 83, 84
Río de Janeiro, programa municipal contra la infección por el VIH/SIDA 40
Rwanda, agentes de salud comunitarios 52, 57
- S**
salud materna, suministro de información sobre la 112
Salud para Todos xv, xvii, 37, 38, 47
- salud pública
argumentos para la extensión masiva del tratamiento 23–24
gestión del conocimiento 81, 96
modelo médico 47
mundial xii
objetivos 22
participación comunitaria xvii, 45–61
recomendaciones no aceptadas automáticamente 84
Samoa, información estadística 107
San Marino, información estadística 111
saneamiento mejorado, acceso 120
sangre
análisis con escala colorimétrica para la hemoglobina 29
prácticas peligrosas de uso de la 1, 4, 16, 92
sarampión 104, 113–114
sector empresarial
contribución 65–66
impacto de la epidemia de VIH/SIDA 10
sector privado
colaboración 26
contratación 64
escasez de personal 11
terapia antirretroviral 64, 65, 77
vigilancia 69
sector público
asociaciones 65–66
fortalecimiento 64
pago de honorarios por los usuarios 77
provisión de tratamiento antirretroviral 66
sistema de salud operativo 92
trabas fiscales a la contratación 72
seguimiento 28, 52, 63, 87, 90
seguimiento de la farmacoresistencia, sistema de vigilancia 30, 31
seguridad xiii, 11
Senegal
Alianza Nacional contra el SIDA 47
extensión masiva del tratamiento antirretroviral xiii
medicamentos antirretrovirales importados de Asia 35
programas piloto de tratamiento 89
Sociedad de Mujeres contra el SIDA en África (SWAA) 47
Serbia y Montenegro, información estadística 108, 111
Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del SIDA xiv, 25, 26
Servicio Mundial de Adquisición de Medicamentos 94
servicios agrícolas, repercusión de la epidemia de VIH/SIDA 11
servicios de salud
acceso a 39
costo mínimo 73–74
desbordados 8, 11
impacto de la epidemia de VIH/SIDA 10
reformas 64, 77, 78, 92
tecnologías más seguras 16
servicios de salud ocupacional 61, 76
servicios judiciales, impacto de la epidemia de VIH/SIDA 11
sexo entre hombres 1, 5, 13, 14
SIDA *véase* VIH/SIDA
sífilis *véase* infecciones de transmisión sexual
sindicatos 26, 46
- Singapur, encuesta domiciliaria 105
Sistema de cuentas nacionales de las Naciones Unidas (SCN93) 106, 107
sistemas de derivación 57, 66
sistemas de gestión sanitaria 71
sistemas de información sanitaria 21, 68
sistemas de programación de citas 64, 68
sistemas de salud
cuatro funciones principales 64
deterioro 38
efectos adversos 65
efectos de la extensión masiva xviii, 90, 92
entornos con pocos recursos xviii
financiación xviii
financiación internacional y nacional 76
fortalecimiento xi, xii, xvii–xviii, 22, 37, 58, 63–79, 99
frágiles xviii, 11, 21–22, 64, 69
proveedores públicos y privados xviii, 64
recursos 71–73
sociedad civil
alianzas 26, 40
organizaciones 46, 48
participación xiii, xvii, 23, 43
respuesta a la tragedia del SIDA 48–49
sensibilización 58
y expansión del tratamiento 51–56, 58
Sociedad de Mujeres contra el SIDA en África (SWAA) 47, 49
Somalia, información estadística 107
sostenibilidad del medio ambiente, Objetivo de Desarrollo del Milenio 3
SRAS 42
Sudáfrica
agentes de salud comunitarios 56–58
AngloGold, compañía minera 33
Campaña de Acción en pro del Acceso al Tratamiento 50
compromiso nacional con la extensión masiva 34
Hospital Ngwelezane, KwaZulu-Natal 95
Médicos Sin Fronteras 66
mineros 37
participación comunitaria 54
pruebas del VIH 5
red de asociaciones de seropositivos 54
Sparrow Village 53
tratamiento antirretroviral 66, 76
Sudán, modo de transmisión del VIH 4
Suriname, esfuerzo de la comunidad 50
Swazilandia, sistema de atención de salud 11
- T**
tablas de mortalidad 102
Tailandia
centros de atención diurna 53
compromiso nacional con la extensión masiva xiii, 36
industria farmacéutica 35
mortalidad adulta 6
prevalencia del VIH 4
profesionales del sexo y sus clientes 14
programas piloto de tratamiento 89
usuarios de drogas inyectables 14

Tanzanía (República Unida de)
 enfoque sectorial 75
 esperanza de vida 6
 OMS, colaboración en alianzas xiv
 participación comunitaria 47
 técnicas de estimación y extrapolación 106
 técnicas demográficas 102
 tecnologías de la información y las comunicaciones 96
 terapia antirretroviral
 acceso a xii, xiv–xv, xvi–xvii, 21, 50, 99
 administración a nivel del centro de salud 30
 argumentos económicos y sociales para justificarla 24
 Bahamas 13
 Brasil 13, 23, 76
 China 34
 combinaciones medicamentosas de dosis fijas 29, 30, 35, 86
 costoeficacia 11, 24, 91
 criterios de admisibilidad 93
 cumplimiento *véase* cumplimiento del tratamiento
 directrices terapéuticas de la OMS 70
 disponibilidad 22, 33
 efectos adversos *véase* toxicidad farmacológica
 emergencia sanitaria mundial 21
 en los países en desarrollo xii
 entornos con pocos recursos xiii, xvi, xvii, 21, 23, 29, 41, 70
 extensión masiva xii, xiii, xvi–xvii, 11, 23, 24–25, 29, 70
 financiación 76, 77, 91
 gratuita o costo simbólico xii, 11, 23, 26, 29, 40, 74, 76, 77
 India 34–35
 investigaciones xviii, 82
 normas 23, 25, 28
 pago directo 38, 76, 77
 pautas simplificadas xv, xvii, 25, 26, 28–29, 70
 politerapia 29, 30, 35, 84, 86–87, 89
 posparto 15
 practicas de gestión 64
 precio 30, 31
 prestación por el sector público 66, 77
 profilaxis en el embarazo 84–85
 reclutamiento de pacientes 70
 reducciones de precios 17, 26, 35, 87, 91
 resistencia *véase* farmacoresistencia
 seguimiento 28, 52, 63, 87, 90, 91
 tratamiento de primera línea y de segunda línea 28–30, 31
 tratamiento privado 64, 65, 77
 vigilancia del impacto 90–91
véase también medicamentos
 Terrence Higgins, Fundación 48
 tétanos 104
 Timor-Leste, información estadística 107
 tolerancia al tratamiento, vigilancia 90
 Tonga, información estadística 107
 tos ferina, mortalidad 104
 toxicidad farmacológica xix, 32, 87, 88
 trabajo infantil 3, 8, 11
 transferencia de recursos de países ricos a pobres 73
 transmisión de la infección por VIH/SIDA
 de la madre al niño xix, 1, 3, 13, 14, 31, 70, 84–85
 sexual xvi, 1, 4–5, 12–13, 23, 34, 83

transporte para acudir a citas 52
 tratamiento
 de primera línea y de segunda línea 27–30, 31
 dispensación *véase* prestación de servicios
 prioridades 40
 prolongado garantizado 23
 tratamiento antirretroviral *véase* terapia antirretroviral
 traumatismos 103, 104
 Trinidad y Tabago, mortalidad adulta 6
 tuberculosis
 coinfección con VIH/SIDA xi, xix, 2, 3, 7, 89
 control y tratamiento 58, 94
 DOTS, estrategia de control 65, 118–119
 epidemiología 7
 multirresistente 8
 prevalencia (excluidas las personas infectadas por el VIH) 117
 prevalencia y tasas de mortalidad 104
 tasa de mortalidad 118
 turismo 11
 Turquía
 encuesta domiciliaria 105
 información estadística 105, 109

U

Uganda
 alianzas para tratamiento 52
 Business Coalition on HIV/AIDS 52
 cambios del comportamiento 13
 Cares, iniciativa 52
 Comunidad Nacional de Mujeres Ugandesas afectadas por el SIDA 56
 enfoque sectorial 75
 huérfanos del SIDA 9
 Masaka 6, 52, 53
 mortalidad materna 3
 niños sacados de la escuela 3
 Organización de Ayuda a las Personas con SIDA (TASO) 48, 53
 programas piloto de tratamiento 89
 reducción de la pobreza 75
 servicio móvil de Kitovu 52
 sistema de atención de salud 11
 VIH y malaria 3
 Unión Europea xiii
 Unión Soviética (antigua)
 prevalencia del VIH/SIDA 16
véase también Federación de Rusia
 USAID 75

V

vacunas, investigación 85–86
 valores culturales 12
 Venezuela, organizaciones de la sociedad civil 50
 vigilancia
 farmacoresistencia 17, 29, 30, 31, 32, 900, 91
 prenatal 3, 4, 5, 15, 39
véase también seguimiento
 vigilancia biológica, procedimientos simplificados 28

VIH/SIDA

asesoramiento *véase* asesoramiento y pruebas
 aumento del gasto xii
 carga adicional para el sistema de salud xviii
 comunidades 45
 consecuencias económicas/sociales xiii, xvi, 3, 8, 9–11, 12, 24, 91, 99
 consultorios especializados 38
 diversidad genética 86
 efectos en la estructura de la población 8
 efectos psicológicos en los jóvenes 8
 emergencia sanitaria mundial xii, xiv, 1–19, 34, 48–49
 enfermedad prevenible y tratable 13
 enfoque basado en los derechos 49
 epidemiología xvi, 2, 5–6
 estrategia integral xii, xvi
 interacción con otras enfermedades 7–8
 intervalo hasta la plena manifestación de la enfermedad 2
 inversión mundial 22
 investigación en materia de vacunas xviii, 82
 investigaciones xviii, 82–85
 investigaciones sobre los sistemas de prestación de salud xviii
 modos de transmisión xvi, 1
 morbimortalidad xii, 1, 23, 86, 99, 103–104
 morbimortalidad adulta xiii, 2, 5, 6, 102–103
 mujeres, riesgo desproporcionado 9
 organizaciones y comunidades activistas xiii, 26, 48
 personas afectadas *véase* personas afectadas por el VIH/SIDA
 prevalencia 3, 4, 5–6, 11–13, 116
 prevención xvi, xviii–xix, 12–15, 23, 82–85, 112
 priorización respecto a otros esfuerzos de control de enfermedades 93
 programas de control 92
 propagación desigual 3–5
 pruebas *véase* asesoramiento y pruebas
 repercusión en los Objetivos de Desarrollo del Milenio 3
 tasas de hospitalización 11
 transmisión de la madre al niño xix, 1, 3, 13, 14, 31, 70, 84–85
 transmisión durante la atención sanitaria 15
 transmisión sexual xvi, 1, 12–13, 24, 34, 83
 tratamiento
 como impulso de mejoras xii
 brecha xv, xvi, 8, 3
 investigaciones xviii, 82, 86–89
véase también terapia antirretroviral
 uso de drogas inyectables como modo de transmisión *véase* drogas inyectables
 vigilancia 29
 y malnutrición 91
 voluntarios 32, 57
 voluntarios no especializados 32
 en tareas de asesoramiento 54

W

William J. Clinton Foundation xiii, 31, 35, 75

Z

Zambia
 asistencia domiciliaria 67
 compromiso nacional con la iniciativa «3 por 5» 37
 hospital de distrito confesional de Chikankata 54
 medicamentos antirretrovirales importados de Asia 35
 OMS, colaboración en alianzas xiv
 personal sanitario fallecido a causa del SIDA 71
 profesores fallecidos a causa del SIDA 3
 pruebas del VIH 5
 zidovudina, resistencia 30
 Zimbabwe
 datos censales y encuestales 5
 mortalidad adulta 6
 pruebas del VIH 5

OFICINAS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Sede

Organización Mundial de la Salud
20, avenue Appia
1211 Ginebra 27, Suiza
Teléfono: (41) 22 791 21 11
Fax: (41) 22 791 31 11
Correo electrónico: info@who.int
Sitio web: <http://www.who.int>

Oficina Regional de la OMS para África

(Señas temporales)
Parirenyatwa Hospital
P.O. Box BE 773
Harare, Zimbabwe
Teléfono: (47) 241 38 244
Fax: (47) 241 38 020
Correo electrónico: regafro@whoafr.org
Sitio web: <http://www.whoafr.org>

Oficina Regional de la OMS para Las Américas/ Oficina Sanitaria Panamericana

525, 23rd Street N.W.
Washington, D.C. 20037, EE.UU.
Teléfono: (1) 202 974 3000
Fax: (1) 202 974 3663
Correo electrónico: postmaster@paho.org
Sitio web: <http://www.paho.org>

Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental

World Health House
Indraprastha Estate
Mahatma Gandhi Road
Nueva Delhi 110002, India
Teléfono: (91) 112 337 0804/09/10/11
Fax: (91) 112 337 9507/0972
Correo electrónico: postmaster@whosea.org
Sitio web: <http://www.whosea.org>

Oficina Regional de la OMS para Europa

8, Scherfigsvej
2100 Copenhagen Ø, Dinamarca
Teléfono: (45) 39 17 17 17
Fax: (45) 39 17 18 18
Correo electrónico: postmaster@euro.who.int
Sitio web: <http://www.who.dk>

Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental

WHO Post Office
Abdul Razzak Al Sanhoury Street
Nasr City
El Cairo 11371, Egipto
Teléfono: (202) 670 25 35
Fax: (202) 670 24 92 or 670 24 94
Correo electrónico: postmaster@emro.who.int
Sitio web: <http://www.emro.who.int>

Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental

P.O. Box 2932
Manila 1099, Filipinas
Teléfono: (632) 528 8001
Fax: (632) 521 1036, 526 0279
Correo electrónico: postmaster@wpro.who.int
Sitio web: <http://www.wpro.who.int>

Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer

150, cours Albert-Thomas
69372 Lyon Cédex 08, Francia
Teléfono: (33) 472 73 84 85
Fax: (33) 472 73 85 75
Correo electrónico: webmaster@iarc.fr
Sitio web: <http://www.iarc.fr>