

Posgrado y Sociedad

Sistema de Estudios de Posgrado

Universidad Estatal a Distancia.

ISSN 1659 – 178X

Costa Rica

zmendez@uned.ac.cr

LA SALUD COMO FACTOR DE CRECIMIENTO ECONÓMICO

HEALTH AS A FACTOR OF ECONOMIC GROWTH

Grettchen Flores Sandí

Volumen 6, Número 1

Marzo 2006

pp. 01 - 32

LA SALUD COMO FACTOR DE CRECIMIENTO ECONÓMICO

HEALTH AS A FACTOR OF ECONOMIC GROWTH

Grettchen Flores Sandí

Universidad de Costa Rica

Resumen

Actualmente se reconoce la relación de causalidad bidireccional entre salud y crecimiento económico, la divergencia de su impacto es observable en los países de Asia Oriental y en los del Africa Subsahariana. Esta causalidad justifica que la salud ocupe un lugar central en los objetivos de Desarrollo del Milenio aprobados por las Naciones Unidas en 2000. No obstante, el informe anual de 2004 que evalúa la implementación de estos objetivos, indica que con las tendencias actuales, la mayoría de los países en desarrollo no alcanzará la mayoría de ellos. En la región de América Latina y el Caribe, por ejemplo, debido al grado tan alto de desigualdad, los indicadores de salud y la distribución del ingreso varían ampliamente.

El primer paso para el crecimiento económico y de salud debe ser comprender la trascendencia de la relación recíproca de ambos factores. Costa Rica es considerado como el país con menos desigualdad en Centroamérica, las decisiones políticas han hecho una diferencia significativa en el país, por una clara decisión de invertir en medicina familiar y educación, lo que ha llevado a que ocupe una mejor clasificación a escala mundial en términos de desarrollo humano que en términos de ingreso fundamentalmente debido a los logros en salud. Sin embargo, de frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, como país en desarrollo, debe seguir propiciando la actividad privada y el crecimiento económico afianzando la estabilidad macroeconómica, mejorar la gestión fiscal, reducir más las barreras al comercio y reenfocar la atención de la fuerte regulación empresarial al fortalecimiento de instituciones de mercado como los derechos de propiedad y el estado de derecho. También debe fortalecer sus capacidades en el sector público y mejorar la calidad de la gestión de gobierno, en particular combatiendo la corrupción. Asimismo debe invertir más en desarrollo humano y servicios de infraestructura y orientarlos mejor hacia los sectores pobres.

Palabras clave: SALUD, CRECIMIENTO ECONOMICO, FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL, DESARROLLO, COSTA RICA.

Abstract

Nowadays, the causal and bidirectional relationship between health and economic growth is known, the divergency of its impact is observable in Oriental Asian and Subsaharian countries. This causality justifies that health has an important place among the objectives of Growth of the Milenium approved by the United Nations in the year 2000. Nevertheless, the 2004 annual report

that evaluates the implementation of these objectives in the process of development, does not include the vast majority of these countries. In the Latin American and in the Caraïbe Region, for example, due to the high degree of inequality, the indicators of health and the distribution of income, vary a lot.

The first step for economical growth and health is to understand the transcendence of the reciprocal relationship among both factors. Costa Rica is considered as the country with less social inequality in Central America, political decisions have made a significant difference in the country, because of a clear decision to invest in family medicine and education, that has driven Costa Rica to occupy a better classification in a world scale in terms of human worth in relationship to income, fundamentally due to achievements in health. Nevertheless, face to the objectives of Growth of the Milenium, as a country in the process of development,, it must continue to privilege private activity and economical growth, balancing the macroeconomical stability, doing better in fiscal gestion, reducing more the obstacles to commerce and reorienting the attention of the strong empresarial regulation to the empowerment of market institutions such as the rights to private property and a state of rights. It must also empower its capacities in the public sector and better the quality of the government's gestion, in particular by fighting corruption. At the same time, it must invest more in human development and in infraestructural services and orient them more to the poorer sectors of society.

Keywords: HEALTH, ECONOMIC GROWTH, INSTITUTIONAL STRENGTHENING, DEVELOPMENT, COSTA RICA.

Introducción

En los inicios del siglo XXI se presenta un avance tecnológico y un incremento en los conocimientos en salud con respecto a hace tan solo una década, fomentado por esa misma tecnología al servicio de la salud. Este paso ha estado estrechamente relacionado con el planteamiento de que es tarea del médico conocer los problemas de salud de la comunidad donde labora, es decir conocer las necesidades y satisfacción de sus pacientes, que son la razón de ser de su servicio. Desde el punto de vista de formación, la medicina en Costa Rica, ha reconocido la necesidad de capacitar a los funcionarios en salud en las áreas de Administración o Gestión de la Salud, que se ofrece en el nivel de posgrado tanto en la Universidad de Costa Rica como en la Universidad Estatal a Distancia, y en algunas

universidades privadas: UCIMED, UNICA, UNIBE, Hispanoamericana. Esto adquiere relevancia, pues a nivel del curriculum universitario, ninguna de las universidades que imparte medicina en este país, cuenta con asignatura específica al respecto.

Quizá la principal relación que establecen los profesionales del sector salud entre economía y salud es en lo que se refiere al gasto que esta implica, se debe tener en cuenta que los médicos son los principales responsables del gasto en los servicios de salud. Al ser ellos quienes bajo su propia responsabilidad deciden el consumo de los insumos que utilizan y el tratamiento médico o quirúrgico que recomiendan.

Conviene aquí aclarar, que en la actualidad se concibe al gasto en salud como el análisis de las erogaciones que el sector Salud realiza en las distintas áreas o subsectores (público, privado y de la Seguridad Social) con el fin de determinar los parámetros comparativos a nivel internacional y evaluar la eficiencia y equidad de la distribución a nivel interno, tornándose dificultoso el seguimiento por las variaciones de la moneda y de parámetros económicos. Por otro lado, los gastos en enfermedad constituyen toda erogación o desembolso de dinero racionalmente necesario para procurar la curación de un enfermo, en relación directa con la enfermedad.

Sin embargo, la relación economía – enfermedad, implica elementos más allá del gasto económico, incluso ambos elementos forman parte del Índice de Desarrollo Humano. El presente documento tiene por fin, describir como se establece la relación entre estos factores y ofrece ejemplos, que contribuyan a comprender y mejorar el aporte de la economía de salud al desarrollo del país.

I. La Salud y el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su acta constitutiva, de fecha 7 de abril de 1948, expuso la definición de salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad. Esto significa que el objetivo de la planificación y gestión de la salud consiste en alargar el máximo posible dicho estado de completo bienestar e intentar evitar que disminuya e incluso que desaparezca.

De acuerdo con el Banco Mundial en su *World Development Report 1993, "Invirtiendo en Salud"*, inicia resumiendo la mejora enorme y sin precedentes en la salud en la segunda mitad del siglo XX: *"En 1950 la esperanza de vida en los países en desarrollo era de 40 años, para 1990 había aumentado a 63 años. En 1950, 25 de cada 100 niños morían antes de su primer año de vida, para 1990 el número había descendido a 10. La viruela, que mataba a más de 5 millones anualmente a inicios de la década de los 50's había sido completamente eliminada"*.

Hoy en día se conoce la relación de causalidad bidireccional entre la salud y el crecimiento económico ([Figura1](#)), precisamente promover el desarrollo comprendiendo el impacto que tiene la salud a largo plazo en el mismo, es la tarea actual de la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS. Por otro lado, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, aprobados por todos los estados Miembros de las Naciones Unidas en la Cumbre del Milenio en 2000, establecen metas ambiciosas para reducir la pobreza, ocupando la salud un lugar central: tres de los ocho objetivos de desarrollo, ocho de las 18 metas y 18 de los 48 indicadores están relacionados con la salud. ([Tabla1](#)). Estos objetivos forman parte de una larga serie de iniciativas emprendidas por los gobiernos, el

sistema de las Naciones Unidas y las instituciones internacionales de financiamiento, dirigidas a reducir la pobreza en el mundo y aunque no proporcionan una lista exhaustiva de metas de salud (faltan, por ejemplo, indicadores para la salud reproductiva, la reducción de las enfermedades no transmisibles y el tratamiento del VIH, constituyen un progreso importante para el logro de la salud para todos.

Sin embargo, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional publicaron en julio de 2004 el *Global Monitoring Report*, el primero de una serie de informes anuales con el fin de evaluar el grado de implementación mundial de las políticas y medidas necesarias para lograr estos objetivos y los resultados conexos. Que indica que con las tendencias actuales, la mayoría de los países en desarrollo no alcanzará la mayor parte de estos objetivos, asimismo que hay mucho más riesgo de que las regiones no logren los objetivos de desarrollo humano, en particular los de la salud, como por ejemplo la mortalidad infantil y materna, el VIH/SIDA o el acceso al agua potable y al saneamiento.

A escala mundial, es probable que se logre el primer objetivo de reducir a la mitad la pobreza medida según el ingreso entre 1990 y 2015, gracias al crecimiento económico en Asia, sobre todo en China e India, los dos países más poblados del mundo. De mantenerse las tendencias actuales, solo un 15-20% de los países en desarrollo logrará reducir la mortalidad infantil y materna.

De lo anterior se desprende que comprender la trascendencia de la salud como uno de los factores claves del crecimiento económico y su relación recíproca es parte de la realidad actual que deben conocer los profesionales del sector salud, hacia el logro del completo bienestar con el que se concibe la misma.

II. Evolución del concepto Salud = Crecimiento Económico

La salud solía verse como un producto final del proceso de crecimiento: la persona con ingresos más elevados es más sana, porque posee mayores bienes y servicios que ayudan a tener buena salud. Pero el nuevo pensamiento -que la salud ayuda al crecimiento económico- complementa y, en cierto grado, reordena las ideas que justifican el gasto en materia de salud y se fundamenta en argumentos humanitarios y de equidad. La riqueza, sin duda, conduce a una mejor salud, pero la salud también debería verse como una forma de capital humano y, por ende, como un insumo y como un producto del proceso de crecimiento; los países con una población sana y con mejor educación tienen mayores posibilidades de prosperar, en especial en un contexto de políticas favorables.

La globalización en salud, se remonta miles de años atrás, al paso de enfermedades infecciosas a través de las rutas comerciales antiguas. Se debe recordar que entre las medidas tempranas de salud pública, fueron prominentes las ordenanzas de cuarentena para tratar de detener la plaga en el siglo XIV en Europa. No obstante, la era moderna de la salud pública empezó con esfuerzos internacionales coordinados para controlar los riesgos de salud global a mediados del siglo XIX, coincidiendo con la expansión colonial europea y un correspondiente aumento en la riqueza. Así el reconocimiento de que había vínculos directos entre enfermedades reportadas y comercio y viajes internacionales, permitió a 12 países colaborar organizando la *Primera Conferencia Sanitaria Internacional* en Europa en 1851.

Se observa por lo tanto que en la historia de la salud pública es claro que la

mejor salud contribuye al desarrollo económico. Un niño que nace hoy en el mundo en desarrollo puede esperar vivir 20 años más que aquellos que lo hicieron hace 40 años y además, desde 1965, han sido más que duplicados los ingresos per cápita del mundo en desarrollo. Por otro lado, en las últimas tres décadas el analfabetismo en el mundo en desarrollo se redujo entre el 25 y 47% de los adultos y los programas de ayuda extranjera han adicionado cerca de 1 trillón de dólares desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, ayudando a mejorar la salud. Debe aclararse que la ayuda para el desarrollo no siempre ha sido para el desarrollo, pero lo permite en forma secundaria, pues algunos donadores han estado más interesados en los efectos políticos que en el resultado del desarrollo o la salud.

El papel imprescindible de la salud y la nutrición en el crecimiento económico, lo ejemplifican los estudios realizados por *Robert Fogel*, quien estimó el efecto que tuvo el aporte adecuado de calorías sobre la tasa de crecimiento anual en el Reino Unido entre 1780 y 1980, así como sobre la productividad de quienes integraban la fuerza laboral. La suma de esos dos efectos, de acuerdo con *Fogel*, indicaría que la nutrición contribuyó con 30 % al crecimiento per cápita del Reino Unido. Otro informe al respecto lo presentó *Robert Barro*, quien entre otros, mostró que la esperanza de vida está significativamente correlacionada con el posterior crecimiento económico. Basándose en datos de los años que siguieron a la Segunda Guerra Mundial, *Barro* estimó que el 10 % de aumento en la esperanza de vida fue capaz de aumentar 0,4 % por año el crecimiento económico. Algunos estudios más modestos han hecho el seguimiento de conjunto de niños que se podían agrupar según el aporte de calorías recibidas durante sus primeros 3 años de vida; estos estudios mostraron que los niños con un régimen alimentario de mayor valor calórico tenían ingresos más elevados y, por tanto, se puede suponer que fueron más productivos económicamente unos 30 años más tarde.

Se señala que la causalidad bidireccional puede ser de carácter acumulativo: las mejoras en la salud conducen al crecimiento económico, que a su vez permite mejorar aun más la salud. No obstante, si bien este círculo virtuoso puede continuar por un tiempo, llega a su fin a medida que el rendimiento de las mejoras de la salud se reduce y la población envejece. En la "transición epidemiológica" el ingreso determina la mortalidad, mientras que, pasada esa transición, lo que determina la mortalidad, es la desigualdad del ingreso. En los países pobres, el ingreso es un seguro contra muchas de las causas de enfermedad, mientras que en los países ricos la desigualdad del ingreso indica la calidad del régimen social, el estrés y la mortalidad en la sociedad.

Sin embargo, no necesariamente hay que asumir que la relación entre el ingreso y la mortalidad cambie con el desarrollo económico, dado que sería la pobreza, no las desigualdades, la que impulsa la mortalidad y, además, el efecto de las desigualdades habrá de perdurar, pues incluso en las economías ricas siempre hay quienes no son tan ricos.

Bourguignon y Morrison estudiaron la evolución a largo plazo de la desigualdad entre los ciudadanos de todo el mundo a partir de la premisa de que "una definición integral del bienestar económico debe considerar al individuo durante toda su vida". Concluyeron que a partir de los años cincuenta, el rápido aumento de la esperanza de vida en los países más pobres condujo a una disminución de la desigualdad, en su sentido más amplio, a pesar de que la desigualdad de ingresos continuó aumentando (en los países en desarrollo, la esperanza de vida aumentó entre 1960 y 1990 a un ritmo de 6.3 años por década y en los países de alto ingreso, la tasa fue de "solo" 2.3 años por década) ([tabla2](#))

Al respecto *Wagstaff* , menciona elementos sobre las desigualdades sanitarias entre los pobres y los no pobres, que deben ser tomados en cuenta:

1. Las desigualdades sanitarias son casi siempre en perjuicio de los pobres. Los pobres tienden a morir antes y a presentar mayores niveles de morbilidad que quienes tienen más dinero.
2. Estas desigualdades tienden a ser más pronunciadas con los indicadores objetivos de mala salud, como las medidas antropométricas de malnutrición y la mortalidad, que con los indicadores subjetivos. Tanto en el mundo en desarrollo como en el mundo industrializado, los indicadores de enfermedad a más largo plazo, como las enfermedades de larga duración, la limitación de actividades importantes o la autoevaluación de la salud, tienden a presentar desigualdades que son desventajosas para los pobres.
3. Hay grandes variaciones entre los países con respecto a la magnitud de las desigualdades sanitarias, aunque estas variaciones en sí mismas también varían según los indicadores sanitarios y socioeconómicos utilizados. Por ejemplo en América Latina las desigualdades entre los pobres y los no pobres con respecto a la salud de los niños parecen ser mayores que en otras partes del mundo en desarrollo, cualquiera que sea el indicador sanitario utilizado. En cambio, las desigualdades en la mortalidad post infantil (1 a 4 años) y la desnutrición son menos pronunciadas en la África Subsahariana que en el Norte de África, Asia y el medio oriente, pero con la diarrea y las infecciones respiratorias agudas ocurre lo contrario.
4. Las desigualdades socioeconómicas en el campo de la salud parecen estar

aumentando, en vez de disminuir, y esto es cierto tanto para el mundo en desarrollo como para el mundo industrializado.

Asimismo, generalmente, los valores del coeficiente de Gini para la mayoría de los indicadores de salud son más altos entre los países con ingresos superiores a la media que entre los países con ingresos inferiores a la media o de bajos ingresos. Esto significa, que hay más variaciones en salud (desigualdades) entre los países de ingresos superiores a la media que entre los países de bajos ingresos.

III. Efecto de la Salud sobre el PIB per cápita

La falta de salud reduce el producto interno bruto (PIB) per cápita debido a la contracción de la productividad de la mano de obra y del tamaño relativo de la fuerza laboral. Desde otro ángulo del círculo de salud y pobreza se tiene que un buen estado de salud aumenta el ingreso per cápita de varias maneras (Figura2):

1. Se toman decisiones de gasto y ahorro diferentes durante el ciclo de vida. Se toman planes de jubilación solo si las tasas de mortalidad hacen que sea realista pensar en llegar a jubilarse. Debido a la mayor longevidad en los países en desarrollo, las tasas internas de ahorro han aumentado. Si bien este auge del ahorro dura solo una generación y se ve contrarrestado por las necesidades de la población a medida que ésta envejece, mientras dura puede impulsar considerablemente las inversiones y las tasas de crecimiento económico.
2. La buena salud alienta la inversión extranjera directa, que no

afluirá hacia zonas donde la población activa es propensa a enfermarse. Asimismo, las enfermedades endémicas pueden impedir el acceso a la tierra y a otros recursos naturales, como ocurrió en Africa occidental hasta que se logró controlar la oncocercosis.

3. Una mejor salud impulsa la educación. Los niños más saludables asisten a la escuela y tienen un mayor desarrollo cognoscitivo y al prolongarse la vida resulta más atractivo invertir en educación.

Esto ha motivado una mayor transformación como investigación del impacto de la salud sobre las tasas de crecimiento económico acumuladas en los últimos diez años. Invertir en tecnología actual, vacunas, medicamentos y sistemas de reparto permite incrementar el bienestar de los pobres, mucho más rápidamente y menos caro que cualquiera otra forma de inversión. Cuando se examina el efecto

de la salud, sobre el bienestar económico, definida estrechamente en términos de PIB per cápita, se observa que tal vez el 10 a 15% del crecimiento económico mundial en los últimos 30 o 40 años ha resultado de mejora en la salud.

A) EL EJEMPLO DE ASIA ORIENTAL

Bloom, Canning y Malaney, de la Universidad de Harvard, concluyeron que el milagro del crecimiento de Asia oriental no fue tal, sino una prueba fidedigna de que las mejoras en la salud desempeñan un papel crucial en el contexto de políticas económicas generalmente favorables. Hay pruebas cada vez más fehacientes de que los países de Asia oriental que registraron altas tasas de crecimiento económico sostenido en la segunda mitad del siglo XX obtuvieron esos resultados debido al fuerte crecimiento de ciertos factores

de producción -trabajo, capital físico y capital humano- y no a un incremento de la productividad total de los factores. Una causa del rápido aumento de la oferta de mano de obra per cápita en Asia oriental ha sido la buena salud. Las mejoras en la salud, factibles a un costo moderado, precedieron el denominado "milagro" y actuaron como catalizador. La esperanza de vida aumentó en 39 años en 1960 a 67 en 1990, con una disminución concomitante en la fecundidad. Debido a las menores tasas de mortalidad y fecundidad, entre 1960 y 2000 la relación entre la población en edad de trabajar (15 a 64 años) y la población dependiente (0 a 14 y 65 años o más) aumentó de 1.3 a más de 2, lo que facilitó la incorporación de muchos más trabajadores per cápita a la producción, así como un incremento del PIB per cápita.

Otro elemento clave del éxito económico de Asia oriental fue la alta tasa de acumulación de capital en la región, impulsada por niveles de ahorro que a menudo superaron el 30% del ingreso. Con el aumento de la longevidad, aumentó también la necesidad de ahorrar para asegurarse una jubilación.

El ahorro llega a su máximo nivel entre los 40 y los 65 años de edad, cuando los individuos se están preparando para la jubilación, con lo que se produce un auge del ahorro cuando una cohorte numerosa alcanza esta edad. Asia oriental no solo contaba con una gran parte de su población en esta gama de edades, sino que además ésta fue la primera cohorte de la región con bajas tasas de mortalidad, que ha tenido que ahorrar para la jubilación a gran escala.

B) EFECTO ECONÓMICO DE LA SALUD EN LOS PAÍSES DE AFRICA SUBSAHARIANA

En un estudio econométrico reciente, *Bloom y Sachs*, constataron que más de la mitad del desfase de África con relación a los países de alto crecimiento de Asia oriental podría explicarse estadísticamente por la carga de morbilidad, la demografía y la geografía, más que por las variables más tradicionales de la política macroeconomía y la gestión política. La alta prevalencia de enfermedades como el paludismo y el VIH/SIDA se asocia a reducciones importantes y duraderas de las tasas de crecimiento económico. Se ha comprobado que la elevada prevalencia del paludismo, por ejemplo, se asocia a un descenso del crecimiento económico del 1 % anual o más.

La esperanza de vida en África aumentó de 40 años en 1960 a 50 en 1990, pero la epidemia del SIDA está revirtiendo estos logros. En 1990, la infección ya había penetrado en África, pero el número de fallecimientos seguía siendo relativamente pequeño (218000 de un total estimado de 7940000, es decir, un 2.7%). En 2001, se contabilizaron alrededor de 2197000 muertes –un 20.6% del total- y según las proyecciones la cifra seguirá en aumento. Como resultado la esperanza de vida se ha reducido a 46 años. (Tabla 3).

No obstante a pesar de esta reducción, muchos investigadores han observado que hasta ahora la epidemia del SIDA ha tenido un efecto escaso o nulo sobre el PIB per cápita de la región, de lo que se deduce que este factor no es el mejor parámetro para medir el bienestar económico nacional. Si bien la caída de las tasas de ahorro y educación, como consecuencia de la elevada mortalidad, puede afectar a largo plazo el PIB per cápita, el SIDA ha provocado, de hecho, una catástrofe en muchos países de Africa Subsahariana.

Las medidas actuales del ingreso pleno –concepto que refleja el valor de las variaciones de la esperanza de vida al incorporarlas a la evaluación del

bienestar económico- son un indicador cuantitativo de esta catástrofe y ofrecen una imagen más precisa del impacto económico del SIDA.

Las variaciones del ingreso pleno como consecuencia de la epidemia del SIDA se evalúan en función de dos componentes: la variación del PIB per cápita y el valor de las variaciones de las tasas de mortalidad estimadas en los estudios del valor de una vida estadística (VVE). Para obtener este segundo componente hay que calcular el impacto del SIDA en las tasas de mortalidad.

En 2000, las tasas de mortalidad (en edades maduras) estaban empezando a aumentar notablemente. En 1990, la probabilidad de que un varón de 15 años muriera antes de cumplir los 60 años era del 51 %; en 2000, había aumentado a 57 %. En el caso de las mujeres, el aumento fue del 45 % al 53 %. (Sin embargo, en Japón, la probabilidad comparable para las mujeres en 1999 era de solo el 4.8 %). Entre 1990 y 2000, la variación de las probabilidades anuales de mortalidad fue, en promedio, de un 0.35 % anual.

Con un cálculo conservador, utilizando un VVE equivalente a 100 veces el PIB per cápita, las variaciones de la mortalidad en Africa entrañan un costo económico de la epidemia del 15 % del PIB en 2000 (suponiendo que el 50 % de la población tenga entre 15 y 60 años de edad, y que el 90 % de las muertes por SIDA correspondan a este grupo de edad). Esto corresponde a una disminución del ingreso del 1.7 % anual entre 1990 y 2000, cifra mucho mayor que las estimaciones disponibles del efecto del SIDA sobre el PIB.

Por el contrario, antes de 1990, las mejoras en la salud de los adultos redundaron en grandes beneficios en relación con las variaciones del PIB per cápita; el efecto estimado suma varios puntos porcentuales al año a la tasa de crecimiento del PIB en muchos países de Africa en 1960-90, lo que modifica la

percepción global del desempeño del continente. Malawi, por ejemplo, registró en los años ochenta una tasa de crecimiento del PIB per cápita ligeramente negativa, mientras que la tasa de crecimiento del ingreso pleno, que en los años noventa se tornó muy negativa, fue más alta y positiva. Si el ingreso pleno es mejor que el PIB per cápita como indicador del desempeño económico, dicho desempeño se ha subestimado notablemente antes de 1990 y se ha sobrestimado a partir de ese año.

IV) SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Durante los últimos 30 años, la región de América Latina y el Caribe ha registrado un mejoramiento continuo en los indicadores de salud, especialmente en lo que concierne a nutrición, acceso a los anticonceptivos e higiene, así como en los factores externos que contribuyen a la prevención de enfermedades, entre otros, servicios de agua y saneamiento más eficientes. Otro factor que ha repercutido en el logro en el sector salud es el éxito en las iniciativas para educar a la comunidad acerca de las causas, prevención y tratamiento de la enfermedad, y los esfuerzos para que las intervenciones estén al alcance de quienes las necesitan. Como resultado, cabe mencionar el avance regional en los siguientes indicadores de salud:

- Aumento de la tasa de vacunación, que pasó de 10% a 90% en los últimos 30 años,
- Aumento de la esperanza de vida, que pasó de un promedio de un poco más de 50 años en los años sesenta, a 71 años actualmente
- Reducción de la tasa de mortalidad de niños, que pasó de 55,3 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 1980 a 34 por 1.000 en el año 2002.

Si bien la región de América Latina y el Caribe cuenta con el potencial para alcanzar muchos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, siguen planteándose muchos retos, entre otros, los cambios demográficos y epidemiológicos, los ciclos políticos y económicos en constante cambio, así como la desigualdad generalizada. Debido al grado tan alto de desigualdad en la región, los indicadores de salud varían tan ampliamente como la distribución del ingreso, lo que genera marcadas diferencias en las oportunidades y la calidad de vida.

En Brasil, por ejemplo, los niños nacidos en familias que pertenecen a la quinta parte más pobre de la población tienen tres veces más probabilidades de morir antes de llegar a los 5 años de edad, en comparación con los niños nacidos en familias de la quinta parte más rica de la población.

En Bolivia, esta cifra aumenta a más de cuatro veces en el caso de los pobres, ya que para los niños de la quinta parte de la población más pobre, la tasa de mortalidad de menores de cinco años es de 146,5 por 1.000, en comparación con el promedio regional de 34 por 1.000.

Entre los problemas que influyen en la desigualdad de la cobertura y en la calidad de los servicios de atención de salud se encuentran: la segmentación de los sistemas de salud (el gasto en los servicios de salud de América Latina es alto en relación con el ingreso per cápita, pero los resultados de salud no están acordes con el gasto), deficiente coordinación del sector público y cambios demográficos acelerados (cambios en la esperanza de vida y el perfil epidemiológico).

El acceso a la atención de salud de calidad, unido a la educación, la seguridad alimentaria, el agua y el saneamiento, es fundamental para el desarrollo económico. Durante el ejercicio fiscal 2003, el Banco Mundial canalizó 27% de sus créditos, es decir, \$1.570 millones, para dar apoyo al sector salud y a servicios sociales que son críticos para los países de América Latina y el Caribe. Las principales metas de salud del Banco son: promover el acceso equitativo y la calidad de los servicios prestados en salud, mejorar la respuesta al VIH/SIDA, apoyar las reformas del sistema de salud, velar por el financiamiento sostenible de la atención de salud y dar apoyo de emergencia, contribuyendo así al logro de los objetivos del milenio.

En el Informe de Desarrollo Humano 2003, se expone que la tasa de mortalidad en menores de 5 años en América Latina y el Caribe bajó de 56 mil nacidos vivos en 1990 a 35 mil nacidos vivos en 2002 y que de mantenerse la tendencia actual, se puede superar la meta propuesta en los objetivos de desarrollo del milenio para el año 2015. Sin embargo, estudios recientes de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, concluyeron que si no se modifican las políticas actuales, solo 7 de los 18 países estudiados podrían alcanzar los objetivos asociados con la reducción de la pobreza para el 2015 (Argentina, Chile, Colombia, Honduras, Panamá, República Dominicana y Uruguay).

En un segundo grupo de seis países se reduciría la incidencia de la extrema pobreza, pero a un ritmo muy lento (Brasil, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, México y Nicaragua). Los otros cinco países (Bolivia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela) experimentarían un aumento en los niveles de extrema pobreza debido al aumento de la inequidad, al descenso del ingreso per cápita o a ambos.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud, con datos de la división de Población de las Naciones Unidas, ha calculado que de mantenerse la tendencia observada en la mortalidad de menores de 5 años entre 1990 y 2001 (54.5 y 41.4 por mil nacidos vivos, respectivamente), el valor de este indicador podría llegar a 30.0 por mil nacidos vivos en el año 2015, prácticamente el doble de lo propuesto por las metas de desarrollo del milenio, que consiste en reducirlo a 18 por mil nacidos vivos.

A. Istmo Centroamericano

Los resultados del Proyecto de Acción Concertada denominado "*Salud en Conglomerados Humanos de América Latina 2000*", financiado por la Unión Europea y coordinado por la Universidad South Bank del Reino Unido, con el fin de realizar una comparación y revisión de los problemas y sistemas de salud en sectores urbanos en las principales ciudades de América Central, evidenciaron que a pesar de algunas diferencias, los perfiles de salud en las cuatro ciudades (Guatemala, Managua, San José y San Salvador) parecen ser similares. Las principales causas de morbi-mortalidad en estas ciudades están relacionadas con las enfermedades transmisibles. Sin embargo, está emergiendo la presencia de enfermedades no transmisibles, las cuales vienen en aumento cada año. Esta situación sugiere que las ciudades se encuentran en una de las etapas iniciales de un periodo de transición epidemiológica.

San Pedro Sula muestra un perfil muy diferente. En esta ciudad, (con la excepción del HIV/SIDA) las enfermedades no transmisibles son la principal causa de mortalidad para todos los grupos de edad. Sin embargo, en términos de morbilidad, las principales causas son enfermedades transmisibles. La situación epidémica del HIV/SIDA en esta ciudad es única. La incidencia anual y el total de casos superan por casi tres veces a los reportados

en otras ciudades. San Pedro Sula es también única en términos de las causas de mortalidad por violencia. A diferencia de las otras ciudades, la violencia fue la causante de la mitad de las muertes en el año 1999. La violencia es además la mayor causa de mortalidad en el grupo de edad de 5 a 14 años.

De acuerdo con este estudio, Costa Rica es considerado como el país con menos desigualdad de Centroamérica. Por su parte, el informe *Situación de Salud de las Américas, Indicadores Básicos 2001 (OPS/OMS)*, evidencia que este país muestra los valores más bajos para el istmo en las tasas de mortalidad materna e infantil y los más altos en esperanza de vida (Tabla 4). De acuerdo con *López y Herrera*, si se compara la esperanza de vida, el nivel de empleo y desempleo y el nivel de gasto público en salud, basado en datos del *Informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) 2000*, se obtiene que una mayor relación de gasto social da lugar a una mayor esperanza de vida y probablemente cuando el gasto supera el 20% hay un problema y cuando baja el 12 % también. El gasto de Seguridad Social en Costa Rica según OIT es el 13% del PIB, porque no solo incluye seguro social, sino que incluye también asignaciones familiares y otros gastos que se cargan a esos programas. (Tabla 5)

V. EL CASO COSTA RICA

López y Herrera, citan que en 1965 la mortalidad infantil era muy elevada, representaba el 38 % del total de muertes y la mortalidad de 50 años y más representaba el 35%; es decir, era porcentualmente menor la mortalidad en mayores de edad que en menores de un año de edad. Para el año 2000, los menores de un año de edad representaron solo el 5.3 % y los mayores de 50 años de edad representaron prácticamente el 75% de muertes. Esto ejemplifica el cambio que experimentó el país en poco tiempo. Para considerar

su trascendencia, por ejemplo se debe considerar que un cambio similar necesitó casi cien años para llevarse a cabo en los países de Europa. Al observar los indicadores de salud que muestra el país, entre 1990 y 2002, la tasa de mortalidad infantil pasó de 15.3 a 11.5 y la tasa global de fecundidad disminuyó de 3.2 a 1.9. (Tabla 6)

Las decisiones políticas han hecho una diferencia significativa en Costa Rica, por una clara decisión de invertir en medicina familiar y educación. El resultado es que Costa Rica tiene ahora una esperanza de vida cercana a la de Estados Unidos de América, aunque el ingreso per cápita es significativamente menor. De acuerdo con *Phillip J. Guarco*, Vicepresidente y Senior Credit Officer, Moody's Investors Service, US, quien tiene experiencia en el mercado financiero latinoamericano, con desarrollo económico, salud y educación, la voluntad política es el catalizador de los mercados emergentes.

"No se conoce ampliamente que Costa Rica, con una población de solamente 5 millones, tiene una fábrica estadounidense high tech de 5 billones de dólares. Parte de la razón es que hace diez años, los políticos se enfocaron a la idea e instauraron un alto nivel de entrenamiento e inversión en educación científica. Ahora es fácil para inversores potenciales apreciar los productos de esta fabrica. Ellos pueden ver el número de exportaciones en la contabilidad de ingresos nacionales. Si números similares en salud fueran promovidos vigorosamente, los resultados podrían ser grandiosos". (Global Health and Economic Development, 2002, p12)

Al igual que en años anteriores, el Noveno *Informe Mundial sobre Desarrollo Humano* consigna los resultados del Informe Mundial sobre Desarrollo Humano, publicado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). El

índice de desarrollo humano (IDH), que se calcula para este Informe, es una medida sintética que resume un conjunto de indicadores relativos a salud (esperanza de vida), educación (alfabetismo y matrícula escolar) e ingreso (ingreso per cápita).

En el Informe correspondiente al 2003, se consigna la situación de los países de acuerdo con información del año 2001, en que Costa Rica tiene un IDH de 0,832. Este valor ubica al país en la posición número 42 con respecto al total de países para los cuales se calculó el índice (175) y entre los considerados como de desarrollo humano alto (55 países cuyo IDH es superior a 0,800).

Por otro lado, cuando se comparan los países según su PIB per cápita Costa Rica ocupa la posición número 52, es decir, muestra un rezago de 10 posiciones respecto a su posición según el IDH. Esta mejor clasificación en términos de desarrollo humano que en términos de ingreso se debe fundamentalmente a los logros en salud. Cuando se compara Costa Rica con los países de esperanza de vida similar, estos tienen un PIB per cápita que es alrededor de dos veces y medio más alto.

Por otro lado el índice de pobreza humana, que mide las privaciones de la población en materia de salud (acceso a agua y nutrición), educación e ingresos, Costa Rica ocupa el cuarto lugar entre 94 países en desarrollo. Si el indicador utilizara únicamente la pobreza de ingresos, la posición nacional sería la número 17. Es decir que, la alta posición del país en este índice se debe principalmente al acceso a educación, salud, agua potable y nutrición que ha tenido la población.

Sin embargo, a pesar de esos éxitos, continúa habiendo desigualdades

que se ocultan en los promedios nacionales, las cuales afectan sobre todo al 21% de las familias, que son pobres, y al 33% de las familias, que están encabezadas por mujeres. Se estima que uno de cada tres niños y adolescentes, sobre todo en las zonas rurales y costeras alejadas, es pobre y carece de medios para atender sus necesidades básicas.

En el 2000, el Producto Nacional Bruto real per cápita del país era de 2738 USD y en 1999 el gasto social representaba el 16.5% del PIB. De acuerdo con el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, la tendencia principal de la estructura económica de Costa Rica ha sido la pérdida de protagonismo del sector servicios, que ha cedido puestos a favor del sector secundario. Aún así, los servicios aportan el 50% del Producto Interior Bruto (PIB) (Tabla 7). Aunque el Gobierno sigue asignando prioridad a la inversión social no tiene mecanismos suficientes para asignar recursos y supervisar cómo influyen los recursos gastados en las distintas etapas del ciclo de vida del niño.

De frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Costa Rica, como país en desarrollo, debe seguir propiciando la actividad privada y el crecimiento económico afianzando la estabilidad macroeconómica, mejorar la gestión fiscal, reducir más las barreras al comercio y reenfocar la atención de la fuerte regulación empresarial al fortalecimiento de instituciones de mercado como los derechos de propiedad y el estado de derecho. También debe fortalecer sus capacidades en el sector público y mejorar la calidad de la gestión de gobierno, en particular combatiendo la corrupción. Asimismo debe invertir más en desarrollo humano y servicios de infraestructura y orientarlos mejor hacia los sectores pobres.

Básicamente, las políticas de salud deben continuar orientándose a disminuir la desigualdad de acceso a la educación, salud y empleo, sobre todo en las áreas más vulnerables, mejorar la calidad de los servicios que se prestan, aumentando la eficacia y la eficiencia de los mismos y fomentar aun más la prevención, considerando los cambios en el perfil epidemiológico, como una forma de mejorar no solo la esperanza de vida, sino también su calidad, mediante un proceso de rehabilitación adecuado, para reincorporar los individuos a la sociedad. Asimismo resulta conveniente, fomentar la educación en salud desde edades tempranas y fomentar el conocimiento de la economía de la salud en los programas universitarios, lo que permitiría mejorar el compromiso del gobierno, de cara a establecer mecanismos suficientes para asignar recursos y supervisar cómo influyen los mismos en la mejora de la salud.

Referencias Bibliográficas

Barro, RJ (1997). **Determinants of Economic Growth**. Cambridge: MIT Press.

Bloom, D.E, Canning, D y Jamison, D. T. (2004). **Salud, riqueza y bienestar. Finanzas y Desarrollo**. 41(1): 10-15.

Bloom, D, Canning, D y Malanay P. (2000), **Demographic Change and Economic Growth in Asia. Supplement to Population and Economic Review**. 26: 257-90

Boughton JM y Qureshi, Z. (2004). **De la visión a la acción. Cómo dar**

nuevo impulso a los objetivos de desarrollo del milenio. Finanzas y Desarrollo. 41(3): 42-44.

Bourguignon, F y Morrison C (2002). **Inequality among world citizens: 1820-1992.** *American Economic Review.* 92:727-44

Flores, WG. (2000) **La salud en la Principales Ciudades de Centro América: Revisión comparativa del estado de salud y de las respuestas institucionales.** Liverpool School of Tropical Medicine. Noviembre del 2000. Revisado el 10 de noviembre de 2004 en: <http://geosalud.com/saludcentroamerica/htm>.

Fogel, RW. (1997) **New Findings on Secular Trends in Nutrition and Mortality: Some implications for population theory.** In: Rosenzweig M Stark O eds. *Handbook on Population and Family Economics.* Vol 1A. Amsterdam: Elsevier Science.

Fondo de población de las Naciones Unidas. **Contexto de Costa Rica.** Descargado el 10 de noviembre de 2004 en: <http://www.nu.or.cr/unfpa/contextcr.htm>.

Global Health and Economic Development. (2002) **International Perspectives on Health Care and Biomedical Research.** The Pfizer Journal Global Edition. 3 (2).

Jamison, D.T., Lau, L.J and Wang, J. (2004) **Health's Contribution to Economic Growth in an Environment of Partially Endogenous Technical Progress.** *Disease Control Priorities Project.* Working Paper No. 10. Fogarty International Center, National Institutes of Health.

López, G y Herrera, R. (2004) **Evolución demográfica de Costa Rica y su impacto en los sistemas de salud y pensiones**. San José, Costa Rica: Academia de Centroamérica.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN). **Sistema de Indicadores sobre Desarrollo Sostenible (SIDES)**. Costa Rica: Inversión Social como porcentaje del PIB. Descartado el 10 de noviembre de 2004 en <http://www.mideplan.go.cr/sides/social/03-03.htm>.

Organización de Naciones Unidas. (2003). **Objetivos de Desarrollo del Milenio y Metas de Salud. EB/Retreat/03/Dicussion Paper1**. Retiro para los miembros del Consejo Ejecutivo. Accra (Ghana) .

Organización Mundial de la Salud. (2002). **Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en pro del Desarrollo Económico**. Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. Centro Latinoamericano de perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). **Información en salud materno perinatal (América Latina y Caribe)**. Descargado el 04 de diciembre de 2004 en <http://www.paho.org/Spanish/CLAP/01indic.htm>.

Organización Panamericana de la Salud (2002) **El informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud: su relevancia para los países de América Latina y el Caribe**. Traducción del documento publicado en inglés por la División de Salud y Desarrollo Humano/Programa de Políticas Públicas y Salud (HDP/HDD) de la Organización Panamericana de la Salud: The CMH Report: its relevance for countries of the Latin

America and Caribbean Region. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2002. Revista Panamericana de Salud Publica 12(3).

Sachs, J.D. Macroeconomía y Salud: **Invertir en Salud en Pro del Desarrollo Económico/Organización Mundial de la Salud Proyecto: Reporte de la Comisión de Salud y Macroeconomía 2002.** Descargado el 19 de setiembre de 2004 en: http://www.iadb.org/etica/Documentos/sac_macro.htm.

Organización Panamericana de la Salud. (2003) **Salud, crecimiento económico y reducción de la pobreza. OPS. Informe del Grupo de Trabajo 1 de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Washington DC.** . Revista Cubana de Salud Pública, 29(3). Jul- Sept.

Ruger, J, Jamison, D.T y Bloom (2001) **Health and the Economy.** International Public Health. Sudbury, Massachusetts: Jones and Barlett

Sambo, L.G. (2004) **Economic Development and Health Inequalities.** Prepared for the Forum

BARCELONA 2004 **Health and Development: Challenges for the 21st century,** Barcelona.

Torres, C y Mújica OJ. (2004) **Salud, Equidad y los Objetivos de Desarrollo del milenio.** Revista Panamericana de Salud Publica 15(6)430-439.

Wagstaff A. (2002). **Poverty and health.** (CMH Working Paper Series, Paper No. WG1: 5). Bulletin World Health Organization. 80: 97-105.

.
World Bank. (1993) **World Development Report 1993: Investment in Health**. New York: Oxford University Press

Anexos

TABLA 1

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO E INDICADORES CONEXOS

Objetivos, metas e indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud

OBJETIVO 1: ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE	
Meta 1: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a un dólar por día.	
Meta 2: Reducir a la mitad, entre 1990 y 201, el porcentaje de personas que padezcan hambre.	4. Numero de niños menores de cinco años de peso inferior al normal. 5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria.
OBJETIVO 2: LOGRAR LA ENSEÑANZA PRIMARIA UNIVERSAL	
Meta3: Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar u ciclo completo de enseñanza	
OBJETIVO 3. PROMOVER LA IGUALDAD ENTRE LOS SEXOS Y LA AUTONOMÍA DE LA MUJER	
Meta 4: Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes del fin del año 2015.	
OBJETIVO 4: REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL	
Meta 5: Reducir en dos terceras parte, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años.	13. Tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años 14. Tasa de mortalidad infantil 15. Porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión
OBJETIVO 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA	
Meta 6: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	16. Tasa de mortalidad materna 17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado
OBJETIVO 6: COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES	
Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propaación del VIH/SIDA	18. Tasa de morbilidad del VIH entre las mujeres embarazadas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años 19. Tasa de uso de anticonceptivos 20. Numero de niños huérfanos por causa del VIH/SIDA
Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.	21. Tasas de morbilidad y mortalidad asociadas al paludismo 22. Proporción de la población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medias eficaces de prevención y tratamiento del paludismo 23. Tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a la tuberculosis 24. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa.
OBJETIVO 7: GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL MEDIO AMBIENTE	
Meta 9: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la perdida de recursos del medio ambiente.	29. Proporción de la población que utiliza combustibles sólidos.

Meta 10: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso a agua potable.	30. Proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, en zonas urbanas y rurales.
Meta 11: Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios	31. Proporción de la población urbana con acceso a mejores servicios de saneamiento
OBJETIVO 8 : FOMENTAR UNA ASOCIACION MUNDIAL PARA EL DESARROLLO	
Meta 12. Desarrollar aun más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsibles y no discriminatorio. Meta 13: Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados. Meta 14: Atender las necesidades especiales de los países sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo. Meta 15: Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medias nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo. Meta 16: En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo dignos y productivo.	
Meta 17: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo.	46. Proporción de la población con acceso estable a medicamentos esenciales a precios razonables.
Meta 18: En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones.	

Fuentes: Aplicación de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, Informe del Secretario General, documento A757/270 (31 de julio de 2002). Primer informe anual basado en la "Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas", documento A/56/326 (6 de setiembre de 2001); Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible: Plan de aplicación, setiembre de 2002. Disponible en: Organización de Naciones Unidas. (2003). *Objetivos de Desarrollo del Milenio y Metas de Salud. EB/Retreat/03/Dicussion Paper1*. Retiro para los miembros del Consejo Ejecutivo. Accra (Ghana) .

Tabla 2**Mayor esperanza de vida**

La esperanza de vida registró un fuerte aumento en el mundo entero en la segunda mitad del siglo XX, pero el SIDA está frenando el avance en Africa y otras partes.

Región	Esperanza de vida, años			Ritmo de variación en años	
	1960	1990	2001	1960-90	1990-2001
Bajo y mediano ingreso	44	63	64	6.3	0.9
Africa Subsahariana	40	50	46	3.3	-3.6
América Latina y el Caribe	56	68	71	4.0	2.7
Asia meridional	44	58	63	4.7	4.5
Asia oriental y el Pacífico	39	67	69	9.3	1.8
Europa y Asia central	n/a	69	69	n/a	0.0
Oriente medio y Norte de Africa	47	64	68	5.7	3.6
Ingreso alto	69	76	78	2.3	1.8
Mundo	50	65	67	5.0	1.8

Fuente: World Development Indicators 2003 (Washington: Banco Mundial. 2003). Disponible en: Bloom, D.E, Canning, D y Jamison, D. T. (2004). *Salud, riqueza y bienestar*. Finanzas y Desarrollo. 41(1).

Nota: Promedio de la esperanza de vida del hombre y de la mujer. La clasificación de los países por región se ciñe a la convención adoptada por el Banco Mundial para 2003, indicada en el reverso de la contrapartida de WDI 2003.

Tabla 3**Millones de personas en el mundo entero viven con VIH/SIDA a fines de 2003**

Region	Adultos y Niños que viven con VIH/SIDA	Adultos y Niños que mueren
Africa Subsahariana	28.2	2.4
Otros países de ingreso bajo y	14.5	0.9
Países de alto ingreso	1.9	0.02

Fuente: Bloom, D.E, Canning, D y Jamison, D. T. (2004). *Salud, riqueza y bienestar*. Finanzas y Desarrollo. 41(1).

TABLA 4
ALGUNOS INDICADORES DE SALUD DE LOS PAISES DEL ISTMO
CENTROAMERICANO 2001

INDICADORES	BELICE	COSTA RICA	EL SALVADOR	GUATEMALA	HONDURAS
Densidad de Población (habitantes por Km ²)	10.2	80.5	304	107.3	58.7
Analfabetos > 14 años (%)	7.3%	4.7%	22.2%	32.7%	26.6%
Analfabetos > 14 años (Número)	10.118	127.554	909.312	2.140.123	996.902
Esperanza de Vida al Nacer (Mujeres) años	75.7 años	79.5 años	73.5 años	68.5 años	69.0 años
Esperanza de Vida al Nacer (Hombres) años	72.9 años	74.8 años	67.4 años	62.7 años	63.2 años
Tasa Bruta de Natalidad (cada 1000 habitantes)	25.9	22.2	25.8	34.6	30.8
Tasa Global de Fecundidad (promedio de hijos por mujer)	3.0	2.7	2.9	4.5	3.8
Mortalidad Materna (tasa por 100.000 nacidos vivos)+	82.3 *	19.1 *	120.0 *	94.9 *	108.0 *
Mortalidad Perinatal (tasa por 1000 nacidos vivos) ++	20.0 *	20.0 *	35.0 *	45.0 *	40.0 *
Mortalidad Infantil (tasa por 1000 nacidos vivos)	21.3 *	10.2 *	35.0 *	40.5	42.0 *

+Latin America\OPS-SHA-Datos Básicos de Salud.htm (Actualización 1998). Se tomaron los porcentajes y los cálculos se hicieron con la población.

++Safe Motherhood WHO, World Bank. Health around the world, 1997.

* AÑOS en que la información fue recolectada o estimada corresponde al año 2001.

FUENTE "Situación de Salud de las Américas. Indicadores Básicos 2001 OPS/OMS" Disponible en Organización Panamericana de la Salud, Centro Latinoamericano de perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). *Información en salud materno perinatal (América Latina y Caribe)*.

Artículo recibido: 30 de octubre 2007

Aprobado: 6 marzo 2008