



Anexo estadístico

En los primeros cinco cuadros de este anexo técnico se presenta información actualizada sobre la carga de morbilidad, los índices sinópticos de la salud de la población y las cuentas nacionales de salud de los Estados Miembros y Regiones de la OMS. Los índices de salud de la población para 2000 han sido revisados para tener en cuenta nuevos datos y difieren de los publicados en el Informe sobre la salud en el mundo 2001 para muchos Estados Miembros. El trabajo que ha cristalizado en los cuadros de este anexo ha sido llevado a cabo en su mayor parte por el Programa Mundial de la OMS sobre Pruebas Científicas para las Políticas de Salud y por el Departamento de Rectoría y Financiación de la Salud, en colaboración con sus homólogos de las oficinas regionales de la OMS. Las cifras presentadas volverán a calcularse cada año para publicarlas en el correspondiente Informe sobre la salud en el mundo. El anexo contiene también otros cuadros sobre los factores de riesgo más importantes examinados en este informe, cuadros que incluyen los intervalos de incertidumbre para las estimaciones mundiales de la carga atribuible. Se proporciona asimismo la prevalencia de los factores de riesgo, la mortalidad atribuible, los años de vida perdidos atribuibles y los AVAD atribuibles. Los factores de riesgo se han clasificado agrupándolos en siete epígrafes: desnutrición infantil y materna, otros factores de riesgo relacionados con la dieta, salud sexual y reproductiva, sustancias adictivas, riesgos ambientales, riesgos ocupacionales, y otros riesgos para la salud.

ANEXO ESTADÍSTICO

NOTAS EXPLICATIVAS

Los cuadros de este anexo técnico presentan información actualizada sobre la carga de morbilidad, los indicadores sintéticos de la salud de la población y las cuentas nacionales de salud en los Estados Miembros y las Regiones de la OMS. Las estimaciones correspondientes a 2000 se han revisado para tener en cuenta los nuevos datos y difieren de las publicadas en el Informe sobre la salud en el mundo 2001 en lo que respecta a numerosos Estados Miembros. La labor de preparación de los cuadros ha sido realizada fundamentalmente por el Programa Mundial de la OMS sobre Pruebas Científicas para las Políticas de Salud, que ha contado con la colaboración de las dependencias homólogas competentes de las oficinas regionales de la OMS. La información que figura en esos cuadros se presentará con periodicidad anual en cada Informe sobre la salud en el mundo. Se han preparado documentos de trabajo en los que se detallan conceptos, métodos y resultados que aquí sólo se mencionan brevemente. Las notas a este texto explicativo incluyen una lista completa de esos documentos de trabajo.

Como ocurre con cualquier enfoque innovador, los métodos y las fuentes de datos son susceptibles de mejora. Cabe esperar que el estudio detenido y el uso de los resultados conduzca progresivamente a una cuantificación más cabal de los logros sanitarios en los próximos informes sobre la salud en el mundo. En todos los resultados principales se consignan los intervalos de incertidumbre, para que el usuario conozca el margen de variación verosímil de las estimaciones de los indicadores para cada país. En los casos en que los datos se han presentado por países, se enviaron a éstos, para que las comentaran, las estimaciones iniciales de la OMS y las explicaciones técnicas pertinentes. Las observaciones y los datos recibidos en respuesta se discutieron con ellos y fueron incorporados en la medida de lo posible. No obstante, las estimaciones aquí presentadas deben interpretarse como las mejores estimaciones de la OMS, no como el reflejo de la postura oficial de los Estados Miembros.

CUADRO 1

A fin de determinar los logros sanitarios generales, es fundamental evaluar de la mejor manera posible la tabla de mortalidad correspondiente a cada país. Se han elaborado nuevas tablas de mortalidad para los 191 Estados Miembros, comenzando por un examen sistemático de todos los datos disponibles procedentes de encuestas, censos, sistemas de registro de muestras, laboratorios de población y registros civiles acerca de los niveles y tendencias de la mortalidad infantil y la mortalidad de adultos.¹ Este examen se ha beneficiado considerablemente de los trabajos realizados sobre la mortalidad infantil por el UNICEF,² y sobre la mortalidad general por la Oficina del Censo de los Estados Unidos³ y la evaluación demográfica correspondiente a 2000 de la División de Población de las Naciones Unidas.⁴ Todas las estimaciones del tamaño y de la estructura de la población para 2000 y 2001 están basadas en las evaluaciones demográficas correspondientes a esos años preparadas por la División de Población de las Naciones Unidas.⁴ Las estimaciones de las Naciones Unidas se refieren a la población residente *de facto*, no a la población *de jure* de cada Estado Miembro. Para facilitar los análisis demográficos, de las causas de defunción y de la carga de morbilidad, los 191 Estados Miembros se dividieron en cinco estratos de mortalidad atendiendo a su nivel de mortalidad de varones niños y adultos. La matriz definida por las seis regiones de la OMS y los cinco estratos de mortalidad da lugar a 14 subregiones, pues no todos los estratos de mortalidad están representados en todas las

regiones. Esas subregiones se definen en la Lista de Estados Miembros por Regiones de la OMS y estratos de mortalidad y se utilizan en los cuadros 2 y 3 para presentar los resultados.

Dada la creciente heterogeneidad de las pautas de mortalidad de adultos y niños, la OMS ha desarrollado un sistema de tablas de mortalidad constituido por un modelo logit de dos parámetros basado en una norma mundial, con parámetros adicionales específicos para la edad destinados a corregir los sesgos sistemáticos asociados a la aplicación de un sistema de dos parámetros.⁵ Este modelo de tablas de mortalidad se ha utilizado de forma generalizada para elaborar las tablas de mortalidad de los Estados Miembros que carecen de sistemas apropiados de registro civil y para proyectar las tablas de mortalidad hasta 2000 y 2001 cuando los datos más recientes disponibles corresponden a años anteriores.

Se han utilizado en la medida necesaria diversas técnicas demográficas (método de Preston-Coale, método del equilibrio de crecimiento de Brass, método del equilibrio de crecimiento generalizado y método de Bennett-Horiuchi) a fin de evaluar el grado de integridad de los datos de mortalidad registrados para los Estados Miembros que tienen sistemas de registro civil. En cuanto a los Estados Miembros que carecen de sistemas nacionales de registro civil, se han evaluado, ajustado y promediado todos los datos disponibles de encuestas, censos y registros civiles para estimar la tendencia probable de la mortalidad infantil a lo largo de los últimos decenios. Esta tendencia se ha proyectado para estimar los niveles de mortalidad infantil correspondientes a 2000 y 2001. Además, se han analizado los datos de las encuestas de población disponibles sobre supervivencia de hermanos adultos para obtener información suplementaria sobre la mortalidad de adultos.

La Organización Mundial de la Salud emplea un método normalizado para estimar y proyectar las tablas de mortalidad de todos los Estados Miembros con datos comparables. Ello puede dar lugar a pequeñas diferencias respecto a las tablas de mortalidad oficiales preparadas por los Estados Miembros. Las cifras publicadas en el Informe sobre la salud en el mundo 2001 sobre la esperanza de vida en el año 2000 para muchos Estados Miembros se han actualizado a la luz de los datos más recientes disponibles sobre la mortalidad.

A fin de reflejar la incertidumbre asociada al muestreo, la técnica de estimación indirecta o la proyección al año 2000, se ha elaborado un total de 1000 tablas de mortalidad para cada Estado Miembro. Los límites de incertidumbre del 95% se indican en el cuadro 1 mediante los valores de las tablas de mortalidad en los percentiles 2,5 y 97,5. Este análisis de la incertidumbre se vio facilitado por la elaboración de nuevos métodos y programas informáticos.⁶ En los países donde la epidemia de la infección por elVIH ha adquirido grandes proporciones, el análisis de la incertidumbre de las tablas de mortalidad incorpora estimaciones recientes sobre el nivel y el intervalo de incertidumbre de la epidemia.⁷

CUADROS 2 Y 3

Las causas de defunción correspondientes a las 14 subregiones y a todo el mundo se han estimado a partir de datos de sistemas nacionales de registro civil que recogen unos 18,6 millones de defunciones al año. Además, se ha utilizado información de sistemas de registro dispersos, de laboratorios de análisis demográficos y de estudios epidemiológicos de afecciones concretas para mejorar las estimaciones de la distribución de las causas de defunción.⁸ La OMS está redoblando su colaboración con los Estados Miembros para obtener y verificar datos recientes de los registros civiles sobre las causas de defunción.

Los datos sobre las causas de defunción han sido detenidamente analizados para tener en cuenta la cobertura parcial de los registros civiles de algunos países y la diferente distribución de las causas de mortalidad que tienden a presentar las subpoblaciones no cubiertas y, a menudo, pobres. Para realizar este análisis se han elaborado técnicas basadas en el estudio sobre la carga mundial de morbilidad,⁹ que se han depurado utilizando una base de datos mucho más amplia y técnicas de modelización más robustas.¹⁰

Se ha prestado particular atención a los problemas ocasionados por los errores de atribución o codificación de las causas de defunción en relación con las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los traumatismos y las categorías mal definidas en general. Se

ha elaborado un algoritmo de corrección para reclasificar los códigos cardiovasculares mal definidos.¹¹ La mortalidad por cáncer según su localización se ha evaluado utilizando datos tanto de los registros civiles como de los registros de incidencia del cáncer basados en la población. Estos últimos se han analizado en cada región utilizando un modelo completo de supervivencia al cáncer por edad, periodo y cohortes.¹²

El cuadro 3 presenta estimaciones de la carga de morbilidad basadas en los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) como medida de las diferencias en materia de salud en el mundo en 2001. Los AVAD y la esperanza de vida sana son indicadores sintéticos de la salud de la población.^{13, 14} Un AVAD puede considerarse un año de vida «sana» perdido, y la carga de morbilidad puede interpretarse como una medida de la diferencia entre el estado de salud actual de una población y una situación ideal en la que todos los miembros de la población llegarían a la vejez con una salud perfecta. Los AVAD correspondientes a una enfermedad o problema de salud se calculan como la suma de los años de vida perdidos por mortalidad prematura (APP) en la población y los años perdidos por discapacidad (APD) como consecuencia de los casos incidentes de ese problema de salud. En Murray y Lopez¹⁵ se examinan la formulación de los AVAD y los avances recientes en la medición de la carga de morbilidad. Para un examen más amplio de los aspectos teóricos y de otro tipo en que se basan los indicadores sintéticos de la salud de la población, véase Murray et al.¹⁴ Los AVAD correspondientes a 2001 se han estimado a partir de la información sobre las causas de defunción para cada región y de las estimaciones regionales de la epidemiología de las principales afecciones discapacitantes. Para el presente informe, las estimaciones de la carga de morbilidad se han actualizado respecto de muchas de las categorías de causas incluidas en el estudio sobre la Carga Mundial de Morbilidad 2000, gracias a la abundante información que sobre las enfermedades y los traumatismos más importantes poseen los programas técnicos de la OMS, así como a la colaboración con especialistas de todo el mundo.⁸ Son ejemplo de ello las amplias series de datos disponibles sobre tuberculosis, afecciones maternas, traumatismos, diabetes, cáncer e infecciones de transmisión sexual. Esos datos, junto con nuevas estimaciones revisadas de las defunciones por causas, edades y sexos para todos los Estados Miembros, se han utilizado para elaborar estimaciones internamente coherentes de la incidencia, la prevalencia, la duración y los AVAD perdidos correspondientes a más de 130 causas importantes en 14 subregiones del mundo.

CUADRO 4

El cuadro 4 del anexo informa sobre el nivel medio de salud de la población en los Estados Miembros de la OMS, expresado mediante la esperanza de vida sana. En su *Informe sobre la salud en el mundo 2000*, basándose en más de 15 años de trabajo, la OMS introdujo la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD) como indicador sintético del nivel de salud alcanzado por las poblaciones.^{16, 17} A fin de reflejar mejor la inclusión de todos los estados de salud en el cálculo de la esperanza de vida sana, el nombre del indicador utilizado para medir ésta (EVAD) se ha transformado en lo que ahora se denomina esperanza de vida ajustada en función del estado de salud (EVAS). La EVAS está basada en la esperanza de vida al nacer (véase el cuadro 1), pero incluye un ajuste que refleja el tiempo pasado con mala salud. Se entiende mejor considerándola como el equivalente a los años de buena salud que cabe prever que vivirá un recién nacido en función de las tasas de problemas de salud y de mortalidad del momento.

La medición del tiempo pasado con mala salud se basa en la combinación de estimaciones para enfermedades específicas procedentes del estudio sobre la Carga Mundial de Morbilidad 2000 y estimaciones de la prevalencia de distintos estados de salud por edad y sexo procedentes de encuestas sanitarias efectuadas por la OMS.^{17, 18} Como se ha indicado *supra*, para el *Informe sobre la salud en el mundo* de este año se han actualizado las estimaciones de la prevalencia de enfermedades y traumatismos específicos y de sus secuelas (basadas en la carga de morbilidad) para muchas de las categorías de causas consideradas en el estudio de la Carga Mundial de Morbilidad 2000.⁸

El análisis de más de 50 encuestas sanitarias nacionales con miras al cálculo de la esperanza de vida sana en el *Informe sobre la salud en el mundo 2000* reveló graves limitaciones de la comparabilidad entre distintas poblaciones de los datos sobre el estado de salud comunicados por los propios encuestados, aun cuando se utilizan instrumentos y métodos de encuesta idénticos.^{19, 20} En el Estudio de Encuestas de Hogares²¹ de la OMS se llevaron a cabo 69 encuestas de hogares representativos en 60 Estados Miembros a lo largo de 2000 y 2001, utilizando un nuevo instrumento de análisis de la situación sanitaria basado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, 22 que a partir de una muestra representativa de encuestados extrae información sobre su estado de salud del momento en relación con seis dominios básicos. Esos dominios se identificaron analizando detenidamente los instrumentos disponibles para medir el estado de salud. Como solución al problema de la comparabilidad de los datos de autoevaluación de la salud, el instrumento de encuesta de la OMS empleó pruebas funcionales y viñetas que permiten calibrar el estado de salud referido espontáneamente por los encuestados en determinados dominios como las aptitudes cognitivas, la movilidad y la visión. La OMS ha elaborado varios métodos estadísticos basados en un modelo probit jerarquizado (HOPIT).²³⁻²⁵ Las respuestas calibradas se utilizan para estimar la verdadera prevalencia de los distintos estados de salud por edad y sexo.

En este cuadro 4 se informa sobre la EVAS media al nacer en los Estados Miembros en 2000 y 2001, y se indican además para 2001: las EVAS a los 60 años, la pérdida previsible de años de vida sana al nacer (PPVS), el porcentaje de pérdida de esperanza de vida total, y los intervalos de incertidumbre del 95%. Las PPVS es el resultado de restar la EVAS de la EV (esperanza de vida) y refleja el número equivalente de años con plena salud que previsiblemente se perderán viviendo con una salud inferior a la óptima. El porcentaje de pérdida de esperanza de vida total es la PPVS expresada como porcentaje de la EV total y representa la proporción de la esperanza de vida total que se pierde viviendo con una salud subóptima. Las EVAS correspondientes a 2000 difieren de las publicadas en el *Informe sobre la salud en el mundo 2001* respecto de muchos Estados Miembros, pues incorporan nuevos datos epidemiológicos, nuevos datos de encuestas de salud y nueva información sobre las tasas de mortalidad, así como las mejoras introducidas en los métodos de análisis de encuestas.²⁴

Los intervalos de incertidumbre de la esperanza de vida sana que aparecen en el cuadro 4 se basan en los percentiles 2,5 y 97,5 de las distribuciones de incertidumbre pertinentes.⁶ Así, los márgenes corresponden a intervalos de incertidumbre del 95% en torno a las estimaciones. La incertidumbre en la EVAS depende de la incertidumbre que afecta a la medición de la mortalidad por edades para cada país, de la incertidumbre de las estimaciones de la discapacidad en los países, basadas en la carga de morbilidad obtenida a partir de las prevalencias, y de la incertidumbre respecto a las prevalencias de los estados de salud que se deducen de las encuestas sanitarias.

CUADRO 5

Fuentes y métodos

Las estimaciones para los seis años 1995–2000 presentadas en el cuadro 5 han sido remitidas a las autoridades nacionales de los Estados Miembros recabando observaciones, pero siguen siendo estimaciones de la OMS. Como en todo trabajo de desarrollo de este tipo, algunas de las estimaciones difieren de las cifras anteriores, esto es, del cuadro 5 del anexo del *Informe sobre la salud en el mundo 2001*. La síntesis resultante de las tendencias del gasto sanitario se ha obtenido mediante las técnicas más avanzadas disponibles a mediados de 2002 y representan aproximaciones, pero amplían el alcance de la información facilitada al año anterior.

Contenido

Los indicadores seleccionados destacan la importancia de los agentes de financiación. Los procesos macroeconómicos y de contabilidad social tienen carácter multidimensional,

e implican la vigilancia del origen de los fondos y de las operaciones de los administradores que movilizan esos fondos. Esa vigilancia incluye también la asignación de recursos a los dispensadores de asistencia y otras intervenciones necesarias para el funcionamiento del sistema sanitario, el uso de los recursos suministrados, y los beneficios que finalmente obtienen los distintos sectores de la población. De ahí que para cada sistema de salud se requieran centenares de series de datos estadísticos y cálculos.

En el cuadro se detalla la evolución de dos grupos de entidades: la administración pública y los agentes privados. La primera comprende el gobierno central o federal, las autoridades regionales/estatales/provinciales, las autoridades municipales y locales, y los fondos fiduciarios autónomos o las juntas que aplican las políticas del gobierno, principalmente organismos de protección social o entidades de la seguridad social. En muchos países los recursos de las autoridades subnacionales provienen de los impuestos recaudados a nivel nacional y de otros mecanismos de transferencia intragubernamentales. Ello significa que si se incluyen sin más los diversos niveles del gobierno se puede incurrir en una doble contabilidad. El proceso de desglose en ausencia de registros detallados también entraña, sin embargo, algunos riesgos: las autoridades nacionales y subnacionales o los fondos autónomos que actúan en el sistema de salud no observan de forma sistemática las mismas normas de contabilidad.

También se han incluido los recursos externos destinados a programas de salud, otra fuente de financiación que comprende préstamos en condiciones de favor y ayudas para la atención médica y la adquisición de productos médicos a través del Ministerio de Salud o del Ministerio de Finanzas o el Banco Central.

El gasto de la administración pública en salud (GAPS) es la suma de los desembolsos en salud sufragados mediante impuestos, cotizaciones a la seguridad social y recursos externos (sin doble contabilidad de las transferencias del gobierno a la seguridad social y de los fondos extrapresupuestarios). Los fondos de la seguridad social y los fondos extrapresupuestarios dedicados a la salud incluyen el gasto en la adquisición de bienes y servicios de salud mediante regímenes obligatorios controlados por el gobierno que dan cobertura a un sector considerable de la población. Un obstáculo importante ha sido la necesidad de verificar que no se hubiera incurrido en doble contabilidad y que las estimaciones no incluyeran las prestaciones en efectivo por enfermedad y/o pérdida de empleo, pues esos conceptos se han clasificado como gastos de mantenimiento de los ingresos.

El sector privado comprende cuatro tipos de entidades: las que combinan recursos para adquirir bienes y servicios médicos y, a veces, financiar servicios asistenciales; estos planes privados de prepago con mancomunación del riesgo incluyen los desembolsos de los regímenes privados de seguridad social, los sistemas de seguro comerciales o no lucrativos (mutuas), las organizaciones de mantenimiento de la salud y otros agentes dedicados a administrar las prestaciones médicas y paramédicas prepagadas, incluidos los costos de funcionamiento de esos sistemas. Las sociedades no financieras proporcionan bienes y servicios médicos y paramédicos a sus empleados además del seguro social obligatorio o de las prestaciones facilitadas por entidades de mancomunación de recursos. Organizaciones no gubernamentales e instituciones no lucrativas usan recursos para adquirir bienes y servicios de salud que no pueden utilizarse como fuente de ingresos, beneficio u otro tipo de provecho financiero para las unidades que las establecen, controlan o financian. Los hogares sufragan con pagos directos parte de numerosos programas financiados con fondos públicos, así como prestaciones de alto nivel accesibles a través de sistemas privados, y practican a veces el autodiagnóstico y la autoasistencia sin intervención del sistema sanitario al que pertenecen. Se incluyen ahí propinas y pagos en especie a los profesionales del sector de la salud y a los proveedores de productos farmacéuticos y dispositivos terapéuticos.

En el cuadro 5 el gasto de la administración pública y el gasto privado en salud se expresan en forma de razón matemática. Los denominadores son el producto interior bruto (PIB), que corresponde a la suma total de los gastos (consumo e inversión) de los agentes privados y públicos de la economía, y el gasto de la administración pública (GAPI) que corresponde a los desembolsos consolidados de todos los niveles de la administración (au-

toridades territoriales de los niveles central/federal, provincial/regional/estatal/distrital, municipal/local), instituciones de la seguridad social y fondos extrapresupuestarios, incluidos gastos de capital. Las cifras per cápita aquí consignadas se han calculado usando datos demográficos suministrados por la División de Población de las Naciones Unidas (para los Estados Miembros no integrados en la OCDE) y por la OCDE (para los países en ella integrados). Las estimaciones de las Naciones Unidas se refieren a la población residente *de facto* más que a la población *de jure*. Estas cifras no coinciden necesariamente con las estimaciones oficiales de los Estados Miembros, y en consecuencia los gastos per cápita consignados difieren a veces de las estimaciones oficiales de los Estados Miembros. Las cifras per cápita se expresan en US\$ al tipo de cambio, como el número anual medio observado de unidades a las que se vende una divisa en el sistema bancario, o en dólares internacionales, calculados dividiendo las unidades de la moneda nacional por el valor estimado de su paridad adquisitiva (PPP) en comparación con los US\$, medida que elimina las consecuencias de las diferencias de precios entre los países.

Fuentes de datos

Todo sistema contable, privado o público, lleva implícito un proceso de modelización, pero en la totalidad de los 191 países analizados el modelo contable sanitario se basa en parte en información nacional. Sólo una minoría de los Estados Miembros han difundido datos de las cuentas de salud para todos los años del periodo 1995–2000 considerados en el cuadro 5 de este anexo.

El Fondo Monetario Internacional ha sido el primero en promover entre 101 países un desglose «funcional» del gasto de la administración pública, que se ha utilizado de forma experimental para escrutar el gasto de los gobiernos. Cuando no fue posible acceder a fuentes nacionales, se utilizó el *Government finance statistics yearbook 2001* del FMI, Washington 2001. Una excepción la constituyen los países miembros de la OCDE para los que se utilizaron como referencia los *Health data 2002* de ese mismo organismo, lo que obligó a efectuar algunas extrapolaciones hasta el año 2000 en un reducido número de casos de cifras omitidas para mediados de los años noventa.

Para el resto de los países las fuentes incluyeron las cuentas nacionales de las Naciones Unidas, para el gasto público y/o privado en salud; los indicadores de desarrollo del Banco Mundial; los anuarios estadísticos nacionales y otros informes donde se hallaron estimaciones coherentes con los principios en que se basaban los datos extraídos de las fuentes citadas; encuestas de hogares; estimaciones de la Secretaría de la OMS y correspondencia con funcionarios de los Estados Miembros, y algunas entradas parciales que hubo que complementar. Como con todas las cuentas que se calculan en el mundo, en este conjunto de cuentas también ha habido que rellenar algunas casillas vacías, operación que se ha basado en las series estadísticas de lo que los países difunden sobre sus sistemas de salud, en forma de estados de cuentas rara vez completos, coherentes o puntuales.

El Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE dispone de una enorme base de datos de los compromisos adquiridos por los países que más contribuyen a la financiación externa; en él se hace una clasificación cruzada en función de los objetivos y del país al que están dirigidos los programas. Con la amable autorización de la secretaría de la OCDE, se ha procesado un archivo a partir de los datos que alberga esa institución. Las asignaciones para asistencia externa no se gastan de la noche a la mañana sino que varían en función de la capacidad de absorción del país beneficiario y de la naturaleza y las dimensiones del programa. Los fondos suelen utilizarse entre dos y diez años después de contraída la obligación. Las cantidades registradas se han distribuido grosso modo como invertidas a lo largo de periodos que van por lo general de dos a cinco años, y este elemento de incertidumbre se ha corregido cuando ha sido posible «importando» datos de algunos ministerios beneficiarios, de salud, finanzas – desarrollo económico – o planificación económica.

Aunque se han acordado a nivel mundial métodos normalizados para calcular el PIB, muchos Estados Miembros siguen publicando cifras del PIB basadas parcialmente en otros criterios. A los efectos del presente anexo del *Informe sobre la salud en el mundo 2002*, se han

usado los métodos normalizados. El PIB se obtuvo a partir de las Cuentas Nacionales de las Naciones Unidas, una compilación preliminar facilitada amablemente por el Departamento de Estadística de las Naciones Unidas, o bien de las *Estadísticas financieras internacionales* del FMI, Anuario 2001 y número de junio de 2002, o de las Cuentas Nacionales 2002 de la OCDE, y se ajusta a las nuevas normas de las series temporales del Sistema de Cuentas Nacionales (SNA93) en los casos en que los organismos de estadística de los Estados Miembros han adoptado los nuevos conceptos y definiciones, o de las SNA68 en los casos restantes. Los gastos de la administración pública proceden de las Cuentas Nacionales de las Naciones Unidas 1995–1997, cuadro 1.4, extrapoladas a 2000; las Cuentas Nacionales de la OCDE, volumen II; las *Estadísticas financieras internacionales* del FMI, Anuario 2001 y número de junio de 2002 (desembolsos de la administración central, incluidas a ser posible las autoridades regionales y locales). Los tipos de cambio aplicados proceden de las *Estadísticas financieras internacionales* del FMI, número de junio de 2002. Los dólares internacionales han sido estimados por la OMS mediante métodos similares a los del Banco Mundial. Las PPP están basadas en estudios de comparación de precios de 1996, y para los países no abarcados por tales estudios se han estimado utilizando el PIB per cápita en US\$, la evolución de la inflación y diversas variables ficticias relacionadas con las diferencias regionales. Las proyecciones hasta 2000 se han hecho utilizando la tasa de crecimiento real del PIB ajustada en función de la tasa relativa de inflación entre el país en cuestión y los Estados Unidos.

La metodología del sistema de cuentas de salud empleada por primera vez por la OCDE ha servido de orientación general para compilar las estimaciones del cuadro 5 y para fundir cientos de fuentes heterogéneas de información en una sola forma de presentación, rigurosa y comparable. En dichas estimaciones se refleja como mejor se ha podido la información que los Estados Miembros difunden sobre sus sistemas de salud para uno o más años. Los registros accesibles, aunque se ha procurado que correspondan a los presupuestos efectivamente ejecutados, y a ser posible comprobados por auditores, se refieren a veces sólo a gastos «previsibles» de las instituciones que intervienen en la salud. Dichas instituciones pueden tener también responsabilidades en otros objetivos de política ambiental y social y, a la inversa, algunos ministerios distintos del de salud dirigen programas cuya finalidad es ante todo el logro de las metas de salud de la nación.

A efectos estadísticos, los datos de China no incluyen los de la Región Administrativa Especial de Hong Kong ni los de la Región Administrativa Especial de Macao. En el caso de Jordania, se han excluido los datos correspondientes a los territorios ocupados por Israel desde 1967.

En la siguiente sección se proporciona una lista de todos los factores de riesgo considerados en este informe con arreglo a la clasificación realizada, con intervalos de incertidumbre para las estimaciones mundiales de la carga atribuible. Se proporciona también la prevalencia de los factores de riesgo, la mortalidad atribuible, los años de vida perdidos atribuibles y los AVAD atribuibles.

Los factores de riesgo se han agrupado bajo siete epígrafes distintos. El primero, desnutrición infantil y materna, incluye la insuficiencia ponderal y las carencias de hierro, vitamina A y zinc. El segundo grupo, que agrupa otros factores de riesgo relacionados con la dieta, engloba la hipertensión arterial, el colesterol alto, el exceso de peso, el bajo consumo de frutas y verduras y la inactividad física. El tercer grupo está relacionado con la salud sexual y reproductiva y abarca las prácticas sexuales de riesgo y la falta de medios anticonceptivos. El cuarto grupo comprende las sustancias adictivas, e incluye el tabaquismo y el consumo oral de tabaco, el consumo de alcohol, y las drogas ilícitas. El quinto grupo, centrado en los riesgos ambientales, abarca el agua insalubre y el saneamiento e higiene deficientes, la contaminación del aire urbano, el humo de combustibles sólidos en espacios cerrados, la exposición al plomo y el cambio climático. El sexto grupo está constituido por una selección de riesgos ocupacionales: factores de riesgo de traumatismos en el entorno laboral, carcinógenos, partículas transmitidas por el aire, estresores ergonómicos y ruido. El séptimo grupo, por último, comprende otros riesgos para la salud como son los relacionados

con las inyecciones médicas peligrosas y el abuso sexual en la infancia. En las Notas Explicativas del Anexo Estadístico incluidas en el sitio web del *Informe sobre la salud en el mundo 2002* (www.who.int/whr) se encontrará una descripción pormenorizada de los métodos utilizados.

- ¹ Lopez AD, Ahmad O, Guillot M, Ferguson BD, Salomon JA, Murray CJL, Hill KH (2002). *World Mortality in 2000: Life Tables for 191 Countries*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- ² Hill K, Rohini PO, Mahy M, Jones G (1999). *Trends in child mortality in the developing world: 1960 to 1996*. Nueva York, UNICEF.
- ³ Oficina del Censo de los Estados Unidos: la base de datos internacional puede consultarse en <http://www.census.gov/ipc/www/idbnew.html>
- ⁴ *World population prospects: the 2000 revision* (2001). Nueva York, Naciones Unidas.
- ⁵ Murray CJL, Ferguson B, Lopez AD, Guillot M, Salomon JA, Ahmad O (2001). *Modified-logit life table system: principles, empirical validation and application*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Documento de trabajo N° 39 de GPE).
- ⁶ Salomon JA, Mathers CD, Murray CJL, Ferguson B (2001). *Methods for life expectancy and healthy life expectancy uncertainty analysis*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Documento de trabajo N° 10 de GPE).
- ⁷ Salomon JA, Murray CJL (2001). Modelling HIV/AIDS epidemics in sub-Saharan Africa using seroprevalence data from antenatal clinics. *Bulletin of the World Health Organization* 79(7): 596-607.
- ⁸ Mathers CD, Stein C, Tomijima N, Ma Fat D, Rao C, Inoue M, Lopez AD, Murray CJL. (2002). *Global Burden of Disease 2000: Version 2 methods and results*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Documento de trabajo N° 50 de GPE).
- ⁹ Murray CJL, Lopez AD, eds. (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Escuela de Salud Pública de Harvard en nombre de la Organización Mundial de la Salud y del Banco Mundial (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. 1).
- ¹⁰ Salomon JA, Murray CJL (2000). *The epidemiological transition revisited: new compositional models for mortality by age, sex and cause*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Documento de trabajo N° 11 de GPE, edición revisada).
- ¹¹ Lozano R, Murray CJL, Lopez AD, Satoh T (2001). *Miscoding and misclassification of ischaemic heart disease mortality*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Documento de trabajo N° 12 de GPE).
- ¹² Mathers CD, Murray CJL, Lopez AD, Boschi-Pinto C (2000). *Cancer incidence, mortality and survival by site for 14 regions of the world*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Documento de trabajo N° 13 de GPE).
- ¹³ Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD (2000). Análisis crítico de los índices sintéticos de la salud de la población. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de artículos N° 4, 2001, 150-163.
- ¹⁴ Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD, eds. (2002). *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- ¹⁵ Murray CJL, Lopez AD (2000). Progress and directions in refining the global burden of disease approach: response to Williams. *Health Economics*, 9:69-82.
- ¹⁶ Organización Mundial de la Salud (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- ¹⁷ Mathers CD, Sadana R, Salomon JA, Murray CJL, Lopez AD (2001). Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *Lancet*, 357(9269):1685-1691.
- ¹⁸ Mathers CD, Murray CJL, Lopez AD, Salomon JA, Sadana R, Tandon A, Üstün TB, Chatterji S. (2001). *Estimates of healthy life expectancy for 191 countries in the year 2000: methods and results*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Documento de trabajo N° 38 de GPE).
- ¹⁹ Sadana R, Mathers CD, Lopez AD, Murray CJL (2000). *Comparative analysis of more than 50 household surveys on health status*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Documento de trabajo N° 15 de GPE).
- ²⁰ Murray CJL, Tandon A, Salomon JA, Mathers CD; Sadana R (2002). *Cross-population comparability of evidence for health policy*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Documento de trabajo N° 46 de GPE).

-
- ²¹ Üstün TB, Chatterji S, Villanueva M, Bendib L, Sadana R, Valentine N, Mathers CD, Ortiz J, Tandon A, Salomon J, Yang C, Xie Wan J, Murray CJL. *WHO Multi-country Household Survey Study on Health and Responsiveness, 2000-2001* (2001). Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Documento de trabajo N° 37 de GPE).
- ²² Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- ²³ Murray CJL, Tandon A, Salomon J, Mathers CD (2000). *Enhancing cross-population comparability of survey results*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Documento de trabajo N° 35 de GPE).
- ²⁴ Tandon A, Murray CJL, Salomon JA, King G (2002). *Statistical models for enhancing cross-population comparability*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Documento de trabajo N° 42 de GPE).
- ²⁵ Sadana R, Tandon A, Murray CJL, Serdobova I, Cao Y, Jun Xie W, Chatterji S, Ustün BL (2002). *Describing population health in six domains: comparable results from 66 household surveys*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Documento de trabajo N° 43 de GPE).
- ²⁶ Poullier J-P, Hernandez P, Kawabata K (2001). *National health accounts: concepts, data sources and methodology*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Documento de trabajo N° 47 de GPE).