



## Parte I

Objetivos de Desarrollo  
del Milenio  
relacionados con la salud

## Resumen de la situación actual y las tendencias

La salud es un elemento esencial de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los Objetivos 4, 5 y 6 se centran específicamente en la salud, pero todos los demás objetivos tienen aspectos relacionados con la salud; su consecución no será posible sin avances en la seguridad alimentaria, la igualdad de género, el empoderamiento de la mujer, la ampliación del acceso a la educación y una mejor gestión del medio ambiente.

A mitad del periodo comprendido entre 2000 y 2015, el análisis revela señales de progreso alentadoras, en particular por lo que se refiere a la salud infantil; señala que en algunas zonas deben mantenerse los actuales progresos, sobre todo en relación con el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo; e indica las esferas en las que apenas ha habido cambios, en particular la salud materna y neonatal. Hay datos más detallados y actualizados de 2008, recogidos en las *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009*, que demuestran que existen grandes diferencias en los progresos logrados según los países y regiones de que se trate, e incluso dentro de cada región país o región. Con la mirada puesta en 2015 y más allá, los problemas que generan los sistemas de salud débiles, la transición epidemiológica y las nuevas amenazas para la salud se harán cada vez más patentes.

Globalmente, la proporción de niños menores de cinco años que padecen desnutrición (de acuerdo con los Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS) se redujo del 27% en 1990 al 20% en 2005. Sin embargo, el progreso ha sido desigual y se estima que 112 millones de niños tienen un peso inferior al normal. La desnutrición es una causa subyacente en más de un tercio de las defunciones infantiles.

Según las estimaciones, en 2007 hubo 9 millones de muertes infantiles, significativamente menos que la cifra de 12,5 millones estimada en 1990, y a lo largo de ese periodo la **tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años** disminuyó un 27% y pasó a 67 por 1000 nacidos vivos en 2007. El objetivo de reducir la mortalidad infantil depende cada vez más de la lucha contra la **mortalidad neonatal**; a nivel mundial, se estima que el 37% de las defunciones entre los niños menores de cinco años se producen en el primer mes de vida, la mayoría en la primera semana. Los países que logran menos progresos son generalmente los afectados por altos niveles de VIH/SIDA, dificultades económicas o conflictos.

Cabe atribuir una gran parte de los progresos logrados en la reducción de la mortalidad infantil al aumento de la cobertura de inmunización, del uso de terapias de rehidratación oral durante episodios de diarrea, del uso de mosquiteros tratados con insecticida, del acceso a los tratamientos combinados con artemisinina, a los esfuerzos para eliminar la morbilidad debida a la infección por *Haemophilus influenzae* de tipo b, y a la reducción de la incidencia de la morbilidad debido a la mejora del agua y del saneamiento. Sin embargo, dada la disponibilidad y utilización limitadas de las intervenciones de demostrada eficacia a nivel comunitario, la neumonía y la diarrea siguen matando cada año a 3,8 millones de niños menores de cinco años.

Cada año unas 536 000 mujeres mueren de complicaciones durante el embarazo o el parto, el 99% de ellas en países en desarrollo. La tasa mundial de **mortalidad materna**, de 400 defunciones maternas por 100 000 nacidos vivos en 2005, apenas ha cambiado desde 1990. La mayoría de las defunciones maternas se producen en la Región de África, donde la tasa de mortalidad materna es de 900 por 100 000 nacidos vivos, sin que se hayan registrado mejoras mensurables entre 1990 y 2005.

Los avances en la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas dependen de la mejora del acceso a servicios de salud materna y reproductiva de calidad y la utilización de los mismos. La proporción de mujeres embarazadas en el mundo en desarrollo que tuvieron al menos una visita de **atención prenatal** aumentó de poco más de la mitad a principios del decenio de 1990 a casi las tres cuartas partes un decenio más tarde. Durante el periodo 2000-2008, el 65% de los **partos** a nivel mundial fueron **asistidos por personal sanitario calificado**, un 4% más que en 1990-1999.

A nivel mundial, la tasa de **uso de anticonceptivos** aumentó del 59% en 1990-1995 al 63% en 2000-2006. No obstante, en algunas regiones sigue siendo muy difícil reducir la considerable **necesidad insatisfecha de planificación familiar** y las altas tasas de **fecundidad de las adolescentes**. En todo el mundo hubo 48 nacimientos por cada 1000 mujeres de edades entre los 15-19 años en 2006, lo que representa sólo una pequeña disminución con respecto a la tasa de 51 por 1000 registrada en 2000.

Según las estimaciones, en 2006 había 3300 millones de personas con riesgo de contraer **paludismo**. De ellas, unos 1200 millones pertenecían a la categoría de alto riesgo (vivían en zonas con más de un caso registrado de paludismo por cada 1000 habitantes al año). Aunque todavía es demasiado pronto para registrar la evolución *mundial* en lo que se refiere al impacto, 27 países (cinco de ellos en África) han registrado menos casos de la enfermedad y/o de muertes como consecuencia de la enfermedad, hasta un 50% menos entre 1990 y 2006. La cobertura de las intervenciones para la prevención y el tratamiento del paludismo ha aumentado. La producción y el uso de **mosquiteros tratados con insecticida** han aumentado sustancialmente, aunque las metas mundiales todavía no se han alcanzado. En junio de 2008, todos los países y territorios con una alta carga de la enfermedad, excepto cuatro, habían adoptado el tratamiento combinado con artemisinina como tratamiento de primera línea contra el paludismo por *Plasmodium falciparum*, y se está intensificando el uso de tratamientos combinados.

La meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de detener y comenzar a reducir la incidencia de la tuberculosis se alcanzó a nivel mundial en 2004. Desde entonces, la tasa viene disminuyendo lentamente.<sup>1</sup> **Las tasas de prevalencia de la tuberculosis y de mortalidad por tuberculosis** por 100 000 habitantes disminuyeron de 296 en 1990 a 206 en 2007 para la primera, y de 28 en 1990 a 25 en 2006 para la segunda. Globalmente, la tasa de detección de la tuberculosis según el enfoque DOTS aumentó de un 11% estimado en 1995 a un 63% en 2007. La tasa de mejora en la detección se desaceleró después de 2004, principalmente como consecuencia de los éxitos logrados anteriormente en los países con mayor número de casos. Los datos relativos al **porcentaje de éxitos terapéuticos según el enfoque DOTS** indican mejoras sistemáticas, con tasas que aumentaron de 79% en 1990 a 85% en 2006. La tuberculosis multirresistente y la tuberculosis asociada al VIH plantean desafíos particulares en algunas regiones.

Nuevas estimaciones indican que 2,7 millones de personas se infectaron con el **VIH** durante 2007 y que se produjeron dos millones de defunciones relacionadas con el **SIDA**, lo que eleva el número total de personas que viven con el VIH a 33 millones. El porcentaje de adultos que viven con el VIH en todo el mundo se ha mantenido estable desde 2000. Ha aumentado el recurso a **tratamientos antirretrovirales**; en el transcurso de 2007 una cantidad adicional de un millón de personas que vivían con el VIH recibieron tratamiento antirretroviral.<sup>2</sup> No obstante, pese a ello, de los 9,7 millones de personas de países en desarrollo que según se estima necesitan tratamiento, sólo 3 millones recibían las medicinas necesarias. Se han hecho progresos en la prevención, pero a fines de 2007 sólo el 33% de las mujeres infectadas por el VIH habían recibido medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de **transmisión de la madre al niño**.

Se estima que 1200 millones de personas están afectadas por las **enfermedades tropicales desatendidas**, las infecciones crónicas discapacitantes que prosperan en condiciones de empobrecimiento y sistemas sanitarios precarios. En 2007, 546 millones de personas recibieron tratamiento para prevenir la transmisión de la filariasis linfática. Sólo se registraron 9585 casos de dracunculosis en los cinco países en los que la enfermedad es endémica, en comparación con la cifra estimada de 3,5 millones de casos registrados en 20 de esos países en 1985. La prevalencia mundial de la lepra a principios de 2008 era de 212 802 casos notificados, frente a 5,2 millones de casos en 1985.

<sup>1</sup> WHO. *Global tuberculosis control 2008 report*.

<sup>2</sup> WHO, UNAIDS, UNICEF. *Towards universal access: scaling up priority interventions in the health sector; progress report 2008*.

La **falta de agua potable y el saneamiento deficiente** son importantes factores de riesgo de mortalidad y morbilidad, con inclusión de las enfermedades diarreicas, el cólera, la infestación verminosa y la hepatitis. A nivel mundial, la proporción de la población con acceso a fuentes mejoradas de agua potable aumentó de 76% a 86% entre 1990 y 2006. Desde 1990, el número de personas en las regiones en desarrollo que utilizan instalaciones de saneamiento mejoradas se ha incrementado en 1100 millones. Sin embargo, en 2006, en 54 países se informó de que menos de la mitad de la población utilizaba servicios de saneamiento mejorados.

Aunque casi todos los países en desarrollo publican una lista de medicamentos esenciales, la **disponibilidad de medicamentos** en los servicios públicos de salud suele ser deficiente. Encuestas realizadas en unos 30 países en desarrollo indican que la disponibilidad de determinados medicamentos en los centros de salud era de sólo el 35% en el sector público y del 63% en el sector privado. La falta de medicamentos en el sector público obliga a los pacientes a comprar medicamentos en el ámbito privado. Sin embargo, en el sector privado, los medicamentos genéricos suelen venderse por varias veces su precio de referencia internacional, y por lo general las marcas de origen son todavía más caras.

Los diagramas siguientes ofrecen resúmenes regionales y país por país de los progresos registrados con respecto a los indicadores clave de los ODM de los que se dispone de datos para la mayoría de países. Los países de la región de la OMS de que se trate se clasifican según el nivel de cada indicador en el último año del que se dispone de datos. Los países sin datos disponibles, o respecto de los que un determinado indicador no es pertinente, se incluyen al final de cada lista regional.

Hay tres tipos de diagrama, según la disponibilidad de los datos para cada indicador.

### Diagrama de tipo I

Con respecto a tres indicadores, a saber, tasa de mortalidad de menores de 5 años, acceso a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua y acceso a servicios de saneamiento mejorados, los diagramas muestran los datos correspondientes al último año disponible, el índice de tendencias desde 1990 (1990=100), y el índice de la tendencia general que se requiere entre 1990 y 2015 (1990=100) para que el país alcance el Objetivo de Desarrollo del Milenio.

### Diagrama de tipo II

Con respecto a cinco indicadores, a saber, niños menores de 5 años con insuficiencia ponderal, cobertura de la vacunación antisarampionosa en niños de 1 año, partos atendidos por personal de salud cualificado, prevalencia del VIH entre adultos de 15 a 49 años y tasa de éxito del tratamiento de la tuberculosis con la estrategia DOTS, los diagramas muestran los datos correspondientes al último año disponible y el índice de tendencias desde 1990 (1990=100).

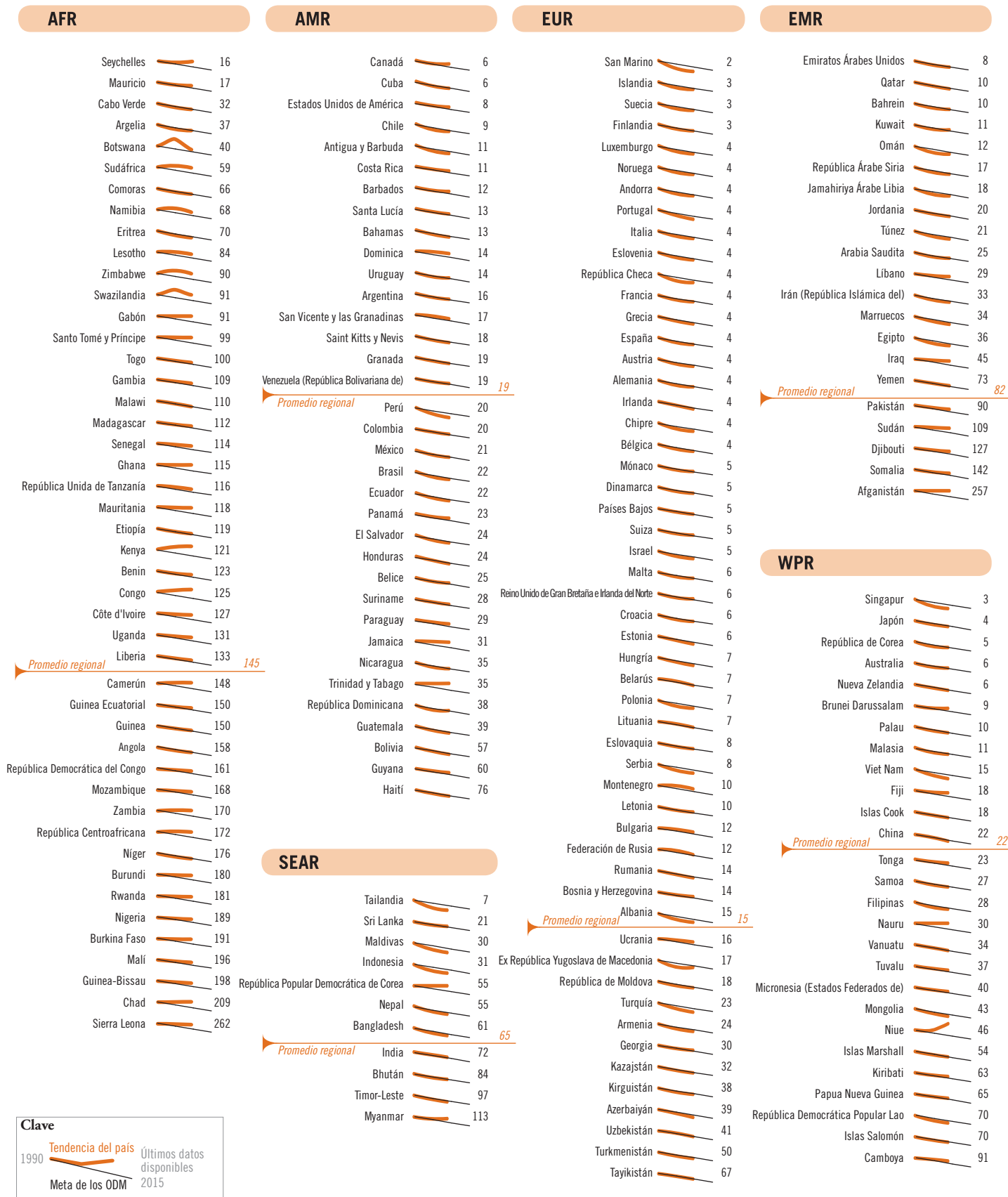
### Diagrama de tipo III

Con respecto a 10 indicadores, a saber, razón de mortalidad materna, tasa de uso de anticonceptivos, tasa de fecundidad en adolescentes, cobertura de la atención prenatal (al menos una visita), necesidad insatisfecha de planificación familiar, proporción de personas de 15 a 24 años con conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA (porcentaje), cobertura de la terapia antirretrovírica en personas con infección por VIH avanzada, tasa de mortalidad por causa de la malaria, niños menores de 5 años que duermen bajo mosquiteros tratados con insecticida, y niños menores de 5 años con fiebre que recibieron tratamiento con algún antipalúdico, los diagramas sólo muestran los datos correspondientes al último año disponible.

En las tablas de países que se indican en cada gráfico figuran más pormenores.



## 2. Tasa de mortalidad de menores de 5 años (probabilidad de morir antes de cumplir los 5 años, por 1000 nacidos vivos)



AFR = Región de África de la OMS; AMR = Región de las Américas de la OMS; SEAR = Región de Asia Sudoriental de la OMS; EUR = Región de Europa de la OMS; EMR = Región del Mediterráneo Oriental de la OMS; WPR = Región del Pacífico Occidental de la OMS.

En este gráfico se muestra la mortalidad de menores de 5 años estimada para 2007; dentro de cada región de la OMS, los países se han ordenado de menor a mayor tasa. Las líneas en negra señalan tendencias desde 1990.

Las líneas delgadas señalan la tendencia proyectada necesaria para lograr la meta del ODM de que disminuya la mortalidad en dos tercios desde 1990 a 2015.

En la tabla 1 figuran más detalles.



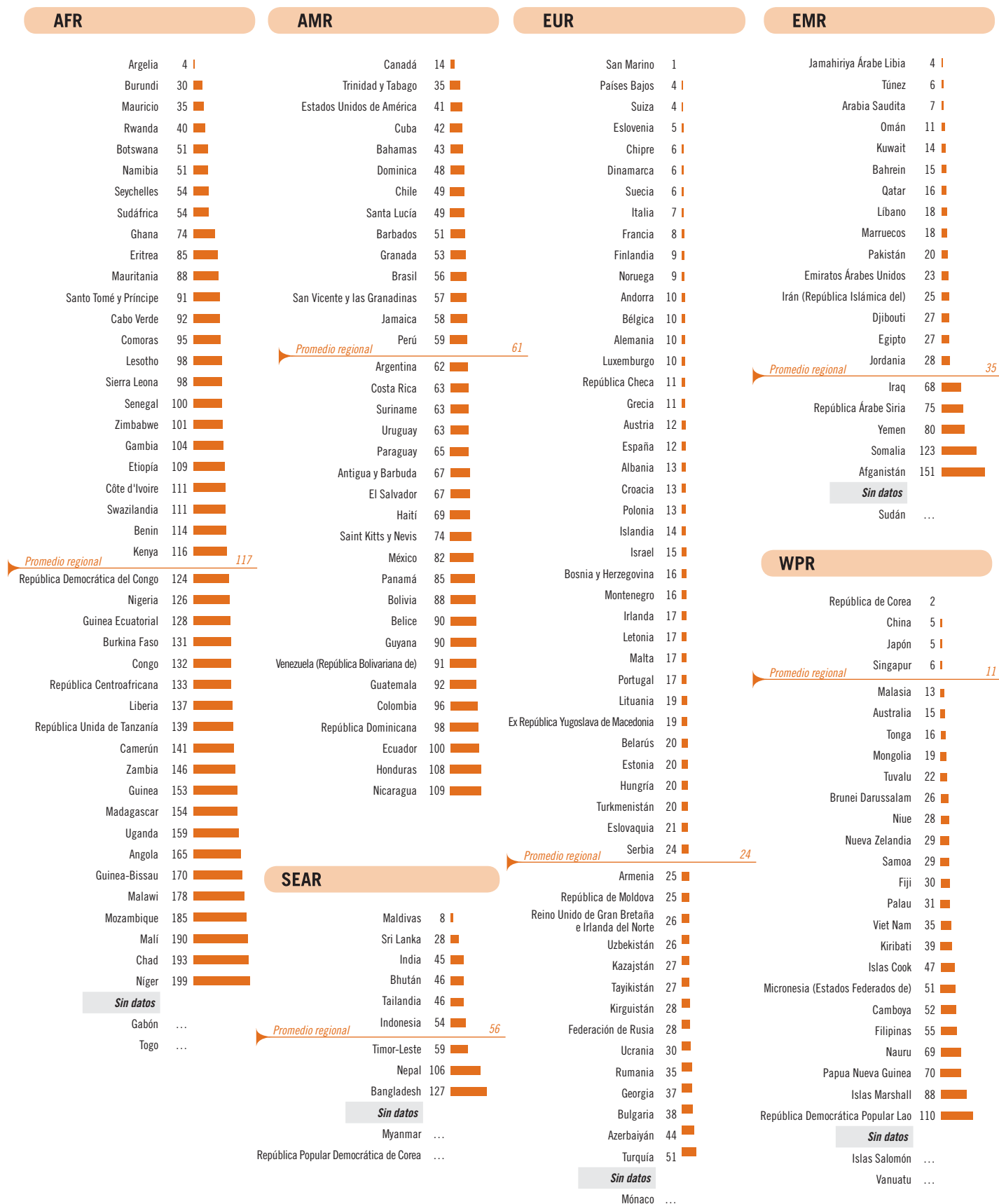






## 7. Tasa de fecundidad en adolescentes (por 1000 muchachas de 15–19 años)

02.14.19.10.10  
10.10.10.10.10  
10.10.10.10.10  
10.10.10.10.10  
10.10.10.10.10



AFR = Región de África de la OMS; AMR = Región de las Américas de la OMS; SEAR = Región de Asia Sudoriental de la OMS; EUR = Región de Europa de la OMS; EMR = Región del Mediterráneo Oriental de la OMS; WPR = Región del Pacífico Occidental de la OMS.

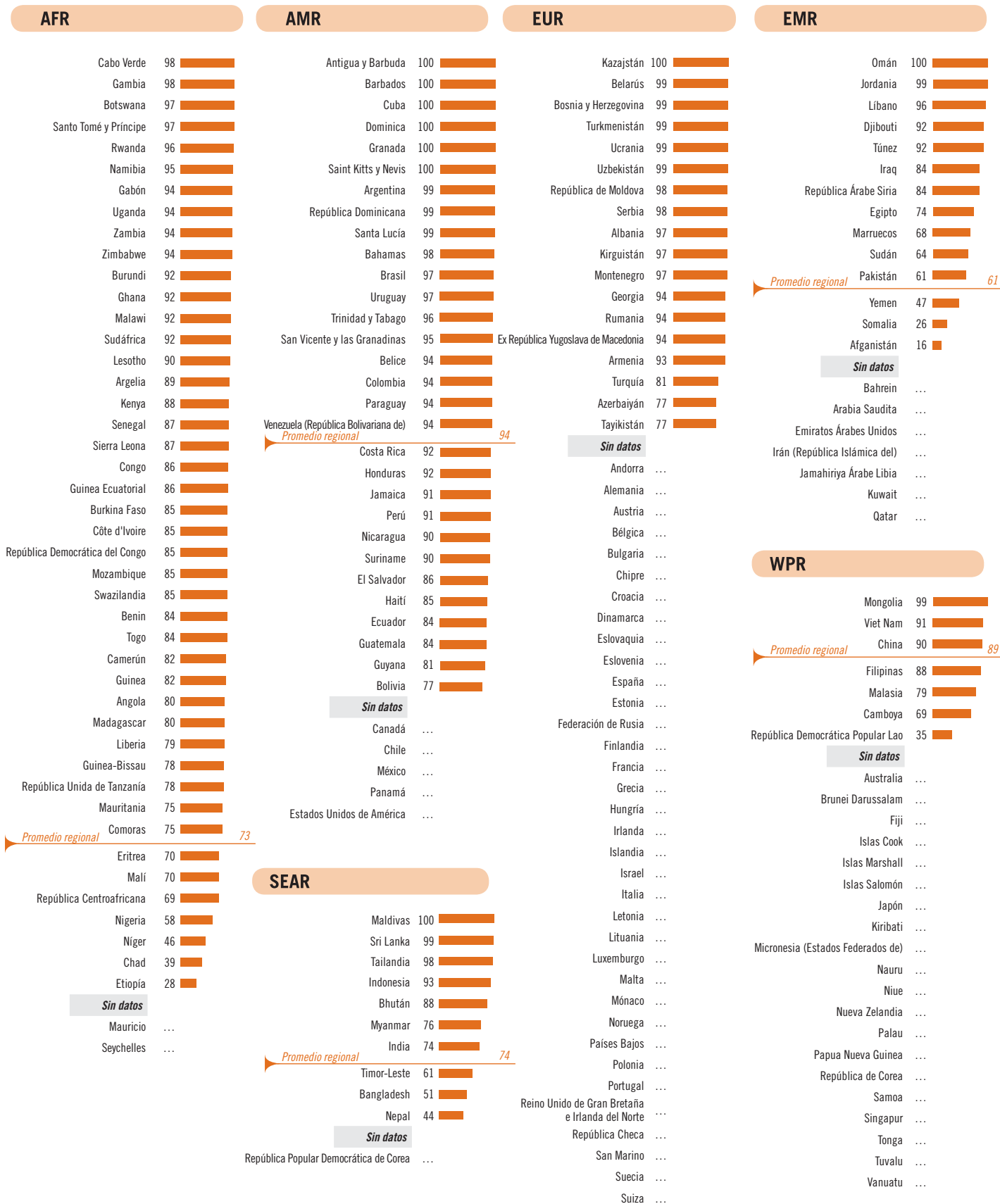
Este gráfico muestra la fecundidad estimada de las adolescentes, denominada también tasa de natalidad: nacimientos habidos de muchachas de 15–19 años, por 1000 muchachas de ese grupo de edad, por año.

Dentro de cada región de la OMS, los países se han ordenado según los datos más recientes disponibles desde 2000.

En la tabla 9 figuran más detalles.

## 8. Cobertura de la atención prenatal (%): al menos 1 visita

02  
12  
18  
24  
30  
36  
42  
48  
54  
60  
66  
72  
78  
84  
90  
96  
102



AFR = Región de África de la OMS; AMR = Región de las Américas de la OMS; SEAR = Región de Asia Sudoriental de la OMS; EUR = Región de Europa de la OMS; EMR = Región del Mediterráneo Oriental de la OMS; WPR = Región del Pacífico Occidental de la OMS.

Este gráfico muestra el porcentaje de mujeres que han recibido atención prenatal por personal de salud cualificado al menos una vez durante el embarazo. Dentro de cada región de la OMS, los países se han ordenado según los datos más recientes disponibles desde 2000.

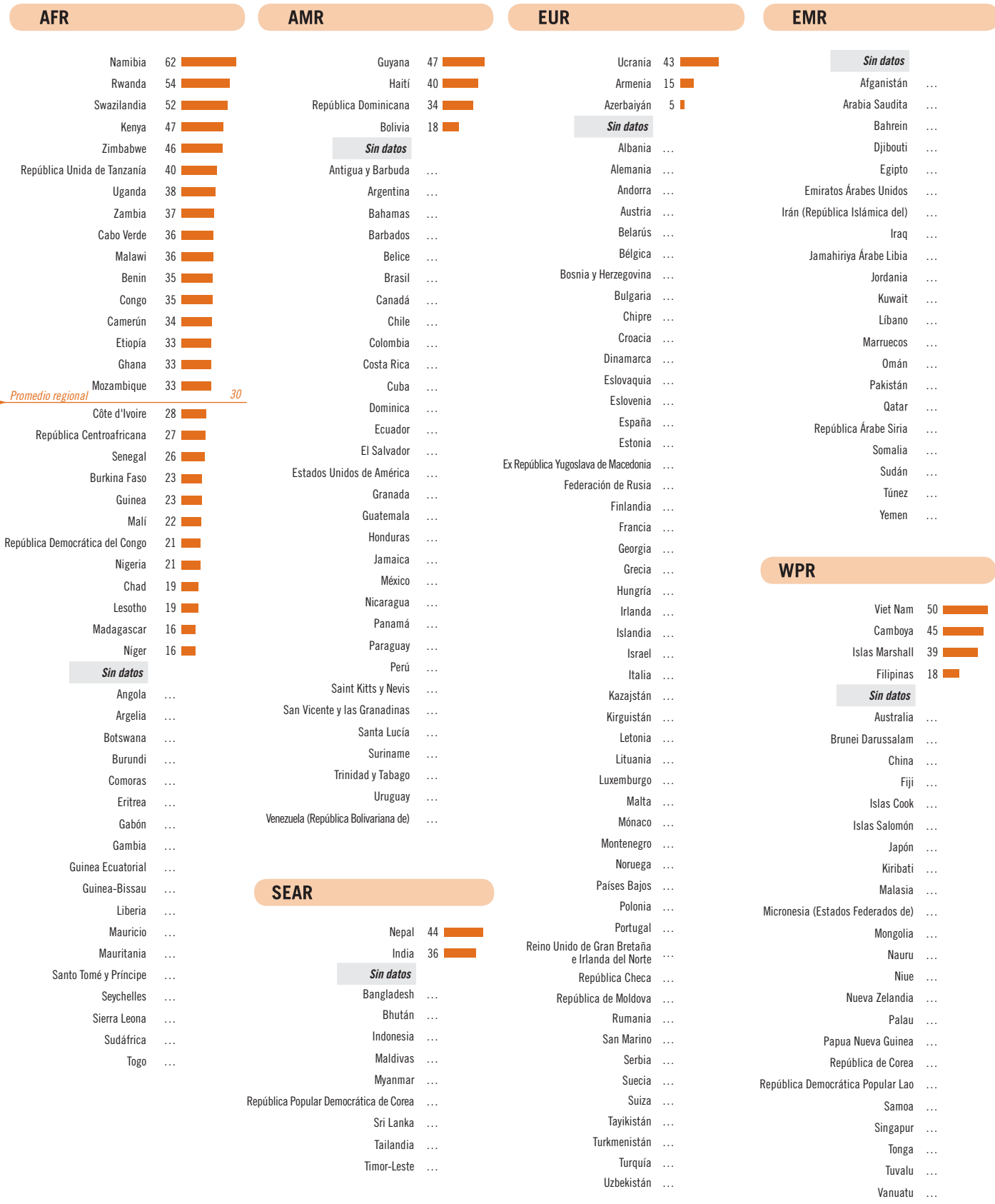
En la tabla 4 figuran más detalles.





# 11. Proporción de varones de 15–24 años con conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA (%)

2014年  
2014年  
2014年  
2014年  
2014年



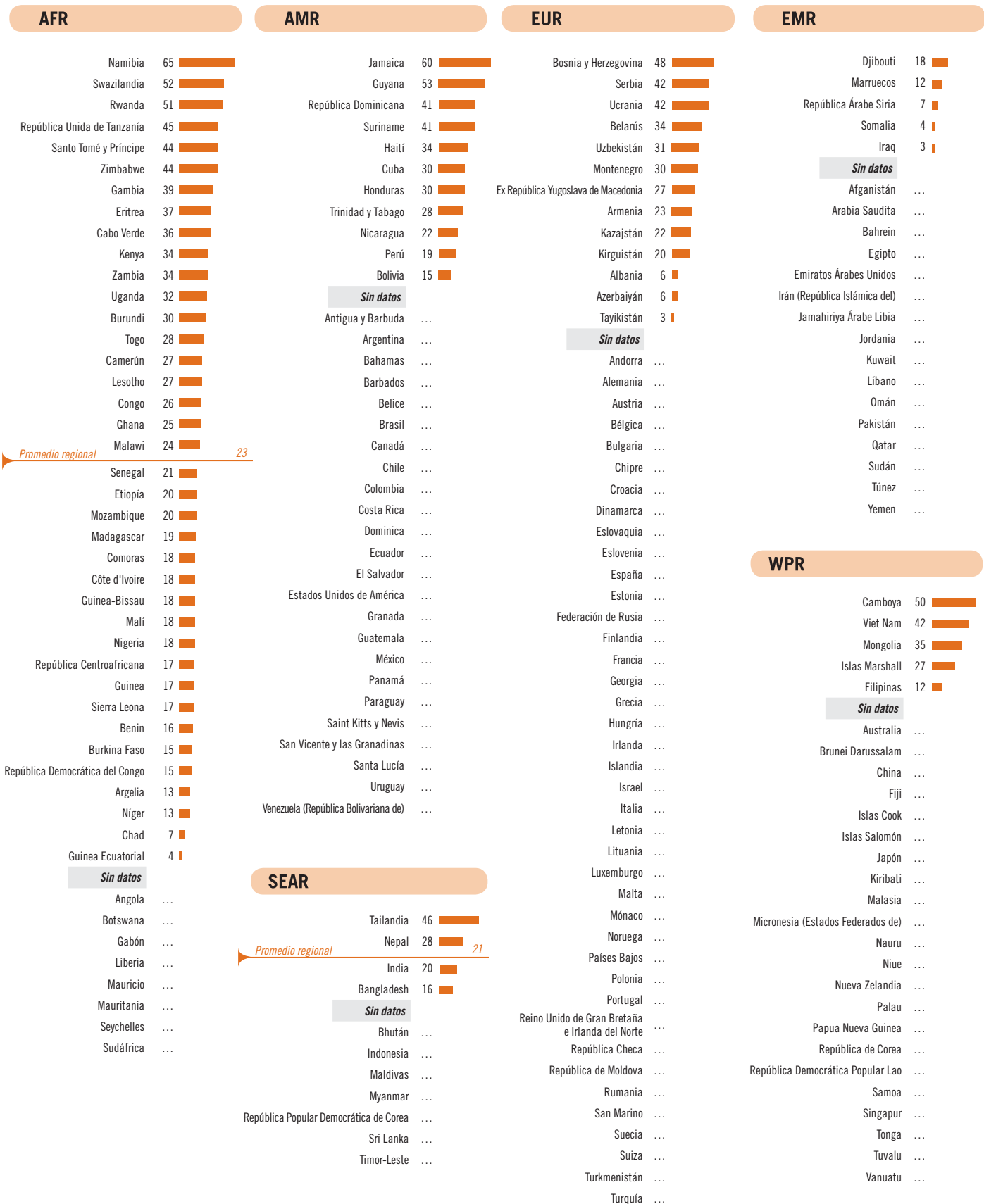
AFR = Región de África de la OMS; AMR = Región de las Américas de la OMS; SEAR = Región de Asia Sudoriental de la OMS; EUR = Región de Europa de la OMS; EMR = Región del Mediterráneo Oriental de la OMS; WPR = Región del Pacífico Occidental de la OMS.

Este gráfico muestra el porcentaje de varones que identifican correctamente los dos modos principales de prevenir la transmisión sexual del VIH, que rechazan las dos nociones locales erróneas más frecuentes sobre la transmisión del VIH y que saben que una persona de aspecto saludable puede transmitir el VIH. Dentro de cada región de la OMS, los países se han ordenado según los datos más recientes disponibles desde 2000.

En la tabla 5 figuran más detalles.

## 12. Proporción de mujeres de 15–24 años con conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA (%)

02  
12  
18  
24  
30  
36  
42  
48  
54  
60  
66  
72  
78  
84  
90  
96  
100

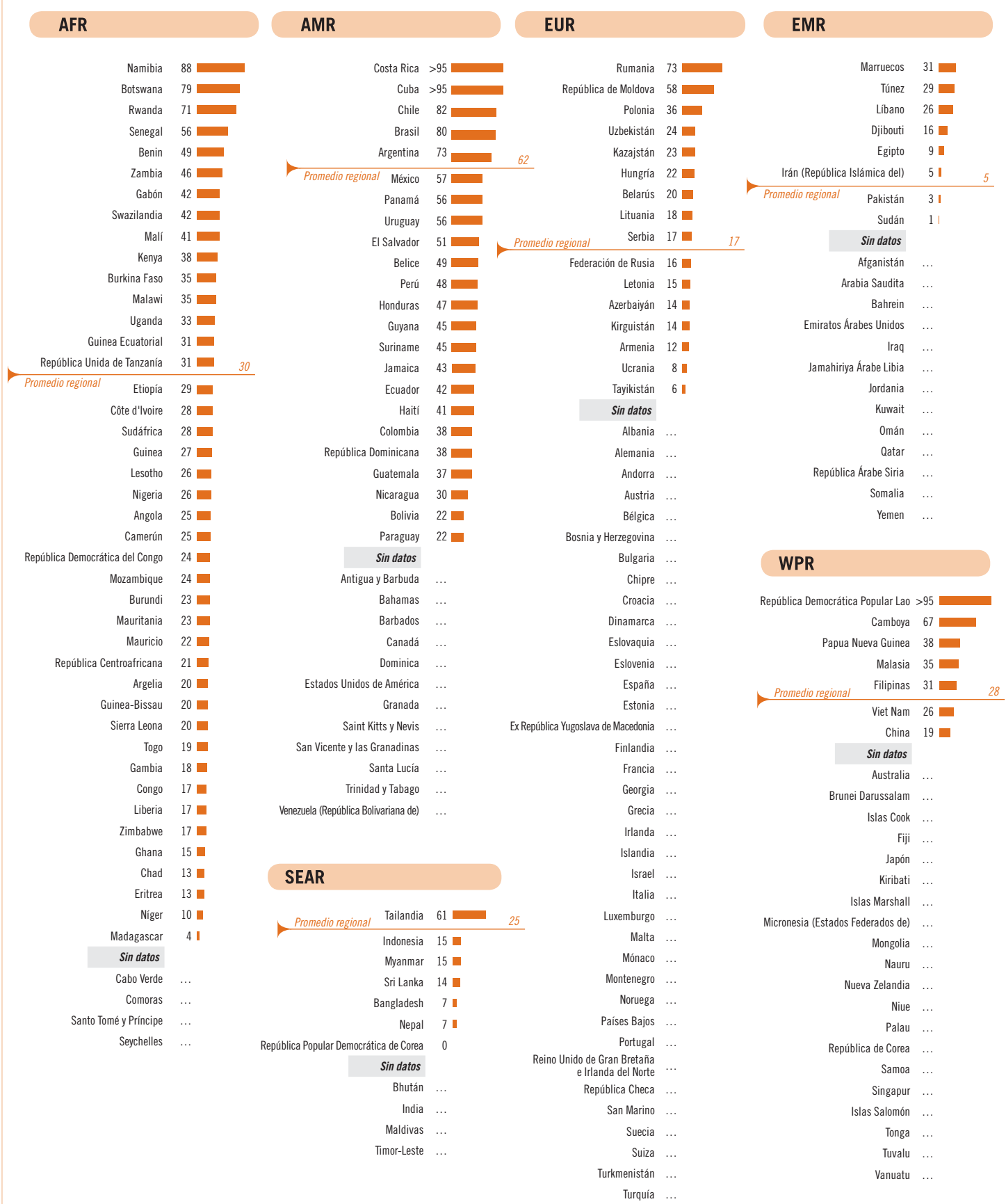
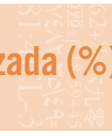


AFR = Región de África de la OMS; AMR = Región de las Américas de la OMS; SEAR = Región de Asia Sudoriental de la OMS; EUR = Región de Europa de la OMS; EMR = Región del Mediterráneo Oriental de la OMS; WPR = Región del Pacífico Occidental de la OMS.

Este gráfico muestra el porcentaje de mujeres que identifican correctamente los dos modos principales de prevenir la transmisión sexual del VIH, que rechazan las dos nociones locales erróneas más frecuentes sobre la transmisión del VIH y que saben que una persona de aspecto saludable puede transmitir el VIH. Dentro de cada región de la OMS, los países se han ordenado según los datos más recientes disponibles desde 2000.

En la tabla 5 figuran más detalles.

# 13. Cobertura del tratamiento antirretroviral en personas con infección por VIH avanzada (%)

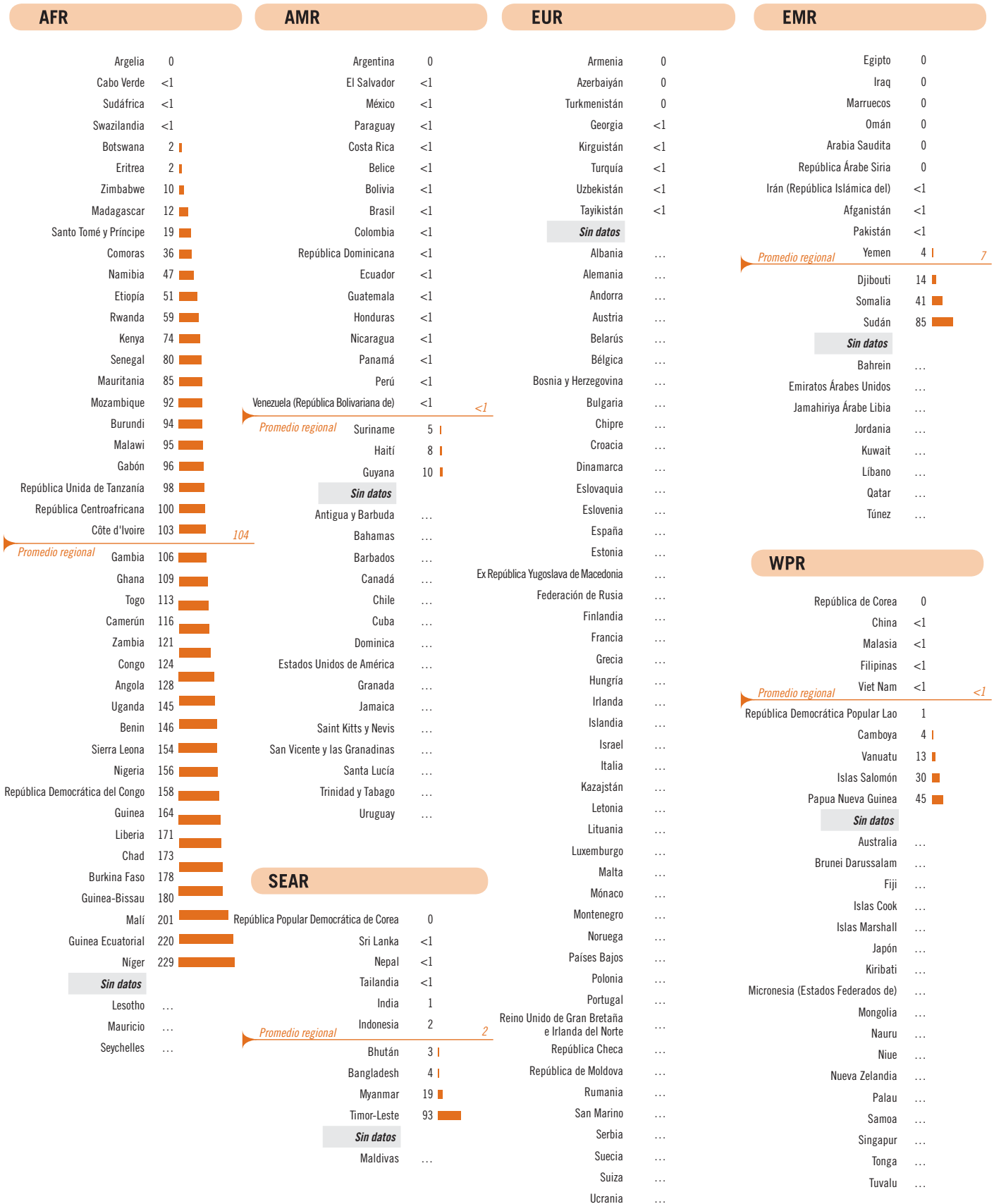


AFR = Región de África de la OMS; AMR = Región de las Américas de la OMS; SEAR = Región de Asia Sudoriental de la OMS; EUR = Región de Europa de la OMS; EMR = Región del Mediterráneo Oriental de la OMS; WPR = Región del Pacífico Occidental de la OMS. Este gráfico muestra el porcentaje de personas con infección por VIH avanzada que están recibiendo tratamiento antirretroviral según las normas del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), para cada país, correspondiente a 2007; dentro de cada región de la OMS, los países se han ordenado de mayor a menor cobertura.

En la tabla 4 figuran más detalles.

# 14. Tasa de mortalidad por malaria por 100 000 habitantes

02  
18-50-75  
YAF  
1014  
X14CT3

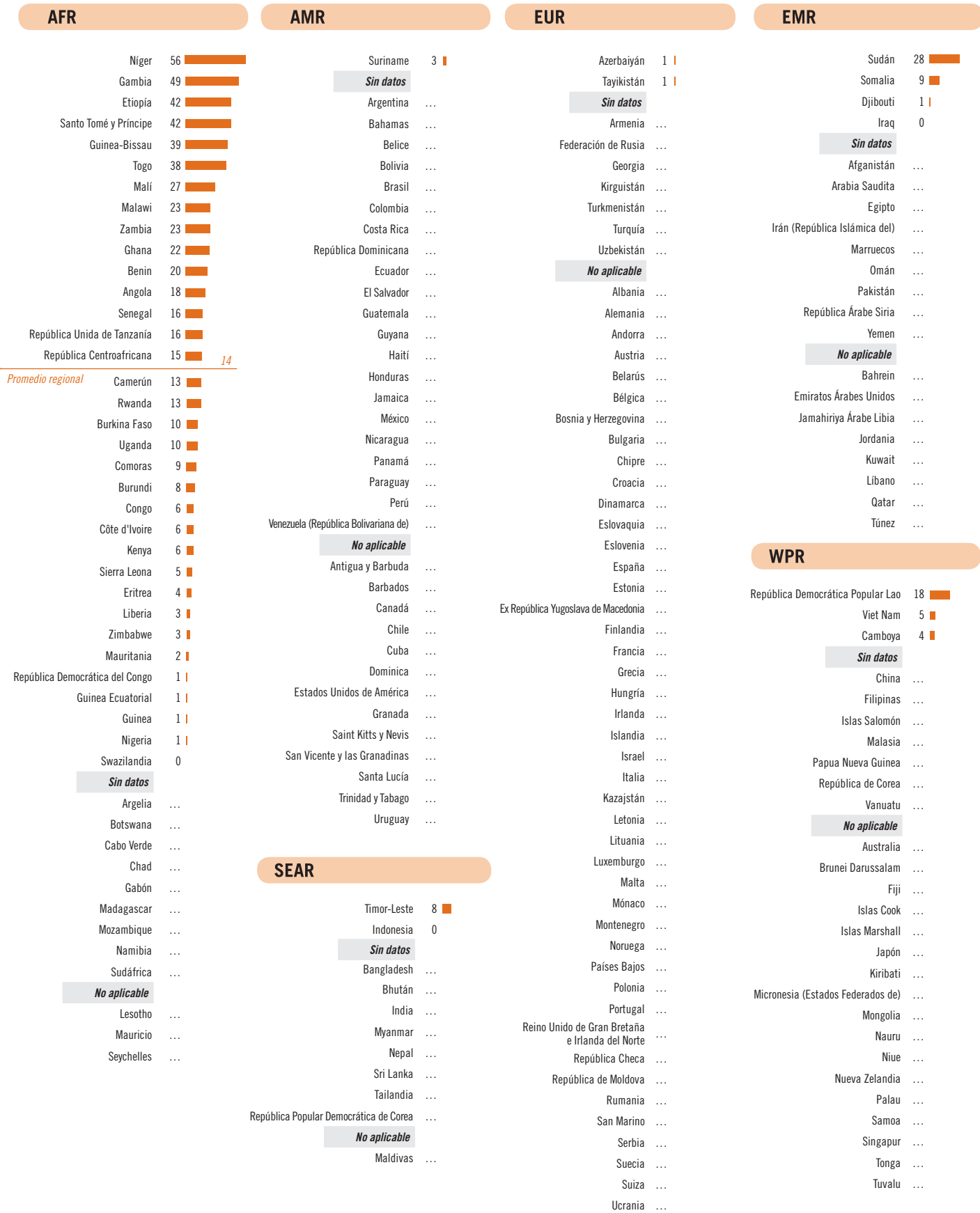


AFR = Región de África de la OMS; AMR = Región de las Américas de la OMS; SEAR = Región de Asia Sudoriental de la OMS; EUR = Región de Europa de la OMS; EMR = Región del Mediterráneo Oriental de la OMS; WPR = Región del Pacífico Occidental de la OMS. Este gráfico muestra el número estimado de defunciones por malaria correspondiente a 2006; dentro de cada región de la OMS, los países se han ordenado de menor a mayor tasa.

En la tabla 2 figuran más detalles.

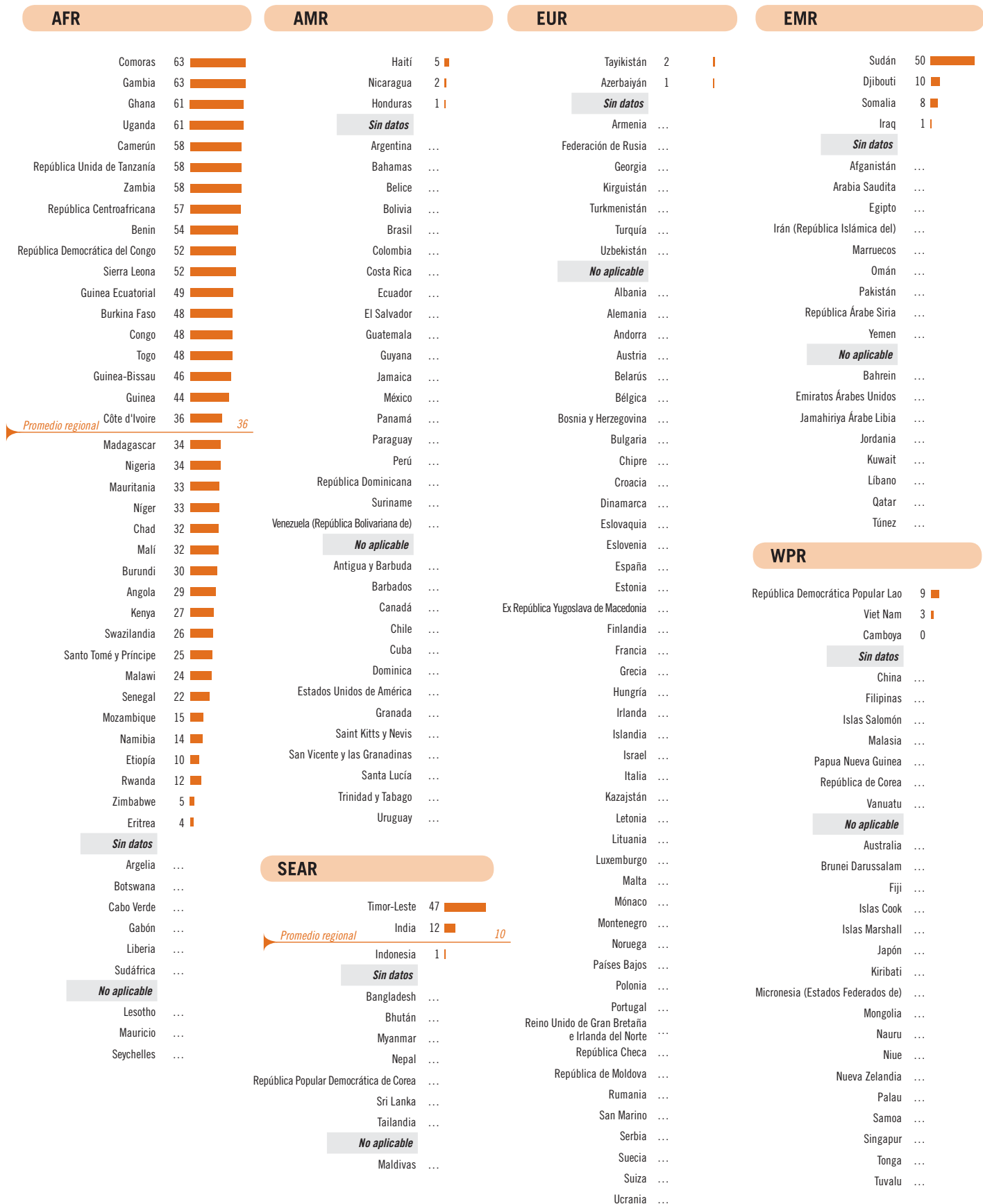
# 15. Menores de 5 años que duermen protegidos con mosquiteros tratados con insecticida (%)

15  
 14  
 13  
 12  
 11  
 10  
 9  
 8  
 7  
 6  
 5  
 4  
 3  
 2  
 1  
 0



AFR = Región de África de la OMS; AMR = Región de las Américas de la OMS; SEAR = Región de Asia Sudoriental de la OMS; EUR = Región de Europa de la OMS; EMR = Región del Mediterráneo Oriental de la OMS; WPR = Región del Pacífico Occidental de la OMS. Este gráfico muestra el porcentaje de menores de cinco años que durmieron protegidos con mosquiteros tratados con insecticida la noche que precedió a la encuesta. Dentro de cada región de la OMS, los países se han ordenado según los datos más recientes disponibles desde 2000. En la tabla 4 figuran más detalles.

## 16. Menores de 5 años que recibieron algún tratamiento antipalúdico contra la fiebre (%)



AFR = Región de África de la OMS; AMR = Región de las Américas de la OMS; SEAR = Región de Asia Sudoriental de la OMS; EUR = Región de Europa de la OMS; EMR = Región del Mediterráneo Oriental de la OMS; WPR = Región del Pacífico Occidental de la OMS.

Este gráfico muestra el porcentaje de menores de cinco años con fiebre durante las dos semanas que precedieron a la encuesta a los que se les administró algún medicamento antipalúdico.

Dentro de cada región de la OMS, los países se han ordenado según los datos más recientes disponibles desde 2000.

En la tabla 4 figuran más detalles.







