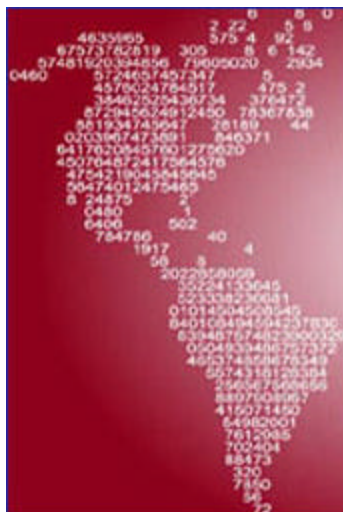


De interés



Indicadores 2005 Salud en cifras

Fecha de recepción: 02/01/2006

Fecha de aceptación: 03/01/2006

Transcurrido un 2005 convulsionado por distintos fenómenos que afectaron el bienestar social, económico y de salud de nuestras poblaciones, Venezuela y las Américas revelan una serie de indicadores a través de los cuales se muestra la realidad en la que se encuentran nuestros pueblos en lo que respecta al área de la salud. El Ministerio de Salud de la República Bolivariana de Venezuela, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud aportan importantes datos que ayudan a comprender el estado de salud general de nuestras naciones y la mejor manera para enfrentar el reto que significa superar los males que nos aquejan.

Ministerio de Salud - República Bolivariana de Venezuela

Boletín Epidemiológico Semanal N° 52 (en español)

OPS

Situación de salud en las Américas - Indicadores Básicos 2005 (en español)

OMS

Informe sobre la salud en el mundo 2005 (en español)

NOTA: Toda la información que se brinda en este artículo es de carácter investigativo y con fines académicos y de actualización para estudiantes y profesionales de la salud. En ningún caso es de carácter general ni sustituye el asesoramiento de un médico. Ante cualquier duda que pueda tener sobre su estado de salud, consulte con su médico o especialista.

Año 54. Semana Epidemiológica N° 52. Período del 25 de Diciembre al 31 de Diciembre de 2005.

COMITÉ NACIONAL PARA LA CONTENCIÓN DE LA RESISTENCIA A LOS MEDICAMENTOS ANTIMICROBIANOS:

Creado con la Misión de **“Preservar la eficacia de los antibióticos disponibles en nuestro país”** y conformado por representantes de: Dirección De Drogas, Medicamentos y Cosméticos, Dirección de Epidemiología y Análisis Estratégico, Dirección de Salud Ambiental y Contraloría Sanitaria, Dirección de Salud Poblacional y del Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel, según resolución n°411 publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N°37.577 del 25 de noviembre del 2002.

Dentro de sus actividades organizó un taller **“Antibióticos de uso comunitario que requieren dispensación con receta médica archivada”** realizado en la sede de la representación de OPS/OMS, con la participación del **Subcomité Técnico** de Investigación (conformado por representantes del Programa Venezolano de Vigilancia de la Resistencia Bacteriana, Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas, Instituto de Medicina Tropical, Sociedad Venezolana de Insectología, Sociedad Venezolana de Microbiología, Sociedades Científicas Médicas, Asociación Venezolana de Bioanalistas Especialistas, Red de Vigilancia a los Antimaláricos, Universidades, entre otros), y otros especialistas en el tema, donde se discutieron los resultados de la Vigilancia Epidemiológica de los patrones de resistencia, los patrones de consumo de antibióticos en nuestro país y los mecanismos de resistencia de los patógenos involucrados, entre otros aspectos.

Las conclusiones de este primer taller fueron: regular la dispensación de medicamentos antibióticos en farmacias, servicios farmacéuticos y otros establecimientos debidamente autorizados. Se acordó que la regulación se haría por grupos de antibióticos, comenzando en una primera etapa por: **Quinolonas antibacterianas, Macrólidos-lincosamidas, Cefalosporinas de tercera generación y Rifampicina.**

Basados en estas conclusiones, el Comité Nacional, redactó la resolución para su aprobación y publicación en Gaceta, culminando este logro para la Salud Pública con su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N°38.348 del 2 de enero del 2006.

Enfermedades de Notificación Obligatoria.¹

NOTA: no informaron en el telegrama No. 52 los siguiente Estados: Dtto. Capital, Amazonas, Lara, Táchira y Vargas

VENEZUELA. SEMANA EPIDEMIOLÓGICA N° 52
(DEL 18 DE DICIEMBRE AL 24 DE DICIEMBRE)

ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA		TOTAL	%
1	INFECC. RESP. AGUDA (IRA)	83.164	58,79
2	DIARREAS (A08-A09)	37.843	26,75
	DIARREAS <1a. (A08-A09)	5.668	4,01
	DIARREAS 1-4a. (A08-A09)	9.563	6,76
	DIARREAS 5a. Y MAS (A08-A09)	22.612	15,98
3	FIEBRE (R 50)	8.547	6,04
4	NEUMONIAS (J12-J18)	4.443	3,14
	NEUMONIAS <1a. (J12-J18)	725	0,51
	NEUMONIAS 1-4a. (J12-J18)	1.060	0,75
	NEUMONIAS 5a. Y MAS (J12-J18)	2.658	1,88
5	MORD. SOSP. DE RABIA (A82)	1.283	0,91
6	DENGUE (A90-A91)	727	0,51
	FIEBRE DENGUE (A90.-)	672	0,48
	DENGUE HEMORRAGICO (A91.-)	55	0,04
7	PALUDISMO (B50-B-54)	622	0,44
8	VARICELA (B01.-)	551	0,39
9	HEPATITIS (B15, B16, B17.1, B18.2, B17, B19)	497	0,35
	HEPATITIS AGUDA TIPO A (B15.-)	117	0,08
	HEPATITIS AGUDA TIPO B (B16.-)	24	0,02
	HEPATITIS AG. TIPO C (B17.1,B18.2)	0	0,00
	HEPAT. OTRAS AGUD. (B17.-)	209	0,15
	HEPATITIS NO ESPECIF. (B19.-)	147	0,10
10	TUBERCULOSIS (A15-A19)	50	0,04
11	PAROTIDITIS (B26.-)	36	0,03
12	INTOX. POR PLAGUICIDAS (T60.-)	33	0,02
13	INFECCION ASINTOMAT. VIH (Z21.-)	31	0,02
14	RUBEOLA (B06.-)	16	0,01
15	MENINGITIS (A87,A39.0,G00)	14	0,01
	MENINGITIS VIRAL (A87)	8	0,01
	MENINGITIS BACTERIANA (G00)	2	0,00
	MENING. MENINGOCOCICA (A39.0)	4	0,00
16	TOSFERINA (A37.-)	12	0,01
17	ENFERMEDAD VIH/SIDA (B20-B24)	9	0,01
18	SARAMPION SOSPECHA (B05.-)	4	0,00
19	FIEBRE HEMOR. VZLANA (A96.8)	3	0,00
20	LEPTOPIROSIS (A27.-)	3	0,00
21	LEISHMANIASIS (B55.-)	2	0,00
22	TETANOS (A33-A35)	1	0,00
	TETANOS NEONATAL (A33.-)	0	0,00
	TETANOS OBSTETRICO (A34.-)	0	0,00
	TETANOS (OTROS) (A35.-)	1	0,00
23	PARALISIS FLACIDA < 15a. (G82.0)	1	0,00
24	COLERA (A00.-)	0	0,00
25	FIEBRE TIFOIDEA (A01.0)	0	0,00
26	CASOS ASOSC. A BROTES DE ETA	0	0,00
27	INFLUENZA (J10-J11)	0	0,00
28	DIFTERIA ((A36.-)	0	0,00
29	ENCEF. EQUINA VZLANA (A92.2)	0	0,00
30	FIEBRE AMARILLA (A95.-)	0	0,00
31	RABIA HUMANA (A82.-)	0	0,00
32	ONCOCERCOSIS (B73)	0	0,00
Total		141.460	100,00

DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA. DEAE. MSDS.

MISIÓN BARRIO ADENTRO.

Para la presente semana epidemiológica, se reportaron 141.480 consultas que están incluidas en el listado de enfermedades de notificación obligatoria semanal para Venezuela. Las Infecciones Respiratorias Agudas (58,79%), las Diarreas (26,75%) y Fiebre (6,40%), constituyen las tres primeras causas de consulta dentro de la categoría. Representan el 91,58% del total.

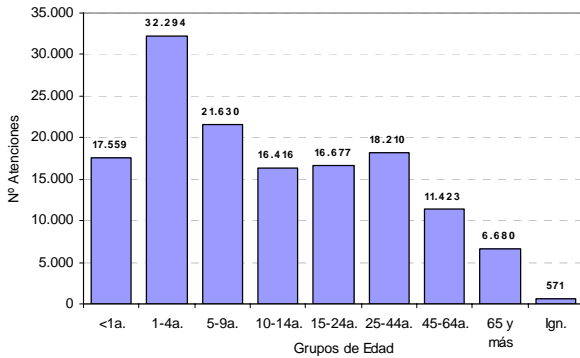
El registro de enfermedades tales como Neumonías (3,14%), Mordeduras Sospechosas de Rabia (0,91%), Dengue (0,51%), Varicela (0,39%), Hepatitis (0,35%), constituyen otras de las causas con mayor número de registro.

¹ Como consecuencia del incremento de las unidades notificantes una vez dado el aumento de cobertura de la atención sanitaria lograda a nivel nacional en Venezuela a través de la Misión Barrio Adentro, señalamos para los efectos del análisis del lector, que encontrará un aumento de las cifras hasta 5 o más veces mayor a las que se han reportado tradicionalmente

Acerca de la notificación de enfermedades prevenibles por vacunas dentro del esquema nacional de inmunizaciones, se reportan: Rubéola 16, Parotiditis 36, Hepatitis Agudas B 24 y 4 casos sospechosos de Sarampión.

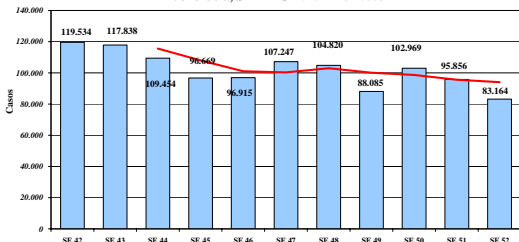
El grupo de edad que registra mayor número de Consultas es el de 1-4 a. (22,83%) seguido del grupo entre 5-9 a. (15,29%); en general, los menores de 15 años representan el 62,14% de las consultas por Enfermedades de Notificación Obligatoria.

Morbilidad Total por Grupos de Edad.
Venezuela, SE 52 de 2005.



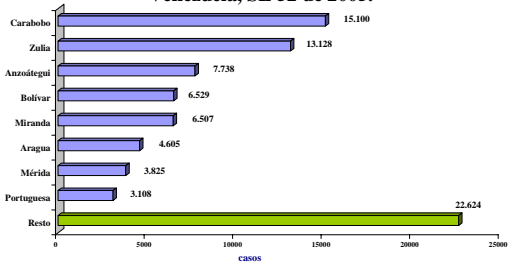
Infecciones Respiratorias Agudas (IRA):

Infección Respiratoria Aguda.
Casos por Semana Epidemiológica.
Venezuela, SE 42 - SE 52. Año 2005.



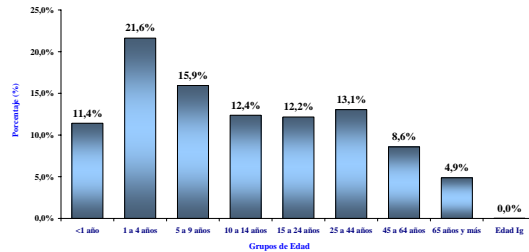
Para la SE N° 52 se registró un total de 95.856 casos, con un descenso del 6,9% con relación a la semana anterior (SE 51 = 83.164).

IRA. Estados con mayor número de casos.
Venezuela, SE 52 de 2005.



Las Entidades Federales que han reportado el mayor número de casos son: Carabobo, Zulia, Anzoátegui, Bolívar, Miranda, Aragua, Mérida y Portuguesa, que ocupan el 72,8% del total de casos registrados en el país, siendo importante señalar que Carabobo comprende el 18,2% del total.

IRA. Porcentajes por Grupo de Edad.
Venezuela, SE 52 de 2005.



Los grupos de edad con más incidencia en orden de frecuencia son: 1-4, 5-9, 25-44 y 10-14 años, que agrupan el 63,0% del total de casos registrado, observando el menor número de casos en el grupo de 65 años y más 4,9% y el mayor peso en el grupo de 1-4 años con un 21,6%.

Influenza y otros virus Respiratorios:

Durante la semana n° 1, el Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel” no registró la recepción de muestras de casos sospechosos de Infección Respiratoria Aguda para investigación de Virus Respiratorios con fecha de inicio de síntomas correspondiente a 2006.

Solo se registró la recepción de (1) muestra correspondiente a un caso sospechoso de Distrito Capital con fecha de inicio de síntomas correspondiente al 2005.

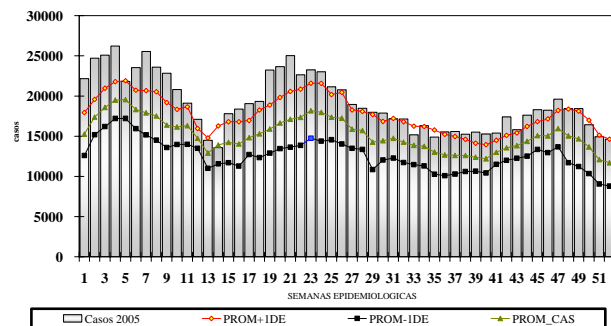
Para este período no se recibió reporte de resultados.

Desde el día 1ro Enero hasta el 31 de Diciembre de 2005 en el Instituto Nacional de Higiene, se han recibido un total de (482) muestras para investigación de virus respiratorios correspondientes a casos sospechosos de influenza con fecha de inicio de síntomas en el año 2005, procedentes de: Distrito Capital (127), Anzoátegui (23), Aragua (7), Bolívar (9), Carabobo (235), Delta Amacuro (6), Lara (5), Mérida (1), Miranda (8), Monagas (29), Nueva Esparta (6), Sucre (1), Trujillo (5), Vargas (3), Yaracuy (5) y Zulia (12) de los cuales 2,70% corresponde a Influenza A (n=13), 1,87% corresponde a Adenovirus (n=9), un 0,21% corresponde a Parainfluenza 1 (1), un 70,33% ha sido descartado (n=339) y el 24,74% restante está pendiente por resultados (n=119)

Diarrea.

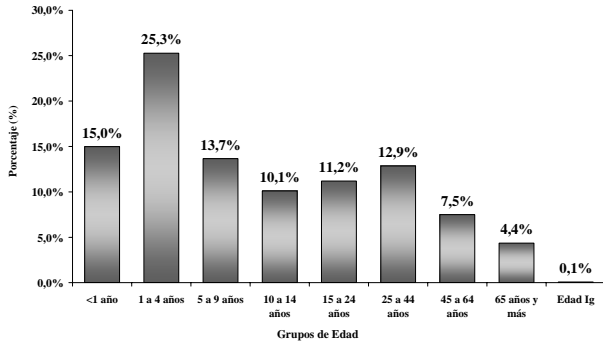
Durante la semana epidemiológica N° 52, en Venezuela fueron diagnosticados 37.843 casos de Diarreas, se registraron Tres (3) defunciones.

DIARREAS (A08_A09).
Canal Endémico 1.998 - 2.004. Venezuela 2.005.



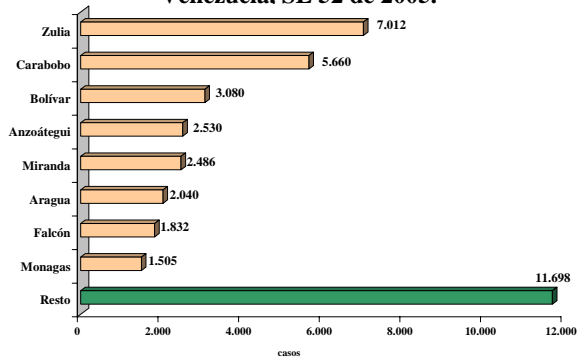
Como podemos observar en el canal endémico, para la semana actual se encuentra en situación de Epidemia.

Diarreas. Porcentajes por Grupo de Edad. Venezuela, SE 52 de 2005.



Según el gráfico anterior podemos observar que el grupo con más incidencia corresponde al de menores de 15 años con 24.225 casos (64,0%).

Diarreas. Estados con mayor número de casos. Venezuela, SE 52 de 2005.

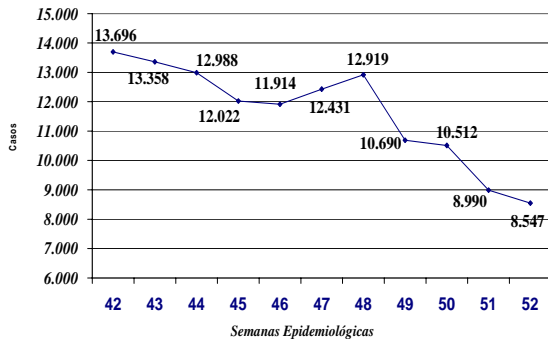


Los estados con más incidencia para la presente semana son los siguientes: Zulia, Carabobo, Bolívar, Anzoátegui, Miranda, Aragua, Falcón y Monagas, los cuales concentran el 69,08% de los casos.

Fiebre.-

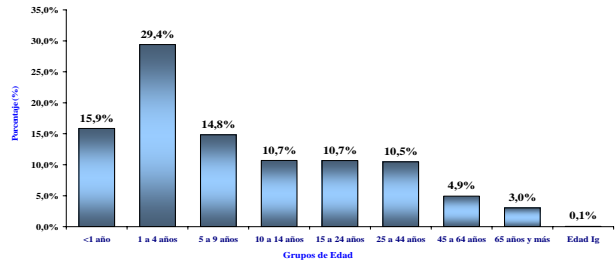
Durante la semana epidemiológica N° 52 se reportaron 8.547 atenciones médicas por Fiebre, constituyendo la tercera causa dentro de todas las Enfermedades de Notificaciones Obligatoria. Esta cifra es inferior en un 4,9% a la cifra de la semana anterior, en la cual se reportaron 8.990 atenciones.

Fiebre. Casos por semana Epidemiológica. Venezuela, Año 2.005



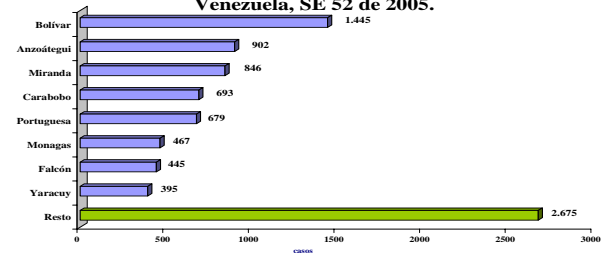
El grupo de edad más afectado fue el de 1 a 4 años, el cual representa el 29,4% de total de consulta por esta causa, seguido del grupo de <1 año con el 15,9%.

Fiebre. Porcentajes por Grupo de Edad. Venezuela, SE 52 de 2005.



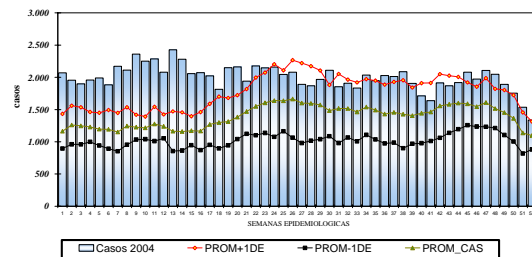
Los estados con mayor número de casos durante la actual semana son: Bolívar, Anzoátegui, Miranda, Carabobo, Portuguesa, Monagas, Falcón y Yaracuy, los cuales suman el 68,7% del total de consultas por esta causa, siendo en estado más afectado el estado Bolívar con 16,9% de los casos.

Fiebre. Entidades con mayor número de casos. Venezuela, SE 52 de 2005.



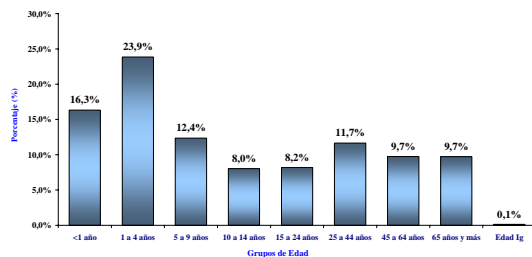
Neumonías (J12-J18).-

Neumonía. Canal Endémico 1.998 - 2.004. Venezuela 2.005.



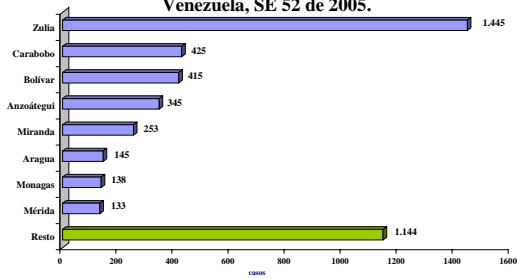
Para la SE N° 52 se registró un total de 4.443 casos, con un descenso del 8,1% con relación a la semana anterior (SE 51 = 4.836), colocándose en situación epidemiológica de Epidemia. Se registraron dos (2) defunciones por Neumonías en la presente semana.

Neumonía Total. Porcentajes por Grupo de Edad. Venezuela, SE 52 de 2005.



Los grupos de edad con mayor índice en orden de frecuencia son: 1-4, <1 año, 5-9 y 25-44 años, que agrupan el 64,1% del total de casos registrados, correspondiendo el mayor peso al grupo de 1-4 años con un 23,9%.

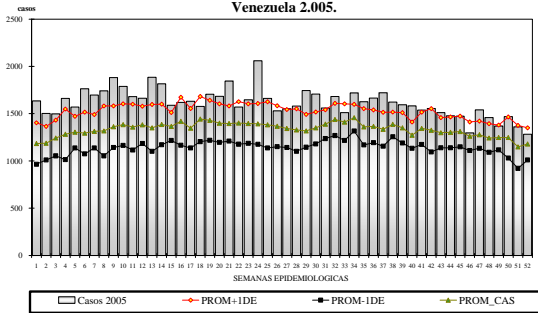
Neumonía Total. Entidades con mayor número de casos. Venezuela, SE 52 de 2005.



Las Entidades Federales que han reportado el mayor número de casos son: Zulia, Carabobo, Bolívar, Anzoátegui, Miranda, Aragua, Monagas y Mérida, que ocupan el 74,3% del total de casos registrados en el país, siendo importante señalar que Zulia comprende el 32,5% del total.

Mordeduras sospechosas de Rabia.-

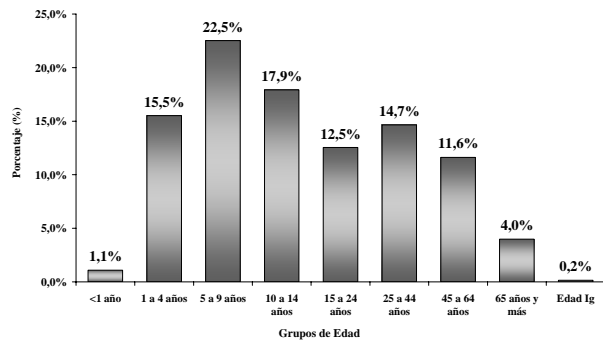
MORDEDURA SOSPECHOSA DE RABIA Canal Endémico 1.998- 2.004. Venezuela 2.005.



Fuente: Dirección de Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Año 2.005

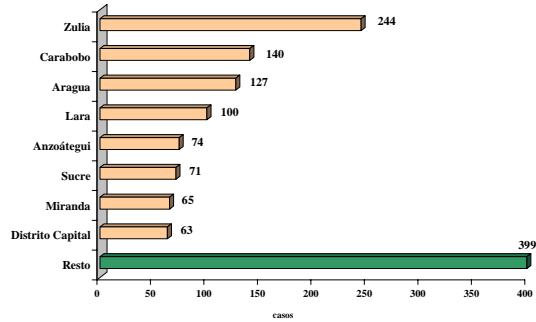
Para la presente semana epidemiológica 52 se notifica 1.283 Mordeduras Sospechosas de Rabia disminuyendo en un 6,07%, en comparación con el registro de la semana anterior, ubicándose en zona de Alarma.

Mordedura Sospechosa de Rabia. Porcentajes por Venezuela. SE 52 de 2005.



Con relación al grupo etario afectado prevalece el grupo de 5-9 años, representando un 22,5% del total de los grupos de edades afectados.

Mordedura Sospechosa de Rabia. Estados con mayor número de casos. Venezuela, SE 52 de 2005.



Con relación a las entidades federales que notificaron, el mayor número de Mordeduras Sospechosas de Rabia, para esta semana son: Zulia, Carabobo, Aragua, Lara, Miranda, Anzoátegui, Sucre, Miranda y Distrito Capital, los cuales representando un 68,90% con respecto al total.

Unidades Notificantes del Sistema de Salud.

Entidades Federales	UNIDADES NOTIFICANTES						
	MSDS			** Barrio Adentro		Total Venezuela	
	Existentes	Informaron	%	Existentes	Informaron	Existentes	%
Distrito Capital	112	105	93,75	1.177	1.177	1.289	99,46
Amazonas	24	19	79,17	32	32	56	51
Anzoátegui	124	124	100,00	402	402	526	100,00
Apure	36	29	80,56	140	140	176	169
Aragua	217	217	100,00	408	408	625	100,00
Barinas	71	60	84,51	220	220	291	280
Bolívar	113	113	100,00	372	372	485	100,00
Carabobo	129	129	100,00	846	846	975	100,00
Cojedes	98	80	81,63	96	96	194	176
Delta Amacuro*	16	16	100,00	0	0	16	16
Falcón	130	121	93,08	243	243	373	364
Guárico	74	70	94,59	221	221	295	291
Lara	103	96	93,20	528	528	631	624
Mérida	131	110	83,97	307	307	438	417
Miranda	151	140	92,72	841	841	992	981
Monagas	100	72	72,00	192	192	292	264
Nueva Esparta	91	91	100,00	118	118	209	209
Portuguesa	57	55	96,49	327	327	384	382
Sucre	78	77	98,72	288	288	366	365
Táchira	65	50	76,92	172	172	237	222
Trujillo	105	105	100,00	233	233	338	338
Vargas	60	44	73,33	162	162	222	206
Yaracuy	132	132	100,00	289	289	421	421
Zulia	341	290	85,04	1.072	1.072	1.413	1.362
Total	2.558	2.345	91,67	8.686	8.686	11.244	11.031

* Los médicos de la Misión Barrio Adentro se encuentran ubicados en establecimientos de la red ambulatoria del Sistema Público de Salud de Venezuela
 ** 0 = no susministro Información

El 98,11% de las Unidades Notificantes del Sistema de Salud en Venezuela cumplieron con el reporte semanal de Enfermedades de Notificación Obligatoria.

Malaria.

Al concluir el año 2.005 se detectaron 45.328 casos autóctonos de malaria en todo el territorio nacional y 348 casos procedentes del exterior (Colombia n=216; Guyana n=105; Brasil n=20; Nigeria n=4; Mozambique n=1, Haiti n=1). El estado Bolívar lideró la casuística con n=31.260 casos con IPA=21 casos/mil hbts. (13% más casos que durante 2004); Amazonas n= 7.005 casos de malaria con IPA=66,4 casos/mil hbts. (34% casos menos que durante 2004); Sucre n=4.894 casos con IPA=5,7 casos/mil hbts. (3,1% más casos que durante 2004) y Delta Amacuro n=1.230 casos con IPA=7,5 casos/ mil hbts. (37% menos casos que en 2004). Los tres principales municipios con mayor transmisión fueron: Manapiare (Amazonas) con IPA=432; seguido por Sifontes (Bolívar) con IPA=216 y Raul Leoni (Bolívar) con IPA=100. Aparecen también entre los 10 primeros: Sucre, Cedeño, Piar y Gran Sabana (estado Bolívar), Casacoima (Delta Amacuro), Atures (Amazonas) y Ribero (Sucre). La fórmula Parasitaria mostró predominio de P. vivax con 86,8% de la morbilidad y sólo 12,4% atribuible a P. falciparum ; 0,1% debidas a P. malariae y 0,7% fueron infecciones mixtas por P. vivax + P falciparum. La distribución por sexo se inclinó hacia el género masculino (65,4%); es decir casi las dos terceras partes de la casuística. La IPA del país se

ubicó en 1,7 casos/mil hbts.; el índice epidémico (IE=166 IC95%: 164,3-167,3) indica un exceso de 66% de malaria en relación al promedio detectado en el septenio precedente; concluyendo según la curva endémica acumulativa en la zona de epidemia. No obstante, el Índice Epidémico de 2005 estuvo 8 puntos por debajo del registrado en 2.004 y la cifra registrada durante 2.005 mostró una diferencia de -916 casos respecto al año 2.004; aspectos que indican la desaceleración y contención de la tendencia evidenciada a principios de 2.005.

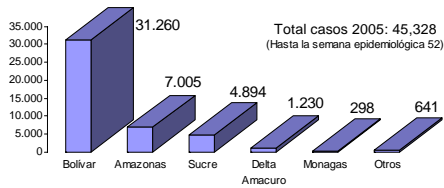
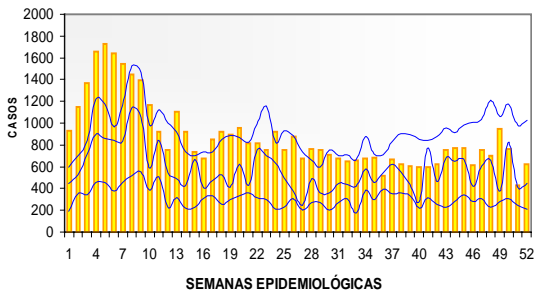


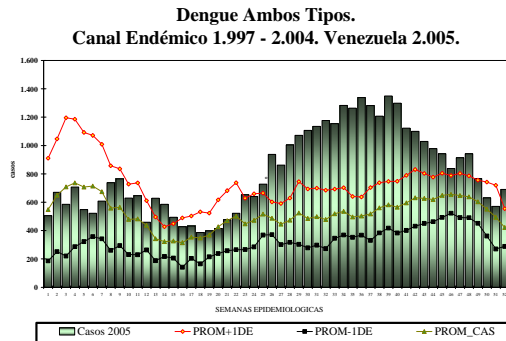
Gráfico No. 2. CANAL ENDÉMICO DE MALARIA. VENEZUELA, 1998-2004 y AÑO 2005.



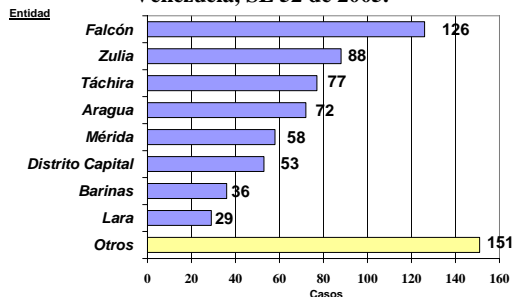
Dengue.

Durante la presente semana epidemiológica fueron diagnosticados 690 casos, de los cuales 55 fueron hemorrágicos (8,0%), con una razón Fiebre Dengue/Dengue Hemorrágico de 12:1. El acumulado del año es de 42.198 casos de los cuales el 6,4% son hemorrágicos (2.681 casos), con una razón Fiebre Dengue/Dengue Hemorrágico de 15:1. La Tasa de Morbilidad Acumulada es de 158,8 por 100.000 habitantes. Los serotipos circulantes son el 1, 2, 3 y 4. El acumulado del período aumentó 37,5% con respecto al número de casos acumulados a la misma fecha durante el año pasado. En la presente semana no se reportan defunciones por dengue.

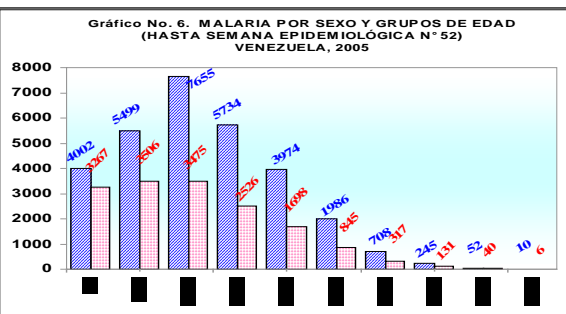
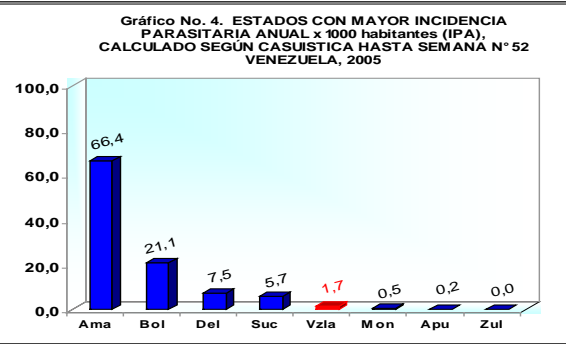
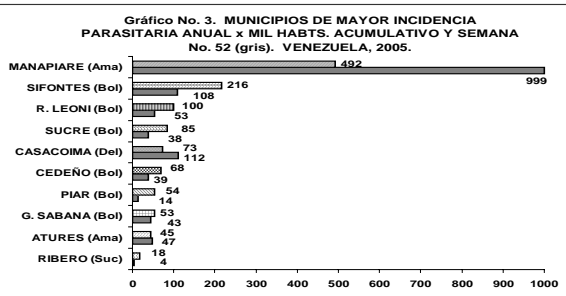
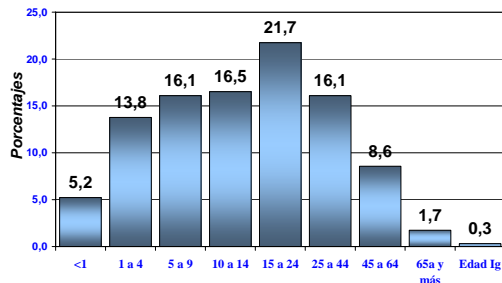
Se registró un ascenso del 21,0% en el número de casos respecto a la semana anterior, ubicándose en situación epidemiológica de Epidemia (ver canal endémico). La población menor de 15 años concentra el 51,6% de los casos notificados, el grupo de 15 a 24 años es el segundo grupo con mayor número de casos con el 21,7% de los casos. Las Entidades Federales que han reportado el mayor número de casos son: Falcón (126), Zulia (88), Táchira (77), Aragua (72) y Mérida (58).



Dengue. Estados con mayor número de casos. Venezuela, SE 52 de 2005.



Dengue Ambos Tipos. Porcentajes por Grupo de Edad. Venezuela, SE 52 de 2005.



Vigilancia de la Fiebre amarilla (F. A.) selvática en Venezuela:

1.- Vigilancia de casos y muertes.

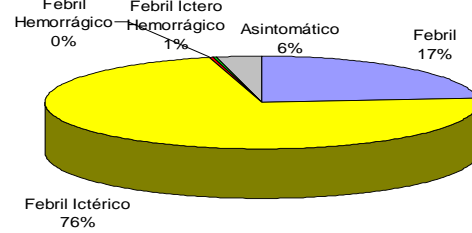
Para la semana N° 01. No se notifican casos de Fiebre Amarilla. Continúa la vigilancia epidemiológica en los estados de alto riesgo. Se mantiene monitoreo de las coberturas en las áreas de alto y mediano riesgo con la finalidad de detectar susceptibles.

Se realiza evaluación de las coberturas alcanzadas en los estados de riesgo durante la vacunación masiva de los municipios de alto riesgo con coberturas menores al 100% con la finalidad de establecer la meta del próximo año para evitar la aparición de nuevos casos.

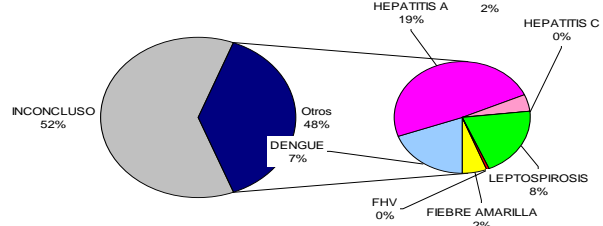
2.- Vigilancia de Síndrome Febril Ictero Hemorrágico:

Durante la presente Semana Epidemiológica N° 01. Se recibieron Siete (07) muestras pendientes del año 2005 procedentes de los siguientes estados: Uno (1) de Apure, Uno (1) de Portuguesa y Cinco (5) de Aragua.

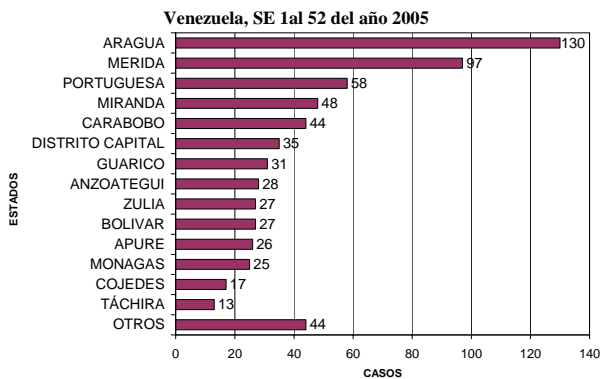
VIGILANCIA SINDRÓMICA, CASOS ESTUDIADOS POR DEFINICIONES, VENEZUELA. AÑO 2005



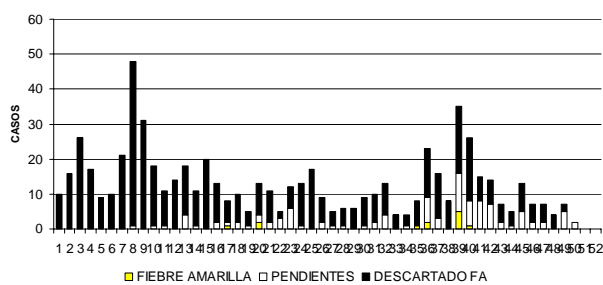
VIGILANCIA SINDRÓMICA, SEGÚN DIAGNÓSTICOS DE PATOLOGÍAS ICTERO-HEMORRÁGICAS, VENEZUELA. AÑO 2005



Síndrome Febril Ictérico Hemorrágico, sospechas por estados.

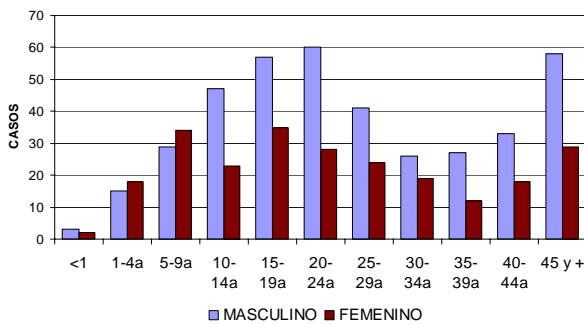


FIEBRE AMARILLA, CASOS CONFIRMADOS, DESCARTADOS Y PENDIENTES, POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA, VENEZUELA. AÑO 2005



Los Estados que han enviado mayor cantidad de muestras son: Aragua, Mérida, Portuguesa, Miranda, Carabobo, Distrito Capital, Guárico, Anzoátegui, Zulia, Bolívar, Apure, Monagas, Cojedes, y Táchira. La distribución de los casos investigados producto de la vigilancia sindrómica se muestra a continuación según grupo de edad, observándose un predominio del sexo masculino en los mismos. En relación al grupo de edad, el grupo de 10-14 años, y de 45 y más años son los que han sido de mayor interés.

VIGILANCIA SINDRÓMICA, CASOS INVESTIGADOS, SEGÚN EDAD Y SEXO VENEZUELA. AÑO 2005



Con respecto al enfoque sindrómico de los casos estudiados, un 76% corresponden hasta los momentos a la definición de Síndrome Febril Ictérico (SFI), un 17% a Síndrome Febril (SF), un 1% a Síndrome Febril Ictérico Hemorrágico, y un 6% a la definición de asintomático (A), esta última es utilizada para la investigación de contactos alrededor de casos sospechosos o alrededor de epizootias (circulación viral), en vista del fenómeno del Iceberg presente en el enfoque clínico de Fiebre Amarilla

Hasta la semana epidemiológica N° 52 se reportan casos de Fiebre Amarilla, correspondientes a las semanas 17 (1) y 20 (2), en el estado Mérida, la semana 35 (1) en el estado Apure, la semana 36 (1) en el estado Bolívar y en la semana 34, 36, 37, 38,39 y 40 (7 casos en total), uno (1) en cada semana y dos (2)) en la semana 39 del estado Portuguesa.

En el registro del año 2005, hasta la semana epidemiológica N° 52, 650 casos han sido investigados, van 12 casos de Fiebre Amarilla, otros 536 han sido descartados para FA. Dentro de estos: 339 no tienen diagnóstico definitivo hasta los momentos, 40 fueron Dengue, 101 como Hepatitis A, 11 como Hepatitis B, 44 como Leptospirosis, 1 uno como Fiebre Hemorrágica Venezolana y hay 102 resultados pendientes .

Zoonosis:

Rabia Urbana: La Coordinación Regional de Zoonosis del estado Zulia, notifica: no hubo reporte de casos.

La Coordinación Regional del estado Apure, notifica para la presente semana: Diez (10) casos sospechosos de Brucelosis en Humanos, procedentes de los municipios San Fernando (4) y Biruaca (6). De igual forma notifican: doce (12) casos sospechosos de Leptospirosis en humanos, procedentes de los municipios San Fernando (6) y Biruaca (6) respectivamente. Para ambas zoonosis se está realizando la investigación epidemiológica de las sospechas y esperando confirmación de las pruebas de Laboratorio.

Vigilancia de la Mortalidad Materno Infantil.-

Mortalidad Materna e Infantil

Entidades Federales	Comparativo Acumutado SEM 52. Venezuela 2004-2005.					
	Mortalidad Infantil			Mortalidad Materna		
	2004	2005	var%	2004	2005	var%
Distrito Capital	146	123	-15,8	2	6	200,0
Amazonas	5	6	20,0	2	0	-100,0
Anzoátegui	522	436	-16,5	28	29	3,6
Apure	117	41	-65,0	9	1	-88,9
Aragua	432	399	-7,6	13	16	23,1
Barinas	72	137	90,3	6	3	-50,0
Bolívar	466	615	32,0	21	18	-14,3
Carabobo	420	345	-17,9	31	21	-32,3
Cojedes	79	69	-12,7	0	4	400,0
Delta Amacuro	55	86	56,4	1	9	800,0
Falcón	160	172	7,5	1	6	500,0
Guárico	153	119	-22,2	8	14	75,0
Lara	314	410	30,6	17	10	-41,2
Mérida	57	67	17,5	4	3	-25,0
Miranda	209	180	-13,9	3	8	166,7
Monagas	294	245	-16,7	7	6	-14,3
Nueva Esparta	117	210	79,5	1	5	400,0
Portuguesa	258	242	-6,2	10	16	60,0
Sucre	309	307	-0,6	2	8	300,0
Táchira	330	286	-13,3	9	22	144,4
Trujillo	184	128	-30,4	9	8	-11,1
Vargas	35	26	-25,7	2	1	-50,0
Yaracuy	220	175	-20,5	8	13	62,5
Zulia	490	260	-46,9	18	17	-5,6
Venezuela	5.444	5.084	-6,6	209	242	15,8

OTROS TOPICOS DE INTERES

Influenza Aviar:

Influenza Aviar A/(H5N1), Brotes Animales, 1 – 15 Diciembre 2005.

Situación en Humanos:

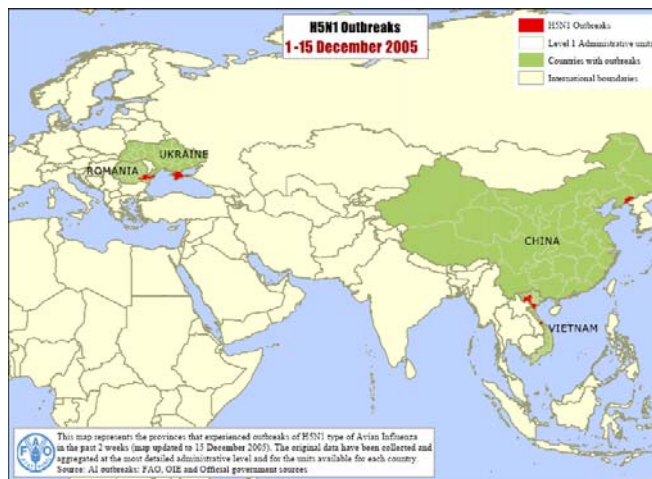
- **Turquía:** El Ministerio de Salud de Turquía ha confirmado sus dos primeros casos de infección humana por el subtipo H5 del virus de la gripe aviar, ambos mortales. El primer caso es el de un joven de 14 años del distrito rural de Dogubayazit, en la provincia oriental de Agri, fronteriza con la República Islámica del Irán y con Armenia. La información inicial sobre los casos confirmados lleva a pensar que los niños contrajeron la infección por haber estado en estrecho contacto con pollos. Se sabe que en el distrito de Dogubayazit se registraron muertes de pollos en los últimos días del pasado año. Las dos muertes registradas en Turquía son los dos primeros casos confirmados de infección humana por el virus de la gripe aviar que se producen fuera de Asia oriental.

Turquía notificó su primer brote de gripe aviar por H5N1 en aves de corral a mediados de octubre del año pasado. Dicho brote, que se declaró en la parte noroccidental del país, se atribuyó a contactos entre las aves de corral domésticas y aves acuáticas migratorias. Se cree que el brote de Igdır y otros posibles brotes registrados en esa parte del país se deben a la introducción del virus por aves migratorias. Se sabe que esa región, en la que hay varios lagos grandes, es atravesada por diversas rutas migratorias.

(WHO, *Communicable Disease Surveillance & Response*, *Avian influenza – situation in Turkey 5 January 2006* [on line] disponible en http://www.who.int/csr/don/2006_01_05/en/index.html).

Situación en los animales:

- **Turquía:** La influenza aviar debido a un virus de subtipo H5 se señaló en cuatro criaderos de traspato en el pueblo de Köprüler (Aralık, provincia de Igdır). Este foco se sitúa a 7 km de Armenia, 15 km de Irán y 40 km de la república autónoma de Najicheván (Azerbaiján). Se confirmó el 26 de diciembre de 2005 (aislamiento del virus). El evento se inicia el 15 de diciembre. Animales susceptibles en el foco: 1.559 aves de corral (pollos, gansos, pavos y patos), con 1.200 casos igual número de muertes; se destruyeron 359 animales. Se está investigando la fuente del foco u origen de la infección. No hay criaderos de aves de corral en la zona de 3 km de radio. La provincia de Igdır se sitúa en el este del país. Esta región es una de las vías de migración principales para las aves que pasan por Anatolia. (OIE, *Alert Messages*, *Avian influenza in Turkey* [on line] disponible en <http://www.oie.int/Messages/051228TUR.htm>).



Fuente: FAO Bi-weekly Avian Influenza Maps [on line] disponible en <http://www.fao.org/ag/againfo/programmes/en/empres/maps.html>.

Brotos de Influenza Aviar (tipo H5) Organización Mundial de Sanidad Animal (hasta el 3 de Enero del 2006)

PAIS	FOCOS
VIETNAM	2141
TAILANDIA (peninsular)	1164
INDONESIA	216
CHINA	79
RUSIA	51
COREA	19
CAMBOYA	15
MALASIA	10
JAPÓN	11
HONG KONG	4
CROACIA	2
MONGOLIA	2
KAZAKJSTAN	1
LAOS	1
RUMANIA	20
TURQUIA	1
UCRANIA	13

Fuente: OIE, Update on Avian Influenza in Animals (type H5) [on line] disponible en http://www.oie.int/download/AVIAN%20INFLUENZA/A_AI-Asia.htm

● Modificaciones desde la última actualización

INFLUENZA AVIAR A/(H5N1) CASOS HUMANOS ACUMULADOS Reportados a la OMS 05 Enero 2006

Fecha inicio	Turquía		China		Indonesia		Viet Nam		Thailand		Cambodia		Total	
	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	Casos	Muertes
2003	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	3	3
2004	0	0	0	0	0	0	29	20	17	12	0	0	46	32
2005	2	2	7	3	16	11	61	19	5	2	4	4	95	41
Total	2	2	7	3	16	11	93	42	22	14	4	4	144	76

Los casos incluyen las defunciones. La OMS sólo reporta casos confirmados.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. *Epidemic and Pandemic Alert and Response (EPR) Cumulative Number of Confirmed Human Cases of Avian Influenza A/(H5N1) Reported to WHO 5 January 2006* http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/cases_table_2006_01_05/en/index.html

MALARIA

PROGRAMA DE ERRADICACIÓN DE LA MALARIA						
CASOS DE MALARIA SEGÚN LUGAR DE ORIGEN DE INFECCIÓN						
SEMANA EPIDEMIOLÓGICA N° 52 PERÍODO DEL 25 DE DICIEMBRE AL 31 DE DICIEMBRE DE 2005						
ENTIDADES FEDERALES	CASOS SEMANA Nro. 52			ACUMULATIVO HASTA LA SEMANA Nro. 52		
	AÑOS		SITUACIÓN ACTUAL*	AÑOS		SITUACIÓN ACUMULATIVA*
	2004	2005		2004	2005	
D. Metropolitano	0	0	NSI	1	1	NSI
Amazonas	210	247	ALARMA	10.720	7.005	ALARMA
Anzoátegui	3	3	ALARMA	84	118	EPIDEMIA
Apure	1	0	NSI	52	135	NSI
Aragua	0	0	NSI	1	0	NSI
Barinas	5	0	ÉXITO	310	112	ÉXITO
Bolívar	703	293	ALARMA	27.576	31.260	EPIDEMIA
Carabobo	0	0	NSI	0	0	NSI
Cojedes	0	0	ÉXITO	0	0	ÉXITO
D. Amacuro	29	39	EPIDEMIA	1.959	1.230	ALARMA
Falcón	0	0	NSI	0	0	NSI
Guárico	0	0	ÉXITO	8	8	ALARMA
Lara	0	0	NSI	0	0	NSI
Mérida	0	0	ÉXITO	1	0	ÉXITO
Miranda	0	0	ÉXITO	3	0	ÉXITO
Monagas	36	3	SEGURIDAD	360	298	ALARMA
N. Esparta	0	0	ÉXITO	2	10	EPIDEMIA
Portuguesa	0	0	ÉXITO	84	16	ÉXITO
Sucre	91	37	ÉXITO	4.746	4.894	SEGURIDAD
Táchira	1	0	NSI	22	69	NSI
Trujillo	0	0	ÉXITO	0	0	ÉXITO
Vargas	0	0	ÉXITO	22	1	SEGURIDAD
Yaracuy	0	0	ÉXITO	0	0	ÉXITO
Zulia	5	0	ÉXITO	293	171	SEGURIDAD
Venezuela	1.084	622	ALARMA	46.244	45.328	EPIDEMIA
Casos Importados		5	Colombia (5).			
Acumulado de Casos Importados						348

<p>Gráfico No. 1. CASOS INCIDENTES DE MALARIA Venezuela, 2004 - 2005</p>	<p>Gráfico No. 5. CASOS DE MALARIA SEGÚN GÉNERO (HASTA SEMANA EPIDEMIOLÓGICA N° 52 VENEZUELA, 2005)</p>
---	--

Fuente: Dir. Salud Ambiental/Contraloría Sanitaria. NSI: No Suministró Información. *Comparativo con heptenio 1998-2004.

**Casos de Malaria. Todos los tipos. Según semanas Epidemiológicas
y Entidades Federales.
Venezuela, Semana 52. Periodo del 25 de Diciembre al 31 de Diciembre del 2005.**

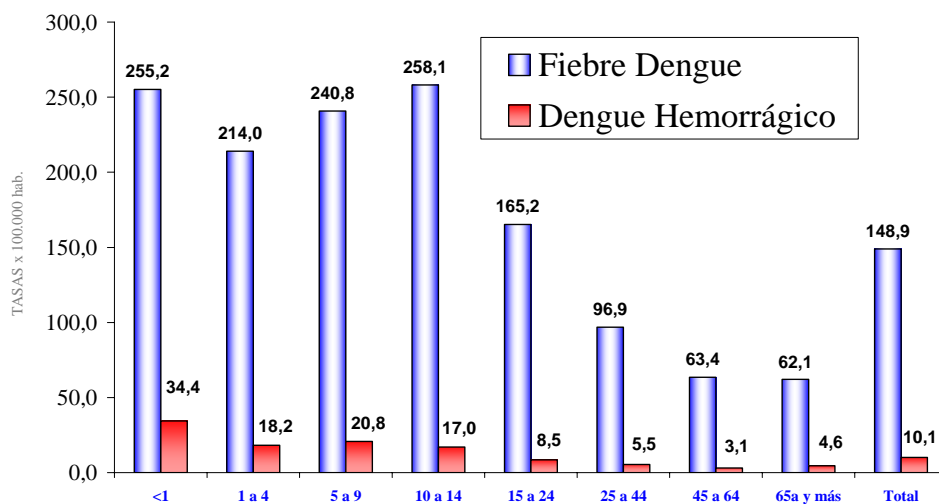
ENTIDADES FEDERALES	SEMANAS EPIDEMIOLOGICAS											TENDENCIA
	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	
Distrito Capital	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	Estable
Amazonas	171	132	197	138	149	232	80	145	91	1	247	Ascendente
Anzoátegui	0	6	6	2	2	3	3	4	4	1	3	Ascendente
Apure	7	0	2	0	2	0	0	0	3	0	0	Estable
Aragua	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Estable
Barinas	2	2	1	9	0	0	1	1	2	0	0	Descendente
Bolívar	349	526	491	529	406	469	540	702	593	320	293	Descendente
Carabobo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Estable
Cojedes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Estable
Delta Amacuro	13	17	3	34	11	4	14	36	21	30	39	Descendente
Falcón	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Estable
Guárico	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	Estable
Lara	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Estable
Mérida	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Estable
Miranda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Estable
Monagas	15	14	2	1	0	0	6	11	1	22	3	Descendente
Nueva Esparta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Estable
Portuguesa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Estable
Sucre	67	60	60	57	48	47	52	40	47	48	37	Descendente
Táchira	0	0	5	1	0	0	0	2	0	0	0	Estable
Trujillo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Estable
Vargas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Estable
Yaracuy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Estable
Zulia	1	0	8	2	0	1	3	6	5	6	0	Descendente
VENEZUELA	625	757	776	773	618	756	702	947	767	428	622	Ascendente

DENGUE

Dengue (Fiebre Dengue y Dengue Hemorrágico).
Número de Casos y Muertes según Entidades Federales.
Semana Epidemiológica N° 52. Período: 25 al 31 de diciembre de 2.005

Entidades Federales	Casos SE 52		Acumulados hasta la SE N° 52		Dengue Hemorrágico			
			Años		Semana N° 52		Acumulado	
	2.004	2.005	2.004	2.005	Casos	Muertes	Casos	Muertes
Distrito Capital	27	53	2.722	3.284	4	0	360	2
Amazonas	0	1	39	63	0	0	4	0
Anzoátegui	10	4	422	271	0	0	1	0
Apure	9	10	184	2.014	0	0	46	0
Aragua	29	72	792	1.657	3	0	75	0
Barinas	46	36	1.725	3.284	4	0	268	0
Bolívar	20	17	1.695	1.696	0	0	16	0
Carabobo	23	13	1.379	4.769	0	0	32	0
Cojedes	6	8	133	532	1	0	19	0
Delta Amacuro	2	0	62	111	0	0	1	0
Falcón	22	126	4.000	3.254	0	0	148	1
Guárico	12	7	336	596	0	0	0	0
Lara	22	29	1.748	2.279	13	0	610	0
Mérida	11	58	1.688	3.532	0	0	20	0
Miranda	30	26	2.825	3.026	2	0	127	0
Monagas	14	9	1.289	967	0	0	0	0
Nueva Esparta	14	9	1.777	742	0	0	0	0
Portuguesa	1	7	83	510	0	0	0	0
Sucre	0	3	573	293	0	0	0	0
Táchira	22	77	1.822	3.642	19	0	622	0
Trujillo	32	23	1.606	2.089	0	0	24	1
Vargas	22	2	739	480	0	0	15	0
Yaracuy	3	13	277	748	4	0	115	0
Zulia	82	88	2.778	2.360	5	0	178	0
VENEZUELA	459	691	30.694	42.199	55	0	2.681	4

Dengue Ambos Tipos.
Distribución de Tasas x 100.000 habitantes por Grupos de Edad.
Casos Acumulados. Venezuela, SE 52 de 2005.

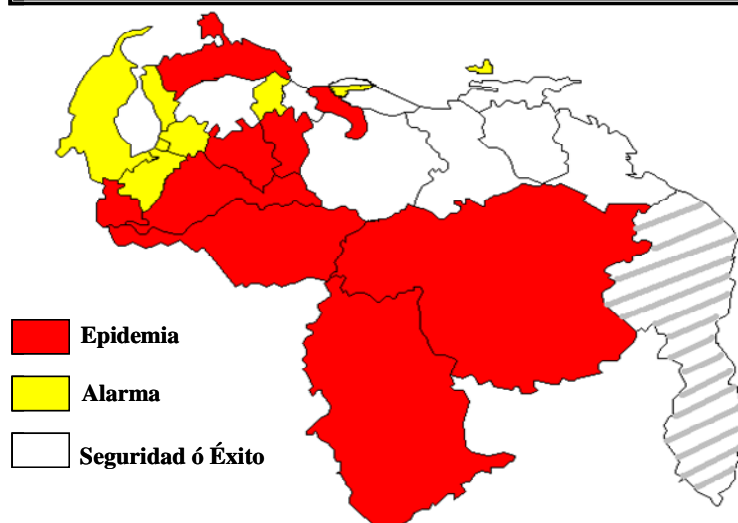


**Dengue (Ambos tipos). Casos según semanas epidemiológicas y Entidades Federales.
Venezuela. Desde la semana 42/2005 a la semana 52/2005.**

Entidad Federal	Semanas Epidemiológicas											Tendencia**
	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	
Distrito Capital	117	95	97	86	82	95	81	68	77	39	53	Descendente
Amazonas	1	1	0	16	6	6	2	1	2	1	1	Estable
Anzoátegui	2	7	4	3	6	10	6	8	7	7	4	Estable
Apure	50	50	40	22	27	20	25	21	16	10	10	Estable
Aragua	57	57	90	69	57	50	35	30	33	34	72	Ascendente
Barinas	105	82	101	89	78	65	38	50	27	37	36	Estable
Bolívar	37	46	42	28	24	21	20	11	15	19	17	Ascendente
Carabobo	87	67	54	49	39	30	28	19	16	10	13	Estable
Cojedes	22	28	11	16	17	17	17	25	11	18	8	Descendente
Delta Amacuro	1	4	3	1	1	3	1	3	1	1	0	Estable
Falcón	21	32	40	52	60	86	236	113	89	85	126	Ascendente
Guárico	26	34	29	11	16	24	14	22	2	12	7	Estable
Lara	68	89	67	76	62	37	55	53	49	34	29	Descendente
Mérida	115	89	97	103	72	90	92	88	57	63	58	Descendente
Miranda	94	76	67	78	80	95	77	72	41	36	26	Descendente
Monagas	26	30	18	27	31	24	30	20	11	19	9	Descendente
Nueva Esparta	11	7	11	14	13	11	12	9	7	3	9	Estable
Portuguesa	22	12	5	8	6	4	12	13	13	6	7	Estable
Sucre	3	4	20	2	3	3	4	2	4	3	3	Estable
Táchira	86	79	69	76	62	89	51	55	48	45	77	Ascendente
Trujillo	50	39	32	40	25	18	21	13	21	12	23	Ascendente
Vargas	6	5	4	1	2	2	1	1	3	2	2	Estable
Yaracuy	42	44	40	36	28	38	16	18	13	19	13	Descendente
Zulia	51	50	37	39	41	76	68	52	67	56	88	Ascendente
VENEZUELA	1.100	1.027	978	942	838	914	942	767	630	571	691	Ascendente

** Tendencia por semi-promedios móviles con periodos de tres semanas.

**Dengue (Ambos Tipos).
Situación Epidemiológica Según Entidades Federales.
Venezuela, SE 52 de 2005.**



ZONOSIS.

**Enfermedades Notificables de Zoonosis
Venezuela, SE 52 de 2005**

Enfermedades	Año 2005						Año 2004					
	Semana Actual		Semana Anterior		Acumulativo		Semana Correspondiente a la Semana Actual		Acumulativo		Total Año 2004	
	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P
Rabia Urbana (caninos y felinos)	0	0	0	0	80	0	6	0	135	0	182	0
Rabia otras especies	0	0	0	0	14	4	0	0	13	4	18	4
Rabia Humana	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	5	0
Encefalitis Equina del Este en Humanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Oeste del Nilo en Humanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina Venezolana en Humanos	0	0	0	0	0	5	0	0	0	1	0	0
Encefalitis Equina del Este en Animales	0	0	0	0	0	2	0	0	3	1	13	0
Encefalitis Oeste del Nilo en Animales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis Equina Venezolana en Animales	0	0	0	0	11	70	0	0	2	5	9	0
Leptospirosis Humanos	0	12	0	0	60	349	0	0	6	29	37	16
Leishmaniasis Cutánea Humanos	0	0	0	0	35	8	0	0	13	1	16	0
Leishmaniasis Cutanea Caninos	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Leishmaniasis Visceral Humanos	0	0	0	0	10	2	0	0	0	0	2	0
Leishmaniasis Visceral Caninos	0	0	0	0	393	243	0	0	0	0	0	0
Cisticercosis Humanos	0	0	0	0	14	47	0	0	152	610	161	691
Teniasis Humanos	0	0	0	0	0	1	0	0	41	844	18	1254
Brucelosis en Animales	0	0	0	0	34	206	0	0	0	0	0	0
Brucelosis Humanos	0	10	0	0	10	544	0	0	22	17	29	45
Toxoplasmosis Humanos	0	0	0	0	0	3	0	0	0	17	14	17

C: Confirmado P: Probable

**MORTALIDAD INFANTIL. Número de defunciones por semanas epidemiológicas y Entidades Federales.
Venezuela, Semana 52. Periodo del 25 de Diciembre al 31 de Diciembre del 2005.**

ENTIDADES FEDERALES	Semanas Epidemiológicas												Acumulado hasta la semana 52	
	Año												2005	2004
	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52		
Distrito Capital	0	1	4	3	3	2	16	3	6	7	1	5	123	146
Amazonas	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	6	5
Anzoátegui	11	6	8	7	5	11	13	6	8	10	6	9	436	522
Apure	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	41	117
Aragua	9	9	8	16	7	6	9	6	12	5	0	0	399	432
Barinas	2	1	3	0	6	0	11	3	1	1	0	2	137	72
Bolívar	10	18	12	12	13	8	10	12	8	16	7	11	615	466
Carabobo	6	5	3	10	9	4	7	4	6	8	0	3	345	420
Cojedes	1	2	1	2	2	1	0	1	1	5	1	0	69	79
Delta Amacuro	1	3	1	0	0	5	0	2	10	1	0	0	86	55
Falcón	4	4	3	3	6	5	1	7	1	2	1	3	172	160
Guárico	0	1	2	1	0	2	0	3	0	4	0	0	119	153
Lara	15	13	13	6	3	4	7	7	8	2	7	4	410	314
Mérida	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	67	57
Miranda	7	5	7	3	4	3	4	2	0	0	0	0	180	209
Monagas	7	5	4	6	4	4	5	6	4	3	13	2	245	294
Nueva Esparta	4	7	1	2	1	0	6	1	3	8	1	7	210	117
Portuguesa	6	5	4	7	1	2	6	6	7	1	4	2	242	258
Sucre	7	4	7	4	6	5	1	6	6	7	6	7	307	309
Táchira	9	4	3	4	9	6	5	5	2	2	6	5	286	330
Trujillo	0	6	0	2	1	0	0	3	1	1	0	3	128	184
Vargas	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	26	35
Yaracuy	2	2	2	3	3	0	4	2	7	2	4	4	175	220
Zulia	6	9	2	4	8	4	6	2	6	6	1	2	260	490
Venezuela	107	111	88	95	91	74	112	88	98	91	58	73	5.084	5.444

NSI No Suministro Información

Nota: Este sistema permite orientar las intervenciones de prevención en los factores determinados de la mortalidad Infantil.

**MORTALIDAD MATERNA. Número de defunciones por semanas epidemiológicas y Entidades Federales.
Venezuela, Semana 52. Periodo del 25 de Diciembre al 31 de Diciembre del 2005.**

ENTIDADES FEDERALES	Semanas Epidemiológicas												Acumulado Hasta la Semana N°52	
													Año	
	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	2005	2004
Distrito Capital	2	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	6	2
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Anzoátegui	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	3	0	29	28
Apure	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9
Aragua	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	16	13
Barinas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	6
Bolívar	2	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	18	21
Carabobo	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	21	31
Cojedes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Delta Amacuro	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	9	1
Falcón	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	6	1
Guárico(*)	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	14	8
Lara	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	17
Mérida	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4
Miranda	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	3
Monagas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	7
Nueva Esparta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1
Portuguesa	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	16	10
Sucre	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	2
Táchira	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	22	9
Trujillo	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8	9
Vargas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Yaracuy	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	13	8
Zulia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	18
Venezuela	7	4	3	6	5	5	1	4	6	4	4	2	242	209

NSI No Suministro Información

Nota: Este sistema permite orientar las intervenciones de prevención en los factores determinados de la mortalidad Materna.

VIGILANCIA DE SINDROME RESPIRATORIO AGUDO. AISLAMIENTOS VIRALES: RESULTADOS POR ENTIDAD FEDERAL, HASTA LA SEMANA EPIDEMIOLÓGICA N° 52, VENEZUELA AÑO 2005*											
ESTADO	SOSPECHAS	INFLUENZA A	DESCARTADOS (sin Dx)	PENDIENTES	NO PROCESADOS	INFLUENZA B	PARAINFLUENZA 1	PARAINFLUENZA 2	PARAINFLUENZA 3	ADENOVIRUS	VSR
DISTRITO CAPITAL	127	5	54	65	0	0	0	0	0	3	0
AMAZONAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANZOATEGUI	23	0	22	0	0	0	0	0	0	1	0
APURE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ARAGUA	7	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0
BARINAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BOLIVAR	9	0	8	0	0	0	0	0	0	1	0
CARABOBO	235	3	188	40	0	0	1	0	0	3	0
COJEDES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DELTA AMACURO	6	0	3	2	0	0	0	0	0	1	0
FALCON	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GUARICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LARA	5	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0
MERIDA	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
MIRANDA	8	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0
MONAGAS	29	1	19	9	0	0	0	0	0	0	0
NUEVA ESPARTA	6	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0
PORTUGUESA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUCRE	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
TÁCHIRA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TRUJILLO	5	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0
VARGAS	3	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0
YARACUY	5	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0
ZULIA	12	0	10	2	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	482	13	339	120	0	0	1	0	0	9	0
Porcentajes	100	2,70	70,33	24,90	0,00	0,00	0,21	0,00	0,00	1,87	0,00
Fuente: Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel (INH"RR"). Dirección de Vigilancia Epidemiológica Dirección de Vigilancia Epidemiológica, Coordinación de Enfermedades Respiratorias Agudas. * Información de los resultados recibidos del INHRR desde 01 Enero hasta el 31 de Diciembre de 2005.											

VIGILANCIA DE SINDROMES FEBRILES ICTERO HEMORRAGICO. RESULTADOS POR ESTADO, HASTA LA SEMANA EPIDEMIOLOGICA N° 1-52, AÑO 2005*										
ESTADO	SOSPECHAS	PENDIENTES	FIEBRE AMARILLA	DESCARTADOS PARA FIEBRE AMARILLA						
				NO CONCLUIDO	DENGUE	HEPATITIS A	HEPATITIS B	HEPATITIS C	LEPTOSPIROSIS	FH VENEZOLANA
DELTA AMACURO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NUEVA ESPARTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUCRE	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0
VARGAS	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0
YARACUY	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0
BARINAS	5	0	0	5	0	0	0	0	0	0
AMAZONAS	8	5	0	1	0	0	2	0	0	0
FALCON	8	2	0	5	1	0	0	0	0	0
LARA	8	1	0	6	0	0	1	0	0	0
TRUJILLO	8	5	0	2	1	0	0	0	0	0
OTROS	44	15	0	23	3	0	3	0	0	0
TÁCHIRA	13	0	0	8	2	3	0	0	0	0
COJEDES	17	2	0	11	0	3	1	0	0	0
MONAGAS	25	9	0	11	0	5	0	0	0	0
APURE	26	5	1	14	3	2	1	0	0	0
BOLIVAR	27	10	1	12	1	1	0	0	2	0
ZULIA	27	2	0	8	2	14	0	0	1	0
ANZOATEGUI	28	4	0	14	0	0	1	0	9	0
GUARICO	31	2	0	22	1	1	0	0	5	0
DISTRITO CAPITAL	35	8	0	20	4	1	1	0	1	0
CARABOBO	44	3	0	28	1	1	0	0	11	0
MIRANDA	48	6	0	18	3	16	0	0	5	0
PORTUGUESA	58	10	7	25	15	0	0	0	0	1
MERIDA	97	8	3	53	4	26	0	0	3	0
ARAGUA	130	18	0	72	1	28	4	0	7	0
TOTAL	650	102	12	339	40	101	11	0	44	1
Porcentajes	100	15,69	1,85	52,15	6,15	15,54	1,69	0,00	6,77	0,15

Fuente: Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel

* Información de los resultados recibidos del INHRR hasta el 06.01.2006

**VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA EN MUNICIPIOS
DE ALTO RIESGO, DE LOS ESTADOS DE ALTO RIESGO,
Y COBERTURA ACUMULADA 1998-2005**

ESTADO	MUNICIPIO	VACUNADOS 98-05	POBLACIÓN 2005	COBERT 98-05
ANZOÁTEGUI	Bolívar	244.336	423.452	57,70
	Libertad	9.867	15.180	65,00
	Sotillo	128.344	243.444	52,72
	Bruzual	27.495	32.651	84,21
Total ANZOÁTEGUI		410.042	714.727	57,37
BOLÍVAR	Heres	185.867	317.803	58,48
	Caroni	316.592	725.228	43,65
	Piar	39.245	83.699	46,89
Total BOLÍVAR		541.704	1.126.730	48,08
MIRANDA	Páez	13.773	29.740	46,31
	Pedro Gual	9.939	17.136	58,00
	Brión	31.028	42.673	72,71
	Buroz	15.948	19.139	83,33
Total MIRANDA		70.688	108.688	65,04
MONAGAS	Bolívar	35.085	41.780	83,98
	Caripe	30.989	34.999	88,54
	Maturín	405.273	457.882	88,51
	Punceres	25.902	27.911	92,80
Total MONAGAS		497.249	562.572	88,39
TÁCHIRA	Ayacucho	50.791	57.624	88,14
	Cárdenas/Táriba	65.053	109.180	59,58
Total TACHIRA		115.844	166.804	69,45
ZULIA	Jesús E. Lossada	80.545	95.053	84,74
Total ZULIA		80.545	95.053	84,74

Fuente: Informes Regionales

Notas: - Resto de municipios (47) con coberturas superiores al 95%
- Considerando todos los municipios de Alto Riesgo (65) de los 16 estados de Alto Riesgo la cobertura acumulada es de 90,74%

**VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA EN MUNICIPIOS
DE MEDIANO RIESGO, DE LOS ESTADOS DE ALTO RIESGO,
Y COBERTURA ACUMULADA 1998-2005**

ESTADO	MUNICIPIO	VACUNADOS 98-05	POBLACIÓN 2005	COBERT 98-05
AMAZONAS	Manapiare	8.423	9.063	92,94
Total AMAZONAS		8.423	9.063	92,94
ANZOÁTEGUI	Guanta	21.017	32.030	65,62
	Píritu	32.776	44.667	73,38
	Carvajal	11.880	13.024	91,22
Total ANZOÁTEGUI		65.673	89.721	73,20
BOLÍVAR	Raul Leoni	15.212	31.340	48,54
Total BOLÍVAR		15.212	31.340	48,54
GUÁRICO	Monagas	67.491	74.733	90,31
Total GUÁRICO		67.491	95.576	70,62
MÉRIDA	Justo Briceño	4.698	5.644	83,24
Total MÉRIDA		4.698	5.644	83,24
MONAGAS	Cedeño	31.214	33.048	94,45
Total MONAGAS		31.214	33.048	94,45
TACHIRA	Pedro Ma. Ureña	37.689	43.707	86,23
	Seboruco	8.236	9.687	85,02
Total TACHIRA		45.925	53.394	86,01
TRUJILLO	Valera	107.032	139.049	76,97
	Sucre	18.185	21.308	85,34
Total TRUJILLO		125.217	160.357	78,09
ZULIA	Baralt	69.026	83.576	82,59
Total ZULIA		69.026	83.576	82,59

Fuente: Informes Regionales

Notas: - Resto de municipios (44) con coberturas superiores al 95%
- Considerando todos los municipios de Mediano Riesgo (58) de los 16 estados de Alto Riesgo la cobertura acumulada es de 113,05%

**VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA EN MUNICIPIOS
DE BAJO RIESGO, DE LOS ESTADOS DE ALTO RIESGO,
Y COBERTURA ACUMULADA 1998-2005**

NIVEL DE RIESGO	VACUNADOS 98-05	POBLACIÓN 2005	COBERT 98-05
Municipios de Bajo Riesgo (128)	5.823.125	9.972.192	58,39

Fuente: Informes Regionales

B. NOTIFICABLES SEMANALES (TODO EL PAIS)
(SEMANA EPIDEMIOLOGICA N° 52)

ENFERMEDADES	AÑO 2005						AÑO 2004				TOTAL AÑO 2004	
	Semana Actual		Semana Anterior		Acumulativo		Semana correspondiente a la semana actual		Acumulativo		TOTAL AÑO 2004	
	C (**)	M(*)	C	M	C***	M*	C	M	C	M	C	M
COLERA (A00.-)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DIARREAS - 1 AÑO (A08-A09)	5.668	-	6.251	-	441.048	-	8.079	2	424.751	133	440.988	135
DIARREAS DE 1 A 4 AÑOS (A08-A09)	9.563	-	10.312	-	773.413	-	13.540	-	743.615	47	772.472	51
DIARREAS DE 5 AÑOS Y MAS (A08-09)	22.612	1	24.304	-	1.815.188	96	32.594	1	1.483.264	77	1.546.347	78
AMIBIASIS (A06.-)	3.569	-	3.984	-	228.974	4	-	-	-	-	-	-
FIEBRE TIFOIDEA (A01.0)	-	-	-	-	6	-	1	-	5	-	36	-
ETA N° DE BROTES	-	-	-	-	25	-	-	-	24	-	-	-
CASOS ASOC. A BROTES DE ETA	-	-	-	-	1102	-	487***	-	29.120	2	30.128	2
HEPATITIS AGUDA TIPO "A" (B15.-)	117	-	121	-	14.913	1	91	-	6.835	1	7.149	1
TUBERCULOSIS (A15-A19)	50	4	74	-	4.834	44	54	-	4.341	95	4.577	100
INFLUENZA (J10-J11)	-	-	1	-	482	-	-	-	-	-	206	-
INFECCION ASINTOMAT. VIH (Z21.-)	31	1	13	-	1.774	11	22	-	1.676	17	1.837	17
ENFERMEDAD VIH/SIDA (B20-B24)	9	3	18	5	1.435	137	10	6	1.355	264	1.402	267
TOSFERINA (A37.-)	12	-	19	-	850	-	10	-	600	7	634	8
PAROTIDITIS (B26.-)	36	-	40	-	3.131	-	34	-	2.669	-	2.782	-
TETANOS NEONATAL (A33.-)	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-
TETANOS OBSTETRICO (A34.-)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TETANOS (OTROS) (A35.-)	-	-	-	-	31	3	1	-	14	-	16	-
DIFTERIA (A36.-)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SARAMPION SOSPECHA. (B05.-)	4	-	3	-	550	-	12	-	704	-	723	-
RUBEOLA (B06.-)	16	-	15	-	5.281	-	40	-	3.009	-	3.113	-
FIEBRE DENGUE (A90.-)	672	-	573	-	44.072	-	473	-	30.562	1	31.806	1
DENGUE HEMORRAGICO (A91.-)	55	-	49	-	2.861	3	34	-	2.184	3	2.261	3
ENCEF. EQUINA VZLANA (A92.2)	-	-	4	-	-	1	-	-	11	-	11	-
FIEBRE AMARILLA (A95.-)(*)	-	-	-	-	57	-	-	-	4	-	4	-
PALUDISMO (B50-B54)	115	-	117	-	34.588	3	756	-	34.748	4	35.689	5
LEISHMANIASIS (B55.-)	2	-	10	-	906	-	9	-	655	1	713	2
RABIA ANIMAL (A82)	-	-	-	-	80	80	4	4	174	174	186	186
RABIA HUMANA (A82.-)	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	5	5
FIEBRE HEMOR. VZLANA (A96.8)	3	-	4	-	55	-	-	-	46	-	46	-
ONCOCERCOSIS (B73)	-	-	-	-	3	1	-	-	-	-	-	-
LEPTOPIROSIS (A27.-)	3	-	7	-	298	18	1	-	13	3	13	3
MENINGITIS VIRAL (A87)	8	-	7	-	953	10	2	-	445	22	447	22
MENINGITIS BACTERIANA (G00)	2	-	20	-	283	2	28	-	855	37	899	37
MENING. MENINGOCOCICA (A39.0)	4	-	3	-	53	-	1	-	102	7	105	7
ENFERMEDAD MENINGOCOCICA (A39.9)	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-
VARICELA (B01.-)	551	-	438	-	49616	5	482	1	57.094	15	58.545	17
HEPATITIS AGUDA TIPO "B" (B16.-)	24	1	13	-	1.613	6	15	-	1.187	11	1.230	11
HEPATITIS AG. TIPO "C" (B17.1,B18.2)	-	-	-	-	71	2	-	-	36	-	34	-
HEPAT. OTRAS AGUD. (B17.-)	209	-	49	-	11911	-	10	-	430	4	442	4
HEPATITIS NO ESPECIF. (B19.-)	147	-	232	-	19.410	6	269	-	15.626	6	16.435	6
PARALISIS FLACIDA < 15a. (G82.0)	1	-	2	-	56	-	-	-	67	-	70	-
NEUMONIAS - 1 AÑO (J12-J18)	725	-	778	-	39330	-	636	1	36.187	97	38.073	99
NEUMONIAS DE 1 A 4 AÑOS (J12-J18)	1.060	-	1.209	-	79.005	-	1.303	1	77.509	50	81.070	51
NEUMONIAS DE 5 AÑOS Y MAS (J12-J18)	2.658	2	2.849	2	202.590	191	3.831	4	184.081	356	192.633	380
INTOX. POR PLAGUICIDAS (T60.-)	33	-	44	-	3.572	11	53	-	3.913	26	4.028	27
MORD. SOSP. DE RABIA (A82)	1.283	-	1.361	-	91.269	-	1.445	-	76.556	1	79.580	1
FIEBRE (R50)	8.547	-	8.990	-	590.714	-	7.061	-	415.668	-	433.871	-
INFECC. RESP. AGUDA (IRA)	83.164	-	95.856	-	6.716.211	6	111.621	-	6.424.559	-	6.694.002	-
EFECC. ADVERSOS DE MEDICAMENTOS (Y40-Y57)	13	-	19	-	1388	-	-	-	-	-	-	-
EFECC. ADVERSOS DE VACUNAS (Y58-Y59)	-	-	6	-	46	-	-	-	-	-	-	-

(*) Muertes por Diarreas y Neumonias engloban los tres grupos de edad

***En espera de corrección

****NOTA: En el año 2004 la ETA era Intoxicación Alimentaria

(***)Se corrige acumulado

República Bolivariana de Venezuela
Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Dirección de Vigilancia Epidemiológica

Registro Semanal de Enfermedades de Notificación Obligatoria (EPI-12)

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA N° 52 de 2005

Sistema Tradicional y Barrio Adentro.

ENFERMEDADES	Casos										Muertes
	< 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 24 años	25 a 44 años	45 a 64 años	65 años y más	Edad ign.	Total	
01. Cólera (A00)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02. Diarreas (A08-A09)	5.668	9.563	5.170	3.824	4.238	4.868	2.837	1.648	27	37.843	3
03. Amibiasis (A06.-)	194	644	664	510	501	533	315	206	2	3.569	0
04. Fiebre Tifoidea (A01.0)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
05. ETA N° de Brotes										0	0
06. Casos Asociados a Brotes de ETA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
07. Hepatitis Aguda Tipo A (B15)	4	22	33	18	25	11	3	1	0	117	0
08. Tuberculosis (A15-A19)	1	2	3	6	5	16	10	7	0	50	4
09. Influenza (J10-J11)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10. Infección Asintomática VIH (Z21)	5	1	0	0	7	10	7	1	0	31	1
11. Enfermedad VIH/SIDA (B20-B24)	0	0	0	1	1	4	2	1	0	9	6
12. Tosferina (A37)	11	0	1	0	0	0	0	0	0	12	0
13. Parotiditis (B26)	2	13	10	5	1	2	3	0	0	36	0
14. Tétanos Neonatal (A33)	0									0	0
15. Tétanos Obstétrico (A34)				0	0	0	0		0	0	0
16. Tétanos (otros) (A35)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17. Difteria (A36)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18. Sarampión Sospecha (B05)	0	3	0	0	0	1	0	0	0	4	0
19. Rubéola (B06)	3	5	4	0	3	0	0	1	0	16	0
20. Fiebre Dengue (A90)	31	87	107	111	148	117	56	13	2	672	0
21. Dengue Hemorrágico (A91)	5	10	8	8	10	9	4	1	0	55	0
22. Encefalitis Equina Venezolana (A92.2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23. Fiebre Amarilla (A95)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24. Paludismo (B50-B54)	1	5	15	19	26	27	19	3	511	622	0
25. Leishmaniasis (B55)	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	0
26. Rabia Humana (A82)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27. Fiebre Hemorrágica Venezolana (A96.8)	0	0	0	1	0	2	0	0	0	3	0
28. Oncocercosis (B73)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
29. Leptospirosis (A27)	0	0	0	1	0	0	2	0	0	3	0
30. Meningitis Viral (A87)	3	1	2	0	1	0	1	0	0	8	0
31. Meningitis Bacteriana (G00)	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0
32. Meningitis Meningocócica (A39.0)	2	0	1	0	1	0	0	0	0	4	0
33. Enfermedad Meningocócica (A39.9)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
34. Varicela (B01)	36	116	142	78	87	79	11	1	1	551	0
35. Hepatitis Aguda Tipo B (B16)	1	1	4	6	1	8	0	3	0	24	1
36. Hepatitis Aguda Tipo C (B17.1, B18.2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
37. Hepatitis Otras Agudas (B17)	4	44	59	28	29	28	14	3	0	209	0
38. Hepatitis No Específicas (B19)	1	26	42	16	30	24	5	3	0	147	0
39. Parálisis Fláccida < 15 años (G82.0)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
40. Neumonías (J12-J18)	725	1.060	549	356	364	518	433	432	6	4.443	2
41. Intoxicación por Plaguicidas (T60)	0	1	1	1	9	12	3	2	4	33	0
42. Mordedura Sospechosa de Rabia (A82)	14	199	289	230	161	188	149	51	2	1.283	0
43. Fiebre (R50)	1.356	2.513	1.268	915	913	895	423	259	5	8.547	0
44. Infección Respiratoria Aguda (IRA)	9.491	17.978	13.257	10.281	10.116	10.857	7.124	4.045	15	83.164	0
45. Efectos Adversos de Medicamentos (Y40-Y57)	0	2	2	1	1	5	2	0	0	13	0
46. Efectos Adversos de Vacunas (Y58-Y59)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

nota: no informaron los siguiente estamos: Ditto, Capita, Amazona, Lara, Tachira y Vargas

AGRADECEMOS SUS COMENTARIOS SOBRE EL CONTENIDO DE ESTA PUBLICACIÓN
Dirección electrónica e Institución en la que labora, a esta dirección: vigiepi@msds.gov.ve
También podrá ser revisado en la pagina WEB del MSDS: <http://www.msds.gov.ve>
DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
Caracas, 06 de Enero de 2005

situación de salud en las américas

Indicadores Básicos



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Oficina del Director Adjunto
Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria

prefacio

Por mandato de los cuerpos directivos, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha iniciado desde el año 1995 la recolección de información de salud bajo la Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud y Perfiles de País con vista a monitorear la situación de salud, en particular los mandatos de los Gobiernos Miembros adoptados por la Organización. Con este propósito, nos complace presentar el décimo primer folleto de la serie de "Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos".

El objetivo principal de esta publicación anual es presentar la última información disponible sobre los indicadores básicos de salud para cada país de la Región de las Américas. Las fuentes de datos han sido definidas considerando el criterio de comparabilidad entre países. Los datos sobre los indicadores relacionados con la tasa de mortalidad infantil, la razón de mortalidad materna, así como la atención prenatal y del parto proceden directamente de las Autoridades Sanitarias Nacionales de cada país. La información sobre mortalidad proviene del Sistema de Información Técnica de la OPS, que es actualizado periódicamente con datos de los sistemas nacionales de mortalidad. Las estadísticas básicas de morbilidad, recursos, acceso y cobertura de los servicios se obtienen de los países a través de las unidades técnicas regionales de la OPS y estos indicadores toman como denominador la información proveniente de la División de Población de las Naciones Unidas. Los datos de los indicadores demográficos y socioeconómicos se obtienen de agencias especializadas de las Naciones Unidas - División de Población, FAO, UNICEF, UNESCO, el Banco Mundial - y la Oficina del Censo de los Estados Unidos, por lo cual sus valores pueden diferir de las estadísticas nacionales.

Por primera vez en el folleto se publica el promedio de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados a la edad de 12 años, el Índice CPOD. Este indicador reemplaza el indicador de defunciones registradas de sarampión, ya que desde el año 2001 no se ha registrado muerte alguna por esta causa en las Américas. Adicionalmente, los Territorios Franceses (Guadalupe, Guayana Francesa, Martinica) se incorporan a la subregión del Caribe Latino.

Para resaltar el progreso de los países en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el folleto incluye también un gráfico sobre el avance de los países en la reducción de la mortalidad infantil desde 1990 hasta 2004, con relación a la meta propuesta para el 2015. En el presente se incluye, asimismo, un mapa de las Américas que muestra la tasa de incidencia de tuberculosis para estados, provincias o departamentos de los países.

La información del folleto ha sido compilada, preparada y revisada por los técnicos de la Sede de la Organización en Washington, D.C. y las Representaciones de la OPS/OMS en los países, bajo la coordinación del Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria. Mayor información sobre el perfil de salud de cada país y todos los indicadores básicos, incluyendo definiciones, asimismo la serie de tiempo, 1995 al presente, se encuentra en la página Web del Sistema Regional de Datos Básicos de la OPS en www.paho.org/spanish/dd/ais/coredata.htm.



Mirta Roses Periago
Directora

indicadores demográficos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10T	10H	10M
	población total (miles)	tasa cruda natalidad (1.000 hab)	media anual nacimientos (miles)	tasa cruda mortalidad (1.000 hab)	media anual defunciones (miles)	crecimiento demográfico anual (%)	tasa global fecundidad (hijos/mujer)	población urbana (%)	razón de dependencia (100 hab)		esperanza de vida al nacer (años) 2005	
	2005	2005	2005	2005	2005	2005	2005	2005	2005	total	hombres	mujeres
Las Américas	891.822	18,1	16.206,2	6,9	6.168,0	1,2	2,3	78,8	53,9	74,6	71,6	77,5
América del Norte	330.546	13,6	4.505,7	8,3	2.758,0	0,9	2,0	80,8	48,9	77,9	75,2	80,6
Bermuda	65	11,6	0,8	7,6	0,5	0,6	1,9	100,0	44,5	77,8	75,7	79,9
Canadá	32.268	10,2	329,2	7,3	237,4	0,9	1,5	81,1	44,4	80,4	77,9	82,8
Estados Unidos de América	298.213	13,9	4.175,7	8,4	2.520,1	0,9	2,0	80,8	49,4	77,7	74,9	80,3
América Latina y el Caribe	561.276	20,7	11.700,5	6,0	3.410,0	1,3	2,4	77,4	56,5	72,3	69,2	75,4
América Latina	554.503	20,8	11.579,3	6,0	3.357,9	1,4	2,5	77,9	56,8	72,6	69,5	75,8
México	107.029	20,1	2.159,4	4,5	479,1	1,2	2,2	76,0	57,0	75,7	73,2	78,1
Istmo Centroamericano	40.001	27,8	1.121,1	5,6	227,4	2,1	3,4	53,2	74,0	70,8	68,0	73,6
Belize	270	25,7	7,0	5,2	1,4	2,0	3,0	48,6	69,6	71,8	69,5	74,2
Costa Rica	4.327	18,3	79,5	4,0	17,4	1,7	2,2	61,7	51,9	78,5	76,2	81,0
El Salvador	6.881	23,9	165,6	5,8	40,2	1,7	2,8	60,1	64,8	71,4	68,3	74,4
Guatemala	12.599	34,3	438,1	6,4	81,8	2,4	4,3	47,2	90,6	67,9	64,3	71,6
Honduras	7.205	28,5	206,9	6,0	43,4	2,2	3,5	46,4	75,6	68,6	66,5	70,7
Nicaragua	5.487	27,8	153,9	4,9	26,9	2,0	3,1	58,1	73,1	70,4	68,1	72,9
Panamá	3.232	21,6	70,1	5,0	16,3	1,7	2,6	57,8	57,1	75,2	72,7	77,9
Caribe Latino	33.678	19,8	670,0	8,5	287,3	0,9	2,5	65,4	55,5	68,8	66,5	71,1
Cuba	11.269	11,8	133,3	7,0	79,0	0,2	1,6	76,0	42,6	78,0	76,2	79,8
Guadalupe	448	14,8	6,6	6,2	2,8	0,7	2,0	99,8	53,6	78,9	75,5	82,1
Guayana Francesa	187	23,3	4,4	3,7	0,7	2,4	3,2	75,6	62,2	75,7	73,1	78,9
Haití	8.528	29,6	254,4	13,1	112,2	1,4	3,8	38,8	70,9	52,7	51,9	53,3
Martinica	396	13,1	5,2	7,4	2,9	0,4	1,9	96,2	52,0	79,1	75,9	82,0
Puerto Rico	3.955	14,0	55,4	8,2	32,6	0,6	1,9	97,5	52,3	76,5	72,2	80,8
República Dominicana	8.895	23,6	210,7	6,4	57,1	1,4	2,6	60,1	58,4	68,0	64,7	71,7
Área Andina	122.727	22,2	2.747,3	5,6	692,2	1,6	2,7	76,5	59,3	72,1	69,3	74,9
Bolivia	9.182	28,5	263,5	7,8	72,4	1,9	3,7	64,4	74,3	64,9	62,8	67,0
Colombia	45.600	21,1	966,8	5,4	248,7	1,5	2,5	77,4	56,5	72,9	69,9	75,9
Ecuador	13.228	22,1	294,3	5,0	66,9	1,4	2,7	62,8	61,8	74,7	71,8	77,7
Perú	27.968	22,4	630,0	6,0	169,3	1,5	2,7	74,6	60,0	70,7	68,1	73,3
Venezuela	26.749	22,0	592,7	5,0	134,9	1,7	2,6	88,1	56,9	73,4	70,5	76,4
Brasil	186.405	19,8	3.706,4	6,5	1.225,6	1,3	2,3	84,2	51,5	71,3	67,5	75,2
Cono Sur	64.663	18,1	1.175,1	6,9	446,3	1,1	2,3	86,9	56,9	75,5	72,1	78,9
Argentina	38.747	17,7	690,4	7,7	299,0	1,0	2,3	90,6	57,8	74,9	71,2	78,7
Chile	16.295	15,3	250,6	5,2	85,3	1,0	2,0	87,7	49,2	78,3	75,2	81,2
Paraguay	6.158	28,5	177,5	4,9	30,6	2,3	3,7	58,5	70,5	71,5	69,2	73,8
Uruguay	3.463	16,3	56,6	9,0	31,4	0,7	2,2	93,0	60,0	75,9	72,2	79,5
Caribe No-Latino	6.773	17,9	121,2	7,7	52,1	0,4	2,1	59,7	54,2	70,6	68,2	73,1
Anguila	13	14,3	0,2	5,4	0,1	1,8	1,7	100,0	43,0	77,1	74,2	80,1
Antigua y Barbuda	69	17,3	1,2	5,4	0,4	0,6	2,3	38,4	47,1	71,9	69,5	74,4
Antillas Neerlandesas	183	13,7	2,5	7,1	1,3	0,7	2,1	70,1	47,8	76,5	73,4	79,5
Aruba	72	11,3	0,8	6,6	0,5	0,5	1,8	44,7	46,6	79,1	75,8	82,7
Bahamas	323	18,9	6,1	6,9	2,2	1,3	2,2	90,0	52,8	71,1	67,9	74,3
Barbados	270	11,8	3,2	8,3	2,2	0,2	1,5	52,9	40,7	75,8	72,3	78,9
Dominica	69	15,7	1,1	6,8	0,5	-0,3	2,0	72,7	53,0	74,7	71,7	77,7
Granada	90	22,3	2,0	7,2	0,6	0,2	2,4	42,2	59,4	64,5	62,7	66,3
Guayana	751	20,2	15,1	8,7	6,5	0,1	2,2	38,5	52,7	64,4	61,3	67,4
Islas Caimán	44	12,9	0,6	4,8	0,2	2,6	1,9	100,0	41,3	80,0	77,3	82,6
Islas Turcas y Caicos	21	22,2	0,5	4,3	0,1	2,9	3,1	47,4	56,7	74,5	72,3	76,8
Islas Vírgenes (EUA)	112	13,8	1,5	6,2	0,7	0,0	2,2	94,1	53,3	79,0	75,1	82,9
Islas Vírgenes (RU)	23	14,9	0,3	4,4	0,1	2,0	1,7	65,4	35,4	76,5	75,4	77,6
Jamaica	2.651	19,6	51,9	7,7	20,4	0,4	2,4	52,2	63,3	70,9	69,2	72,7
Montserrat	9	17,6	0,2	7,2	0,1	1,0	1,8	13,8	52,5	78,7	76,5	81,0
Saint Kitts y Nevis	39	18,1	0,7	8,5	0,3	0,4	2,3	31,9	56,9	72,2	69,3	75,2
San Vicente y las Granadinas	119	20,1	2,4	6,7	0,8	0,5	2,2	60,5	55,7	71,6	68,8	74,4
Santa Lucía	161	18,8	3,0	6,9	1,1	0,8	2,2	31,3	56,3	72,8	71,3	74,3
Suriname	449	20,4	9,2	7,2	3,2	0,6	2,5	77,2	57,3	69,7	66,6	73,0
Trinidad y Tobago	1.305	14,3	18,7	8,3	10,8	0,3	1,6	76,2	40,6	70,0	67,4	72,7

indicadores socioeconómicos

	11T	11H	11M	12	13A	13B	14	15	16	17T	17U	17R	18T	18U	18R
	población alfabetizada (15+ años) (%) 2005			disponibilidad de calorías (Kcal/pc/día)	ingreso nacional bruto (US\$ per cápita) 2003		crecimiento medio anual del PBI (%)	población bajo la línea internacional de pobreza (%)	razón de ingreso 20% superior/ 20% inferior	población con acceso a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua (%) servicio de saneamiento (%)					
	total	hombres	mujeres	2002	valor corriente	valor ppa	2003	1995-02, uad	1998-02, uad	total	urbana	rural	total	urbana	rural
										2002	2002	2002	2002	2002	2002
Las Américas	93,7	94,2	93,2	3.194	15.864	18.479	2,0		16,5	93	97	81	84	91	65
América del Norte	99,5	99,5	99,5	3.756	36.561	36.994	3,0		8,2	100	100	100	100	100	100
Bermuda	98,5 ^a	98,0 ^a	99,0 ^a	2.225	35.590 ^b	22.410 ^b	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Canadá	99,0 ^a	99,0 ^a	99,0 ^a	3.589	24.470	30.040	2,0	...	5,8	100	100	99	100	100	99
Estados Unidos de América	99,5 ^a	99,5 ^a	99,5 ^a	3.774	37.870	37.750	3,1	...	8,4	100	100	100	100	100	100
América Latina y el Caribe	89,8	90,7	89,1	2.848	3.371	7.285	1,4		21,7	89	95	69	74	84	44
América Latina	90,2	91,0	89,4	2.861	3.376	7.318	1,4	10,1	21,8	89	96	69	74	84	44
México	92,6	94,3	90,9	3.145	6.230	8.980	1,3	9,9	19,3	91	97	72	77	90	39
Istmo Centroamericano	78,5	81,2	75,8	2.397	2.096	4.586	2,9	21,2	19,6	90	97	83	67	81	54
Belice	94,7	94,6	94,8	2.869	3.370	6.320	9,4	...	...	91	100	82	47	71	25
Costa Rica	96,2	96,1	96,3	2.876	4.300	9.140	6,5	2,0	12,3	97	100	92	92	89	97
El Salvador	81,1	83,6	78,8	2.584	2.340	4.910	1,8	31,1	19,8	82	91	68	63	78	40
Guatemala	71,8	79,1	64,6	2.219	1.910	4.090	2,1	16,0	24,4	95	99	92	61	72	52
Honduras	78,0	77,6	78,3	2.356	970	2.590	3,0	20,7	21,5	90	99	82	68	89	52
Nicaragua	68,1	67,8	68,4	2.298	740	3.180	2,3	45,1	8,8 ^e	81	93	65	66	78	51
Panamá	93,0	93,6	92,4	2.272	4.060	6.420	4,1	7,2	24,7	91	99	79	72	89	51
Caribe Latino	82,9	83,4	82,5	2.586	3.071	6.314	1,0			86	95	71	66	79	46
Cuba	97,3	97,4	97,2	3.152	...	...	...	...	...	91	95	78	98	99	95
Guadalupe	90,1 ^a	89,7 ^a	90,5 ^a	...	...	...	...	...	...	98	98	93	64	64	61
Guayana Francesa	83,0 ^a	83,6 ^a	82,3 ^a	...	...	...	...	...	...	84	88	71	78	85	57
Haití	54,8	56,5	53,2	2.086	400	1.730	0,4	...	...	71	91	59	34	52	23
Martinica	98,0	97,6	98,3	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Puerto Rico	94,6	94,3	94,9	...	10.950 ^f	16.210 ^f	5,6 ^f	...	...	...	...	...	...	...	...
República Dominicana	85,5	85,3	85,6	2.347	2.130	6.310	-0,4	2,0	10,5	93	98	85	57	67	43
Área Andina	92,5	94,0	91,1	2.520	2.185	5.132	0,8	13,3	19,4	86	92	70	72	81	46
Bolivia	88,3	93,8	83,0	2.235	900	2.490	2,5	14,4	12,3 ^e	85	95	68	45	58	23
Colombia	92,9	92,8	93,1	2.585	1.810	6.410	3,9	8,2	22,9	92	99	71	86	96	54
Ecuador	93,0	94,4	91,7	2.754	1.830	3.440	2,7	17,7	17,3 ^e	86	92	77	72	80	59
Perú	91,6	95,6	87,7	2.571	2.140	5.080	3,8	18,1	18,4	81	87	66	62	72	33
Venezuela	94,0	94,2	93,8	2.336	3.490	4.750	-9,4	14,3	17,9	83	85	70	68	71	48
Brasil	88,9	88,7	89,0	3.049	2.720	7.510	-0,2	8,2	26,4	89	96	58	75	83	35
Cono Sur	96,8	96,9	96,8	2.910	3.692	10.183	6,5	4,2	18,8	93	98	62	89	96	62
Argentina	97,2	97,2	97,3	2.992	3.810	11.410	8,8	3,3	18,1 ^f	...	97	...	...	...	...
Chile	96,5	96,6	96,4	2.863	4.360	9.810	3,3	2,0	18,7	95	100	59	92	96	64
Paraguay	94,4	95,2	93,6	2.565	1.110	4.690	2,6	16,4	27,8	83	100	62	78	94	58
Uruguay	98,0	97,5	98,4	2.828	3.820	7.980	2,5	2,0	10,4 ^f	98	98	93	94	95	85
Caribe No-Latino	93,5	92,2	94,8	2.716	4.699	6.755	4,3			92	95	88	87	94	76
Anguila	95,4 ^a	95,1 ^a	95,7 ^a	...	...	...	...	...	...	60	60	60	99	99	99
Antigua y Barbuda	88,5 ^a	90,0 ^a	88,0 ^a	2.349	9.160	9.730	3,2	...	...	91	95	89	95	98	94
Antillas Neerlandesas	96,9	96,9	97,0	2.554	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Aruba	97,0 ^a	97,4 ^a	96,6 ^a	...	...	...	...	...	...	100	100	100	...	...	...
Bahamas	95,8	95,0	96,7	2.755	14.920 ^a	16.140 ^a	0,7 ^a	...	...	97	98	86	100	100	100
Barbados	99,7	99,7	99,8	3.091	9.260	15.060	1,3	...	...	100	100	100	99	99	100
Dominica	...	...	...	2.763	3.330	5.020	-0,6	...	...	97	100	90	83	86	75
Granada	98,0 ^a	98,0 ^a	98,0 ^a	2.932	3.710	7.030	5,8	...	...	95	97	93	97	96	97
Guyana	99,0	99,2	98,7	2.692	900	3.980	-0,6	3,0	...	83	83	83	70	86	60
Islas Caimán	98,0 ^a	98,0 ^a	98,0 ^a	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Islas Turcas y Caicos	98,5 ^a	99,0 ^a	98,0 ^a	...	...	...	...	...	...	100	100	100	96	98	94
Islas Virgenes (EUA)	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Islas Virgenes (RU)	98,2 ^a	97,8 ^a	98,7 ^a	...	...	...	...	...	...	98	98	98	100	100	100
Jamaica	88,7	85,0	92,3	2.685	2.980	3.790	2,3	2,0	6,9 ^e	93	98	87	80	90	68
Montserrat	97,0 ^a	97,0 ^a	97,0 ^a	...	...	...	...	...	...	100	100	100	96	96	96
Saint Kitts y Nevis	97,3 ^a	97,1 ^a	97,5 ^a	2.609	6.630	10.740	0,0	...	...	99	99	99	96	96	96
San Vicente y las Granadinas	96,0 ^a	96,0 ^a	96,0 ^a	2.599	3.310	5.870	4,0	...	...	...	...	93	...	...	96
Santa Lucía	81,5 ^a	81,0 ^a	82,0 ^a	2.988	4.050	5.310	1,7	25,4	...	98	98	98	89	89	89
Suriname	93,0 ^a	95,1 ^a	91,0 ^a	2.652	2.280	...	5,1	...	...	92	98	73	93	99	76
Trinidad y Tabago	98,8	99,2	98,3	2.732	7.790	10.390	13,2	...	...	91	92	88	100	100	100

IB 11THM, IB 13 - IB 14: (a) valor 1998; (b) valor 1997; (c) valor 2001; (d) valor 2002.

IB 16: (e) estimado a partir del gasto; (f) dato urbano.

indicadores de mortalidad

	19		20		21	22		23	24			25	26	27	28	
	razón de mortalidad materna (100.000 nv)		tasa de mortalidad infantil (1.000 nv)		mortalidad en <5 años (1.000 nv)	defunciones registradas en <5 años por		año	tasa de mortalidad estimada por			accidentes de transporte terrestre (100.000 hab) (2000-2005)	causa mal definida e ignorada (%) (2003)	subregistro de mortalidad (%) (2000-05)		
	razón	(No.)	año	tasa	(No.)	año	2004		homicidio	suicidio	transporte					
	(%)	(No.)	(año)	(No.)	(año)	(No.)	(%)		(%)	(%)	(%)					
Las Américas	71,9			19,8			26,1	3,9	6,6			17,8	7,6	17,0	5,7	14,3
América del Norte	8,9			6,9			8,1	0,1	1,7			5,9	10,7	15,2	1,2	2,1
Bermuda	-		2002	-			2002	...	-	2000		3,3 ^b	7,4 ^b	12,3 ^b	0,4 ^d	...
Canadá	n/a	15	2002	5,4			2002	6,1	0,3	1,4	2002	1,5	11,8	9,6	1,4 ^e	4,3
Estados Unidos de América	8,9		2002	7,0			2002	8,3	0,1	1,7	2002	6,4	10,6	15,9	1,2 ^e	-
América Latina y el Caribe	94,5			24,8			33,1	5,5	8,5			25,1	5,6	18,1	8,4	15,1
América Latina	94,7			24,9			33,2	5,5	8,5			25,3	5,6	18,1	8,4	16,2
México	65,2		2003	19,7			2004	22,9	5,1	8,6	2003	11,1	4,1	16,1	2,1	0,8
Istmo Centroamericano	123,8			31,7			41,4	9,8	16,7			22,4	6,7	23,1	6,8	15,8
Belice	n/a	5	2004	14,3			2004	40,2	3,7	5,9	2001	22,6	7,5	31,8	4,4 ^f	-
Costa Rica	30,5		2004	9,3			2004	11,9	2,8	4,5	2003	6,2	6,5	17,1	0,9	7,1
El Salvador	173,0		1997-02	25,0			1997-02	...	10,6	17,0	2003	43,4	10,0	34,8	13,3	23,1
Guatemala	153,0		2000	39,0			1997-02	48,1	12,2	22,6	2003	23,1 ^b	1,9 ^b	...	6,4	14,3 ^b
Honduras	108,0		1997	34,0			1996-00	46,3	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	82,8		2003	35,0			2001	38,0	8,0	11,5	2002	12,3	12,7	16,5	3,3 ^e	40,4
Panamá	68,0		2003	15,2			2003	25,7	6,6	7,0	2003	13,7	6,7	17,5	8,5	18,0
Caribe Latino	257,4			43,8			57,9	6,6	5,8			12,3	8,5	17,7	10,7	20,5
Cuba	38,5		2004	5,8			2004	7,1	1,5	5,4	2003	7,0	18,1	16,4	0,7	1,7
Guadalupe	n/a	2	2001	6,7			2001	9,3	1,8	7,1	2001	1,4	8,7	23,7	7,4 ^f	-
Guayana Francesa	n/a	2	2001	14,6			2001	15,3	2,6	2,6	2001	...	...	...	21,9 ^f	-
Haití	523,0		2000	80,3			2000	106,2	13,2	8,7	2003	18,6	0,9	11,9	28,9	91,9
Martinica	n/a	1	2001	7,5			2001	8,7	-	-	2001	2,7	9,4	14,7	8,0 ^f	7,7
Puerto Rico	n/a	7	2003	9,8			2003	11,4	-	2,0	2002	18,7	7,2	14,7	1,1 ^e	11,3
República Dominicana	75,3		2004	35,4			2004	47,7	4,9	3,9	2001	11,1 ^b	3,3 ^b	27,0 ^b	10,3 ^f	49,5 ^b
Área Andina	115,0			25,6			37,8	6,2	10,7			45,0	5,3	21,2	6,0	21,7
Bolivia	230,0		1999-03	54,0			1999-03	67,6	6,5	10,7	2001	14,0 ^m	3,7 ^m	6,8 ^m	46,0 ^f	72,6 ^m
Colombia	84,4		2002	18,0			2002	30,9	4,3	9,2	2001	84,6	6,8	20,5	2,4 ^f	17,5
Ecuador	77,8		2003	22,3			2003	28,2	8,0	16,0	2003	15,7	4,7	17,8	12,5	13,4
Perú	185,0		1994-00	33,4			2000-05	49,5	4,7	14,8	2000	4,5 ^b	2,3 ^b	...	12,4 ^d	42,7 ^b
Venezuela	57,8		2003	18,5			2003	28,0	10,1	6,2	2002	32,4	5,9	25,3	0,8 ^e	13,0
Brasil	73,1		2002	25,1			2002	33,3	4,9	6,0	2002	31,0	4,8	20,0	13,7 ^e	16,0
Cono Sur	57,5			15,0			19,3	2,2	6,9			7,5	8,8	11,2	7,8	7,9
Argentina	43,6		2003	16,5			2003	16,7	1,5	6,6	2003	7,0	8,3	10,3	7,6	-
Chile	13,4		2003	7,8			2003	9,3	0,8	5,1	2002	5,3	10,0	13,2	3,0 ^e	3,6
Paraguay	174,1		2003	19,4			2003	43,6	7,0	11,1	2003	18,4	4,4	11,8	21,4	30,9
Uruguay	n/a	18	2003	15,0			2003	...	1,6	7,2	2001	5,2	15,9	11,1	7,3 ^f	-
Caribe No-Latino	87,6			18,7			28,9	5,2	3,8			6,0	5,4	12,5	3,3	11,5
Anguila	-		2004	-			2004	...	-	-	2001	-	-	12,5	7,7 ^f	...
Antigua y Barbuda	-		2004	22,0			2004	...	-	-	2000	4,8 ^c	0,6 ^c	...	13,4 ^d	...
Antillas Neerlandesas	...		...	12,6 ^o			2004	14,2	-	-	2000	...	...	...	3,8 ^d	...
Aruba	n/a	1	2004	n/a			2004	...	-	12,5	1995	...	...	...	4,8 ^a	...
Bahamas	n/a	2	2003	17,2			2003	...	1,5	7,4	2000	16,4 ^b	1,2 ^b	...	1,5 ^d	23,8 ^b
Barbados	n/a	2	2003	14,3			2003	...	-	-	2001	10,5	2,3	10,1	5,1 ^f	3,9
Dominica	-		2003	n/a			2003	...	-	5,9	2000	3,8 ^b	3,0 ^b	...	10,6 ^d	...
Granada	-		2002	19,6			2002	...	4,3	4,3	1996	1,6 ^b	1,1 ^b	...	2,8 ^h	...
Guyana	123,6		2003	17,5			2003	64,6	16,0	7,4	1996	5,8 ^b	11,2 ^b	...	2,4 ^h	31,2 ^b
Islas Caimán	-		2004	n/a			2004	...	-	-	2000	4,3 ^b	2,1 ^b	9,3 ^b	2,9 ^d	...
Islas Turcas y Caicos	-		2004	-			2004	...	-	-	2002	8,7 ^b	6,4 ^b	12,0 ^b	14,0 ^e	...
Islas Vírgenes (EUA)	-		2002	n/a			2002	10,3	-	-	2002	28,8	3,3	14,1	1,8 ^e	15,2
Islas Vírgenes (RU)	-		2004	n/a			2004	...	-	-	1998	10,5 ^b	2,6 ^b	7,9 ^b	3,5 ^k	...
Jamaica	95,0		2001-03	19,9			1998	20,3	...	...	...	0,2 ^c	0,1 ^c	...	...	...
Montserrat	-		2004	-			2004	...	...	...	...	5,6 ^c	0,0 ^c	...	...	...
Saint Kitts y Nevis	-		2004	n/a			2004	...	2,0	-	1997	13,0 ^b	4,9 ^b	9,8 ^b	5,6 ^l	...
San Vicente y las Granadinas	-		2004	17,3			2004	28,8	-	4,7	2000	11,0 ^b	6,0 ^b	...	3,1 ^d	...
Santa Lucía	n/a	4	2003	13,5			2003	18,8	-	3,8	2002	20,1	7,1	17,6	9,5 ^e	15,5
Suriname	n/a	14	2002	21,1			2002	29,4	...	...	...	3,0 ^c	11,5 ^c	...	...	...
Trinidad y Tabago	n/a	7	2001	18,5			2001	...	1,1	0,9	2000	10,5 ^b	12,6 ^b	...	1,8 ^d	...

IB 20: (a) tasa estimada de Naciones Unidas.
 IB 24 - IB 28: (b) valor 1995-2000; (c) valor 1990-1995; (d) valor 2000; (e) valor 2002; (f) valor 2001; (g) valor 1995; (h) valor 1996; (k) valor 1998; (l) valor 1997.
 IB 24 - IB 26, IB 28: (m) valor 2001; no incluido en valor subregional.

indicadores de mortalidad

	29Te	29Ta	29He	29Ha	29Me	29Ma	30Te	30Ta	30He	30Ha	30Me	30Ma	31Te	31Ta	31He	31Ha	31Me	31Ma
	tasas de mortalidad general (todas las causas)						tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles						tasas de mortalidad por neoplasias malignas					
	(100.000 hab) (2000-2005)						(100.000 hab) (2000-2005)						(100.000 hab) (2000-2005)					
	total		hombres		mujeres		total		hombres		mujeres		total		hombres		mujeres	
	estimada	ajustada	estimada	ajustada	estimada	ajustada	estimada	ajustada	estimada	ajustada	estimada	ajustada	estimada	ajustada	estimada	ajustada	estimada	ajustada
Las Américas	686,4	647,2	738,4	752,5	635,8	551,6	56,5	58,4	61,7	67,4	51,6	50,1	132,5	119,9	139,3	137,3	126,2	106,6
América del Norte	830,7	546,5	830,5	618,6	830,8	481,7	43,0	28,9	42,6	32,5	43,4	25,3	197,3	128,9	208,4	150,2	186,6	112,8
Bermuda ^a	762,8	575,6	855,2	718,6	676,9	459,0	53,3	43,5	66,6	57,2	41,0	31,3	215,3	162,3	247,3	206,4	185,5	130,2
Canadá	711,0	446,9	731,7	515,2	690,7	387,2	26,7	16,7	25,9	18,6	27,4	14,9	209,0	131,6	224,3	153,9	193,9	114,3
Estados Unidos de América	843,6	557,5	841,3	630,2	845,8	492,0	44,8	30,2	44,5	34,1	45,1	26,4	196,0	128,6	206,6	149,7	185,8	112,6
América Latina y el Caribe	599,6	700,7	683,2	832,9	517,8	580,7	64,9	78,0	73,4	91,0	56,7	66,1	92,4	107,3	96,7	120,9	88,5	96,7
América Latina	599,5	701,0	683,5	833,7	517,2	580,6	65,0	78,2	73,6	91,3	56,8	66,4	92,4	107,3	96,7	121,0	88,6	96,8
México	492,7	627,4	567,4	738,7	421,0	526,8	37,0	49,2	44,1	58,4	30,3	40,8	63,9	79,3	64,2	84,4	63,4	74,7
Istmo Centroamericano	541,8	703,2	610,8	809,0	473,3	603,3	107,4	123,9	116,8	137,9	98,2	111,0	64,8	92,4	59,9	91,1	70,7	95,8
Belice	570,3	830,3	668,4	968,3	469,8	689,2	66,8	90,3	81,9	111,9	51,4	68,6	61,7	98,8	62,2	101,5	61,2	96,5
Costa Rica	378,4	461,1	424,4	537,9	330,8	387,3	21,3	25,4	24,4	29,9	18,0	21,0	80,5	99,6	86,1	113,6	74,6	87,3
El Salvador	589,9	724,4	655,5	845,5	526,6	617,9	83,0	108,0	89,5	123,1	77,1	96,0	75,6	93,2	60,1	84,3	94,5	107,5
Guatemala ^a	629,7	800,0	732,0	935,3	529,8	671,9	199,9	211,6	216,2	230,3	183,9	193,7	48,0	79,5	43,0	73,4	52,9	85,4
Honduras	507,1	693,7	558,7	784,2	454,7	607,8	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	498,2	751,5	549,5	844,0	447,0	664,8	49,0	67,0	53,5	76,1	44,4	58,2	60,6	100,6	52,7	92,2	69,6	110,8
Panamá	503,4	587,4	572,5	676,0	432,9	499,2	57,5	63,6	70,5	79,4	44,0	47,4	85,6	101,6	92,8	112,1	78,5	91,1
Caribe Latino	821,1	866,8	894,1	978,2	748,9	763,2	142,8	156,6	160,9	181,1	126,2	134,7	119,3	122,0	133,3	143,3	105,4	103,8
Cuba	940,2	738,7	1.020,6	840,0	859,5	642,5	73,8	56,7	79,3	64,0	68,2	49,8	196,9	155,7	223,5	182,2	170,2	131,8
Guadalupe	647,0	533,7	722,7	657,3	576,2	426,2	42,3	35,7	47,8	44,5	37,0	28,1	148,3	120,0	173,1	153,4	124,9	93,4
Guayana Francesa	392,9	554,1	470,4	660,4	310,3	443,1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Haití	980,7	1.252,6	1.022,1	1.338,8	940,7	1.176,8	351,2	396,6	399,6	470,9	309,4	335,3	55,3	84,3	55,0	88,3	55,5	81,0
Martinica	702,6	489,8	783,1	603,3	630,4	397,4	52,3	36,2	56,1	43,2	48,9	30,6	164,8	112,5	203,8	149,7	129,5	84,3
Puerto Rico	737,2	537,9	864,9	688,9	618,9	408,9	69,6	52,6	81,9	67,6	58,2	39,4	122,8	86,5	147,8	111,2	99,7	67,3
República Dominicana ^a	552,9	794,1	625,7	893,9	478,0	692,0	70,8	101,3	82,7	116,3	58,4	86,2	70,0	100,4	74,0	110,7	66,4	91,0
Área Andina	560,6	705,6	628,6	812,9	492,8	604,9	65,4	85,4	72,4	96,7	58,4	74,9	82,6	107,7	77,6	110,6	89,1	106,7
Bolivia ^c	817,0	994,9	875,5	1.101,9	758,9	896,9	156,0	211,5	156,4	231,3	155,6	194,6	113,8	168,8	83,3	133,6	143,9	200,4
Colombia	538,1	682,4	608,6	801,1	469,3	576,0	37,8	49,7	41,6	56,5	34,2	44,0	79,9	109,2	73,5	114,8	89,4	108,5
Ecuador	438,2	529,4	494,7	612,4	381,3	449,6	57,0	66,2	64,1	75,9	49,8	57,0	63,3	80,4	60,6	81,4	66,0	79,9
Perú ^a	641,3	811,6	707,0	915,7	574,7	711,1	140,9	186,4	153,9	207,5	127,7	166,1	107,8	132,9	101,6	130,6	113,3	134,0
Venezuela	491,4	625,9	566,8	731,4	415,1	522,9	41,8	56,5	47,4	64,8	36,2	48,3	72,0	95,9	69,2	100,5	76,1	92,4
Brasil	625,5	725,8	735,2	881,4	518,6	583,5	60,4	72,4	70,1	86,3	51,0	59,5	95,7	109,8	104,7	127,1	87,0	96,0
Cono Sur	691,1	612,3	761,2	759,9	623,3	490,1	63,9	58,2	68,0	69,6	60,0	48,6	145,6	127,4	158,3	155,7	133,5	106,6
Argentina	771,7	631,0	854,2	791,8	692,7	499,2	75,3	60,9	79,4	73,2	71,4	50,8	155,4	127,3	171,9	157,8	139,5	104,6
Chile	516,8	508,5	570,0	623,2	464,6	411,7	40,3	39,8	44,0	48,4	36,7	32,3	124,0	120,9	127,5	140,2	120,7	107,2
Paraguay	503,6	727,4	537,5	819,8	469,1	643,0	60,1	88,3	65,0	100,1	55,0	77,4	87,4	125,5	85,3	137,3	90,2	116,0
Uruguay	918,8	613,7	1.014,0	780,7	829,3	479,2	53,2	37,8	57,8	47,0	49,0	29,9	235,4	158,9	278,5	210,7	195,1	120,5
Caribe No-Latino	609,8	671,1	655,6	765,9	565,5	586,3	52,1	55,8	58,8	66,4	45,5	46,2	91,6	102,9	98,2	117,9	85,1	91,0
Anguila	518,2	518,9	544,4	598,8	491,3	446,2	40,4	39,9	43,4	47,1	37,2	36,5	58,3	58,2	95,4	108,2	18,6	17,1
Antigua y Barbuda ^b	646,8	641,1	682,3	737,6	613,0	559,4	54,0	51,4	54,3	57,5	53,9	46,4	105,5	106,6	119,1	130,6	92,2	86,6
Antillas Neerlandesas	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Aruba	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahamas ^a	564,1	684,9	639,1	811,2	491,8	572,0	49,9	57,6	57,9	69,4	42,2	46,9	84,5	110,4	92,9	135,9	76,4	90,8
Barbados	776,7	605,5	770,8	717,5	782,2	524,1	84,1	67,0	93,8	85,8	74,9	52,0	165,0	125,8	171,6	156,6	158,8	108,9
Dominica ^a	800,7	813,4	832,7	973,2	768,4	682,6	56,4	56,7	61,5	75,3	51,4	42,1	151,5	160,0	193,7	234,5	109,5	103,3
Granada ^a	750,8	631,9	737,9	750,9	764,4	529,8	80,2	52,8	69,8	64,8	91,2	42,1	129,0	122,3	148,6	159,4	108,0	93,6
Guyana ^a	681,0	889,6	801,3	1.088,2	567,6	717,5	91,9	110,8	110,5	137,5	74,3	87,5	46,2	64,8	47,1	70,2	45,5	60,5
Islas Caimán ^a	333,3	371,5	359,4	432,7	308,5	321,9	26,2	29,6	20,9	26,3	31,2	32,3	73,9	83,9	94,1	116,9	54,6	57,8
Islas Turcas y Caicos ^a	401,7	436,1	401,4	446,6	402,0	422,7	69,5	72,3	78,5	82,3	60,0	60,5	41,7	45,5	47,6	54,7	35,4	37,6
Islas Virgenes (EU) ^a	558,2	468,6	666,0	591,4	460,0	364,4	27,4	23,6	30,6	28,3	24,6	19,5	114,4	90,4	142,0	117,7	89,1	68,8
Islas Virgenes (RU) ^a	445,0	488,0	531,8	568,5	353,3	400,4	34,5	37,0	46,7	48,1	21,7	25,5	92,9	102,2	116,8	123,5	67,8	77,2
Jamaica ^b	490,9	521,9	495,8	557,7	486,2	490,5	33,4	33,7	36,2	38,3	30,6	29,5	92,4	103,5	98,9	116,0	86,2	93,2
Montserrat ^b	1.099,2	736,0	1.019,1	771,5	1.178,9	699,8	99,1	62,8	83,1	60,0	115,3	62,7	144,9	100,4	135,9	98,8	153,7	103,7
Saint Kitts y Nevis ^a	1.933,9	1.767,1	2.072,1	2.083,8	1.800,4	1.496,4	246,6	221,7	250,2	249,0	243,2	198,7	180,9	182,4	175,5	180,9	186,2	187,3
San Vicente y las Granadinas ^a	690,8	819,0	701,5	908,0	680,3	741,5	53,5	62,8	53,1	69,2	53,8	57,5	105,7	131,5	108,0	149,9	103,4	120,2
Santa Lucía	582,0	617,0	624,8	689,2	540,5	549,6	41,4	42,0	40,8	43,6	42,0	40,0	104,4	112,5	115,8	130,8	93,1	96,8
Suriname ^b	508,6	681,8	562,4	774,1	454,8	595,3	64,8	80,3	69,7	90,1	59,8	71,1	57,6	82,6	57,3	88,2	58,0	77,7
Trinidad y Tabago ^a	743,3	822,2	825,7	953,1	661,9	701,7	49,0	52,7	60,0	66,9	38,0	39,4	99,5	109,4	105,9	123,8	93,1	97,8

indicadores de mortalidad

	32Te	32Ta	32He	32Ha	32Me	32Ma	33Te	33Ta	33He	33Ha	33Me	33Ma
	tasas de mortalidad por enfermedades circulatorias (100.000 hab.) (2000-2005)						tasas de mortalidad por causas externas (100.000 hab.) (2000-2005)					
	total		hombres		mujeres		total		hombres		mujeres	
	estimada	ajustada	estimada	ajustada	estimada	ajustada	estimada	ajustada	estimada	ajustada	estimada	ajustada
Las Américas	230,9	201,2	228,8	222,3	233,2	182,6	66,5	64,4	103,9	100,7	29,2	28,6
América del Norte	320,8	196,3	305,1	215,6	335,9	178,6	54,1	46,7	75,7	67,5	33,1	26,5
Bermuda ^a	304,0	222,2	332,1	276,5	277,9	177,6	36,1	30,6	57,1	49,1	16,6	13,1
Canadá	246,4	143,9	246,6	164,7	246,2	125,7	43,4	35,1	58,1	49,3	28,9	21,0
Estados Unidos de América	328,8	202,2	311,5	221,4	345,6	184,4	55,2	48,0	77,6	69,5	33,5	27,1
América Latina y el Caribe	175,1	203,1	181,6	227,7	169,2	182,1	74,1	75,5	121,3	122,8	26,7	29,2
América Latina	174,3	202,4	180,9	227,0	168,4	181,3	74,6	76,0	122,0	123,5	26,8	29,4
México	114,0	143,8	117,4	156,7	110,3	132,2	56,4	63,8	92,8	104,2	22,3	27,0
Istmo Centroamericano	115,8	169,2	115,7	178,9	117,1	161,3	76,2	84,4	122,5	135,6	28,1	32,7
Belice	195,1	317,5	207,1	339,2	182,7	295,5	95,3	112,1	150,4	180,1	38,8	41,9
Costa Rica	116,8	147,1	124,9	167,2	108,4	128,4	45,5	48,0	70,5	74,6	19,5	21,0
El Salvador	133,5	169,0	121,8	176,8	149,2	165,1	105,0	105,3	165,8	160,9	38,6	45,6
Guatemala ^a	87,0	148,0	89,0	154,8	85,1	141,7	78,9	95,8	133,6	165,3	25,5	30,3
Honduras	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Nicaragua	131,0	230,9	127,3	235,4	136,0	228,9	69,3	85,0	105,6	131,2	30,9	38,1
Panamá	144,2	174,4	154,3	188,5	134,3	161,0	56,6	57,0	91,2	94,0	20,1	20,0
Caribe Latino	263,9	261,7	264,3	277,0	262,6	247,9	68,2	66,1	98,9	94,5	37,6	37,8
Cuba	360,6	271,1	373,7	296,9	347,4	246,7	79,4	66,9	102,6	89,7	56,2	44,1
Guadalupe	207,5	161,5	204,5	179,5	210,5	145,8	75,6	68,8	114,5	108,3	39,3	32,7
Guayana Francesa	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Haití	227,9	350,6	196,2	316,6	253,9	377,9	59,3	58,5	86,7	84,8	33,8	34,9
Martinica	234,2	152,7	221,6	162,7	245,8	144,4	55,7	47,5	87,4	78,2	27,2	20,6
Puerto Rico	219,6	147,7	240,0	178,4	200,8	122,6	59,3	54,5	104,2	97,5	17,6	15,0
República Dominicana ^a	190,5	282,1	196,3	295,6	186,1	269,6	66,1	72,6	103,0	106,0	25,6	35,0
Área Andina	137,7	189,8	137,7	205,9	140,0	176,1	99,7	93,2	159,8	148,9	33,6	35,9
Bolivia ^c	172,6	269,2	149,8	258,0	195,1	277,6	135,9	152,0	188,6	219,0	83,7	89,4
Colombia	150,2	216,2	144,3	235,8	161,3	201,8	132,4	112,7	215,9	183,4	37,5	38,4
Ecuador	117,3	150,6	121,7	164,2	112,9	137,8	61,8	65,1	99,1	105,4	24,1	25,4
Perú ^a	114,5	140,9	115,8	149,4	112,7	132,8	65,8	72,8	98,0	107,5	34,5	39,6
Venezuela	149,5	211,0	156,7	232,4	143,7	190,9	96,7	93,1	157,6	152,5	30,9	33,0
Brasil	204,1	233,1	217,6	264,5	191,0	206,3	79,2	82,5	134,6	138,2	24,6	27,4
Cono Sur	232,6	194,2	242,2	235,5	223,4	161,0	51,9	49,8	81,3	79,5	23,3	21,6
Argentina	271,1	208,5	286,1	257,9	256,7	168,8	52,0	49,3	80,4	78,1	24,8	22,2
Chile	149,1	143,9	153,5	169,8	144,8	123,0	48,5	47,1	79,3	78,6	18,4	17,3
Paraguay	147,8	229,2	147,7	248,2	148,7	214,2	57,0	58,5	89,0	89,7	22,3	25,3
Uruguay	335,0	203,8	334,8	243,2	335,1	172,1	58,1	51,0	87,4	79,9	30,6	24,3
Caribe No-Latino	238,0	263,2	235,5	283,0	240,5	245,3	36,0	37,0	56,7	58,9	16,0	16,2
Anguila	246,7	246,0	182,2	204,3	316,3	283,1	29,3	27,4	41,2	37,2	16,9	15,0
Antigua y Barbuda ^b	266,3	257,7	247,3	268,9	285,6	249,4	31,4	30,9	46,5	46,5	17,1	16,7
Antillas Neerlandesas	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Aruba	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Bahamas ^a	154,7	207,0	154,6	225,4	154,7	190,8	52,4	52,6	85,5	85,9	20,6	21,3
Barbados	270,5	198,1	248,2	226,5	291,4	176,9	29,3	25,6	49,0	43,8	10,9	9,6
Dominica ^a	303,6	293,8	257,7	298,2	349,2	289,1	44,5	43,9	68,9	68,4	19,8	19,8
Granada ^a	308,5	229,7	260,0	243,0	360,0	219,4	38,6	39,4	60,4	67,4	15,6	12,5
Guyana ^a	241,4	357,6	264,0	418,2	220,2	306,4	74,9	81,2	119,2	131,8	33,0	35,8
Islas Caimán ^a	130,2	147,0	132,4	166,3	128,2	131,8	35,3	32,6	55,1	52,3	16,4	14,7
Islas Turcas y Caicos ^a	141,8	156,1	127,2	147,7	157,2	164,0	50,1	50,8	63,3	66,4	36,1	34,0
Islas Vírgenes (EUA)	223,5	177,7	241,3	203,6	207,4	155,5	60,8	60,5	104,3	106,4	21,2	19,7
Islas Vírgenes (RU) ^a	176,5	192,5	181,7	194,4	170,8	190,0	40,2	41,9	68,2	69,5	10,7	11,7
Jamaica ^b	214,9	224,9	202,4	227,9	226,8	221,9	6,7	7,0	10,3	11,1	3,2	3,3
Montserrat ^b	465,1	282,7	419,0	292,2	511,1	274,2	45,0	34,9	56,4	47,6	33,7	22,6
Saint Kitts y Nevis ^a	742,4	636,8	748,7	725,3	736,3	564,8	123,1	121,8	201,1	211,6	47,8	40,1
San Vicente y las Granadinas ^a	246,8	292,6	213,5	287,2	279,6	295,6	47,8	53,3	76,0	85,7	19,9	21,6
Santa Lucía	182,2	190,9	172,5	193,4	191,8	187,7	60,2	60,2	98,8	99,0	22,8	23,2
Suriname ^b	178,0	265,6	184,5	284,3	171,6	248,6	58,8	64,7	85,8	94,9	31,9	35,7
Trinidad y Tobago ^a	294,5	326,1	305,4	358,8	283,7	296,1	49,3	48,8	76,7	76,6	22,2	21,9

IB 29 - IB 33: (a) valor 1995-2000; (b) valor 1990-1995.

IB 30 - IB 33: (c) valor 2001; no incluido en el valor subregional.

indicadores de morbilidad

	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
	índice	casos	tasa de incidencia	de tuberculosis	casos	población	IPA	casos	casos	tasa de	razón	prevalencia
	CPD	de sarampión	(100.000 hab)	de tuberculosis	reportados	en riesgo	malárico	reportados	reportados	incidencia	hombre:mujer	de bajo peso
	1995-03, uad	2004	2003		2004	2004	2004	2004	2004	(1.000.000 hab)	2003	2000-04, uad
			total	BK+								
Las Américas	2,4	108	26,3	14,5	36	4,6	10,7	872.010	269.832	129,0	3,5	8,5
América del Norte	1,5	44	5,0 ^d	1,8 ^d	8	-	-	1.013	40	136,0	2,9	7,6
Bermuda	...	-	-	-	-	-	-	...	-	171,9	2,7	...
Canadá	2,1 ^a	7 ^b	4,6	1,9	3 ^b	-	-	364 ^{e,b}	- ^e	7,9	2,9	5,7
Estados Unidos de América	1,4	37 ^c	5,1	1,8	5 ^b	-	-	649 ^b	40 ^{e,b}	149,9	...	7,8
América Latina y el Caribe	2,8	64	38,7	22,0	28	7,3	16,9	870.997	269.792	122,9	3,5	8,8
América Latina	2,8	64	39,0	22,2	28	7,3	16,8	833.947	268.234	120,9	3,6	8,8
México	2,0	64	16,4	12,4	-	2,2	1,4	3.406	8.202	157,7 ^d	5,1 ^f	10,9
Istmo Centroamericano	3,7	-	30,3	18,8	-	12,6	8,6	60.327	50.524	103,8	2,6	10,0
Belize	0,6	-	38,2	23,9	-	50,0	8,0	1.057	2	393,8	1,4	4,4
Costa Rica	2,5	-	12,6	8,3	-	5,4	5,0	1.289	9.408	23,2 ^d	6,9 ^d	6,4
El Salvador	1,4	-	20,8	13,1	-	0,1 ^e	1,1 ^e	85 ^e	13.344	107,3	2,5	8,0
Guatemala	5,2	-	22,0	15,0	-	25,6 ^e	9,6 ^e	31.127 ^e	6.352	106,5	1,8	12,0
Honduras	4,0	-	45,0	28,4	-	10,5	13,0	14.813	19.971	144,9 ^d	1,1 ^d	...
Nicaragua	2,8	-	43,3	26,7	-	6,2	10,5	6.861	1.035	19,9	3,2	8,7
Panamá	3,6	-	50,8	25,3	-	10,3	13,0	5.095	412	220,6	3,1	10,2
Caribe Latino	2,5	-	60,2	32,7	-	16,5	1,9	16.237	11.587	191,2	3,4	9,2
Cuba	1,6	-	7,5	4,6	-	-	-	26 ^b	-	23,7	5,2	5,5
Guadalupe	...	...	8,1	...	-	-	-	7 ^b	529	108,8	...	10,1
Guayana Francesa	...	-	10,2	...	-	10,4	109,8	3.037	3.147	275,3	...	11,1
Haití	1,0	-	169,0	84,7	-	59,1 ^f	2,0 ^f	10.802	1.161 ^d	517,2 ^g	...	...
Martinica	...	...	3,7	...	-	-	-	10 ^b	986	61,2	...	10,4
Puerto Rico	3,8	-	2,9	1,6	-	-	-	-	3.288	272,4	...	11,5
República Dominicana	4,4	-	54,3	32,5	-	5,5	3,0	2.355	2.476	63,0 ^d	1,2 ^d	10,8
Área Andina	2,7	-	55,4	34,6	7	10,4	28,5	293.774	81.545	30,3	5,3	8,0
Bolivia	4,6	-	111,3	71,8	-	9,9	16,4	14.910	7.390	6,0	3,1	...
Colombia	2,3	-	26,3	18,0	2	9,5	26,2	116.872	27.523	13,2 ^h	6,2 ^h	7,6
Ecuador	2,9	-	50,1	34,9	5	19,0	12,0	29.595	6.165	62,2	2,1	...
Perú	2,9	-	115,1	68,1	-	15,4 ^f	21,0 ^d	85.742 ^d	9.774	40,1	2,7	...
Venezuela	2,1	-	26,1	15,0	-	2,7	52,4	46.655	30.693	41,9 ^d	8,9 ^d	8,7
Brasil	3,1	-	44,2	22,0	21	6,9 ^e	28,0 ^a	459.333	112.928	177,8	1,6	8,1
Cono Sur	3,4	-	25,0	12,3	-	3,2	0,3	870	3.448	41,7	4,0	7,1
Argentina	...	-	28,2	13,1	-	0,6	0,5	115	3.284	43,1	3,0	8,0
Chile	3,4	-	14,0	8,0	-	-	-	7 ^b	-	37,6	7,3	5,6
Paraguay	3,8	-	37,0	19,8	-	29,7	0,4	694	164	28,1	2,8	6,0
Uruguay	2,5	-	18,8	9,9	-	-	-	54 ^b	-	68,8	2,3	...
Caribe No-Latino	1,3	-	16,3	7,7	-	2,8	42,2	37.050	1.558	465,8	1,4	10,5
Anguila	...	-	-	-	-	-	-	- ^e	-	76,9	- ^k	8,5
Antigua y Barbuda	...	-	1,5	1,5	-	-	-	- ^e	-	132,4	1,3	7,8
Antillas Neerlandesas	...	...	3,9 ^d	3,9 ^d	-	-	-	...	...	...	...	...
Aruba	...	...	16,9	5,6	-	-	-	...	214	- ^d	- ^d	...
Bahamas	1,3	-	12,1	9,2	-	-	-	2 ^b	1	938,7 ^d	1,6 ^d	11,2
Barbados	0,8	-	1,9 ^d	1,9 ^d	-	-	-	5 ^{f,b}	349	507,5	1,2	11,0
Dominica	2,0	-	2,9 ^d	2,9 ^d	-	-	-	- ^e	4	42,9	2,0	10,5
Granada	2,7	-	2,2	...	-	-	-	- ^f	7	247,2	1,2	8,0
Guyana	1,3	-	84,2	32,6	-	18,4	209,0	28.866 ^f	33 ^e	1.017,4	0,9	11,9
Islas Caimán	0,9	-	-	-	-	-	-	- ^f	-	71,4	-	7,7
Islas Turcas y Caicos	0,9	-	31,6	31,6	-	-	-	- ^f	1	105,3	...	...
Islas Virgenes (EUA)	...	...	-^d	- ^d	-	-	-	- ^e	...	303,6	...	11,8
Islas Virgenes (RU)	...	...	-	-	-	-	-	-	-	181,8	1,0	...
Jamaica	1,1	-	4,6	3,1	-	-	-	140 ^b	9	407,3	1,3	10,0
Montserrat	9,5	-	11,1	11,1	-	-	-	- ^e	-	333,3	0,5	2,0 ^k
Saint Kitts y Nevis	2,6	-	2,6	...	-	-	-	- ^e	4	51,3 ^d	1,5 ^h	...
San Vicente y las Granadinas	...	-	11,9	...	-	-	-	- ^e	4	686,4	2,1	...
Santa Lucía	6,0	-	8,9	5,1	-	-	-	1 ^{e,b}	11	196,2	1,6	10,0
Suriname	1,9	-	21,4	7,9	-	11,5 ^e	287,0 ^a	8.021	375	594,6	1,3	11,4
Trinidad y Tobago	0,6	-	11,3	5,9	-	-	-	15 ^b	546	246,0	1,7	...

IB 34, IB 35, IB 38, IB 41, IB 42: (a) se refiere a Quebec; (b) casos importados; (c) 23 casos importados.
 IB 36, IB 37, IB 39, IB 40 - IB 45: (d) valor 2002; (e) valor 2003; (f) valor 2001; (g) valor 1997; (h) valor 1999; (k) 1 evento.

indicadores de recursos, acceso y cobertura

	46	47	48	49	50A	50B	51	52	53	54	55	56	57	
	recursos humanos por 10.000 hab			camas hospitalarias por 1.000 hab	gasto nacional en salud como % del PBI		atención de salud por personal capacitado (%)			cobertura de inmunización en niños menores de 1 año (%)				uso de anticonceptivos (mujeres, todo método) (%)
	médicos	enfermeras	dentistas		gasto público	gasto privado	prenatal	del parto	año	2004				1996-04, uad
	c2001	c2001	c2001	2004	2002	2002				DTP3	VOP3	BCG	SRP ^m	
Las Américas	19,8	34,1	5,6	2,5			79,4	91,3		93	93	96	93	68
América del Norte	22,1	78,0	5,4	3,3			96,7	99,4		96	92	n/a	93	76
Bermuda	17,7	89,6	4,2	5,6 ^d	4,3 ^{q,t}	5,2 ^{r,w}	99,0	99,0	2002	95	95 ^o	n/a	98	...
Canadá	18,9	73,4	5,7	3,6 ^h	6,9 ^{q,a}	2,7 ^{l,a}	100,0 ^b	99,0	2002-03	91 ^d	88 ^{o,a,n}	n/a	95 ^{o,n}	75
Estados Unidos de América	22,5	78,5	5,4	3,3 ^a	6,3 ^{q,a}	6,0 ^{l,a}	96,4	99,4	2002	96	92 ^o	n/a	93	76
América Latina y el Caribe	18,3	8,2	5,8	1,9			72,5	87,9		92	93	96	93	65
América Latina	18,5	8,1	5,8	1,9			72,6	88,1		92	93	96	93	65
México	15,6	10,8	1,0	1,0 ^a	2,8 ^{q,t}	3,2 ^{a,w}	95,8 ^b	91,5	2003	98	98	99	96	46
Istmo Centroamericano	11,4	5,1	2,8	0,9			79,9	63,6		91	91	95	92	54
Belize	10,2	12,3	1,3	1,3	4,1 ^{q,k}	1,4 ^{l,k}	98,0 ^b	87,8	2004	95	95	99	95	56
Costa Rica	11,5	7,1	3,3	1,4 ^a	4,9 ^{q,a}	3,4 ^{u,a}	82,0	97,5	2002	90	90	90	88	96
El Salvador	12,6	8,1	5,5	0,7	2,0 ^{q,a}	3,8 ^{u,a}	45,8	83,7	2004	90	90	94	93	67
Guatemala	9,5	3,6	1,6	0,5 ^a	1,4 ^{q,a}	4,8 ^{l,b}	84,3	41,4	2002	95	95	98	95	43
Honduras	8,7	3,2	2,2	1,0 ^b	2,0 ^{l,d}	2,6 ^{l,b}	85,3	62,0	2001	89	90	93	92	41
Nicaragua	16,4	1,4	2,9	0,9	3,8 ^{l,d}	3,9 ^l	86,2 ^d	75,2	2003	79	80	88	84	69
Panamá	13,8	11,2	2,8	1,8	4,2 ^{q,d}	2,0 ^{l,b}	99,2	92,5	2003	99	99	99	99	10 ^p
Caribe Latino	28,4	31,5	5,5	2,9			91,2	70,5		75	73	75	68	57
Cuba	60,4	71,4	8,9	4,9	...	...	100,0	99,9	2004	89	99	99	99	77
Guadalupe	13,8	29,9	3,1	3,7 ^b	...	...	100,0	100,0	2003	...	...	...	...	...
Guayana Francesa	13,9	86,0	3,0	3,3 ^b	...	...	100,0	100,0	2003	...	...	...	...	...
Haití	2,5	1,1	0,1	0,8 ^c	...	4,2 ^{l,b}	78,8	24,2	2000	62	61	43	57	28
Martinica	19,7	56,8	3,1	4,3 ^b	...	...	100,0	100,0	2003	...	...	...	...	...
Puerto Rico	17,5	42,5	2,5	3,2 ^b	...	...	98,9	99,8	2003	...	...	...	...	78
República Dominicana	19,0	3,0	8,0	2,2	1,9 ^q	2,9 ^{l,b}	98,0	97,8	2002	81	70	97	61	51
Área Andina	14,1	6,6	4,6	1,1			74,8	84,3		88	88	93	89	67
Bolivia	7,6	3,2	1,2	1,0	4,3 ^l	2,9 ^l	79,0	60,8	99-03	84	84	86	90	58
Colombia	12,7	6,1	7,8	1,2	4,0 ^l	2,6 ^l	90,8 ^c	94,5	2002	89	89	92	92 ^a	77
Ecuador	16,4	5,3	1,7	1,4 ^a	2,1 ^l	2,9 ^l	83,0 ^b	69,0	1999	90	93	99	99	66
Perú	11,7	8,0	1,1	1,1	2,1 ^{q,a}	2,0 ^{l,b}	91,2	71,1	2004	91	91	91	90	69
Venezuela	20,0	7,9	5,7	0,9 ^{q,p}	1,4 ^q	2,7 ^{l,b}	25,5 ^l	99,7	2002	85	82	96	78	51
Brasil	20,6	5,2	9,5	2,6 ^b	3,6 ^{l,a}	3,6 ^{l,a}	49,1 ^b	96,7	2000	96	98	99	99	77
Cono Sur	24,8	4,6	7,4	3,3			81,3	97,3		91	94	97	94	66
Argentina	32,1 ^e	3,8 ^e	9,3 ^e	4,1 ^c	5,0 ^l	3,9 ^l	83,9 ^q	99,1	2003	90	96	99	95	75
Chile	11,5	6,6	4,5	2,5 ^d	2,6 ^{q,a}	3,8 ^{l,a}	76,1	99,8	2003	94	94	96	95	61
Paraguay	5,6	2,2	0,8	1,2 ^b	2,9 ^{l,d}	4,1 ^{l,c}	74,2	85,9	2003	88	88	92	89	58
Uruguay	39,0	8,7	12,4	1,9 ^a	2,0 ^{q,d}	10,4 ^{l,b}	94,0	99,4	2002	95	95	99	95	...
Caribe No-Latino	8,3	21,8	1,0	2,8			81,5	96,1		85	82	88	86	64
Anguila	9,0	31,3	1,3	2,8	3,3 ^{q,c}	2,5 ^{l,c}	100,0	100,0	2004	99	99	99	99	43
Antigua y Barbuda	10,5	33,2	2,2	2,4	3,2 ^{q,c}	0,7 ^{l,c}	100,0	100,0	2004	97	97	n/a	97	...
Antillas Neerlandesas	14,0	29,4	3,3	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Aruba	12,8	...	2,2	3,2 ^a	...	...	100,0	96,0	2002	...	...	...	...	...
Bahamas	16,7	23,8	2,5	3,4 ^a	...	...	94,0 ^p	99,0	2003	93	92	n/a	89	...
Barbados	13,7	51,2	1,9	7,3 ^a	6,7 ^{q,h}	1,9 ^{l,h}	100,0	100,0	2003	93	93	n/a	98	...
Dominica	4,9	41,6	0,6	3,9 ^a	4,4 ^{q,c}	2,2 ^{l,c}	100,0	100,0	2003	99	99	99	99	50
Granada	8,1	19,5	1,1	5,7	3,1 ^{q,c}	3,2 ^{l,c}	99,0	100,0	2003	83	84	n/a	74	54
Guyana	2,6	8,6	0,4	2,9 ^d	2,1 ^{l,c}	...	90,0	94,0	2003	91	91	94	88	...
Islas Caimán	21,5	53,0	3,9	3,1	...	...	98,5	100,0	2004	92 ^o	92 ^{o,a}	75 ^o	83 ^o	...
Islas Turcas y Caicos	7,3	19,3	0,7	1,4	...	...	100,0	100,0	2004	94	94	92 ^o	99	90
Islas Vírgenes (EUA)	14,7	...	...	...	...	...	89,5	98,3	2002	...	...	...	...	...
Islas Vírgenes (RU)	11,5	33,0	2,0	1,9	1,7 ^{q,l}	...	100,0	100,0	2004	99 ^o	99 ^o	99 ^o	99 ^o	...
Jamaica	8,5	16,5	0,8	1,8	1,7 ^{q,k}	4,4 ^{u,b}	70,1 ^d	95,0	2002	77	71	85	80	68
Montserrat	1,8	29,1	0,9	3,3	7,7 ^{q,c}	1,1 ^l	100,0	98,0	2004	91 ^o	91 ^o	99 ^o	99 ^o	...
Saint Kitts y Nevis	11,7	49,8	2,0	6,0	2,5 ^{q,c}	2,2 ^l	100,0	100,0	2004	96	96	89	98	...
San Vicente y las Granadinas	6,9	19,8	1,4	4,5	3,9 ^{q,c}	0,6 ^l	99,0	100,0	2004	99	99	99	99	...
Santa Lucía	5,8	22,6	0,9	2,9 ^{q,p}	3,4 ^{q,c}	1,3 ^{l,b}	47,8 ^c	99,0	2003	91	91	99	95	...
Suriname	5,0	22,8	0,8	3,1	1,4 ^{q,l}	...	90,0	90,0	2002	85	84	n/a	86	42
Trinidad y Tabago	7,5	28,7	0,9	3,3 ^a	2,1 ^{q,l}	2,8 ^{l,b}	90,4 ^d	99,5	2001	94	94	n/a	95	...

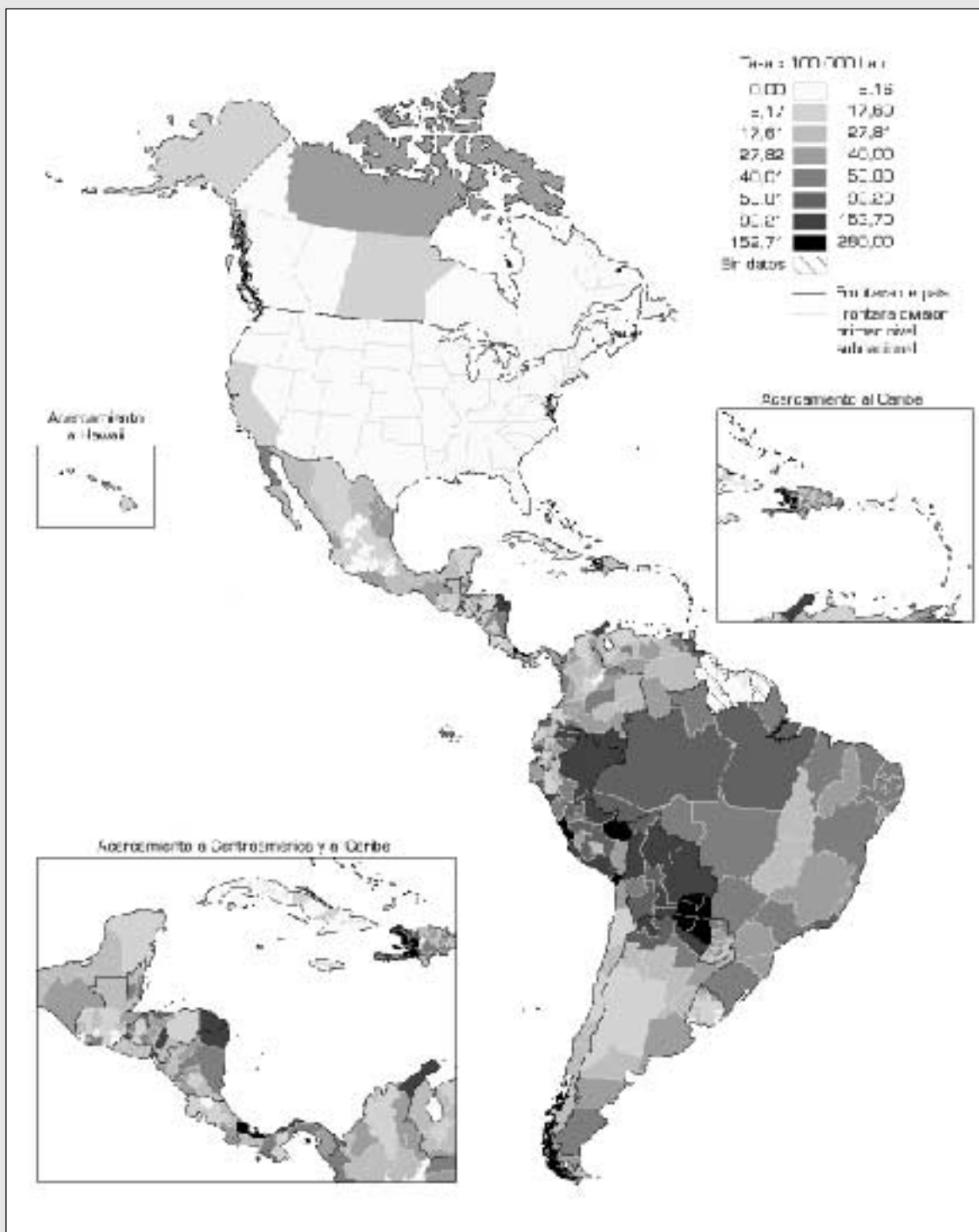
IB 49 - IB 56: (a) valor 2003; (b) valor 2002; (c) valor 2000; (d) valor 2001; (e) valor 2004; (f) valor 1999; (g) valor 1999; (h) valor 2002-03;

(k) valor 2001-02; (l) valor 2000-01; (m) de 1 año de edad; (n) de 2 años de edad; (o) VIP; (p) sector público.

IB 50A, 50B: (q) salud, definida según Clasificación de las Funciones del Gobierno (CFG) del gasto por propósito; (r) salud, definida por el país o autor, puede referirse a presupuesto-programado, gasto institucional;

(s) salud y asistencia social, como definido por el país; (t) salud y cuidados médicos, excluyendo seguro de salud; (u) salud y cuidados personales; (v) salud sin detalle; (w) estimado de estudios nacionales por el Ministerio de Salud.

Tasa de incidencia notificada de tuberculosis, todas las formas, 2003



Tasas de incidencia notificada de tuberculosis, todas las formas, 2003, en el primer nivel subregional (estados, provincias, departamentos) para 478 estados de 28 países y además para 7 regiones de salud en Costa Rica. Se obtuvieron 19 reportes a nivel nacional, principalmente de los países del Caribe.

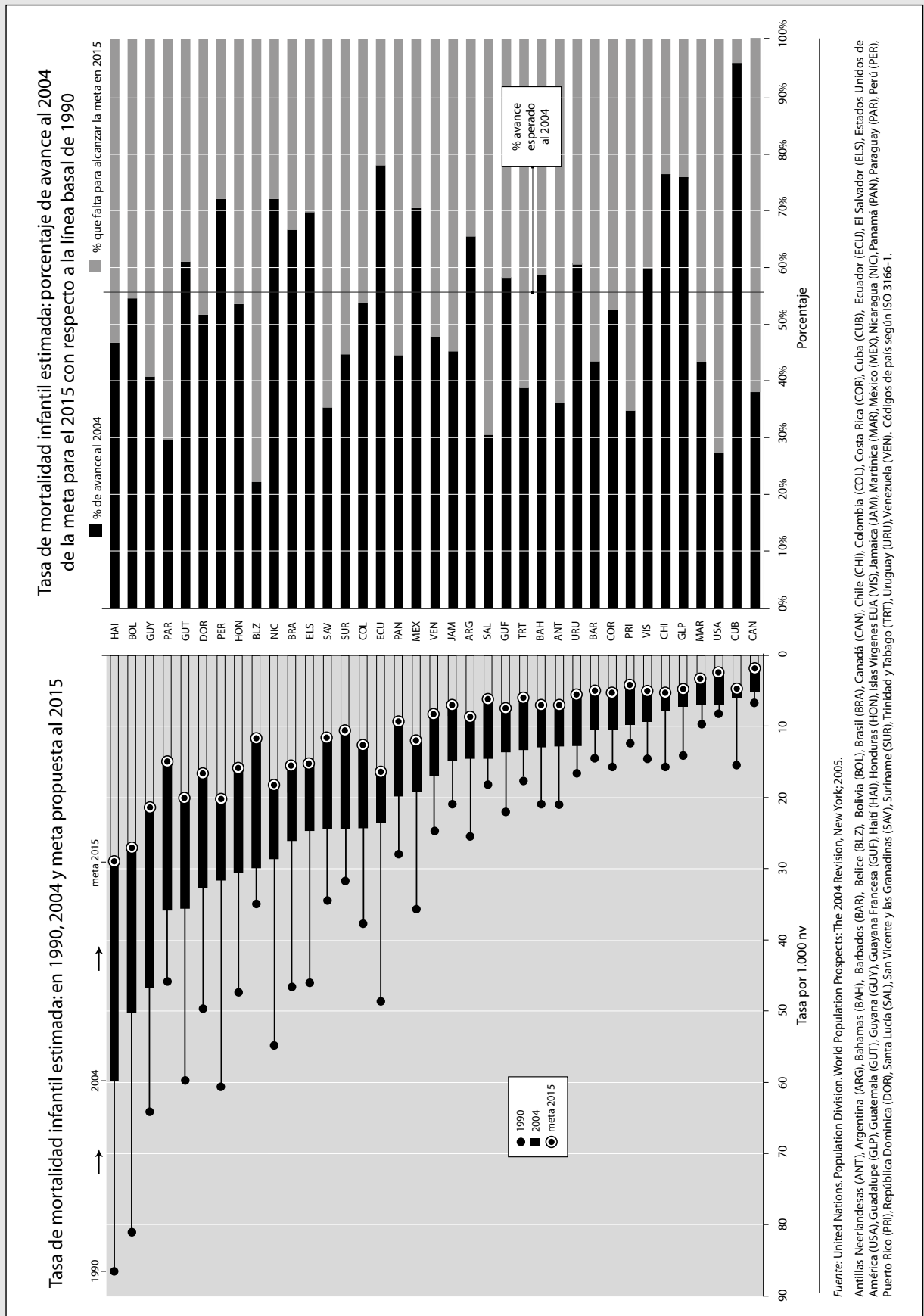
Las unidades geográficas se clasificaron en 8 grupos de acuerdo al método de "Cortes Naturales", el cual, identifica conglomerados de unidades geográficas con datos semejantes. Establece los puntos de corte para distinguir las clases, minimizando las diferencias en los valores de cada grupo y maximizándolas entre grupos, siguiendo el método de Jenk.

Fuentes: Programas Nacionales de Control de la Tuberculosis (PNT), 2003. Compilación de datos: OPS/OMS. Prevención y Control de Enfermedades/Enfermedades Transmisibles (DPC/CD); Diseño y elaboración del mapa: Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (AIS). Método de Jenk: Brewer CA, Pickle L. Evaluation of Methods for Classifying Epidemiological Data on Choropleth Maps in Series. *Annals of the Association of American Geographers* 2002; 92(4):662-681.

Objetivos de Desarrollo del Milenio

Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años

Meta 5: Reducir en dos terceras partes, entre 1995 y 2015, la mortalidad de niños menores de 5 años



notas técnicas y fuentes

Notas técnicas:

- Los indicadores básicos 11T, 15, 17TUR, 18TUR, 19, 20, 21, 36, 41, 52, 56 y 57 constituyen la base para el monitoreo del avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- IB 1: Naciones Unidas (países de cien mil habitantes y más); Oficina de Censo de los Estados Unidos (países menores de cien mil habitantes). Ambos organismos se encuentran revisando las proyecciones de población a la luz de los datos de la última ronda censal.
- IB 2 a 10: Interpolación lineal de indicadores publicados por Naciones Unidas (países de cien mil habitantes y más).
- La razón de dependencia (IB 9) expresa el número promedio de personas teóricamente dependientes (menores de 15 años y mayores de 64 años de edad) por cada 100 personas teóricamente productivas (de 15 a 64 años de edad).
- Para población con acceso a fuentes mejoradas de abastamiento de agua (IB 17TUR) y servicios de saneamiento (18TUR) se utiliza una fuente diferente a ediciones anteriores.
- La tasa de mortalidad infantil (TMI) y la razón de mortalidad materna (RMM) (IB 19, 20) son registradas o estimadas por el país. Se presentan cuando el error estándar relativo es menor de 23%; de no ser así, se presenta el número de defunciones. Un aumento en los valores de la TMI o RMM puede reflejar una mejoría en la cobertura y calidad de la información.
- La proporción de defunciones registradas por EDA y por IRA en menores de 5 años (IB 22 y 23) tiene como denominador el total de defunciones registradas por causas definidas en ese grupo etéreo.
- La tasa de mortalidad estimada de homicidio (IB 24) incluye la muerte por intervención legal y operaciones de guerras.
- Accidentes de transporte terrestre (IB 26) corresponden a los códigos V01-V89 de la CIE-10. (CIE-10: Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades).
- Las tasas de mortalidad estimadas (IB 24, 25, 26, 29Te, 29He, 29Me, 30Te, 30He, 30Me, 31Te, 31He, 31Me, 32Te, 32He, 32Me, 33Te, 33He y 33Me) se calcularon sobre la mortalidad registrada, aplicando un algoritmo de corrección del subregistro y un algoritmo de redistribución de las defunciones por causas mal definidas, según la metodología presentada en Estadísticas de Salud de las Américas, edición de 2003 (www.paho.org/English/Am/Pub/Sp_591.htm). Las tasas de mortalidad presentadas hacen referencia al valor promedio quinquenal, el cual se construye con la información de, al menos, dos años de dicho quinquenio.
- Las tasas de mortalidad ajustadas por edad (IB 29Ta, 29Ha, 29Ma, 30Ta, 30Ha, 30Ma, 31Ta, 31Ha, 31Ma, 32Ta, 32Ha, 32Ma, 33Ta, 33Ha y 33Ma) se calcularon sobre las tasas estimadas de mortalidad específicas por grupos de edad, para controlar el efecto de las diferencias en la distribución etérea y hacer comparables las tasas, aplicando la población estándar mundial (2.400 menores de un año; 9.600 de 1 a 4 años; 19.000 de 5 a 14 años; 43.000 de 15 a 44 años; 19.000 de 45 a 64 años; y 7.000 de 65 y más años) (WHO. World Health Statistics Annual; Geneva, 1998).
- El índice CPOD (IB 34) expresa el promedio de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados a la edad de 12 años.
- La población en riesgo de malaria (IB 39) hace referencia a las áreas de alto y moderado riesgo de transmisión malárica. Riesgo moderado: IPA entre 1 y 10/1.000 hab (BRA: entre 10 y 50/1.000); alto riesgo: IPA > 10/1.000 hab (BRA: > 50/1.000).
- El índice parasitario anual, IPA (IB 40) expresa el número de casos confirmados por cada 1.000 personas residentes en áreas maláricas de alto y moderado riesgo.
- Los valores de los indicadores básicos de SIDA (IB 43, 44) pueden estar incompletos debido al retraso en la notificación.
- Los valores del gasto público en salud (IB 50A) corresponden al gasto del gobierno en la función Salud (División 07) de la clasificación internacional del gasto según funciones del gobierno del Sistema de Cuentas Nacionales de Naciones Unidas (SCN 1993); del Anuario Estadístico de las Finanzas del Gobierno (GFS 2002) del Fondo Monetario Internacional o de Estudios de Cuentas Nacionales de Salud. Los valores del gasto privado en salud (IB 50B) corresponden al gasto en "salud" según función del Sector Institucional Hogares de la clasificación internacional de Consumo Individual (SCN 1993); derivada del Índice de Precios Consumidor, encuestas de hogares y estudios de cuentas nacionales. www.paho.org/Spanish/DPN/SHD/HP/nhexp-metodos.htm

Para el propósito de esta publicación se precisa lo siguiente:

- América Latina esta compuesta por México, Centroamérica, Caribe Latino, Área Andina, Brasil y Cono Sur. América Latina y Caribe esta compuesto por América Latina y Caribe No-Latino.
- Debido a su tamaño poblacional, Brasil y México se muestran separados.
- Los valores de agregación subregional expresan valores medios ponderados por el respectivo denominador; para los valores absolutos se presenta la sumatoria de la subregión.
- Los valores subregionales de las tasas de mortalidad hacen referencia al último promedio quinquenal disponible presentado por país, el cual se construye con la información de, al menos, dos años de dicho quinquenio.

Fuentes principales:

1. Informes técnicos de las Representaciones OMS/OPS de los países de la Región; 2005 (19-20, 45-49, 51-52, 57).
2. Informes técnicos de las Unidades Regionales OMS/OPS; 2005 (IB 34-50, 53-57).
3. United Nations Population Division. World Population Prospects: The 2004 Revision. New York; 2005 (IB 1-7, 9, 10T, 10H, 10M, 20-21).
4. U.S. Bureau of the Census. International Data Base. (IB 1-7, 9, 10T, 10H, 10M). Actualización 26-04-2005. Acceso en mayo 2005 en: <http://www.census.gov/ipc/www/idbnew.html>
5. United Nations Population Division. World Urbanization Prospects: The 2003 Revision. New York; 2003 (IB 8).
6. United Nations. UNESCO Institute for Statistics (UIS). Literacy and Non Formal Education Sector; 2003. Revisión Julio 2002. (IB 11T, 11H, 11M). Acceso en junio 2005 en: <http://www.unesco.org>
7. United Nations. UNESCO 1999 Statistical Yearbook. Paris; 2000 (IB 11T, 11H, 11M).
8. United Nations. Food and Agriculture Organization (FAO). Food Balance Sheets. FAOSTAT Statistical Database. Rome; 2005 (IB 12). Actualización 27-08-04. Acceso en mayo 2005 en <http://apps.fao.org>
9. WHO/UNICEF. Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation; Meeting the Millennium Development Goals Drinking Water and Sanitation Target: a Mid-term of Progress, 2004. New York, 2005 (IB 17-18).
10. The World Bank. 2005 World Development Indicators. Washington DC; 2005 (IB 13A, 13B, 14, 15, 16).
11. OPS/OMS. Sistema de Información Técnica: Base de Datos Regional de Mortalidad. AIS; Washington DC; 2005 (IB 22-33).

Cita sugerida: Organización Panamericana de la Salud, Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (AIS). Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2005. Washington DC, 2005.

Símbolos y abreviaturas:

-	magnitud cero
0	magnitud inferior a la mitad de la unidad de medición
...	dato no disponible
>	mayor que
c	circa
hab	habitantes
nv	nacidos vivos
uad	último año disponible
ppa	paridad del poder adquisitivo
PBI	producto bruto interno
No.	número
EDA	enfermedad diarreica aguda (cod. 001-009/CIE9; cod. A00-A09/CIE10)
IRA	infección respiratoria aguda (cod. 460-466; 480-487/CIE9; cod. J00-J22/CIE10)
CPOD	dientes cariados, perdidos y obturados
BK+	positivo a bacilo de Koch (tuberculosis)
IPA	índice parasitario anual
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
DPT3	difteria-pertussis (tos ferina)-tétanos, tercera dosis
VOP3	vacuna oral contra la poliomielitis, tercera dosis
VIP	vacuna inactivada contra la polio
BCG	vacuna antituberculosa (bacilo Calmette-Guérin)
SRP	sarampión, rubeola y paroditis
n/a	no aplica
IB	indicador básico

Datos Básicos de Salud y Perfiles de País también se encuentran disponibles en Internet: <http://www.paho.org>

La información presentada en esta publicación sustituye la de ediciones anteriores y está sujeta a continua revisión. Se recomienda a los usuarios no comparar series de datos entre las diferentes ediciones. Para series de tiempo de los indicadores de 1995-2005, favor visitar: <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/coredata.htm>.

Para mayor información dirigirse a:

Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (AIS)
Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, DC 20037, USA
ais@paho.org

Informe sobre la salud en el mundo 2005

¡Cada madre y cada niño contarán!



© Organización Mundial de la Salud 2005

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, 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 Ediciones de la OMS, 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 OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

La información relativa a esta publicación puede obtenerse de:

World Health Report
Organización Mundial de la Salud
1211 Ginebra 27, Suiza
Correo electrónico: whr@who.int

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

Este informe ha sido preparado bajo la dirección general de Joy Phumaphi (Subdirectora General, Salud Maternoinfantil y Planificación de la Familia), Tim Evans (Subdirector General, Pruebas Científicas e Información para las Políticas) y Wim Van Lerberghe (Redactor Jefe). Los autores principales son Wim Van Lerberghe, Annick Manuel, Zoë Matthews y Cathy Wolfheim, y el Director de Edición fue Thomson Prentice.

Realizaron valiosas aportaciones (contribuciones, documentos de antecedentes, análisis, revisiones, sugerencias y críticas) Elisabeth Aahman, Carla Abou-Zahr, Fifi Amoako Johnson, Fred Arnold, Alberta Bacci, Rajiv Bahl, Rebecca Bailey, Robert Beaglehole, Rafael Bengoa, Janie Benson, Yves Bergevin, Stan Bernstein, Julian Bilous, Ties Boerma, Jo Borghi, Paul Bossyns, Assia Brandrup-Lukanov, Eric Buch, Flavia Bustreo, Meena Cabral de Mello, Virginia Camacho, Guy Carrin, Andrew Cassels, Kathryn Church, Alessandro Colombo, Jane Cottingham, Bernadette Daelmans, Mario Dal Poz, Catherine d'Arcangues, Hugh Darrah, Luc de Bernis, Isabelle de Zoysa, Maria Del Carmen, Carmen Dolea, Gilles Dussault, Steve Ebener, Dominique Egger, Gerry Eijkemans, Bjorn Ekman, Zine Elmorjani, Tim Ensor, Marthe Sylvie Essengue, David Evans, Vincent Fauveau, Paulo Ferrinho, Helga Fogstad, Marta Gacic Dobo, Ulf Gerdham, Adrienne Germain, Peter Ghys, Elizabeth Goodburn, Veloshnee Govender, Metin Gulmezoglu, Jean-Pierre Habicht, Sarah Hall, Laurence Haller, Steve Harvey, Peggy Henderson, Patricia Hernández, Peter Hill, Dale Huntington, Julia Hussein, Guy Hutton, Mie Inoue, Monir Islam, Christopher James, Craig Janes, Ben Johns, Rita Kabra, Betty Kirkwood, Lianne Kuppens, Joy Lawn, Jerker Liljestrand, Ornella Lincetto, Craig Lissner, Alessandro Loretto, Jane Lucas, Doris Ma Fat, Carolyn MacLennan, Ramez Mahaini, Sudhansh Malhostra, Adriane Martin Hilber, Jose Martines, Elizabeth Mason, Matthews Mathai, Dileep Mavalankar, Gillian Mayers, Juliet McEachren, Abdelhai Mechbal, Mario Meriardi, Tom Merrick, Thierry Mertens, Susan Murray, Adepeju Oluokoya, Guillermo Paraje, Justin Parkhurst, Amit Patel, Vikram Patel, Steve Pearson, Gretel Pelto, Jean Perrot, Annie Portela, Dheepa Rajan, K.V. Ramani, Esther Ratsma, Linda Richter, David Sanders, Parvathy Sankar, Robert Scherpbier, Peelam Sekhri, Gita Sen, Iqbal Shah, Della Sherratt, Kenji Shibuya, Kristjana Sigurbjornsdottir, Angelica Sousa, Niko Speybroeck, Karin Stenberg, Will Stones, Tessa Tan-Torres Edejer, Petra Ten Hoope-Bender, Ann Tinker, Wim Van Damme, Jos Vandelaer, Paul Van Look, Marcel Vekemans, Cesar Victoria, Eugenio Villar Montesinos, Yasmin Vonschirnding, Eva Wallstam, Steve Wiersma, Karl Wilhelmson, Lara Wolfson, Juliana Yartey y Jelka Zupan.

Han contribuido a elaborar los cuadros estadísticos las siguientes personas: Elisabeth Aahman, Dorjsuren Bayarsaikhan, Ana Betran, Zulfiqar Bhutta, Maureen Birmingham, Robert Black, Ties Boerma, Cynthia Boschi-Pinto, Jennifer Bryce, Agnes Couffinhal, Simon Cousens, Trevor Croft, David D. Vans, Charu C. Garg, Kim Gustavsen, Nasim Haque, Patricia Hernández, Ken Hill, Chandika Indikadahena, Mie Inoue, Gareth Jones, Betty Kirkwood, Joseph Kutzin, Joy Lawn, Eduardo Levkovitz, Edilberto Loaza, Doris Ma Fat, Jose Martines, Elizabeth Mason, Colin Mathers, Saul Morris, Kim Mulholland, Takondwa Mwase, Bernard Nahlen, Pamela Nakamba-Kabaso, Agnès Prudhomme, Rachel Racelis, Olivier Ronveaux, Alex Rowe, Hossein Salehi, Ian Scott, U Than Sein, Kenji Shibuya, Rick Steketee, Rubén Suarez, Tessa Tan-Torres Edejer, Nathalie van de Maele, Tessa Wardlaw, Neff Walker, Hongyi Xu, Jelka Zupan y otros numerosos funcionarios de las oficinas de la OMS en los países, departamentos gubernamentales y organismos e instituciones internacionales.

Denis Aitken y Michel Jancloes aportaron observaciones e indicaciones de gran ayuda. Los Directores Regionales y algunos de sus colaboradores también facilitaron amablemente ayuda y asesoramiento.

El informe ha sido editado por Leo Vita-Finzi, con la ayuda de Barbara Campanini. Facilitaron ayuda editorial, administrativa y a la producción Shelagh Probst y Gary Walker, quien además coordinó las fotografías. Gael Kernen proporcionó la versión para el sitio web y otros medios electrónicos. Marie Fitzsimmons se encargó de la lectura de pruebas. El índice alfabético fue preparado por Kathleen Lyle.

Fotografías de la cubierta (partiendo de arriba a la izquierda, en el sentido de las agujas del reloj): L. Gubb/OMS; Pepito Frias/OMS; Armando Waak/OMS/OPS; Carlos Gaggero/OMS/OPS; Liba Taylor/OMS; Pierre Viro/OMS. Fotografías de la contracubierta (de izquierda a derecha): Pierre Viro/OMS; J. Gorstein/OMS; G. Diez/OMS; Pierre Viro/OMS. En el informe figuran varias fotografías de «River of Life», un concurso fotográfico organizado por la OMS sobre el tema de la salud sexual y reproductiva.

Diseño: Reda Sadki
Maqueta: Steve Ewart y Reda Sadki
Figuras: Christophe Grangier
Retoque fotográfico: Reda Sadki y Denis Meissner
Coordinación de la impresión: Keith Wynn
Impreso en Francia

mensaje del director general

La maternidad/paternidad se acompaña siempre de un fuerte deseo de ver crecer a los hijos felices y sanos. Ésta es una de las pocas constantes de la vida de las personas en todo el mundo. Sin embargo, incluso en el siglo XXI, todavía permitimos que muchos más de 10 millones de niños y medio millón de madres mueran cada año, pese a que la mayoría de esas defunciones pueden evitarse. Setenta millones de madres y sus recién nacidos, así como innumerables niños, están excluidos de la atención sanitaria a que tienen derecho. Aún más numerosos son los que sobreviven sin protección alguna contra la pobreza que puede acarrear la mala salud.

Los dirigentes reconocen que no podemos permitir que esta situación se prolongue, pero en muchos países las mejoras en ese sentido son demasiado lentas, si no nulas, y en algunos se registra incluso un empeoramiento. Las madres, los recién nacidos y los niños representan el bienestar de una sociedad y su potencial de cara al futuro. Si sus necesidades de salud quedan desatendidas, toda la sociedad se resiente.

Las propias familias y comunidades pueden hacer mucho para corregir esta situación. Pueden mejorar, por ejemplo, el estatus de la mujer en la sociedad, la crianza de los hijos, la prevención de enfermedades, la atención a los enfermos y el uso de los servicios. Pero esa área de la salud es también una responsabilidad pública.

Los programas de salud pública necesitan colaborar para que todas las familias puedan disfrutar de una continuidad asistencial que se extienda desde el embarazo (incluso antes), pasando por el parto, hasta la infancia, en lugar de los servicios a menudo fragmentados que se ofrecen actualmente. No tiene sentido dispensar cuidados a un niño e ignorar los problemas de salud de su madre, o atender a una mujer en el momento del parto, pero no así al hijo recién nacido.

Si deseamos que todas las familias tengan acceso a la asistencia, los gobiernos deben acelerar el desarrollo de sistemas de salud coherentes, integrados y eficaces. Esto implica abordar la crisis de personal sanitario, lo que exige a su vez un nivel mucho mayor de financiación y una mejor organización de ésta en relación con esos aspectos de la salud. El objetivo deben ser unos sistemas de salud capaces de responder a estas necesidades, eliminar los obstáculos financieros a la atención y proteger a las personas de la pobreza, que es tanto una causa como un efecto de la mala salud.

El mundo necesita apoyar a los países que luchan por instituir el acceso universal y la protección financiera para todos los niños y las madres. Sólo así podremos garantizar que cada madre, cada recién nacido y cada niño necesitados de atención la obtengan efectivamente, y que nadie se vea abocado a la pobreza como consecuencia de los costos de esa atención. De este modo lograremos avanzar no sólo hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, sino hacia otras metas más ambiciosas.



LEE Jong-wook
Director General
Organización Mundial de la Salud
Ginebra, abril de 2005

panorama general

El *Informe sobre la salud en el mundo* de este año se publica cuando apenas queda un decenio para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), esto es, las aspiraciones internacionalmente convenidas en materia de desarrollo para la población mundial que han de cumplirse para 2015. Esos objetivos subrayan la importancia de la mejora de la salud, en particular la de las madres y los niños, como parte integral de la reducción de la pobreza.

La salud de la madre y el niño es una prioridad que se remonta a mucho antes de los años noventa, pues tiene a sus espaldas un siglo de programas, actividades y experiencias. Ahora bien, lo que ha cambiado en la última década es el enfoque mundial de los ODM y su insistencia en seguir de cerca los avances en todas las partes del planeta. Por otro lado, también se ha ido modificando con el tiempo la naturaleza de la prioridad asignada a la salud maternoinfantil. Mientras que las madres y los niños eran antes destinatarios de programas bienintencionados, ahora reclaman cada vez más la posibilidad de acceder a una atención sanitaria de calidad como un derecho garantizado por el Estado. Ese cambio de actitud ha hecho que la salud maternoinfantil haya dejado de ser una preocupación técnica para convertirse en un imperativo moral y político.

En el presente informe, la exclusión se identifica no sólo como un factor clave de la falta de equidad, sino también como uno de los principales obstáculos al progreso. En muchos países el acceso universal a esta atención a la que tienen derecho todas las mujeres y los niños está todavía lejos de materializarse. Además de pasar revista a los irregulares avances logrados hasta la fecha, el informe describe las estrategias requeridas para acelerar las mejoras que se sabe que son posibles. Es necesario reorientar las estrategias técnicas elaboradas en el marco de programas de salud maternoinfantil, así como poner más énfasis en la importancia de los problemas de los recién nacidos, que a menudo se pasan por alto. En ese sentido, se aboga en este informe por replantear la salud de la madre y el niño para empezar a hablar de salud de la madre, *el recién nacido* y el niño.

Las estrategias técnicas adecuadas para mejorar la salud de la madre, el recién nacido y el niño sólo se pueden implantar eficazmente si son ejecutadas – en todos los programas y por todos los dispensadores de servicios – desde el embarazo y el parto hasta la niñez. No tiene sentido atender a un niño e ignorar a su madre, como tampoco lo tiene preocuparse por una parturienta y no prestar la suficiente atención a la salud de su hijo recién nacido. Para asegurar a las familias el acceso universal

a una atención ininterrumpida de esta índole, es preciso que haya una interacción entre los programas, aunque lo que importa en última instancia es que se amplíen y fortalezcan los sistemas de salud. Al mismo tiempo, el hecho de colocar la salud de la madre, el recién nacido y el niño en el centro del movimiento en pro del acceso universal ofrece una plataforma para la construcción de sistemas sanitarios sostenibles allí donde las estructuras existentes son precarias o frágiles. Incluso en los lugares en que los ODM no se cumplirán plenamente para 2015, el avance hacia el acceso universal implica la posibilidad de transformar la vida de millones de personas para las décadas venideras.

PROGRESOS IRREGULARES Y DIFERENCIAS CADA VEZ MAYORES: ¿QUÉ HA FALLADO?

Cada año 3,3 millones de niños – quizá más – nacen muertos, más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida y otros 6,6 millones mueren antes de cumplir los cinco años. Las muertes maternas también siguen constituyendo un grave problema: el total anual asciende ahora a 529 000 defunciones; con frecuencia se trata de muertes repentinas e imprevistas que se producen durante el embarazo propiamente dicho (unas 68 000 a consecuencia de un aborto peligroso), durante el parto o después de nacer el bebé. Esas muertes dejan atrás a unas familias destrozadas, que a menudo se ven arrastradas a la pobreza por tener que costear una atención sanitaria que llegó demasiado tarde o no dio resultado.

¿Cómo es posible que esa situación se mantenga si las causas de defunción son en buena parte evitables? ¿Y por qué sigue siendo preciso que este informe haga hincapié en la necesidad de centrar la atención en la salud de la madre, el recién nacido y el niño si hace décadas que ésta ocupa un lugar prioritario, y por añadidura han transcurrido más de 10 años desde que la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de las Naciones Unidas incorporó resueltamente el acceso a la atención de salud reproductiva para todos en la agenda mundial?

Aunque en los últimos años son cada vez más los países que consiguen mejorar la salud y el bienestar de las madres, los recién nacidos y los niños, aquellos que de entrada presentaban las cargas de mortalidad y morbilidad más elevadas son los que menos avances han logrado durante los años noventa. En algunos países la situación incluso ha empeorado, y se han registrado preocupantes retrocesos en lo referente a la mortalidad neonatal, en la niñez y materna. Los progresos se han ralentizado y son cada vez más desiguales, ocasionando grandes disparidades entre los países y, dentro de éstos, entre ricos y pobres. Sin una intensificación radical de los esfuerzos, hay escasas esperanzas de eliminar en todos los países las muertes maternoinfantiles evitables.

Los países donde los indicadores sanitarios correspondientes a las madres, los recién nacidos y los niños están en fase de estancamiento o retroceso a menudo han sido incapaces de destinar suficientes inversiones a sus sistemas sanitarios. Los distritos de salud han tenido dificultades para organizar el acceso a una atención eficaz para las mujeres y los niños. Las crisis humanitarias, la pobreza omnipresente y la epidemia de VIH/SIDA han contribuido todas ellas a exacerbar los efectos de los recesos económicos y la crisis de recursos humanos sanitarios. Dado que la exclusión de la atención sanitaria está muy extendida y que las desigualdades son cada vez mayores, los avances exigen un fortalecimiento de los sistemas de salud en gran escala.

Ahora bien, las decisiones técnicas siguen siendo importantes, pues en el pasado los programas no siempre han adoptado los mejores enfoques para asegurar a todos

el acceso a una atención de calidad. Con demasiada frecuencia, se ha permitido la fragmentación de los programas, lo que ha obstaculizado la continuidad en la prestación de asistencia sanitaria o impedido que se confiriese la debida atención a la profesionalización de los servicios. La experiencia técnica y los logros y fallos de los últimos años han mostrado cuál es el mejor camino para seguir adelante.

ADOPTAR LAS DECISIONES TÉCNICAS Y ESTRATÉGICAS ADECUADAS

No cabe ninguna duda de que se dispone de los conocimientos técnicos necesarios para responder a muchos, si no a la mayoría, de los principales problemas y riesgos relacionados con la salud y la supervivencia de la madre, el recién nacido y el niño. También está cada vez más claro qué estrategias son capaces de contribuir a que las familias y los sistemas de salud puedan asegurar conjuntamente que esas soluciones técnicas se apliquen para todos, en el lugar y el momento oportunos.

Un campo en el que se han observado logros ejemplares es el de la atención prenatal: la demanda ha crecido y sigue aumentando en la mayoría de las partes del mundo. No obstante, se puede explotar mejor su considerable potencial, haciendo hincapié en las intervenciones eficaces y utilizándola como plataforma para otros programas de salud, por ejemplo en relación con el VIH/SIDA y la prevención y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, con iniciativas centradas en la tuberculosis y la malaria y con la planificación familiar. Los agentes sanitarios también pueden aprovechar mejor la atención prenatal para ayudar a las embarazadas a prepararse para el parto y para el papel de madre o a enfrentarse a un entorno que tal vez sea poco propicio para un embarazo saludable y feliz. Las mujeres embarazadas, en particular las adolescentes, pueden estar expuestas a la violencia, la discriminación en el lugar de trabajo y en la escuela o la marginación. Estos problemas deben atajarse también, aunque no sólo, introduciendo mejoras en los entornos sociales, políticos y jurídicos. Un ejemplo ilustrativo es el modo en que las sociedades responden al problema de los embarazos involuntarios, inoportunos y no deseados, que suman muchos millones. Sigue habiendo grandes necesidades desatendidas en materia de anticoncepción, y también subsisten carencias cuantitativas y cualitativas en lo que respecta a la información y la educación. Existe además una necesidad evidente de facilitar el acceso a una atención postaborto de calidad que tenga en cuenta las necesidades de la paciente y a unos servicios de aborto seguros, en la máxima medida de lo permitido por la ley.

Prestar asistencia a la totalidad de los 136 millones de partos que se producen cada año es uno de los principales retos a los que se enfrentan ahora los sistemas de salud de todo el mundo. Ese desafío aumentará en el futuro próximo, conforme grandes cohortes de jóvenes alcancen su edad reproductiva, sobre todo en aquellas partes del planeta donde más peligroso es dar a luz. Las mujeres se arriesgan a morir para traer al mundo una nueva vida, pero con una asistencia especializada y sensible a sus necesidades, tanto durante como después del parto, se puede evitar la casi totalidad de los desenlaces fatales y las secuelas discapacitantes – por ejemplo, la tragedia de las fístulas obstétricas – y mitigar buena parte del sufrimiento. El nacimiento de un niño es un acontecimiento crucial en la vida de las familias y en la construcción de las comunidades; aunque eso debe seguir siendo así, también es importante que el parto tenga lugar en condiciones seguras. Para lograr un grado óptimo de seguridad, todas las mujeres, sin excepción, precisan una asistencia profesional especializada en el momento del parto; asimismo, es primordial que den a luz cerca de su hogar

en un entorno apropiado donde se respeten sus valores culturales en esta esfera. Lo más idóneo es que esa atención sea dispensada por una matrona diplomada o un profesional sanitario con conocimientos de partería, en un servicio descentralizado de primer nivel. Actuando de este modo es posible evitar, mitigar y solucionar muchos problemas potencialmente mortales que pueden surgir durante el parto y reducir la mortalidad materna a niveles sorprendentemente bajos. Conviene subrayar, no obstante, que en el caso de las mujeres con problemas para los que las competencias o el equipo disponibles en el primer nivel de atención son insuficientes, los profesionales especializados en partería necesitan el respaldo que sólo puede proporcionar un hospital. Todas las mujeres necesitan una asistencia materna de primer nivel, y sólo una minoría de ellas precisan una atención de apoyo, pero para ser eficaces, ambos niveles deben funcionar de forma coordinada y ser implantados simultáneamente.

La necesidad de recibir atención no cesa cuando la mujer ha dado a luz. Las horas, los días y las semanas siguientes al parto pueden ser peligrosas tanto para la madre como para su hijo. El énfasis puesto en los últimos años en la mejora de la asistencia especializada durante el parto, aunque muy positivo, no debe desviar la atención de este periodo crucial, durante el cual se producen la mitad de las muertes maternas y una cantidad considerable de enfermedades. Existe una necesidad urgente de idear maneras eficaces de organizar la continuidad de la asistencia durante las primeras semanas siguientes al parto, periodo durante el cual las responsabilidades de los servicios de salud a menudo son ambiguas o están mal definidas.

La brecha sanitaria que se observa en la prestación de atención a la mujer no sólo afecta a la asistencia posparto sino también a la asistencia posnatal. Si bien todavía se tiene una idea bastante incompleta de las necesidades desatendidas en materia de atención neonatal, está claro que los problemas de salud de los recién nacidos han sido descuidados y subestimados indebidamente. Los recién nacidos parecen haberse quedado al margen tanto de los programas de maternidad sin riesgo como de las iniciativas de supervivencia infantil. La mortalidad neonatal representa una proporción considerable de la mortalidad de niños menores de cinco años. Resulta hoy evidente que los ODM relacionados con la mortalidad en la niñez no se alcanzarán si no se registran avances sustanciales para los recién nacidos. Aunque en el mundo entero se han observado modestas disminuciones de la mortalidad neonatal (por ejemplo, las vacunas están cada vez más cerca de eliminar el tétanos como causa de muerte neonatal), algunos países del África subsahariana han experimentado retrocesos tan inesperados como alarmantes.

Para lograr progresos en salud neonatal, no se precisan costosas tecnologías, pero sí sistemas sanitarios que aseguren una atención ininterrumpida desde el comienzo del embarazo (o incluso antes) hasta el parto y el puerperio, con la correspondiente asistencia especializada de profesionales sanitarios. Ante todo, es necesario asegurar que efectivamente se produzca el traslado del lactante de los servicios de salud materna a los de salud infantil, un proceso delicado al que a menudo no se presta la debida atención. Aunque los recién nacidos que son amamantados, amados y arropados suelen salir adelante sin dificultades, es posible, y de hecho ocurre, que surjan problemas. Es primordial capacitar a las familias – en particular a las madres y los padres – para cuidar debidamente a sus hijos recién nacidos, reconocer los peligros a tiempo y obtener inmediatamente ayuda profesional si surgiera alguna dificultad.

Los mayores riesgos que acechan a la vida coinciden con el comienzo de ésta, pero ello no quiere decir que desaparezcan cuando el recién nacido crece para convertirse en lactante y luego en niño pequeño. Los programas centrados en las enfermedades

prevenibles mediante vacunación, la malnutrición, las enfermedades diarreicas o las infecciones respiratorias aún tienen mucho camino por recorrer. La inmunización, por ejemplo, ha registrado avances satisfactorios en algunas regiones, pero en otras la cobertura se ha quedado estancada en niveles que oscilan entre el 50% y el 70% y precisa un nuevo ímpetu. Sin embargo, estos programas han logrado tales avances en lo referente a la carga de morbilidad que en muchos países ha cambiado el perfil epidemiológico. Ahora es necesario contar con enfoques más integrados, en primer lugar, para responder eficazmente al cambiante espectro de problemas que requieren atención y, en segundo lugar, para lograr que la asistencia, que hasta ahora se concentraba principalmente en la supervivencia del niño, también dé prioridad a su crecimiento y desarrollo. Esto es lo que se precisa desde el punto de vista de la salud pública, y también lo que esperan las familias.

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) combina un conjunto de intervenciones eficaces para prevenir las defunciones y promover un crecimiento y desarrollo sanos. En lugar de añadir simplemente más ramas a un único canal de prestación de servicios, la AIEPI ha transformado la perspectiva del sistema de salud sobre la atención infantil, logrando que no se limite al mero tratamiento de las enfermedades. Tres son los componentes principales de la AIEPI: ampliar los conocimientos del personal de salud para tratar enfermedades y ofrecer asesoramiento a las familias; fortalecer el apoyo del sistema de salud; y mejorar la capacidad de las familias y las comunidades para criar unos hijos sanos y afrontar las enfermedades que surjan. La AIEPI ha ido pues más allá de la tradicional idea de que el cometido del personal de los centros de salud es dispensar una serie de intervenciones técnicas a su población destinataria. Su logro es que está acercando la atención sanitaria a los hogares, al tiempo que contribuye a mejorar las vías de derivación de casos y la atención hospitalaria; el reto estriba ahora en poner la AIEPI al alcance de todas las familias con niños y en crear las condiciones necesarias para que éstas aprovechen ese tipo de atención siempre que sea preciso.

AVANCES HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL: ACCESO PARA TODOS, CON PROTECCIÓN FINANCIERA

Existe un sólido consenso en cuanto a que, aunque se adopten todas las opciones técnicas adecuadas, los programas de salud materna, neonatal y del niño sólo serán eficaces si establecen conjuntamente, y también con las familias y las comunidades, una continuidad asistencial que vaya desde el embarazo y el parto hasta la niñez. Para asegurar una continuidad de esa índole, es preciso contar con sistemas de salud ampliamente fortalecidos que sitúen la atención materna, neonatal e infantil en el centro de sus estrategias de desarrollo. También es imprescindible que programas e instancias con diferentes antecedentes, intereses e integrantes aúnen sus fuerzas. El proyecto común que puede hacer confluir las distintas agendas es el acceso universal a la atención sanitaria. No se trata simplemente de afinar el discurso promotor: la idea de base es enmarcar la salud de las madres, los recién nacidos y los niños dentro de un proyecto político más amplio que sea claro y sencillo, respondiendo así a la demanda de la sociedad, que pide la protección de la salud de sus ciudadanos y el acceso a la atención sanitaria, una exigencia que se percibe cada vez más como legítima. Con todo, no debe subestimarse la magnitud del reto que supone expandir los servicios para avanzar hacia el acceso universal.

Llegar a todos los niños con un conjunto de intervenciones esenciales de salud infantil que permita cumplir los ODM e incluso superarlos es una tarea técnicamente

factible dentro del próximo decenio. En los 75 países que acaparan el grueso de la mortalidad en la niñez, se precisarían para ello US\$ 52 400 millones, además de los gastos actuales, de los que US\$ 25 000 millones representan el gasto adicional en recursos humanos. Estos US\$ 52 400 millones equivalen a un incremento inmediato del 6% del promedio actual del gasto público en salud en esos países, que para 2015 debería aumentar a un 18%. En los 21 países que encaran las mayores dificultades y donde es probable que el tiempo de implantación sea largo, el gasto público actual en salud se debería incrementar en un 27% a partir de 2006, hasta alrededor de un 76% en 2015.

En lo que respecta a la atención materna y neonatal, la meta del acceso universal está más alejada. Cabe imaginar diferentes escenarios para asegurar la expansión de los servicios, teniendo en cuenta las circunstancias específicas de cada uno de los 75 países antes mencionados. En la actualidad, aproximadamente un 43% de las madres y los recién nacidos reciben algún tipo de asistencia, pero en modo alguno toda la gama de servicios que se precisan para al menos evitar las defunciones maternas. En su conjunto, los escenarios optimistas – pero también realistas – para cada uno de estos 75 países darían acceso a una gama completa de atención de primer nivel y de apoyo en 2015 a 101 millones de madres (alrededor de un 73% del número previsto de partos) y a sus hijos. En caso de cumplirse estos escenarios, los ODM relacionados con la salud de la madre no se alcanzarían en todos los países, aunque a nivel mundial la reducción de la mortalidad materna y perinatal estaría en pleno avance. La puesta en práctica de estos 75 escenarios de país requeriría unos US\$ 39 000 millones por encima de los gastos actuales. Esto representaría en 2006 un crecimiento del 3%, que con el paso de los años iría aumentando hasta un 14%, del promedio actual del gasto público en salud de los países en cuestión. En los 20 países que en estos momentos presentan la cobertura más baja y enfrentan las mayores dificultades, el gasto público actual en salud exigiría un incremento de un 7% en 2006, que en 2015 debería ser de un 43%.

La primera tarea, y también la más apremiante, es desplegar el personal sanitario requerido para expandir los servicios de salud materna, neonatal e infantil y avanzar así hacia el acceso universal. Corregir las graves escaseces y los desequilibrios que muchos países afrontan en lo referente a la distribución de profesionales sanitarios seguirá constituyendo un reto importante en los próximos años. La labor adicional que se precisa para la extensión masiva de las actividades de atención al niño exige el equivalente a 100 000 profesionales polivalentes contratados a tiempo completo, que habría que complementar, según los escenarios para los que se ha calculado el costo, con 4,6 millones de agentes de salud comunitarios. Según las necesidades previstas en materia de dotación de personal para ampliar la cobertura de la atención materna y neonatal, haría falta formar, en los próximos 10 años, al menos 334 000 matronas adicionales – o su equivalente –, así como mejorar la preparación de 140 000 profesionales sanitarios que en estos momentos prestan atención materna de primer grado y 27 000 médicos que actualmente carecen de la competencia necesaria para ofrecer atención de apoyo.

Sin planificación y creación de capacidad, tanto a nivel nacional como dentro de los distritos sanitarios, no será posible solventar esas carencias y mejorar la combinación de especialidades y el entorno de trabajo. La planificación por sí sola, sin embargo, no basta para corregir los desaciertos que han jalonado el desarrollo de los recursos humanos. Existen problemas que tras haber sido descuidados durante años exigen ahora una atención inmediata: el más importante de ellos es la acuciante cuestión de la remuneración de la mano de obra.

En muchos países el nivel de los salarios se considera, con razón, injusto e insuficiente para cubrir los costos diarios de subsistencia, y huelga decir que no está a la altura de las expectativas de los profesionales sanitarios. Esta situación es una de las causas fundamentales de la desmotivación, la falta de productividad y las distintas formas de éxodo de profesionales y migración: de las zonas rurales a las zonas urbanas, del sector público al privado o de los países más pobres a los más ricos. Se trata asimismo de un factor que entorpece seriamente el correcto funcionamiento de los servicios, ya que muchos agentes de salud optan por el pluriempleo para mejorar sus condiciones de vida o simplemente para llegar a fin de mes; esto conduce a una competencia por el tiempo, una pérdida de recursos para el sector público y conflictos de intereses a la hora de atender a los pacientes. Pero los problemas pueden ser incluso más graves si los profesionales sanitarios adoptan un comportamiento depredador: la explotación financiera puede tener consecuencias catastróficas en los usuarios de los servicios, y obstaculizar el acceso para otros, así como acentuar la crisis de confianza en unos servicios a los que tienen derecho las madres y los niños.

Urge idear y desplegar todo un abanico de medidas que permitan romper este círculo vicioso y hacer que la productividad y la dedicación vuelvan a situarse en los niveles que espera la población y a los que aspiran la mayoría de los agentes de salud. Una de las medidas más problemáticas a este respecto es la mejora de la remuneración de la fuerza laboral. Incluso un modesto intento en este sentido, como la duplicación o incluso la triplicación de la masa salarial y las prestaciones totales de la fuerza laboral en los 75 países para los que se han desarrollado escenarios, puede seguir siendo insuficiente para captar, retener y redistribuir a profesionales de calidad. Ahora bien, únicamente para retribuir al personal de atención materna, neonatal e infantil haría falta un aumento del 2% del gasto público actual en salud durante 10 años hasta alcanzar un incremento del 17%. Una medida de ese tipo, por un lado, traería consigo consecuencias políticas y macroeconómicas y, por otro, supondría un gran esfuerzo, que los gobiernos por sí solos no podrían asumir y que también requeriría de la solidaridad internacional. En vísperas de una década que estará centrada en los recursos humanos para la salud, se precisará para ello un debate fundamental, tanto en los países como en el plano internacional, sobre el volumen de los fondos que se podrían asignar y sobre la forma de canalizarlos. Esto es especialmente importante porque la rehabilitación de la remuneración de la fuerza laboral sólo es parte de la solución: crear una atmósfera de estabilidad y esperanza también es fundamental para infundir en los profesionales de la salud la confianza que precisan para trabajar con eficiencia y entrega.

Al mismo tiempo, asegurar un acceso universal no es meramente una cuestión de incrementar la oferta de servicios y remunerar a los dispensadores de atención sanitaria. Para asegurar un uso normal de los servicios, es preciso eliminar los obstáculos económicos y ofrecer a los usuarios una protección financiera previsible contra los costos que implica recibir atención, en particular contra los gastos catastróficos que pueden arrastrar a una familia a la pobreza. Ese tipo de gastos se presentan cuando los honorarios cobrados al usuario son elevados, cuando las familias tienen una capacidad de pago limitada y cuando no están generalizados los sistemas mancomunados y de prepago. Para alcanzar la protección financiera que exige el acceso universal, los países deben evitar los sistemas de pago a cargo del usuario, oficiales o no, y asegurar la implantación generalizada de sistemas mancomunados y de prepago. Con independencia de que los países decidan basar la protección financiera en fondos recaudados mediante impuestos, en el seguro social de enfermedad o en una

combinación de ambos, es importante tener en cuenta dos condiciones: en primer lugar, que no se excluya en último término a ningún grupo de la población, y en segundo lugar, que los servicios de atención maternoinfantil figuren en lugar prioritario dentro de los derechos que corresponden a la población en materia de salud y sean financiados de un modo coherente a través del sistema elegido al efecto. Aunque se puede tardar muchos años en pasar de una situación de oferta limitada de servicios, pagos elevados del bolsillo del usuario y exclusión de los más pobres a una situación de acceso universal y protección financiera, la expansión de las redes de prestación de atención de salud debe avanzar simultáneamente con la construcción de mecanismos de seguro como los descritos.

La planificación de la atención materna, neonatal e infantil está supeditada a un elemento clave: la financiación. En primer lugar, se precisan más fondos para sufragar el robustecimiento de la oferta de servicios, con miras a avanzar hacia el acceso universal. En segundo lugar, es imprescindible ir implantando sistemas de protección financiera a medida que mejora el acceso. En tercer lugar, la canalización de ese mayor volumen de fondos, tanto nacionales como internacionales, debe garantizar la flexibilidad y previsibilidad necesarias para hacer frente a las principales dificultades que afectan al sistema sanitario, en particular los problemas relacionados con los recursos humanos.

Canalizar ese mayor volumen de flujos financieros a través de los sistemas nacionales de seguro médico – ya se trate de sistemas basados en los impuestos, del seguro social de enfermedad o de un sistema mixto – constituye la mejor manera de afrontar simultáneamente esos tres retos. Aunque ello exige importantes esfuerzos en materia de fortalecimiento de la capacidad, también ofrece la posibilidad de proteger la financiación de la fuerza laboral en las políticas de reforma del sector público y del sector sanitario y en los foros donde se deciden políticas macroeconómicas y de reducción de la pobreza. Esta solución brinda la posibilidad de abordar el problema de la remuneración y las condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios de manera tal que se ofrezca a éstos perspectivas fiables y a largo plazo, cosa que no ocurre con los mecanismos tradicionales de presupuestación o las soluciones provisionales adoptadas en la financiación de proyectos.

Aunque en algunos países el esfuerzo de financiación requerido parece estar dentro de lo razonablemente posible, en muchos otros es demasiado grande para que pueda ser asumido únicamente por los gobiernos. Tanto los países como la comunidad internacional tendrán que mostrar un compromiso político sostenido para movilizar y redistribuir los cuantiosos recursos que se precisan, crear la capacidad institucional necesaria para gestionarlos y asegurar que la salud materna, neonatal e infantil permanezca en el centro de esos esfuerzos. Este decenio puede caracterizarse por la aceleración de los avances hacia la cobertura universal, lo que significa acceso y protección financiera para todos los ciudadanos. De ese modo ninguna madre, ningún recién nacido y ningún niño quedarán desatendidos. Y es que todos y cada uno de ellos merecen la máxima atención.

RESUMEN DE LOS CAPÍTULOS

Capítulo 1. Las madres y los niños son importantes – y su salud también

En este capítulo se recuerda cómo la salud de la madre y el niño se convirtió en una prioridad de salud pública en el siglo XX. Durante siglos, la atención maternoinfantil fue considerada como un asunto doméstico, competencia exclusiva de madres y matronas. En el siglo XX esta preocupación puramente doméstica se convirtió en una prioridad de salud pública. En los primeros años del siglo XXI, los ODM la han colocado en el centro de la lucha contra la pobreza y la desigualdad, como una cuestión de derechos humanos. Ese cambio de énfasis es trascendental para determinar cómo debe responder el mundo a los muy desiguales progresos registrados en diferentes países en ese sentido.

El capítulo ofrece un resumen de la situación actual en que se halla la salud de la madre, el recién nacido y el niño. La mayor parte de los avances se han registrado en países que ya se encontraban en una posición relativamente buena a comienzos de los años noventa, mientras que los países que partieron con las tasas de mortalidad más elevadas son también aquellos donde más decepcionantes han sido las mejoras.

En términos mundiales, las tasas de mortalidad de menores de cinco años cayeron en la última parte del siglo XX de 146 por 1000 nacidos vivos en 1970 a 79 por 1000 en 2003. Hacia el cambio de milenio, sin embargo, esa tendencia general a la baja empezó a frenarse en algunas partes del mundo. Las mejoras continuaron o se aceleraron en las Regiones de las Américas, Asia Sudoriental y Europa, mientras que en las Regiones de África, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental se observó una desaceleración de los avances. En 93 países, que conjuntamente representan el 40% de la población mundial, la mortalidad de menores de cinco años está disminuyendo rápidamente. En otros 51 países, a los que corresponde el 48% de la población mundial, los progresos son más lentos, lo que implica que únicamente cumplirán los ODM si las mejoras se aceleran de forma notable. Aún más preocupante es la situación de los 43 países que comprenden el 12% restante de la población mundial, donde los niveles de mortalidad de menores de cinco años, que ya de entrada eran altos o muy altos, están ahora en una fase de estancamiento o de retroceso.

Sólo recientemente se ha empezado a disponer de datos fiables sobre los recién nacidos, datos que por otra parte son más difíciles de interpretar. Según se desprende de las últimas estimaciones, la mortalidad neonatal, bastante más alta de lo que se solía creer, representa el 40% de las defunciones de menores de cinco años; menos del 2% de las muertes de recién nacidos se producen en países de ingresos altos. La diferencia entre países ricos y pobres parece acrecentarse cada vez más.

Más de 300 millones de mujeres del mundo entero padecen actualmente enfermedades, de corta o larga duración, atribuibles al embarazo o al parto. La distribución de las 529 000 defunciones maternas que se registran cada año, incluidas 68 000 muertes provocadas por abortos peligrosos, es aún más desigual que la de las defunciones de recién nacidos y niños: sólo un 1% se da en los países ricos. Aunque impera cierta sensación de progreso, respaldada por el seguimiento de indicadores que apuntan a un mayor uso de los servicios de salud durante el embarazo y el parto en todas las regiones, excepto el África subsahariana, durante los años noventa, el panorama general no muestra ninguna mejora espectacular, y la falta de información fiable sobre la suerte que corren las madres – y sus hijos recién nacidos – en muchos países sigue siendo alarmante.

Capítulo 2. Los obstáculos a los progresos: ¿cuestión de contexto o de política?

En este capítulo se intentan explicar las razones de los serios reveses sufridos por los progresos de la salud maternoinfantil en muchos países. La lentitud de los avances, o el estancamiento o retroceso de la situación, están claramente relacionados con la pobreza, las crisis humanitarias y, sobre todo en el África subsahariana, los efectos directos e indirectos del VIH/SIDA. Estos factores contribuyen, al menos en parte, a acentuar o mantener la exclusión del acceso a la atención sanitaria. En numerosos países, muchas mujeres y niños ni siquiera tienen acceso a las prestaciones sanitarias más básicas, es decir, las que son importantes para la mera supervivencia.

Las causas, manifestaciones y características específicas de la exclusión varían de un país a otro. En algunos países se observa un modelo de exclusión marginal: la mayoría de la población tiene acceso a las redes de servicios, pero quedan excluidos algunos grupos importantes. En otros, generalmente en los más pobres, predomina una privación masiva: sólo una pequeña minoría, que suele estar conformada por los ricos de las zonas urbanas, disfruta de un acceso razonable, mientras que la inmensa mayoría de la población queda excluida. Estos países suelen contar con sistemas sanitarios débiles, frágiles y de escasa densidad.

Los retos de política sanitaria varían en función de los distintos modelos de exclusión. Muchos países han basado sus regímenes asistenciales en un sistema de distritos sanitarios, respaldado por una red de centros de salud y un hospital de distrito de referencia. Esas estrategias a menudo han adolecido de tal escasez de recursos que no han logrado estar a la altura de las expectativas. En este capítulo se sostiene que el modelo de distritos sanitarios sigue siendo una fórmula racional al alcance de los gobiernos para organizar la prestación de atención de salud descentralizada, aunque se requieren un compromiso e inversiones a largo plazo para obtener resultados sostenidos.

Capítulo 3. Grandes expectativas en torno a la reducción de los riesgos del embarazo

En este capítulo se repasan los tres elementos más importantes para mejorar el desenlace de los embarazos, a saber: asegurar una buena asistencia prenatal, hallar formas adecuadas de evitar embarazos no deseados o hacer frente a sus consecuencias y mejorar el modo en que la sociedad atiende a las mujeres embarazadas.

La atención prenatal es un campo en el que se han alcanzado logros ejemplares: la cobertura mundial se amplió en un 20% durante los años noventa y sigue aumentando en la mayoría del mundo. La preocupación por un buen desenlace del embarazo ha convertido a las mujeres en el grupo más numeroso implicado activamente en la búsqueda de atención sanitaria. La atención prenatal brinda la oportunidad de prestar una asistencia que vaya mucho más allá de la puramente relacionada con el embarazo. Su potencial para promover modos de vida saludables no está suficientemente explotado; lo mismo ocurre también con el aprovechamiento de la atención prenatal como plataforma para programas centrados en la malnutrición, el VIH/SIDA, las infecciones de transmisión sexual, la malaria, la tuberculosis y la promoción de la planificación familiar. Las consultas prenatales son la ocasión ideal para establecer planes de parto que aseguren que el alumbramiento propiamente dicho tenga lugar en circunstancias seguras y que ayuden a las embarazadas a prepararse para el papel de madre.

En este capítulo se enuncian una serie de orientaciones esenciales para el futuro, entre ellas la necesidad de mejorar la calidad asistencial y de seguir ampliando la cobertura.

Incluso en las sociedades que valoran sobremedida el embarazo, la situación de una mujer encinta no siempre es envidiable. En muchos lugares es necesario mejorar los entornos sociales, políticos y jurídicos para dar respuesta a problemas como el bajo estatus que ocupa la mujer, la violencia de género, la discriminación en el lugar de trabajo y en la escuela o la marginación. Eliminar las fuentes de exclusión social es tan importante como prestar atención prenatal.

Se estima que cada año se producen 87 millones de embarazos involuntarios, inoportunos o no deseados. Subsiste una enorme necesidad desatendida de realizar inversiones en materia de anticoncepción, información y educación para prevenir los embarazos no deseados, aunque lo cierto es que ninguna política de planificación familiar será capaz de prevenirlos en su totalidad. Más de la mitad de las mujeres afectadas – esto es, 46 millones cada año – recurren al aborto inducido; el hecho de que 18 millones se sometan a él en condiciones peligrosas constituye un importante problema de salud pública. Sin embargo, sí es posible evitar todas y cada una de las 68 000 muertes y las discapacidades y el sufrimiento atribuibles a los abortos peligrosos. No se trata sólo de tener en cuenta lo que un país considere legal y lo que no, sino también de garantizar el acceso de la mujer, en la medida máxima permitida por la ley, a unos servicios de aborto y una atención postaborto de buena calidad y acordes con sus necesidades.

Capítulo 4. Atender 136 millones de partos anuales

En este capítulo se examinan las principales complicaciones del parto y las causas de mortalidad materna más importantes. Entre las causas directas de defunción materna más destacadas figuran las hemorragias, las infecciones, la eclampsia, el parto obstruido y los abortos peligrosos. Si bien es cierto que el parto es un momento de grandes riesgos, en muchos lugares más de la mitad de las defunciones maternas se producen durante el puerperio. Existen intervenciones eficaces para evitar la mayor parte de las muertes y discapacidades a largo plazo atribuibles al parto. La trayectoria de logros en materia de reducción de la mortalidad materna y neonatal muestra que la prestación de una atención profesional especializada durante el parto y después de éste puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte, tanto para la mujer como para el recién nacido. Y a la inversa, la obstaculización del acceso a una atención de esa índole puede conducir rápidamente a un aumento de los desenlaces desfavorables.

Todas las madres y todos los recién nacidos, no sólo los que se considera que corren un riesgo particularmente alto de padecer complicaciones, precisan una atención materna y neonatal especializada que, además de dispensarse cerca de su hogar, acercarse a su modo de vida y respetar sus valores culturales en esta esfera, ha de ser segura y correr a cargo de un profesional bien preparado que sea capaz de actuar inmediatamente si surgen complicaciones. Lo más idóneo es que esta asistencia obstétrica sea prestada por matronas diplomadas, o profesionales sanitarios con conocimientos equivalentes, en maternidades dirigidas por parteras. Estos profesionales pueden evitar, mitigar o resolver muchos de los problemas potencialmente mortales y en buena parte imprevisibles que pueden surgir durante el parto y reducir así la mortalidad materna a niveles sorprendentemente bajos. Así y todo, deben contar con el respaldo que sólo puede ofrecer un hospital para prestar ayuda a las madres que presenten problemas que superen sus competencias o los medios a su alcance. Todas las mujeres necesitan una atención materna de primer nivel, y sólo en una minoría de los casos se precisa atención de apoyo; ahora bien, para ser eficaces, ambas deben

funcionar de forma coordinada y expandirse simultáneamente. En muchos países, los niveles de utilización de los servicios de atención puerperal son incluso más bajos que los correspondientes a la atención obstétrica. Se trata de una esfera de importancia crucial, con un amplio margen para mejoras.

Capítulo 5. Los recién nacidos cobran más importancia

Hasta hace poco no se habían hecho verdaderos esfuerzos por solucionar los problemas de salud específicos de los recién nacidos. La asistencia neonatal ha estado desatendida debido a una falta de continuidad entre los programas de salud materna y los de salud infantil.

Todos los años nacen muertos casi 3,3 millones de niños, y más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida. Las defunciones de lactantes durante el periodo neonatal son tan numerosas como las que se producen en los 11 meses siguientes al parto o las registradas en los niños entre uno y cuatro años. La asistencia profesional especializada durante el embarazo, el parto y el periodo posnatal es tan fundamental para el recién nacido como lo es para la madre. El desafío estriba en encontrar una manera más adecuada de establecer una continuidad entre la atención durante el embarazo, la asistencia durante el parto y la atención prestada a la madre cuando está en casa con su hijo recién nacido. Aunque el eslabón más débil de la cadena es la asistencia especializada durante el parto, la atención prestada durante las primeras semanas de vida también es problemática, porque a menudo no existe una definición clara de las responsabilidades profesionales y programáticas.

En este capítulo se presentan una serie de puntos de referencia con respecto a las necesidades en materia de recursos humanos y redes de servicios para facilitar a todos una atención materna y neonatal de primer nivel y de apoyo. En muchos países existen notables carencias de servicios y, lo que es especialmente importante, de recursos humanos. Utilizando una serie de escenarios para expandir los servicios sanitarios y avanzar hacia el acceso universal a una atención materna y neonatal tanto de primer nivel como de apoyo en 75 países, parece realista prever que la cobertura aumente del 43% actual (con una gama mínima de intervenciones) a alrededor de un 73% (con una gama completa de intervenciones) en 2015. La puesta en práctica de esos escenarios costaría US\$ 1000 millones en 2006, que aumentarían progresivamente, a medida que se expandiera la cobertura, hasta llegar a 6000 millones en 2015, lo que equivale a un desembolso total, por encima del gasto actual en salud materna y neonatal, de US\$ 39 000 millones a lo largo de 10 años. Esa suma supondría un costo adicional de unos US\$ 0,22 anuales por habitante al principio, que se iría incrementando hasta llegar a US\$ 1,18 en 2015. Según estimaciones preliminares del posible impacto de una expansión de estas características, la mortalidad materna disminuiría en esos 75 países, entre 2000 y 2015, de un nivel global de 485 por 100 000 nacimientos a 242 por 100 000 nacimientos, mientras que la mortalidad neonatal pasaría de 35 a 29 por 1000 nacidos vivos.

Capítulo 6. Replanteamiento de la atención infantil: supervivencia, crecimiento y desarrollo

Gracias al aumento de los conocimientos, se dispone ya de intervenciones eficaces y técnicamente idóneas para reducir la mortalidad en la niñez y mejorar la salud infantil. Lo que hace falta ahora es aplicarlas en una escala mucho mayor.

En este capítulo se explica que los programas verticales empleados en los años setenta y ochenta reportaron sin duda algunos resultados rápidos y significativos. Así,

por ejemplo, el Programa Ampliado de Inmunización y diversas iniciativas en pro de la terapia de rehidratación oral, que combinaban métodos de gestión modernos y tecnologías sencillas basadas en investigaciones bien fundadas, se adoptaron y promovieron de forma muy fructífera.

A pesar de los llamativos resultados de los enfoques verticales, pronto se observaron las limitaciones que entrañaban. Al mismo tiempo, quedó claro que era conveniente adoptar un enfoque más general con respecto a las necesidades del niño, tanto para mejorar los resultados como para responder a una demanda real de las familias. La respuesta a esa nueva situación consistió en agrupar una serie de intervenciones sencillas, asequibles y eficaces para tratar de forma conjunta las principales enfermedades infantiles y la malnutrición, en el marco de una iniciativa denominada Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). La AIEPI conjuga intervenciones eficaces para prevenir las defunciones, teniendo en cuenta los cambios en la estructura de las causas de mortalidad, pero también comprende intervenciones y enfoques destinados a mejorar la salud y el desarrollo del niño. En lugar de limitarse a añadir más programas a un único canal de prestación de asistencia, la AIEPI ha dado un paso más y ha tratado de modificar la manera de enfocar la atención infantil en el sistema de salud, con objeto de asegurar una continuidad asistencial desde la familia y la comunidad, pasando por los servicios de salud de primer nivel, hasta los servicios de derivación de casos, con énfasis especial en el apoyo psicosocial y la solución de problemas.

Muchos niños siguen sin recibir una asistencia global e integrada. A medida que los programas de salud infantil continúan avanzando hacia la integración, es necesario realizar progresos hacia la cobertura universal. Si se consiguiera que una serie de intervenciones esenciales tuviera una cobertura plena, la incidencia y la tasa de letalidad de las afecciones que provocan la muerte de los niños menores de cinco años disminuirían a un nivel que permitiría a los países acercarse a los ODM e incluso superarlos. Pero esto no será posible sin un incremento masivo del gasto en salud infantil. La puesta en práctica de una serie de escenarios para alcanzar la plena cobertura en 75 países costaría US\$ 2200 millones en 2006, que aumentarían progresivamente, a medida que se expandiera la cobertura, hasta llegar a 7800 millones en 2015, lo que equivaldría a un desembolso total, por encima del gasto actual en salud materna y neonatal, de US\$ 52 400 millones a lo largo de 10 años. Esa suma supondría un costo adicional de unos US\$ 0,47 anuales por habitante al principio, que se iría incrementando hasta llegar a US\$ 1,48 en 2015.

Capítulo 7. Conciliar la salud de la madre, el recién nacido y el niño con el desarrollo de los sistemas de salud

En este último capítulo se analiza el lugar que la salud de la madre, el recién nacido y el niño ocupa dentro del contexto más amplio del desarrollo de los sistemas sanitarios. En la actualidad, las agendas de salud materna, neonatal e infantil ya no se examinan en términos puramente técnicos, sino como parte de la agenda, más extensa, del acceso universal. De este modo, quedan enmarcadas dentro de un proyecto político claro y sencillo: el de responder a la demanda de la sociedad, que pide la protección de la salud de los ciudadanos y el acceso a la atención sanitaria, una exigencia que se percibe cada vez más como legítima.

A fin de asegurar el acceso universal, se precisa una red asistencial suficientemente densa para suministrar los servicios pertinentes. La clave está en desplegar el personal de salud requerido para lograr expandirlos. En muchos países la característica

más patente de la crisis de recursos humanos sanitarios es la abrumadora falta de profesionales de la salud y su desigual distribución. Colmar esas lagunas seguirá constituyendo un reto importante en los próximos años. Parte del problema radica en que es preciso idear formas sostenibles de ofrecer una retribución competitiva y una serie de incentivos que contribuyan a captar, motivar y retener a agentes de salud competentes y productivos. En muchos de los países donde los avances hacia la consecución de los ODM son decepcionantes, se precisan urgentemente incrementos cuantiosos de la remuneración global del personal sanitario, un reto de una magnitud tal que muchos países pobres son incapaces de afrontarlo sin ayuda.

Sin embargo, para garantizar el acceso universal no basta con desplegar unos profesionales eficientes que se encarguen de prestar los servicios oportunos. Si se quiere asegurar que los servicios de salud sean utilizados, es necesario reducir o eliminar los obstáculos financieros que dificultan el acceso y proporcionar al usuario una protección previsible frente a los costos ocasionados por la atención recibida. En este capítulo se explica que en general la introducción de sistemas basados en el pago de los gastos a cargo del usuario no supone una solución viable al problema de la falta de fondos que encara el sector de la salud e institucionaliza la exclusión de los pobres. Por otro lado, tampoco contribuye a acelerar los avances hacia el acceso universal y la protección financiera, que sólo se pueden garantizar mediante sistemas generalizados de prepago y mancomunación. Sea cual sea el método escogido para organizar estos sistemas, es importante tener en cuenta dos condiciones: en primer lugar, que no se excluya en último término a ningún grupo de población; y, en segundo lugar, que los servicios de salud de la madre, el recién nacido y el niño se sitúen en el centro del conjunto de servicios que corresponden a la población en materia de salud y sean financiados de un modo coherente a través del sistema elegido al efecto.

Con el tiempo, la mayoría de los países tienden a avanzar hacia la cobertura universal, ampliando los sistemas de prepago y de mancomunación, a medida que expanden sus redes de prestación de atención sanitaria. Esto también tiene consecuencias en los flujos de financiación dirigidos a la salud materna, neonatal e infantil. En la mayoría de los países, la mejor forma de garantizar en esta esfera la sostenibilidad financiera a corto y medio plazo radica en contemplar todas las fuentes de financiación: externas e internas, así como públicas y privadas. La canalización de los fondos hacia sistemas de seguro generalizados que, por un lado, costeen la expansión de las redes de atención sanitaria y, por otro, aseguren la protección financiera es el sistema que mayores garantías de éxito ofrece para lograr una financiación sostenible de la salud de la madre, el recién nacido y el niño y de los sistemas sanitarios de los que ésta depende.

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

Cite du Djoue
P.O. Box 06
Brazzaville, Congo
Teléfono: (47) 241 39100
Fax: (47) 241 39503
Correo electrónico: regafro@whoafr.org
Sitio web: <http://www.afro.who.int>

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 0197/337 9395
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 o 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 o 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>



Los niños son el futuro de la sociedad, y sus madres son las guardianas de ese futuro. Sin embargo, este año, casi 11 millones de niños menores de cinco años morirán por causas en gran medida prevenibles, y entre ellos hay cuatro millones que fallecerán durante el primer mes de vida. A eso hay que añadir 3,3 millones de niños nacidos muertos. Al mismo tiempo, aproximadamente medio millón de mujeres morirán durante el embarazo o el parto, o poco después.

El *Informe sobre la salud en el mundo 2005 – ¡Cada madre y cada niño contarán!*, publicado por la Organización Mundial de la Salud, analiza las razones de que se sigan produciendo esas muertes de forma tan masiva y la manera de intentar reducir ese tributo anual. El informe presenta un análisis de los expertos sobre los obstáculos a los progresos en materia de salud de la madre, el recién nacido y el niño, así como una amplia serie de recomendaciones para superarlos. Se señala que disponemos ya de las intervenciones necesarias para transformar la vida de millones de madres y niños y prevenir millones de muertes trágicamente prematuras.

Para poner fin a la exclusión generalizada, es necesario que los países garanticen el acceso a la atención para cada madre y cada niño, mediante la continuidad de la asistencia desde el embarazo, pasando por el parto, hasta el periodo neonatal y la infancia. En el informe se hacen proyecciones detalladas de los esfuerzos – y los costos correspondientes – necesarios para extender masivamente el acceso universal a lo largo de la próxima década.

El acceso universal para madres y niños exige sistemas de salud capaces de responder a las necesidades y demandas de la población, y de ofrecerles protección frente a los graves problemas financieros que acarrea la mala salud. Para ello es necesario intensificar las inversiones en sistemas de salud y en los recursos humanos correspondientes. En el informe se sostiene que la salud de las madres, los recién nacidos y los niños debe constituir el núcleo de los derechos a la salud protegidos y financiados mediante fondos públicos y sistemas de seguro social de enfermedad.

El *Informe sobre la salud en el mundo 2005* es una lectura fundamental para cualquier persona interesada en mejorar la salud de todas las madres, los recién nacidos y los niños y en garantizar que se les dedique toda la atención que merecen.

