

Estas tablas sinópticas representan las mejores estimaciones de la OMS – basadas en los datos probatorios disponibles en 2004 –, y no las estimaciones oficiales de los Estados Miembros. Estas estimaciones se han calculado utilizando categorías y métodos normalizados para asegurar la comparabilidad entre países. Por consiguiente, no siempre coinciden con las estimaciones oficiales de éstos, ni necesariamente han sido aprobadas por el Estados Miembro de que se trate.

En el caso de los indicadores que utilizan un periodo de referencia expresado en forma de intervalo, las cifras corresponden al año más reciente del intervalo disponible; salvo en *Inequidades en salud*, donde las cifras corresponden al periodo especificado. Para obtener información sobre años específicos, definiciones de los indicadores o metadatos, pueden consultar el sitio <http://www.who.int/whosis>.

... Datos no disponibles o no aplicables.

En el caso de las tasas y razones, las adiciones mundiales, regionales y de los ingresos son promedios ponderados, cuando procede, mientras que cuando se trata de valores absolutos, son sumas. Algunos Estados Miembros no se han asociado a ningún grupo de ingresos, y no se han tenido en cuenta en los cálculos agregados. Se han calculado valores agregados únicamente cuando se disponía de datos para el 50% de la población del grupo.

Tabla 1 Mortalidad y carga de morbilidad

^a *Life tables for WHO Member States*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (http://www.who.int/whosis/database/life_tables/life_tables.cfm).

^b En las estimaciones sobre la esperanza de vida sana (EVAS) se emplean los métodos descritos en el anexo estadístico del *Informe sobre la salud en el mundo 2004 – Cambiemos la historia*. Las estimaciones correspondientes a 2007 se han revisado para tener en cuenta las estimaciones sobre la carga mundial de morbilidad para los Estados Miembros en el año 2004, y pueden no ser totalmente comparables con las correspondientes a 2002 que aparecen publicadas en *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2007*. Estas estimaciones se han calculado utilizando categorías y métodos normalizados para asegurar la comparabilidad entre países. Por consiguiente, no siempre coinciden con las estimaciones oficiales de éstos, ni necesariamente han sido aprobadas por el Estados Miembro de que se trate.

^c *Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates 2004*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596145_eng.pdf).

Tabla 2 Mortalidad y morbilidad por causas específicas

^a *Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2005/mme_2005.pdf). Los valores agregados de los grupos de ingresos se calculan utilizando la *World Bank list of economies 2005*.

^b Basado en *2008 report on the global AIDS epidemic*. Ginebra, ONUSIDA y Organización Mundial de la Salud, 2008. Véase el Anexo: HIV and AIDS estimates and data, 2007 and 2001 (http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1510_2008_global_report_pp211_234_en.pdf). Este documento ofrece intervalos de estimaciones.

^c *World malaria report 2008*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (<http://www.who.int/malaria/wmr2008>). Véase el Anexo 1: Estimating the numbers of malaria cases and deaths by country in 2006.

^d Se han clasificado como defunciones debidas a la tuberculosis de acuerdo con la *Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud*, décima revisión (A15–A19, B90). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1992. *Global tuberculosis control: epidemiology, planning, financing: WHO report 2009*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (WHO/HTM/TB/2009.411) (http://www.who.int/tb/publications/global_report).

^e Estas defunciones se clasifican como casos de enfermedad por VIH resultante en tuberculosis (B20.0) según la *Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud*, décima revisión. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1992. Están contabilizadas en el número de defunciones por el VIH/SIDA (B20–B24). *Global tuberculosis control: epidemiology, planning, financing: WHO report 2009*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (WHO/HTM/TB/2009.411) (http://www.who.int/tb/publications/global_report).

^f *Mortality and burden of disease estimates for WHO Member States in 2004*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (<http://www.who.int/entity/healthinfo/statistics/bodgbddeathdalyestimates.xls>).

^g Las tasas están estandarizadas según la edad respecto de la población estándar mundial de la OMS. Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. *Age standardization of rates: a new WHO standard*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (GPE Discussion Paper Series No. 31) (<http://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf>).

- ^h APP, años de vida perdidos por muerte prematura.
- ⁱ La suma de las proporciones individuales puede no alcanzar el 100% debido al redondeo.
- ^j Entre las enfermedades transmisibles se incluyen las causas maternas, los trastornos surgidos durante el periodo perinatal y las carencias nutricionales.
- ^k Entre las causas neonatales se incluyen la diarrea durante el periodo neonatal. Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE, WHO Child Health Epidemiology Reference Group. WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet*, 2005, 365:1147–1152. *Mortality profiles*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (<http://www.who.int/whosis/mort/profiles/en/>). Las causas neonatales representan las causas que aparecen en el periodo perinatal, que son un subconjunto de las causas de defunción en el periodo neonatal.
- ^l TB, tuberculosis. Los datos corresponden a todas las formas de tuberculosis, incluida la tuberculosis oportunista en personas infectadas por el VIH. *Global tuberculosis control: epidemiology, planning, financing: WHO report 2009*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (WHO/HTM/TB/2009.411) (http://www.who.int/tb/publications/global_report).

Tabla 3 Número de casos notificados de una selección de enfermedades infecciosas

- ^a Cólera, 2007. *Weekly epidemiological record*, 2008, 31:269–284 (<http://www.who.int/wer>).
- ^b *WHO/UNICEF estimates of disease incidence* [base de datos en línea]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (http://www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/timeseries/tsincidedip.htm).
- ^c Casos confirmados notificados al Departamento de Alerta y Respuesta ante Epidemias y Pandemias de la OMS.
- ^d Los casos se confirman mediante pruebas de laboratorio.
- ^e Situación mundial de la lepra, principios de 2008. *Weekly epidemiological record*, 2008, 33:293–300 (<http://www.who.int/wer>).
- ^f *World malaria report 2008*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (<http://www.who.int/malaria/wmr2008/>).
- ^g Casos sospechosos de meningitis notificados al Departamento de Alerta y Respuesta ante Epidemias y Pandemias de la OMS.
- ^h Casos compilados por la Oficina Regional de la OMS para África.
- ⁱ Número de nuevos casos bacilíferos notificados a la OMS en el marco de la estrategia DOTS. *Global tuberculosis control: epidemiology, planning, financing: WHO report 2009*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (WHO/HTM/TB/2009.411) (http://www.who.int/tb/publications/global_report).

Tabla 4 Cobertura de los servicios de salud

- ^a *WHO reproductive health indicators database, 2008 update*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/RHRxmls/RHRmainpage.htm).
- ^b *WHO global database on births attended by skilled health personnel, 2008 update*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009. (http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/index.html).
- ^c Proporción de neonatos protegidos al nacer frente al tétanos neonatal mediante la inmunización materna con anatoxina tetánica; estimación basada en un modelo matemático que toma en cuenta la inmunización de la madre en la infancia, durante el embarazo y en campañas de vacunación antitetánica. El modelo se describe en: Griffiths UK, Wolfson LJ, Quddus A, Younus M, Hafiz RA. Incremental cost–effectiveness of supplementary immunization activities to prevent neonatal tetanus in Pakistan. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:643–651.
- ^d Sarampión, vacunas que contengan el antígeno del virus del sarampión (MCV); DTP3, 3 dosis de vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina; HepB3, 3 dosis de vacuna contra la hepatitis B; Hib3, 3 dosis de vacuna contra la *Haemophilus influenzae* tipo B. *WHO/UNICEF estimates of national immunization coverage* [base de datos en línea]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (http://www.who.int/immunization_monitoring/routine/immunization_coverage/en/index4.html). Estimaciones basadas en los datos disponibles hasta septiembre de 2008. En los países que recomiendan la primera dosis de vacuna antisarampionosa en niños mayores de 12 meses, el indicador se calcula como la proporción de niños menores de 24 meses que reciben una dosis de vacuna que contenga el antígeno del virus del sarampión.
- ^e Datos compilados por Encuestas Demográficas y de Salud (DHS), de la OMS, y Encuestas de Conglomerados de Indicadores Múltiples (MICS). (<http://www.measuredhs.com>, http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html).
- ^f *World malaria report 2008*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (<http://www.who.int/malaria/wmr2008/>). Véase el Anexo 6.

- ⁸ Las mujeres con necesidad insatisfecha de planificación familiar son las que, en el momento de realizarse la encuesta, estaban casadas o cohabitaban en pareja, en edad de procrear, no utilizaban anticonceptivos y manifestaron su deseo de no tener más hijos o de retrasar el siguiente embarazo.
- ^h *World contraceptive use 2007* [cuadro mural]. Nueva York, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Secretaría de las Naciones Unidas, 2008.
- ⁱ PTMN, prevención de la transmisión de la madre al niño. En esta tabla sólo figuran datos correspondientes a países con epidemias generalizadas. Los valores agregados por regiones y nivel de ingresos están basados en datos para todos los países de ingresos bajos y medianos, cuando se dispone de ellos.
- ^j *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report, 2008*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2008. Este documento ofrece intervalos de estimaciones.
- ^k TB, tuberculosis; DOTS, estrategia de lucha antituberculosa recomendada internacionalmente. La tasa de detección es el número de nuevos casos bacilíferos notificados a la OMS en el marco de la estrategia DOTS, dividido por el número estimado de nuevos casos bacilíferos. *Global tuberculosis control: epidemiology, planning, financing: WHO report 2009*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (WHO/HTM/TB/2009.411) (http://www.who.int/tb/publications/global_report).
- ^l La tasa de éxito del tratamiento es el porcentaje de nuevos pacientes bacilíferos registrados para recibir el DOTS que se curaron (con confirmación de laboratorio) o completaron el tratamiento. *Global tuberculosis control: epidemiology, planning, financing: WHO report 2009*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (WHO/HTM/TB/2009.411) (http://www.who.int/tb/publications/global_report).
- ^m Estimación.
- ⁿ Comprende menos del 5% de los partos atendidos por profesionales de salud de nivel superior que no son médicos, enfermeras o parteras.
- ^o Los datos son preliminares o provisionales.
- ^p Los datos corresponden a mujeres en edad fecunda sexualmente activas.
- ^q Partos en centros sanitarios.
- ^r Comprende los partos atendidos por profesionales de salud de nivel superior que no son médicos, enfermeras o parteras; no se dispone del intervalo.
- ^s Comprende más del 15% de los partos atendidos por profesionales de salud de nivel superior que no son médicos, enfermeras o parteras.
- ^t Comprende el 5-15% de los partos atendidos por profesionales de salud de nivel superior que no son médicos, enfermeras o parteras.
- ^u Necesidad insatisfecha de anticonceptivos en mujeres que manifiestan el deseo de limitar su número de embarazos.
- ^v Los datos corresponden a hombres y mujeres en edad fecunda que cohabitan en pareja.
- ^w Cinco o más visitas.
- ^x Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos.
- ^y Tres o más visitas.
- ^z Los datos corresponden a todas las mujeres en edad fecunda.
- ^{aa} Excepto Irlanda del Norte.
- ^{ab} Datos del sector público únicamente.
- ^{ac} Incluye a las mujeres cuyas relaciones no son de cohabitación, pero son estables.
- ^{ad} Seis o más visitas.

Tabla 5 Factores de riesgo

- ^a *Joint monitoring programme for water supply and sanitation* [online database]. Ginebra, OMS y UNICEF, 2008 (<http://www.wssinfo.org/en/wecome.html>).
- ^b *UNICEF global database on low birthweight*. Nueva York, UNICEF, 2008 (http://www.childinfo.org/low_birthweight_profiles.php).
- ^c *WHO global data bank on infant and young child feeding* [online database]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (<http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/en/index.html>).

- ^d *Global database on child growth and malnutrition* [online database]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (<http://www.who.int/nutgrowthdb/database/en>). Las estimaciones de la prevalencia están basadas en patrones de la OMS.
- ^e Las comparaciones entre países pueden verse limitadas por diferencias en las características de la muestra o en los años de encuesta. Fuente: *Global database on body mass index (BMI)* [base de datos en línea]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (<http://www.who.int/bmi>).
- ^f *Global information system on alcohol and health* [online database]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (<http://www.who.int/globalatlas/DataQuery/default.asp>).
- ^g *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008: Plan de medidas MPOWER*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. Véase el Apéndice III: Estimaciones de prevalencia estandarizadas por edad para los Estados Miembros de la OMS. Definido como ser fumador de cualquier tipo de tabaco (cigarrillos, puros, pipas, bidis, etc.) en el momento de la encuesta. Para el cálculo del número de fumadores en todo el mundo, se utilizan las estimaciones de prevalencia no estandarizadas por edades.
- ^h *WHO/CDC global youth tobacco survey (GYTS)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (<http://www.cdc.gov/tobacco/global/GYTS/results.htm>). Los datos se refieren al uso de tabaco en todas sus formas durante los últimos 30 días.
- ⁱ Porcentaje de mujeres y hombres de 15–49 años que han tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y han comunicado el uso de un preservativo durante su última relación sexual. Los datos proceden de Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) y no incluyen los datos notificados por los países. *2008 report on the global AIDS epidemic*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Organización Mundial de la Salud, 2008. Véase el Anexo 2: Country Progress Indicators.
- ^j Porcentaje de hombres y mujeres de 15–24 años que identifican correctamente los medios para prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazar las principales ideas equivocadas sobre la transmisión del VIH. Los datos proceden de Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) y Encuestas de Conglomerados de Indicadores Múltiples (MICS), y no incluyen los datos notificados por los países. *2008 report on the global AIDS epidemic*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Organización Mundial de la Salud, 2008. Véase el Anexo 2: Country Progress Indicators.
- ^k Se extrapolaron las encuestas en ciudades para obtener las cifras nacionales que figuran en el presente informe.
- ^l El límite inferior es mayor que 15.
- ^m El límite superior es igual o mayor que 65.
- ⁿ El centro de enlace nacional no validó los datos a tiempo para su publicación en el presente informe.
- ^o El límite superior es 49.
- ^p El límite superior es de 54 a 60.
- ^q Datos comunicados por los entrevistados.
- ^r El límite superior es 64.

Tabla 6 Personal sanitario, infraestructura, medicamentos esenciales

- ^a Fuente: *WHO global atlas of the health workforce*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (http://www.who.int/globalatlas/autologin/hrh_login.asp). Sírvanse consultar esta fuente para obtener las actualizaciones más recientes, las estadísticas desglosadas del personal sanitario y los descriptores de metadatos.
- ^b En función de la organización del sistema nacional de salud y la disponibilidad de los datos, puede incluir un amplio abanico de dispensadores de servicios de salud de nivel superior, tales como farmacéuticos, profesionales sanitarios de los laboratorios, profesionales sanitarios del sector público y del medio ambiente, médicos ayudantes, dietistas y nutriólogos, terapeutas de rehabilitación, operadores de instrumental médico y odontológico, optometristas y ópticos, personal de atención de salud, psicólogos, profesionales de la medicina tradicional y otros.
- ^c Fuentes: *PAHO basic indicators 2008*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 2008 (<http://www.paho.org/English/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>); *European health for all database (HFA-DB)*. Copenhage, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2008 (<http://data.euro.who.int/hfadb>); *Country health information profiles (CHIPS)*. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 2008 (<http://www.wpro.who.int/countries/countries.htm>); *Core health indicators and MDGs*. Nueva Delhi, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental, 2008 (<http://203.90.70.117/esidas/CoreHealthData.asp>); datos adicionales compilados por la Oficina Regional para África y la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental de la OMS.
- ^d Fuente: Encuestas sobre precios y disponibilidad de los medicamentos realizadas con arreglo a los métodos normalizados de la OMS/HAI entre 2001 y 2007. Se pueden consultar en el sitio <http://www.haiweb.org/medicineprices/>. En las encuestas individuales, la disponibilidad se notifica como porcentaje de puntos de venta donde se encontró un medicamento el día en que se recogieron los datos. Como las cestas de medicamentos varían según los países, los resultados no son exactamente

comparables. Se determina la disponibilidad media para la lista específica de medicamentos utilizada en cada encuesta, sin tener en cuenta las formas o dosis farmacéuticas alternas de esos productos ni sus alternativas terapéuticas. Los datos del sector público pueden ser limitados debido a que la lista de medicamentos de la encuesta tal vez no se corresponda con las listas nacionales de medicamentos esenciales (si existen), y a la posibilidad de que algunos servicios del sector público no tengan existencias de todos los medicamentos de la encuesta. Este problema se ha abordado en la edición revisada del instrumento de encuesta, que permite analizar los datos del sector público en función del nivel de atención y de la situación relativa a la lista de medicamentos esenciales.

- ^e Proporción del precio al consumidor = proporción del precio unitario medio local con respecto al precio de referencia internacional establecido por Management Sciences for Health (MSH) para determinados medicamentos genéricos. Fuente: Encuestas sobre precios y disponibilidad de los medicamentos realizadas con arreglo a los métodos normalizados de la OMS/HAI entre 2001 y 2007. Se pueden consultar en el sitio <http://www.haiweb.org/medicineprices/>. No se han ajustado las diferencias en los datos con respecto al año utilizado para el precio de referencia establecido por MSH, las fluctuaciones del tipo de cambio, las tasas nacionales de inflación, las variaciones en las paridades del poder adquisitivo, los niveles de desarrollo y otros factores. En cada encuesta, se obtienen las proporciones medias de los precios al consumidor para la cesta de medicamentos incluidos en la encuesta y encontrados al menos en cuatro puntos de venta. Como las cestas de medicamentos varían según los países, los resultados no son exactamente comparables. Sin embargo, se pueden consultar datos sobre medicamentos específicos en el sitio <http://www.haiweb.org/medicineprices/> y se pueden realizar comparaciones entre subgrupos de medicamentos comunes a las cestas.
- ^f Las camas hospitalarias comprenden las camas de ingreso y las de maternidad. Incluye las camas de maternidad; no incluye las cunas y las camas de parto.
- ^g Los datos corresponden a un año anterior a 2000.
- ^h La encuesta no se realizó en los puntos de venta de medicamentos del sector público.
- ⁱ Sólo se refiere al sector público.
- ^j Los datos sobre la disponibilidad no se incluyeron ya que se evaluaron con métodos diferentes de los empleados en el método actual de la OMS/HAI.
- ^k Promedio simple de dos encuestas sobre precios y disponibilidad de medicamentos realizadas en las provincias de Shandong y Shanghai, China.
- ^l Los medicamentos se ofrecen de forma gratuita a los pacientes del sector público.
- ^m Promedio simple de siete encuestas sobre precios y disponibilidad de medicamentos realizadas en India (Chennai, Haryana, Karnataka, Maharashtra (12 distritos), Maharashtra (4 regiones), Rajastán y Bengala Occidental).
- ⁿ De acuerdo con las modificaciones en la metodología normalizada de la OMS/HAI para medir los precios y la disponibilidad de los medicamentos, significa que se ha notificado un porcentaje de disponibilidad.
- ^o Basado en una encuesta sobre precios y disponibilidad de medicamentos realizada en la provincia de Gauteng, Sudáfrica.
- ^p Promedio simple de tres encuestas sobre precios y disponibilidad de medicamentos realizadas en el Sudán (Estados de Gadarif, Jartum y Kordofan).

Tabla 7 Gasto en salud

- ^a *Health expenditure series*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, febrero de 2009 (las actualizaciones más recientes se pueden consultar en el sitio <http://www.who.int/nha/country/en/index.html>). Las cifras regionales, mundiales y de ingresos se calculan mediante las paridades del poder adquisitivo (PPA). Los porcentajes inferiores al 0,05% pueden aparecer como cero. En el caso de los indicadores del gasto per cápita, esto se representa como <1. Los países donde el ejercicio económico empieza en julio, los datos sobre el gasto se han asignado al año civil más reciente, por ejemplo, los datos para 2006 corresponden al ejercicio económico 2005–2006.
- ^b En algunos casos, la suma de los porcentajes del gasto del gobierno general y del gasto privado en salud puede no sumar 100% debido al redondeo.
- ^c Se ha utilizado una nueva serie de paridades del poder adquisitivo (PPA) derivada del Programa de Comparación Internacional (PCI) 2005 del Banco Mundial.
- ^d Las estimaciones deben interpretarse con cautela, ya que se han obtenido a partir de datos limitados.
- ^e Los porcentajes publicados en el presente informe se calculan utilizando el PIB legal (es decir, excluido el opio) y el gasto del gobierno, sin incluir los gastos en asistencia externa al desarrollo con cargo al presupuesto.
- ^f Las omisiones en los niveles de gasto en salud per cápita se deben a que la paridad del poder adquisitivo no estaba disponible. Valores expresados en dólares internacionales.

- ^e Alrededor del 30% del gasto en los servicios de atención residencial a las personas mayores tiene fines sanitarios, pero su cálculo regular resulta complejo, por lo que actualmente no se incluye como gasto en salud. Este gasto ascendió aproximadamente a 2.100 millones de dólares en 2005–2006, es decir, el 0,2% del PIB.
- ^h En toda la serie se realizaron ajustes según los cambios del tipo de cambio.
- ⁱ Los niveles de gasto en salud per cápita están basados en estimaciones preliminares de la paridad del poder adquisitivo al tipo de cambio del dólar internacional.
- ^j Estimaciones actualizadas mediante datos de reciente acceso procedentes de las cuentas nacionales de salud, encuestas o información facilitada durante consultas nacionales.
- ^k Las estimaciones sobre el gasto general del gobierno en salud (GGGS) y el gasto privado en salud (GPS) para el año 2000 corresponden a los conceptos y definiciones que se describen en los datos de salud de la OCDE, aplicados también por la OMS/CNS. Las estimaciones sobre el GGGS y el GPS para 2006 corresponden a los conceptos y definiciones adoptados en el Cuestionario Conjunto de Cuentas de Salud Eurostat-OCDE-OMS.
- ^l En el sitio web de la OMS/CNS se puede consultar una descripción de las estimaciones para 2006, que corresponden a los conceptos y definiciones adoptados en el Cuestionario Conjunto de Cuentas de Salud Eurostat-OCDE-OMS.
- ^m El censo reciente en el país ha mostrado diferencias en los datos poblacionales. Sin embargo, los niveles per cápita de esta tabla se han calculado sobre la base de los datos que figuran en la base de datos de la División de Población de las Naciones Unidas (UNPOP).
- ⁿ Las fuentes de los datos notificados son las cuentas financieras y no las cuentas satélite.
- ^o En 2002 se pasó de un sistema de tipos de cambio múltiples a un tipo de cambio flotante gestionado. Hasta ese año se empleaba el tipo de cambio del mercado interbancario.
- ^p Las estimaciones no incluyen los gastos correspondientes al norte de Iraq.
- ^q Los datos para el ejercicio económico que finaliza el 30 de junio se consideran como los del año más reciente. Los datos poblacionales se han revisado de acuerdo con la revisión de la División de Población de las Naciones Unidas 2006.
- ^r El gasto público en salud comprende las aportaciones del Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente (OOPS) a los refugiados palestinos residentes en Jordania.
- ^s Tras la declaración de la independencia el 3 de junio de 2006, Serbia y Montenegro son ahora dos Estados separados. El gasto en salud para los años anteriores se ha estimado por separado para cada país.
- ^t Para calcular las cifras per cápita se utiliza la tasa de cambio del mercado.
- ^u El tipo de cambio utilizado para la República Árabe Siria es el tipo de cambio del Banco Central de Siria para transacciones no comerciales.
- ^v Los datos relativos al gasto en salud y los datos poblacionales posteriores al año 2000 no incluyen los datos de Transdniestria.
- ^w El tipo de cambio pasó de 2,15 won en 2001 a 152 won en 2002. Esto explica los súbitos cambios de los niveles per cápita entre 2000 y 2005.
- ^x Las estimaciones no incluyen los gastos de las provincias de Kosovo y Metohia, bajo la administración de las Naciones Unidas.
- ^y El PIB no incluye los ingresos del petróleo.
- ^z Hasta 2007, el ejercicio económico finalizaba en junio. El segundo trimestre de ese año se ha utilizado como periodo de transición para equiparar el ejercicio económico al año civil. Los datos relativos a los gastos se han asignado al año civil anterior; por ejemplo, los datos de 2005 corresponden al ejercicio económico 2005–2006 y se han ajustado para 2007.

Tabla 8 Inequidades en salud

- ^a Fuentes: Salvo indicación contraria, los datos proceden de las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) realizadas desde 1990. Las cifras estratificadas por “lugar de residencia” y “nivel educativo de la madre” se extrajeron de los datos de las DHS utilizando el programa STATcompiler o informes de las citadas encuestas (<http://www.measuredhs.com/>, consultadas el 1º de diciembre de 2008). Las cifras estratificadas por “nivel de riqueza” se extrajeron de los informes de las DHS. Cuando los informes no contenían dichos datos, lo que ocurría sobre todo en el caso de las encuestas realizadas en 2001 o antes, las cifras se extrajeron de Gwatkin DR, Rutstein S, Johnson K, Suliman E, Wagstaff A, Amouzou A. *Socio-economic differences in health, nutrition and population within developing countries: an overview*. Washington, DC, Banco Mundial, 2007 (<http://go.worldbank.org/XJK7WKSE40>). Las cifras de las columnas “Diferencia” se pueden haber redondeado.

- ^b Los datos extraídos de las encuestas DHS se refieren a los nacimientos que se han producido durante los 5 años anteriores a la encuesta, salvo indicación contraria. Los datos extraídos de las MICS se refieren a los nacimientos que se han producido durante los 2 años anteriores a la encuesta.
- ^c Los datos se refieren a la cobertura de la vacunación antisarampionosa o SPR (sarampión, parotiditis y rubéola) a los 12, 15, 18 ó 24 meses, según el país.
- ^d Para todos los países cuya fuente son las encuestas DHS, la tasa de mortalidad de menores de 5 años se basa en el periodo de 10 años anterior a la encuesta, salvo en el caso de Turquía y la India, para los que se basa en el periodo de cinco años que precede a la encuesta.
- ^e El menor nivel educativo de la madre es “ninguna educación”; el mayor nivel es “secundaria o superior”.
- ^f Los datos proceden de las Encuestas de Conglomerados de Indicadores Múltiples (MICS) (ronda 3). Todas las cifras de las MICS se extrajeron de informes de los países disponibles en el sitio web del UNICEF (<http://www.childinfo.org/>, consultados el 13 de febrero de 2009).
- ^g Las cifras entre paréntesis están basadas en un pequeño número de casos (25–49 casos no ponderados).
- ^h Los datos sobre “Partos atendidos por personal de salud calificado” corresponden a partos ocurridos en los 3 años anteriores a la encuesta.

Tabla 9 Estadísticas demográficas y socioeconómicas

- ^a *World population prospects: the 2006 revision*. Nueva York, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Secretaría de las Naciones Unidas, 2007.
- ^b *United Nations demographic yearbook 2006*. Nueva York, División de Estadística de las Naciones Unidas, 2008 (<http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2006.htm>).
- ^c *WHO mortality database: tables* [online database]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (HYPERLINK “<http://www.who.int/>” <http://www.who.int/healthinfo/morttables>).
- ^d *World fertility data 2008*, CD-ROM, POP/DB/Fert/Rev.2008. Nueva York, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Secretaría de las Naciones Unidas, 2009.
- ^e *Centro de datos del Instituto de Estadística de la UNESCO* [base de datos en línea]. Montreal, Instituto de Estadística de la UNESCO, 2007 (<http://stats.uis.unesco.org>, consultada el 13 de febrero de 2009).
- ^f Dólares internacionales PPP: paridad del poder adquisitivo al tipo de cambio del dólar internacional. *World development indicators 2007*. Washington, DC, Banco Mundial, 2008 (<http://www.worldbank.org/data>, consultado el 13 de febrero de 2009).
- ^g *World Bank PovcalNet*. Washington, DC, Banco Mundial, 2008 (<http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/jsp/index.jsp>, consultado el 13 de febrero de 2009). Estas cifras reflejan el umbral de pobreza del Banco Mundial por defecto.
- ^h La definición normalizada incluye el porcentaje de niños menores de cinco años que estaban registrados en el momento de la encuesta. El numerador de este indicador comprende a los niños cuyo certificado de nacimiento fue visto por el entrevistador o cuya madre o cuidador dijo que el nacimiento había sido registrado. *The state of the world's children 2009: Maternal and newborn health*. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2009.
- ⁱ International Data Base (IDB). Washington, DC, US Census Bureau, 2009 (<http://www.census.gov/ipc/www/idb>, consultada el 13 de febrero de 2009).
- ^j Los datos corresponden a 2005.
- ^k Difiere de la definición normalizada.
- ^l Los datos corresponden a 2006.
- ^m A efectos estadísticos, los datos correspondientes a China no incluyen las Regiones Administrativas Especiales de Hong Kong y Macao.
- ⁿ Los datos corresponden a 2004.

Regiones de la OMS*

Región de África: Angola, Argelia, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camerún, Chad, Comoras, Congo, Côte d'Ivoire, Eritrea,* Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauricio, Mauritania, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Seychelles, Sierra Leona, Sudáfrica, Swazilandia, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabwe

Región de las Américas: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela (República Bolivariana de)

Región de Asia Sudoriental: Bangladesh, Bhután, India, Indonesia, Maldivas, Myanmar, Nepal, República Popular Democrática de Corea, Sri Lanka, Tailandia, Timor-Leste*

Región de Europea: Albania, Alemania, Andorra,* Armenia,* Austria, Azerbaiyán,* Belarús, Bélgica, Bosnia y Herzegovina,* Bulgaria, Chipre, Croacia,* Dinamarca, Eslovaquia,* Eslovenia,* España, Estonia,* Ex República Yugoslava de Macedonia,* Federación de Rusia, Finlandia, Francia, Georgia,* Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Kazajstán,* Kirguistán,* Letonia,* Lituania,* Luxemburgo, Malta, Mónaco, Montenegro,* Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Checa,* República de Moldova,* Rumania, San Marino, Serbia,* Suecia, Suiza, Tayikistán,* Turkmenistán,* Turquía, Ucrania, Uzbekistán*

Región del Mediterráneo Oriental: Afganistán, Arabia Saudita, Bahrein, Djibouti, Egipto, Emiratos Árabes Unidos, Irán (República Islámica del), Iraq, Jamahiriya Árabe Libia, Jordania, Kuwait, Líbano, Marruecos, Omán, Pakistán, Qatar, República Árabe Siria, Somalia, Sudán, Túnez, Yemen

Región del Pacífico Occidental: Australia, Brunei Darussalam, Camboya, China, Fiji, Filipinas, Islas Cook, Islas Marshall,* Islas Salomón, Japón, Kiribati, Malasia, Micronesia (Estados Federados de),* Mongolia, Nauru,* Niue,* Nueva Zelandia, Palau,* Papua Nueva Guinea, República de Corea, República Democrática Popular Lao, Samoa, Singapur, Tonga, Tuvalu,* Vanuatu, Viet Nam

Grupos de ingresos**

Ingresos bajos: Afghanistan, Bangladesh, Benin, Burkina Faso, Burundi, Camboya, Chad, Comoras, Côte d'Ivoire, Eritrea, Etiopía, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Haití, Islas Salomón, Kenya, Kirguistán, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauritania, Mozambique, Myanmar, Nepal, Níger, Nigeria, Pakistán, Papua Nueva Guinea, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Democrática Popular Lao, República Popular Democrática de Corea, República Unida de Tanzania, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Tayikistán, Togo, Uganda, Uzbekistán, Viet Nam, Yemen, Zambia, Zimbabwe

Ingresos medianos bajos: Albania, Angola, Argelia, Armenia, Azerbaiyán, Bhután, Bolivia, Bosnia y Herzegovina, Cabo Verde, Camerún, China, Colombia, Congo, Djibouti, Ecuador, Egipto, El Salvador, Ex República Yugoslava de Macedonia, Filipinas, Georgia, Guatemala, Guyana, Honduras, India, Indonesia, Irán (República Islámica del), Iraq, Islas Marshall, Jordania, Kiribati, Lesotho, Maldivas, Marruecos, Micronesia (Estados Federados de), Mongolia, Namibia, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Árabe Siria, República Dominicana, República de Moldova, Samoa, Sri Lanka, Sudán, Swazilandia, Tailandia, Timor-Leste, Tonga, Túnez, Turkmenistán, Ucrania, Vanuatu

Ingresos medianos altos: Argentina, Belarús, Belice, Botswana, Brasil, Bulgaria, Chile, Costa Rica, Croacia, Cuba, Dominica, Federación de Rusia, Fiji, Gabón, Granada, Jamahiriya Árabe Libia, Jamaica, Kazajstán, Letonia, Líbano, Lituania, Malasia, Mauricio, México, Montenegro, Palau, Panamá, Polonia, Rumania, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Serbia, Seychelles, Sudáfrica, Suriname, Turquía, Uruguay, Venezuela (República Bolivariana de)

Ingresos altos: Alemania, Andorra, Antigua y Barbuda, Arabia Saudita, Australia, Austria, Bahamas, Bahrein, Barbados, Bélgica, Brunei Darussalam, Canadá, Chipre, Dinamarca, Emiratos Árabes Unidos, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estados Unidos de América, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Guinea Ecuatorial, Hungría, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Japón, Kuwait, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Nueva Zelandia, Omán, Países Bajos, Portugal, Qatar, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Checa, República de Corea, San Marino, Singapur, Suecia, Suiza, Trinidad y Tabago

Las Islas Cook, Nauru, Niue y Tuvalu no entran en las categorías de grupos de ingresos, y por consiguiente no se incluyen en el cómputo de los índices agregados por grupos de ingresos.

* Puede que el Estado haya asociado cifras correspondientes a periodos anteriores a su ingreso en la OMS.

** *World Bank list of economies (July 2008)*. Banco Mundial, julio de 2008 (<http://siteressources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/CLASS.XLS>).