

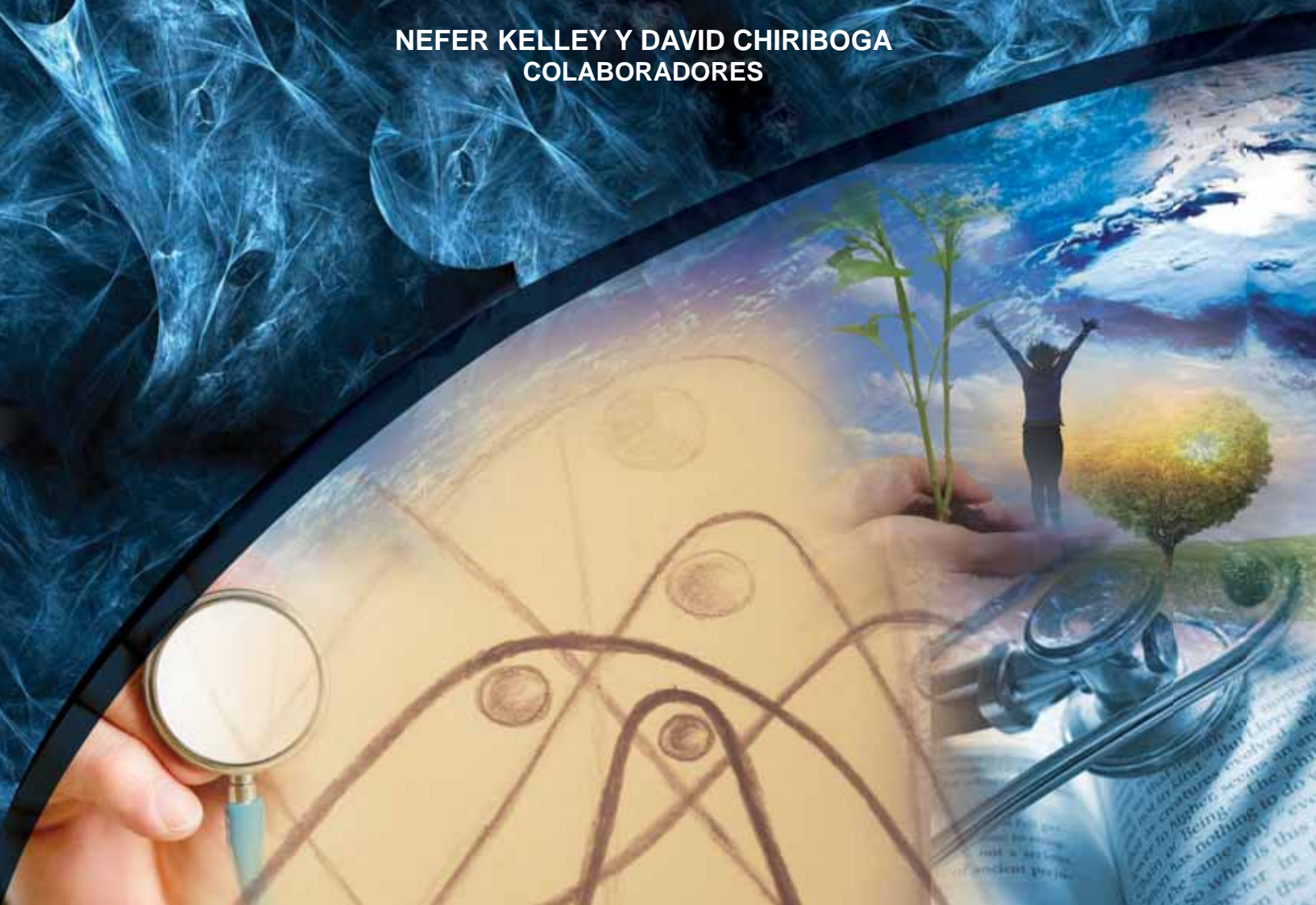


EQUIDAD EN SALUD LA LLAVE PARA UN CAMBIO TRANSFORMACIONAL

**UN ATLAS QUE MEDIANTE GRÁFICOS Y MAPAS REVELA LA NECESIDAD PARA
UN CAMBIO INTERNACIONAL, NACIONAL Y SOCIAL PARA POSIBILITAR
EL DERECHO UNIVERSAL A LA SALUD**

JUAN GARAY

**NEFER KELLEY Y DAVID CHIRIBOGA
COLABORADORES**





EQUIDAD EN SALUD LA LLAVE PARA UN CAMBIO TRANSFORMACIONAL

UN ATLAS QUE MEDIANTE GRÁFICOS Y MAPAS REVELA LA NECESIDAD PARA
UN CAMBIO INTERNACIONAL, NACIONAL Y SOCIAL PARA POSIBILITAR
EL DERECHO UNIVERSAL A LA SALUD

JUAN GARAY

NEFER KELLEY Y DAVID CHIRIBOGA
COLABORADORES



WA525

G212e

Garay Amores, Juan

Equidad en salud, la llave para un cambio transformacional = Health equity, the key for transformational change / Juan Garay Amores. - - San José, C. R.: EDNASSS-CCSS, 2015.

260 p.; il.; 21 x 27 cm.

ISBN: 978-9968-916-55-4

1. EQUIDAD EN SALUD. 2. ESTADÍSTICAS DE SALUD.
3. SALUD GLOBAL. I. Título

Editado por:

©Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS). 2015
Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS)
Caja Costarricense de Seguro Social
Teléfono 2221-6193 Ext. 217

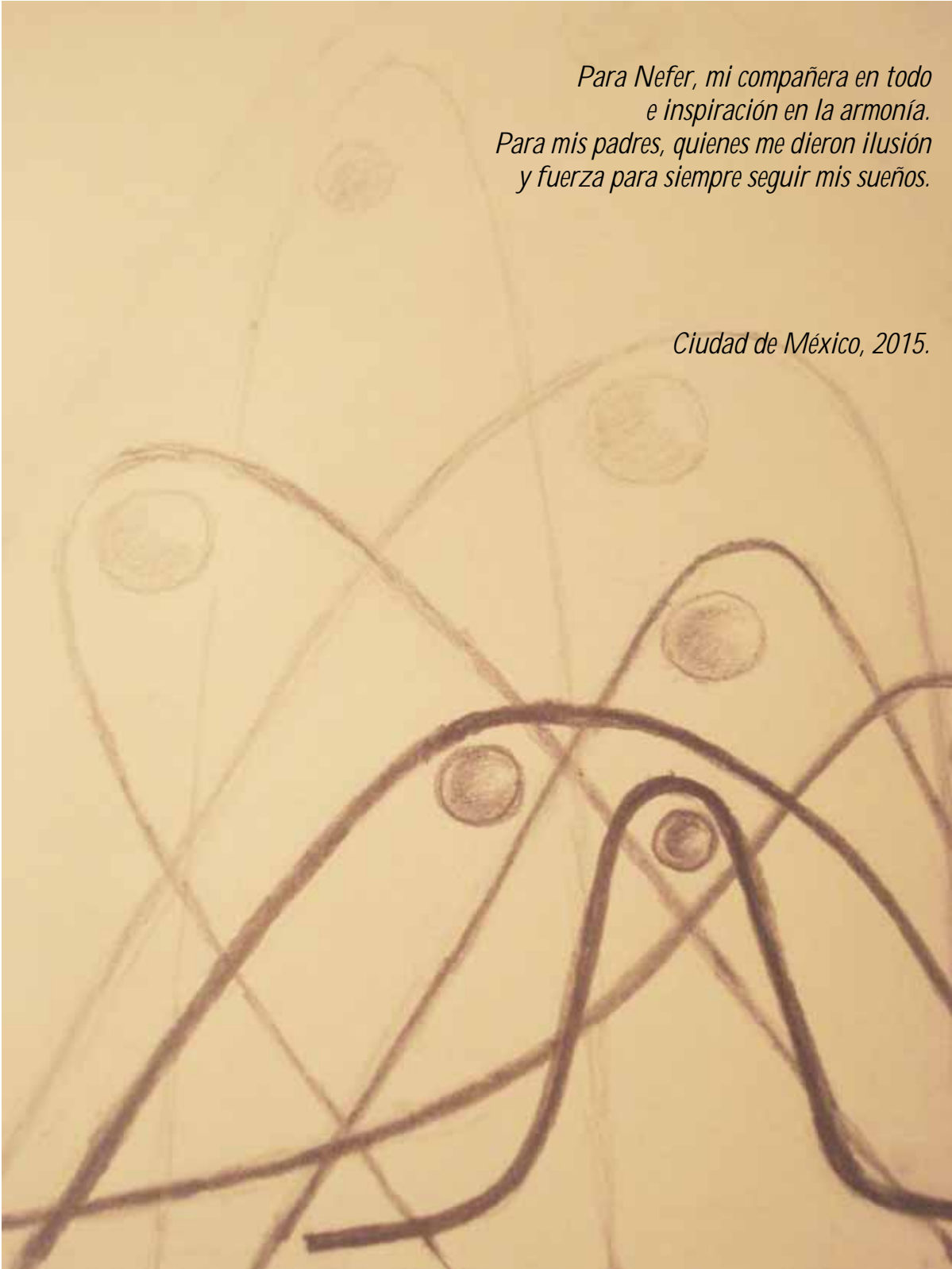
Artes e impresión: Litografía e imprenta Lil S.A.

Todos los derechos reservados.

Esta publicación fue autorizada el 04 de mayo de 2015, por el señor Juan Garay, autor intelectual de la obra.

Prólogo por Dra. María del Rocío Saénz Madrigal, Presidenta Ejecutiva, Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica.

EDNASSS: una editorial al servicio de la salud y la seguridad social



*Para Nefer, mi compañera en todo
e inspiración en la armonía.
Para mis padres, quienes me dieron ilusión
y fuerza para siempre seguir mis sueños.*

Ciudad de México, 2015.

Esta imagen es obra de mi padre, Enrique Garay. El dibujo representa las múltiples, quizás infinitas, curvas de equidad que conviven en el universo. La distorsión que la especie humana sufre por sus extremos de acaparamiento de recursos y agotamiento de la naturaleza que la sustenta, tiene un trágico precio en muertes evitables. Pero más que nada, esta imagen es un tributo a mi padre y su constante inspiración y apoyo en mi vida. Juan Garay

TABLA DE CONTENIDOS

Sobre el autor.....	7
Prólogo.....	9
Presentación.....	11
I. Resumen.....	13
II. Introducción al reto de la equidad en salud.....	14
III. Rescatando y actualizando los principios éticos de salud en el siglo XXI.....	16
Actualizando la definición de salud establecida por la Organización Mundial de la Salud.....	16
Reconocimiento y garantía del derecho a la salud: responsabilidades sociales, de estado e internacionales.....	17
Estableciendo los principios de salud global.....	19
IV. Inequidad vs desigualdad.....	21
El enfoque estadístico neutro.....	21
Principales variables influyentes en la salud.....	26
Desigualdades en salud según condicionantes.....	29
Desigualdad vs inequidad.....	31
La relevancia de estimar la carga de inequidad.....	32
Carga de inequidad en salud comparada con los mejores estándares de variables condicionantes.....	32
Carga de inequidad por umbrales de factibilidad y sostenibilidad.....	36
V. La carga de inequidad global en salud.....	44
Carga de inequidad en pérdida de esperanza de vida.....	44
Carga de inequidad global en salud, en muertes evitables.....	45
Número de muertes evitables por equidad en salud global.....	46
Proporción de muertes que son evitables.....	49
Carga global de inequidad en salud por pérdida de años de vida por muertes prematuras.....	54
Distribución de la pérdida de años de vida por inequidad, por grupos de edad, sexo y en el tiempo.....	55
Desviaciones de la pirámide demográfica debidas al a inequidad global en salud.....	56
VI. Equidad económica necesaria para permitir equidad global de salud (y el derecho universal a la salud).....	57
Distribución internacional de las medias nacionales de PIB per cápita.....	57
"Umbral Mínimo de dignidad".....	61
Umbrales de equidad (desigualdad justa) y redistribución ética del PIB.....	61
Distribución de la población mundial en relación a los umbrales de equidad.....	63
Distribución del PIB mundial en relación a los umbrales de equidad.....	66
Población mundial y PIB en la "zona de equidad".....	70
Redistribución ética del PIB para permitir la equidad global en salud.....	71

Redistribución desde países en exceso (acaparamiento) a países con déficit (por debajo de mUD).....	74
Niveles de redistribución si el umbral mínimo de dignidad se basa en los modelos más eficientes (menor PIB pc) de los países SES.....	76
Análisis comparativo del nivel de ayuda oficial al desarrollo (AOD) en relación a la redistribución necesaria para la equidad global en salud.....	79
VII. Equidad nacional en salud.....	82
Muertes evitables según equidad global debidas a inequidad e ineficiencia a nivel nacional....	82
Esperanza de vida ajustada a la desigualdad.....	83
Monitor de equidad en salud -OMS-.....	84
Marco conceptual de la vigilancia de equidad en salud.....	86
VIII. Índice holístico de salud.....	87
Metodología.....	87
Estimaciones del impacto negativo de acaparamiento material y agotamiento natural en la salud ajena y futura, respectivamente.....	87
Relación entre el acaparamiento material y el agotamiento natural, y el dilema del crecimiento económico por encima del umbral de acaparamiento.....	88
Dimensiones del índice holístico de salud.....	90
Índice holístico de salud.....	93
IX. Conclusiones y propuestas políticas.....	96
Conclusiones.....	96
Propuestas.....	97
Agenda de investigación.....	98
Nivel internacional.....	98
Nivel nacional.....	98
Nivel comunitario e individual.....	99
X. Anexos.....	100
Anexo 1: Carga de inequidad en la salud global medida en pérdida de esperanza de vida.....	100
Anexo 2: Carga de inequidad global en salud medida en muertes evitables.....	105
Anexo 3: Carga de inequidad global en salud, medida en proporción de muertes que son evitables por equidad.....	110
Anexo 4: Déficit o exceso (en -vo) de PIB por umbrales económicos compatibles con equidad global en salud.....	115
Anexo 5: Índice Holístico de Salud 2012.....	120
Anexo 6: Lista de tablas.....	123
Anexo 7: Lista de mapas y gráficos.....	124
Anexo 8: Lista de abreviaturas.....	128

SOBRE EL AUTOR



Juan Garay es de origen español, licenciado en medicina, y con especialidades en medicina interna, enfermedades infecciosas y salud pública. Desde los años 80 ha combinado actividades clínicas, de salud pública, investigación y desarrollo de programas de salud (por ejemplo, algunos de los primeros programas de acceso al tratamiento del SIDA en África), en diferentes países de Europa, África y América, tanto con ONGs como con universidades y gobiernos.

En el año 2002, se incorporó a la Unión Europea, trabajando en el diseño de políticas y programas de salud en la cooperación de la Unión Europea para el desarrollo. Ello lo llevó a profundizar las raíces de la salud en el área de derechos humanos, coordinando el desarrollo de la política de derechos de la infancia en la acción externa y del enfoque multisectorial de la salud, que tradujo en el desarrollo de la política europea de salud global. En relación a dicha política, inició la investigación en equidad en salud global, reflejada ahora en este texto.

Desde el 2013 trabaja como Jefe de Cooperación en la Delegación de la Unión Europea en México, con énfasis especial en el análisis y propuestas de cohesión social.

En paralelo a sus responsabilidades en la Unión Europea, Juan Garay es profesor de salud global en Granada y en Madrid, asesor del Instituto Sudamericano de Gobernanza en Salud, profesor visitante en UC Berkeley y profesor invitado en diversas universidades de América y Europa, donde realiza investigación y docencia sobre las métricas de la equidad social y en salud.

Su pasión por la justicia y la salud, dentro y entre generaciones, la manifiesta también mediante la literatura (ver autobiografía trenzada con su visión del futuro, en la dirección electrónica <http://www.bubok.es/libros/209095/Valentia-y-Ternura-Todos-somos-la-misma-energia>).

PRÓLOGO

Alrededor de la salud de nuestras poblaciones, convergen múltiples sectores académicos y laborales, así como organizaciones sociales, que dialogan y coordinan sobre una base mínima de consensos, que en los últimos años he considerado válidos y algo inmutables: el concepto de salud, su disfrute como derecho fundamental y su relevancia en la sostenibilidad del desarrollo.

Hemos partido de esa base común, con menor consenso, para definir la respuesta organizada de la sociedad para construir colectivamente esa aspiración de salud. El papel del individuo, del Estado, del sector privado y la responsabilidad intergeneracional, presentan una mayor diversidad de planteamientos conceptuales, ideológicos y culturales; así, dependiendo de la combinación de ellos, también encontraremos una mayor varianza en los grados de desempeño y justicia de los sistemas de salud.

La celeridad exponencial del cambio como característica principal de nuestros tiempos, unida a la imposibilidad que hemos tenido para garantizar condiciones óptimas para todos, irónicamente, nos podría haber conducido a una aceptación de esos conceptos básicos como “universales y eternos”, o incluso -para quienes suelen abortar el pensamiento crítico y creativo en favor del *status quo*- como una “aspiración inalcanzable”, es decir como ideales incuestionables a ser sostenidos por todos los tiempos y generaciones.

No obstante, esas mismas justificaciones son las que demandan hacer una pausa para reconstruir y revisar el fundamento de nuestras acciones. Debemos hacerlo de forma tal, que podamos entender si las amplias brechas marginales del desempeño de nuestros sistemas de salud se originan desde esos paradigmas que han regido la gestión moderna de la salud, y por ende, pudiésemos hoy contribuir a sus disminución a partir del replanteamiento desde una ética renovada y desde los retos que nos plantea nuestro momento histórico.

Este ejercicio, por profundo y científico que sea, no puede obviar que existe una clara demanda social por implicaciones pragmáticas de cada esfuerzo que hagamos desde la construcción y gestión de salud. En este sentido, el debate sobre la equidad en salud (con su intrínseco marco de justicia social), la sostenibilidad en salud y los distintos marcos complementarios de acción, como la salud global, deben ser una senda para producir políticas viables, acciones ágiles, instrumentos útiles e impactos concretos y medibles en la salud de las poblaciones actuales y futuras, desde los distintos ámbitos de gestión de la salud (lo individual, lo local, las redes de servicios, los sistemas de salud y la comunidad global).

La obra del Dr. Garay cumple con tres propósitos principales en esta hoja de ruta. El primero de ellos es introducirnos en el debate renovado y fresco sobre nuestros paradigmas o conceptos elementales, mencionados anteriormente: la salud, el derecho a la salud y la sostenibilidad del desarrollo, vistos todos ellos con una mirada crítica de nuestro nuevo siglo, y partiendo de que es una responsabilidad ética adaptar nuestra lectura del mundo a las necesidades en salud de las personas, entendiendo las necesidades como el concepto que concilia los sesgos de la demanda y la oferta en salud sobre la base de la evidencia y la participación.

El segundo de los propósitos que es abordado con un importante enfoque propositivo, es el proponer una medición sintética del discurso de la (in)equidad y de la dimensión -hasta ahora- etérea del mejor nivel de salud posible de ser alcanzado. Conceptos como la carga de la inequidad o el índice holístico de salud, abren paso en la nueva generación de métricas que permitan direccionar el análisis de los sistemas de salud, la gestión de las políticas públicas y su desempeño, hacia modelos más humanistas y más sostenibles.

Lo anterior, si bien es provechoso para cualquier sistema de salud, es principalmente valioso para los países de ingresos medio y bajo. Estos dos últimos grupos de países ameritan con urgencia estrategias diferenciadas y ajustadas a su disponibilidad de recursos, para organizar sus sistemas de salud y garantizar a su población el mejor desempeño factible en el estado de salud, sin que ello implique seguir las viejas sendas de un “gasto insostenible centrado en la atención de la enfermedad”.

El tercer propósito, interdependiente de sus predecesores, es el de imprimir una importante dosis de “esperanza responsable” sobre la base de la evidencia científica y el potencial colectivo de la humanidad. En esta empresa ambiciosa, el análisis desarrollado por el Dr. Garay, nos plantea un cuestionamiento ontológico de implicaciones éticas y socioeconómicas de nuestro modelo universal de desarrollo, que generalmente son evadidas: “...*existe un nivel mínimo de ingresos per cápita (“mínimo umbral de dignidad” mUD) por debajo del cual no se respetan las condiciones dignas de vida...*”.

Ese planteamiento no conlleva a concluir (condenar) que únicamente el crecimiento del ingreso per cápita, *per se*, implique un mejoramiento de esas condiciones de vida. En su lugar, refuerza la bidireccionalidad que ya previamente otros análisis han confirmado: se requiere de recursos para mejorar las condiciones de vida (y por ende, de salud), y unas buenas condiciones de vidas son condición *sine qua non* para el crecimiento del ingreso.

Sin quedarse en esa premisa confirmada, nos plantea el Dr. Garay la existencia de modelos saludables-equitables-sostenibles (SES) que han optimizado el gasto (inversión) en salud, para obtener el mejor desempeño factible en salud. Y esta es la mejor noticia que en nuestro siglo podemos brindar a los países de ingreso medio e ingreso bajo: el estado de salud de nuestras poblaciones se debe en mucho a los modelos, enfoques y estilos de gestión que los hacedores de política y los profesionales de la salud implantemos en nuestros contextos.

Esta gran conclusión plantea finalmente un gran reto, del cual Costa Rica -junto a otros países en desarrollo- ha venido siendo vocera en el contexto global: no existe un marco internacional para la vigilancia de los niveles y dinámicas de la (in)equidad en salud, sino que seguimos partiendo de un marco de desigualdades para tomar decisiones en salud, tanto en lo local como en lo global.

Es aquí donde el conocimiento se vuelve exigencia ética frente al ser humano y, en lo concreto, a quienes tenemos acceso a estudiar esta obra: si existe un mejor estado posible de salud para nuestra generación, que a su vez no compromete el de las generaciones venideras, qué esperamos para atraer ese futuro deseado y posible en salud -por muchas que sean las luchas que enfrentemos- hacia el presente?... la convocatoria a esta jornada está planteada!

Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal
Presidenta Ejecutiva
Caja Costarricense de Seguro Social
San José, Costa Rica
Julio 2015

PRESENTACIÓN

¿Alguna vez se ha preguntado?: ¿Por qué la Organización Mundial define tan vagamente a la salud como “el nivel óptimo de bienestar físico y psicológico y no solo la ausencia de enfermedad”? ¿Cómo esta falta de precisión en la definición nos impide tener un objetivo claro y medible de salud global? Y, ¿Cómo esta ambigüedad permite que las inequidades en la salud a nivel mundial continúen creciendo bajo el radar, mientras que ni electores ni organismos internacionales tienen la capacidad de exigir a los gobiernos una rendición de cuentas vinculante en relación al derecho universal a la salud?

“EQUIDAD EN SALUD: LA LLAVE PARA UN CAMBIO TRANSFORMACIONAL” plantea la necesidad urgente de tener una definición nueva y práctica sobre “el mejor nivel posible de salud”, que nos permitirá expresar una meta concisa, ética y universal de salud para todos, incorporando dimensiones individuales y colectivas para medir objetivamente la brecha de la equidad en salud dentro de cada país y a nivel internacional. El libro no solo revela una cruda realidad, sino que además, con amplia documentación, pinta un panorama sombrío de la inequidad en salud a nivel global, destacando una brecha de larga data de alrededor de 50.000 muertes evitables cada día a nivel mundial, lo cual es éticamente intolerable y solo puede explicarse por la injusticia económica existente.

Con un profundo conocimiento de los temas de fondo, extraídos de su amplia experiencia de trabajo como médico de atención primaria en Zimbabue y de su liderazgo en la política de Salud Global de la Unión Europea, el Dr. Juan Garay identifica un objetivo de salud mundial claro, que tiene en cuenta no solo objetivos viables, sino también ecológicos, desarrollando un modelo sano, factible y sostenible (SFS), a través de la aplicación de un nuevo enfoque, que utiliza datos fácilmente accesibles y que permite, además, establecer países específicos que se ajustan a los criterios identificados y analizados. El Dr. Garay saca conclusiones importantes de estos análisis y articula de forma clara ideas eminentemente prácticas para eliminar las desigualdades en salud global, acompañadas de un amplio despliegue de información organizada en tablas, figuras y mapas muy detallados. Después de cuantificar el costo de la reducción de la brecha de equidad en salud a nivel mundial, presenta un esbozo de un mecanismo apto para financiar las intervenciones necesarias para cerrar dicha brecha, a través de un enfoque de principios éticos: un sistema de redistribución fiscal global; luego compara esa metodología con el modelo anticuado e ineficiente de cooperación internacional. El enfoque considera los niveles globales de pobreza y la acumulación excesiva a nivel mundial, la cual abusa de los recursos naturales de una manera tal como para privar a las generaciones actuales y futuras del acceso que se merecen.

Desde mi punto de vista como médico trabajando durante muchos años con comunidades indígenas marginadas en Ecuador, y desde un punto de vista de salud pública macro, como exministro de salud de Ecuador y expresidente del Consejo de Ministros de Salud de América del Sur, este volumen excepcional ofrece un enfoque alternativo y práctico para identificar y cuantificar las brechas en la equidad en salud. La metodología proporciona herramientas para defender el derecho a la salud, las cuales, a su vez, apoyan al desarrollo de instrumentos vinculantes alternativos ligados a objetivos de salud concretos y alcanzables, a través de un mecanismo financiero sostenible.

Como tal, esta es una contribución muy importante al ámbito de la equidad en salud y a los esfuerzos de los trabajadores de la salud, de los funcionarios y académicos en salud pública, además a los esfuerzos de los líderes comunitarios y políticos a nivel local, nacional, regional y mundial. Este notable libro transformará su perspectiva sobre la salud pública mundial y le motivará a unirse a la lucha por la equidad en salud, uno de los retos más importantes de nuestra generación.

David Chiriboga, MD, MPH

Zumbahua, Ecuador

Exministro de Salud de Ecuador

Expresidente del Consejo de Ministros de Salud de América del Sur

Juan Garay ha escrito un libro que puede catalogarse entre los de mayor aportación en la consecución de una justa distribución de la salud global. Aporta una luz nueva sobre la incuestionable y perturbadora desigualdad que existe, tanto en los países más desarrollados como en el resto del planeta.

Siguiendo una nueva metodología y con meticulosa precisión, Juan establece por primera vez que cada año se producen alrededor de diecisiete millones de muertes evitables, según demuestran los modelos saludables, eficientes y sostenibles.

El mundo necesita cuestionarse sobre la asignación de recursos humanos y medios disponibles para aumentar la "zona de equidad", compatible con el derecho universal a la salud.

Profesor Lawrence O. Gostin

Fundador y Director facultativo del Centro O'Neill en Derecho Global de Salud

Director, Centro Colaborador de la OMS en Derecho de Salud Pública y Derechos Humanos

Facultad de Derecho de Georgetown, Washington, Estados Unidos

Este es un libro que intenta lo que pocos se atreven a hacer: establecer una relación entre ética y ciencias cuantitativas probabilistas. Por un lado, la equidad, el derecho a la salud, la dignidad y la responsabilidad social del Estado, y por otro, las medidas de mortalidad evitable y de carga de inequidad global en salud, como cifras del acaparamiento y del agotamiento material; además del establecimiento de un índice holístico de salud. La interpretación de esas relaciones requiere interdisciplinariedad, otra dimensión interesante del manuscrito.

Finalmente, la lectura del libro sugiere un debate necesario sobre la importancia del acceso a una atención de calidad y la eficiencia de los sistemas de prestación de servicios, dos determinantes sociales de la salud que si bien el libro no aborda de forma directa, permitirían también deliberar sobre las clasificaciones presentadas, lo que beneficiaría el examen, a partir de los parámetros explorados por Juan Garay en su innovador ensayo.

Profesor Jean Pierre Unger

Departamento de Salud Pública

Premio Internacional al Científico eminente del año 2004

Instituto de medicina Tropical-Amberes, Bélgica

I. RESUMEN

Antes de leer este libro, tenga en cuenta que desafía muchos de los presentes conceptos y políticas globales de salud. Se atreve a hacerlo basado en la evidencia de la trágica cantidad de muertes evitables debidas a inequidad (injusticia) global en salud, que precisa de una profunda transformación de conceptos y dinámicas orientadas al derecho universal a la salud.

Este trabajo reta la definición de salud (para incluir las dimensiones de equidad y sostenibilidad), la falta de rendición de cuentas en la garantía del derecho a la salud (de forma que el PIDESC y su protocolo opcional no sean ignorados), la desidia internacional a medir la equidad en salud (y en su lugar describir desigualdades), las estrategias de medición de desigualdades vinculadas a políticas de reducción de la pobreza (y la necesidad de una transición a medir equidad y asegurar condiciones de dignidad para todos), el marco presente de cooperación internacional (versus un mecanismo vinculante para posibilitar el derecho a la salud) y los indicadores de desarrollo humano (proponiendo un índice holístico de salud que incorpora dimensiones tanto individuales como colectivas sobre nuestros efectos en la salud y la vida de los demás).

La salud es un derecho humano universal, tal como lo reconoce la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH). La equidad en salud -mejor salud factible para todos- es el principio básico de salud global, aceptado por todos los países, como se observa en el objetivo de fundación de la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, al no haberse acordado los niveles para determinar la mejor salud posible, el estado y la tendencia de la equidad en salud e inversamente la carga de inequidad nunca se han estimado. Atreverse a definir el mejor nivel posible de salud para todos, entre y dentro de los países, es esencial para operacionalizar y medir el derecho universal a la salud.

Mediante el presente análisis proponemos un método sencillo, sólido y comprensible (y sostenible, para expandir la factibilidad a través de generaciones), para definir los estándares de mejor salud posible: definimos países que durante los últimos 70 años han cumplido con tres criterios (según estadísticas demográficas disponibles de Naciones Unidas): 1) esperanza de vida por encima de la media ponderada (de acuerdo con el tamaño de la población de cada país), 2) PIB per cápita (pc) por debajo de la media ponderada mundial (factibilidad) y 3) huella de carbono por debajo del límite planetario (sostenibilidad). Este método puede ser aplicado a nivel subnacional y subregional.

Solo catorce países han cumplido de forma consistente los tres criterios mencionados. Al fijar esos estándares factibles y sostenibles, podemos analizar la carga de inequidad por periodos de edad, por sexo y a través del tiempo. Dicho análisis se presenta en este libro a través de algunos gráficos y mapas, que constituyen una pequeña muestra de la base de datos y de los gráficos y mapas interactivos en los que se basa este estudio.

El análisis concluye que cada año más de una de cada tres muertes son evitables mediante equidad en la salud global. Durante los últimos cinco años la media anual de muertes evitables fue de 17 millones de muertes, 2000 cada hora. La mayoría de las muertes evitables se dan en países con renta per cápita por debajo del umbral mínimo definido por los modelos saludables-factibles y sostenibles (SFS).

Esta trágica cifra de muertes por inequidad (injusticia) global, desafía el marco de economía y cooperación internacional. La redistribución necesaria para permitir que todas las personas tengan la oportunidad de disfrutar de un nivel mínimo global-factible y sostenible de esperanza de vida al nacer, desafía a los niveles mucho menores y volátiles para solicitar ayuda.

El trabajo termina desafiando también el ranking global de desarrollo (como el Índice de Desarrollo Humano del PNUD), introduciendo las dimensiones de nuestros efectos sobre otros (presentes o futuros), a través de los efectos de acaparamiento y/o agotamiento de recursos económicos y naturales.

II. INTRODUCCIÓN AL RETO DE LA EQUIDAD EN SALUD

La *salud* es -incluso limitada a las dimensiones físicas por las que solemos medirla- cantidad de vida desprovista de discapacidad-, una de las principales aspiraciones de las personas a través de la historia, entre las culturas y religiones. Es una de las principales fuerzas que inspira la Investigación y la innovación, la actividad económica y la atención política.

El término *salud global* ha reemplazado al de *salud internacional*, incorporando la compleja variedad e interacción de actores y factores en la salud. Los principios fundamentales de salud global -a nivel internacional o local- pueden resumirse en que la salud debe ser por todos -Alma Ata-, en todas las políticas- Ottawa- y para todos -cobertura universal de salud-.

La principal garantía para dichos principios es un marco legal que reconozca el *derecho a la salud*. A nivel de país, más de 100 constituciones nacionales reconocen el derecho a la salud de sus ciudadanos, y la mayoría de las políticas nacionales de salud mencionan ese derecho como su objetivo principal. Todos los países declararon el reconocimiento al derecho a la salud en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, pero muy pocos rinden cuentas de ello a un comité internacional, donde sus ciudadanos puedan acudir en caso de que sus gobiernos no cumplan con dicho compromiso.

Más allá de las constituciones nacionales y los tratados internacionales, ¿cómo puede *estimarse el estado del derecho universal a la salud*? Algunos calculan que más de una tercera parte de la población carece de acceso adecuado a servicios de salud. Pero incluso aquellos con acceso a dichos servicios, puede que tengan su derecho a la salud comprometido por condiciones de vida que afectan a su salud. Por otro lado, ni el mejor sistema de salud puede recuperar más de una tercera parte de la salud que se pierde por otras causas. Asimismo, las desigualdades en salud pueden ser generadas por las personas (factores genéticos), los lugares (factores epidemiológicos) e incluso la cultura (religión, tradiciones), contextos difíciles de cambiar en una generación. Este desafío se resume en el único objetivo de salud global compartido por todos los países: el artículo 1 de la carta constitucional de la Organización Mundial de la Salud (desde 1945): conseguir el *mejor nivel factible de salud para todos*¹.

Las diferencias en salud son medidas de forma regular y comunicadas dentro y entre los países. El informe mundial de la salud incluye cada año un análisis de las estadísticas internacionales de salud, con un amplio espectro de medias de indicadores nacionales de salud que permiten describir desigualdades de salud entre países. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud analizó las desigualdades de salud entre y dentro de los países y los factores (casi todos los posibles factores políticos, sociales, económicos y culturales) asociados a dichas desigualdades. Las recomendaciones del informe fueron bien recibidas por la Asamblea Mundial de la Salud en 2010, y con base en estas se acordó pedir a todos sus países miembros que midieran y comunicaran sus niveles de equidad en salud. Sin embargo, el "Monitor de equidad en salud" de la OMS solo incluye datos de uno de cada tres países y solo aporta información sobre diferencias o razones (desigualdades) de salud y de servicios de salud entre poblaciones de distinta localidad (urbana/rural), nivel de educación materna e ingreso (por quintiles de ingreso). El análisis de encuestas poblacionales de salud² (financiadas por países de ingresos altos), solo incluye países de ingresos bajos y medios-bajos.

¹ http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

² Demographic Household Surveys (DHS) and Multiple Indicator Cluster Survey (MICS).

Dichos informes no pueden estimar la equidad en salud. Hay una *diferencia fundamental entre desigualdad e inequidad*. La desigualdad mide las diferencias matemáticas de una variable entre dos individuos o grupos caracterizados por otra variable condicionante (de la salud); mientras que la inequidad estima el nivel justo de desigualdad y puede medir así el déficit por debajo del mismo, al reconocer un nivel de desigualdad debido a factores no susceptibles a cambios (como los factores genéticos y epidemiológicos) y el umbral por encima del cual dichas desigualdades son injustas y prevenibles. La equidad define, por lo tanto, el mejor nivel posible de salud y como llega -o no (carga de inequidad)- a todas las personas. Sin embargo, hasta la fecha la carga de inequidad en salud no se mide en los países ni se comunica internacionalmente de forma regular.

Al ser el derecho universal a la salud una de las principales aspiraciones individuales y colectivas, reconocido en declaraciones nacionales e Internacionales (aunque a menudo sin rendición de cuentas), cabe cuestionar por qué nunca se ha estimado el nivel de este objetivo común de salud global *-la mejor salud posible-*, ni tampoco cómo ese nivel *llega a todos*.

La salud es consecuencia (y a menudo una causa interactiva) de casi todas las políticas. Por lo tanto, la inequidad en salud puede ser el mejor indicador de cohesión social y de justicia social.

Hay una dimensión adicional de la equidad que debe ser considerada 70 años después del objetivo compartido de salud global, y de hecho, en todas las políticas y objetivos nacionales e internacionales: la *sostenibilidad*. El presente abuso de los recursos naturales tiene un impacto en la salud de generaciones venideras, es decir, en la equidad de la salud intergeneracional. Esto ha sido bien reconocido por la Comisión del Lancet sobre Gobernanza Global de la Salud: que el sistema económico global debe contribuir a una población global sana en sociedades sostenibles, dentro de los *límites de la naturaleza*³.

La equidad en salud puede ser el indicador más sensible de cohesión social -justicia social- y contribuye a modular las causas últimas de la salud, evolucionando de un rol mitigador a un rol transformador.

³ Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsuvivatwong V, Frenk J, *et al.* The political origins of health inequity: prospects for change. Lancet (Internet) 2014; 383(9917): 630-667. Consultado en: http://www.globalweek.gu.se/digitalAssets/1487/1487844_1-s2-0-s0140673613624071-main.pdf

III. RESCATANDO Y ACTUALIZANDO LOS PRINCIPIOS ÉTICOS DE SALUD EN EL SIGLO XXI

ACTUALIZANDO LA DEFINICIÓN DE SALUD ESTABLECIDA POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Cuando se fundó la Organización Mundial de la Salud, se definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no la mera ausencia de enfermedad o padecimiento”⁴.

Dicha definición ha sido ampliamente aceptada y citada de manera repetida durante los últimos 60 años, a pesar de que las dimensiones de bienestar psíquico y social no han sido bien definidas y no se han acordado indicadores de referencia.

Estas dimensiones no se incluyen en las estadísticas mundiales de salud ni en ninguna de las metas de las miles de resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud o en acuerdos internacionales. A pesar de la negligencia global de la que esta definición de salud ha sido objeto, se requiere, en nuestra opinión, de una actualización o revisión de lo siguiente:

- a. En primer lugar, es probable que el bienestar "completo" rara vez sea experimentado por la mayor parte de las personas. Más bien, todos nos adaptamos a los retos y a debilidades agudas o crónicas de la salud, de forma que disfrutamos de la vida individualmente y en nuestras relaciones con la sociedad y con la naturaleza. Por ejemplo, usar gafas no significa necesariamente una limitación a nuestro bienestar, si no un ajuste adecuado a un desafío físico.
- b. En segundo lugar, nuestro bienestar no debiera -por la acumulación excesiva de recursos- estar a expensas de la salud de otros (que no dispondrán de lo mínimo necesario) o estar basado en la destrucción de la naturaleza -a expensas de la salud de próximas generaciones-. La salud individual debiera, por lo tanto, estar condicionada por su impacto en la equidad y la sostenibilidad.

Por ello, proponemos una actualización de la definición de la salud, vinculada al objetivo global de salud:

“La salud es un estado de bienestar a través de la adaptación a retos físicos, psíquicos y sociales, en equidad y sostenibilidad, de forma que permita la mejor salud posible para todos”.

De acuerdo con esta definición de salud propuesta, la salud individual debe también relacionarse con la responsabilidad sobre la salud de otras personas (de nuestra generación y de las venideras).

Este concepto llama a nuevas formas de medir la salud, más allá del disfrute individual, a menudo el centro de gravedad de la cultura, filosofía y religiones occidentales.

A un nivel individual, debemos medir nuestra salud no solo en años de vida saludable, sino también incluyendo las dimensiones de bienestar mental y social (como ocurre en el *índice de felicidad*⁵). A nivel colectivo debemos considerar nuestro efecto en la salud de otros a través del “efecto de acaparamiento” (sobrepasando el umbral máximo de recursos que impide una distribución equitativa), y en el de futuras generaciones a través del “agotamiento” (vivir por encima del límite ético de uso de hectárea o el de emisiones de carbono por debajo del cual preservamos la naturaleza -esencial para una vida sana- para las generaciones venideras).

⁴ <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

⁵ http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2014/02/WorldHappinessReport2013_online.pdf

Dicho índice consolidado de salud podría informar a las personas y comunidades sobre el equilibrio necesario entre el disfrute individual de la salud y sus efectos en otros. Como muestran las siguientes secciones, la medición de la carga de inequidad hace posible la estimación del efecto negativo en otros a través de los efectos de acaparamiento y agotamiento.

RECONOCIMIENTO Y GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD: RESPONSABILIDADES SOCIALES, DE ESTADO E INTERNACIONALES

Actualmente la salud es un derecho humano para algunos y un bien de mercado o beneficio opcional para otros. Esta es la diferencia que condiciona la comprensión de roles del estado y de la sociedad civil, los marcos legales y la regulación del mercado, así como las políticas y estrategias de salud nacionales y globales.

Desde 1947 el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos⁶ es claro en el derecho universal a la salud y sus determinantes. Alrededor de esa fecha, la Organización Mundial de la Salud se fundó con el objetivo mencionado más arriba, de conseguir la mejor salud posible para todos.

La conversión de dicha declaración en un marco legal internacional con sujetos de derecho (ciudadanos) y garantes del derecho (el Estado) llevó casi 20 años. Esto se plasma en el artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)⁷. Si bien solo seis países no han ratificado este pacto internacional⁸ -entre ellos el más poderoso económicamente, los Estados Unidos⁹-, solo 18 han firmado el protocolo opcional¹⁰, por el cual los países rinden cuentas a un comité internacional al que sus ciudadanos pueden acudir si sus gobiernos no garantizan su derecho. De igual forma, solo una minoría de países se ha comprometido a la rendición de cuentas de los otros cuatro principales pactos internacionales relacionados con el derecho a la salud (sobre derechos de la infancia, las mujeres, los discapacitados y los migrantes).

Como consecuencia, el reconocimiento del derecho a la salud permaneció como una declaración de buena intención, pero sin ser vinculante para la mayor parte. La mayoría de las personas en el mundo no pueden acudir a ninguna instancia nacional o internacional cuando no se garantiza su derecho a la salud, es decir, cuando no se satisfacen sus necesidades básicas de salud o el acceso a servicios adecuados de salud.

Al mismo tiempo, los acuerdos e iniciativas globales de salud han ido dirigidas solo a algunos de los problemas o servicios de salud o solo a algunos subgrupos de la población, vinculados con mayor atención política, social o mediática. Así, en el cambio de siglo, esas iniciativas o movimientos han influido en el establecimiento (mediante hábiles *lobbies*) de los ODM de salud, desvinculados del derecho a la salud; mientras que el comentario general del derecho al nivel máximo factible de salud del PIDESC¹¹ pasó casi desapercibido.

⁶ <http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml#a25>

⁷ <https://treaties.un.org>

⁸ https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-3&chapter=4&lang=en

⁹ Economic, social and cultural rights: questions and answers" (PDF). Amnesty International. p. 6.: "The United States signed the Covenant in 1979 under the Carter administration, but is not fully bound by it until it is ratified. For political reasons, the Carter administration did not push for the necessary review of the Covenant by the Senate, which must give its 'advice and consent' before the US can ratify a treaty. The Reagan and George H.W. Bush administrations took the view that economic, social, and cultural rights were not really rights but merely desirable social goals and therefore should not be the object of binding treaties. The Clinton Administration did not deny the nature of these rights but did not find it politically expedient to engage in a battle with Congress over the Covenant. The George W. Bush administration followed in line with the view of the previous Bush administration. The Obama Administration stated it does not seek action at this time on the Covenant".

¹⁰ https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-3-a&chapter=4&lang=en

¹¹ http://www.nesri.org/sites/default/files/Right_to_health_Comment_14.pdf

Ciertamente los resultados de iniciativas parciales (aunque parciales, a menudo discriminatorios y no sostenibles) a más corto plazo, dotan de créditos políticos (en buena alianza con marketing) durante los mandatos políticos y así son más visibles en resultados específicos y noticias de portada, que el enfoque de más largo plazo, de establecer marcos de derecho a la salud y servicios universales e integrales de salud que no dejan a ninguna persona ni a ningún factor de riesgo o enfermedad, fuera de la agenda política.

Hay una profunda contradicción de algunos países de ingresos altos en liderar causas de salud a nivel global aún sin reconocer el derecho universal a la salud dentro de sus fronteras. Antes de más y más declaraciones de compromiso para mejorar la salud global, muchos de ellos en ciclos periódicos en los últimos 65 años, y conferencias Internacionales y declaraciones solemnes, todos los países deberían reconocer el derecho universal a la salud y aceptar mecanismos internacionales de comunicación y verificación de este.

El primer compromiso en los debates internacionales de salud debiera ser el reconocimiento del derecho a la salud de forma vinculante y con mecanismos de rendición de cuentas.

Este desafío del derecho universal a la salud implica responsabilidades para todos, no solo para los estados y sus instituciones (más allá de los cambios políticos). A él deben contribuir también los ciudadanos, mediante el equilibrio, antes mencionado, entre las dimensiones individuales y colectivas de la salud.

También implica a los profesionales de la salud. Su código de ética, el *Juramento Hipocrático*¹², desde hace 2500 años, y sus diversas adaptaciones en el tiempo, es jurado por la mayoría de los estudiantes de medicina en su graduación¹³. Fue adaptado en 1948 por la Asociación Médica Mundial con la llamada Declaración de Ginebra (Juramento Médico) y adaptado en 1968, 1983 y 1994, con revisiones editoriales en 2005 y 2006.

El texto¹⁴ aún se concentra en la obligación del profesional de la salud de cuidar la salud individual de su paciente. No obstante, tiene una frase relacionada con la equidad¹⁵: "prevenir que el status social interfiera entre su responsabilidad y sus pacientes", difícil de compatibilizar con la práctica privada de la medicina, a la que se dedican la mitad de los profesionales de salud en el mundo. Sin embargo, no incluye ninguna mención explícita al derecho a la salud.

El rol de los profesionales de la salud en el derecho universal a salud llama a una frase adicional en el juramento de los médicos del Siglo XXI:

"En mi capacidad personal y profesional, preservaré y promoveré el derecho universal a la salud, a través de la equidad dentro y entre generaciones".

¹² Edelstein L. The Hippocratic oath: text, translation and interpretation. 1943.

¹³ Kaji S, Russell G, Fritz Z, Wong D, Rollin M, Dunning J, *et al.* Medical oaths and declarations. *BMJ* 2001; 323(7327): 1440-1441.

¹⁴ <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/>

¹⁵ "I WILL NOT PERMIT considerations of age, disease or disability, creed, ethnic origin, gender, nationality, political affiliation, race, sexual orientation, social standing or any other factor to intervene between my duty and my patient"

ESTABLECIENDO LOS PRINCIPIOS DE SALUD GLOBAL

En 1978 la Conferencia Internacional de Alma-Ata¹⁶ acordó principios para progresar en la “Salud para Todos”, con énfasis en la democratización de la salud, reconociendo que la salud es un derecho a través de la participación y hacia la cobertura universal (*por todos y para todos*).

Algunos años más tarde, la Carta de Ottawa¹⁷ reconoció que la salud estaba íntimamente ligada al resto de las políticas y que debería abordarse *en todas las políticas*.

Desde los años 90, la referencia a los desafíos compartidos de salud en el mundo fue denominada como *Salud Global*, que gradualmente fue sustituyendo al término de *salud internacional*, y reconocía la diversidad, complejidad e interrelación de factores y actores que influyen en la salud de todos los pueblos del mundo.



FIGURA 1: USO DEL TÉRMINO SALUD GLOBAL VS SALUD INTERNACIONAL.

Los principios fundamentales de salud adoptados en las principales conferencias internacionales en los últimos 30 años, pueden resumirse en “salud para todos” (constitución de la OMS 1945), por todos (Alma Ata 1978) y en todas las políticas (Ottawa 1986).

Estos principios¹⁸, sin embargo, no se reflejan en muchas de las iniciativas de salud que pretenden ser “globales” y que tienen un enfoque restrictivo hacia algunos grupos de población o enfermedades - incluso en el caso de los ODMs- (no para todos), generadas por algunas decisiones centralizadas lejanas de las comunidades a las que van dirigidas, en capitales o incluso desde Ginebra o Nueva York (no por todos) o enfocadas en intervenciones médicas y desvinculadas de cambios estructurales en políticas socioeconómicas (no en todas las políticas). Muchas de estas iniciativas no “globales” realmente agrupan una gran proporción de los recursos internacionales para la salud¹⁹ e influyen los acuerdos y compromisos internacionales de salud.

¹⁶ http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

¹⁷ <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

¹⁸ Garay J, Harris L, Walsh J. «Global health: evolution of the definition, use and misuse of the term», FACE À FACE. (Internet). 2013. Consultado el 23 de abril de 2014, en: <http://faceaface.revues.org/745>

¹⁹ McCoy D, Chand S, Shidar D. Global health funding: how much, where it comes from and where it goes. Health Policy Plan (Internet) 2009; 24(6): 407-417. Consultado en: <http://heapol.oxfordjournals.org/content/24/6/407>

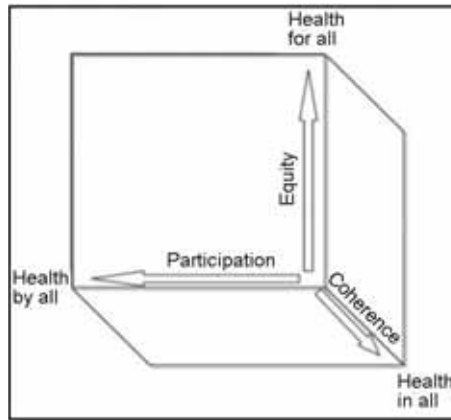


FIGURA 2: PRINCIPIOS Y VECTORES DE SALUD GLOBAL.

La complejidad de factores y actores que influyen en la salud mundial, junto a los intereses sesgados hacia algunos problemas de salud o grupos poblacionales, a menudo priorizados de forma arbitraria, influenciada más por "lobbies" que por evidencia, son también un reflejo de la débil gobernanza democrática en la salud internacional actual.

Si no quisiéramos menos para la gobernanza en salud mundial de lo que exigimos como gobernanza democrática en todos los países, precisaríamos de un foro democrático de representantes de la salud de todos los países (ministros de salud de países democráticos), que se reunieran en un parlamento internacional (Asamblea Mundial de la Salud) e influyeran así (de forma proporcional a su peso poblacional, ponderada por el interés de minorías) en las decisiones internacionales sobre salud. Actualmente el voto de Nauru en la Asamblea Mundial de la Salud tiene el mismo peso que el de China (con una población cien mil veces mayor). Mientras que las minorías y los intereses de los países pequeños no pueden ser marginados; es preciso un grado de equilibrio para respetar el principio del mismo peso democrático de todas las personas del mundo, en los acuerdos globales.

Las resoluciones propuestas para este voto sesgado, están relacionadas con la financiación específica proveniente de aquellos países o grupos de influencia con mayor poder económico (y de facto influyendo en la agenda internacional de salud) o algunos grupos privados o fundaciones (uno de ellos²⁰ es en este momento el donante principal de la OMS).

Esta realidad es un rasgo común de la presente era dominada por el consenso de Washington, en la cual el poder y la libertad de movimiento del capital -de ahí llamadas políticas eufemísticamente "liberales"- es mayor que el de las personas, y hace posible que el poder de unos pocos -que dominan el capital- inflencie las vidas del resto. Lo que es aún más sorprendente es que el financiamiento para cambiar el modelo actual de la OMS por uno de mayor gobernanza democrática, proviene del principal donante privado²¹. Una OMS democrática precisa de un presupuesto basado en contribuciones vinculadas, regulares y relativas a las capacidades financieras de sus estados miembros (al igual que en sistemas de equidad fiscal).

Una Asamblea Mundial de la Salud verdaderamente democrática debiera aspirar a compromisos y resoluciones traducidas en programas basados en la salud por todos, para todos y en todas las políticas.

²⁰ http://www.who.int/about/resources_planning/AnnexA67_43-en.pdf?ua=1

²¹ Ver capítulo 4 de resolución 64.2, anexo 6: Financial and administrative implications for the Secretariat of resolutions adopted by the Health Assembly. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64-REC1/A64_REC1-en.pdf#page=85

IV. INEQUIDAD VS DESIGUALDAD

La Comisión para los Determinantes Sociales de la Salud llama a los gobiernos nacionales a establecer sistemas nacionales de vigilancia de la equidad²², que recopilen y analicen regularmente Información sobre determinantes sociales de la salud y estimen el nivel de inequidad en salud; a la OMS la llama a liderar la creación de un sistema global de vigilancia de la equidad en salud, como parte de una estructura de gobernanza global más amplia.

EL ENFOQUE ESTADÍSTICO NEUTRO

Las desigualdades son un rasgo matemático medido, en una muestra suficientemente amplia, en la cual las variables cuantitativas tienden a una distribución "normal", por la desviación estándar (media de diferencias entre los valores y la media de ellos) y el índice de dispersión (la relación entre la desviación estándar y la media).

En salud podemos ver a nivel internacional las diferencias en esperanza de vida (EV). La siguiente figura muestra la evolución de la media de los promedios nacionales de EV, según datos de estadísticas mundiales de salud²³. Se muestra un aumento constante de dicha "media de medias" de 53.8 en 1960 a 70.3 en 2012, con un aumento medio en la esperanza de vida al nacer de 115 días por año, es decir, un aumento de casi un día de mayor EV al nacer cada tres días. Esta es, sin duda, la tasa de aumento de EV mayor en la historia de la humanidad. Tal privilegio debe ser entendido con las responsabilidades que este libro pretende examinar.

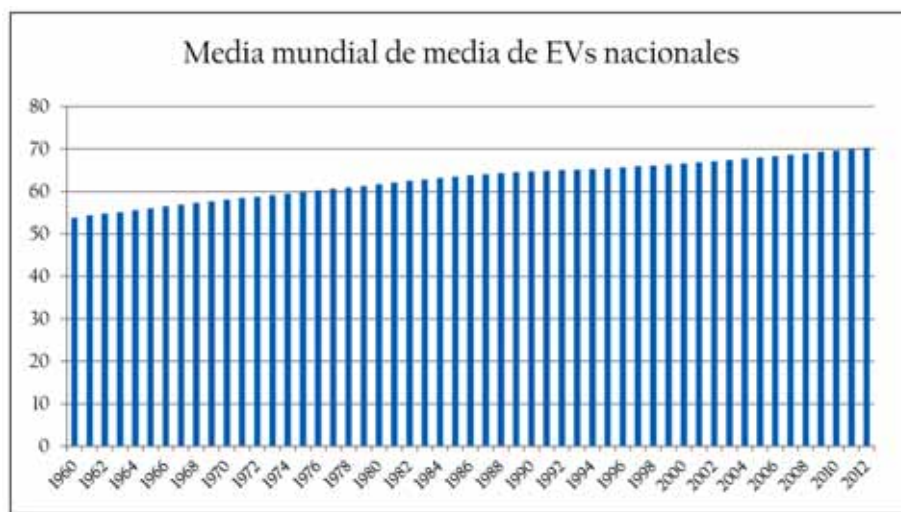


FIGURA 3: EVOLUCIÓN DE LA MEDIA MUNDIAL DE ESPERANZA DE VIDA.

Analicemos ahora la desigualdad que encierra estas cifras medias mundiales. Si observamos las diferencias entre los extremos de mejores EV (países nórdicos hasta los 90 y desde entonces Japón), estas han aumentado de forma constante sus EV, mientras que los niveles más bajos de EV han caído de forma brusca en casos de genocidios (Camboya en los 70 y Ruanda en los 90) o epidemias (SIDA en Zimbabwe desde los 90).

²² http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/

²³ http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/

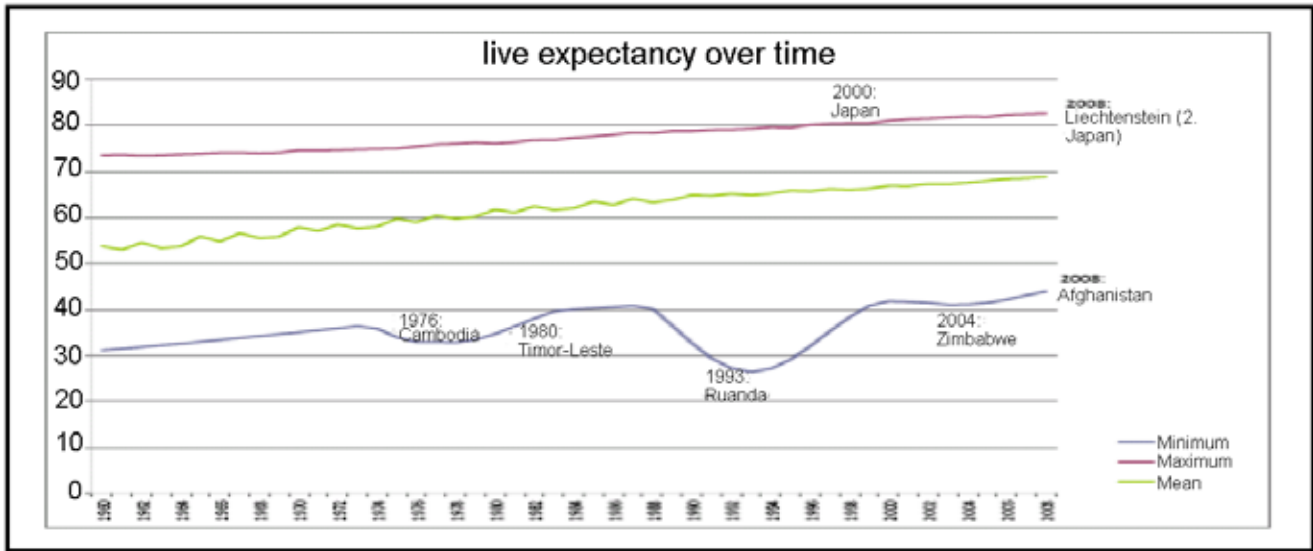


FIGURA 4: DIFERENCIA ENTRE EXTREMOS DE EV NACIONAL.

Pero la diferencia entre extremos puede no ser representativa de la dispersión de los datos.

Las siguientes gráficas muestran la población mundial en relación a la población y medias nacionales de EV, en intervalos de 5 y de 1 año.

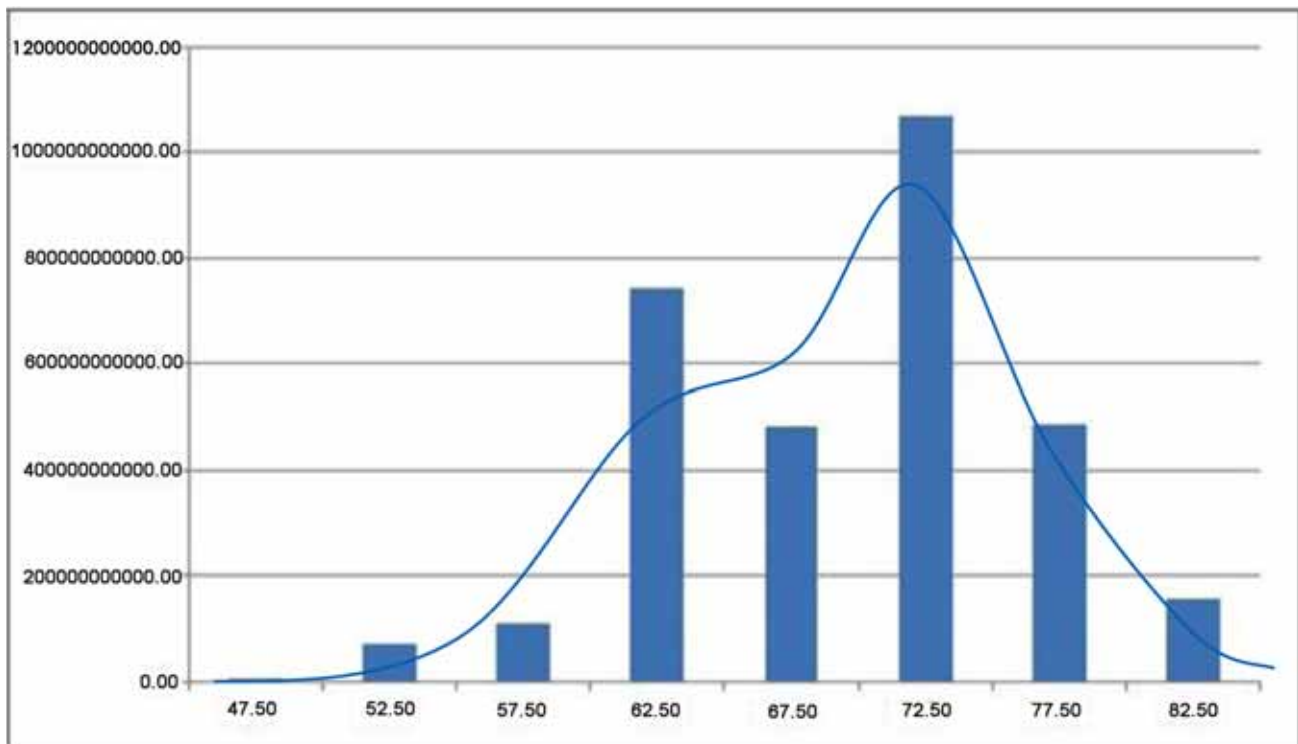


FIGURA 5: DISTRIBUCIÓN DE LA MEDIA NACIONAL DE ESPERANZA DE VIDA, INTERVALOS DE 5 AÑOS, 2012.

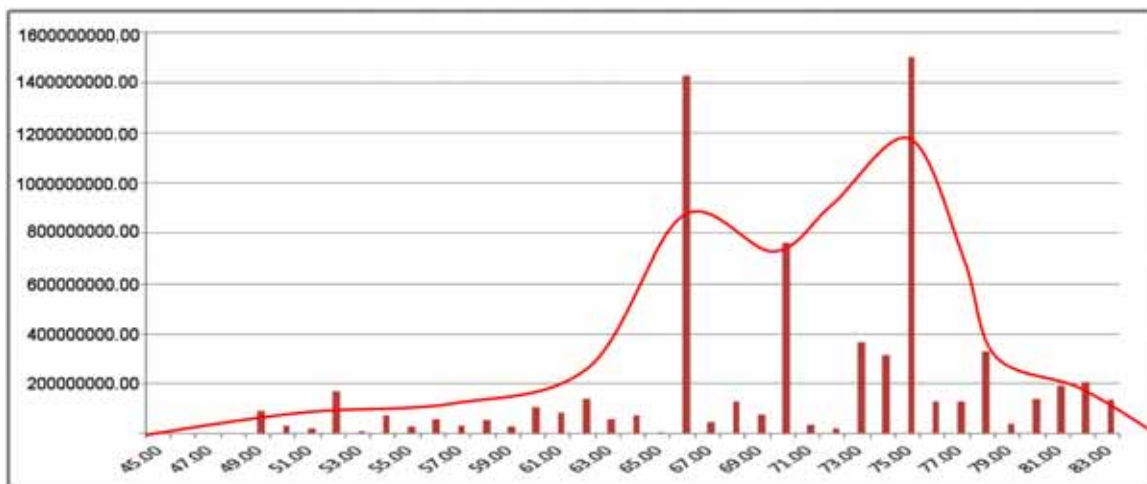


FIGURA 6: DISTRIBUCIÓN DE LA MEDIA NACIONAL DE ESPERANZA DE VIDA, INTERVALOS DE UN AÑO, 2012.

La distribución de la población mundial según su media de esperanza de vida nacional, muestra tres picos en torno a los 67 años (India), los 71 años (Rusia, Bangladesh e Indonesia) y los 75 años (China). Incluso al suavizar dicha gráfica, la curva muestra una clara desviación asimétrica ("skew") hacia valores más bajos.

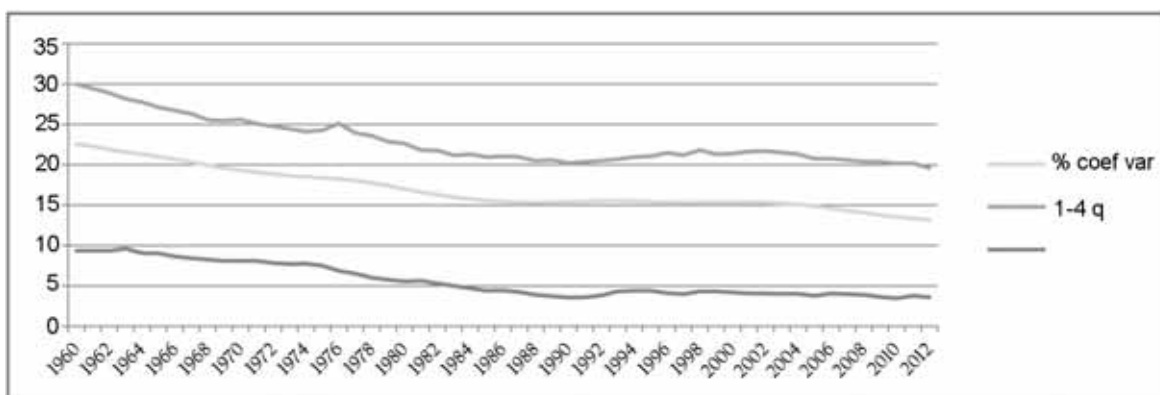


FIGURA 7: COEFICIENTE DE VARIACIÓN Y RAZONES DE CUARTILES DE EV, ENTRE 1960-2012.

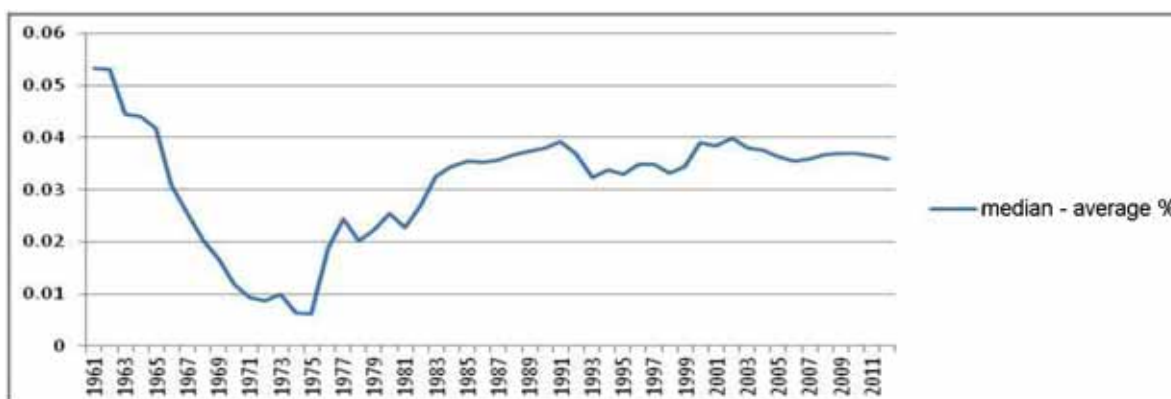


FIGURA 8: DIFERENCIA ENTRE MEDIA Y MEDIANA DE LA EV GLOBAL, 1960-2012.

El análisis de dispersión entre las medias nacionales de EV tiene limitaciones de validez de datos, de la dispersión interna de cada media y del diferente peso poblacional que debiéramos considerar en cada media nacional. Teniendo en cuenta estas limitaciones, el análisis parece indicar que la dispersión (diferencias) de EV nacionales ha ido disminuyendo en los últimos 50 años, aunque el ritmo de descenso de dicha dispersión parece haber disminuido desde mediados de los 80, fundamentalmente por el efecto de los rangos entre extremo, más que por la dispersión entre los rangos (cuartiles) intermedios. Este hecho puede deberse al aumento de EV en China y el estrechamiento de diferencias entre las mejores y peores tasas de mortalidad en menores de 5 años (que tienen una importante influencia en la EV), así como las tendencias de descenso de dicha mortalidad en los países de menores tasas, que se han ido estabilizando en niveles muy bajos.

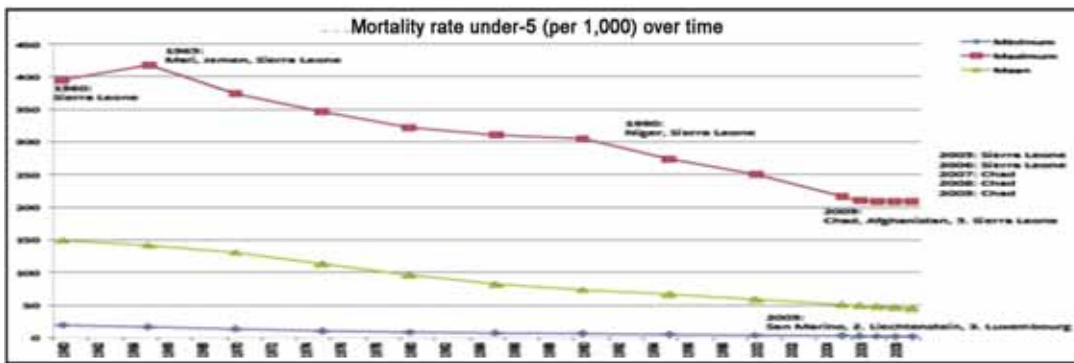


FIGURA 9: DIFERENCIA ENTRE LAS TASAS MÁS ALTAS Y MÁS BAJAS DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS, EVOLUCIÓN 1950-2010.

La diferencia proporcional entre la media y la mediana demuestra un descenso de los años 50 a los 70, seguido de un moderado aumento desde los años 70; a partir de los años 90 se mantiene en un nivel estable a favor de una mediana más alta que la media, lo cual refleja una concentración de mayor número de países debajo de la mitad inferior a la media mundial de EV.

Otra forma de representar la dispersión de valores (desigualdades) y que toma en cuenta la población de cada país y su media nacional, es la curva Gini, utilizada habitualmente para distribuciones del ingreso²⁴. Esta calcula la divergencia de una distribución igualitaria (todas las personas con la misma EV) y los valores acumulados de población, según la divergencia de esperanzas de vida de la media. Las siguientes gráficas muestran esa comparación y la superficie bajo la línea igualitaria, lo cual se conoce como el índice de Gini.

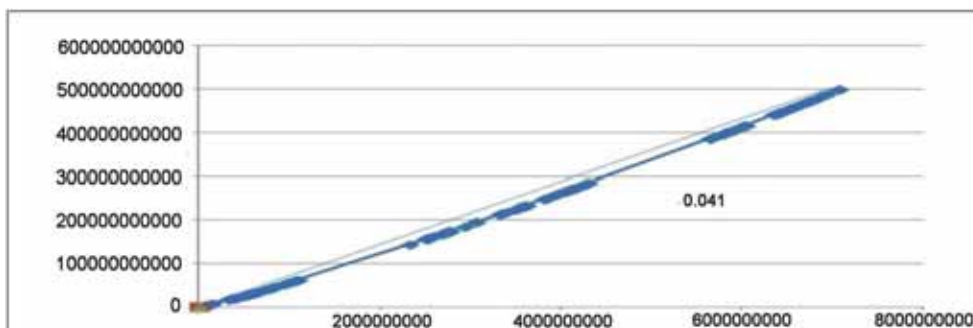


FIGURA 10: CURVA DE GINI DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA MEDIA NACIONAL DE EV, 2012.

²⁴ El Índice de Gini mide el grado en que la distribución de los ingresos o los gastos de consumo entre los individuos u hogares dentro de una economía se desvía de una distribución perfectamente igual (<http://data.worldbank.org/indicador/SI.POV.GINI>).

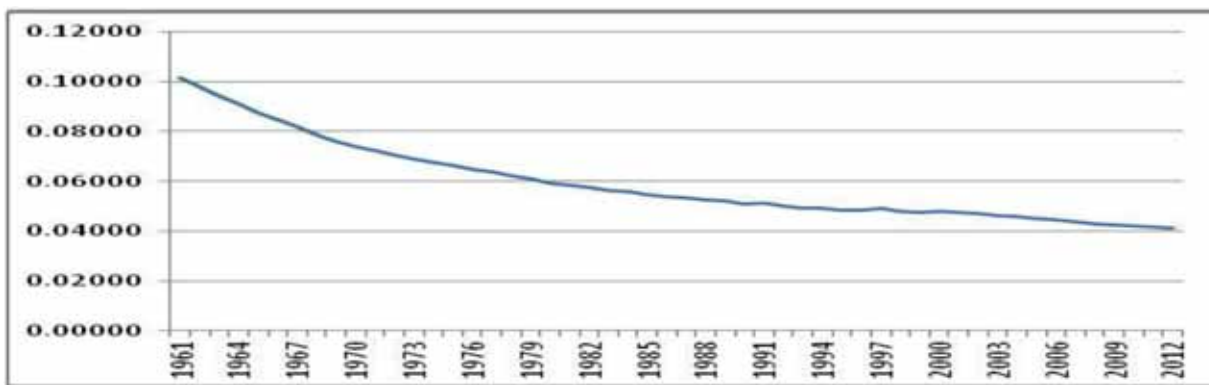


FIGURA 11: COEFICIENTE DE GINI DE LA DISTRIBUCIÓN INTERNACIONAL DE EV (MEDIAS NACIONALES) DE 1960 A 2012.

La evolución del índice de Gini de EV internacional demuestra un descenso hasta mediados de los años 80 y un índice estable de alrededor de 0.04 desde entonces, con un leve descenso en la última década.

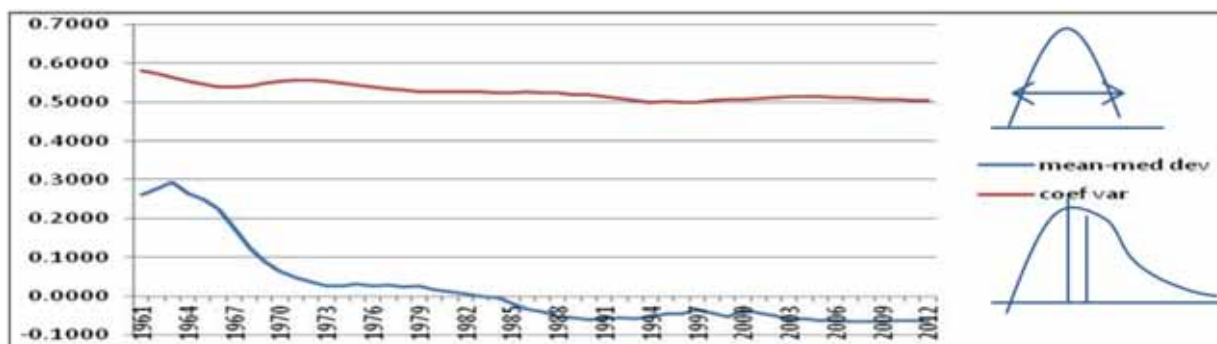


FIGURA 12: DESIGUALDAD DEL COEFICIENTE DE GINI Y TASA DE ASIMETRÍA, 1960- 2012.

Al igual que en el análisis de dispersión de la distribución normal y los índices de asimetría ("skew"), la desigualdad interna del coeficiente Gini (estimada por la desviación estándar de la distribución de diferencias de cada población acumulada en cuanto a EV, con la línea igualitaria) y su asimetría (diferencia de media y mediana de la mencionada distribución) demuestra una desigualdad estable, pero con un cambio gradual del sentido de asimetría, evolucionando de una mediana-mayor-que-media antes de los 80, a moderadamente inferior desde entonces. Esto significa una evolución de la asimetría hacia mayor concentración de valores de los niveles menores de EV.

En resumen, el análisis estadístico de la distribución internacional de EV en los últimos 50 años, refleja el mayor aumento en la historia de la humanidad, disminución de la dispersión de valores (desigualdades) entre los años 60 y 80 y desde entonces, una dispersión -desigualdad- estable y asimétrica hacia valores inferiores. En pocas palabras, la más privilegiada -en cuanto a cantidad de vida- de las 60,000 generaciones de nuestra especie hasta la fecha, tiene un alto grado de desigualdad con asimetría hacia niveles inferiores (concentración de EV más altas en menos países y población), desde los años 80.

Nuestra generación disfruta del mayor nivel de esperanza de vida de la historia de la humanidad, pero con niveles de desigualdad estables desde los años 80, y de forma asimétrica en beneficio de menos países y población con niveles más altos de esperanza de vida.

PRINCIPALES VARIABLES INFLUYENTES EN LA SALUD

En el cambio de siglo, el controvertido informe de la OMS del año 2000 estimó las desigualdades en salud a través de complejas fórmulas matemáticas, desvinculadas de cualquier variable que pudiera analizar las causas de esas diferencias. Es más, dichas estimaciones fueron utilizadas para estimar el funcionamiento de los sistemas de salud, sin incorporar para ello la dimensión crítica de su enfoque de equidad.

Con el objetivo de identificar las principales variables que influyen en la salud, revisamos los informes internacionales de riesgos para la salud. En el 2002 el Informe Mundial de la Salud analizó dichos riesgos²⁵. Se seleccionaron 26 riesgos de salud y su atribución (riesgo atribuible) estimada en carga de enfermedad (medida en años de vida ajustados a discapacidad -AVAD-). Dicha lista no incluía un gradiente jerárquico de relación de riesgos entre sí, e incluía en el mismo nivel, por ejemplo, el déficit de zinc y el cambio climático.

Diez años más tarde, el informe de la Carga Global de Enfermedad (*Global Burden of Disease 2010*), seleccionó 67 riesgos de salud y en ellos estimó de nuevo el riesgo atribuible y su distribución por enfermedades, años, regiones, grupos de edad y sexo²⁶.

Una vez más, esta larga lista carecía de estructura jerárquica de riesgos y algunos de los riesgos más importantes del informe de 2002 (antes citado), como sexo no seguro, desaparecieron de la lista.

El informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) identificó causas fundamentales de desigualdades en salud, y se concentró en condicionantes de vida, como la educación preescolar, las ciudades saludables, empleo decente, servicios de salud universales y en equidad, igualdad económica, de género, gobernanza, participación y comercio²⁷.

Todas estas selecciones de riesgos o condicionantes tienen un sesgo de arbitrariedad y no incluyen en la forma prominente que merecen dos áreas políticas fundamentales para la salud: los marcos legales de derechos universales y los determinantes ecológicos de la salud.

En este trabajo intentamos simplificar e identificar de forma incluyente e integrada las áreas de políticas que influyen en la salud, y aproximarnos a estimar la carga asociada de inequidad en salud de cada una de ellas.

En orden a estructurar el análisis de las principales áreas políticas influyentes en salud, seleccionamos las cuatro áreas principales que pensamos engloban todas las áreas críticas del vivir y convivir humano a nivel local, nacional y global. Se pueden resumir en políticas hacia la sostenibilidad ecológica, la equidad económica, el conocimiento hacia el bien común y los marcos legales sobre los derechos universales.

²⁵ <http://www.who.int/whr/2002/en/>

²⁶ <http://www.healthdata.org/gbd>

²⁷ http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/



Una vez definidas estas grandes áreas, seleccionamos indicadores sensibles en cada una de ellas y estimamos el grado de correlación de estos con las medias nacionales de esperanza de vida al nacer, en todos los países en los que hay disponibilidad de dichos datos²⁸.

Los gráficos siguientes demuestran y miden la correlación entre la esperanza de vida al nacer y dos indicadores, el índice democrático y los años de educación, como indicadores "proxi" (indirectos) de los marcos legales garantes de derechos humanos universales, y del acceso al conocimiento y oportunidades sociales.

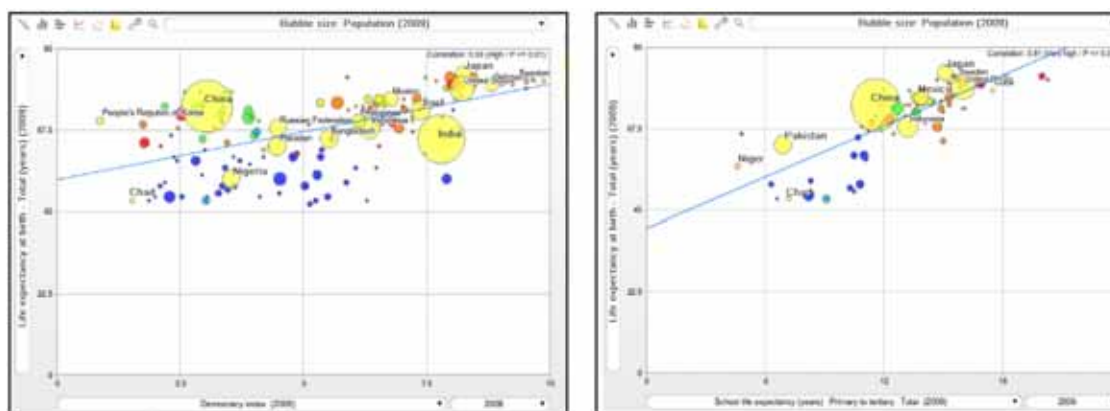


FIGURA 13: CORRELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DEMOCRÁTICO Y LOS AÑOS DE EDUCACIÓN, Y LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER.

Cuando consideramos el peso relativo de las poblaciones, la relación entre el índice democrático y la esperanza de vida al nacer, se obtiene un bajo coeficiente de correlación. En esto influye el que los dos países con mayor población del mundo, China e India, tengan entre sí una correlación negativa: mayor esperanza de vida en China con menor índice democrático y opuesto el caso para India.

En cuanto a la educación, existe una fuerte correlación entre años de educación a lo largo de la vida y la esperanza de vida al nacer cuando esta es menor de 60 años, pero dicha correlación se debilita con esperanzas de vida superiores²⁹. Sin embargo, la calidad de la educación varía mucho entre países, regiones y en el tiempo, y el análisis carece de consistencia en ese sentido³⁰.

²⁸ Información de bases de datos e índices de Naciones Unidas, estadísticas mundiales sobre indicadores de salud e indicadores económicos del Banco Mundial.

²⁹ http://www.academia.edu/289307/Examining_the_Relationship_Between_Life_Expectancy_Reproduction_and_Educational_Attainment_A_Cross-Country_Analysis

³⁰ [http://www.oecd.org/edu/eag2013%20\(eng\)--FINAL%20%20June%202013.pdf](http://www.oecd.org/edu/eag2013%20(eng)--FINAL%20%20June%202013.pdf)

El alto grado de "externalidad" de las políticas ecológicas y sus dinámicas, resulta en el hecho contradictorio de que los países y los grupos sociales con más altos índices de agotamiento de recursos naturales (medidos, por ejemplo, en emisiones de carbono per cápita) son los menos expuestos a sus efectos nocivos para la salud.

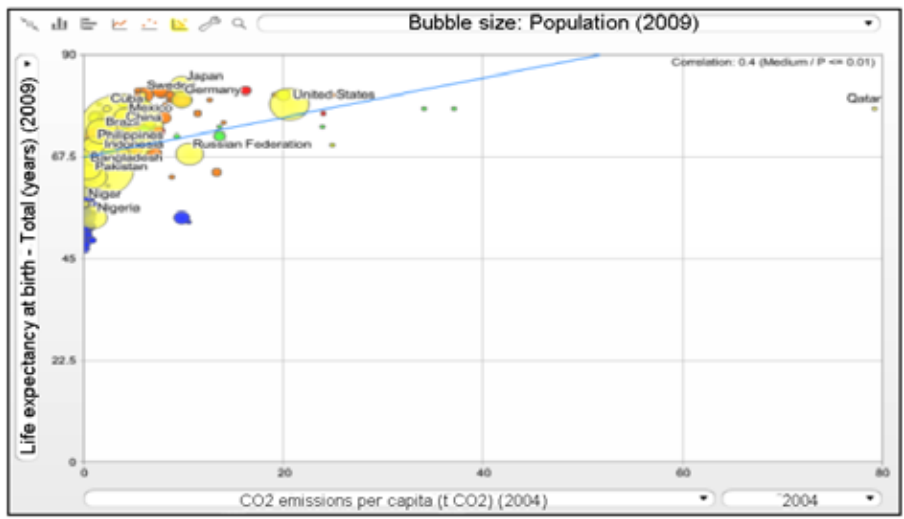


FIGURA 14: CORRELACIÓN ENTRE LAS EMISIONES DE CARBONO PER CÁPITA Y LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER.

Cuando seleccionamos el Producto Interno Bruto per cápita -PIB pc³¹- como medida de políticas económicas, esta resultó ser la variable más influyente en la esperanza de vida al nacer. La gráfica siguiente demuestra una correlación logarítmica muy fuerte (por encima de 0,70), la cual sugiere que más de dos terceras partes de las diferencias en las medias nacionales de esperanza de vida al nacer pudieran deberse a las diferencias en el PIB pc medio de los países.

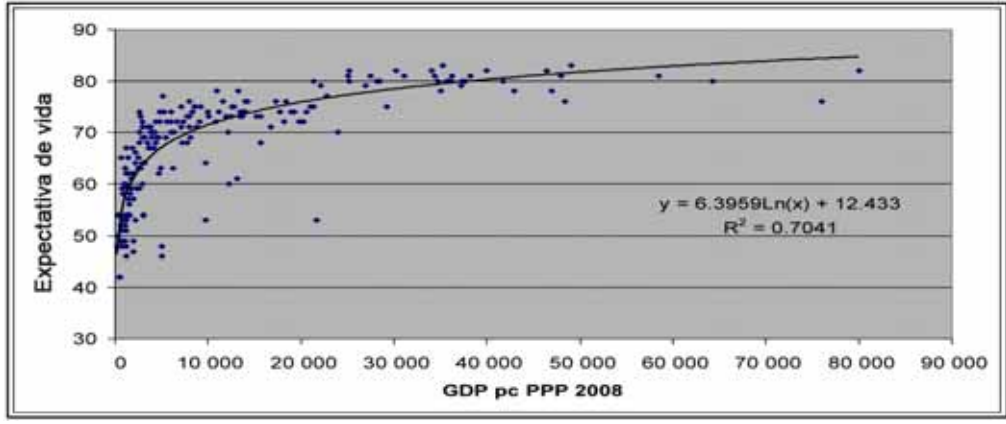


FIGURA 15: CORRELACIÓN ENTRE MEDIAS NACIONALES DE ESPERANZA DE VIDA AL NACER Y PIB PC.

³¹ El uso del PIB per cápita es controversial, porque la riqueza producida/consumida per cápita incluye a las empresas extranjeras y a los ciudadanos que pueden concentrarse e incluso irse del país, sobre todo en los países de bajos ingresos, con una gran proporción de los recursos. En el caso del GINI (que resta los flujos externos e inversamente cuenta los flujos de entrada de los ciudadanos nacionales y empresas en el exterior), este puede reflejar mejor la riqueza promedio de los ciudadanos (y su distribución), pero no permite establecer el desafío de la redistribución nacional y mundial de bienes, incluyendo las inversiones y los beneficios extranjeros, generalmente en favor de los países de altos ingresos. Ver http://www.diffen.com/difference/GDP_vs_GNP

Dicha correlación es constante con variación menor en el tiempo, y también prevalece con otros indicadores de salud, como esperanza de vida saludable, y con subgrupos de población, como esperanza de vida al nacer en hombres y mujeres, y con tasas de mortalidad en adultos y niños, aunque se debilita algo en EVn en mujeres y en mortalidad en niños.

	LE men	LE women	LE all	HALE men	HALE women	HALE all	U5MR boys	U5MR girls	U5MR all	AMR men	AMR women	AMR all
Pearson r^2	0.67	0.64	0.66	0.69	0.66	0.68	0.52	0.50	0.51	0.60	0.54	0.58

La siguiente gráfica muestra cómo la correlación entre esperanza de vida al nacer y el PIB pc ha evolucionado en el tiempo, aunque solo se cuenta con análisis de la correlación lineal (infra-estimada, pues la correlación logarítmica es más fuerte). Se demuestra cómo la relación analizada era más fuerte antes de los años 80 y se estabilizó a partir de entonces en torno a 0,6. La tendencia de valores logarítmicos en el tiempo demuestra un número creciente de países que entran en la zona de meseta en la que valores más altos de PIB pc no se traducen en mejor salud.

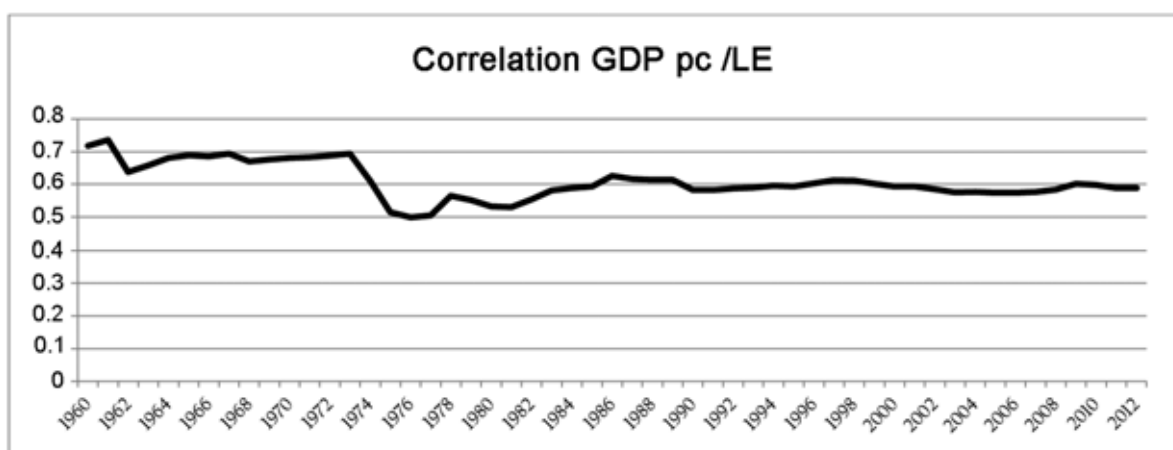


FIGURA 16: EVOLUCIÓN DE LA CORRELACIÓN ENTRE ESPERANZA DE VIDA AL NACER Y PIB PC.

DESIGUALDADES EN SALUD SEGÚN CONDICIONANTES

Cuando comparamos los indicadores de salud entre grupos de población desagregados según las variables influyentes en la salud, podemos identificar diferencias y razones entre ellos. Este es el caso de la base de datos internacional de referencia para "inequidades en salud" (que realmente solo informa sobre desigualdades): el Monitor de Equidad en Salud, de la OMS (*Health Equity Monitor*).

La siguiente gráfica, tomada de la web de la OMS-Monitor de Equidad en Salud³², representa la distribución de niveles de salud alrededor de los valores medianos de mortalidad en menores de 5 años, desagregada por niveles de ingreso en el hogar (por quintiles de ingreso), nivel de educación de la madre (ninguno, primario, secundario), lugar de residencia (urbano o rural) y sexo.

³² http://www.who.int/gho/health_equity/en/

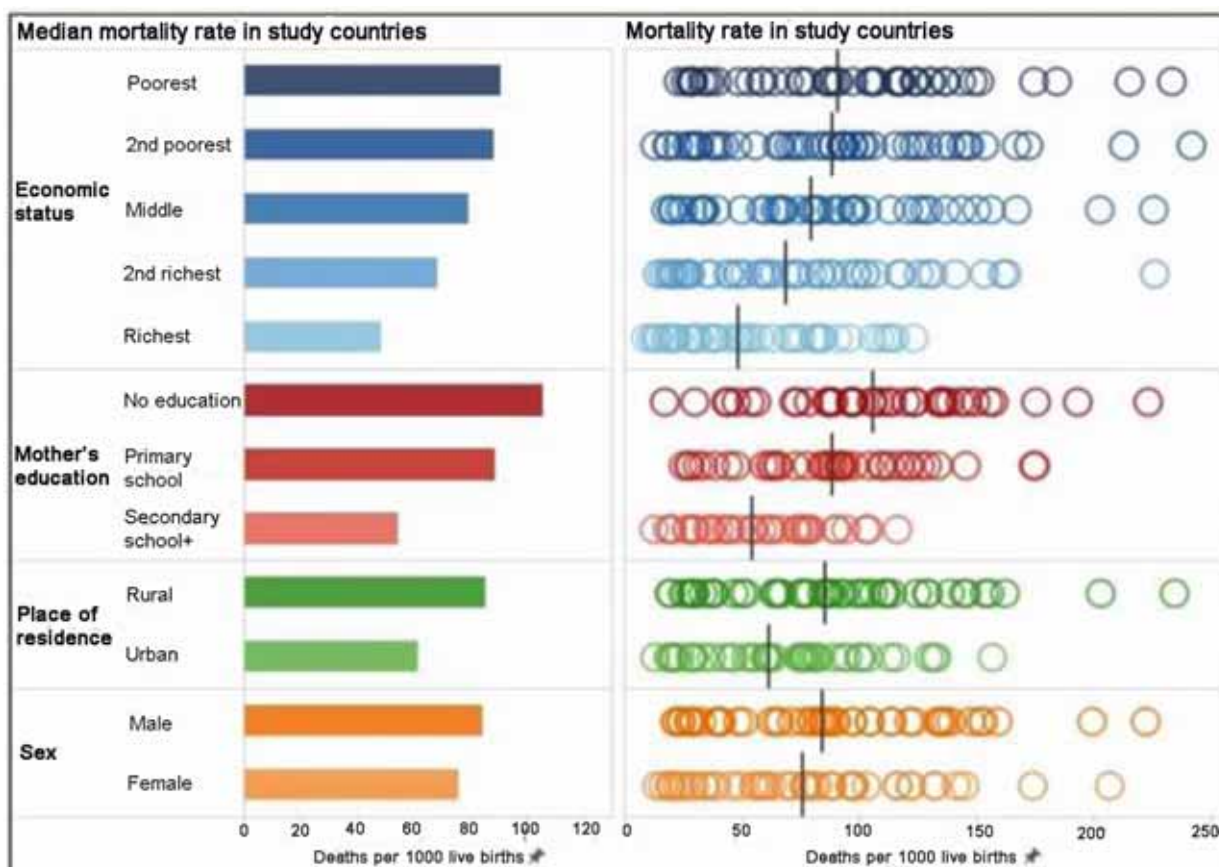


FIGURA 17: ANÁLISIS DE DESIGUALDADES EN SALUD SEGÚN MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS, OMS-MONITOR DE EQUIDAD EN SALUD.

Estos datos son calculados por la OMS a partir de encuestas demográficas domiciliarias, financiadas por USAID (*Household Demographic Surveys*)³³ y por UNICEF (MICS)³⁴ en países de ingresos bajos y medios, desde 1993. En total, se han analizado unos 70 países, de los cuales hasta el 2012 solo en 6 se habían completado estas encuestas.

De una forma más elaborada, los llamados "indicadores de Marmot" abarcan determinantes sociales, pero siguen midiendo diferencias entre grupos sociales, según variables condicionantes de la salud³⁵. Otros han analizado influencias socioeconómicas críticas para la salud, según ciertos grupos de enfermedades en la Unión Europea³⁶, en Australia³⁷ y en países de ingresos bajos y medianos³⁸. Este tipo de análisis describe desigualdades entre subgrupos, pero no puede conducir a un objetivo común, ni medir la carga de inequidad, establecer un umbral mínimo de ingresos que posibilite dicho objetivo para todos, ni la redistribución necesaria, ni otras conclusiones transformadoras que conlleva la medición de la equidad en salud, como se verá más adelante.

³³ <http://www.dhsprogram.com/Data/>

³⁴ <http://mics.unicef.org/surveys>

³⁵ <http://www.instituteofhealthequity.org/presentations/presentation-slides>

³⁶ Dalstra JA, Kunst AE, Borrell C, Breeze E, Cambois E, Costa G, *et al.* Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *Int J Epidemiol* 2005; 34(2):316-326.

³⁷ Glover JD, Hetzel D, Tennant S. The socioeconomic gradient and chronic illness and associated risk factors in Australia. *Aust New Zealand Health Policy* 2004; 1: 8.

³⁸ Hosseinpoor AR, Bergen N, Mendis S, Harper S, Verdes E, Kunst A, *et al.* Socioeconomic inequality in the prevalence of noncommunicable diseases in low -and middle- income countries: results from the World Health Survey. *BMC Public Health* 2012; 12: 474.

DESIGUALDAD VS INEQUIDAD

La mayoría de las propuestas que se definen como análisis de equidad en salud en realidad solo están midiendo desigualdades o estadísticas de dispersión de valores³⁹. El enfoque estadístico no permite analizar la correlación con las variables que influyen en dicha dispersión. La identificación de los límites justos de la desigualdad que se observa a través de las condiciones influyentes de salud, añade una dimensión ética.

En 2003, Whitehead y Gruskin propusieron como definición operacional de la equidad en salud “la ausencia de desigualdades sistémicas en salud entre grupos con diferentes niveles de ventaja/desventaja social; esto es, de riqueza, poder o prestigio”. En 2006, Paula Braveman propuso una actualización a dicha definición: “Diferencias sistemáticas de salud entre grupos con ventaja y grupos con desventajas sociales”⁴⁰. Si combinamos los atributos que señala Whitehead⁴¹ y los de Braveman, podríamos apuntar a un umbral de equidad en salud basado en diferencias que son injustas y prevenibles.

La siguiente tabla enumera las diferencias y consecuencias entre medir desigualdad y medir inequidad.

TABLA 1: DIFERENCIAS ENTRE MEDIR DESIGUALDAD Y MEDIR INEQUIDAD

	Desigualdad	Inequidad
Concepto	Diferencias.	Diferencias injustas.
Medida	Diferencias o razones entre subpoblaciones.	Brecha entre la realidad y el mejor nivel posible: carga de inequidad.
Conclusiones	Conclusiones arbitrarias.	Objetivo medible, entre y dentro de países, entre y dentro de generaciones.
Estrategia	Enfoque hacia grupos con desventaja: alivio de la pobreza.	Enfoque hacia umbrales mínimos: cohesión social (dirigida a ambos extremos), niveles de dignidad y derechos universales.
Efecto	Mitigación.	Transformación.

La equidad es la distribución justa de la desigualdad.

³⁹ González GJ, Vega MG, Cabrera CE. Desigualdad social y equidad en salud: perspectivas internacionales. México: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud; 2010. p. 25-45. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/DESIGUALDAD_SOCIAL_Y_EQUIDAD_EN_SALUD.pdf

⁴⁰ Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. Annu Rev Public Health (Internet) 2006; 27: 167-194. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16533114>

⁴¹ <http://jech.bmj.com/content/57/4/254.short>

LA RELEVANCIA DE ESTIMAR LA CARGA DE INEQUIDAD

El establecer umbrales mínimos y progresivos ha sido considerado por otros como crítico para posibilitar el reconocimiento y el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales⁴². Sin embargo, este enfoque nunca ha concluido en estándares de "mejor salud posible"⁴³.

La carga de enfermedad ha sido estimada para todas las enfermedades, comparando los efectos de una enfermedad por discapacidad (mediante un controvertido sistema de niveles de discapacidad y sus efectos en diferentes grupos de edad) y los años de vida perdidos por muerte prematura, con el mejor nivel nacional de esperanza de vida saludable: Japón⁴⁴.

Dicho método definió la unidad de Año de Vida Ajustado a Discapacidad –AVAD-. La metodología de la carga de enfermedad por enfermedades específicas ha constituido la base de los análisis de la economía de la salud, al estimar el coste-utilidad (coste en relación al impacto en carga de enfermedad prevenida o recuperada) y el coste-oportunidad (la diferencia entre opciones de acuerdo al coste-utilidad) de intervenciones preventivas o terapéuticas. Dicha metodología –liderada por el Banco Mundial- guió la priorización de intervenciones de salud basadas en su eficiencia (coste-utilidad). Esta econometría de la salud apoyó la estrategia de los "ajustes estructurales", liderada por el Banco Mundial: reducción del gasto público para corregir déficit del presupuesto nacional y a la vez, reducir los ingresos por impuestos, entendidos como barreras al flujo global del capital. Estas fueron las recetas que siguieron fielmente el marco conceptual del consenso de Washington⁴⁵.

El poder de las condiciones de los préstamos del Banco Mundial influyó en las políticas y estrategias de salud, destinadas a reducir el gasto público y a aumentar el impacto a través de específicas intervenciones eficientes.

A principios de los años 90, el umbral de eficiencia (coste-utilidad) para intervenciones de salud con presupuesto público (apoyado por préstamos) en los países de ingresos bajos era de 30 US \$/AVAD⁴⁶. En paralelo, la evidencia creciente de la efectividad de las terapias para el SIDA, diluyeron dicho umbral. Pero el énfasis en las intervenciones específicas eficientes (incluyendo consideraciones de externalidades, y por lo tanto, privilegiando las enfermedades infecciosas), comenzó la aún activa fragmentación de los servicios de salud, de su financiación, organización e incluso políticas de salud, de los activistas, académicos y organizaciones, durante las dos últimas décadas. La visión selectiva de enfermedades ha llevado a la actual fragmentación, que más que avanzar hacia el derecho universal a la salud, ha introducido otra dimensión de inequidad entre las enfermedades. En ese contexto, es esencial estimar la carga de inequidad en salud, entre y dentro de los países, tal y como se comprometieron todos los países en la resolución de los determinantes sociales de la salud de la Asamblea Mundial de la Salud⁴⁷.

1. Carga de inequidad en salud comparada con los mejores estándares de variables condicionantes

A continuación presentamos como se intentó medir la carga de inequidad global en relación a estándares basados en las variables condicionantes de salud más importantes.

⁴² CEPAL. La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir. 2010. Capítulo 4. Disponible en: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/39710/100604_2010-114-SES.33-3_La_hora_de_la_igualdad_doc_completo.pdf

⁴³ Asada Y. A framework for measuring health inequity. *Journal Epidemiol Community Health (Internet)* 2005; 59: 700-705. Disponible en: <http://jech.bmj.com/content/59/8/700.full.pdf+html>

⁴⁴ http://www.who.int/healthinfo/statistics/GlobalDALYmethods_2000_2011.pdf?ua=1

⁴⁵ <http://www.who.int/trade/glossary/story094/en/>

⁴⁶ Investing in health. The World Bank report; 1993.

⁴⁷ Ver WHO 62.14 en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en-P2.pdf

Puesto que los ingresos (medidos en PIB pc) son el factor más influyente en las desigualdades de salud (medida por la media de esperanza de vida al nacer), tomamos como nivel de referencia de mejor salud aquella de los países con PIB pc en el quintil superior, que en la práctica equivale a los clasificados por el Banco Mundial como "países de ingresos altos".

Una vez que decidimos que los indicadores de salud de los países de ingresos altos eran los estándares de salud deseables globalmente (objetivo fundacional de la OMS de mejor salud), podríamos estimar, como otros lo han hecho a nivel subnacional⁴⁸, la carga de inequidad de salud: la diferencia entre la situación presente y la deseable.

Cualquier información sobre el progreso o retraso en el objetivo de equidad en salud a nivel nacional o global, tiene que ser fácil de entender e interpretar tanto por estadísticos y profesionales de la salud, como por políticos y la sociedad civil en general.

Esta es la razón por la que intentamos medir la carga de inequidad en salud en relación a la referencia mencionada (países de ingresos altos) en muertes en exceso ("evitables" si hubiera equidad económica).

Utilizamos las tasas de mortalidad en menores de 5 años y en adultos, puesto que disponíamos de datos comparables entre países y debido a que más del 90% de las muertes prematuras tienen lugar en los primeros cinco años de vida y durante el periodo de 15 a 60 años de edad.

Por lo tanto, aplicamos –con datos de los informes anuales de estadísticas mundiales de salud, de la OMS- las tasas de mortalidad juvenil (menores de 5 años) y adulta (15-60 años) deseable (aquellas de los países de ingresos altos) a las poblaciones de menores de 5 años y de 15-60 años del resto de los países (ingresos medios y bajos).

Cuando comparamos dichos resultados con los niveles actuales de muertes infantiles (menores de 5) y adultas en países de ingresos bajos y medianos, la mortalidad estimada en exceso debida a inequidad de salud global está en alrededor de 20 millones de muertes al año, más de la mitad en niños menores de cinco años. Esta cifra representa más de un tercio de todas las muertes y dicha cantidad y proporción se ha mantenido estancada durante las dos últimas décadas. Las siguientes gráficas representan esas cantidades y proporciones:

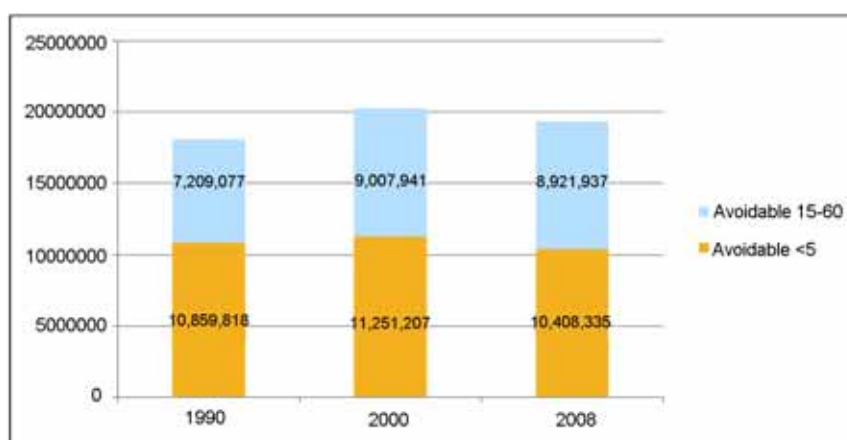


FIGURA 18: MUERTES EVITABLES DEBIDO A INEQUIDAD ECONÓMICA GLOBAL (REFERENCIA PAÍSES DE INGRESOS ALTOS).

⁴⁸ Esnaola S, Aldasoro E, Ruiz R, Audicana C, Pérez Y, Calvo M. Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Gac Sanit 2006; 20(1): 16-24.

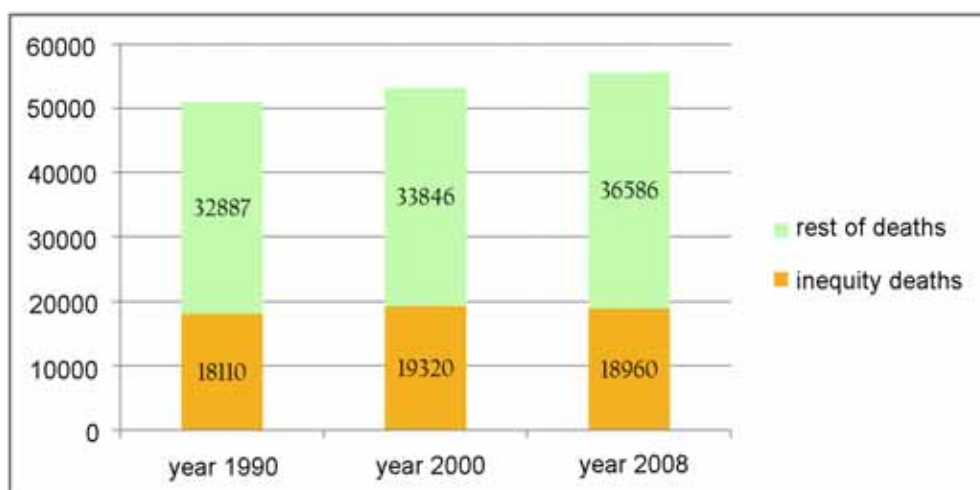


FIGURA 19: NÚMERO DE MUERTES EVITABLES (EN MILLONES), DEBIDO A INEQUIDAD GLOBAL EN SALUD 1990-2012 (REFERENCIA PAÍSES DE INGRESOS ALTOS).

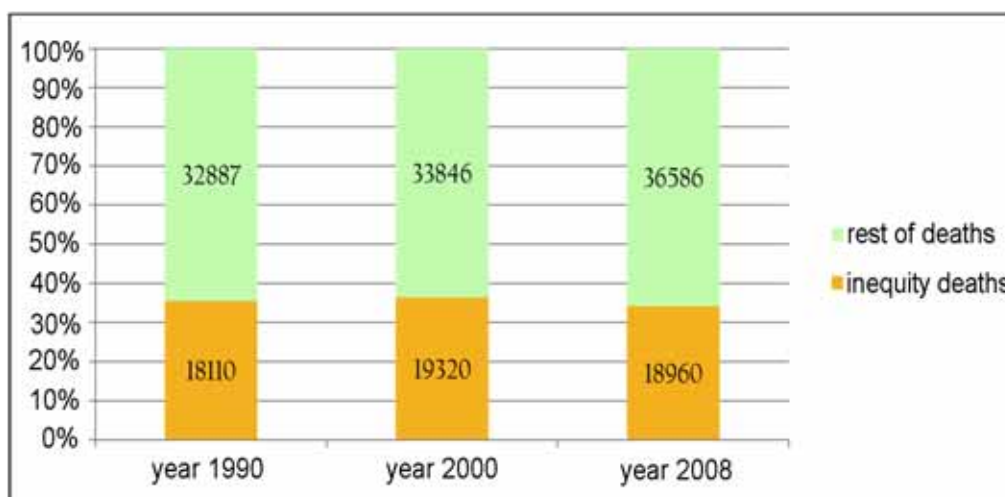


FIGURA 20: PORCENTAJE DE TODAS LAS MUERTES, DEBIDO A INEQUIDAD GLOBAL EN SALUD (REFERENCIA PAÍSES DE INGRESOS ALTOS).

Cuando los datos de la Carga Global de Enfermedad (CGE) (*Global Burden of Disease -GBD-*) 2010 fueron publicados, con tasas de mortalidad media desde 1970 y por grupos de edad de cinco años, aplicamos la misma metodología, esta vez con un ajuste mucho más preciso de tasas en los 190 países, durante 40 años y a través de los 16 grupos de edad (cada 5 años de 0 a 80).

Los resultados fueron muy parecidos a los del análisis inicial, menos detallado (basado solo en menores de 5 años y adultos de entre 15-60 años de las estadísticas mundiales de salud), con una proporción de muertes por inequidad económica global moderadamente más alta (más del 40%) y estancada desde los años 70. Este análisis parece confirmar la hipótesis de una carga de inequidad en salud muy alta y estancada en el tiempo⁴⁹.

⁴⁹ <https://apha.confex.com/apha/141am/webprogram/Paper291133.html>

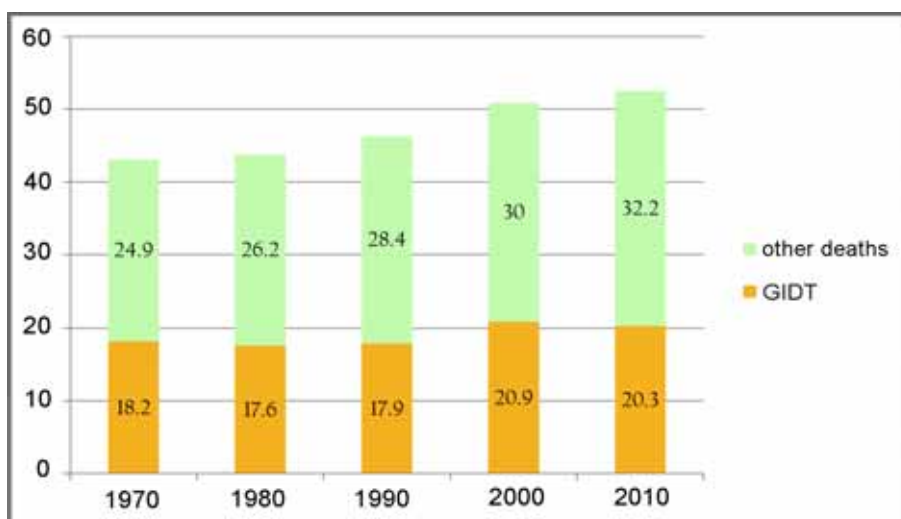


FIGURA 21: NÚMERO DE MUERTES EVITABLES DEBIDO A INEQUIDAD ECONÓMICA GLOBAL 1970-2012 (REFERENCIA PAÍSES DE INGRESOS ALTOS. FUENTE: CGE 2010).

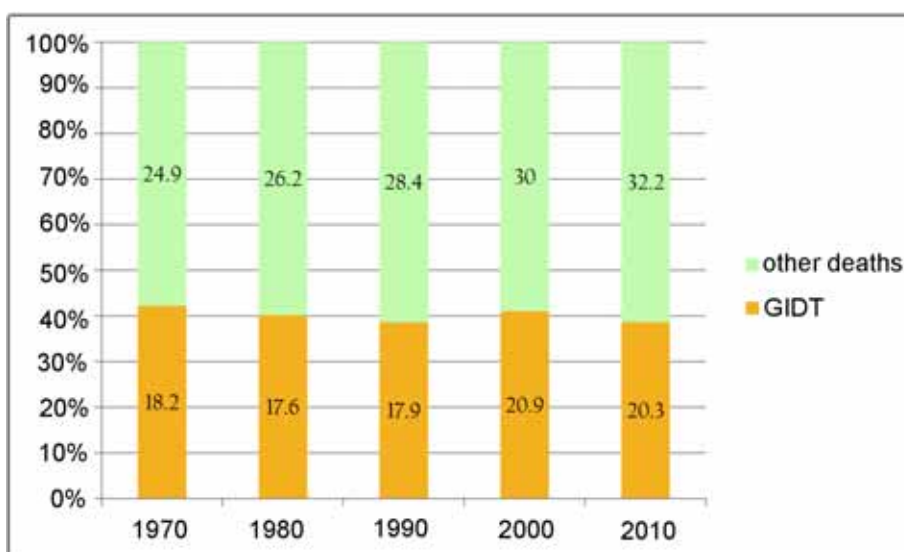


FIGURA 22: PORCENTAJE DE MUERTES DEBIDAS A INEQUIDAD ECONÓMICA GLOBAL 1970-2010 (REFERENCIA PAÍSES DE INGRESOS ALTOS. FUENTE CGE 2010).

Aunque este método indica los efectos de la inequidad económica en salud y lo mide en muertes evitables, tiene tres debilidades importantes:

- Elige de forma arbitraria (conveniente por la clasificación de ingresos del Banco Mundial) un umbral de ingresos (variable condicionante más poderosa) (por ejemplo, el quintil superior) como estándar de mejor nivel de salud.
- Mientras que en este método se comprobó que algunos países con ingresos (PIB pc) menores que la media mundial tenían esperanzas de vida dentro del intervalo de confianza de países de ingresos altos, el método encierra una importante contradicción: los estándares de salud hacen relación a países con concentración de recursos económicos cuya generalización no es factible (replicable) y además, hace que los de ingresos bajos no tengan condiciones mínimas para optar a dichos niveles de salud.
- No toma en cuenta la sostenibilidad ecológica, clave para entender la inequidad intergeneracional, como se analizará más adelante.

2. Carga de inequidad por umbrales de factibilidad y sostenibilidad

Este tercer enfoque (y que proponemos como el más sólido) está basado en la delimitación de modelos y umbrales saludables, factibles y sostenibles entre y dentro de los países, evitando decisiones arbitrarias (como quintiles) y proponiendo niveles de salud verdaderamente factibles para todos y sostenibles para las próximas generaciones.

Entre las cuatro principales áreas políticas que influyen en la salud (sostenibilidad ecológica, equidad económica, conocimiento participativo hacia bienes públicos y marcos legales garantes de derechos universales) se pueden identificar dos grupos, según la disponibilidad de recursos. La naturaleza conceptual de los marcos legales está relacionada con la universalidad de los derechos. El conocimiento participativo debiera prescindir de límites en sus ambiciones de creatividad humana, innovación y participación. Sin embargo, los recursos económicos y ecológicos son limitados y su uso y distribución deben limitarse a los umbrales de factibilidad y sostenibilidad.

En el caso de los recursos económicos, ningún país -o municipio o estado a nivel subnacional- con PIB pc por encima de la media -ponderada mundial para el análisis internacional- puede servir como modelo replicable globalmente, puesto que al generalizarlo no habría -matemáticamente- recursos para todos.

Es más, la teoría de que los países con más nivel y crecimiento económico guíen el progreso y el desarrollo global, entran en contradicción con la equidad, la sostenibilidad e incluso, el bienestar humano (ver apartado siguiente).

Por ello, la metodología previa basada en estándares de países de ingresos altos tiene esta contradicción intrínseca.

En cuanto a los recursos ecológicos, ningún país -o región o municipio- con la huella de carbón o uso de hectáreas por persona y año, por encima de los límites planetarios que permiten el reciclaje natural, puede servir como estándar para estimar la equidad en salud, puesto que se agotarían recursos ecológicos (y todos los derivados de ellos, incluso los económicos) para las generaciones venideras y con ello se comprometería su salud.

Por eso seleccionamos como referencias a países cuya media nacional de esperanza de vida al nacer fuera superior a la media ponderada internacional y que también fueran modelos económicamente factibles/replicables y ecológicamente sostenibles.

Utilizamos para este propósito datos estadísticos del Banco Mundial en esperanza de vida, PIB pc y población, desde 1960 hasta 2012⁵⁰.

El primer filtro se hizo por la media ponderada (con peso relativo a la población) de las medias nacionales de esperanza de vida al nacer, para seleccionar países con dicha media por encima de la media internacional ("países saludables").

El segundo filtro se hizo mediante la media ponderada (de nuevo por pesos relativos a la población) de las medias nacionales de PIB pc y así seleccionar países con esperanza de vida al nacer por encima de la media internacional y que también tuvieran PIB pc por debajo de la media internacional ("países saludables y factibles/replicables").

El tercer filtro supuso la selección, de entre los ya filtrados "saludables-factibles", de aquellos con emisiones de carbono por debajo del límite planetario, estimado para la década 2000-2010, en una media de 2,5 toneladas métricas per cápita y año⁵¹.

⁵⁰ <http://data.worldbank.org/>

⁵¹ http://www.nature.com/nature/journal/v461/n7263/fig_tab/461472a_T1.html

Los siguientes mapas muestran los países (en verde oscuro) que pertenecían en 2010 a cada uno de los niveles de filtro mencionados.



FIGURA 23: MAPA DE PAÍSES QUE EN 2010 DISFRUTABAN DE ESPERANZA DE VIDA AL NACER SUPERIOR A LA MEDIA PONDERADA MUNDIAL.

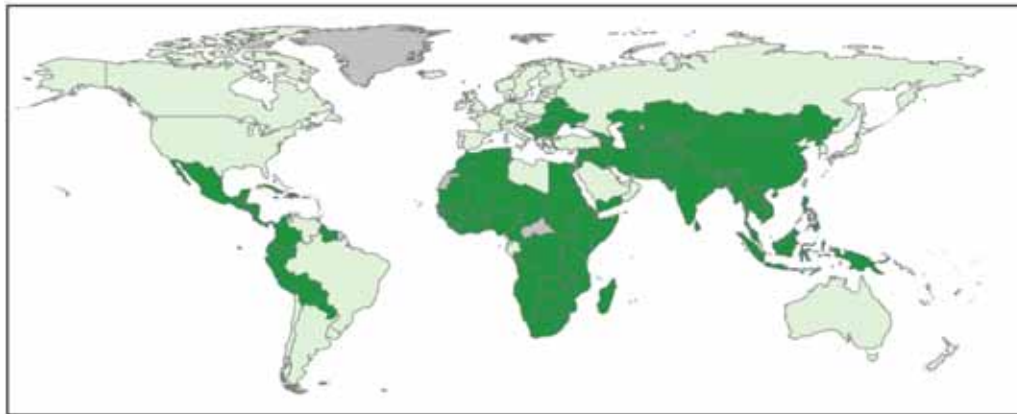


FIGURA 24: MAPA DE PAÍSES QUE EN 2010 TENÍAN UN PIB PER CÁPITA MENOR QUE LA MEDIA PONDERADA MUNDIAL.

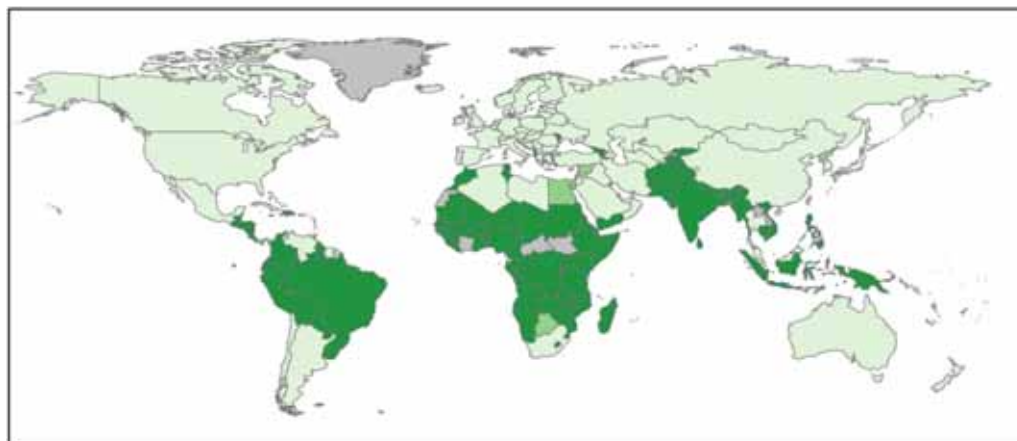


FIGURA 25: PAÍSES QUE EN 2000-2010 MANTUVIERON EMISIONES DE CO₂ POR DEBAJO DEL LIMITE PLANETARIO.

El número de países que pertenece a cada filtro, a lo largo de 1960-2012, se representa en la siguiente gráfica. Solo 14 países pasaron todos los filtros mencionados y de forma constante en el periodo mencionado.

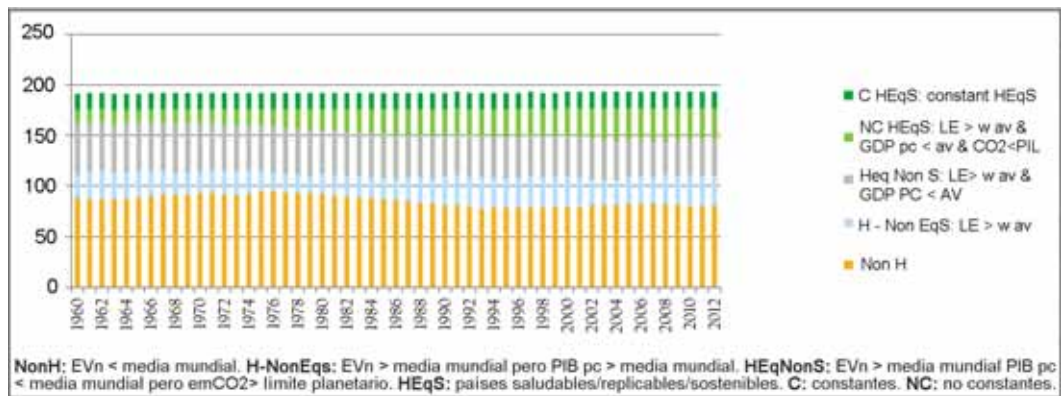


FIGURA 26: NÚMERO DE PAÍSES SEGÚN CATEGORÍAS DE SALUD, FACTIBILIDAD Y CRITERIO SOSTENIBLE, 1960-2012.

Las siguientes gráficas muestran la distribución de la media nacional de esperanza de vida al nacer y de las emisiones de carbono per cápita en relación a la media nacional de PIB pc y a los umbrales de salud, de ingresos y de sostenibilidad.

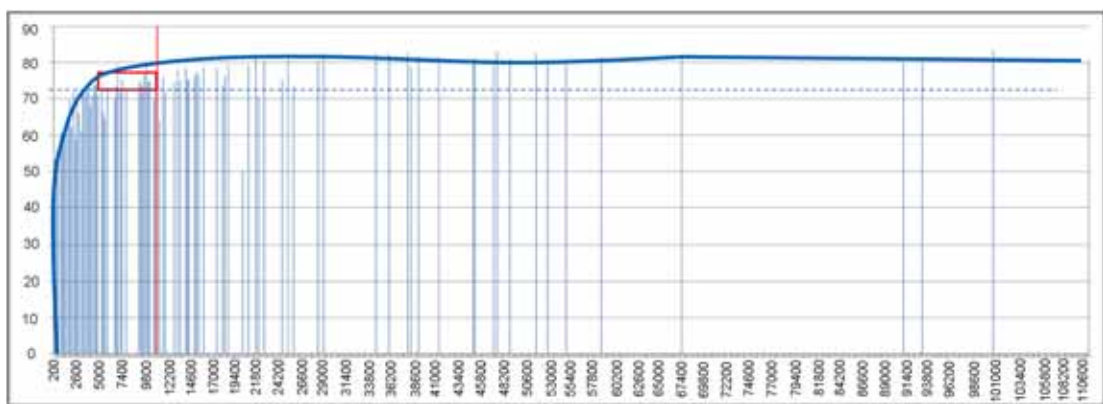


FIGURA 27: ESPERANZAS DE VIDA NACIONALES EN RELACIÓN A PIB PC Y UMBRALES DE MODELOS SALUDABLES Y FACTIBILIDAD, 2012.

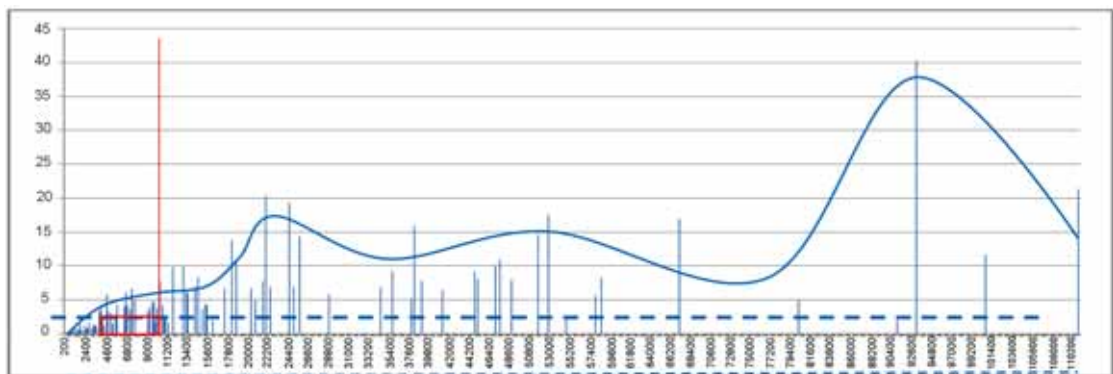


FIGURA 28: EMISIONES DE CARBONO PER CÁPITA EN RELACIÓN A PIB PC Y UMBRALES DE FACTIBILIDAD Y SOSTENIBILIDAD.

La selección final de países que han tenido entre 1960 y 2012 características de esperanza de vida al nacer por encima de la media, PIB pc por debajo de la media y emisiones de carbono por debajo del límite planetario, se representa en el siguiente mapa, mientras que su lista y características se detallan en la siguiente sección.



FIGURA 29: PAÍSES SALUDABLES-REPLICABLES-SOSTENIBLES DE FORMA CONSTANTE, 1960-2012.

• **Características de los países saludables, equitables y sostenibles**

Los 14 países que representan modelos de medias saludables, equitables⁵² y sostenibles (de aquí en adelante 14 cSES) suman en total unos 200 millones de población, 3% de la población mundial; casi la mitad de ellos en Vietnam y más del 80% en los tres de mayor población: Vietnam, Colombia y Sri Lanka.

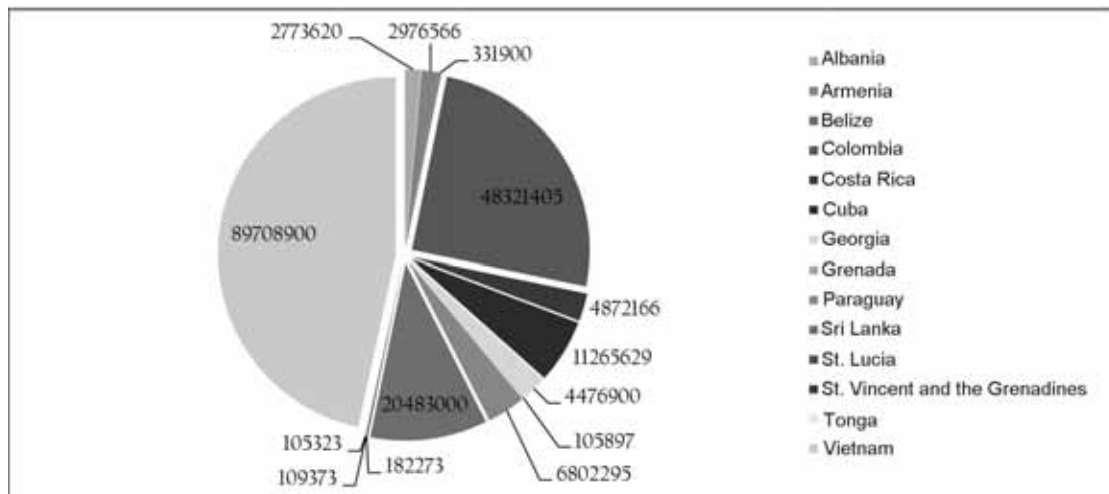


FIGURA 30: POBLACIÓN DE LOS 14 PAÍSES SES.

⁵² Los llamaremos a partir de ahora "equitables", al ser modelos eficientes y replicables en una distribución mundial factible de recursos para la equidad global en salud.

Esperanza de vida

La media de esperanza de vida en los "14 cSES" es 7-10% superior que la media ponderada mundial, aunque es 10% menor que la del país con mayor esperanza de vida (Japón). Entre ellos, Cuba mantuvo la mayor esperanza de vida promedio hasta mediados de los 80, y desde entonces, ese lugar lo ocupa **Costa Rica**, que de hecho está entre el 5% de países con esperanza de vida más alta, muy por encima de la media de los países de ingresos altos, según el Banco Mundial.

TABLA 2: ESPERANZA DE VIDA EN LOS 14 C-SES

País	Media 1960-2012	Media 1980-2012	2012
Cuba	71.17	73.52	77.35
Costa Rica	70.24	70.79	74.44
Albania	69.06	71.25	73.70
Armenia	66.64	69.92	73.78
Georgia	73.15	76.72	79.71
Belize	73.70	76.08	79.07
St. Lucia	69.66	71.19	73.94
Sri Lanka	67.34	69.58	72.61
Vietnam	67.92	69.36	72.19
Tonga	68.42	70.92	74.07
St. Vincent	68.53	71.67	74.67
Paraguay	68.06	70.34	72.40
Grenada	68.22	70.23	72.49
Colombia	68.24	72.08	75.61
Media 14 SES	69.31	71.69	74.72
Media ponderada 14 SES	68.61	71.72	75.13
Media mundial	63.28	66.30	70.62
Mejor país	78.18	80.13	83.48

La evolución en el tiempo de la esperanza de vida en los 14cSES muestra como después de que Costa Rica llegara al nivel de Cuba en los años 70, ambos países permanecieron con los niveles más altos en este grupo, bajando Armenia sus niveles altos en los años 70-80.

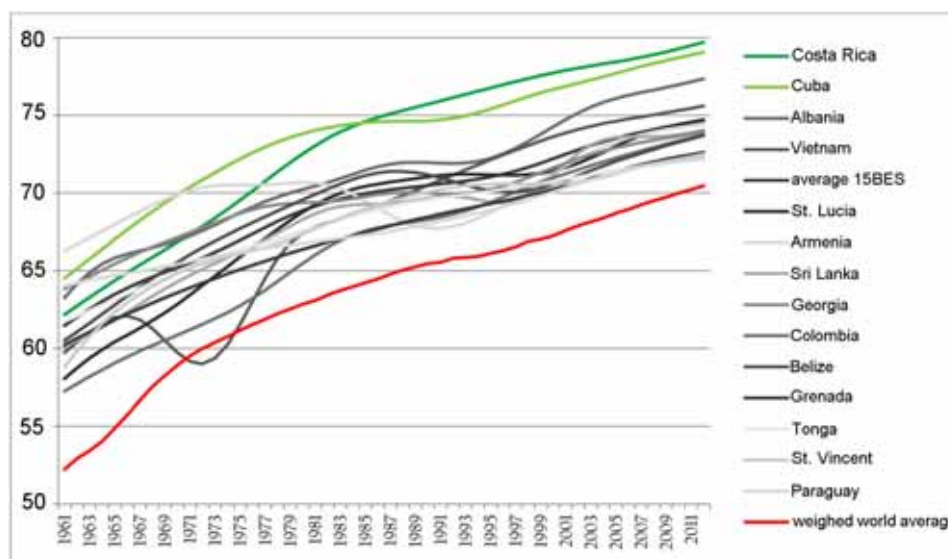


FIGURA 31: EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA EN LOS 14 CSES 1960-2012.

La distribución de esperanzas de vida según sexo muestra que mientras **Costa Rica** y Cuba tienen los niveles más altos a lo largo del tiempo, Vietnam y Albania también sobrepasan la esperanza de vida de 80 años en mujeres, entre las más altas del mundo. Para hombres, **Costa Rica** y Cuba también tienen los valores más altos, seguidos por Albania y el resto.

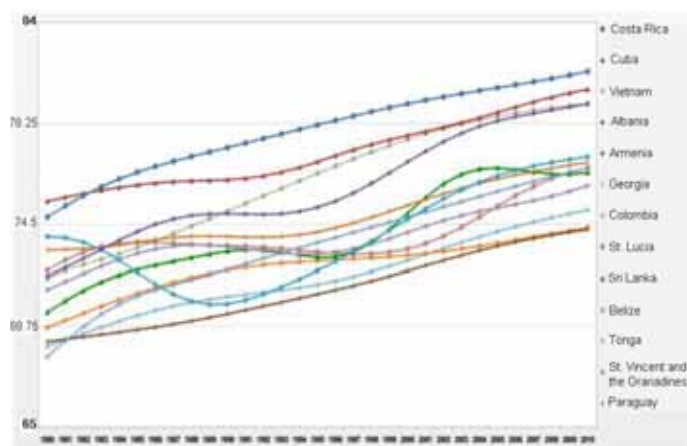


FIGURA 32: EV EN MUJERES 14CSES

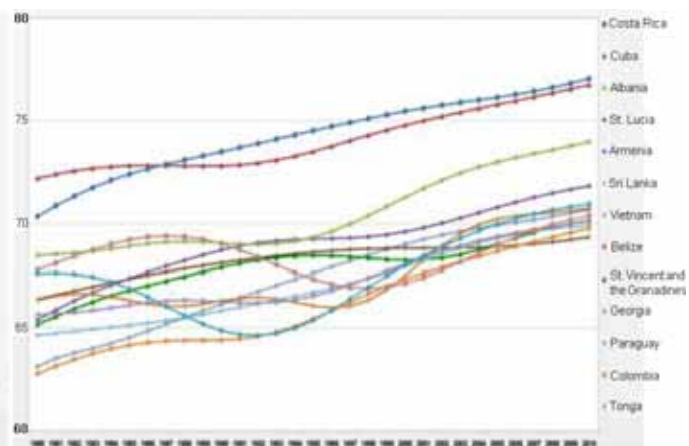


FIGURA 33: EV EN HOMBRES 14CSES

Producto Interno Bruto per cápita

El rango de PIB per cápita es muy amplio (con razones de hasta 6) entre los 14 cSES. Es más alto ("más alto coste de EV") en Centroamérica y el Caribe, seguido de Suramérica (aunque mucho más alto en Colombia que en Paraguay), los Balcanes y el Pacífico, y más bajo en Asia, con el modelo más eficiente por mucho, en Vietnam. En promedio, los 14 cSES tienen un PIB pc alrededor de la mitad de la media mundial.

TABLA 3: PIB PC DE LOS 14CSES

País	1960-2013	2000-2013	2013
Vietnam	626	989	1911
Sri Lanka	725	1745	3280
Paraguay	1374	2328	4403
Armenia	1513	2233	3505
Georgia	1516	2014	3602
Tonga	1773	2956	4427
Albania	1832	3159	4652
Colombia	1981	4535	7826
Belice	2126	4256	4834
St. Vincent	2195	5438	6634
Costa Rica	2800	6111	10185
Cuba	2832	4624	6825
Granada	3730	6703	7876
St. Lucía	3947	6050	7309
Media 14cSES	1747	3796	5519
Media mundial	3656	7461	10256
Máximo mundial	66244	127809	111162

La evolución del PIB pc demuestra que Cuba tuvo el PIB pc más alto de los 14 cSES hasta los 80, cuando **Costa Rica** la superó, así como a las islas del Caribe. Costa Rica y Colombia han aumentado su PIB pc de forma muy rápida en los últimos 5 años, aproximándose a la media mundial (pudiendo en los próximos años abandonar el grupo de los países SES). En el extremo inferior -el más eficiente- Georgia, Tonga, Colombia y Paraguay tuvieron descensos del PIB pc en los 80 y en los 90, pero todos ellos han aumentado en la última década. Vietnam ha sido de forma constante el país más eficiente entre los 14cSES, con un PIB pc hasta 5 veces menor que la media mundial y una esperanza de vida 10% más alta y en notable aumento durante la última década.

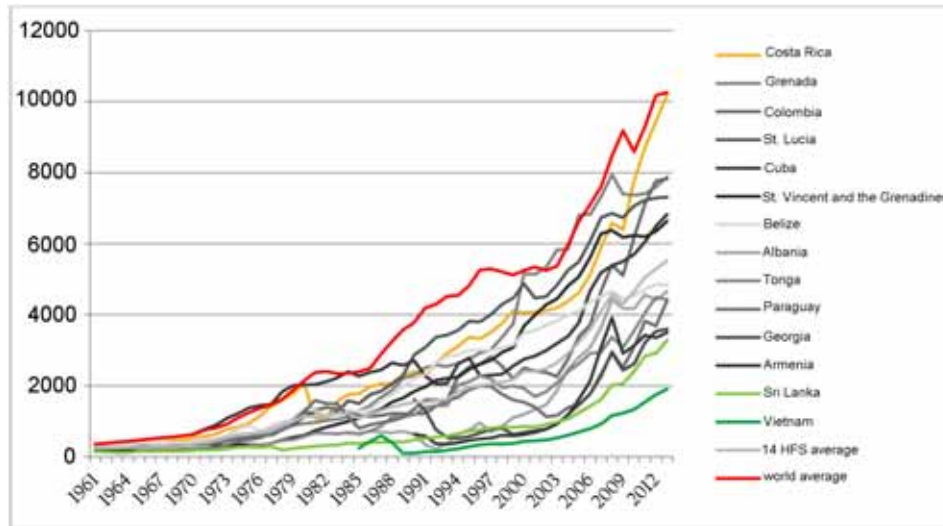


FIGURA 34: EVOLUCIÓN DEL PIB PC DE LOS 14 CSES, 1960-2013.

Emisiones de CO₂ per cápita

El siguiente mapa muestra cómo los 14 países están en la mitad inferior de los países del mundo, según niveles de contaminación, y muy por debajo de los 20 países con mayores niveles de emisiones de CO₂ per cápita (por encima de 7 toneladas métricas por habitante y año), responsables de la mayor parte del efecto del cambio climático global.

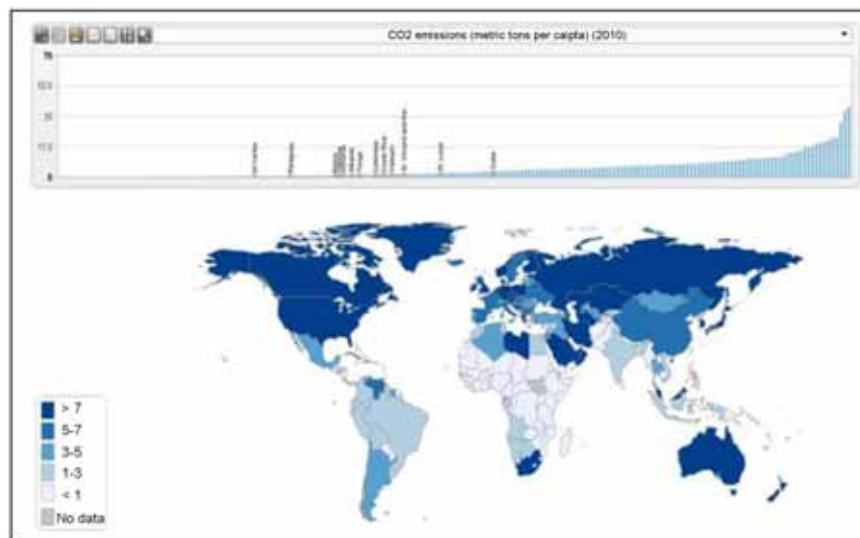


FIGURA 35: DISTRIBUCIÓN MUNDIAL DE EMISIONES DE CO₂ PER CÁPITA 2000-2010.

Como se observa en el siguiente gráfico, los datos disponibles de emisiones de CO₂ per cápita (solo hay registros internacionales comparables desde 2010) demuestran que la media mundial está alcanzando el doble del nivel del límite planetario. Entre los 14 cSES, Cuba se ha ido acercando al límite planetario en los últimos años y de seguir su ritmo de aumento en emisiones de carbono, abandonaría el grupo de países SES. Los países más sostenibles entre los 14cSES son Paraguay y Sri Lanka, uniéndose a ellos Belice en los últimos años.

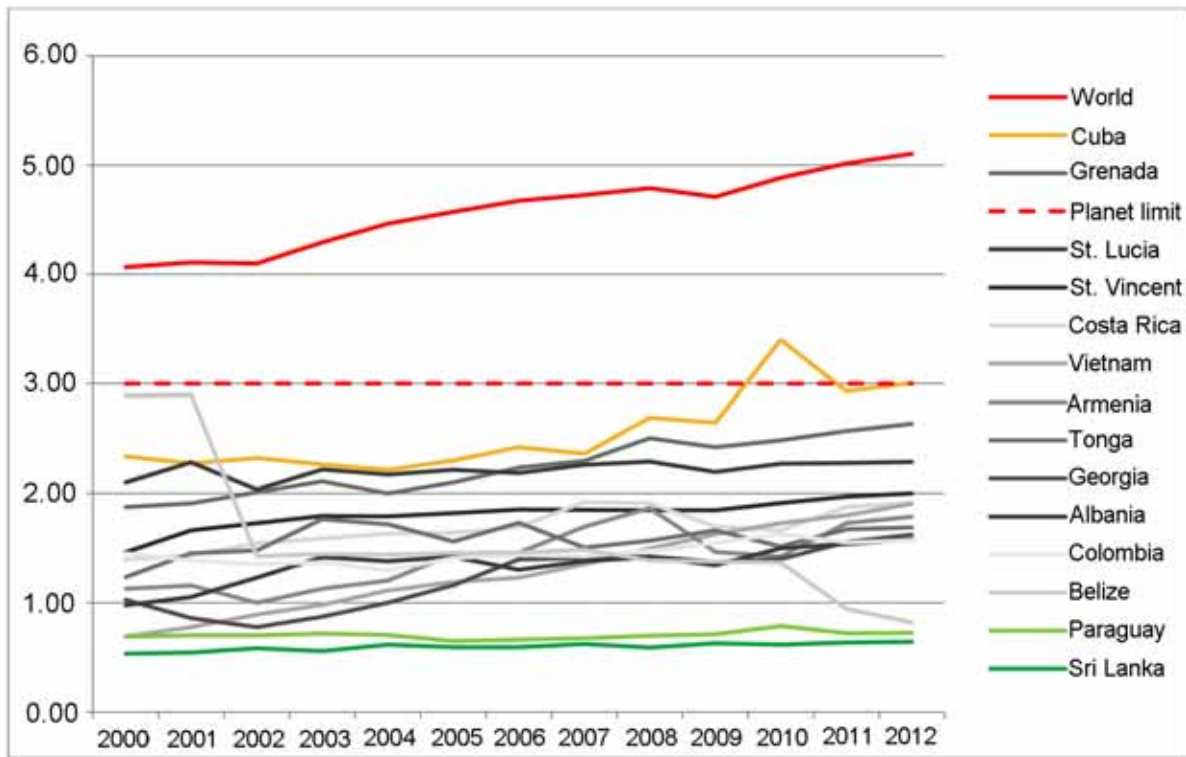


FIGURA 36: EVOLUCIÓN DE LAS EMISIONES DE CO₂ EN LOS 14 CSES, 2000-2012.

En resumen, los 14 cSES tienen una media 7% superior de esperanza de vida y 50% menor PIB pc y emisiones de CO₂ que la media ponderada mundial. Los países más efectivos -mayor EV- dentro de este grupo durante los últimos 60 años son Cuba y Costa Rica (con medias de EV 10 años más altas que la media mundial); el más eficiente -menor PIB pc- es Vietnam (5 veces menor que la media mundial), mientras que los más sostenibles son Sri Lanka y Paraguay (por debajo de la mitad del límite planetario). Hay un riesgo de que los dos países más efectivos abandonen este grupo de referencia por rebasar el límite de factibilidad (Costa Rica acercándose al PIB pc medio mundial) y sostenibilidad (Cuba superando el límite planetario de emisiones de CO₂ per cápita).

V. LA CARGA DE INEQUIDAD GLOBAL EN SALUD

Siguiendo la metodología descrita en el capítulo anterior, comparamos el nivel de salud de los países de referencia saludables-equitables-sostenibles (SES), como objetivo de mejor salud posible, aplicado a todos los países, y lo comparamos con los niveles reales de salud.

CARGA DE INEQUIDAD EN PÉRDIDA DE ESPERANZA DE VIDA

Los siguientes mapas muestran la evolución de la diferencia de las medias nacionales de esperanza de vida con las medias de los niveles de referencia factibles-sostenibles (14cSES).

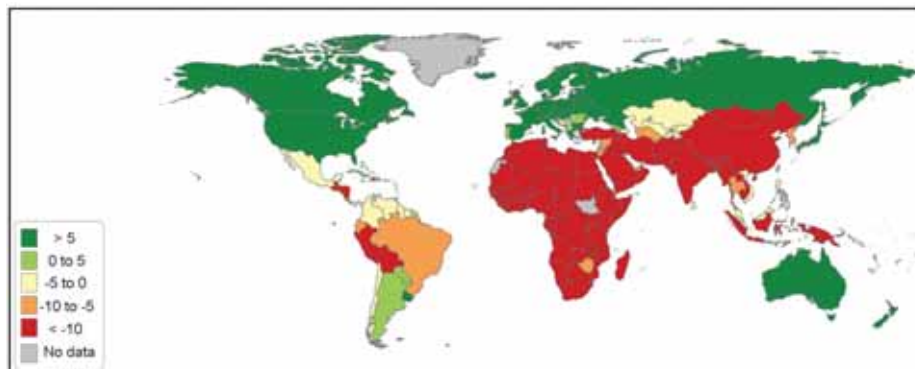


FIGURA 37: MAPA DE LAS DIFERENCIAS DE EV VS REFERENCIA SES EN 1960.

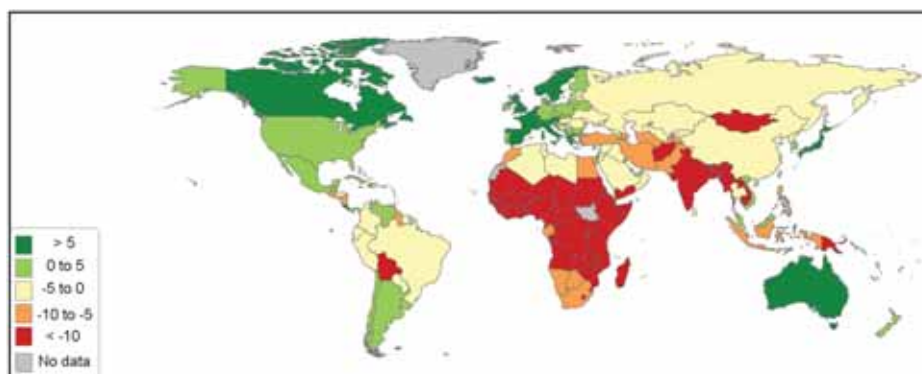


FIGURA 38: MAPA DE LAS DIFERENCIAS DE EV VS REFERENCIA SES EN 1990.

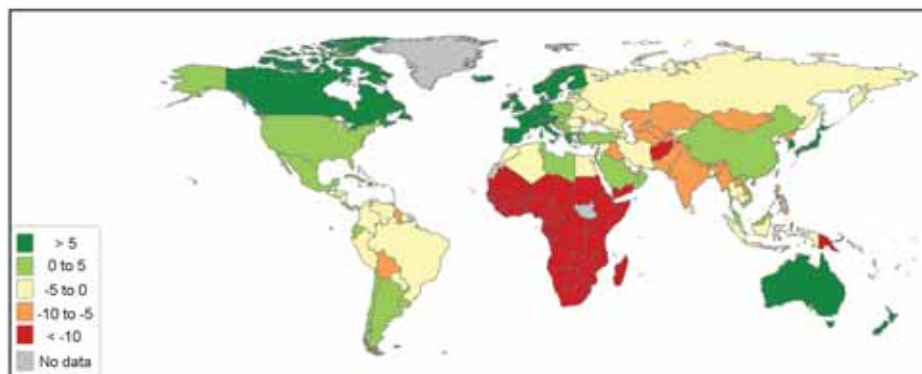


FIGURA 39: MAPA DE DIFERENCIAS DE EV VS REFERENCIA SES EN 2012.

Como muestran los mapas, los países con más de 5 años de EV por encima de los modelos SES han ido concentrándose desde 1960 en la UE de los 15, Noruega, Suiza, Islandia, Australia, Nueva Zelanda, Japón, Corea del Sur y Canadá, todos ellos países con acumulación de recursos muy por encima de la media mundial (y en la zona de acaparamiento, como se verá más adelante) y agotando los recursos naturales para las generaciones venideras. En el otro extremo, los países con más de 10 años de EV menor que los modelos SES estaban en un inicio dispersos en las regiones Andina, centroamericana, por todo África, el Medio Oriente y casi todo Asia, al sur de la ex Unión Soviética, concentrándose progresivamente en el África sub-Sahariana, Yemen, Afganistán y Papúa Nueva Guinea, mientras aún hay muchos países en el centro y sur de Asia, y Bolivia en las Américas, con EC entre 5 y 10 años menor que la de las referencias saludables, equitables y sostenibles.

El Anexo 1 muestra la tabla de países, por décadas entre 1960 y 2012 y su diferencia en esperanza de vida al nacer con los modelos SES, como una medida de la carga de inequidad global en salud, en pérdida de años de vida.

CARGA DE INEQUIDAD GLOBAL EN SALUD, EN MUERTES EVITABLES

Mientras que la pérdida de esperanza de vida refleja el efecto de la inequidad global acumulada a lo largo de la vida, y se mide en años de vida, como ya se mencionó, el concepto de muertes evitables debidas a inequidad en la salud global es más fácil de entender a través de países y entre los grupos sociales. También permite el cálculo diferenciado entre grupos de edad y aporta un análisis más preciso de la evolución de dicha brecha (carga de inequidad) a lo largo del tiempo.

Utilizamos la siguiente metodología para estimar el número de muertes evitables (e injustas) debidas a inequidad global en salud:

1. Tomamos la base de datos demográficos de Naciones Unidas (NNUU)⁵³, la cual estima la media anual de población y número de muertes, por cada periodo de 5 años desde 1950 hasta 2010, por grupos de edad de 5 años (de 0 a 80)⁵⁴ y por sexos.
2. Con los datos anteriores, estimamos la tasa media anual de mortalidad por cada periodo de 5 años desde 1950 hasta 2010, por grupos de edad de 5 años (de 0 a 80) y por sexos, de los 14 países saludables-equitables-sostenibles (SES) descritos en la sección previa (Tasas 14SES).
3. Estimamos, entonces, las tasas medias anuales de mortalidad por periodo de 5 años desde 1950 hasta 2010, por grupos de edad de 5 años (de 0 a 80) y por sexos, para cada país del mundo.
4. Los cálculos anteriores permitieron la estimación del objetivo (constitucional de la OMS desde 1945) de la mejor salud posible para todos, medida en el número de muertes al aplicar las tasas 14SES a la población de cada país (desagregada por periodo, edad y sexo).
5. Fue entonces cuando pudimos calcular la diferencia entre el número objetivo medio anual de muertes según los niveles de salud posible/sostenible y el número real de muertes, desagregadas por países, en el tiempo, por edades y sexos.
6. Al sumar todas las muertes evitables debidas a inequidad en la salud global, calculamos la carga global de inequidad en salud.
7. La carga relativa de inequidad en salud global se estimó mediante la proporción de todas las muertes (por país, tiempo, edad y sexo) consideradas evitables y debidas a inequidad global en salud.

⁵³ <http://unstats.un.org/unsd/snaama/dnllist.asp>

⁵⁴ Encima de los 80 años de edad no hay información disponible de todos los países y periodos de tiempo.

8. Al dar un valor de años de vida perdidos a cada muerte evitable (restando de la esperanza de vida de los 14SES la edad de cada muerte evitable), pudimos también calcular la carga de inequidad global en salud, medida en años de vida perdidos por año.
9. Los datos anteriores se representaron en gráficas interactivas, pirámides de supervivencia y mapas mundiales, los cuales se muestran en el siguiente apartado.

- **Número de muertes evitables por equidad en salud global**

Siguiendo la metodología anteriormente descrita, el número total de muertes evitables en el mundo (sumando todas las muertes en exceso de la referencia 14cSES), por medias anuales en periodos de cinco años, entre 1950 y 2010, se refleja en la siguiente tabla:

TABLA 4: MEDIA ANUAL DEL NÚMERO DE MUERTES GLOBALES EVITABLES, EN PERIODOS DE CINCO AÑOS, ENTRE 1950 Y 2010

Periodo	Muertes evitables globales
1950-1955	22.378.571
1955-1960	22.359.125
1960-1965	23.681.287
1965-1970	17.540.402
1970-1975	15.953.937
1975-1980	16.333.040
1980-1985	16.360.286
1985-1990	16.561.451
1990-1995	17.603.116
1995-2000	18.591.914
2000-2005	17.428.328
2005-2010	16.821.851

Distribución geográfica

El Anexo 2 enumera la lista de todos los países del mundo y sus estimaciones en número medio anual de muertes evitables por década entre 1950 y 2010.

Los siguientes gráficos muestran la tendencia de los países con mayor número de muerte evitables entre 2005 y 2010.

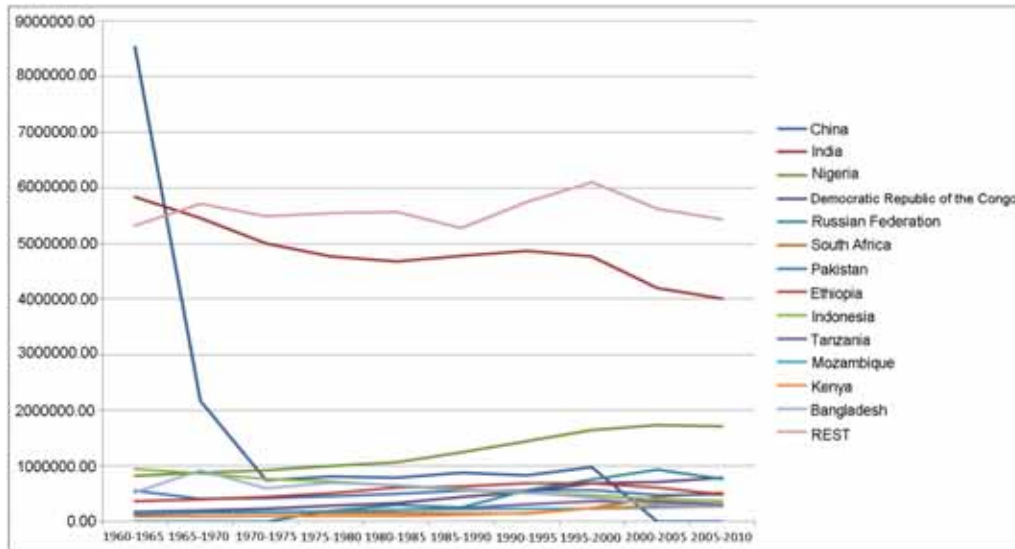


FIGURA 40: EVOLUCIÓN DE MUERTES EVITABLES EN LOS PAÍSES CON MAYOR NÚMERO DE ESTAS, 1950-2010.

Como muestra la tabla 4, el número medio anual de muertes evitables disminuyó de 22.3 millones en la década de los 50 y los 60, a unos 16 millones desde entonces, con un aumento en el cambio de siglo hasta 18.5 millones y a partir de ahí un moderado descenso, hasta unos 17 millones en el último periodo analizado (2005-2010). En la figura 40 se observa cómo China tuvo un descenso abrupto desde los 60 hasta mediados de los 70 y otro descenso desde 1995, llegando en el cambio de siglo a no tener más muertes evitables por inequidad global en salud, unos años antes de que este país sobrepasara la media de PIB pc de los 14cSES. En general, los descensos en el número total en los años 60 y después del cambio de siglo, se pueden atribuir en gran medida a la evolución de China, mientras que el aumento en los años 90 y en torno al cambio de siglo puede atribuirse en buena medida al aumento de muertes evitables en Nigeria y en Sudáfrica (sobre todo por la pandemia del SIDA) y al deterioro de la salud en Rusia (especialmente en hombres de edad media después del colapso de la Unión Soviética).

El gráfico siguiente muestra la distribución actual de muertes evitables, con una cuarta parte de ellas en India y otra cuarta parte compartida por Nigeria, República Democrática del Congo, Rusia y Sudáfrica.

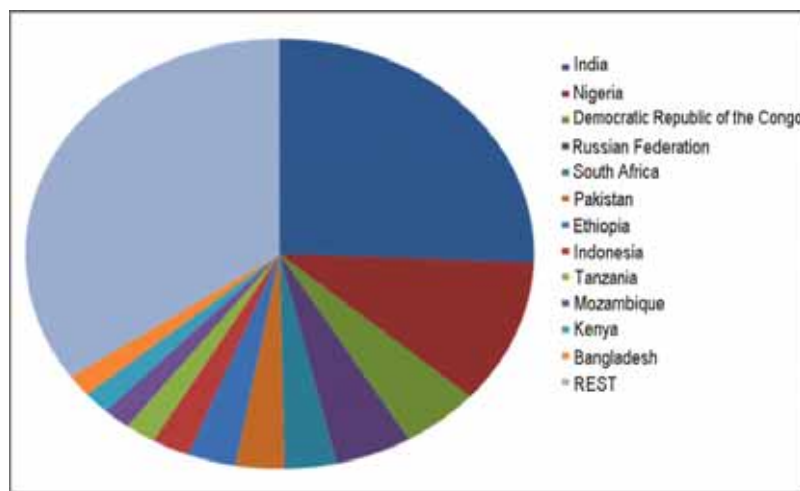


FIGURA 41: DISTRIBUCIÓN POR PAÍSES DE MUERTES EVITABLES POR INEQUIDAD EN SALUD GLOBAL, 2005-2010.

Distribución de muertes evitables totales, por grupos de edad, sexo y tiempo

La distribución y evolución por grupos de edad muestra cómo el número de muertes evitables en menores de 5 años aumentó en la década de los 50 y hasta mediados de los 60; desde entonces ha disminuido de manera constante, de forma tal que en el periodo 2005-2010 era la mitad del nivel del periodo 1950-1955. Ese descenso, de unas 5 millones de muertes en menores de 5 años, equivale a la diferencia en el número total de muertes antes mencionado. En lo que respecta a otros grupos de edad, tras un moderado descenso en el número de muertes en edades medias y avanzadas entre 1950 y 1970, el número creció desde 1980, sobre todo en los grupos de mayores de 50 años de edad.

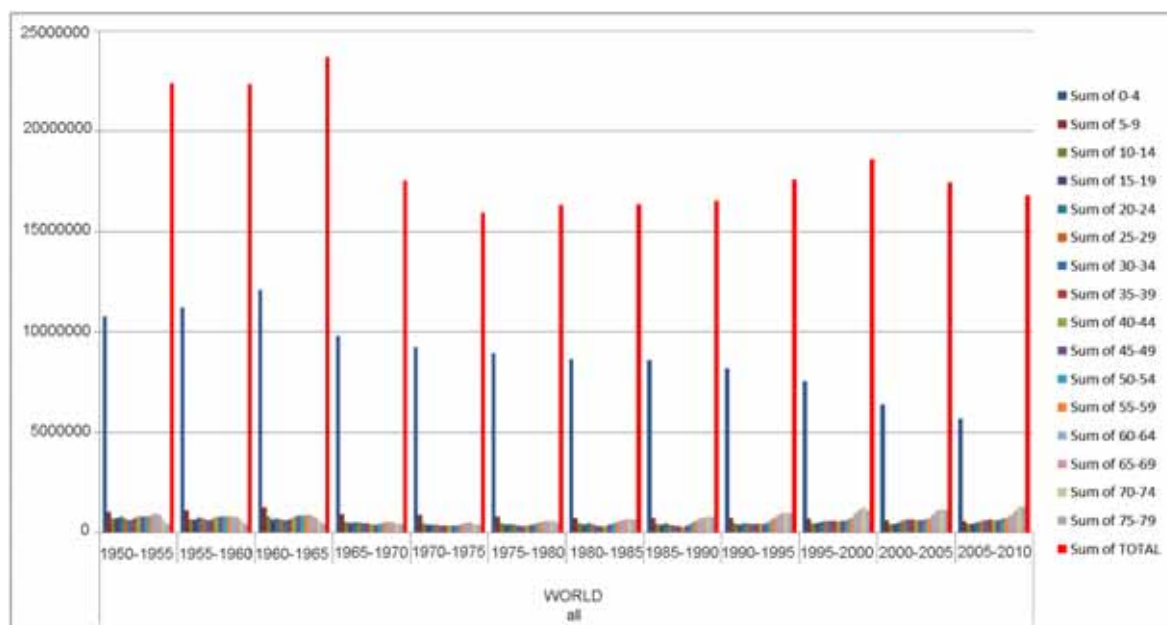


FIGURA 42: DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO DEL NÚMERO TOTAL DE MUERTES EVITABLES POR INEQUIDAD EN SALUD GLOBAL.

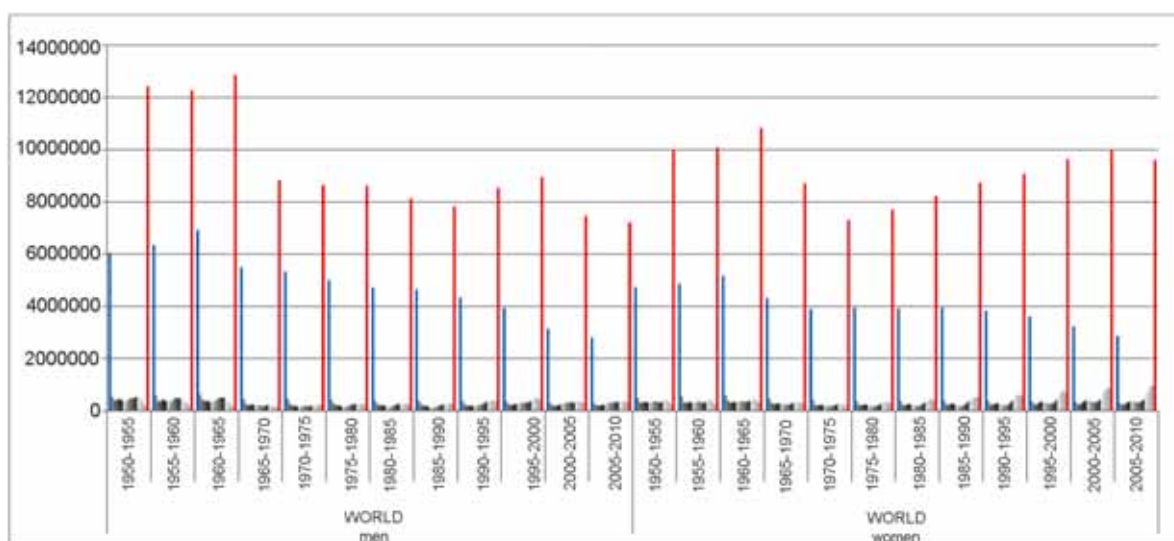


FIGURA 43: DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO, Y EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO DEL NÚMERO TOTAL DE MUERTES EVITABLES DEBIDAS A INEQUIDAD EN LA SALUD GLOBAL.

En general, la diferencia en la distribución y tendencia de muertes evitables entre grupos de edad y por sexos, refleja un mayor número de muertes en hombres hasta el cambio de siglo, cuando las muertes evitables en mujeres comenzaron a superar las de los hombres. Dicha diferencia se debe sobre todo al aumento de muertes evitables en mujeres de edad media y avanzada, que compensa el descenso de muertes de niñas menores de 5 años.

PROPORCIÓN DE MUERTES QUE SON EVITABLES

El número de muertes evitables puede dar lugar a conclusiones erróneas, pues no se relaciona con el número total de muertes en cada sexo, grupo de edad y año. La siguiente tabla, mapas y gráficos muestran la distribución de dichas proporciones.

TABLA 5: PROPORCIÓN DE MUERTES GLOBALES QUE SERÍAN EVITABLES POR EQUIDAD EN SALUD GLOBAL

Periodo	Proporción de muertes que son evitables por equidad en salud global
1950-1955	46.88%
1955-1960	47.58%
1960-1965	49.27%
1965-1970	42.37%
1970-1975	39.32%
1975-1980	40.87%
1980-1985	40.61%
1985-1990	40.67%
1990-1995	42.09%
1995-2000	43.49%
2000-2005	40.64%
2005-2010	39.38%

Como muestra la tabla anterior, la proporción de muertes globales que son evitables disminuyó desde 1950 hasta 1970, permaneciendo estable desde entonces en torno al 40%.

Distribución geográfica de la proporción de muertes que son evitables por equidad en salud global

El Anexo 3 muestra una tabla de todos los países con la proporción anual media de muertes que son evitables, en periodos de 5 años entre 1950 y 2010.

Los siguientes mapas también muestran la distribución geográfica de la proporción de muertes que son evitables por equidad en salud global y distinguiendo aquellas en los grupos de edad de 0-15, 15-60 y mayores de 60.

Estos muestran cómo la proporción de menores de 15 años ha evolucionado desde 1950, con una alta proporción (más del 30%) en Mesoamérica y en la región Andina, todo África, el Medio Oriente y casi todo Asia, excepto Rusia y Japón, hasta 2010, cuando esas altas proporciones se limitaron a partes de Centroamérica y la Región Andina, África, el Medio Oriente, India y el Sur de Asia, con una proporción menor en muchos países árabes, China y Mongolia.

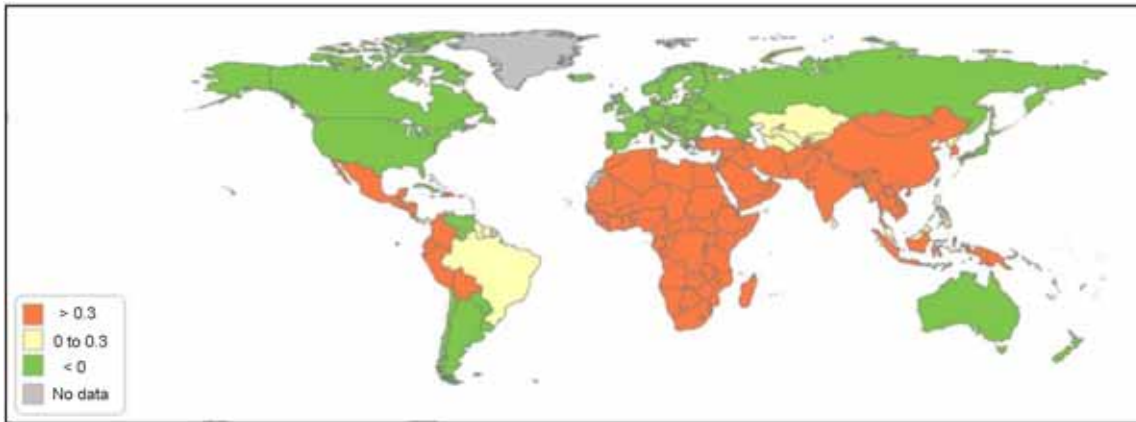


FIGURA 44: PROPORCIÓN DE MUERTES QUE SON EVITABLES EN <15 AÑOS, 1950-1955.

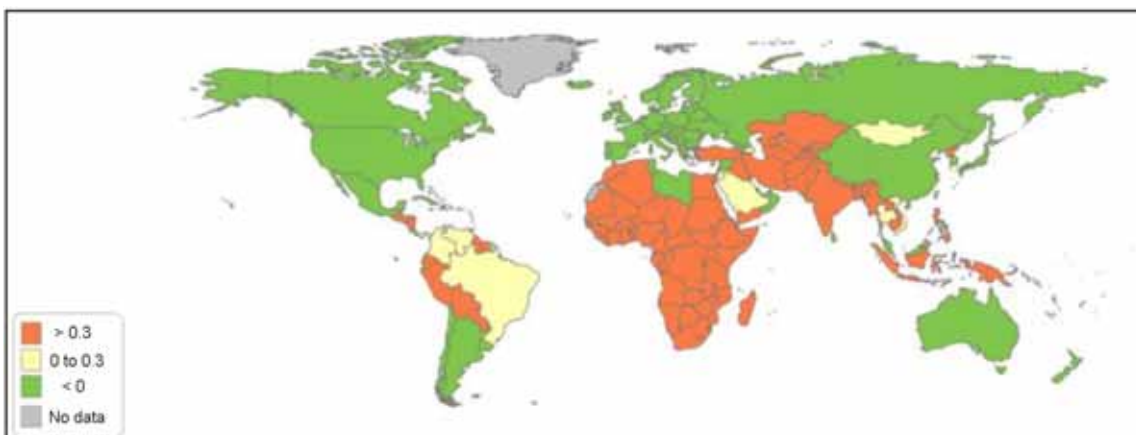


FIGURA 45: PROPORCIÓN DE MUERTES QUE SON EVITABLES EN <15 AÑOS, 2005-2010.

Como reflejan los siguientes mapas, la proporción de muertes que serían evitables por equidad en salud global en el grupo de edad de 15-65 años, creció desde 1950-1955, cuando partes de Centroamérica y la Región Andina, la mayoría de África (con las excepciones de Egipto y Zimbabue), Medio Oriente y Asia, tenían proporciones mayores de 40%, hasta el 2005-2010, en que dicha proporción se estrechó en Latinoamérica (en Bolivia y Guyana), África sub-Sahariana, la India, el Sur de Asia (excepto Indonesia) y Rusia (sobre todo debido a la alta mortalidad evitable en hombres).

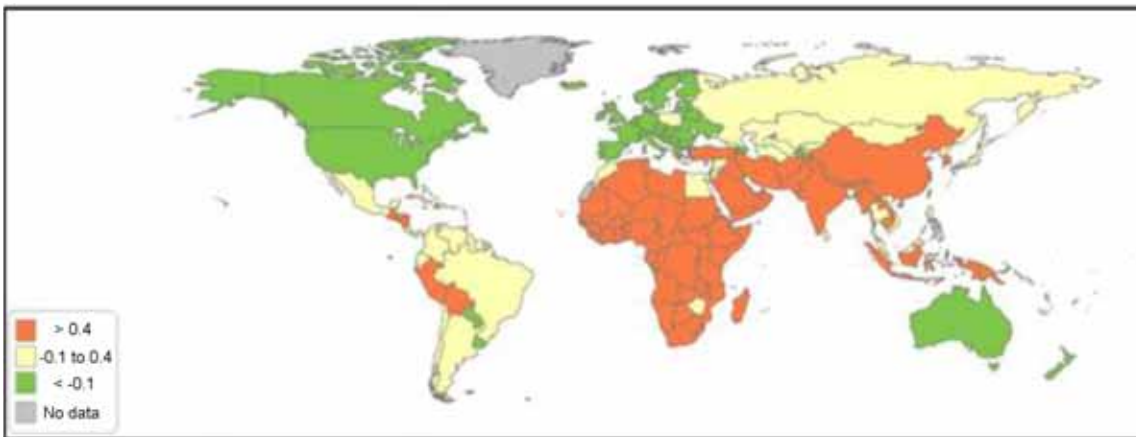


FIGURA 46: PROPORCIÓN DE MUERTES QUE SON EVITABLES EN 15-65 AÑOS, 1950-1955.

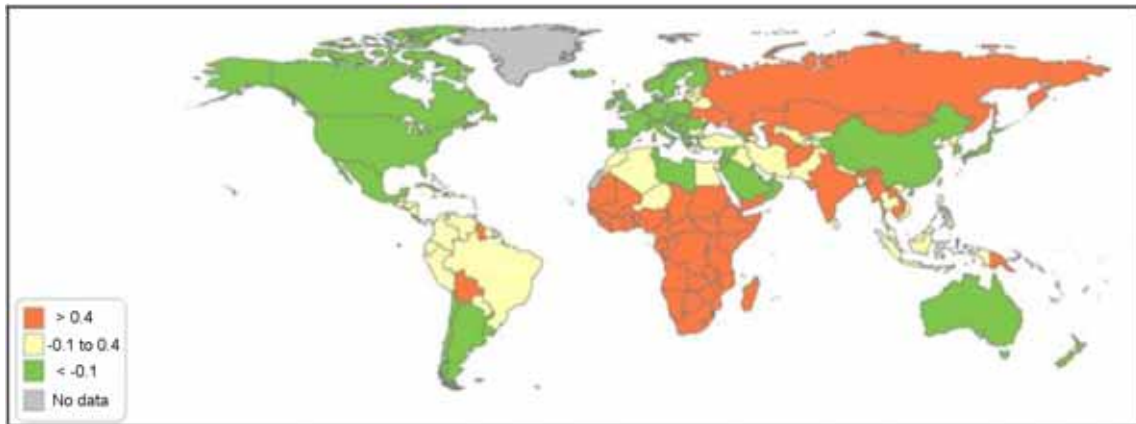


FIGURA 47: PROPORCIÓN DE MUERTES QUE SON EVITABLES EN 15-65 AÑOS, 2005- 2010.

En cuanto al grupo de edad de mayores de 65 años, la proporción de muertes evitables por equidad en salud global era en 1950-1955 de más del 30% en menos países que en los grupos más jóvenes: Bolivia, partes de África sub-Sahariana, Medio Oriente, India, China y Mongolia; mientras que en 2005-2010 dicha proporción solo afectaba a Guyana en Latinoamérica, pero se expandió a la mayor parte de África, Rusia, los "Stans" en el centro de Asia e Indonesia. En China dicha proporción fue disminuyendo.

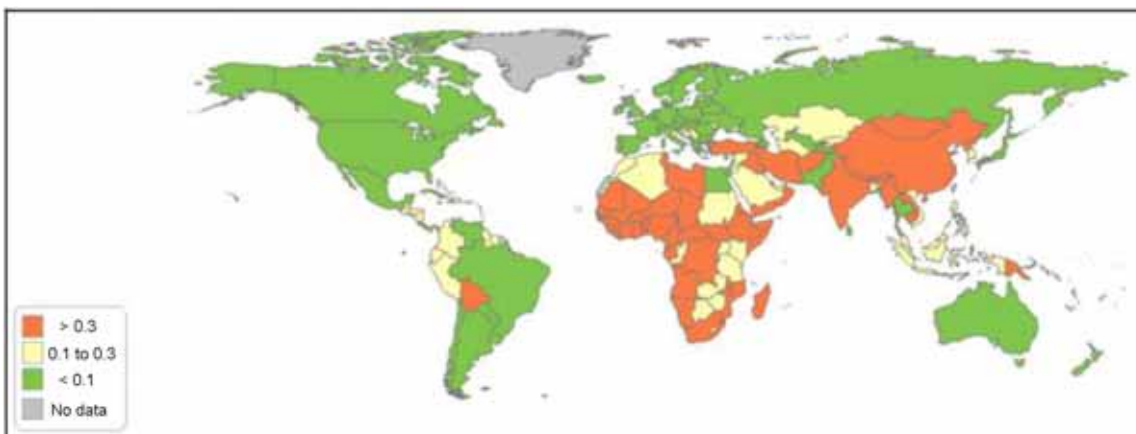


FIGURA 48: PROPORCIÓN DE MUERTES QUE SON EVITABLES EN <65 AÑOS, 1950-1955.

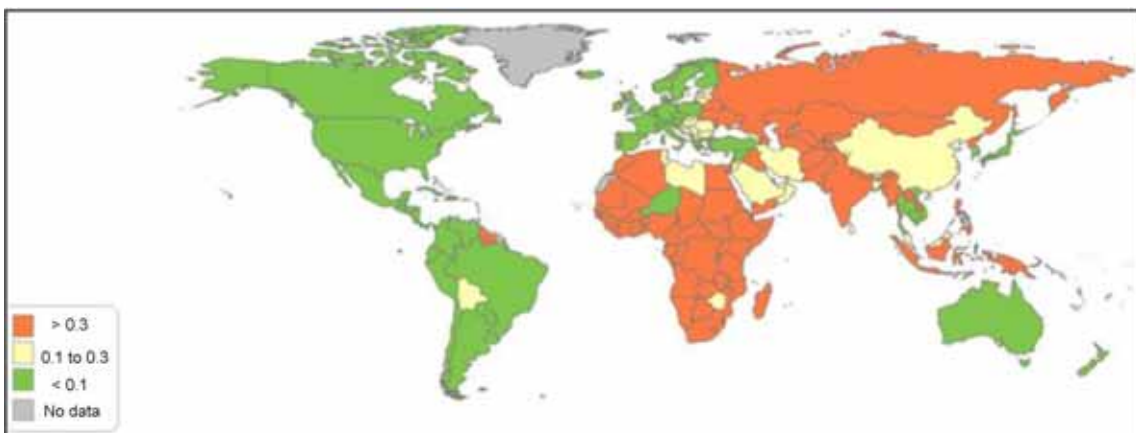


FIGURA 49: PROPORCIÓN DE MUERTES QUE SON EVITABLES EN <65 AÑOS, 2005-2010.

Para todos los grupos de edad juntos, como demuestran los siguientes mapas, en 1950-1955 la proporción de muertes evitables por equidad en salud global, representaba más de una tercera parte de todas las muertes que eran evitables en Centroamérica y Suramérica, excepto sus países del sur en ambos casos, toda África, Medio Oriente y Asia, excepto Rusia y Japón. Dicha distribución evolucionó progresivamente hasta que en 2005-2010 el Norte de África, la mayor parte del Medio Oriente y China disminuyeron esas proporciones. Las regiones con más del 30% de muertes evitables en 2005-2010 siguieron siendo Bolivia, Guatemala y Guyana en Latinoamérica, y África sub-Sahariana; además, se unieron a este grupo Rusia y otros países de la ex Unión Soviética.

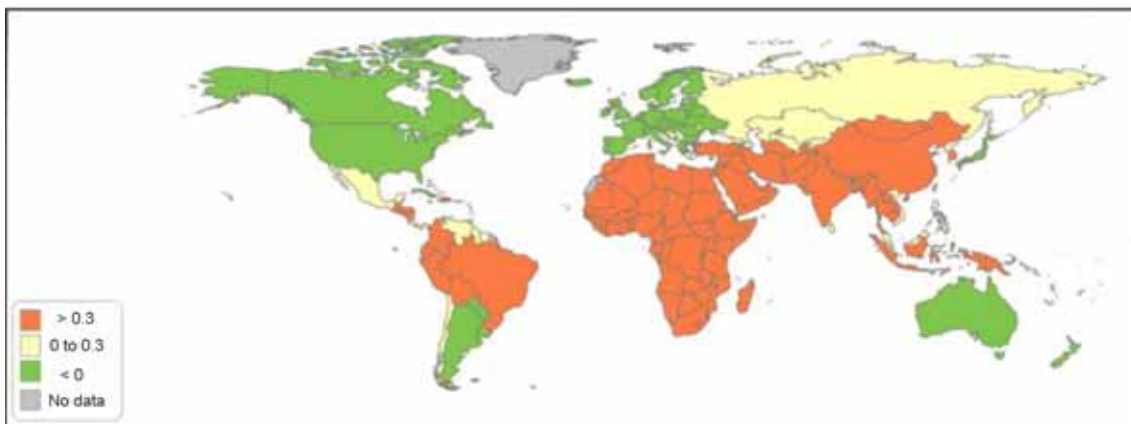


FIGURA 50: PROPORCIÓN DE TODAS LAS MUERTES QUE SON EVITABLES, 1950-1955.

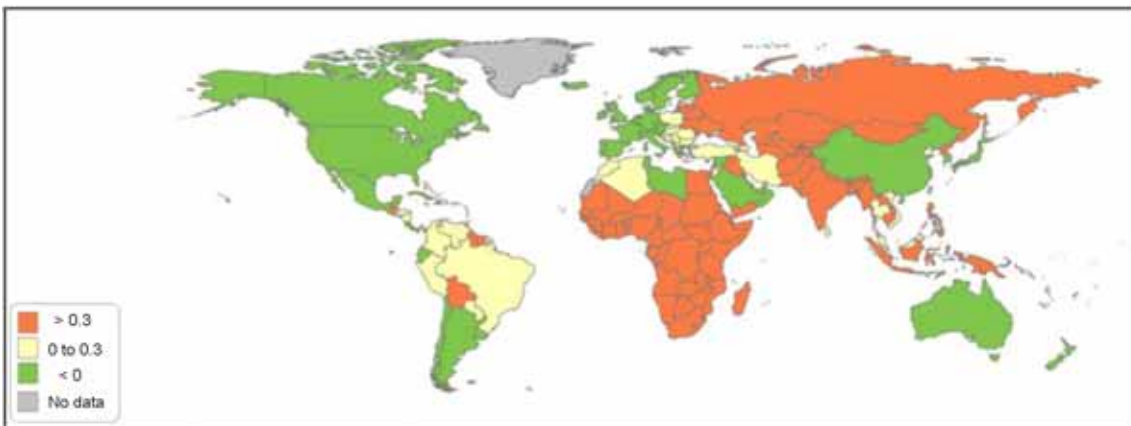


FIGURA 51: PROPORCIÓN DE TODAS LAS MUERTES QUE SON EVITABLES, 2005-2010.

Distribución de la proporción de muertes que son evitables, por grupos de edad, sexo y en el tiempo.

La evolución y distribución de muertes evitables por grupos de edad muestra un aumento en la proporción de menores de 15 años, así como una disminución en mayores de 15 años hasta mediados de los 80, cuando las proporciones en ese grupo de edad vuelven a aumentar. De hecho el patrón general es de un aumento de proporciones en todos los grupos de edad desde los 50, con un descenso en los 60 y un aumento que empieza antes, según los grupos de edad (< 15 en los 60, 15-50 en los 70 y > 50 a finales de los 80).

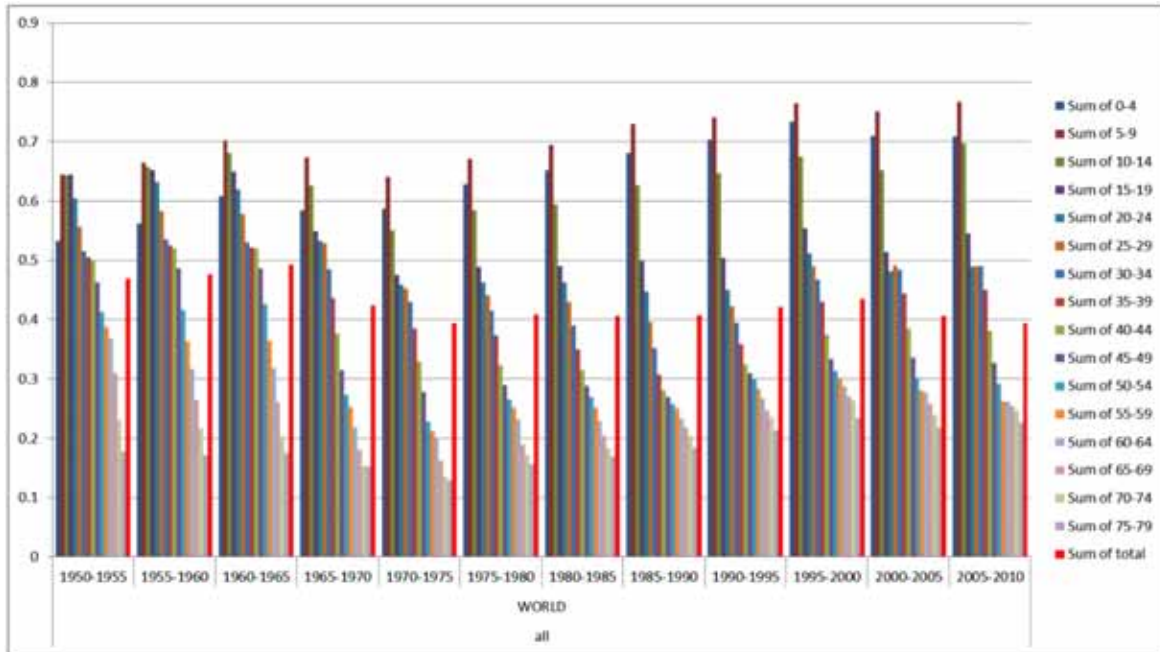


FIGURA 52: EVOLUCIÓN Y DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LA PROPORCIÓN DE MUERTES EVITABLES.

Como se observa en los siguientes gráficos, la distribución de dicha proporción por sexo y grupos de edad entre el primero y el último periodo estudiados, muestra una tendencia de mayor proporción en hombres en 1950-1955, a una más alta en mujeres en 2005-2010 (más del 50% vs 30% en hombres) para todos los grupos de edad, pero con mayores diferencias en los grupos de edad reproductivos (15-40 años) y en edades superiores a los 50 años, en los cuales las proporciones de muertes evitables en hombres disminuyen, mientras que en mujeres permanecen altas. La evolución de la distribución por edades ha pasado de proporciones más homogéneas en los años 50, a una mayor concentración de la proporción de muertes evitables en grupos de edades más jóvenes en 2005-2010, especialmente en hombres (como indicaban los mapas de la sección anterior, por el número de países con esa tendencia).

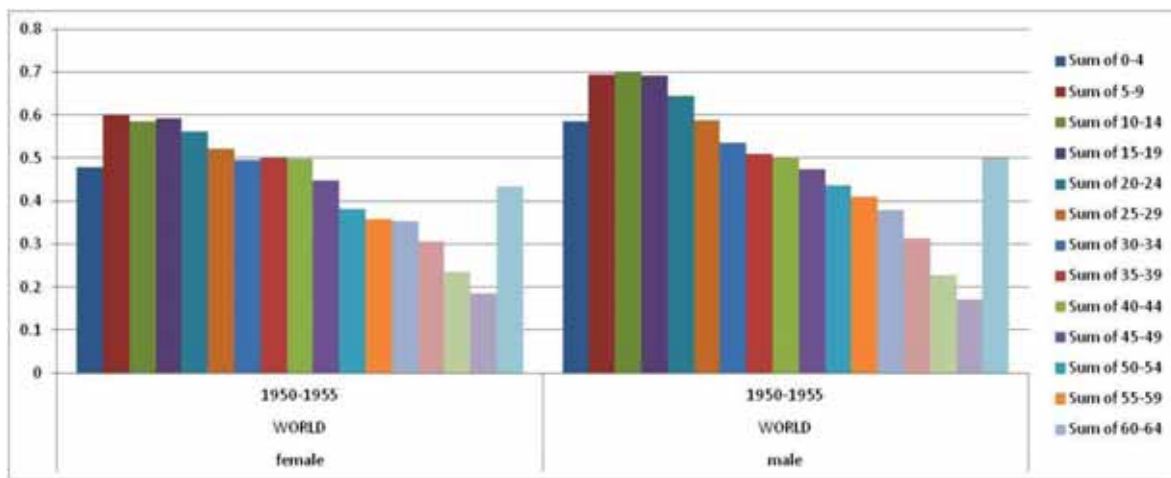


FIGURA 53: DISTRIBUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE MUERTES EVITABLES POR SEXO Y EDAD, 1950-1955.

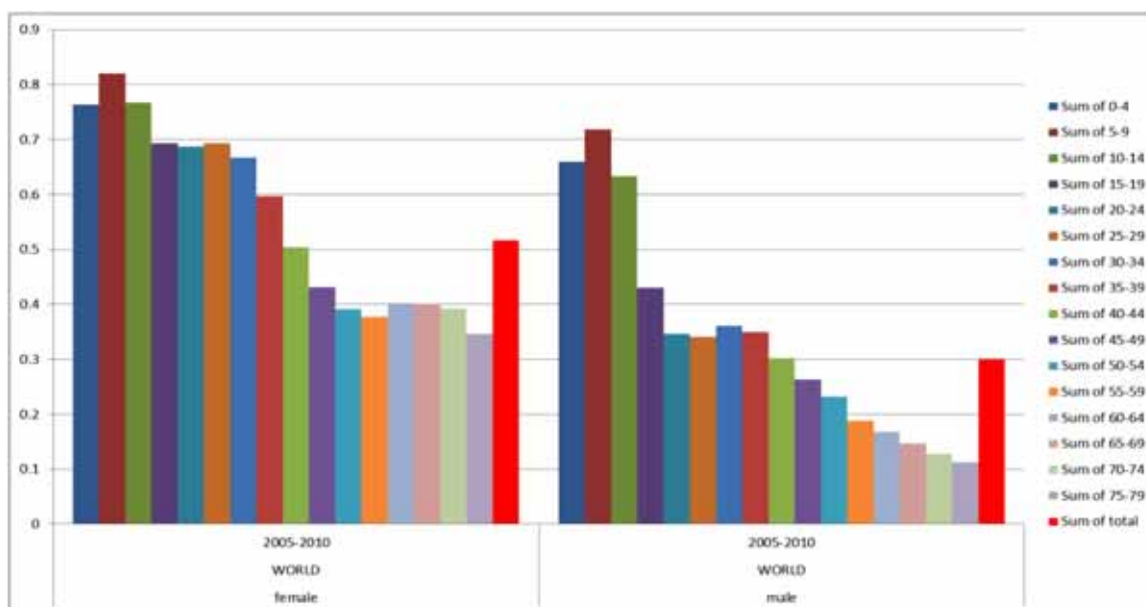


FIGURA 54: DISTRIBUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE MUERTES EVITABLES POR SEXO Y EDAD, 2005-2010.

CARGA GLOBAL DE INEQUIDAD EN SALUD POR PÉRDIDA DE AÑOS DE VIDA POR MUERTES PREMATURAS

El análisis previo de número y proporciones de muertes evitables se basa en dar igual valor a cada muerte prematura. Sin embargo, la estimación de pérdida de años de vida por muertes prematuras según su edad, da una información más precisa de la carga de inequidad en salud global y su distribución por países, grupos de edad, sexo y su evolución en el tiempo.

TABLA 6: CARGA DE INEQUIDAD EN SALUD GLOBAL MEDIDA EN PÉRDIDA DE AÑOS DE VIDA POR MUERTES PREMATURAS, 1950-2010

Periodo	Est total AVP (CGE 2000-2012)	AVP x inequidad global en salud	% de AVP x inequidad global en salud	Población	AVP pc x inequidad global en salud (en días/año)
1950-1955		523.061.410		2.812.128.132	67.89
1955-1960		634.511.137		3.199.903.317	72.38
1960-1965		771.676.573		3.542.162.207	79.52
1965-1970		678.823.240		3.921.030.792	63.19
1970-1975		670.783.737		4.292.543.844	57.04
1975-1980		677.787.215		4.684.568.499	52.81
1980-1985		677.720.360		5.111.098.313	48.40
1985-1990		688.617.471		5.551.862.639	45.27
1990-1995		690.111.246		5.965.482.560	42.22
1995-2000		690.555.496		6.360.035.459	39.63
2000-2005	2.185.575.930	637.973.314	29.19%	6.752.392.208	34.49
2005-2010	2.064.067.256	606.818.689	29.40%	7.155.578.115	30.95

AVP: Años de vida perdidos. CGE: Carga global de enfermedad.

Como se observa en la tabla anterior, la pérdida global de años de vida por muerte prematura debida a inequidad en salud global, ha aumentado de unos 500 millones en 1950-1955 (media anual) a más de 600 millones en 2005-2010. La proporción de esos años de vida perdidos en relación con el total de años de vida perdidos, según estimaciones de los análisis de la Carga Global de Enfermedad (calculados en referencia a la más alta esperanza de vida -Japón en 1990- y una combinación de las tasas de mortalidad más bajas en 2010⁵⁵) se ha mantenido alrededor del 30% durante la última década. Dicha pérdida de vida debe relacionarse con la población total: mientras que en 1950-1955 la pérdida anual estaba en torno a 70 días por persona y año (un 15% del potencial de vida), esa pérdida de vida per cápita y año se redujo gradualmente hasta unos 30 días en el periodo 2005-2010.

- **Distribución de la pérdida de años de vida por inequidad, por grupos de edad, sexo y en el tiempo**

Como muestra el siguiente gráfico, la distribución por edades de la pérdida de años de vida por inequidad ha evolucionado entre 1950 y 2010, de forma tal que aunque la pérdida de años de vida en menores de 5 años constituye la proporción más alta, esta ha ido disminuyendo desde los años 90 y ha ido aumentando la de grupos de mayor edad; sin embargo, el efecto total es de un 15% de disminución de la pérdida de años de vida, desde los años 90.

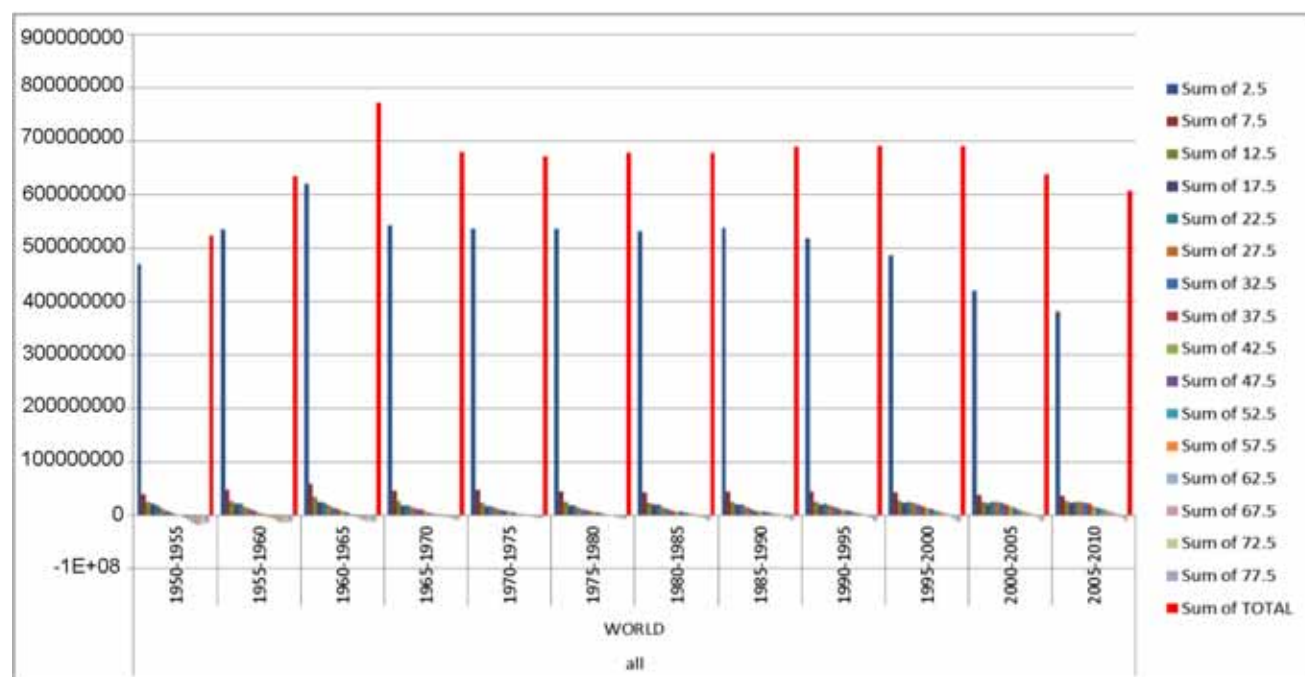


FIGURA 55: EVOLUCIÓN ENTRE 1950 Y 2010 Y DISTRIBUCIÓN POR EDADES, DE LA PÉRDIDA DE AÑOS DE VIDA POR INEQUIDAD.

Al diferenciar por sexos la carga de pérdida de años de vida debida a inequidad y su distribución por edades, se demuestra que la carga total es mucho más alta en mujeres (hasta un 40% más) y que dicha diferencia aumenta con la edad.

⁵⁵ http://www.who.int/healthinfo/statistics/GlobalDALYmethods_2000_2011.pdf

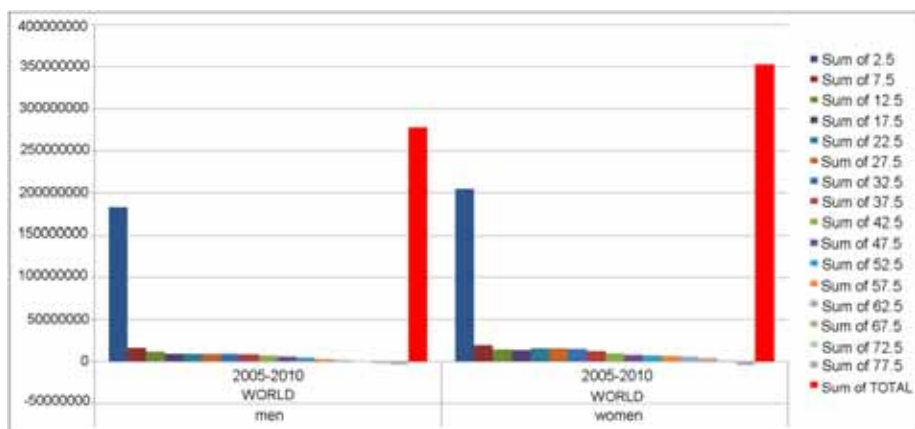


FIGURA 56: DISTRIBUCIÓN DE LA PÉRDIDA DE AÑOS DE VIDA POR INEQUIDAD, POR EDADES Y SEXOS, 2005-2010.

DESVIACIONES DE LA PIRÁMIDE DEMOGRÁFICA DEBIDAS A LA INEQUIDAD GLOBAL EN SALUD

Las estimaciones indicadas en los capítulos previos por muertes y años de vida evitables por equidad (o debidos a inequidad), pueden también representarse en pirámides demográficas. Al comparar la estructura de pirámides demográficas de los modelos 14cSES con la del mundo en el periodo 2005-2010, comprobamos que en las mujeres un 10% menos del nivel (factible/sostenible) de referencia, llega a los 80 años. Esa pérdida acumulada de supervivencia se distribuye de manera gradual a lo largo de la vida, con casi la mitad de pérdida de supervivencia a partir de los 60 años. La misma comparación en hombres refleja que solo hay una pérdida de un 3% de supervivencia acumulada hasta los 80 años y que la mayor parte de dicha pérdida ocurre antes de los 50 años.

Hay que tener en cuenta que este análisis que considera la población mundial total está distorsionado, al comparar a los 14cSES tanto con la población de países con niveles superiores de supervivencia, como con la de niveles inferiores. En la comparación interactiva con cada país, se observa de forma más precisa el nivel y distribución de pérdida de supervivencia.

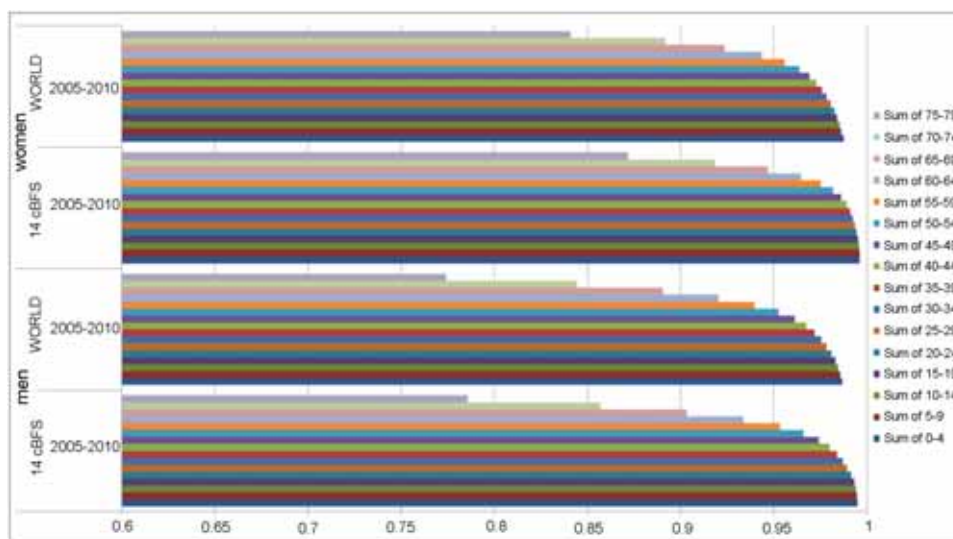


FIGURA 57: PIRÁMIDES DEMOGRÁFICAS DE MODELOS SES Y DE LA POBLACIÓN MUNDIAL, 2005-2010.

VI. EQUIDAD ECONÓMICA NECESARIA PARA PERMITIR EQUIDAD GLOBAL DE SALUD (Y EL DERECHO UNIVERSAL A LA SALUD)

DISTRIBUCIÓN INTERNACIONAL DE LAS MEDIAS NACIONALES DE PIB PER CÁPITA

La distribución internacional del PIB pc es muy dispersa, como muestra el gráfico siguiente. Cuando la distribuimos de menor a mayor PIB pc, dibuja una gráfica exponencial, más que una distribución lineal⁵⁶.

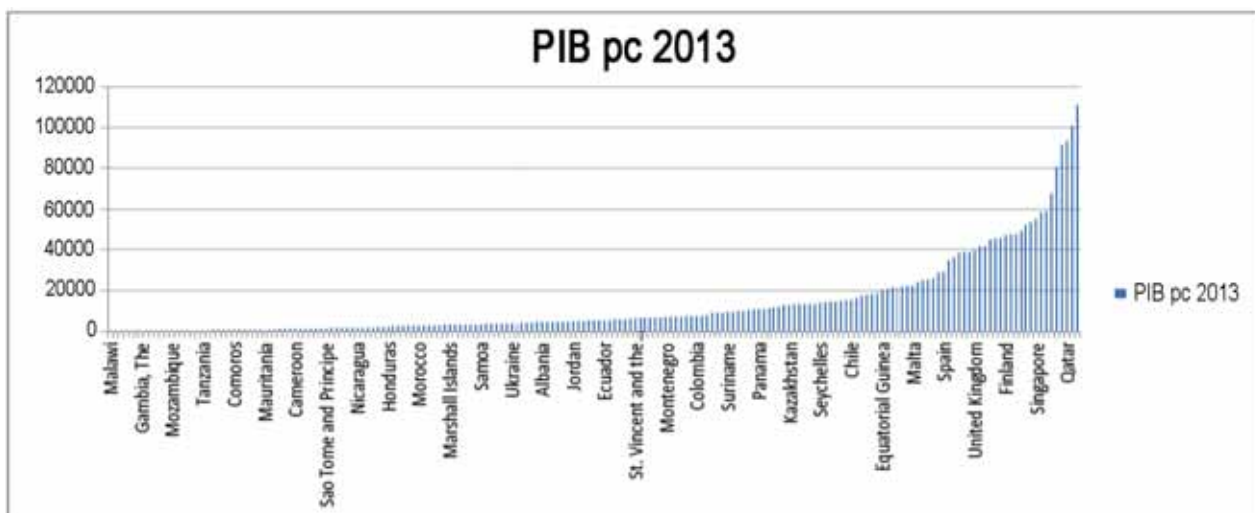


FIGURA 58: DISTRIBUCIÓN DEL PIB PC POR MEDIAS NACIONALES, 2013.

La media ponderada (según pesos poblacionales de los países) y el coeficiente de variación (desviación estándar/media) del PIB pc mundial, se reflejan en los gráficos siguientes.

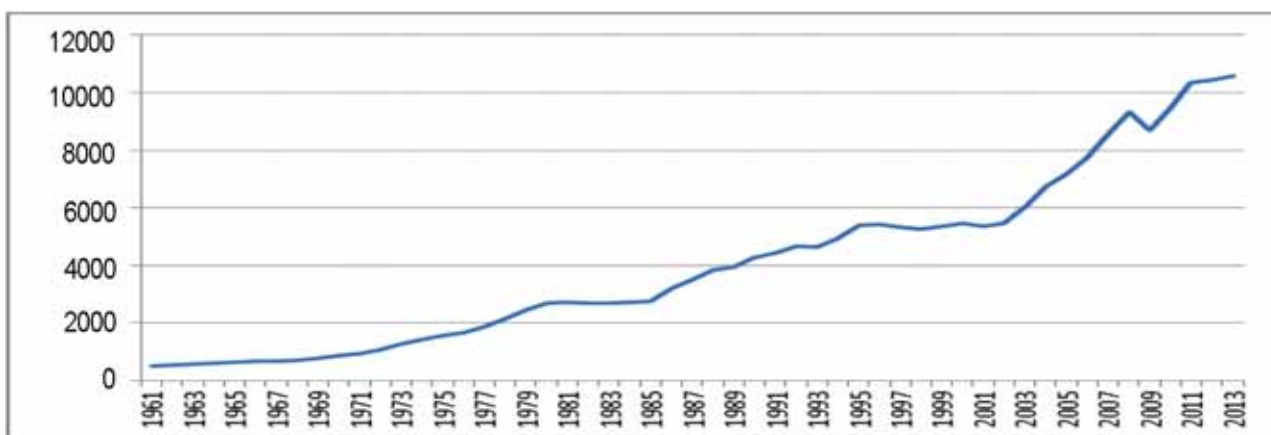


FIGURA 59: MEDIA PONDERADA DEL PIB PC INTERNACIONAL.

La gráfica anterior muestra cómo la media ponderada mundial del PIB pc ha ido aumentando con una tasa de crecimiento progresiva, llegando a mesetas en los años 70 y 90, posiblemente llegando a otra meseta al final de la década 2000-2010, por la última crisis debida a especulación financiera.

⁵⁶ <http://data.worldbank.org/>

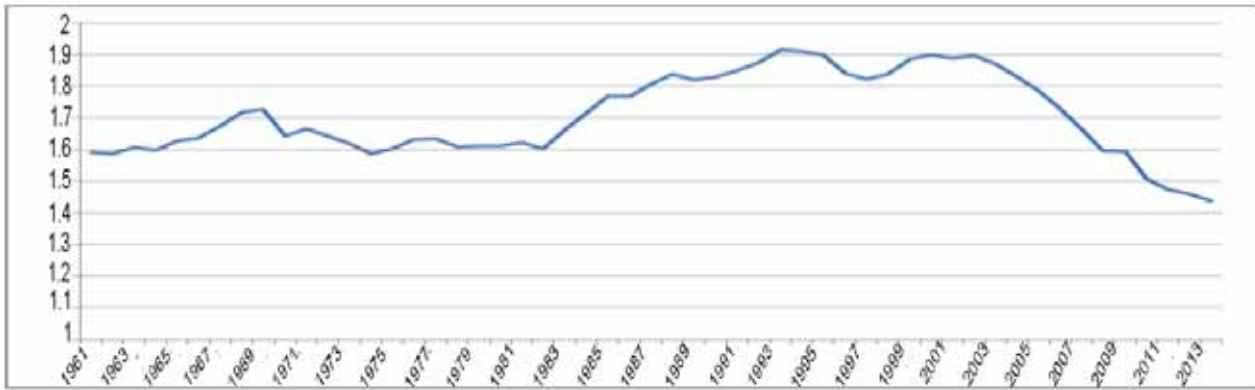


FIGURA 60: COEFICIENTE DE VARIACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE MEDIAS NACIONALES -PONDERADAS POR POBLACIÓN- DE PIB PC, 1961-2013.

El gráfico previo muestra cómo la dispersión de la distribución (medida por el coeficiente de variación) de medias nacionales -ponderadas por población- del PIB pc, se mantuvo estable desde los años 60 hasta los años 80, luego subió hasta el cambio de siglo, cuando disminuyó de nuevo. El efecto del aumento de PIB pc de China (y el peso de su población) puede haber influido significativamente en esta tendencia descrita.

Distribución de la población mundial por medias nacionales de PIB pc

Cuando atribuimos a cada intervalo de PIB pc la población total de los países, la distribución de la población mundial según ingresos medios nacionales se refleja en el siguiente gráfico. Una buena parte de la población está concentrada en los intervalos de \$1000 a \$2000 y en \$6000 a \$7000 pc, debido a los valores de PIB pc medios de India y de China, y sus altos niveles de población. El gráfico estima cómo la distribución de PIB pc dentro de esos países pudiera suavizar la curva de distribución.

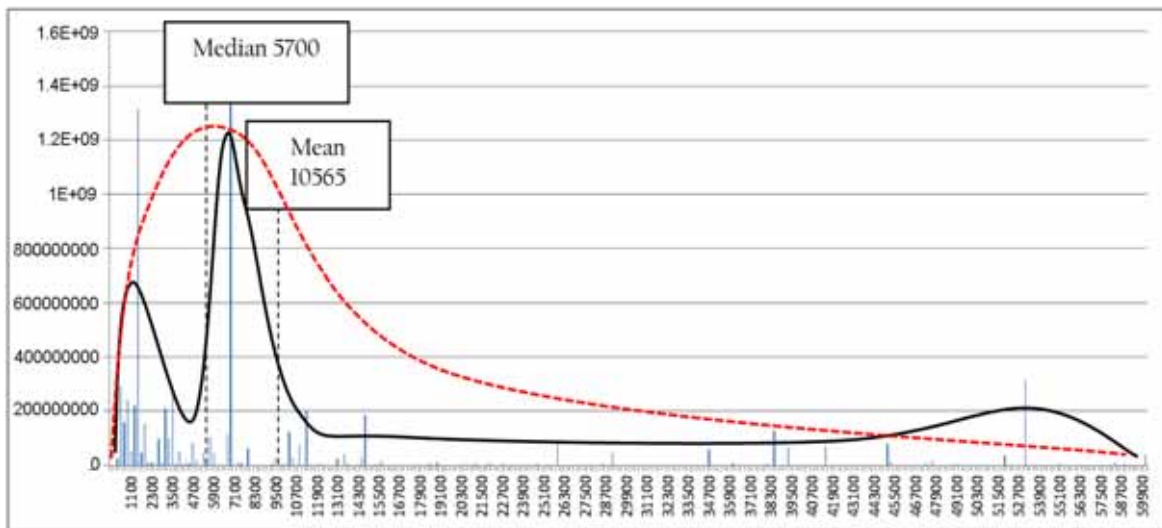


FIGURA 61: DISTRIBUCIÓN DE LAS POBLACIONES DE PAÍSES SEGÚN PIB PC, 2013.

Incluso, al suavizar la curva de distribución esta representa una distribución normal asimétrica hacia valores menores que la media del PIB pc mundial (10.565\$ pc). Dicha asimetría también se ve reflejada en la diferencia entre la media y la mediana (5700\$ pc -de hecho muy próxima al valor medio de los 14cSES-): el PIB pc del punto-medio en la distribución de la población acumulada mundial.

Distribución mundial del PIB por niveles de PIB pc

Cuando atribuimos a cada intervalo de PIB pc el total del PIB de los países incluidos en dicho intervalo, la distribución del PIB mundial por niveles de PIB pc se refleja en el siguiente gráfico. Los picos de PIB se deben a las poblaciones de China (alrededor de 7000 PIB pc) y de Estados Unidos (alrededor de 53000 pc), por sus altos niveles de población y de PIB pc, respectivamente.

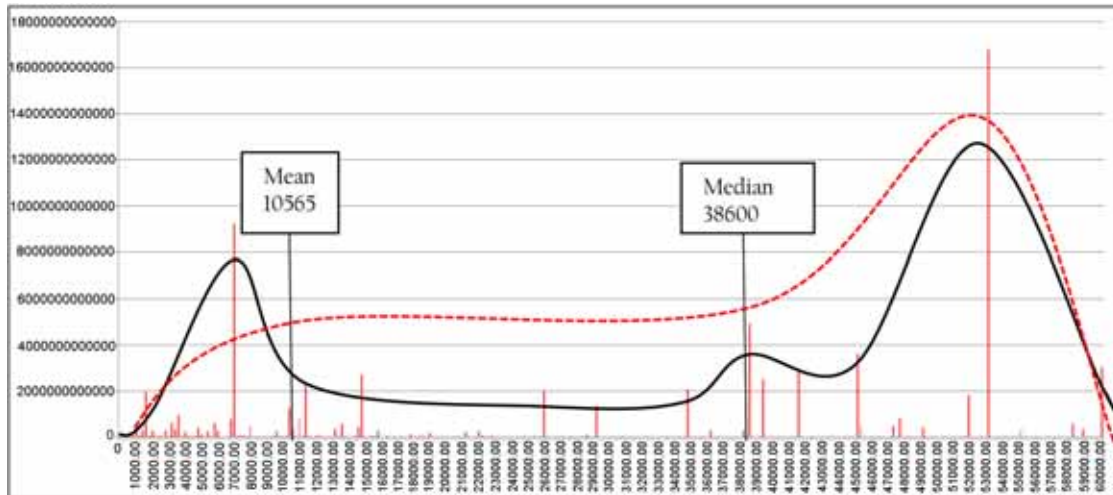


FIGURA 62: DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE PIB SEGÚN MEDIAS NACIONALES DE PIB PC, 2013.

Incluso al suavizar la distribución -dispersando los picos en distribuciones normales-, se demuestra una distribución asimétrica hacia acumulación del PIB pc en niveles muy superiores al PIB pc medio mundial (10.565\$ pc). Dicha asimetría también se demuestra por la diferencia entre la media y la mediana (38.600\$ pc): el punto medio de la distribución del PIB acumulado mundial.

Índice Gini del PIB mundial

Las siguientes gráficas muestran la distribución de la población (eje de abscisas X) y del PIB acumulado (eje de ordenadas Y) desde niveles inferiores a superiores de PIB pc y su desviación de la distribución egalitaria. La divergencia entre ambas distribuciones se calcula por la superficie, según el método de Gini⁵⁷.

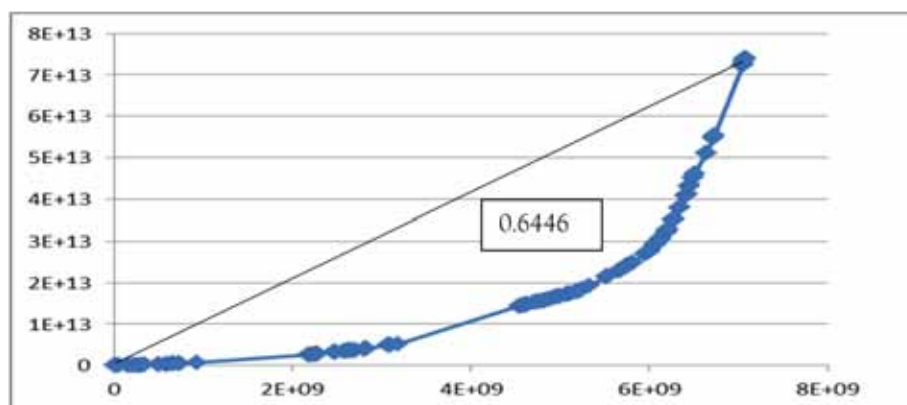


FIGURA 63: ÍNDICE GINI DEL PIB MUNDIAL, 2012.

⁵⁷ Gini C. Italian: Variabilità e mutabilità (Variability and mutability). 1912.

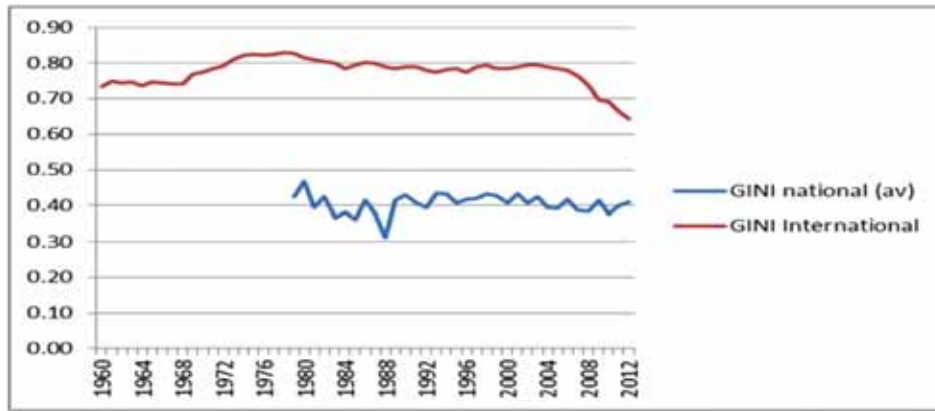


FIGURA 64: TENDENCIA DE LA EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO DEL COEFICIENTE DE GINI: MEDIA DE VALORES NACIONALES Y DE LA DISTRIBUCIÓN INTERNACIONAL DEL PIB.

La distribución de la riqueza acumulada en 2012 muestra un índice de Gini muy elevado (0.64: 64% de desviación de la distribución igualitaria). Dicho valor, y de hecho todos las estimaciones de este desde 1960, son mucho más altos que el valor medio de Gini de los valores nacionales de todos los países de los que disponemos de información, en torno al 0.4, como se refleja en el gráfico anterior. La tendencia en el tiempo muestra que ha habido cierto descenso en el Gini mundial, en contraste con un nivel estable del Gini medio internacional (ponderado por pesos poblacionales), posiblemente debido a que el crecimiento del PIB en China durante la última década puede haber suavizado la distribución total.

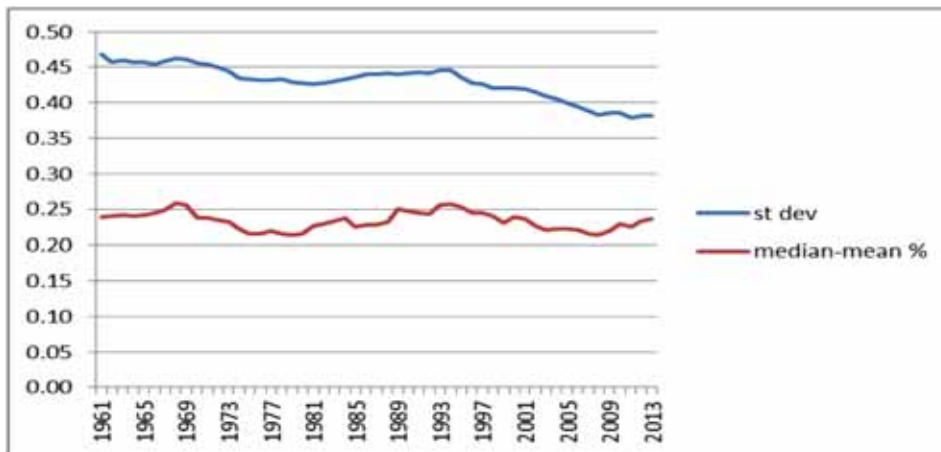


FIGURA 65: DISPERSIÓN Y SIMETRÍA EN LA DISTRIBUCIÓN DE LOS COEFICIENTES DE GINI NACIONALES, 1961-2012.

Los últimos gráficos intentan representar la "desigualdad de la desigualdad", medida por la desviación estándar de las diferencias entre el PIB acumulado y la distribución igualitaria (según el método Gini). Este cálculo demuestra que la desigualdad -dispersión- de la distribución del PIB acumulado en la población mundial ha disminuido -tal vez por el efecto antes mencionado de China- y que dicha desigualdad es asimétrica -con una media más alta que la mediana-, hacia mayor desigualdad en las poblaciones acumuladas por debajo del PIB pc medio mundial.

El análisis de ambas distribuciones, la normal y la acumulada (Gini), y la dispersión y simetría de ambas, muestran que la distribución internacional de medias nacionales de PIB pc es muy desigual-dispersa- y con asimetría hacia una concentración de la población en niveles inferiores (mediana en la mitad de la media) al PIB pc medio mundial y de riqueza (PIB acumulado) en la población con PIB pc muy superior a dicha media (mediana casi cuatro veces mayor que la media).

"UMBRAL MÍNIMO DE DIGNIDAD"

El siguiente análisis persigue estimar el mínimo nivel de ingresos -medido en PIB pc- necesario para disfrutar de los niveles de salud (factible y sostenible para todos) de los 14cSES. Se basa en la siguiente metodología:

1. Mínimo umbral de dignidad -mUD- (que permita la mejor salud posible/sostenible para todos): PIB pc⁵⁸ medio de los 14 cSES seleccionados en el capítulo II.
2. Umbral de acaparamiento (UAc) (por encima del cual el efecto de acumulación previene a aquellos por debajo del mUD a aumentar sus niveles de ingresos y posibilitar una salud factible/sostenible para todos/derecho universal a la salud): media mundial ponderada de PIB pc + (1.96 (p < 0.05) x desviación estándar -estimada por la diferencia entre la media del PIB pc y el mUD /1.96-).
3. Estimación de la población y del déficit de PIB de los países que viven por debajo del mUD, de la población y el exceso de PIB de los países que viven por encima del UAc y de la población y PIB entre ambos umbrales ("zona de equidad").
4. Redistribución precisa entre los países > UAc a los países < mUD, que permitiría la equidad global en salud.
5. Comparación del análisis anterior, con el que utiliza el mUD como límite inferior de los 14cSES (los modelos eficientes -asiáticos- de SES).
6. Comparación de la redistribución necesaria (ética) para equidad global en salud, con los niveles de Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD).

UMBRALES DE EQUIDAD (DESIGUALDAD JUSTA) Y REDISTRIBUCIÓN ÉTICA DEL PIB

Casi todas las variables cuantitativas en la naturaleza siguen una distribución normal. Por otro lado, un mundo igualitario no sería ni social ni políticamente factible (así lo demuestra la historia). Por ello, es esencial diferenciar igualdad (y desigualdad) de equidad (e inequidad). ¿Por qué medimos desigualdad si no aspiramos a la igualdad? Al contrario, si medimos inequidad (desigualdades injustas que conllevan a que muchos vivan bajo el umbral mínimo de dignidad y excluidos de la salud factible y sostenible para todos), podemos aspirar a la equidad por la redistribución ética que limita ambos extremos: el inferior por debajo del umbral de dignidad (mUD) y el superior por encima del umbral de acaparamiento (UAc).

Si aspiramos a que menos del 2.5% de la población mundial viva por debajo del mUD (y con mecanismos para detectar dichas situaciones y rescatarlas a niveles de dignidad), podemos calcular qué redistribución es necesaria del exceso de ingresos por encima del UAc hacia la población bajo el mUD, para después seguir la evolución hacia una distribución normal que limite ambos extremos (distribución ética).

⁵⁸ <http://data.worldbank.org/>

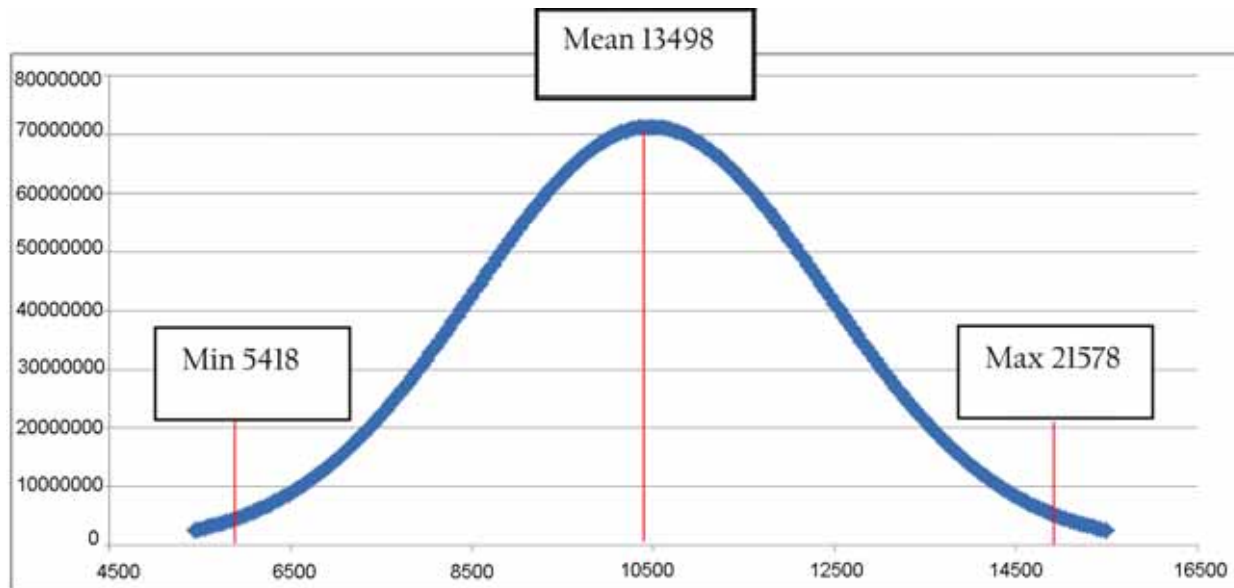


FIGURA 66: DISTRIBUCIÓN NORMAL EQUITATIVA QUE PERMITE EL MEJOR NIVEL DE SALUD FACTIBLE/SOSTENIBLE PARA TODOS, EN RELACIÓN A ESTÁNDARES SES, 2012.

Como refleja la figura previa, el umbral mínimo de dignidad en 2012 sería de \$5415 y el máximo de \$21.578.

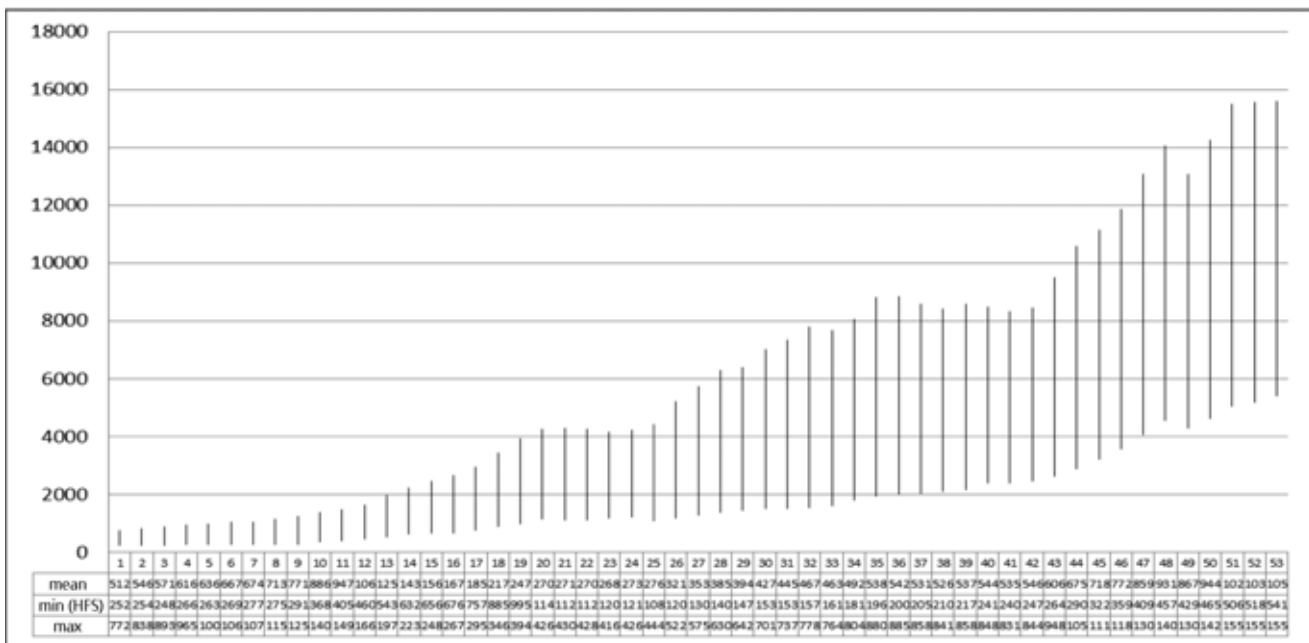


FIGURA 67: EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO DE LOS NIVELES MÍNIMO, MEDIO Y MÁXIMO DE DISTRIBUCIÓN NORMAL EN EQUIDAD COMPATIBLE CON EL DERECHO UNIVERSAL A LA SALUD, 1961-2012.

La evolución en el tiempo del intervalo entre ambos umbrales de equidad de ingresos ha ido aumentando en magnitud (con incrementos mucho mayores del UAc) y en rango, en especial durante la última década.

- **Distribución de la población mundial en relación a los umbrales de equidad**

Los siguientes mapas presentan la evolución de los países con PIB pc menor del mínimo umbral de dignidad -mUD-, que permite la salud factible/sostenible para todos. Específicamente, los mapas muestran como en 1950-1955 solo cuatro países de Latinoamérica (Bolivia, Ecuador, Nicaragua y Honduras), la mayor parte de África sub-Sahariana (aunque no hay datos de toda esta región), algunos países de Asia (Afganistán, Pakistán, India, China, parte del Sudeste asiático) y Papúa Nueva Guinea, tenían ingresos por debajo del nivel medio de los 14cSES.

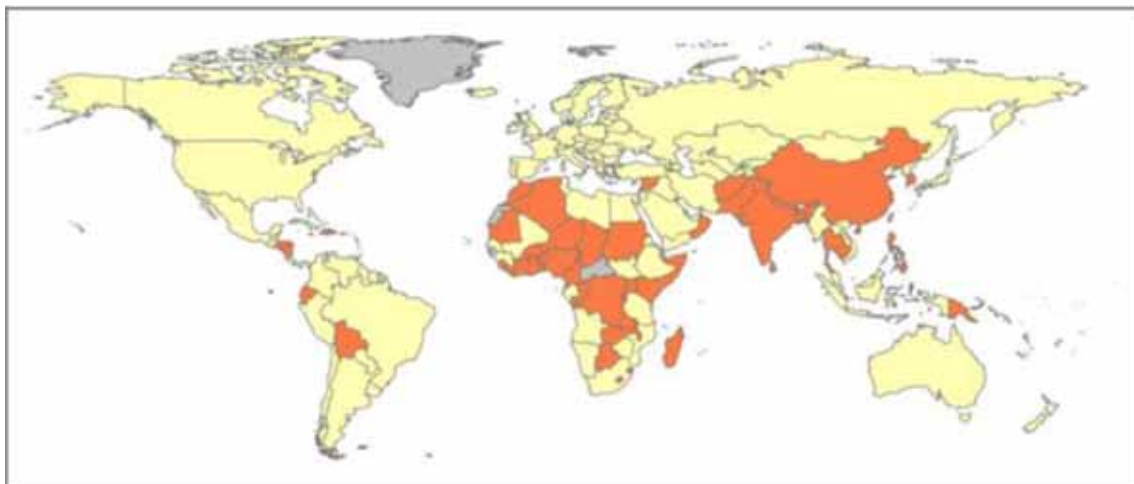


FIGURA 68: PAÍSES CON PIB PC POR DEBAJO DEL MUD, 1950-1955.

En 2005-2010 el mapa de países con PIB pc por debajo del mUD cambió a tres en Centroamérica (Guatemala, Nicaragua and Honduras), tres en Sudamérica (Bolivia, Guyana y Paraguay -todavía el último en el grupo SES-), la mayor parte de África, excepto Libia y los países del sudoeste Africano y Gabón; Ucrania, Irán, la mayor parte de los "Stans", Asia, India, Bangladesh, Mongolia, parte del Sudeste Asiático (incluyendo Vietnam -el de menor PIB pc de los países SES-), Indonesia y Papúa Nueva Guinea.

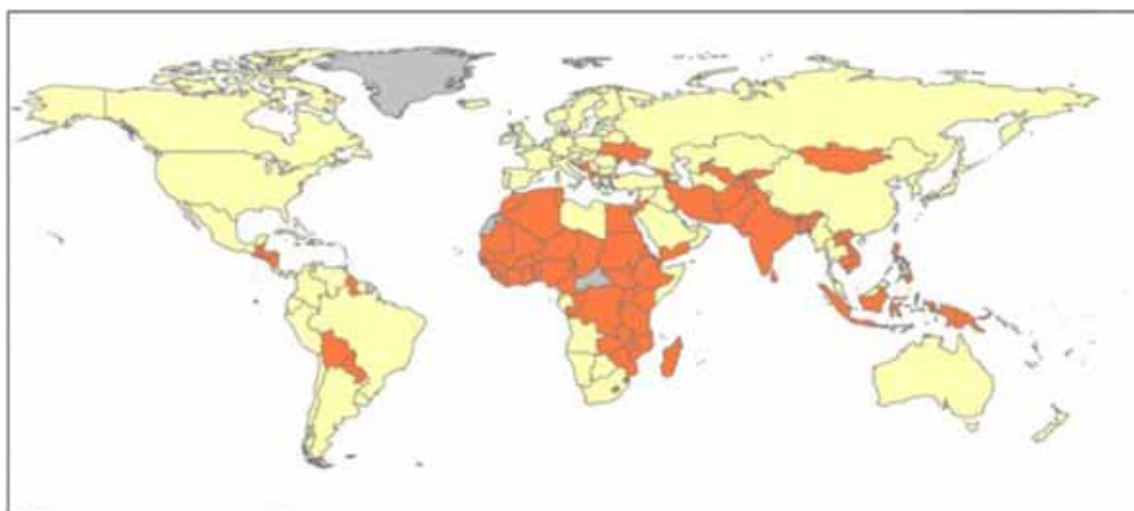


FIGURA 69: PAÍSES CON PIB PC MENOR DEL MUD, 2005-2010.

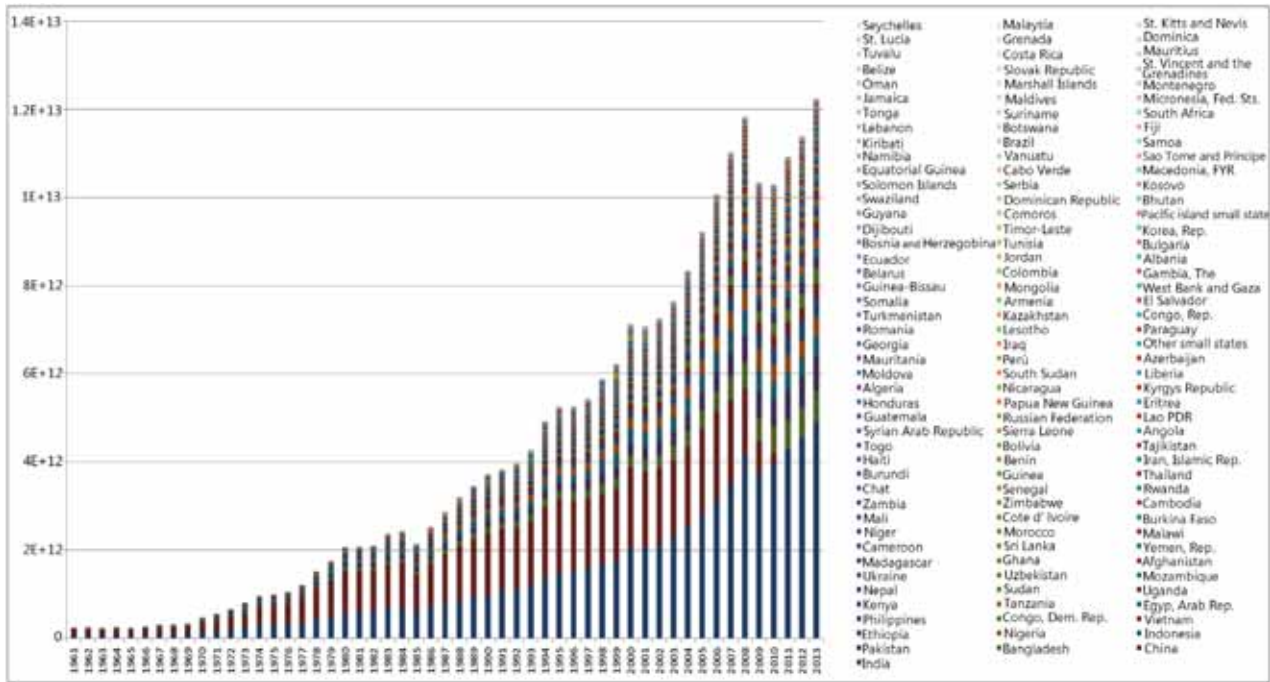


FIGURA 70: DISTRIBUCIÓN DEL PIB PC PRECISO PARA PERMITIR LA EQUIDAD GLOBAL EN SALUD, POR PAÍSES CON DÉFICIT DE PIB (PIB PC < MUD) Y AÑOS, 1960-2013.

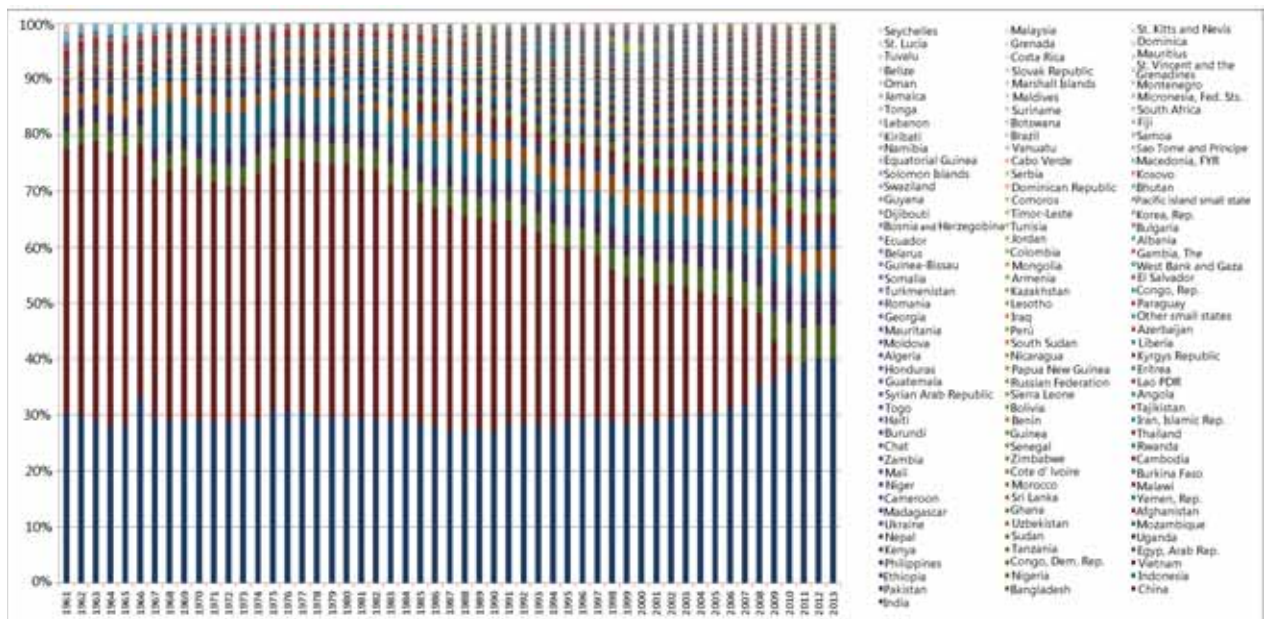


FIGURA 71: DISTRIBUCIÓN DEL PIB PC PRECISO PARA PERMITIR LA EQUIDAD EN SALUD GLOBAL, POR LA PROPORCIÓN DEL DÉFICIT TOTAL SEGÚN PAÍSES Y AÑOS, 1961-2013.

Las gráficas anteriores muestran el número y proporción de personas que viven por debajo del mUD. Reflejan como China mantuvo el nivel y proporción más alto hasta mediados de los 90, cuando fue superada por la India; China fue desapareciendo de los países con déficit (PIB pc < mUD) a finales de la última década.

El número total de personas que viven en esos países por debajo del mUD aumentó de 1.500 millones en 1960, a casi 3.500 millones en 2012.

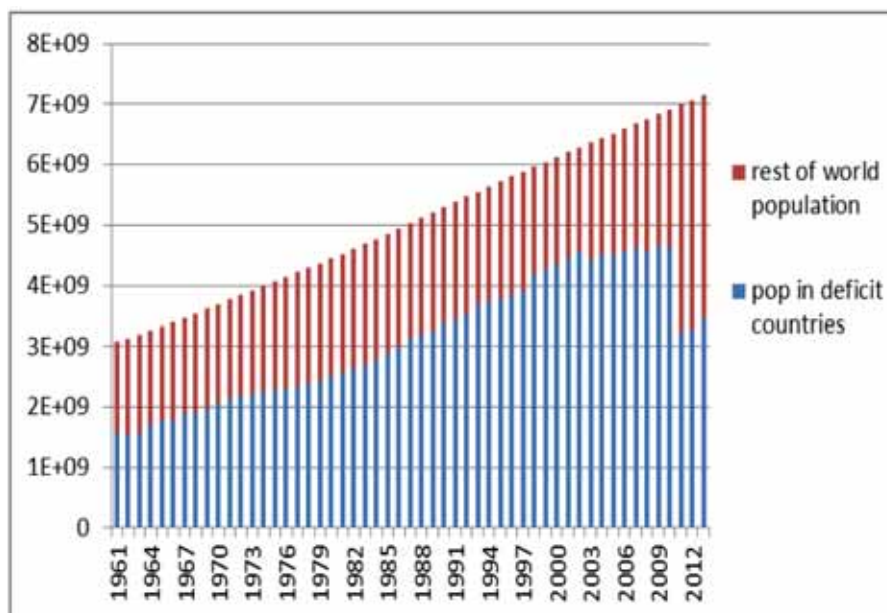


FIGURA 72: POBLACIÓN DE PAÍSES CON PIB PC < MUD, 1961-2012.

La proporción de la población mundial que vive por debajo del mUD y sin posibilidad de aspirar a la salud factible y sostenible para todos, era de alrededor del 50% en los años 60; aumentó gradualmente hasta un 70% a partir de mediados de los años 90 hasta el 2009, cuando debido a la "graduación" de China de ese grupo, bajó a menos del 50% en los últimos años.

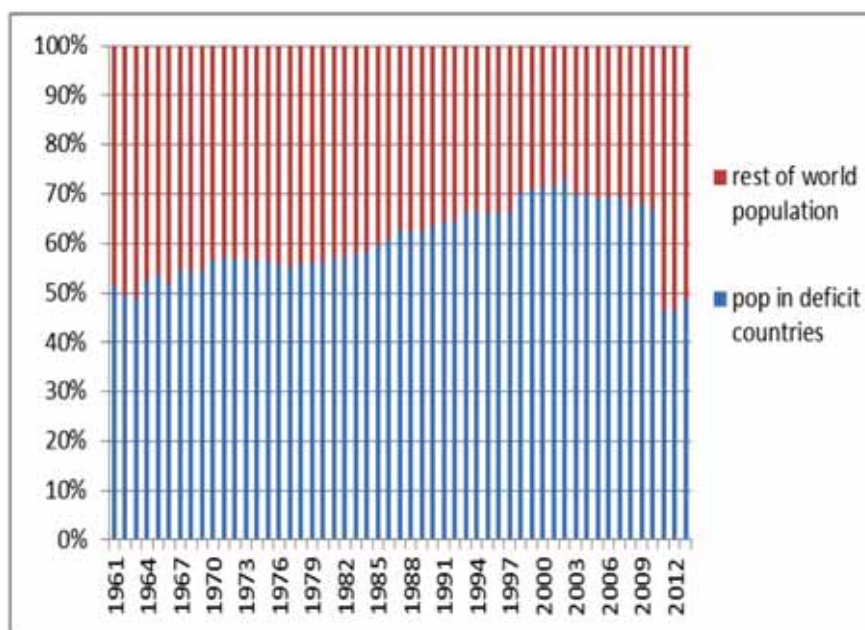


FIGURA 73: PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE VIVE EN PAÍSES POR DEBAJO DEL MUD, 1961-2012.

El siguiente gráfico representa con mayor detalle cómo China sobrepasó el nivel de PIB pc de la media de los modelos SES, en relación a las tendencias de la media mundial y de India. (Hasta el 2009 China e India juntas representaban el 40% de la población mundial que vive bajo el mUD; desde entonces India constituye el 29%).

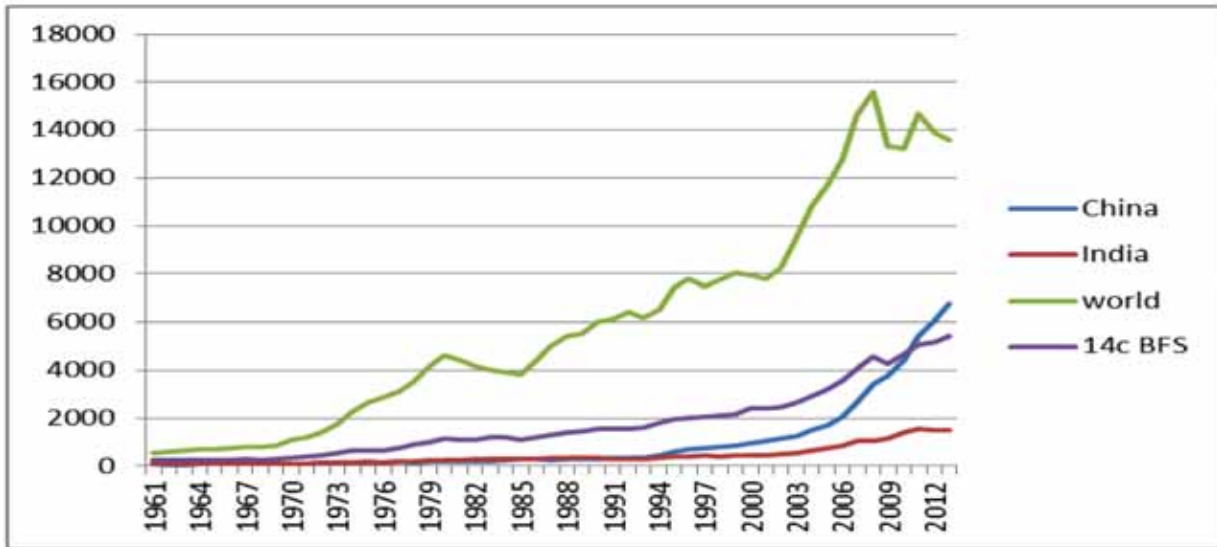


FIGURA 74: TENDENCIA DEL PIB PC DE LOS PAÍSES SES, LA MEDIA MUNDIAL Y CHINA, 1961-2012.

A continuación se muestran el número total y la proporción de muertes evitables debidas a inequidad global en salud y su evolución en el tiempo. Entre el 80 y el 90% de todas las muertes evitables han tenido lugar en países con PIB pc por debajo del mUD (media de los países SES).

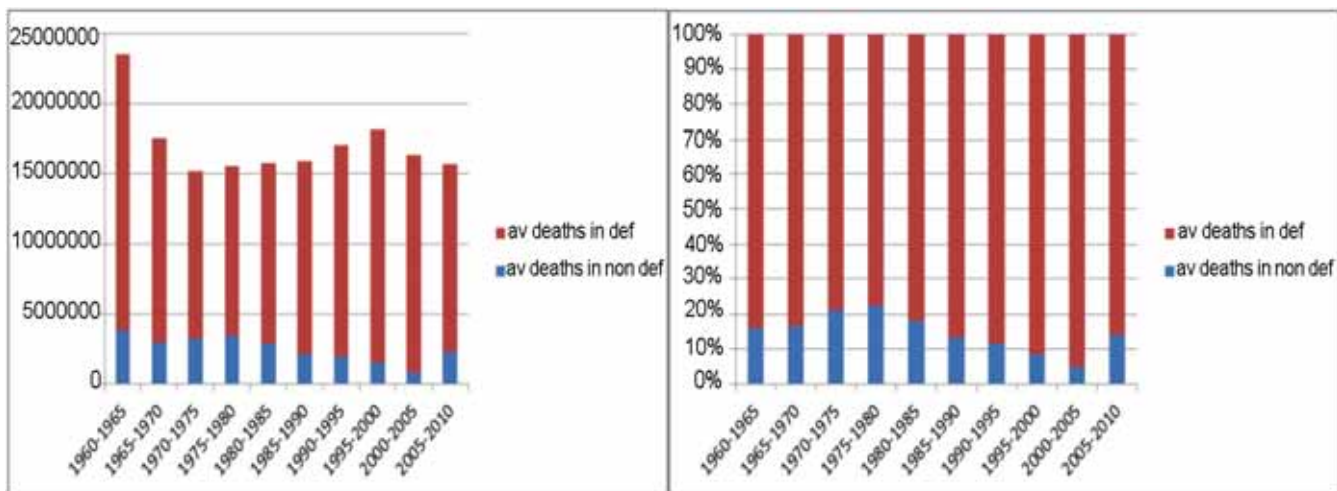


FIGURA 75: MUERTES EVITABLES VS MUD.

DISTRIBUCIÓN DEL PIB MUNDIAL EN RELACIÓN A LOS UMBRALES DE EQUIDAD

Los siguientes gráficos muestran cómo la proporción del PIB mundial de las personas que viven en países con PIB pc < mUD, ha estado en el rango del 10% desde 1960. El aumento (10 al 15%) entre 2000 y 2009 y la caída después del 2009 reflejan el aumento gradual del PIB de China, llegando a salir su población de este grupo en 2009.

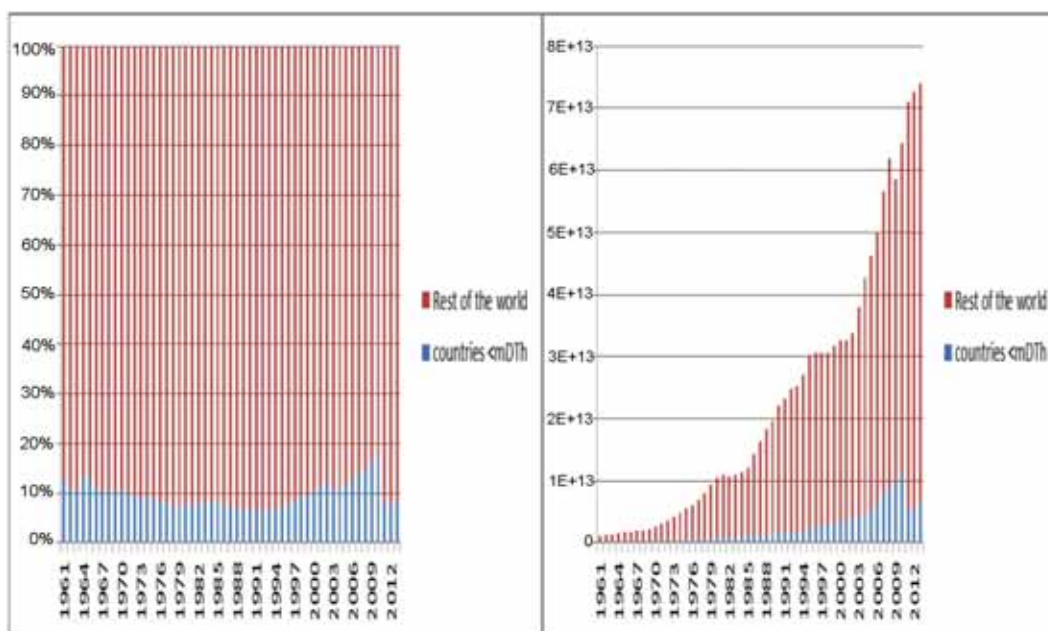


FIGURA 76: PIB MUNDIAL POR PAÍSES SEGÚN MUD.

Los gráficos siguientes muestran la relación entre la proporción de la población mundial que vive por debajo del mUD y el PIB que comparten: el 50-70% de la población mundial tiene el 10-15% del PIB, con un precio en muertes evitables (unas 14.3 millones en 2012, 85% del total, como luego se verá) por inequidad global en salud.

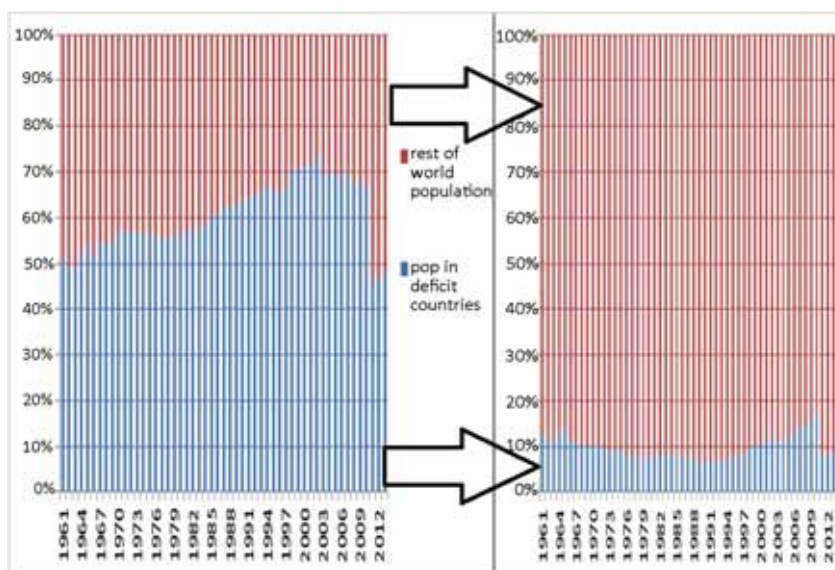


FIGURA 77: RELACIÓN ENTRE POBLACIÓN Y PIB <math>< 10</math>.

Al igual que hay suficiente alimento y agua para tres veces el nivel actual de población, hay también suficientes recursos (alrededor del doble) para permitir condiciones universales para una mejor salud factible/sostenible para todos. La figura siguiente muestra la distribución en el tiempo del nivel básico de PIB que permitiría una mejor salud factible/sostenible para todos (al nivel de PIB pc de los 14cSES) y el exceso actual de PIB en relación a esa necesidad básica. Como veremos más adelante, dicho exceso se acumula en unos pocos, impide la redistribución necesaria, está correlacionado con el agotamiento natural y no se traduce en mayor bienestar ni mejor salud.

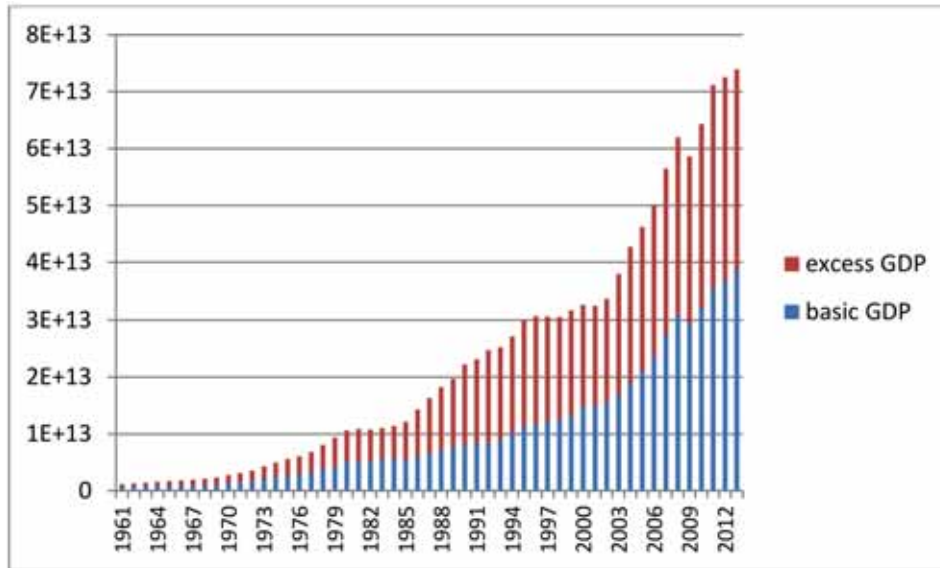


FIGURA 78: DISTRIBUCIÓN EN EL TIEMPO -1960-2013- DEL PIB MUNDIAL EN RELACIÓN A LAS NECESIDADES BÁSICAS (MUD).

La tendencia de la proporción del PIB mundial requerida para satisfacer las necesidades básicas hacia la mejor salud factible/sostenible para todos, ha fluctuado (como indica el gráfico siguiente) entre el 60 y el 40% en los últimos 50 años, con un descenso irregular desde un 60% en los años 60, hasta un 40% en los años 90, y desde entonces un aumento hasta el 50% actual.

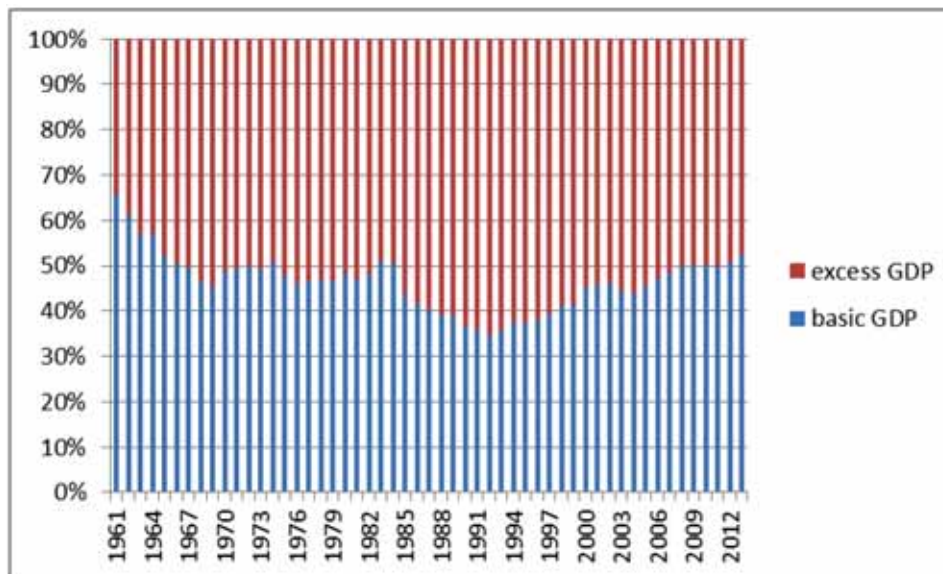


FIGURA 79: PROPORCIÓN DEL PIB MUNDIAL QUE SUPONE NECESIDADES BÁSICAS PARA MEJOR SALUD FACTIBLE/SOSTENIBLE Y SU EXCESO.

Los siguientes gráficos muestran cómo el grupo de países por encima del umbral de acaparamiento acumulan una alta proporción de la riqueza -material- del mundo (riqueza en movimiento: PIB), aunque dicha proporción ha ido descendiendo (del 70 al 55%) desde mediados de los años 90. De nuevo el efecto de China puede explicar parte de esta tendencia, debido a su aumento del PIB, todavía por debajo del nivel del umbral de acaparamiento.

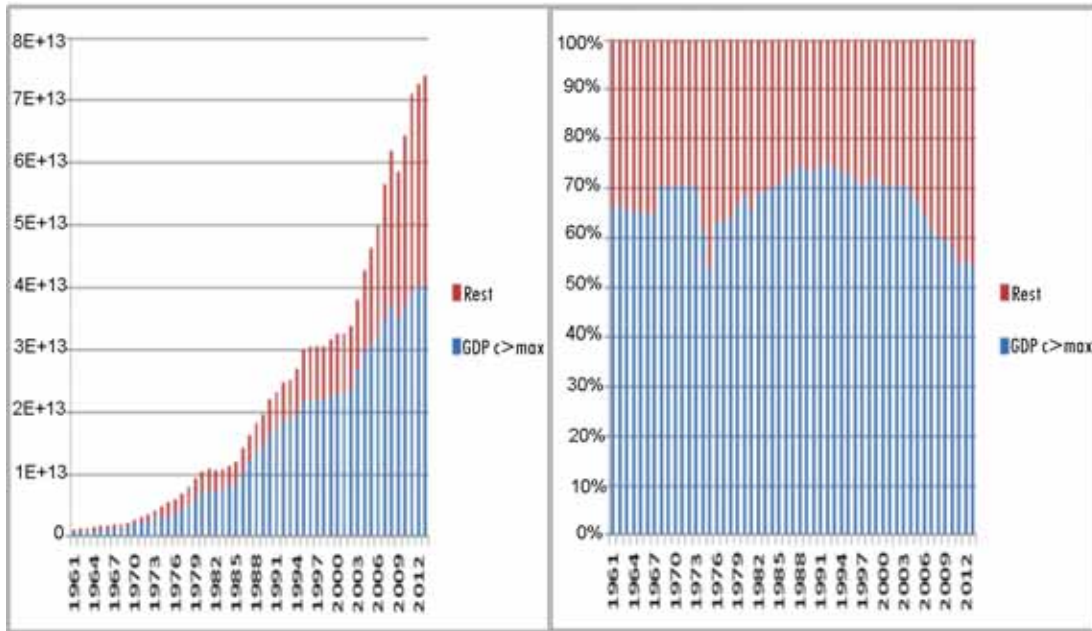


FIGURA 80: TENDENCIA Y PROPORCIÓN DEL ACAPARAMIENTO DE PIB.

La población que vive en países de acumulación se ha mantenido estable, alrededor de 1000 millones, mientras que su proporción (al haber aumentado la población mundial) ha ido descendiendo desde un 40% en 1960, hasta un 15% en 2012, mostrando una progresiva concentración de riqueza y poder en una menguante parte de la población mundial, a pesar del mencionado descenso de la proporción de PIB que acaparan.

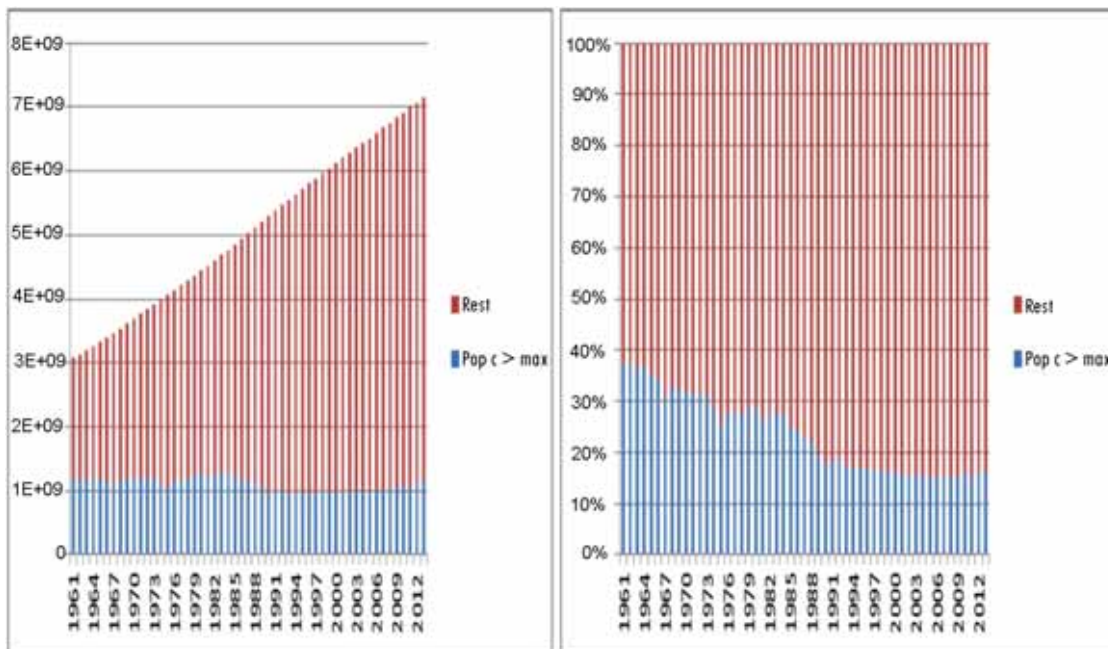


FIGURA 81: POBLACIÓN DE PAÍSES ACAPARADORES.

POBLACIÓN MUNDIAL Y PIB EN LA "ZONA DE EQUIDAD"

La distribución de la población y su PIB puede analizarse en sus componentes debajo del mUD, encima del Mac y entre ambos umbrales, en lo que llamamos "zona de equidad". La redistribución ética debiera fluir desde el exceso acaparador que satisface el déficit bajo el umbral de dignidad. Los siguientes gráficos muestran dichas distribuciones y su evolución en el tiempo.

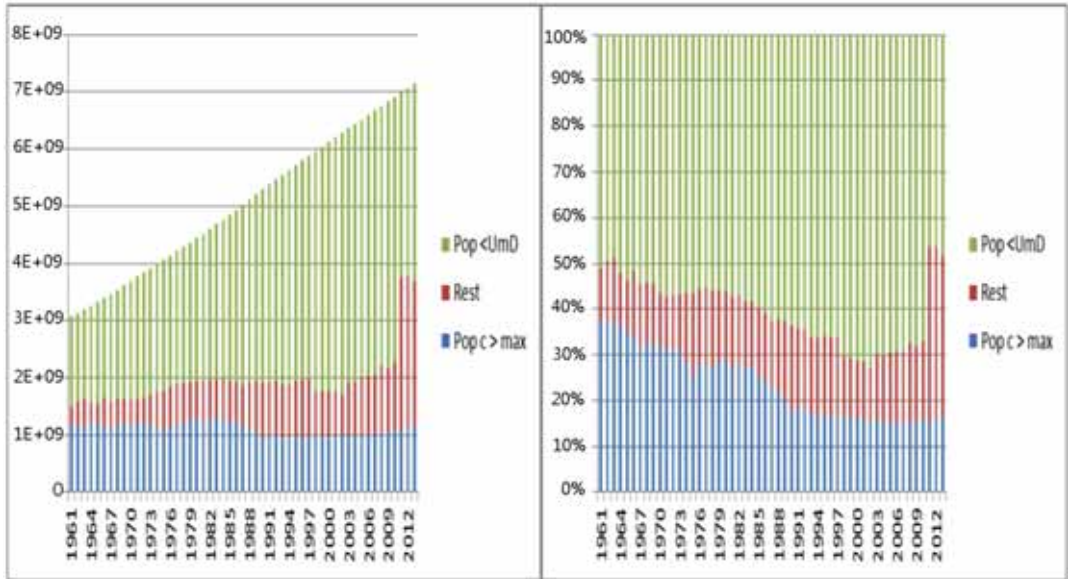


FIGURA 82: POBLACIÓN SEGÚN UMBRALES ECONÓMICOS DE EQUIDAD.

Los gráficos anteriores muestran cómo la mayor parte de la población mundial ha estado viviendo fuera de la zona de equidad: en el acaparamiento (del 35 al 15%) y en el déficit (del 50 al 70%), con solo un 10-15% entre ambos extremos ("zona de equidad") hasta el 2009, cuando China se une a esta zona y la proporción alcanza casi el 35% (la mitad de ellos en China).

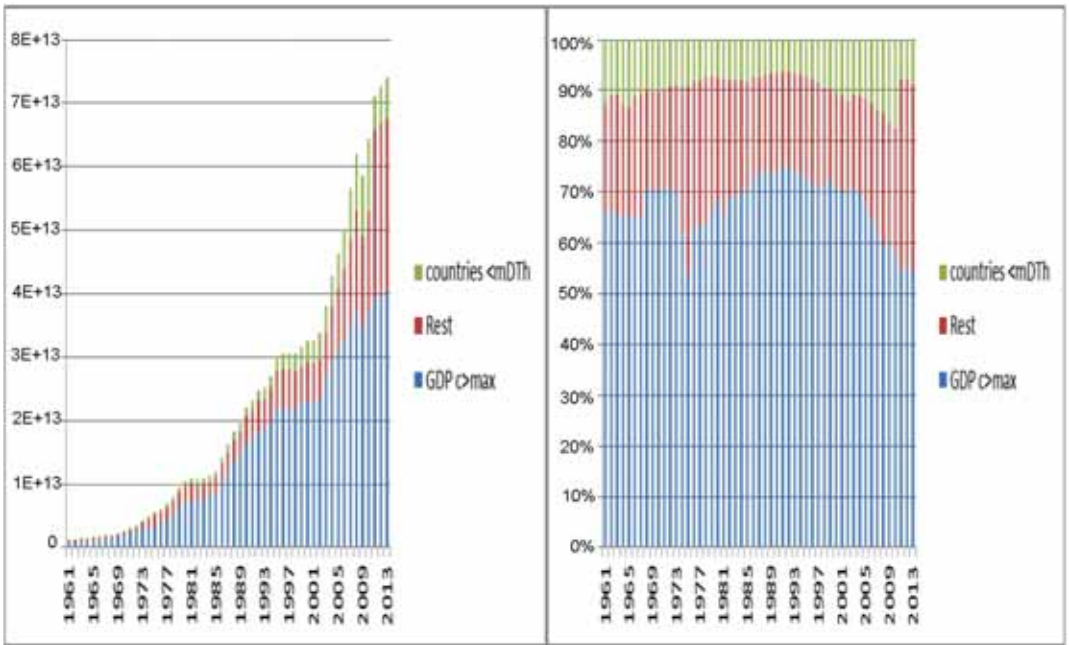


FIGURA 83: PIB MUNDIAL SEGÚN UMBRALES DE EQUIDAD-

En los gráficos previos se observa cómo el PIB mundial se ha concentrado en la zona de acaparamiento (en la que vive el 15% de la población mundial), la cual ha mantenido un promedio de dos terceras partes de la riqueza (material y en movimiento: PIB) mundial. En el otro extremo, la población que vive debajo del umbral de dignidad (más de la mitad de la población mundial) solo dispone del 10% de la riqueza mundial. En medio, solo el 20% del PIB mundial se encuentra en la "zona de equidad", a pesar de su aumento desde 2009 por el efecto de China, descrito anteriormente.

La siguiente figura analiza la razón entre los umbrales mínimos y máximos (PIB pc) de equidad durante los últimos 50 años. Refleja que dicha razón aumentó desde 3 en los años 60, hasta 6-7 desde los 70 hasta el 2009, cuando China se unió a la "zona de equidad" y dicha razón descendió a los niveles de los años 60, en torno a 4.

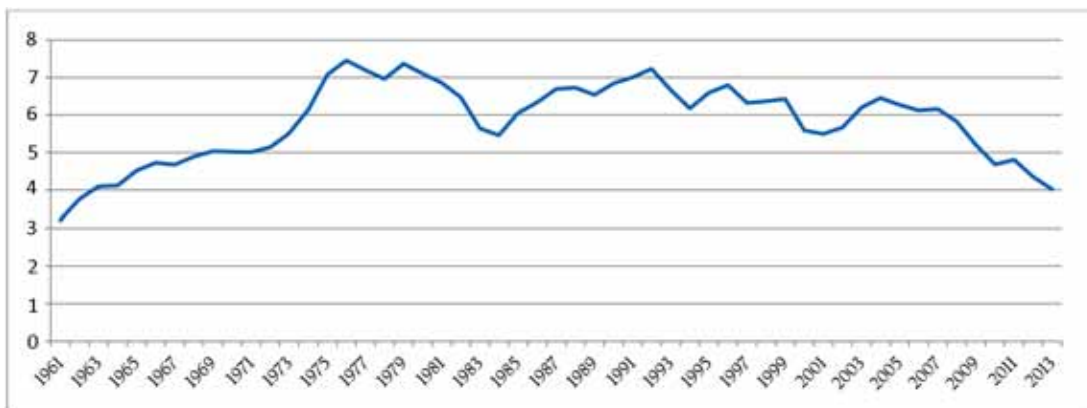


FIGURA 84: RAZÓN DE UMBRALES DE EQUIDAD EN PIB PC, 1961-2013.

REDISTRIBUCIÓN ÉTICA DEL PIB PARA PERMITIR LA EQUIDAD GLOBAL EN SALUD

A continuación se muestra la redistribución ética requerida para transitar de la distribución actual asimétrica de la población según PIB pc (concentrando población en el déficit y PIB en el exceso), a una distribución normal -como la mayor parte de las distribuciones en la naturaleza-, con más del 95% de la población viviendo en la "zona de equidad" y limitando ambos extremos bajo el umbral mínimo de dignidad y por encima del máximo de acaparamiento.

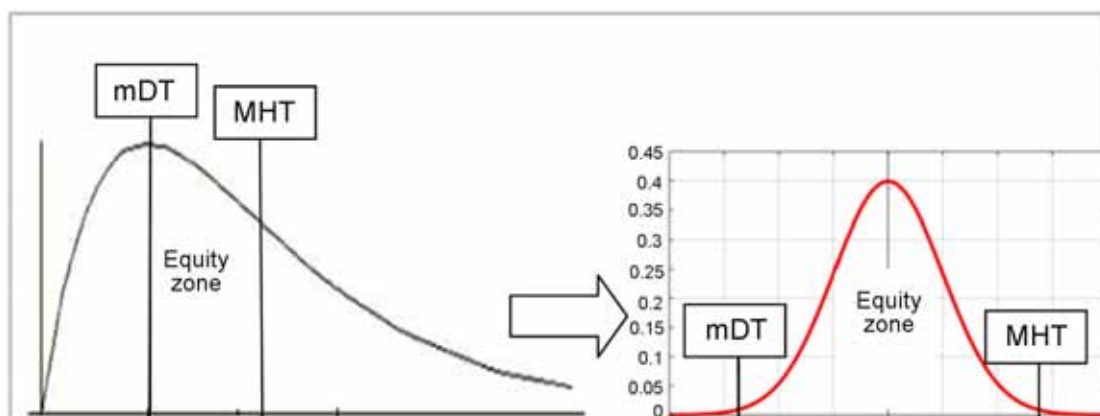


FIGURA 85: TRANSICIÓN ÉTICA DEL MODELO ACTUAL DE INEQUIDAD (QUE CAUSA 16 MILLONES DE MUERTES EVITABLES), A UN MODELO DE EQUIDAD COMPATIBLE CON EL DERECHO UNIVERSAL A LA SALUD.

Esa evolución requiere de una transferencia de PIB, actualmente concentrado en la zona de acaparamiento, al extremo en déficit.

El siguiente gráfico muestra la combinación de las dos distribuciones asimétricas actuales, según niveles de PIB pc: del PIB y de la población, ambas, en gran medida, fuera de la zona de equidad, y la transición (mediante políticas fiscales y sociales, principalmente) hacia una distribución normal, ética y compatible con equidad en salud, tanto de población como de recursos: y la moderada desviación de ambas que refleja el grado de "desigualdad justa" (equidad).

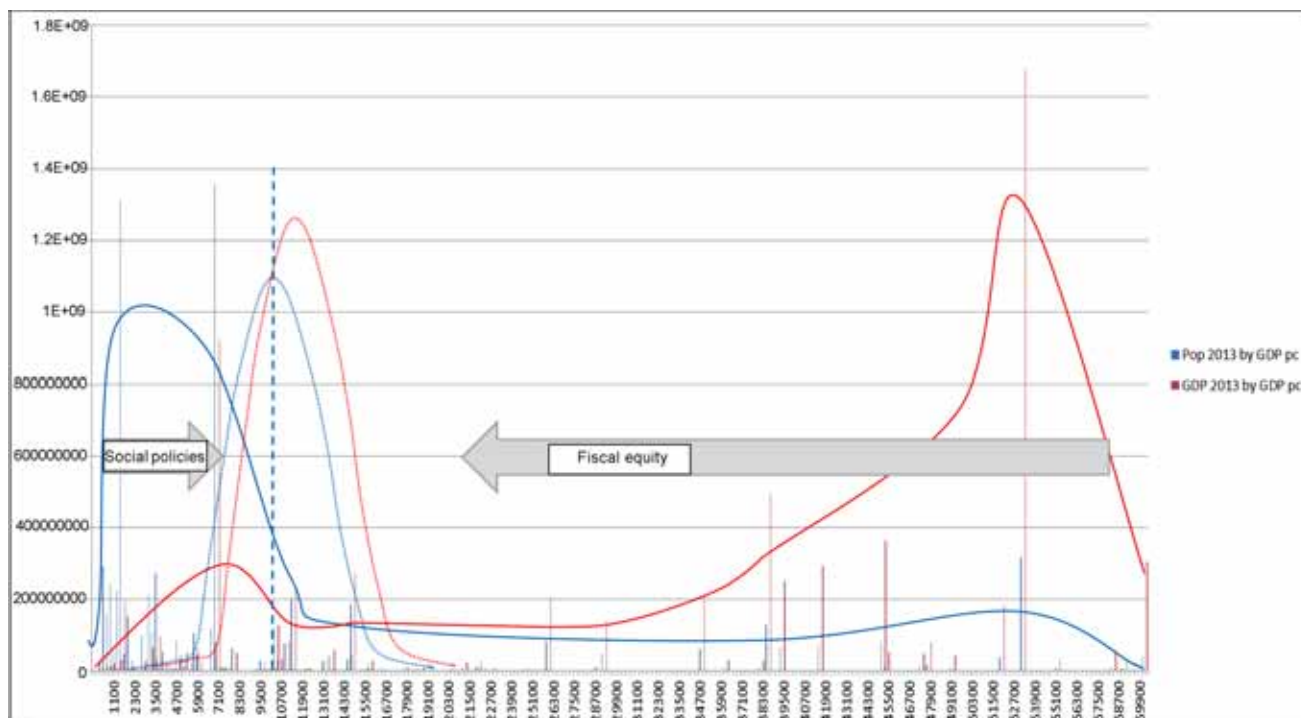


FIGURA 86: EVOLUCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE INEQUIDAD EN LA DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN Y DE RECURSOS, HACIA UNA DISTRIBUCIÓN ÉTICA COMPATIBLE CON EL DERECHO UNIVERSAL A LA SALUD, 2013.

El siguiente gráfico refleja cómo, si las condiciones (equidad económica descrita anteriormente, entre otras) lo permitiesen, la esperanza de vida evolucionaría hacia los límites (justos) de equidad en salud global, basados en los modelos saludables-factibles-sostenibles (SES) (mínimo -Tonga- y superior - **Costa Rica**- límites en 2012), que se traducirían en la prevención de unas 14 millones de muertes evitables, que en la actualidad tienen lugar en países por debajo del mUD, y aspirar a un progreso constante (sin acaparamiento ni crecimiento económico que agote los recursos económicos) a mejores niveles de salud factible/sostenible (umbral mínimo $p < 0.05$ de la media de países SES, umbral superior en el nivel actual del 2.5% superior de esperanza de vida), si los países con mayor esperanza de vida fueran progresivamente anulando sus efectos de acaparamiento de recursos materiales y agotamiento de recursos naturales. Dicha evolución sería la dirección pertinente de la ciencia y el progreso.

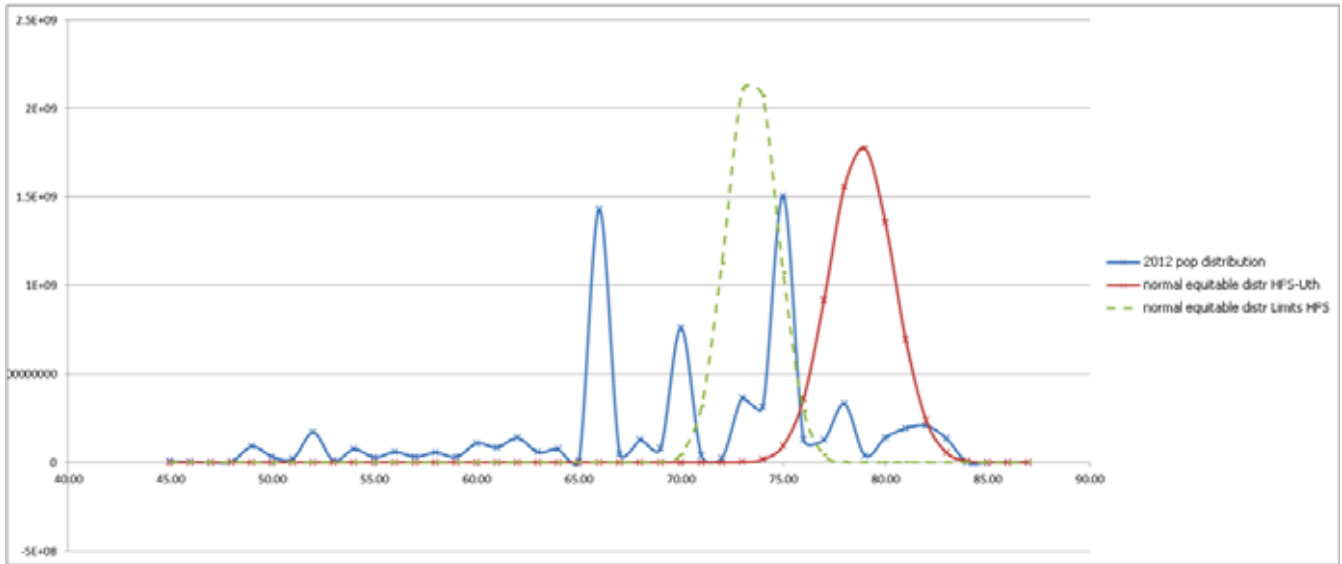


FIGURA 87: EVOLUCIÓN DE LA ACTUAL INEQUIDAD EN SALUD GLOBAL HACIA LA EQUIDAD GLOBAL EN SALUD, REF. ESPERANZA DE VIDA DE 2012.

La siguiente gráfica muestra la distribución que se requiere para que las emisiones de carbono permitan una equidad en salud intergeneracional.

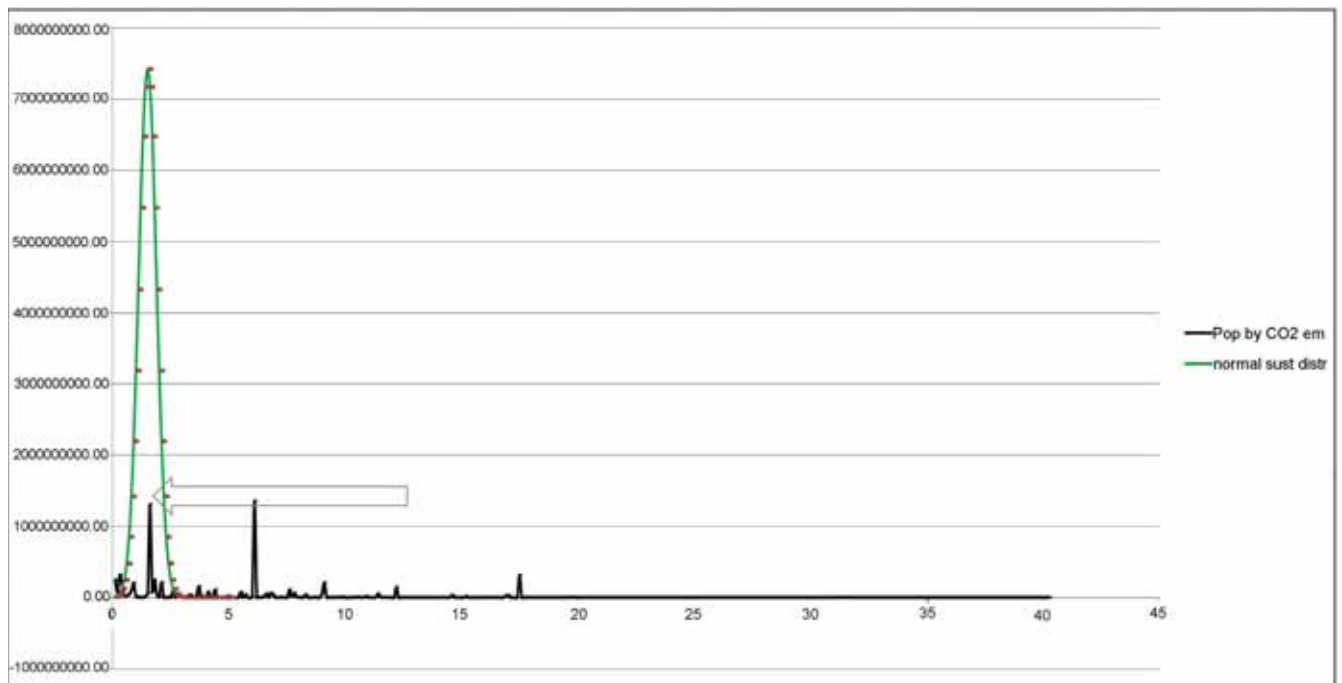


FIGURA 88: TRANSICIÓN REQUERIDA DESDE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MUNDIAL, SEGÚN MEDIAS NACIONALES DE EMISIONES DE CARBONO ANUALES PER CÁPITA, A UNA DISTRIBUCIÓN NORMAL, ÉTICA Y SOSTENIBLE, COMPATIBLE CON EL DERECHO UNIVERSAL A LA SALUD EN SU DIMENSIÓN INTERGENERACIONAL, 2012.

REDISTRIBUCIÓN DESDE PAÍSES EN EXCESO (ACAPARAMIENTO) A PAÍSES CON DÉFICIT (POR DEBAJO DE MUD)

Los siguientes mapas muestran la distribución de países con PIB pc según umbrales de PIB pc para una distribución en equidad compatible con el derecho universal a la salud: aquellos por debajo del umbral de dignidad, los que viven en la zona de equidad y los que acaparan recursos por encima del umbral máximo de equidad, descritos en los capítulos previos.

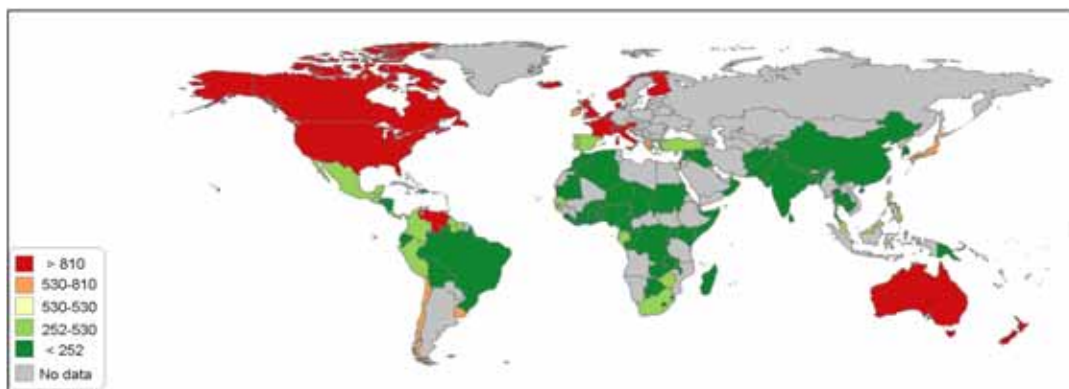


FIGURA 89: PAÍSES SEGÚN ACAPARAMIENTO, ZONA DE EQUIDAD Y EN DÉFICIT BAJO EL UMBRAL DE DIGNIDAD, 1960.

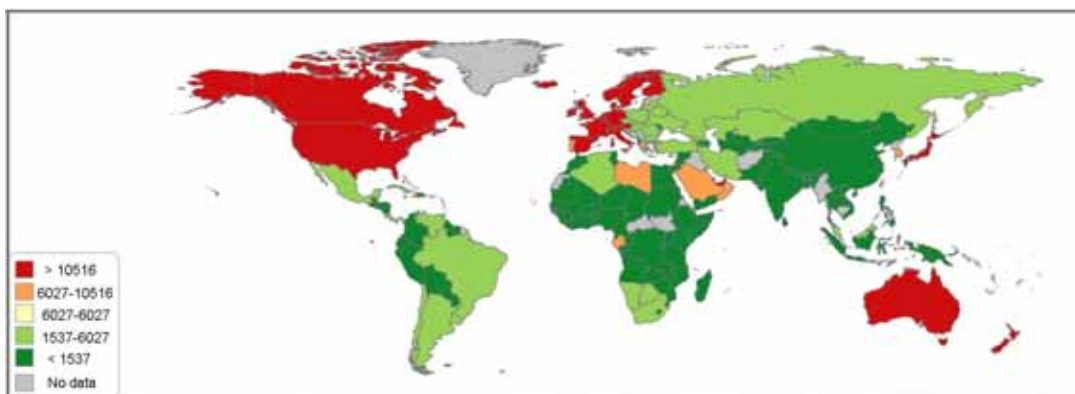


FIGURA 90: PAÍSES SEGÚN ACAPARAMIENTO, ZONA DE EQUIDAD Y EN DÉFICIT BAJO EL UMBRAL DE DIGNIDAD, 1990.

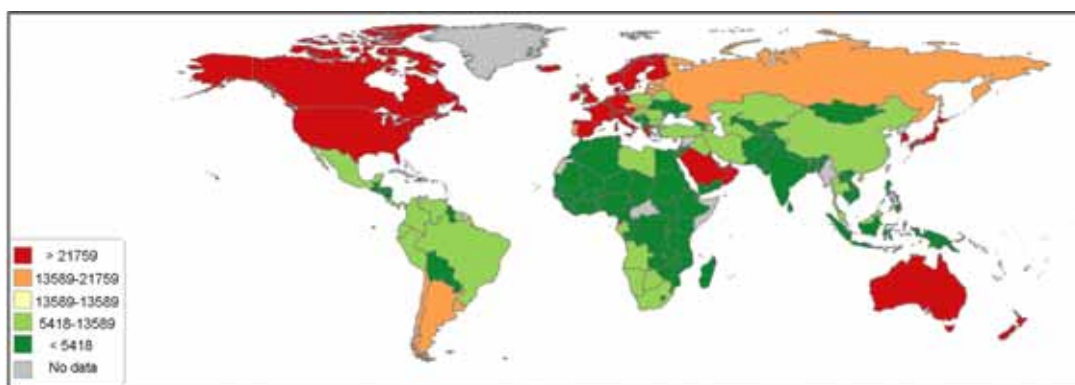


FIGURA 91: PAÍSES SEGÚN ACAPARAMIENTO, ZONA DE EQUIDAD Y EN DÉFICIT BAJO EL UMBRAL DE DIGNIDAD, 2012.

Estos mapas reflejan cómo en 1960 (aunque en muchos países entonces no se disponía de datos comparables) los países bajo el mUD eran Brasil, Bolivia, Ecuador, Honduras, Nicaragua y El Salvador en Latinoamérica, la mayor parte de África, el Medio Oriente y Asia, con excepción de Japón; los que vivían en la "zona de equidad" eran México, los países Andinos y el Cono Sur de Sudamérica, Sudáfrica y Zimbabue, la Península Ibérica, Turquía y Japón, mientras que los acaparadores se limitaban a Estados Unidos y Canadá, el centro de Europa y Escandinavia, Australia y Nueva Zelanda.

Hacia 1990 dicha distribución cambió gradualmente, de forma que los países bajo el mUD estaban en Centroamérica y en la región Andina, África sub-Sahariana y Egipto, partes del Medio Oriente e incluso todo Asia, con excepción de Japón y Corea del Sur, los países acaparadores (o en zona de equidad), incluyendo a Estados Unidos, Canadá, toda Europa occidental, Japón, Australia y Nueva Zelanda. En los últimos registros de 2012 los países bajo el mUD eran Honduras, Guatemala, El Salvador, Bolivia, Paraguay y Guyana en Latinoamérica, toda África, con excepción de Libia y la región suroeste del continente, algunos países de los Balcanes y del este de Europa, algunos de los "Stans" de Asia Central y China, con la región acaparadora, incluyendo también a Arabia Saudita, los Emiratos Árabes y Corea del Sur.

La contribución neta y proporcional -y su tendencia en el tiempo- del PIB de países acaparadores requerida para una redistribución ética compatible con el derecho universal a la salud, se representa en los siguientes gráficos:

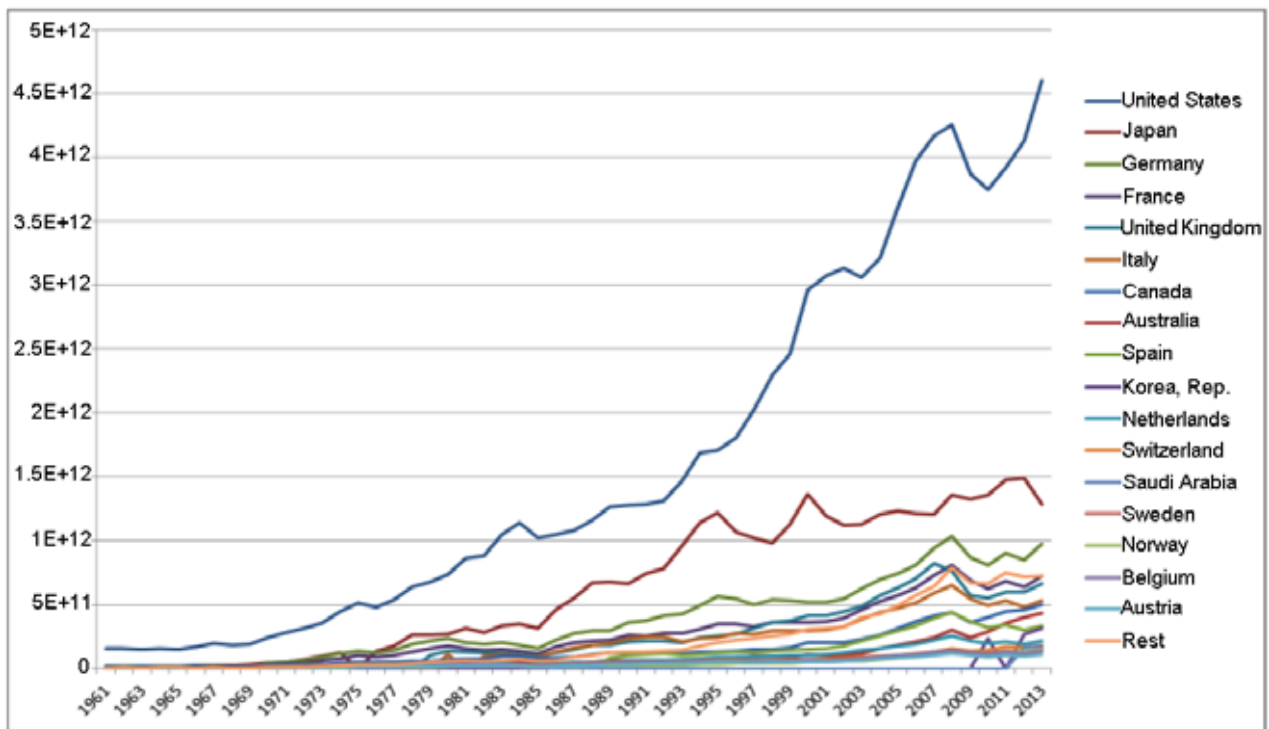


FIGURA 92: CONTRIBUCIÓN NECESARIA DEL PIB DE PAÍSES ACAPARADORES PARA REDISTRIBUCIÓN ÉTICA: TENDENCIA 1961-2012.

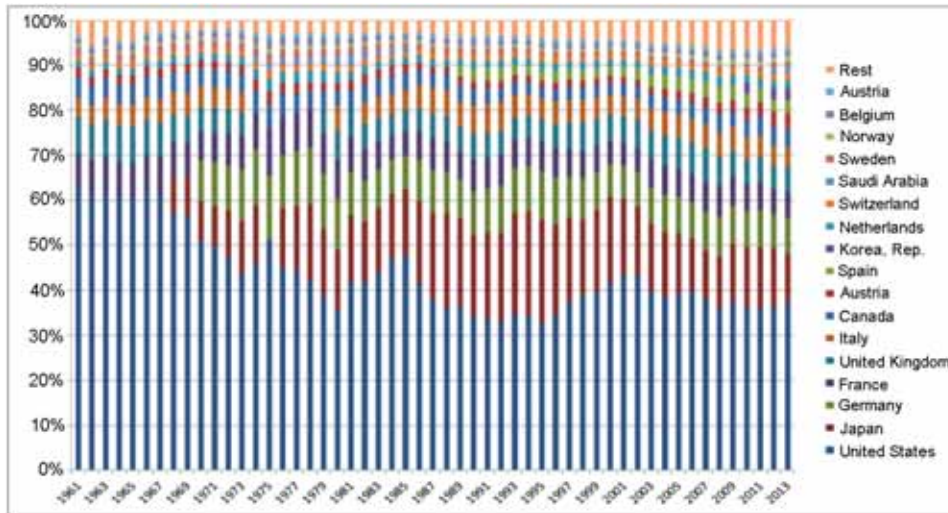


FIGURA 93: PROPORCIÓN DE LA CONTRIBUCIÓN PRECISA DEL PIB PARA REDISTRIBUCIÓN ÉTICA, POR PAÍSES ACAPARADORES: TENDENCIA 1961-2012.

Estos gráficos describen cómo una tercera parte de la redistribución viene de los Estados Unidos, otra tercera parte de Europa occidental (sobre todo Alemania, Francia, Reino Unido, Italia, España, Holanda y Suecia) y el resto de Japón, Canadá, Corea del Sur, Arabia Saudita, Suiza, Noruega y otros en proporciones menores. La tendencia de esta distribución neta a lo largo de los años muestra un aumento irregular de Estados Unidos, con Japón y Europa occidental con niveles más estables desde el cambio de siglo, cuando los altos ingresos por el petróleo se unieron progresivamente y aumentaron su proporción de responsabilidad contributiva/redistributiva. La proporción del total de redistribución necesaria refleja un gradual descenso de los Estados Unidos (de más del 60% a menos del 40%), aumento y descenso de Japón y niveles más estables del resto.

NIVELES DE REDISTRIBUCIÓN SI EL UMBRAL MÍNIMO DE DIGNIDAD SE BASA EN LOS MODELOS MÁS EFICIENTES (MENOR PIB PC) DE LOS PAÍSES SES

La distribución precisa para limitar a <2.5% de la población mundial a vivir con PIB pc bajo el umbral inferior de equidad (llamado aquí "mínimo umbral de dignidad" -mUD-), basado en los modelos más eficientes de los países saludables-equitables-sostenibles (SES) (tomando la media de Vietnam y Sri Lanka), sería la siguiente:

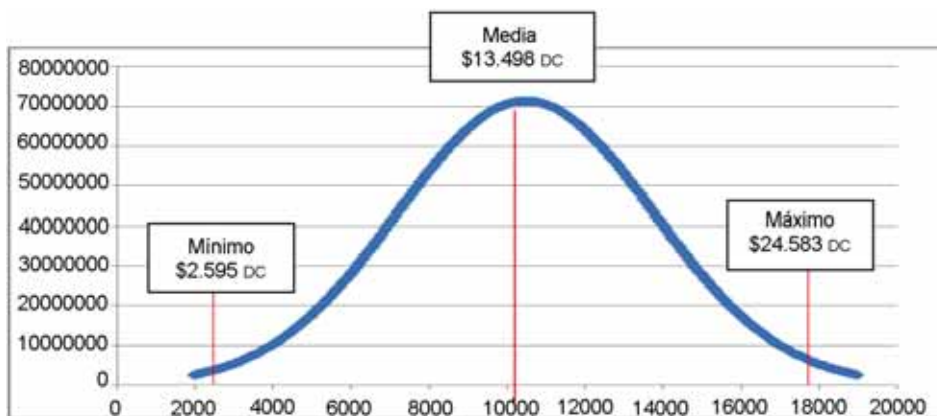


FIGURA 94: DISTRIBUCIÓN NORMAL Y EN EQUIDAD COMPATIBLE CON MEJORES NIVELES DE SALUD FACTIBLES/SOSTENIBLES PARA TODOS, EN REFERENCIA A MODELOS EFICIENTES SES.

La siguiente tabla resume las principales diferencias entre el modelo de redistribución basado en la media de PIB pc de los países SES, detallado en los capítulos previos, y el basado en los modelos SES más eficientes (Vietnam y Sri-Lanka)⁵⁹.

TABLA 7: DIFERENCIAS EN LAS CARACTERÍSTICAS DE LA DISTRIBUCIÓN Y REDISTRIBUCIÓN NECESARIA PARA EQUIDAD EN SALUD GLOBAL, ENTRE EL MODELO BASADO EN UMBRAL MÍNIMO SEGÚN MEDIA SES Y EL MODELO BASADO EN MODELOS MÁS EFICIENTES DE LOS PAÍSES SES, 2012

Características	Umbral mínimo basado en la media SES	Umbral mínimo basado en los modelos más eficientes SES
Umbral inferior	\$5.418	\$2.595
Umbral superior	\$21.579	\$24.583
% Población <mUD	48,33% (93 países)	35,32% (56 países)
% Población >MAc	14,33% (36 países)	16,07% (32 países)
% Población en zona de equidad	47,34% (57 países)	51,39% (98 países)
% PIB <mUD	8,81%	4,32%
% PIB >MAc	61,75%	61,24%
% PIB en zona de equidad	29,44%	34,44%
Déficit	\$12,23 Billones (10 ¹²)	\$3,36 Billones (10 ¹²)
Exceso	\$23,34 Billones (10 ¹²)	\$45,36 Billones (10 ¹²)
Déficit como % PIB global	16,54%	4,55%
Déficit como % PIB en exceso	52,40%	7,43%
Muertes evitables en países <mUD	12.822.141	9.908.061
Años de vida perdidos en países <mUD	513.945.202	408.956.711
Coste por muerte evitable prevenida	\$953.813	\$339.599
Coste por año de vida perdido prevenido	\$23.796	\$8.228
ODA como % de déficit	1,099%	3,99%

La tabla siguiente enumera el porcentaje de PIB (y PIB pc) que se precisaría de los "países acaparadores" como redistribución ética compatible con el derecho universal a la salud (para prevenir las muertes evitables por inequidad mundial en salud). En negritas se resaltan aquellos países que aún no son miembros del Comité de Ayuda al Desarrollo -CAD de la OCDE.

⁵⁹ La media de Vietnam y Sri Lanka, en el extremo inferior del PIB pc de los países SES: modelos asiáticos eficientes.

TABLA 8: PORCENTAJE DEL PIB PARA REDISTRIBUCIÓN ÉTICA PARA EQUIDAD EN SALUD GLOBAL, SEGÚN REFERENCIAS DE UMBRALES MÍNIMOS DE PIB PC, 2012.

País donante	% PIB	
	Umbral mínimo: menores PIB pc SES	Umbral mínimo: media SES
Luxemburgo	11,59%	42,14%
Noruega	11,31%	41,09%
Qatar	11,06%	40,19%
Macao SAR, China	10,98%	39,92%
Suiza	10,52%	38,23%
Australia	9,77%	35,50%
Dinamarca	9,09%	33,04%
Suecia	9,03%	32,83%
Singapur	8,73%	31,74%
Estados Unidos	8,51%	30,95%
Canadá	8,38%	30,46%
Austria	8,02%	29,16%
Holanda	7,83%	28,46%
Irlanda	7,80%	28,35%
Finlandia	7,77%	28,25%
Bélgica	7,51%	27,28%
Islandia	7,49%	27,21%
Alemania	7,46%	27,11%
Nueva Zelanda	6,87%	24,96%
Francia	6,84%	24,87%
Reino Unido	6,44%	23,42%
Brunei Darussalam	6,28%	22,83%
Japón	6,27%	22,78%
Hong Kong SAR, China	6,19%	22,49%
Israel	5,74%	20,86%
Italia	5,36%	19,47%
España	3,64%	13,24%
Puerto Rico	3,42%	12,43%
Corea del Sur	2,34%	8,51%
Arabia Saudita	2,28%	8,29%
Chipre	1,99%	7,24%
Bahrain	1,67%	6,07%
Malta	0,65%	2,35%
Eslovenia	0,62%	2,24%
Omán	0,00%	0,99%
Grecia	0,00%	0,36%

En negrita aquellos países aún no miembros del Comité de Ayuda al Desarrollo -CAD- de la OCDE.

ANÁLISIS COMPARATIVO DEL NIVEL DE AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO (AOD), EN RELACIÓN A LA REDISTRIBUCIÓN NECESARIA PARA LA EQUIDAD GLOBAL EN SALUD

Según el porcentaje de redistribución ética necesaria para la equidad global en salud, analizado en los capítulos previos, se representa en los siguientes gráficos el nivel de AOD⁶⁰.

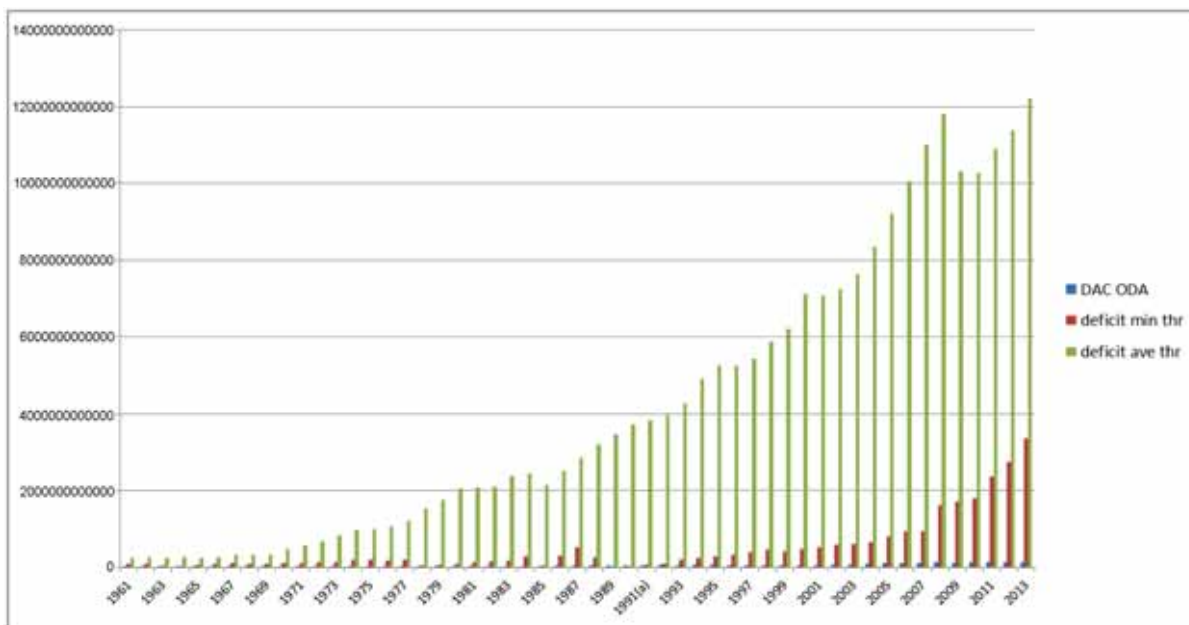


FIGURA 95: TENDENCIA DEL DÉFICIT DE PIB (ESCENARIOS DE MEDIA Y MÍNIMO DE SES) PARA LA EQUIDAD GLOBAL EN SALUD Y NIVELES DE AOD (FUENTE CAD/OCDE), 1961-2013.

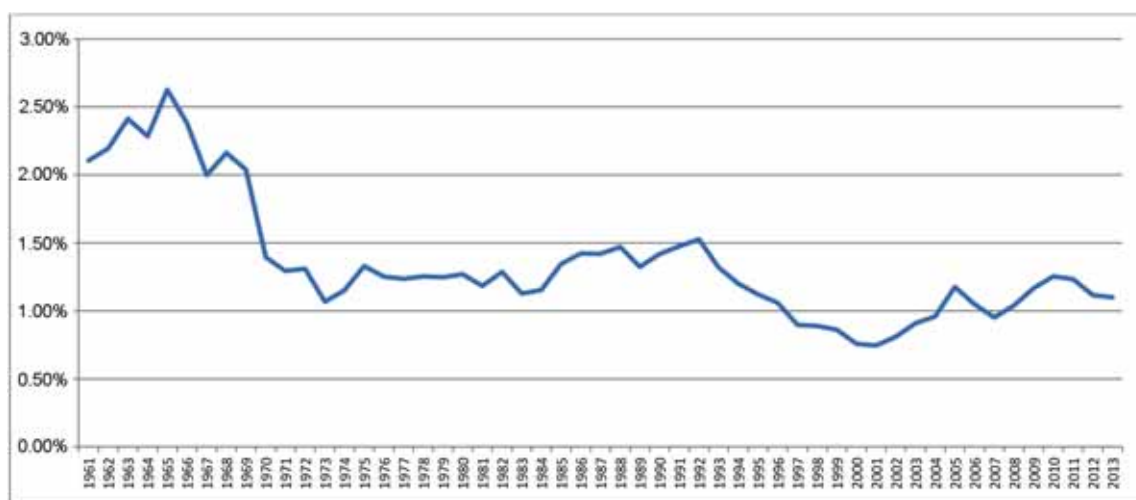


FIGURA 96: PORCENTAJE DEL DÉFICIT QUE REPRESENTA LA AOD (SEGÚN UMBRAL MÍNIMO PARA EQUIDAD BASADO EN PIB PC MEDIO DE PAÍSES SES) PARA EQUIDAD GLOBAL EN SALUD 1961-2013.

Los gráficos anteriores demuestran que los niveles de AOD significan tan solo una pequeña (y decreciente) proporción de la redistribución necesaria para posibilitar la equidad global en salud.

⁶⁰ <http://www.oecd.org/dac/stats/>

Incluso aunque los niveles de AOD fueran más adecuados al desafío de equidad global en salud, la distribución de AOD por país receptor no se correlaciona con su déficit de PIB por debajo del mUD (necesidades para el derecho a la salud).

El siguiente gráfico representa para 2013 la distribución de AOD en relación al déficit de PIB que evita la equidad global en salud.

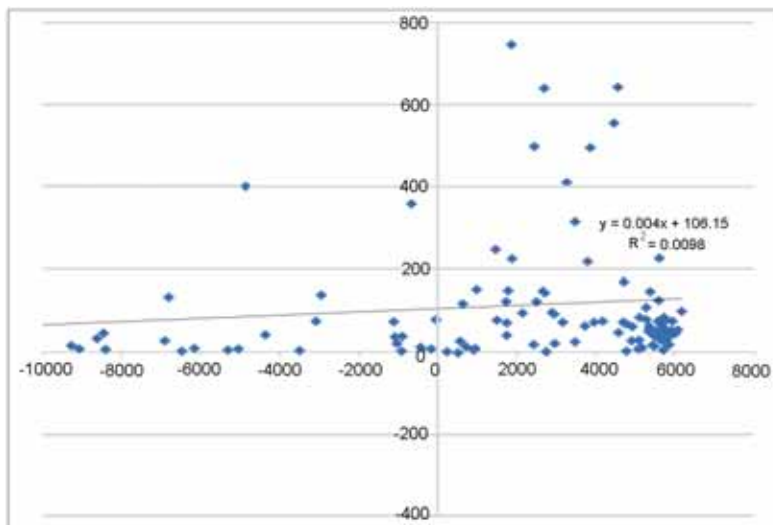


FIGURA 97: CORRELACIÓN ENTRE LA AOD PER CÁPITA RECIBIDA (EJE X) Y EL DÉFICIT EN PIB PC QUE IMPIDE LA EQUIDAD EN SALUD (EJE Y) (FUENTE: OECD/CAD).

Específicamente, el gráfico anterior demuestra que no existe correlación entre la AOD y el déficit de PIB (y los niveles de PIB pc). La tabla siguiente identifica los países que más neutralizan dicha correlación; en ambos extremos, los países "consentidos" ("donor darlings") y los "huérfanos" ("donor orphans"), movidos fundamentalmente por intereses políticos y con una tendencia a reducir la AOD pc en países con poblaciones más numerosas y viceversa.

TABLA 9: PAÍSES "CONSENTIDOS" Y "HUÉRFANOS" EN LA AOD, 2012

"Países huérfanos"	2012 AOD % Déficit	"Países consentidos"	2012 AOD % Déficit
Indonesia	0.01%	Fiji	7.10%
India	0.03%	Bosnia	8.35%
Corea del Norte	0.07%	Kosovo	9.01%
Myanmar	0.18%	Jordania	11.88%
Bangladesh	0.25%	Islas Solomon	12.43%
Madagascar	0.29%	Vanuatu	12.58%
Eritrea	0.38%	Cisjordania y Gaza	12.78%
Argelia	0.41%	Kiribati	14.08%
Nepal	0.50%	Serbia	15.35%
Guinea	0.51%	Timor-Leste	16.81%
Sudán	0.54%	Namibia	18.53%
Camerun	0.54%	Cabo Verde	20.31%
Etiopía	0.61%	Samoa	23.72%
Togo	0.64%	Tonga	39.85%
Guatemala	0.67%	Islas Marshall	57.21%

Esta casi ausente correlación entre las necesidades según el déficit de PIB pc y los niveles de AOD per cápita, se ha mantenido bastante estable durante los últimos 40 años, como muestra el siguiente gráfico:

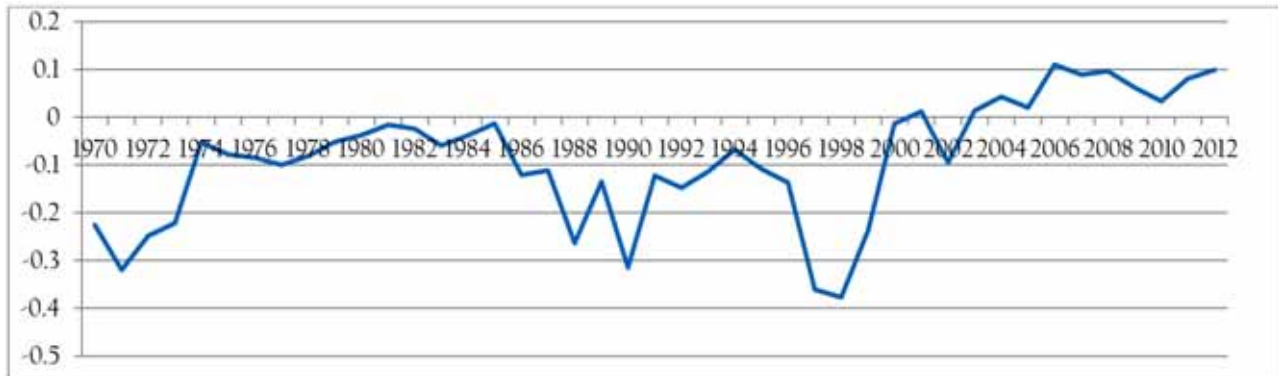


FIGURA 98: CORRELACIÓN DE AOD Y NECESIDADES PARA EQUIDAD EN SALUD GLOBAL, 1970-2012.

Considerando también los criterios de efectividad de la AOD y el nivel de cumplimiento de los "donantes", la siguiente tabla muestra las diferencias principales del marco actual de cooperación internacional (AOD) y el que sería necesario para una efectiva equidad global en salud y el derecho universal a la salud.

TABLA 10: CARACTERÍSTICAS DEL MARCO DE AOD Y EL NECESARIO PARA GARANTIZAR EL DERECHO UNIVERSAL A LA SALUD, 2012

Características	AOD	Redistribución para equidad en salud global
Donantes	OCDE/DAC.	Países acaparadores (2012: > \$21.750 pc).
Receptores	Países en desarrollo (según Banco Mundial).	Umbral mínimo de dignidad (2012: \$5.418 pc SES medio, \$2.595 pc SES mín).
Magnitud	0,29% del PIB (2013) (meta 0,7%).	16,54 % (SES medio) and 4,55% (SES min) del PIB global y 52,40% (SES medio) y 7,53% (SES min) del GDP en exceso.
Distribución	No correlacionado con el déficit de PIB.	Correlacionado con el déficit de PIB para equidad global en salud.
Predictibilidad	Bajo (1-2 años).	Estable y ajustado a la evolución del PIB.
Carácter vinculante	Voluntario (volátil).	Mecanismo global vinculante.
Apropiación/soberanía	Débil.	Fuerte+ sistema global de monitorización.

VII. EQUIDAD NACIONAL EN SALUD

MUERTES EVITABLES SEGÚN EQUIDAD GLOBAL, DEBIDAS A INEQUIDAD E INEFICIENCIA A NIVEL NACIONAL

Mientras que la mayoría de las muertes evitables tienen lugar en países con PIB pc menor que el mUD descrito en capítulos previos, un número significativo de ellas se dan en países con ingresos per cápita más altos que dicho umbral.

El siguiente gráfico detalla el número de muertes en países de PIB pc > mUD (debidas al ineficiente o inequitable uso de recursos nacionales y no por falta de estos). Muestra cómo Rusia alberga más de una tercera parte de esas muertes, con Sudáfrica y Brasil agrupando otra tercera parte y el resto distribuido en los demás países de este grupo.

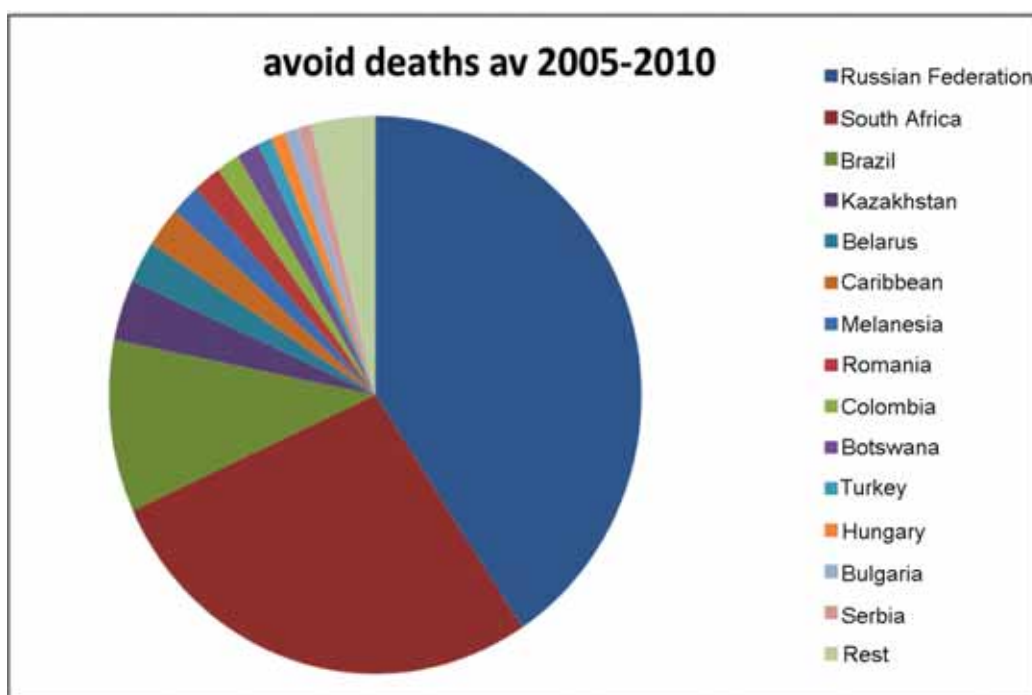


FIGURA 99: DISTRIBUCIÓN DE MUERTES EVITABLES ENTRE PAÍSES CON PIB PC > MUD, 2005-2010.

El gráfico siguiente representa la evolución del número de muertes evitables en los tres países con PIB pc por encima del mUD y mayor número de muertes evitables (dos terceras partes de todas las muertes evitables en este grupo de países viven en los tres analizados: Rusia, Sudáfrica y Brasil). La línea punteada representa los periodos en los que dichos países tenían PIB pc menor que el mUD. Muestra un aumento en Rusia desde mediados de los años 80, antes del colapso de la Unión Soviética, con un descenso en el cambio de siglo, al aumentar el PIB pc y superar el mUD. También muestra un aumento en Sudáfrica desde los años 90, debido con seguridad a la pandemia del SIDA, y cómo lentamente esta alcanza una meseta al final de la primera década del presente siglo. Brasil ha tenido un número más estable de muertes evitables, disminuyendo de manera lenta desde el cambio de siglo, tal vez debido a la reducción de la pobreza durante el gobierno de Lula.

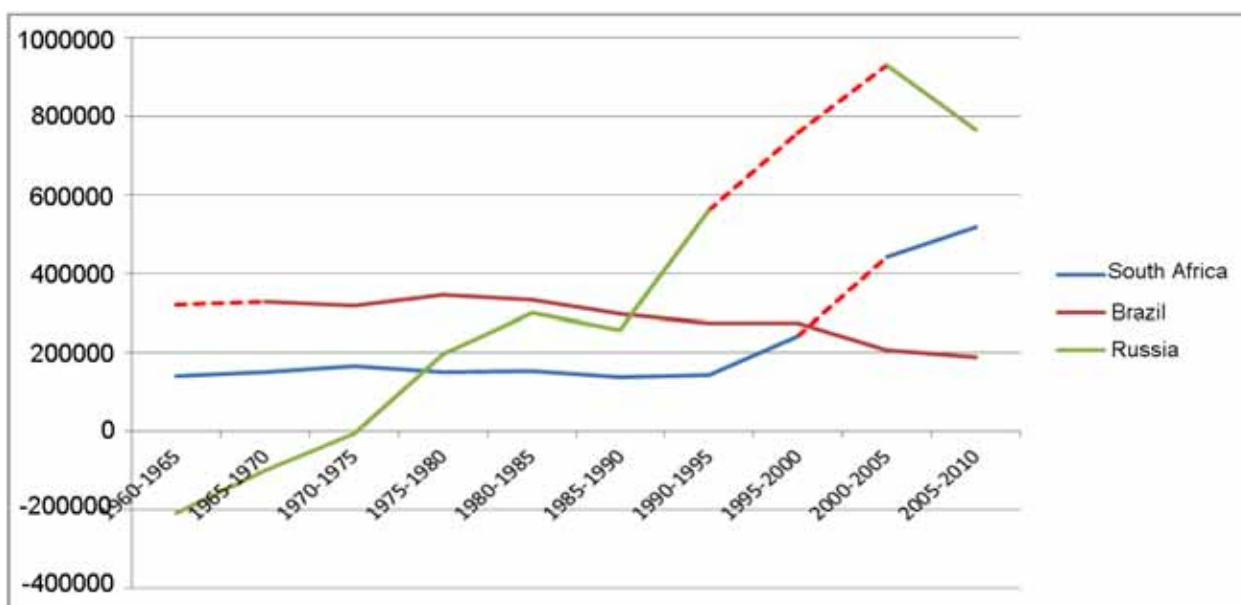


FIGURA 100: TENDENCIA DE MUERTES EVITABLES POR EQUIDAD EN SALUD GLOBAL EN LOS PRINCIPALES PAÍSES CON PIB PC > MUD, 1960-2010.

Pero aun si los países en términos totales no revelan una carga de inequidad en muertes evitables o pérdida de años de vida vs referencias SES, su distribución interna de la salud puede que albergue inequidades nacionales, que al sumarlas -como hemos visto en este análisis de inequidad en la salud global- indiquen la carga nacional de inequidad, termómetro crítico de la inequidad nacional y subnacional, medida de justicia y cohesión social.

A pesar del objetivo fundacional de la OMS desde 1945 y el compromiso de la Asamblea Mundial de la Salud por todos los países para informar sobre sus niveles de inequidad nacional en salud, no existen datos internacionales o registros que así lo hagan.

A continuación mencionamos algunos sistemas parciales (en enfoque y cobertura) que intentan medir desigualdades nacionales en salud a través del PNUD y de la OMS.

ESPERANZA DE VIDA AJUSTADA A LA DESIGUALDAD

Desde el 2011, el Informe Mundial del Desarrollo introdujo al Índice de Desarrollo Humano (IDH)⁶¹ un ajuste por desigualdades nacionales. Para uno de los componentes del IDH, la esperanza de vida al nacer (EV), el ajuste por desigualdad se hace calculando la diferencia entre la media aritmética y la media geométrica.

El siguiente gráfico representa la correlación entre la EV y la EV del IDH ajustada a desigualdad. Demuestra una correlación lineal muy fuerte, con variaciones pequeñas y muy aisladas en la reducción proporcional de EV ajustada a desigualdad.

⁶¹ <http://hdr.undp.org/en/faq-page/inequality-adjusted-human-development-index-ihdi>

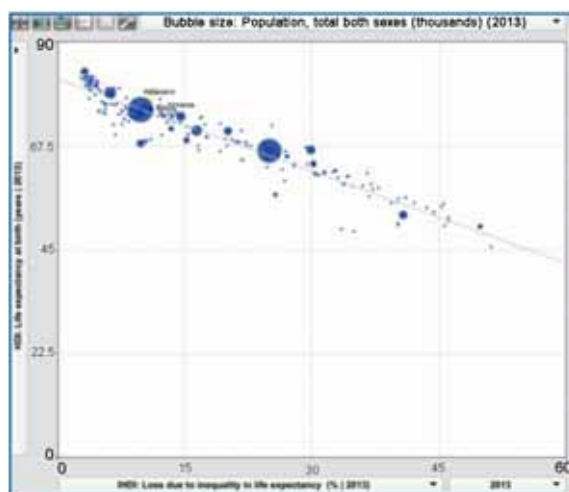


FIGURA 101: CORRELACIÓN ENTRE MEDIAS NACIONALES DE EV Y EV AJUSTADA A LA DESIGUALDAD.

Como muestra el siguiente gráfico, sorprendentemente, la pérdida de media nacional de EV cuando se ajusta a desigualdad no parece estar correlacionada con el índice de Gini.

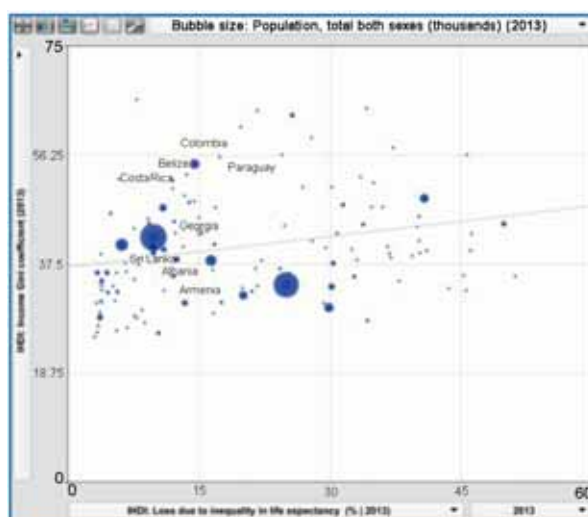


FIGURA 102: CORRELACIÓN ENTRE PÉRDIDA DE EV POR AJUSTE DE DESIGUALDAD, Y COEFICIENTE DE GINI, MEDIAS NACIONALES 2013.

MONITOR DE EQUIDAD EN SALUD -OMS-

Desde que la Asamblea Mundial de la Salud llamó a todos los países en 2010 a informar sobre su situación de equidad nacional en salud, la OMS estableció una plataforma para compartir y analizar dicha información: el monitor de equidad en salud (*health equity monitor*)⁶². Esta base de datos mide diferencias o razones (desigualdades, no inequidades) entre subgrupos, por variables que condicionan la salud (medio rural/urbano, nivel de educación de la madre, ingresos por quintiles) en algunos indicadores de salud relativos a cobertura de ciertos servicios de prevención o asistencia (inmunización, partos asistidos por profesional cualificado) o situación de la salud (mortalidad en menores de 5 años).

⁶² http://www.who.int/gho/health_equity/en/

Solo una tercera parte de los países informan a la OMS sobre su situación de equidad nacional en salud. De hecho, más que un informe específico sobre equidad en salud, la OMS analiza los datos de las Encuestas Demográficas de Salud (*Demographic Health Surveys -USAID-*), DHS, y las Encuestas de Indicadores Integrados (*Multiple Indicator Cluster Surveys -MICS-UNICEF*). La mayor parte de los análisis de los países es incompleta, de cuestionable validez y solo procede de países de ingresos bajos y algunos de ingresos medios. Si en estos países pudiéramos establecer como modelo de mejor salud factible/sostenible para todos la del quintil superior de ingresos, podríamos estimar la carga de inequidad nacional en salud para el único indicador del estado de salud analizado en esta plataforma, la mortalidad en menores de 45 años. Para 2012 solo se pudo estimar la carga de inequidad nacional en salud en 7 países y compararlo con la carga de inequidad global en salud de dichos países, para las muertes en menores de 5 años. Los gráficos siguientes muestran la carga nacional y global de inequidad en salud neta y proporcional.

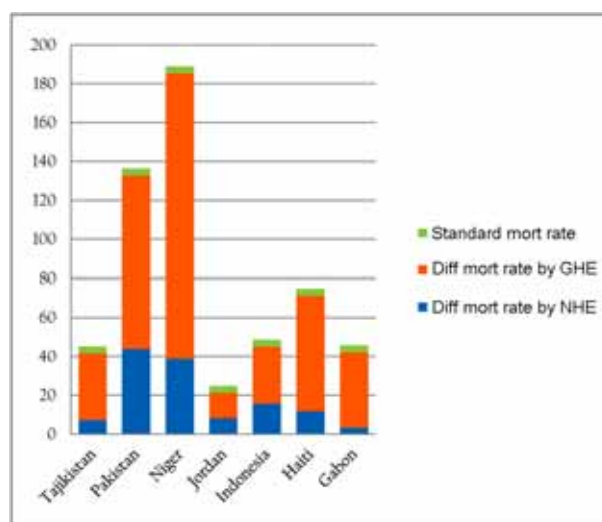


FIGURA 103: CARGA DE INEQUIDAD EN SALUD (MEDIDA EN TASA DE MORTALIDAD EN EXCESO EN MENORES DE 5 AÑOS) GLOBAL Y NACIONAL, 2012.

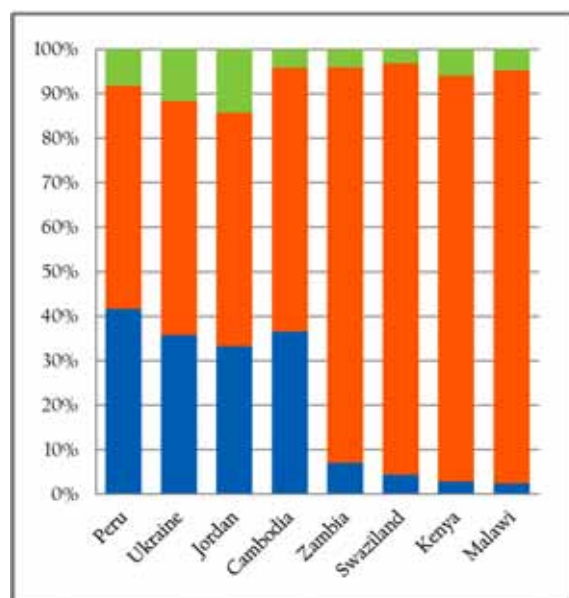


FIGURA 104: PROPORCIÓN DE LA CARGA DE INEQUIDAD GLOBAL Y NACIONAL EN LA TASA DE MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS, 2007-2012.

Los gráficos anteriores reflejan que -con la limitación de información disponible por la OMS, tomando el quintil superior de ingresos como estándar factible/sostenible en cada país y analizando solo la mortalidad en < 5 años- la distribución proporcional de la dimensión global y nacional de la carga de inequidad en salud (de justicia) varía entre países donde la dimensión nacional llega al 50% de la carga total (sobre todo en países de ingresos medios como Perú, Ucrania y Jordania), a países donde más del 90% de la carga de inequidad en salud se atribuye a la dimensión global (sobre todo países de ingresos bajos como Zambia, Suazilandia, Kenia y Malawi) y en los cuales, incluso con perfecta equidad intranacional, seguiría habiendo una alta proporción de muertes evitables si no hay una redistribución solidaria-ética de los recursos a nivel global.

MARCO CONCEPTUAL DE LA VIGILANCIA DE EQUIDAD EN SALUD

Como sintetiza la tabla siguiente, al comparar el sistema actual de monitorización de equidad en salud con las características que debieran tener los sistemas nacionales e internacionales para realmente medir, analizar y actuar en las inequidades en salud, se identifican muchas debilidades y un desafío claro para la comunidad internacional.

TABLA 11: DIFERENCIAS ENTRE EL MARCO INTERNACIONAL TEÓRICO Y EL ACTUAL PARA INFORMAR SOBRE INEQUIDAD EN SALUD

Características	Marco internacional actual de vigilancia de equidad en salud	Estándares de sistemas de vigilancia nacional de equidad
Países informantes	70 (países de ingresos bajos y medios -informes incompletos-).	Todos.
Indicadores	De desigualdad (razones por variables estratificadoras- ingresos, educación, medio rural/urbano) en servicios de salud (inmunización, asistencia obstetra) y de estado de salud (mortalidad en < 5 años).	Inequidad: mejores estándares de salud factible/sostenible y estimación de carga de inequidad en muertes evitables y pérdida de años de vida/vida saludable. Análisis por tiempo, edad, sexo, localización, grupos sociales, riesgos, enfermedades.
Fuentes de datos	Encuestas Demográficas de Salud (<i>Demographic Health Surveys</i>).	Monitorización nacional periódica basada en registros nacionales a nivel municipal (Pobl < 5000) (ingresos, huella de carbono, EV, morbi-mortalidad por grupos de edad, sexo, factores de riesgo, enfermedad).
Utilidad	Medidas arbitrarias mitigadoras para amortizar la situación de acceso a servicios de salud para los grupos más vulnerables.	Condiciones mínimas de dignidad compatibles con equidad nacional y global en salud. Equidad nacional en salud como barómetro de justicia-inclusión social y vinculada a políticas transformadoras (ej: redistribución fiscal, acceso a servicios de salud basados en el derecho universal a la salud).
Impacto	Mitigación.	Transformación.
Lógica	Caridad.	Justicia.

VIII. ÍNDICE HOLÍSTICO DE SALUD

Las secciones previas evidencian -de lo que sabemos del análisis internacional y lo limitado del análisis nacional- el importante desafío de equidad en salud global.

El análisis confirma el principio ético descrito en el primer capítulo, basado en el compromiso individual y colectivo con el derecho universal de salud.

La propuesta que aquí se presenta de “índice holístico de salud”, persigue incluir tanto dimensiones individuales de nuestra salud como los efectos que tenemos individual y colectivamente en otros, a través del acaparamiento excesivo de recursos materiales y el agotamiento no reciclable de recursos naturales. Va más allá, por lo tanto, del enfoque tradicional individual (egocéntrico) y humano (antropocéntrico) de la salud.

METODOLOGÍA

La estimación del índice holístico de salud incluye cinco dimensiones:

1. Estimación de la EV al nacer. Datos de las estadísticas mundiales de salud.
2. Estimación de cuánto de la EV al nacer se disfruta con buena salud física, sin discapacidad (EV saludable -EVS-). Datos de la Carga Global de Enfermedad⁶³.
3. Estimación de cuántos de los años de vida esperados al nacer se viven con felicidad/satisfacción personal/sentido de plenitud de nuestros potenciales físicos y psicosocial (espiritual). Datos del Informe Mundial de Felicidad⁶⁴.
4. Estimación del impacto negativo en otros a través del efecto de acaparamiento. Para ello, calculamos cuánto de la media nacional de PIB pc por encima del máximo (umbral de acaparamiento) está relacionado con la pérdida de años de vida en países que viven con PIB pc por debajo del umbral mínimo de dignidad.
5. Estimación del impacto negativo en otros a través del efecto de agotamiento natural. Para esto, calculamos cuánto de la huella de carbono (emisiones de CO₂) per cápita en exceso del límite planetario está relacionada con pérdida de salud de las generaciones venideras (modelos de pérdida de años de vida en escenarios de aumento de 3-5 °C para el 2050).

ESTIMACIONES DEL IMPACTO NEGATIVO DE ACAPARAMIENTO MATERIAL Y AGOTAMIENTO NATURAL EN LA SALUD AJENA Y FUTURA, RESPECTIVAMENTE

La siguiente tabla explica el método de estimación de los efectos de acaparamiento material y agotamiento natural en pérdida de años de vida de otros en esta (por acaparamiento material) y en futuras (por agotamiento natural) generaciones.

⁶³ http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en/

⁶⁴ <http://unsdsn.org/resources/publications/world-happiness-report-2013/>

TABLA 12: EFECTOS DEL ACAPARAMIENTO Y DEL AGOTAMIENTO PC EN AÑOS DE VIDA PERDIDOS

Dimensiones negativas	Umbral	Población	Estimaciones de exceso de acaparamiento y agotamiento, 2012	Años de vida saludables perdidos/unidad de exceso	Impacto por unidad (de exceso) de acaparamiento y agotamiento
Acaparamiento material*	> 21.750\$ pc (media + desviación estándar del mUD compatible con equidad global en salud).	1.162 millones, de 36 países.	2,33 billones por encima del máximo, en relación a 1,25 billones de déficit: 52% del exceso.	729 millones de años de vida saludables perdidos por inequidad en salud global en países < mUD	0.67 años de vida saludable/año por cada 1.000 US \$ por encima del umbral (21.750 \$ pc). Multiplicada por la EV media nacional para calcular el efecto de acaparamiento acumulado en una vida.
Agotamiento natural	> 2,5 Ton métricas pc de media 2000-2010 (cálculos del límite planetario).	3.425 millones de 97 países.	14 billones de Ton métricas de CO ₂ por encima del límite planetario.	10 millones de años de vida saludable y 0.25 millones de muertes evitables relacionadas con el cambio climático (proyección 2050 de la OMS para 3 °C de aumento ⁶⁵).	0.05 años de vida saludable/año por cada Ton de CO ₂ por encima del umbral (2.5 Tm/año). Multiplicada por la EV media nacional para calcular el efecto de agotamiento acumulado en una vida.

* Según modelos de referencia en la media de países saludables/equitables/sostenibles.

La tabla anterior demuestra que por cada 1.000 \$ PIB pc por encima del umbral máximo (en 2012: \$21,750), se pierden 0.67 años de vida (250 días) en la población que vive por debajo del umbral mínimo de dignidad (mUD), en necesidad vital de redistribución ética del exceso. El mismo método de cálculo se aplica al efecto de agotamiento natural, basado en este caso en la proyección de la OMS, e indica que se perderán unos 10 millones de años de vida saludable si se aumentan 3 °C de temperatura por encima de los niveles de 1990. Esta proyección puede que infraestime el impacto real del cambio climático, que además puede ser -por el ritmo actual de emisiones- mayor de 3 °C.

RELACIÓN ENTRE EL ACAPARAMIENTO MATERIAL Y EL AGOTAMIENTO NATURAL, Y EL DILEMA DEL CRECIMIENTO ECONÓMICO POR ENCIMA DEL UMBRAL DE ACAPARAMIENTO

Las dos causas últimas de inequidad global en salud y pérdida de vida humana son (como demuestra el análisis que sigue) el acaparamiento material y el agotamiento natural de recursos que provienen de la Madre Tierra (directamente al utilizar los recursos naturales e indirectamente hacer uso del poder de extraer, procesar y comercializar dichos recursos: el dinero).

Ambas dinámicas están interconectadas por el hecho de que cuanto más producimos y consumimos (y así generamos ingresos, definidos como el flujo de dinero-capital), más se esparce la distribución de recursos y se alimentan ambos extremos (déficit y acaparamiento) y más agotamos la naturaleza. El siguiente gráfico refleja dicha relación.

⁶⁵ <http://www.who.int/globalchange/summary/en/index6.html>

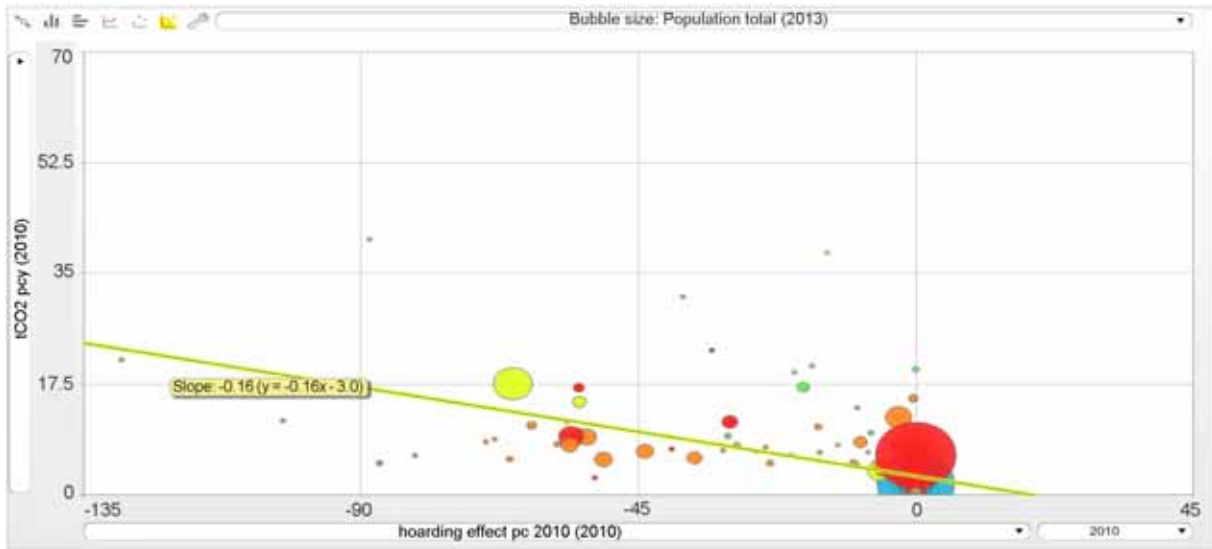


FIGURA 105: CORRELACIÓN ENTRE EL EFECTO DE ACAPARAMIENTO EN AÑOS DE VIDA PERDIDOS Y LAS EMISIONES DE CARBONO PER CÁPITA, 2010.

El gráfico anterior muestra cómo cuanto más negativo (en años de vida ajena perdidos) es el impacto del acaparamiento, más altas son las tasas de emisiones de carbono. Los deflatores de esta correlación son las esferas que aparecen en verde en el gráfico, que representan a los países árabes productores de petróleo, con una relación más alta entre agotamiento vs acaparamiento, y las esferas anaranjadas, con economías más especulativas (OCDE) que agotadoras. La esfera mayor (proporcional a la población) en rojo corresponde a China y la azul a India, y se muestran listas para entrar en esta peligrosa pendiente de acaparamiento y agotamiento (China ya entró en la dinámica de agotamiento), que dramáticamente pareciera ser el único modelo de comprensión política y económica del progreso humano (auto-destructor).

Como se vio en secciones previas, no hay correlación entre el nivel de acaparamiento y el de esperanza de vida. Esto significa que, por encima del umbral de acaparamiento, mayores ingresos no se traducen en mejor salud.

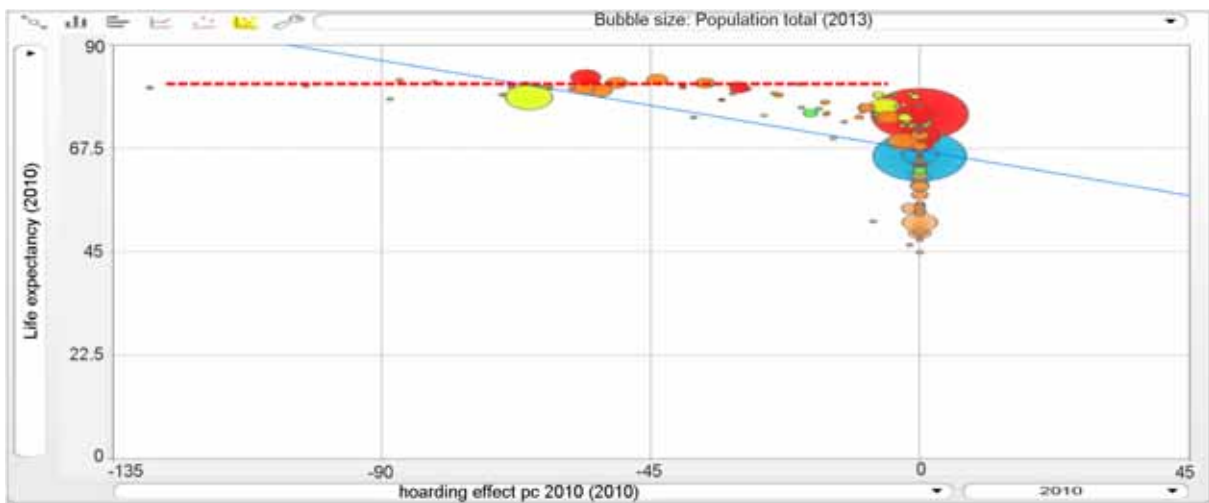


FIGURA 106: CORRELACIÓN ENTRE EL EFECTO DE ACAPARAMIENTO Y LA ESPERANZA DE VIDA, 2010.

Esto revela que mientras los países no-acaparadores tienen como grupo una media de EV al nacer menor que los países acaparadores (ver la línea azul), hay muchos países no acaparadores con EV en el rango medio de países acaparadores. Por otro lado, la correlación (línea roja punteada) de acaparamiento y EV solo para los países acaparadores es plana, es decir, sin correlación.

Este análisis demuestra que el acaparamiento (acumular ingresos por encima del umbral máximo, alrededor de 21.000\$ pc para 2012) NO ES BUENO PARA OTROS (y causa indirectamente más de 14 millones de muertes evitables), NO ES BUENO PARA GENERACIONES VENIDERAS (correlacionado con el agotamiento natural, como muestra el gráfico 103) Y NO MEJORA NUESTRAS VIDAS (no aumenta nuestra EV y tampoco muchos otros indicadores de bienestar humano⁶⁶).

La pregunta es: ¿por qué el crecimiento económico (medido en flujo de capital) parece ser la única estrategia política y económica para el desarrollo humano?

Por otro lado, la limitación del ingreso por debajo del umbral de acaparamiento no solo permitiría la redistribución ética y la prevención de la mayor parte de las muertes evitables -en países por debajo del mUD-, sino que también tendría un impacto al reducir los niveles medios actuales de emisiones de CO₂ per cápita de 3,70 Tm hasta 2,63 mT pc, muy próximas al límite planetario y de seguro ajustables por debajo mediante el margen de acción de las energías renovables, las dietas vegetarianas y el transporte con ejercicio físico (las últimas dos claves para mejorar la salud mundial), entre otras.

DIMENSIONES DEL ÍNDICE HOLÍSTICO DE SALUD

Los siguientes mapas muestran la distribución geográfica, en 2012, de cada una de las dimensiones del índice holístico de salud, y el mismo consolidado.

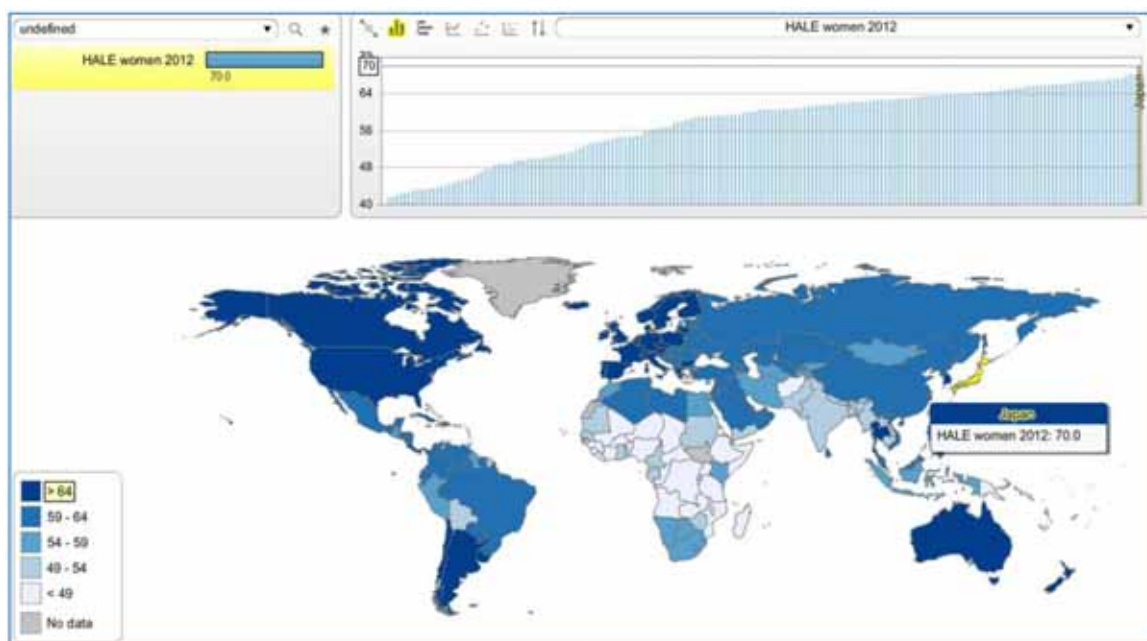


FIGURA 107: ESPERANZA DE VIDA SALUDABLE EN MUJERES, 2012.

⁶⁶ <http://www.equalitytrust.org.uk/resources/spirit-level-why-equality-better-everyone>

Los mejores niveles de esperanza de vida saludable en mujeres (de más de 64 años) se dan en Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Europa Occidental, Tailandia, Japón, Corea del Sur, Australia y Nueva Zelanda. El país con mejor esperanza de vida saludable en mujeres es Japón (70 años); mientras que los peores niveles de esperanza de vida saludable en mujeres por debajo de los 50 años incluyen a Bolivia, África sub-Sahariana -excepto el sudoeste-, y Afganistán.



FIGURA 108: ESPERANZA DE VIDA SALUDABLE EN HOMBRES, 2012.

Los mejores niveles de esperanza de vida saludable en hombres (de más de 62 años) incluyen a Estados Unidos, Canadá, Europa occidental, Japón, Australia y Nueva Zelanda. El país con EV saludable más alta en hombres vuelve a ser Japón (66.6 años). Los niveles inferiores de esperanza de vida en hombres por debajo de los 50 años, están en África sub-Sahariana -excepto su Sudoeste-, India Bangladés y Afganistán.

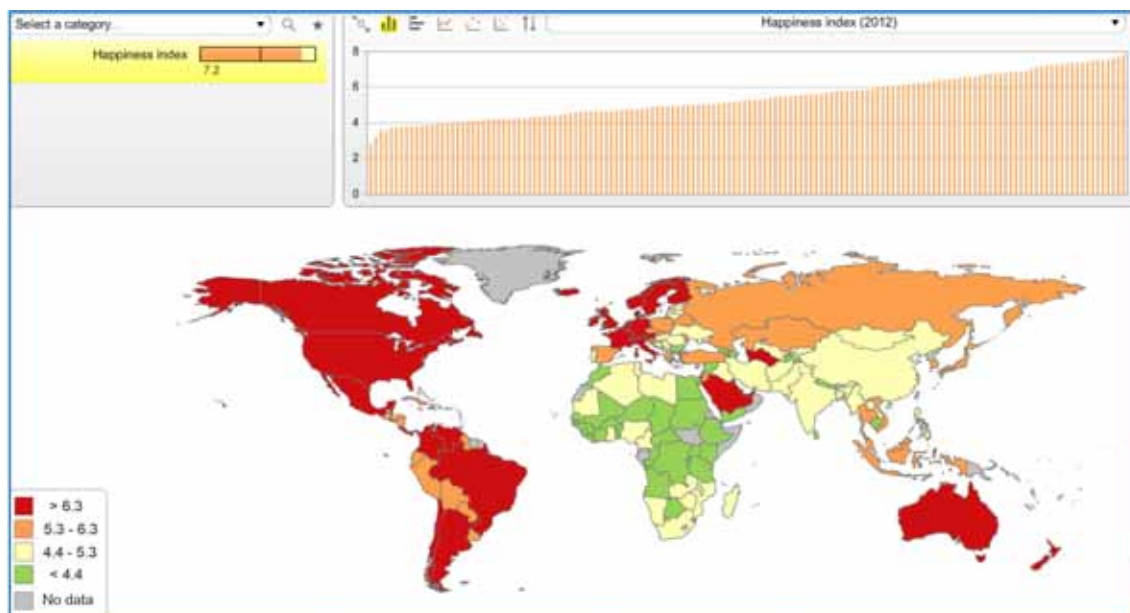


FIGURA 109: ÍNDICE DE FELICIDAD.

El nivel de felicidad, estimado por el Informe Mundial de Felicidad⁶⁷, identifica niveles más altos de felicidad en las Américas, sobre todo Canadá, Estados Unidos, México, **Costa Rica**, Panamá, Venezuela, Colombia, Argentina, Brasil y Chile, el centro y norte de Europa, Arabia Saudita, Turkmenistán, Japón y Australia. El nivel más alto lo disfruta Dinamarca (7,7 sobre 10).

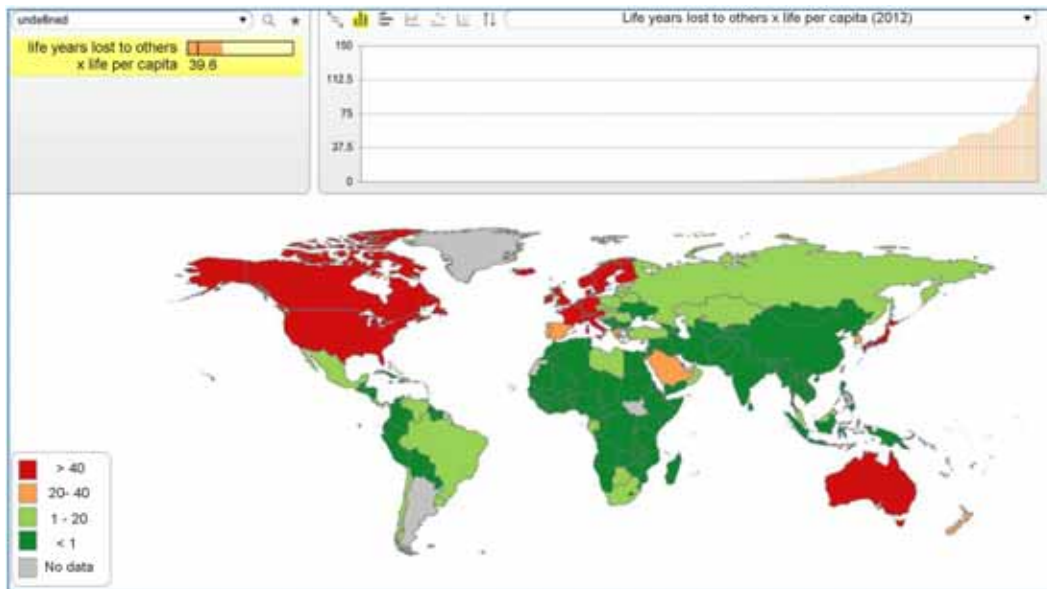


FIGURA 110: EFECTO DE ACAPARAMIENTO PER CÁPITA MEDIDO EN PÉRDIDA DE AÑOS DE VIDA DE OTROS POR DEBAJO DEL UMBRAL DE DIGNIDAD, 2012.

Según la metodología descrita con anterioridad, los países con PIB pc por encima del umbral máximo (de acaparamiento) que indirectamente restan más de 40 años de vida per cápita en países que viven bajo el umbral mínimo de dignidad, son Canadá, Estados Unidos, Europa Occidental (excepto la Península Ibérica), Japón y Australia.

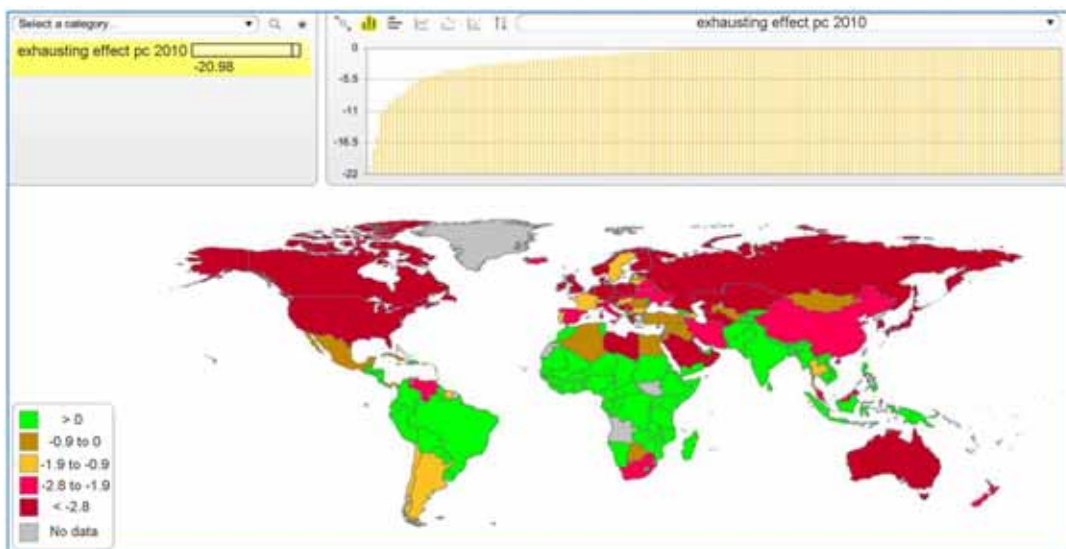


FIGURA 111: EFECTO DE AGOTAMIENTO NATURAL MEDIDO EN PÉRDIDA DE AÑOS DE VIDA SALUDABLE EN PRÓXIMAS GENERACIONES, 2012.

⁶⁷ <http://www.who.int/globalchange/summary/en/index6.html>

Los peores efectos de agotamiento natural por niveles altos de emisiones de carbono se encuentran en Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Noruega, Europa del Este, Rusia, el centro de Asia, Libia, Arabia Saudita, Japón, Nueva Zelanda y Australia.

ÍNDICE HOLÍSTICO DE SALUD

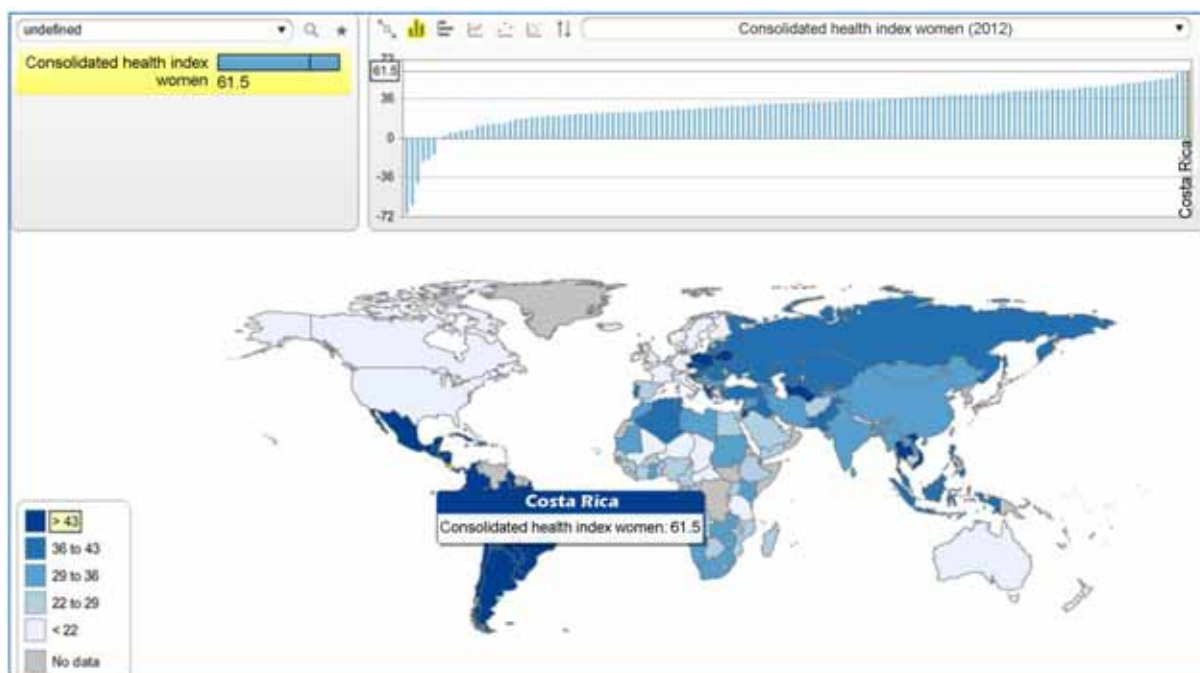


FIGURA 112: ÍNDICE HOLÍSTICO DE SALUD.

TABLA 13: PAÍSES CON NIVELES MÁS ALTOS DE ÍNDICE HOLÍSTICO DE SALUD

País	EV saludable	Índice de Felicidad	AV perdidos por acaparamiento	AV perdidos por agotamiento	Índice holístico de salud (EVSF-neta)
Costa Rica	64.65	7.27			61.48
Panamá	62.77	7.32	-0.07		60.24
Venezuela	61.92	7.48	-2.34		58.88
México	61.80	6.80	-0.69		55.24
Chile	62.63	6.64	-0.96		54.54
Brasil	58.70	6.84			53.94
El Salvador	58.36	6.74			53.32
Argentina	62.25	6.44	-1.06		52.44
Colombia	60.09	6.41			51.70
Belice	60.42	6.45			51.10

El mapa y la tabla anteriores muestran cómo los mejores índices de salud holística están en Latinoamérica, con **Costa Rica** liderando la lista. Solo tres de los 14 países modelos SES (Costa Rica, Colombia y Belice) figuran entre los primeros 10. El primer país no-latinoamericano con mejor índice holístico de salud es Tailandia (número 14). Le siguen los países del sur de Europa (Grecia, Malta) y Centro-Europa (Eslovenia y Eslovaquia).

Los siguientes mapas muestran cómo las diferentes dimensiones del índice holístico de salud se comparan con el máximo potencial de esperanza de vida saludable y feliz y sin efectos negativos colectivos (acaparamiento y agotamiento), con una de esperanza de vida saludable y en felicidad - individual y colectiva- (EV-SF-I&C) de unos 70 años. **Costa Rica**, con el mejor índice holístico, tiene una pequeña pérdida por muerte prematura, discapacidad y tristeza; mientras que la media mundial muestra una pérdida de dos terceras partes del potencial de EV-SF-I&C, fundamentalmente por tristeza (un tercio) y también muerte prematura, discapacidad y efecto de acaparamiento.

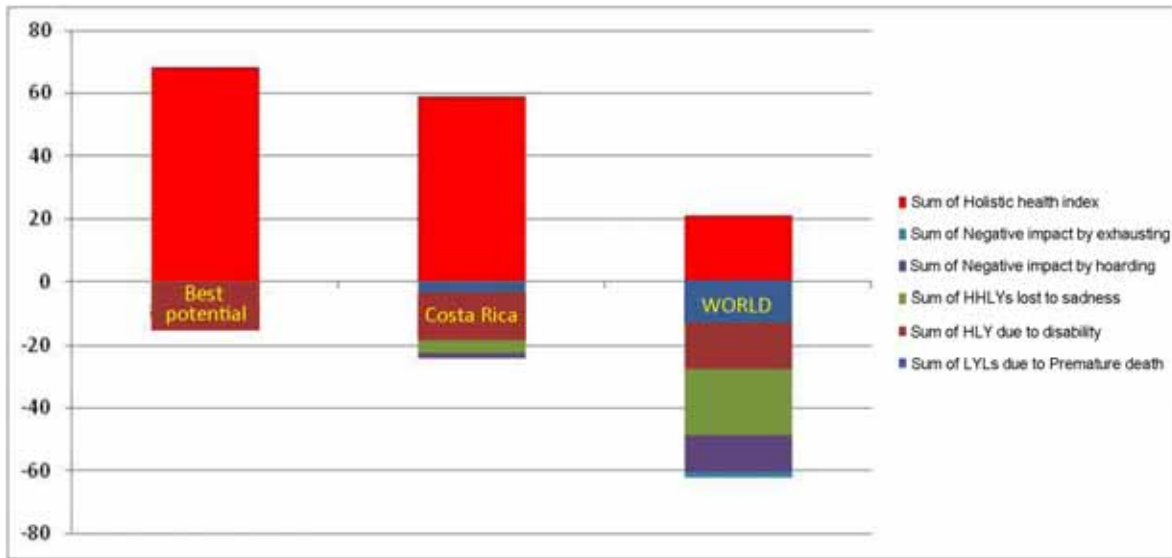


FIGURA 113: POTENCIAL DE VIDA SALUDABLE Y EN FELICIDAD, INDIVIDUAL-COLECTIVA, VS MEJOR ÍNDICE Y MEDIA MUNDIAL.

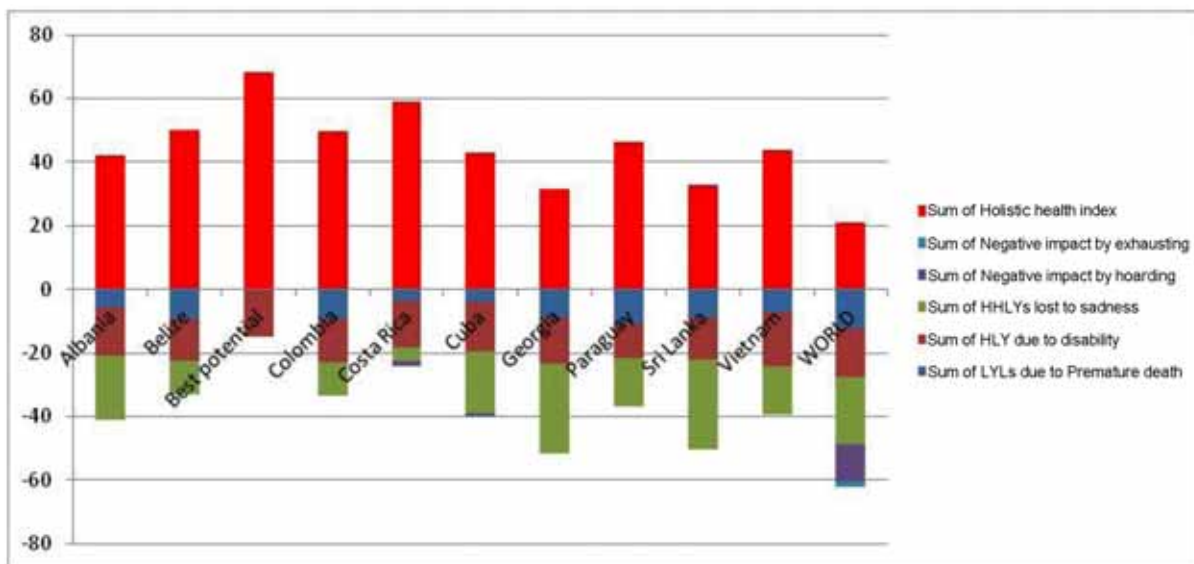


FIGURA 114: ÍNDICE DE SALUD HOLÍSTICA EN LOS 14CSES.

El análisis de los índices de salud holística en los países SES de los que hay suficientes datos (10 de los 14), refleja cómo, mientras hay una moderada pérdida por muerte prematura y discapacidad (aquí calculadas en referencia a los mejores niveles: Japón), el factor más importante que influencia las diferencias en el índice holístico de salud consolidado es la tristeza. Países como Albania, Cuba, Georgia, Sri Lanka y Vietnam tienen índices menores de felicidad, con un índice final holístico de salud menor. Es curioso que esos cinco países han tenido o tienen regímenes comunistas, lo que puede significar un mayor bien común y menores efectos de acaparamiento y agotamiento, pero con una relación que analizar entre la libertad individual y el nivel de felicidad.

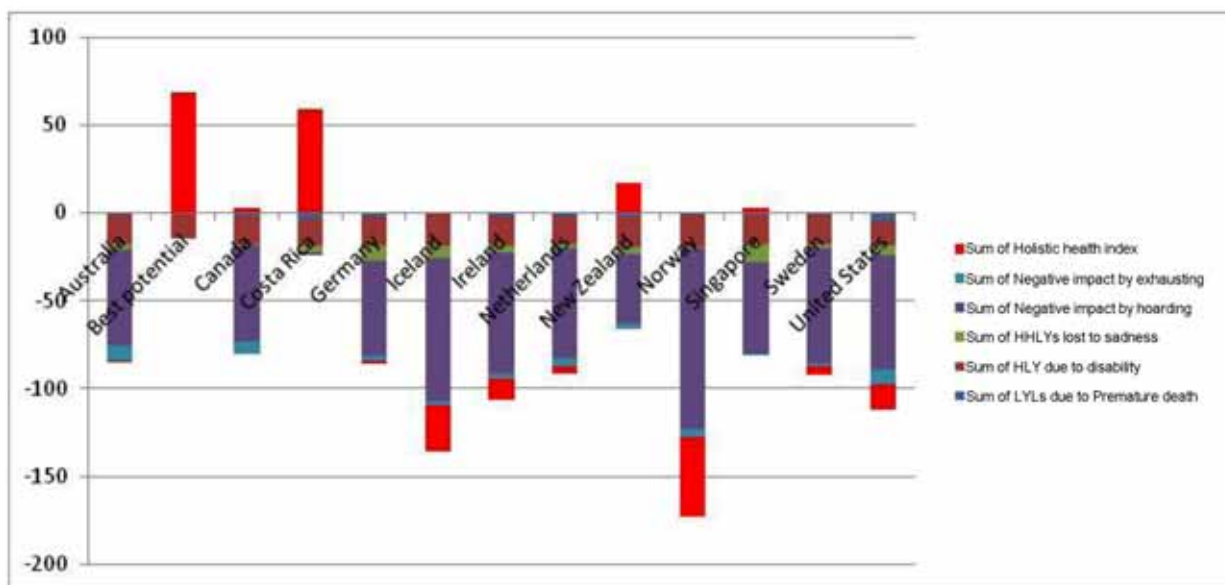


FIGURA 115: ÍNDICE HOLÍSTICO DE SALUD EN LOS 10 PAÍSES CON MAYOR ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO SEGÚN PNUD, 2013.

El análisis del índice holístico de salud (IHS) entre los países con mayores índices de desarrollo humano (IDH) según PNUD en 2013, en contraste con el potencial máximo y el país de mejor IHS (**Costa Rica**), revela que todos ellos tienen un muy bajo IHS. Esto se debe sobre todo al efecto negativo de acaparamiento y, en menor grado, al efecto de agotamiento natural. Es interesante que el efecto de la tristeza es menor en este grupo de países acaparadores. Puede que el acaparamiento se dé en sociedades aisladas (que viven en sus cápsulas de seguridad y comodidad), con poca empatía (quizás también por falta de información) por el dolor que pueden causar indirectamente en otros cercanos y menos en los más lejanos.

En este contexto, el valor de la AOD en su supuesta función de mayor justicia global, en el nivel y marco actual, no solo puede ser errónea, sino contraproducente.

De hecho todos tienen HIS negativos, excepto Canadá, Singapur y Nueva Zelanda (aunque poseen HIS muy bajos); es decir, que cada persona que vive en los países de mejor IDH -y muchos más entre los primeros 50, según tal índice-, previene, en promedio, al menos la vida de otra persona en países que viven por debajo del umbral mínimo de dignidad.

Este análisis final cuestiona el concepto actual, referencia y marco del "desarrollo", que no relaciona o conecta el exceso con la necesidad y es complaciente con los modelos de producción/consumo que están agotando a nuestra Madre Tierra y previniendo que nuestros hijos y nietos la disfruten en armonía.

IX. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS POLÍTICAS

CONCLUSIONES

1. La investigación descrita en este libro se basa en principios éticos -y olvidados compromisos internacionales- del derecho universal a la salud, mediante la equidad en salud.
2. Identifica modelos de buena salud (en promedio 10% mejor que la media mundial), que son replicables (utilizan recursos por debajo de la media mundial) y sostenibles (lo hacen con emisiones de carbono por debajo del límite planetario).
3. Estos modelos saludables-equitables-sostenibles (SES) nos permiten estimar la carga (brecha con el objetivo) de inequidad en salud y su distribución por países, sexo, grupos de edad y evolución en los últimos 60 años.
4. La inequidad en salud puede ser el mejor indicador de inclusión socio-económica (justicia) dentro y entre generaciones.
5. Este análisis concluye que la inclusión socioeconómica y la justicia (medida a través del derecho universal -y en equidad- a la salud) han permanecido estancadas desde los años 80 (y posiblemente influyendo en ello el consenso de Washington) y revela que más de una de cada muerte al año son evitables, y afecta en mayor medida a aquellos países con menores ingresos per cápita, a las mujeres y a las edades más jóvenes.
6. Asimismo, permite establecer un nivel mínimo de ingresos per cápita ("mínimo umbral de dignidad" mUD) (por debajo del cual no se respetan las condiciones dignas de vida) y la distribución ética de equidad compatible con el derecho universal a la salud.
7. De esta manera también se mira a la naturaleza (y cómo en ella las distribuciones suelen seguir una curva "normal" simétrica) y estima el umbral máximo de ingresos, por encima del cual el acaparamiento de recursos tiene un efecto en la equidad de salud, previniendo que otros accedan al mínimo de recursos para una vida en condiciones dignas.
8. El mundo tiene suficientes recursos naturales y económicos para permitir el derecho universal a la salud, incluso con un amplio nivel de desigualdades justas en la distribución de recursos (con razones en extremos de 4 a 7).
9. Los niveles de redistribución necesarios -del extremo de acaparamiento al de déficit < mUD- desafían el actual marco de AOD en su magnitud, distribución, volatilidad y carácter no vinculante.
10. No hay un marco internacional para la vigilancia de los niveles y dinámicas de la equidad en salud, y solo se disponen de datos incompletos sobre desigualdades en países de ingresos bajos. El fijar estándares nacionales es esencial para orientar acciones nacionales y subnacionales en equidad en salud y complementarlas con las acciones internacionales relativas a la dimensión global de la carga de inequidad.
11. El índice holístico de salud (HIS) (combina el disfrute individual de largas vidas saludables y felices, con el impacto acaparador y agotador en otras vidas) revela que el mundo disfruta solo de una tercera parte del potencial de vidas saludables, felices y respetuosas con otros y las próximas generaciones.

PROPUESTAS

La evidencia antes resumida llama a cambios transformacionales a nivel internacional, nacional, social e individual:

1. Nivel internacional

- a. Adherencia y cumplimiento con el compromiso vinculante (unido a mecanismos de información y rendición de cuentas internacional) de todos los países a respetar y promover los derechos económicos, sociales y culturales, en sinergia con los derechos civiles y políticos. (PIDESC y su protocolo opcional).
- b. Fijar objetivos internacionales (móviles en el tiempo) de salud factible y sostenible para todos y marcos de monitorización (mapeando su distribución geográfica -internacional- y social) de la carga de inequidad en salud, como el termómetro de inclusión/cohesión social internacional.
- c. Acuerdo vinculante de un marco internacional de equidad económica compatible con el derecho universal a la salud, que fije niveles y flujos de redistribución de los países por encima del umbral de acaparamiento hacia aquellos bajo el mínimo de condiciones dignas.
- d. Acuerdo de obligación internacional de respetar el límite sostenible de las emisiones de carbono y otros límites planetarios.

2. Nivel nacional

- a. Reconocimiento constitucional al derecho universal a la salud a través de compromisos nacionales vinculantes (y de información y rendición de cuentas a nivel nacional) de los derechos humanos universales, tanto civiles y políticos como económicos, sociales y culturales.
- b. Fijar objetivos nacionales (móviles en el tiempo) de salud factible y sostenible para todos y marcos de monitorización (mapeando su distribución geográfica -subnacional- y social) de la carga de inequidad en salud como el termómetro de inclusión/cohesión social nacional.
- c. Acuerdo de un marco internacional de equidad económica compatible con el derecho universal a la salud, que fije niveles y flujos de redistribución dentro de cada país desde los grupos sociales y regiones por encima del umbral de acaparamiento hacia aquellos bajo el mínimo de condiciones dignas, de forma vinculante.
- d. Acuerdo de obligación nacional y subnacional de respetar el límite sostenible de las emisiones de carbono y otros límites planetarios.

3. Nivel social e individual

- a. Reconocimiento de que el derecho universal a la salud es factible y una obligación ética para todos, en la medida de las capacidades y roles de cada uno en la sociedad (en el caso de trabajadores de la salud, mediante la revisión del Juramento Hipocrático, que promueva el derecho universal a la salud).
- b. Promoción de todas las formas y medios de sensibilidad social e individual y cumplimiento con la obligación ética de respetar, a nivel individual, los límites planetarios (umbrales de agotamiento) y el efecto que ello tendrá en próximas generaciones.
- c. Reconocimiento del hecho de que los niveles de ingresos por encima del nivel de "acaparamiento" tienen un efecto negativo en otros (que vivan por debajo del mínimo umbral de dignidad).

AGENDA DE INVESTIGACIÓN

Este documento describe un análisis de la carga de inequidad en salud, basada en el derecho universal a la salud y los principios éticos de la equidad, a nivel global y basado en datos Internacionales oficiales. Quedan pendientes muchas preguntas sobre los retos de la equidad en salud a nivel nacional, subnacional y comunitario/individual.

A continuación se enumeran algunas preguntas abiertas a considerar, y que con seguridad llevarán a más:

1. Nivel internacional

- Dinámicas y cuellos de botella para la adherencia al ICESCRs y su protocolo opcional.
- Medida y análisis de las dimensiones "en todas -por todos- para todos" de la salud global y sus múltiples iniciativas.
- Validez y limitaciones de las bases de datos de BM, NNUU y OMS/CGE.
- Validez de los datos anteriores, para los 14cSES.
- Especificidades de los modelos SES.
- Actualización de datos para el periodo 2010-2015.
- Modelos de tendencias futuras en equidad.
- Relaciones entre acaparamiento y déficit a niveles internacionales.
- Relaciones entre acaparamiento de recursos materiales y agotamiento de recursos ecológicos.
- Modelos más precisos de efectos del cambio climático sobre la salud (en diferentes escenarios).
- Estructura global fiscal y mecanismos vinculantes que aseguren equidad en salud global.
- Oportunidades de redistribución ética que permita la equidad en salud global y reemplace la AOD.
- Validez intercultural de las estimaciones de índice de felicidad.
- Estrategias políticas para monitorizar e informar sobre equidad en salud global como el objetivo principal de la OMS.
- Estrategias políticas que introduzcan equidad en la salud global como objetivo medible en la agenda post 2015.
- Pertinencia y oportunidades para desarrollar un instituto internacional de equidad social, en salud y ecológica.

2. Nivel nacional

- Disponibilidad de mecanismos nacionales de garantía/rendición de cuentas sobre la adherencia nacional al derecho universal a la salud.
- Disponibilidad de datos sobre salud, ingresos y huella de carbón a niveles municipales y submunicipales.
- Especificidades de modelos SES a nivel subnacional.
- Actualización de datos para el periodo 2010-2015.
- Modelos de tendencias futuras en equidad nacional.
- Relaciones entre acaparamiento y déficit a nivel nacional.
- Relaciones entre acaparamiento de recursos materiales y agotamiento de recursos ecológicos a nivel nacional.
- Estructura nacional fiscal y mecanismos vinculantes que aseguren equidad en salud nacional.
- Modelos de impacto en salud por efectos nacionales de deforestación, disminución de la biodiversidad, agotamiento hídrico y otros.
- Responsabilidades nacionales en redistribución ética, que permita la equidad en salud global y reemplace la AOD.
- Validez intercultural de las estimaciones de índice de felicidad a nivel nacional.

- Validez nacional de estimaciones del índice de felicidad.
- Estrategias políticas para monitorizar e informar sobre equidad en salud nacional, como un objetivo prioritario a nivel nacional.
- Estrategias políticas para introducir la equidad en la salud nacional como un objetivo medible de inclusión social de las políticas públicas nacionales.
- Pertinencia y oportunidades para constituir un instituto nacional de estudios y propuestas en equidad social, de salud y ecológica.
- Proporciones y correlaciones de las cargas de inequidad en salud en sus dimensiones global, nacional y subnacionales.

3. Nivel comunitario e individual

- Sensibilidad social al derecho universal a la salud: concepto, compromisos, situación, desafíos.
- Sensibilidad de los profesionales de la salud al derecho universal de la salud, en especial en sus dimensiones de equidad y sostenibilidad.
- Mecanismos de medición del acaparamiento material individual (y su impacto en la salud ajena) (aplicaciones informáticas y en teléfonos móviles y otros dispositivos de uso generalizado).
- Mecanismos de medición del agotamiento natural individual (y su impacto en la salud ajena) (aplicaciones informáticas y en teléfonos móviles y otros dispositivos de uso generalizado).
- Ejercicio activo de la libertad y su correlación con el bien común.
- Percepciones de felicidad y felicidad potencial y su relación con la responsabilidad y compromiso con el bien común.
- Potencial de disfrute físico y psicosocial y el déficit de estas dimensiones, así como sus dinámicas y sus relaciones con la salud holística.
- Correlaciones entre el disfrute físico y la sostenibilidad ecológica, y del disfrute psicosocial y las dinámicas de conocimiento participativo/capital social.

X. ANEXOS

ANEXO 1: CARGA DE INEQUIDAD EN LA SALUD GLOBAL MEDIDA EN PÉRDIDA DE ESPERANZA DE VIDA

País	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2012
Afghanistan	-29.46	-28.54	-27.64	-21.93	-17.37	-14.81	-14.21
Albania	1.21	1.73	1.36	1.46	2.06	2.57	2.63
Algeria	-14.91	-14.85	-10.71	-3.74	-3.28	-3.79	-3.83
Angola	-28.06	-28.18	-28.72	-29.36	-27.01	-23.75	-23.25
Antigua and Barbuda	0.74	0.33	-0.29	0.67	1.18	0.93	0.95
Argentina	4.17	1.39	0.64	1.05	1.53	1.26	1.30
Armenia	4.82	4.73	1.81	-2.75	-0.94	-0.19	-0.28
Aruba	4.53	3.89	3.34	2.89	1.51	0.54	0.49
Australia	9.78	5.82	5.46	6.50	7.02	7.29	7.38
Austria	7.54	4.69	3.55	5.03	5.81	5.97	6.22
Azerbaijan	-0.21	-0.46	-4.20	-5.75	-5.46	-3.96	-4.09
Bahamas, The	1.69	0.67	-0.42	0.13	0.04	0.18	0.20
Bahrain	-8.95	-1.50	0.90	2.01	2.38	1.86	1.82
Bangladesh	-14.02	-17.61	-14.01	-10.49	-6.89	-4.92	-4.42
Barbados	-0.28	-0.27	-0.65	0.38	0.81	0.39	0.42
Belarus	6.67	4.88	0.92	0.34	-3.30	-4.00	-2.65
Belgium	8.66	5.77	4.33	5.56	5.51	5.83	5.67
Belize	-1.08	0.35	0.69	0.69	-1.67	-1.14	-1.02
Benin	-23.76	-22.85	-21.64	-17.08	-17.03	-15.66	-15.60
Bhutan	-28.68	-28.26	-23.92	-18.03	-11.92	-7.40	-6.83
Bolivia	-18.37	-19.43	-16.91	-11.72	-9.26	-8.09	-7.79
Bosnia and Herzegovina	-0.77	0.86	1.35	-3.05	2.46	1.40	1.41
Botswana	-10.51	-10.59	-8.17	-7.56	-21.72	-27.97	-27.73
Brazil	-6.35	-6.34	-6.17	-3.98	-1.96	-1.33	-1.10
Brunei Darussalam	1.42	2.08	1.99	3.22	3.82	3.58	3.66
Bulgaria	8.21	6.06	2.28	1.15	-0.55	-0.90	-0.40
Burkina Faso	-26.56	-26.10	-22.88	-21.13	-21.73	-19.40	-18.85
Burundi	-19.81	-21.42	-21.59	-23.17	-24.01	-21.78	-21.09
Cabo Verde	-12.04	-13.04	-8.66	-4.61	-2.62	-0.55	-0.17
Cambodia	-19.84	-23.52	-39.26	-15.74	-10.33	-3.77	-3.31
Cameroon	-19.52	-19.12	-17.67	-16.90	-20.28	-20.71	-20.13
Canada	10.09	7.50	6.20	6.88	7.02	6.49	6.52
Caribbean small states	0.95	0.08	-1.22	-1.67	-2.88	-2.98	-2.92
Central African Republic	-24.56	-23.26	-20.17	-24.45	-28.52	-26.31	-25.24
Chad	-23.03	-23.89	-24.21	-24.15	-25.53	-24.64	-24.02
Chile	-4.02	-3.19	0.18	3.05	4.54	4.64	4.86
China	-17.58	-2.29	-1.85	-1.02	-0.07	0.48	0.48
Colombia	-4.33	-4.33	-3.40	-2.20	-1.23	-1.04	-0.94
Comoros	-17.60	-17.49	-16.92	-14.90	-14.33	-14.20	-14.07
Congo, Dem. Rep.	-20.02	-21.35	-22.79	-23.06	-25.86	-25.42	-25.09

País	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2012
Congo, Rep.	-12.46	-11.84	-12.74	-15.32	-19.91	-17.20	-16.42
Costa Rica	0.56	1.64	3.65	5.23	5.52	4.87	4.99
Cote d'Ivoire	-24.17	-21.45	-18.17	-17.89	-25.76	-24.73	-24.31
Croatia	3.57	3.00	1.30	1.67	0.59	2.07	2.21
Cuba	2.86	4.68	4.95	4.15	4.46	4.31	4.35
Cyprus	8.55	7.32	5.88	6.02	5.76	4.90	4.92
Czech Republic	9.31	4.24	1.40	0.89	2.75	3.02	3.36
Denmark	11.13	8.15	5.22	4.31	4.38	4.69	5.34
Djibouti	-17.02	-16.06	-15.26	-13.83	-15.20	-14.12	-13.41
Dominican Republic	-9.20	-6.66	-5.84	-2.55	-1.58	-1.62	-1.48
Ecuador	-7.92	-7.42	-5.95	-1.66	1.14	1.24	1.48
Egypt, Arab Rep.	-13.03	-13.08	-10.56	-5.95	-3.62	-3.96	-3.81
El Salvador	-9.74	-8.65	-12.11	-4.62	-2.66	-2.77	-2.61
Equatorial Guinea	-24.31	-25.46	-25.97	-23.94	-24.45	-22.88	-22.10
Eritrea	-23.68	-24.67	-25.56	-22.26	-16.19	-13.22	-12.48
Estonia	6.86	4.74	0.04	-1.02	-1.80	1.02	1.71
Ethiopia	-22.64	-22.26	-25.13	-23.55	-19.97	-12.94	-11.75
Fiji	-5.08	-5.29	-5.87	-4.92	-4.61	-5.03	-4.97
Finland	7.78	4.98	4.56	4.32	5.25	5.46	5.91
France	8.83	6.46	5.17	6.10	6.84	7.26	7.85
French Polynesia	-4.68	-4.92	-4.17	-1.67	0.24	1.28	1.41
Gabon	-21.48	-18.57	-14.03	-9.21	-12.53	-12.12	-11.64
Gambia, The	-29.00	-27.33	-22.53	-18.28	-17.04	-16.27	-16.11
Georgia	2.39	1.96	0.50	-0.50	-0.58	-0.73	-0.77
Germany	8.27	5.44	3.80	4.68	5.71	5.58	6.18
Ghana	-15.21	-15.86	-16.61	-13.74	-15.23	-13.81	-13.77
Greece	7.12	5.71	4.77	6.44	5.67	5.98	5.92
Grenada	-1.23	-1.61	-2.51	-2.02	-1.96	-2.07	-2.11
Guatemala	-15.51	-13.15	-11.68	-8.26	-4.47	-3.41	-3.05
Guinea	-26.16	-28.55	-27.62	-20.58	-20.96	-19.11	-18.87
Guinea-Bissau	-18.90	-21.16	-23.00	-21.42	-20.77	-20.85	-20.68
Guyana	-2.81	-5.69	-8.20	-8.37	-8.73	-8.71	-8.67
Haiti	-18.88	-18.01	-18.15	-16.07	-14.79	-12.54	-12.01
Honduras	-14.75	-12.68	-9.27	-3.81	-1.73	-1.56	-1.22
Hong Kong SAR, China	5.96	6.25	5.79	6.88	8.66	8.57	8.76
Hungary	6.96	3.97	0.18	-1.18	-0.97	-0.20	0.35
Iceland	12.39	8.74	7.97	7.54	7.44	7.49	8.20
India	-19.66	-16.36	-13.50	-11.97	-10.05	-8.71	-8.51
Indonesia	-16.24	-12.81	-10.29	-7.05	-4.96	-4.24	-4.11
Iran, Islamic Rep.	-16.10	-14.33	-14.21	-7.05	-2.61	-1.28	-0.95
Iraq	-13.01	-7.01	-8.59	-2.09	-1.38	-5.58	-5.47
Ireland	8.65	5.80	3.67	4.25	4.32	6.34	6.18
Israel		6.02	5.00	6.11	6.74	7.19	6.99
Italy	8.08	6.36	5.06	6.48	7.56	7.93	8.22
Jamaica	3.15	2.99	1.61	0.16	-1.74	-1.56	-1.43
Japan	6.62	6.75	7.21	8.34	8.86	8.43	8.38

País	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2012
Jordan	-8.36	-5.01	-2.65	-0.57	-0.43	-0.97	-0.97
Kazakhstan	-2.67	-2.92	-2.25	-2.16	-6.70	-6.11	-5.11
Kenya	-14.68	-12.97	-11.06	-11.38	-19.37	-14.86	-13.63
Kiribati	-14.17	-13.82	-13.04	-9.86	-7.61	-6.52	-6.18
Korea, Dem. Rep.	-9.96	-5.92	-3.13	-1.15	-7.23	-5.51	-5.22
Korea, Rep.	-8.04	-3.16	-3.07	0.80	3.62	6.14	6.65
Kuwait	-0.69	0.94	0.81	1.76	1.14	-0.25	-0.36
Kyrgyz Republic	-4.91	-4.95	-5.97	-2.20	-3.66	-5.11	-4.71
Lao PDR	-17.85	-18.97	-19.87	-16.38	-10.57	-7.51	-6.91
Latvia	8.74	4.64	-0.07	-1.22	-1.90	-0.93	-0.94
Lebanon	2.24	0.88	-0.92	-0.27	2.18	4.84	5.13
Lesotho	-14.53	-16.29	-15.21	-11.16	-25.03	-26.92	-25.88
Liberia	-26.26	-25.90	-22.86	-23.29	-19.80	-14.97	-14.51
Libya	-18.40	-9.08	-4.59	-1.93	-0.25	0.38	0.46
Lithuania	8.81	5.61	1.60	0.67	-0.19	-1.14	-0.85
Luxembourg	7.40	4.79	3.20	4.51	5.66	6.22	6.68
Macao SAR, China	3.62	3.81	3.59	4.78	5.41	5.28	5.41
Macedonia, FYR	-0.42	1.09	-0.23	0.65	1.03	0.31	0.32
Madagascar	-21.07	-20.42	-19.85	-19.49	-13.74	-11.06	-10.47
Malawi	-23.21	-24.59	-24.51	-23.38	-26.18	-20.94	-19.99
Malaysia	-1.57	-0.74	-0.82	0.26	0.64	0.09	0.13
Maldives	-25.18	-21.04	-16.62	-9.89	-2.75	2.38	2.86
Mali	-32.83	-32.81	-29.27	-24.03	-23.16	-20.64	-20.11
Malta	6.56	5.24	4.05	4.68	5.99	6.99	6.03
Mauritania	-17.56	-16.09	-14.64	-12.11	-12.54	-13.39	-13.37
Mauritius	-2.30	-2.08	-1.91	-1.09	-0.55	-1.44	-1.15
Mexico	-3.98	-3.85	-2.32	0.30	2.05	2.28	2.42
Micronesia, Fed. Sts.	-3.46	-3.56	-3.69	-4.30	-4.94	-5.79	-5.87
Moldova	0.77	-0.39	-4.12	-3.03	-5.32	-5.95	-6.02
Mongolia	-12.67	-9.85	-11.95	-10.23	-9.29	-7.51	-7.38
Montenegro	2.66	4.54	3.99	3.85	1.81	0.01	-0.07
Morocco	-12.60	-12.66	-11.37	-5.81	-4.08	-4.24	-4.07
Mozambique	-26.04	-25.98	-26.03	-26.92	-24.79	-25.27	-24.88
Myanmar	-18.31	-14.23	-13.94	-11.80	-10.19	-9.83	-9.78
Namibia	-14.16	-12.67	-11.20	-9.27	-17.09	-11.93	-10.83
Nepal	-22.59	-22.77	-21.22	-15.46	-10.17	-7.30	-6.73
Netherlands	12.35	8.39	6.86	6.38	5.77	6.29	6.39
New Caledonia	-2.40	-2.17	-2.31	-0.01	2.71	1.42	1.54
New Zealand	10.19	6.07	3.95	4.88	6.42	6.29	6.44
Nicaragua	-14.04	-11.55	-10.38	-6.36	-2.57	-0.61	-0.25
Niger	-25.53	-28.93	-29.47	-26.54	-21.51	-17.42	-16.75
Nigeria	-23.86	-24.02	-23.33	-24.39	-25.59	-23.12	-22.61
North America	8.85	5.79	4.92	4.94	4.68	4.37	4.27
Norway	12.51	8.89	6.79	6.04	6.42	6.59	6.74
Oman	-18.37	-14.94	-9.15	-3.23	0.14	1.64	1.88
Other small states	-15.55	-15.25	-14.20	-11.50	-15.88	-15.68	-15.18

País	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2012
Pacific island small states	-7.42	-7.18	-7.16	-6.80	-5.48	-5.14	-5.03
Pakistan	-14.61	-11.70	-10.81	-9.31	-8.33	-8.28	-8.28
Panama	-0.17	0.35	1.39	2.56	2.90	2.54	2.65
Papua New Guinea	-22.58	-19.16	-15.99	-14.79	-13.41	-12.40	-12.42
Paraguay	2.75	0.24	-2.11	-2.48	-2.14	-2.38	-2.52
Peru	-13.35	-11.74	-8.81	-4.97	-1.71	-0.50	-0.20
Philippines	-3.23	-4.39	-6.72	-5.27	-5.42	-6.18	-6.16
Poland	6.64	4.67	1.22	0.39	1.53	1.84	2.08
Portugal	1.77	1.87	2.34	3.47	4.10	4.62	5.66
Puerto Rico	7.68	6.35	4.82	3.67	4.48	3.77	3.82
Qatar	0.21	3.33	3.97	4.80	4.61	3.74	3.74
Romania	4.60	2.86	0.21	-0.75	-1.05	-0.95	-0.15
Russian Federation	5.01	2.94	-1.84	-1.59	-6.87	-5.55	-4.26
Rwanda	-18.79	-20.91	-20.97	-37.88	-24.57	-12.20	-11.22
Samoa	-11.07	-10.23	-8.91	-5.46	-2.73	-2.00	-1.73
Sao Tome and Principe	-10.59	-9.33	-8.37	-8.72	-8.92	-8.55	-8.58
Saudi Arabia	-15.38	-12.47	-5.77	-1.35	0.40	0.67	0.78
Senegal	-22.84	-25.98	-19.94	-13.31	-14.44	-11.57	-11.51
Serbia					-0.08	-0.47	0.52
Sierra Leone	-30.71	-30.59	-28.23	-33.14	-34.10	-29.57	-29.39
Singapore	4.62	3.08	3.16	5.53	5.84	7.13	7.43
Slovak Republic	8.93	4.94	1.53	0.44	0.84	0.70	1.39
Slovenia	7.94	3.41	2.23	2.71	3.20	5.01	5.41
Solomon Islands	-11.66	-10.81	-9.99	-13.79	-9.38	-7.34	-7.21
Somalia	-24.08	-24.25	-24.14	-25.11	-21.34	-20.38	-20.02
South Africa	-12.01	-12.35	-11.91	-8.38	-16.38	-20.02	-18.62
South Sudan	-29.37	-29.39	-29.84	-26.97	-22.98	-20.94	-20.07
Spain	8.07	6.83	6.47	6.34	6.75	7.22	7.66
Sri Lanka	-1.29	-0.92	-0.57	-0.82	-1.06	-0.65	-0.65
St. Lucia	-3.74	-2.35	-0.10	0.55	-0.79	0.00	-0.04
St. Vincent and the Grenadines	-3.32	-0.36	-1.50	-0.42	-1.63	-2.22	-2.31
Sudan	-12.85	-12.98	-14.64	-14.98	-14.24	-12.93	-12.85
Suriname	-1.36	-1.92	-2.94	-2.99	-4.28	-4.07	-3.90
Swaziland	-16.81	-17.24	-14.65	-11.15	-23.55	-26.06	-25.87
Sweden	11.96	9.45	6.86	7.04	7.43	7.04	6.99
Switzerland	10.27	7.82	6.58	6.75	7.47	7.84	7.98
Syrian Arab Republic	-8.27	-6.03	-3.06	-0.24	1.12	0.46	-0.01
Tajikistan	-4.89	-5.17	-6.64	-7.63	-8.44	-7.41	-7.46
Tanzania	-17.39	-18.52	-18.39	-20.03	-22.24	-15.23	-13.87
Thailand	-5.80	-5.67	-4.69	-0.08	-1.30	-0.59	-0.53
Timor-Leste	-27.31	-25.67	-34.45	-22.02	-12.73	-8.46	-7.70
Togo	-20.77	-18.66	-16.57	-14.65	-18.67	-18.94	-18.57
Tonga	0.32	-0.31	-1.33	-0.91	-1.45	-2.23	-2.23
Trinidad and Tobago	1.62	-0.09	-1.82	-2.47	-3.62	-4.81	-4.90
Tunisia	-19.03	-14.06	-6.85	-0.19	0.39	0.19	0.38
Turkey	-15.66	-12.94	-10.19	-6.21	-2.22	-0.20	0.15

País	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2012
Turkmenistan	-6.58	-6.84	-8.02	-7.82	-8.31	-9.39	-9.40
Uganda	-17.06	-16.39	-19.44	-23.00	-24.10	-17.11	-16.07
Ukraine	7.26	5.04	-0.06	-0.36	-4.35	-4.13	-3.77
United Arab Emirates	-8.80	-3.30	-0.90	1.22	2.19	2.19	2.24
United Kingdom	10.08	6.77	4.80	5.38	5.53	5.99	6.78
United States	8.73	5.61	4.78	4.72	4.42	4.13	4.03
Uruguay	6.85	3.49	1.41	2.04	2.45	2.21	2.19
Uzbekistan	-2.16	-2.42	-3.61	-3.81	-5.27	-6.55	-6.61
Vanuatu	-14.55	-12.72	-10.34	-7.30	-4.66	-3.57	-3.31
Venezuela, RB	-1.51	-0.20	-0.66	0.61	0.23	-0.24	-0.23
Vietnam	-1.97	-5.46	-1.45	0.01	1.42	0.90	0.89
Virgin Islands (U.S.)	2.69	2.55	2.55	4.29	4.41	4.76	4.76
Yemen, Rep.	-28.66	-24.04	-18.32	-12.73	-11.76	-11.88	-11.81
Zambia	-15.93	-16.17	-17.73	-26.68	-30.43	-19.88	-17.69
Zimbabwe	-9.50	-10.30	-9.50	-11.36	-28.29	-20.82	-16.67

ANEXO 2: CARGA DE INEQUIDAD GLOBAL EN SALUD MEDIDA EN MUERTES EVITABLES

Pais	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010
Afghanistan	219743	220305	222948	237317	240998	207285	230362	163076	167342	187124	186797	174888
AFRICA	3883520	4054797	4219455	4516334	4738909	5119144	5376334	5830486	6758808	7535027	7907477	7767781
Albania	3595	2888	-368	-865	-936	-403	-975	-1438	351	32	-3207	-2894
Algeria	126529	115221	123138	133316	140836	136563	83990	50252	44211	40333	32602	41305
Angola	122338	108913	114809	118858	125159	137410	160597	185384	214530	228964	216805	227517
Antigua and Barbuda	5	8	15	-9	0	-3	23	6	2	18	-9	-9
Argentina	-29568	-28633	-25364	-7985	-7980	5831	-1459	4184	5961	7658	-3409	-3622
Armenia	-2490	-3082	-3682	-3993	-3897	-1663	-732	4053	6922	5500	2819	2110
Aruba (Not-ODA)	-45	-85	-98	-82	-80	-51	-59	-50	-35	-11	-22	-6
Asia	16897596	16943595	18131467	11290966	9594390	9412866	8877802	8544960	8315063	8304442	5723899	5379233
Australia	-40209	-38005	-36137	-25482	-24593	-21892	-28413	-31734	-35915	-40991	-56983	-63815
Australia/New Zealand	-50603	-47560	-45000	-31898	-30048	-25223	-32021	-35284	-41107	-46612	-65823	-73849
Austria	-20596	-17418	-18675	-10501	-8743	-3560	-4989	-9172	-10531	-12258	-18757	-21180
Azerbaijan	4687	4635	5060	4056	8676	12202	2907	15058	25058	19652	16243	13611
Bahamas	-75	-73	-95	-76	-22	57	75	96	151	236	78	123
Bahrain	1341	1222	793	376	-98	36	-289	-439	-455	-482	-887	-1271
Bangladesh	455082	508150	524436	918822	603177	700455	657664	590621	516936	431960	311463	259754
Barbados	130	134	224	200	69	234	193	160	104	137	75	69
Belarus	-6622	-17037	-20844	-15588	-11037	-665	7084	6695	24268	47296	51202	45288
Belgium	-31617	-29675	-27311	-16197	-13447	-7059	-10291	-13817	-16003	-16267	-22263	-24900
Belize	173	128	106	90	59	99	26	15	126	248	188	189
Benin	50381	47893	45498	44467	46121	44729	45795	49974	50474	58389	60240	60495
Bhutan	4641	5062	5360	5777	5799	5785	5457	5099	4050	3156	2391	1903
Bolivia (Plurinational State of)	38345	42863	46297	50965	54728	51629	45074	40301	37422	36198	32079	30734
Bosnia and Herzegovina	254	2119	12296	6276	-1086	-595	-180	-100	18727	762	-51	736
Botswana	3290	3572	3791	4227	4003	4018	3783	3682	5846	13087	21006	26113
Brazil	283757	313225	319211	326746	315617	345211	331982	295985	273772	273576	205483	187663
Brunei Darussalam	-32	40	-89	-118	-140	-71	-181	-184	-228	-229	-398	-443
Bulgaria (Not-ODA)	-12910	-18341	-24570	-18861	-13858	-2509	2091	7495	13462	21262	16602	15882
Burkina Faso	99028	98509	98908	100420	101959	103556	94348	103047	119816	134984	137982	139551
Burundi	34948	38248	41263	45105	49357	52237	57459	67020	86001	82447	84057	92240
Cambodia	70263	95246	129767	399535	86542	82689	60746	76280	72226	66179	47601	33313
Cameroon	65191	69765	73442	79556	81798	86982	92617	104234	119331	144815	170465	185122
Canada (Not-ODA)	-70707	-70040	-70741	-57582	-52693	-41804	-50294	-55535	-57189	-57320	-77645	-82532
Cape Verde	1577	1209	1854	1891	1496	1689	2118	942	845	747	413	230
Caribbean	73404	66475	56781	49097	40856	49061	54077	54179	60147	62577	50114	44356
Central African Republic	27060	26263	27711	28218	26290	25417	27652	34883	43997	52494	56260	55256
Central America	265034	239807	221465	242916	224149	207615	169589	127930	91474	60946	-2923	-15044
CENTRAL ASIA	65366	65414	65229	68113	73241	97665	103290	112416	156851	190202	170488	181667
Chad	44945	49315	52915	57434	59737	66396	71498	80532	95803	112424	128989	141953
Channel Islands	-494	-444	-406	-318	-280	-173	-203	-209	-215	-215	-329	-372
Chile	15040	22141	22659	18521	11881	6726	-2020	-6207	-8977	-9544	-20079	-19996
China	6094887	6635471	8532723	2164237	738775	807839	787360	877419	833243	976983	-216208	-244637
China, Hong Kong SAR	-5308	-6428	-7968	-8425	-9299	-7987	-10404	-11505	-12174	-14222	-18994	-20913
China, Macao SAR	-57	-91	-296	-389	-415	-332	-375	-498	-566	-585	-789	-944
Colombia	68316	54399	51282	53905	49576	51886	34067	36925	46841	43999	28163	26679
Comoros	2122	2406	2354	2496	2477	2786	3022	2958	3095	3437	3595	3841
Congo	8617	8317	8024	8708	9586	11383	12464	15086	20864	27491	30898	30937
Costa Rica	1356	1186	637	-207	-1228	-1702	-3428	-3917	-3986	-3847	-5396	-5531

Pais	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010
Côte d'Ivoire	61853	66502	68868	74796	75981	81973	87908	100115	128963	188396	225267	215878
Croatia	2782	744	-1031	-604	-592	44	3091	1886	3610	2360	1926	628
Cuba	-2311	-5040	-8273	-13816	-18274	-16319	-15686	-13360	-9357	-10006	-14577	-15693
Curaçao	-122	-184	-172	-186	-178	-137	-157	-137	-96	-20	-54	-97
Cyprus	-2070	-1907	-1975	-2111	-1769	-1381	-1433	-1492	-1518	-1475	-1894	-1909
Czech Republic	-27228	-26793	-23582	-9637	-1009	6787	13098	13472	11445	7035	-583	-6131
Dem. People's Republic of Korea	29486	70952	142841	73516	53583	21553	20741	18122	13453	89292	59813	71140
Democratic Republic of the Congo	377883	263451	179171	201441	230940	284947	334294	439972	535827	692117	707871	782712
Denmark	-23455	-20921	-19439	-15062	-14001	-9209	-7015	-5408	-3556	-2923	-6883	-8869
Djibouti	742	839	966	1294	1497	2040	2820	3201	4320	4633	4758	4742
Dominican Republic	25380	25054	22752	20392	16448	15815	14559	12777	11118	12103	9685	9971
Eastern Africa	1160088	1223695	1272600	1384699	1502486	1714223	1941672	2182008	2678781	2768567	2747019	2448987
Eastern Asia	6233880	6684470	8516846	2078436	529237	595616	512680	523685	452260	642036	-750887	-831180
Eastern Europe	-156827	-423083	-541106	-314127	-161049	232399	450176	441114	897452	1217494	1331891	1142578
Ecuador	25889	25902	24260	26719	25956	25773	19903	14844	10471	6746	-1248	-1181
Egypt	336328	296609	288873	294524	299736	273449	237551	180018	154970	128282	113157	125748
El Salvador	21336	20466	19869	20516	21512	26224	28507	17669	9863	10172	7956	8390
Equatorial Guinea	4376	4213	4731	3438	4168	4477	3948	5056	5660	6396	7058	7302
Eritrea	36360	31995	28869	25450	23184	20704	27595	37855	35394	27950	25995	27410
Estonia	-2900	-2143	-3092	-2113	-1458	969	1846	1967	4640	4658	3370	2051
Ethiopia	368835	373418	367168	396045	442167	513711	613518	634232	682957	688838	612011	482915
EUROPE	-1270362	-1455017	-1591360	-1091537	-887130	-222726	-80472	-161715	311978	579014	384200	69239
Fiji	1405	1081	1129	1161	1149	1166	1430	1377	1445	1595	1534	1763
Finland	-12137	-10097	-7922	-3602	-4070	-2886	-5332	-4834	-5340	-6638	-10646	-12120
France	-153274	-150543	-159247	-119063	-122194	-90208	-100041	-113615	-118917	-121986	-160247	-171625
French Guiana	90	81	56	11	11	48	18	-15	-49	-74	-141	-144
French Polynesia	381	220	203	211	228	187	292	163	169	117	8	-83
Gabon	6926	6922	7217	6811	6142	5795	4991	4347	4901	6214	7576	7565
Gambia	8881	6526	7803	8925	8627	8598	8386	8724	9716	10397	10554	11222
Georgia	1163	-317	-2422	-803	1809	-2305	-2588	2066	4970	5863	3629	4455
Germany	-246843	-216282	-210434	-130678	-98413	-38200	-61059	-90829	-95968	-116880	-188507	-216469
Ghana	58642	65014	71382	79345	85239	92454	98154	99824	97781	120694	130943	127974
Greece	-23480	-19501	-21490	-18188	-18249	-13394	-16902	-18386	-23185	-22144	-29623	-28712
Grenada	85	87	124	90	84	139	134	115	161	167	123	111
Guadeloupe	668	412	363	122	-36	7	-75	-176	-277	-358	-621	-717
Guam	69	59	38	17	-19	-3	-29	-42	-47	-62	-156	-176
Guatemala	39780	43140	44297	44840	41394	43830	42667	38449	34172	29582	21250	20996
Guinea	79488	82425	83927	74788	71352	68208	81167	75495	80600	92933	98858	91524
Guinea-Bissau	8092	7800	7712	7953	10835	11345	12019	12446	12940	13656	14133	14875
Guyana	216	737	966	1474	2020	2717	2561	2570	2719	2875	2833	2580
Haiti	50872	51892	52613	49994	50245	54655	59454	57708	57011	56674	54772	50082
Honduras	20423	21380	20080	20986	21655	19157	15650	11587	10337	8988	6841	6954
Hungary	-20593	-23551	-24320	-13144	-8070	9606	21083	24153	29698	27896	19316	15930
Iceland	-941	-924	-916	-740	-663	-625	-586	-598	-604	-583	-802	-847
India	6530623	6267018	5838170	5461099	5000700	4764246	4675998	4773335	4871604	4760898	4195630	4012986
Indonesia	1095777	1036888	938583	866258	760214	720480	637749	561686	510520	479216	396518	374563
Iran (Islamic Republic of)	268334	257639	215817	231996	260989	267202	362530	240116	109146	89023	49811	42304
Iraq	103967	72228	57158	45955	38437	39921	62130	34453	15482	21481	24470	52317
Ireland	-9562	-4446	-2605	-2292	-8770	-9068	-5859	-2407	-2724	-2522	-6329	-8574
Israel	-7035	-7530	-7789	-7033	-7242	-6082	-6704	-7188	-8030	-9426	-13419	-15306

Pais	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010
Italy	-169428	-155898	-155031	-123641	-128357	-88510	-97020	-115499	-120810	-132899	-185522	-204107
Jamaica	435	-224	-1984	-1671	-1914	-972	-742	235	1799	2880	2556	2301
Japan	-136017	-166640	-200920	-213975	-266360	-274024	-319866	-366815	-376092	-390369	-493396	-519217
Jordan	4696	5317	5297	5279	4335	3319	2404	1488	1527	2085	429	848
Kazakhstan	18535	17196	18415	18471	19586	28161	28770	27922	49049	78890	67665	66566
Kenya	77611	85112	84709	90133	91451	99101	98652	118381	155073	241054	288612	263753
Kiribati	346	307	318	289	331	356	340	329	323	285	229	219
Kuwait	663	435	254	173	-350	-580	-1278	-2132	-1935	-1294	-2033	-1818
Kyrgyzstan	8174	7717	7424	7308	7528	9477	10808	10498	12158	12942	12895	15306
Lao People's Democratic Republic	24516	22008	26685	29766	32347	35455	37189	38011	34418	27861	20192	17923
LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN	829590	835897	816615	866378	802751	836421	729874	636617	579997	540579	318330	276301
Latvia	-4430	-5900	-6514	-4265	-2266	2199	3598	3414	9133	8944	6731	6596
Least developed paises	3492591	3626468	3773366	4027358	4541049	4917448	4827702	5031478	5590883	5726267	5462653	5202134
Lebanon	-1053	-1353	-1396	-543	-429	1120	1488	1416	1164	59	-3307	-6329
Lesotho	8562	8406	8213	9583	10371	10812	10037	9699	8538	16249	26812	25380
Less developed regions	21784461	22037358	23403396	16920042	15433781	15673497	15331851	15410958	16063288	16806140	14476682	13975915
Less developed regions, excluding China	15693373	15418564	14893436	14777665	14723431	14889020	14572196	14563064	15258063	15856898	14740557	14271685
Less developed regions, excluding least developed	18291870	18410890	19630030	12892684	10892732	10756050	10504149	10379480	10472405	11079873	9014029	8773780
Liberia	25830	21940	19677	24178	25188	26381	27928	29520	28176	26434	30716	24339
Libya	22824	21322	17286	13382	9834	7935	5326	3884	2978	2392	-274	-1084
Lithuania	-8827	-3895	-6486	-7309	-5584	-1206	968	1275	6962	8436	7091	9557
Luxembourg	-694	-600	-713	-316	-178	28	-177	-356	-485	-533	-865	-995
Madagascar	73122	77926	81295	86285	90277	98517	99888	119676	122679	111108	93016	88734
Malawi	51806	58612	66327	76958	83427	98273	107884	119989	137241	152514	154206	138755
Malaysia	14675	10950	2651	4911	870	3942	2054	-25	647	2155	-5531	853
Maldives	1452	1899	1457	1769	1764	1566	1324	1181	863	564	111	-152
Mali	136554	147442	139324	133394	147679	139900	129428	122745	124762	138293	140542	146830
Malta	-1022	-684	-609	-400	-393	-287	-397	-466	-486	-496	-691	-823
Martinique	535	281	68	27	-145	-162	-239	-369	-472	-558	-821	-908
Mauritania	10078	10623	10533	11011	11442	12206	11642	11992	13246	15306	16707	18808
Mauritius	970	1438	2523	660	679	1088	690	1043	1122	1388	1135	1141
Mayotte	-4	69	143	119	90	37	28	-23	-50	-65	-141	-177
Melanesia	26377	29820	33361	34841	36077	30737	29251	30601	31916	34490	32909	32870
Mexico	134504	163841	117860	138386	125411	101908	68593	49502	31399	8006	-37367	-48648
Micronesia	630	576	509	561	546	634	657	669	673	574	295	229
Micronesia (Fed. States of)	94	97	102	119	102	104	139	169	200	230	201	190
Middle Africa	598192	482512	444791	524082	571594	671444	752091	869982	1041442	1271510	1326513	1438945
Mongolia	8818	9532	8992	8754	8471	10294	11630	11044	10141	9413	7512	7508
Montenegro	-54	-163	-663	-681	-981	-760	-780	-664	-508	-274	467	508
More developed regions	-2233552	-2392825	-2498285	-1777495	-1577463	-865829	-818051	-932768	-452506	-189436	-640867	-1024814
Morocco	94538	111020	117400	119585	117892	120548	98221	71732	55607	51527	44113	46901
Mozambique	150951	153512	156669	165782	170657	183653	204720	217363	226766	233508	254188	274802
Myanmar	325837	280010	270486	224252	223047	236897	235276	222990	212761	209358	185966	184563
Namibia	6028	5767	5567	5713	5774	5936	5563	5779	6749	10256	16121	10918
Nepal	151227	143376	155914	163697	168366	172582	164644	150415	130204	115016	91268	76171
Netherlands	-62566	-56976	-55150	-43657	-39348	-30419	-31249	-30337	-28138	-26122	-34637	-41989
New Caledonia	326	251	199	191	136	134	84	42	21	-6	-104	-163
New Zealand	-10395	-9555	-8863	-5455	-6416	-3330	-3608	-3550	-5193	-5621	-8839	-10034
Nicaragua	17474	18011	17099	16944	16505	18177	18143	15411	10340	8369	5192	3964

Pais	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010
Niger	90109	62099	50522	74882	103582	116878	124719	139633	147972	148727	141013	97573
Nigeria	795717	758635	815964	871388	921202	998258	1068332	1245744	1443761	1643421	1738161	1714396
Northern Africa	675703	671150	672779	684112	685855	668840	565321	460887	432285	412886	371867	392705
NORTHERN AMERICA	-776569	-723608	-661005	-440086	-393925	-343856	-385692	-368954	-347285	-331469	-465848	-500987
Northern Europe	-322983	-286758	-270406	-202487	-173676	-89736	-96477	-97075	-88916	-92151	-162590	-191713
Norway	-21604	-19607	-17977	-14586	-13495	-10125	-9869	-8056	-8129	-8585	-11205	-12604
OCEANIA	-12866	-11131	-10061	491	1322	5819	-4046	-3203	-7779	-10889	-32242	-40466
Oman	8458	7840	7275	7005	6667	6193	4863	3271	1799	828	-733	-1497
Other non-specified areas	1566	-10159	-14042	-13503	-18712	-15043	-16926	-17522	-15278	-12934	-27884	-29277
Pakistan	422366	482409	549917	413512	417293	452862	499976	548473	554773	562061	469874	486650
Panama	993	992	610	691	73	-79	-570	-786	-777	-571	-1587	-1359
Papua New Guinea	23133	26009	26889	30598	33246	31967	27849	26677	28028	30647	29766	29703
Paraguay	-2931	-1584	-1027	456	744	3084	4347	5594	6368	7291	5186	5481
Peru	85978	93407	95180	99432	84272	81685	67428	57394	48293	37158	17228	13332
Philippines	42913	51881	61361	75654	81525	130863	138073	129093	144546	166644	163163	187441
Poland	-25605	-60220	-71554	-52423	-42460	-6689	4682	26807	45201	40858	11211	9781
Polynesia	1151	1027	1002	1021	1005	1157	941	810	739	660	377	283
Portugal	-7119	-4583	-6961	-2873	-6875	-3671	-8612	-10500	-8978	-9968	-17826	-20683
Puerto Rico	-5458	-7014	-7052	-6232	-5911	-5478	-4820	-4400	-1945	-1396	-3600	-3771
Qatar	83	66	26	-38	-169	-232	-451	-766	-813	-816	-1359	-2281
Republic of Korea	127150	149269	87698	127862	47290	53316	40520	13441	-467	-15542	-60941	-94840
Republic of Moldova	2685	1815	1468	2244	3909	8713	12862	9991	13352	18142	17544	17597
Réunion	2123	1445	1031	663	253	273	121	-48	-179	-268	-652	-805
Romania	-15222	-15114	-41871	-12606	-21126	971	12543	27212	41160	57129	41648	32295
Russian Federation	6013	-161945	-208760	-101741	-6469	194946	298759	257202	560402	757410	928373	764701
Rwanda	33214	38740	42594	46913	56610	67635	67327	95060	265568	92547	94302	58348
Saint Lucia	183	493	468	258	109	103	38	-2	68	148	108	32
Saint Vincent and the Grenadines	343	79	37	177	345	102	56	47	68	120	122	125
Samoa	663	687	667	681	689	668	577	483	383	320	201	188
Sao Tome and Principe	508	498	552	347	365	330	442	490	531	596	589	581
Saudi Arabia	41441	44485	47089	48796	41609	34114	24598	15605	7125	3951	-9074	-14701
Senegal	72859	47495	52132	59236	77285	70066	61835	53282	56728	68765	66245	57849
Serbia	1623	-1444	-5910	-5559	-5936	546	2129	4350	6744	15909	16610	15104
Seychelles	59	59	16	32	-9	-2	-5	21	48	68	63	94
Sierra Leone	49061	52034	55873	59935	56380	57507	61760	75433	91085	90052	87654	84662
Singapore	-3889	-2908	-1242	-2339	-2032	-1401	-2592	-3429	-4825	-5431	-8472	-10807
Slovakia	-9571	-13132	-14022	-8455	-4882	-421	1972	4247	5624	6097	3938	3597
Slovenia	-3138	-3156	-3053	-1236	-1071	-157	573	-52	58	-346	-1838	-3305
Solomon Islands	761	829	856	952	1050	1101	1248	2022	1966	1830	1427	1326
Somalia	46182	48805	51105	54342	56931	74406	85693	87339	100116	86833	88737	92719
South Africa	137011	133685	138883	149472	165320	148731	152612	136872	141867	242029	440670	517130
South America	491152	529615	538369	574366	537746	579745	506209	454508	428375	417056	271139	246989
South Sudan	80722	70052	70543	72934	76912	86595	97133	98847	84657	79257	82910	90261
South-Central Asia	8258416	7983287	7508486	7214164	7059770	6660332	6679998	6596863	6527815	6374875	5482552	5245284
South-Eastern Asia	1453780	1407970	1378784	1299943	1338829	1532077	1186129	1066674	951757	910602	948814	935855
Southern Africa	129962	132277	146706	174715	159950	157553	164080	155774	157573	276683	524727	600177
Southern Asia	8193050	7917873	7443257	7146051	6986529	6562667	6576708	6484446	6370964	6184674	5312063	5063616
Southern Europe	-253648	-253811	-287965	-236840	-251541	-180558	-210352	-230235	-209739	-234384	-336807	-378868
Spain	-69329	-78632	-95376	-84566	-86744	-75435	-91728	-89266	-86051	-88420	-117562	-136304
Sri Lanka	1830	8470	4669	11175	21008	13599	9023	12130	16045	34872	4718	9112
State of Palestine	5715	4989	3542	7328	7680	8680	8439	2602	2583	2294	1292	1504

Pais	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010
Sub-Saharan Africa	3207816	3383647	3546676	3832221	4053053	4450304	4811013	5369598	6326523	7122141	7535610	7375076
Sudan	57780	62052	67395	76022	83604	103408	123447	143188	168640	187804	183854	180338
Suriname	477	530	388	302	384	297	497	548	707	990	1033	958
Swaziland	3539	3868	4271	4788	4799	4926	4650	4685	5027	8471	13053	13141
Sweden	-40290	-36782	-36465	-30938	-29858	-21520	-22563	-22703	-22522	-22675	-26915	-28699
Switzerland	-21224	-19733	-20215	-17549	-18421	-15306	-15886	-17262	-16645	-17758	-22816	-25388
Syrian Arab Republic	26919	26607	25882	24899	19345	16281	10101	5614	2176	1285	-6706	-8622
Tajikistan	8796	9881	9487	11201	12571	14858	18032	21576	26975	26643	20774	20500
TFYR Macedonia	-45	-777	595	1848	3156	-117	658	138	1044	1365	881	1359
Thailand	98190	109250	102471	115430	98894	101862	77008	22520	38746	71894	59562	42402
Timor-Leste	10699	10569	10164	14399	10907	10563	10576	9115	8853	6489	4348	3698
Togo	25283	24712	26492	23389	24440	25959	26213	27982	31416	40785	44996	49684
Tonga	-43	-4	-10	-7	-8	55	56	57	88	111	92	101
Trinidad and Tobago	292	53	-346	31	503	1075	1369	1647	1983	2530	2537	2999
Tunisia	50201	55029	54584	46267	32902	25608	15305	10558	4683	1419	-2629	-1591
Turkey	313790	326664	303332	280027	261229	244899	203895	162303	132531	96898	36296	16030
Turkmenistan	8134	7733	8373	8260	8883	10671	11487	12909	15114	15173	15352	16780
Uganda	75931	80498	84114	90293	104011	129838	157000	198574	259091	300769	277668	255639
Ukraine	-47775	-88765	-113050	-83916	-56048	21659	76002	63840	152840	234370	242640	243637
United Arab Emirates	816	676	599	489	359	98	-655	-1459	-2039	-2633	-5122	-7897
United Kingdom	-203577	-173219	-159686	-117346	-97198	-44588	-54434	-59257	-66321	-69804	-116362	-137520
United Republic of Tanzania	100242	114775	132570	152079	165711	182487	207963	243275	311377	363057	355811	307942
United States of America	-705832	-653541	-590186	-382444	-341192	-302107	-335473	-313507	-290214	-274290	-388273	-418525
United States Virgin Islands	0	-23	-45	-34	-91	-89	-72	-90	-97	-115	-165	-165
Uruguay	-7108	-5965	-6213	-3795	-2265	-394	-674	-4	234	117	-1510	-1859
Uzbekistan	21728	22887	21530	22874	24672	34497	34193	39512	53556	56554	53802	62515
Vanuatu	614	632	628	597	579	577	507	483	456	424	285	241
Venezuela (Bolivarian Republic of)	12757	12745	10771	7532	2713	5023	4488	2390	4618	10072	5528	6372
Viet Nam	89381	72292	50151	61699	205357	68964	57346	49458	38983	24606	-2446	8457
Western Africa	1589269	1444507	1522142	1702886	1774816	1873626	1943744	2156892	2438274	2791973	2944415	2894462
Western Asia	646275	612153	562215	519298	465371	445993	405753	318898	278341	238789	131732	123167
Western Europe	-536904	-491366	-491882	-338082	-300864	-184831	-223819	-275520	-286819	-311945	-448294	-502757
Western Sahara	314	478	711	1016	1052	1329	1482	1256	1196	1128	1045	1088
WORLD	22378571	22359125	23681287	17540402	15953937	16333040	16360286	16561451	17603116	18591914	17428328	16821851
Yemen	143219	127728	118033	111220	100893	97223	90264	84445	91792	95020	91088	93921
Zambia	28613	32069	35782	41189	43728	51684	65855	95491	132401	161862	155454	128531
Zimbabwe	19675	22491	25450	29837	33343	37876	35574	41755	71103	137629	171295	138102

ANEXO 3: CARGA DE INEQUIDAD GLOBAL EN SALUD, MEDIDA EN PROPORCIÓN DE MUERTES QUE SON EVITABLES POR EQUIDAD

Pais	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010
AFGHANISTAN	74.30%	75.80%	76.30%	77.70%	79.60%	79.90%	77.50%	79.50%	77.70%	77.00%	73.70%	71.50%
AFRICA	61.50%	63.20%	64.00%	66.10%	66.60%	69.10%	69.30%	70.50%	73.10%	75.00%	73.40%	72.30%
Albania	20.00%	16.30%	-2.50%	-6.50%	-6.70%	-2.80%	-7.10%	-10.30%	2.30%	0.20%	-25.30%	-21.40%
Algeria	56.10%	54.20%	55.50%	58.10%	58.80%	59.20%	46.40%	33.80%	31.00%	29.10%	22.30%	24.90%
Angola	76.20%	71.20%	73.20%	74.50%	76.80%	79.30%	81.00%	82.70%	84.50%	85.20%	82.40%	82.20%
Antigua and Barbuda	1.10%	1.80%	4.10%	-2.20%	0.10%	-0.70%	6.40%	1.70%	0.70%	5.40%	-2.60%	-2.80%
Argentina	-19.80%	-18.70%	-15.40%	-4.50%	-4.30%	3.00%	-0.80%	2.10%	3.00%	3.90%	-1.70%	-1.80%
Armenia	-17.10%	-20.70%	-25.20%	-31.40%	-30.70%	-11.40%	-4.50%	18.90%	29.40%	25.70%	14.20%	11.50%
Aruba (Not-ODA)	-13.20%	-26.90%	-31.50%	-27.40%	-27.00%	-17.10%	-19.70%	-16.40%	-10.40%	-2.70%	-4.80%	-1.10%
Asia	52.80%	53.80%	55.90%	44.80%	40.10%	41.00%	38.80%	37.00%	36.10%	36.00%	25.60%	23.80%
Australia	-63.20%	-57.00%	-50.20%	-32.00%	-29.70%	-27.50%	-36.60%	-39.90%	-46.30%	-55.00%	-81.00%	-95.10%
Australia/New Zealand	-64.40%	-57.90%	-51.10%	-33.00%	-29.70%	-25.70%	-33.30%	-35.90%	-43.40%	-51.00%	-76.60%	-89.90%
Austria	-29.70%	-25.20%	-27.40%	-14.90%	-12.60%	-5.50%	-8.40%	-18.00%	-23.20%	-28.50%	-46.70%	-58.20%
Azerbaijan	11.80%	10.80%	11.30%	10.20%	22.10%	28.20%	8.00%	32.20%	44.60%	39.30%	32.30%	27.90%
Bahamas	-9.60%	-9.10%	-11.00%	-8.20%	-2.20%	5.50%	6.80%	8.30%	12.20%	17.60%	5.60%	7.80%
Bahrain	52.40%	49.40%	39.00%	23.80%	-7.30%	2.60%	-20.50%	-31.80%	-32.80%	-33.00%	-54.20%	-62.30%
Bangladesh	52.10%	54.90%	54.90%	67.70%	58.30%	62.80%	60.40%	57.40%	53.90%	49.30%	38.30%	34.10%
Barbados	5.70%	6.40%	8.90%	7.80%	3.50%	11.70%	10.20%	9.20%	6.40%	8.40%	4.60%	4.30%
Belarus	-8.10%	-25.30%	-34.70%	-27.10%	-18.00%	-1.00%	9.30%	9.10%	27.60%	43.30%	44.30%	43.00%
Belgium	-37.40%	-36.30%	-32.80%	-18.90%	-15.80%	-8.80%	-14.00%	-21.00%	-26.80%	-27.50%	-39.00%	-47.90%
Belize	17.70%	13.10%	11.10%	9.80%	6.60%	11.80%	3.30%	1.90%	14.40%	24.70%	17.80%	17.40%
Benin	72.20%	71.40%	68.80%	65.50%	63.10%	66.90%	68.80%	71.90%	71.50%	74.00%	71.70%	70.70%
Bhutan	72.10%	74.70%	75.40%	76.90%	75.70%	75.40%	73.00%	70.80%	67.10%	63.10%	52.40%	44.80%
Bolivia (Plurinational State of)	56.70%	60.30%	62.30%	65.30%	66.40%	66.40%	62.80%	59.50%	57.10%	55.90%	49.70%	48.00%
Bosnia and Herzegovina	1.00%	7.60%	30.20%	18.80%	-4.70%	-2.70%	-0.80%	-0.40%	47.50%	3.70%	-0.20%	2.80%
Botswana	41.40%	43.50%	45.80%	49.70%	47.70%	48.10%	45.10%	43.70%	54.40%	72.50%	79.10%	82.60%
Brazil	32.80%	34.60%	34.10%	35.00%	33.80%	36.70%	34.80%	31.90%	30.10%	29.60%	21.60%	19.50%
Brunei Darussalam	-4.70%	6.10%	-12.80%	-17.00%	-18.50%	-8.90%	-25.10%	-24.70%	-31.50%	-30.80%	-51.50%	-51.10%
Bulgaria (Not-ODA)	-19.20%	-31.70%	-46.70%	-33.70%	-21.90%	-3.60%	2.80%	9.70%	17.20%	25.70%	21.00%	21.50%
Burkina Faso	72.00%	70.70%	72.50%	73.70%	74.00%	75.50%	73.30%	75.00%	77.80%	80.10%	78.60%	78.30%
Burundi	58.70%	61.80%	64.30%	67.30%	69.50%	72.20%	73.40%	75.80%	80.40%	80.80%	79.40%	79.80%
Cambodia	60.20%	69.00%	75.90%	92.40%	73.00%	64.50%	56.30%	68.30%	66.20%	64.00%	52.90%	42.40%
Cameroon	58.10%	60.80%	61.80%	63.90%	63.70%	65.80%	66.20%	68.20%	70.70%	74.60%	75.30%	76.40%
Canada (Not-ODA)	-69.10%	-65.60%	-64.50%	-51.70%	-45.30%	-34.60%	-41.60%	-44.80%	-45.40%	-44.80%	-62.10%	-65.30%
Cape Verde	48.10%	42.30%	49.60%	48.60%	40.90%	44.30%	53.20%	37.20%	35.60%	33.40%	19.80%	12.10%
Caribbean	28.80%	27.30%	23.80%	21.80%	18.90%	23.00%	24.30%	24.10%	26.30%	27.30%	21.60%	19.40%
Central African Republic	66.60%	64.30%	67.70%	69.10%	67.50%	68.10%	69.10%	73.70%	78.10%	81.20%	81.00%	81.00%
Central America	38.40%	35.50%	33.00%	35.10%	32.40%	31.70%	27.30%	21.90%	16.40%	11.30%	-0.50%	-2.80%
CENTRAL ASIA	24.10%	22.50%	21.30%	22.80%	24.20%	31.20%	32.20%	34.20%	42.90%	49.10%	44.70%	46.40%
Chad	61.80%	64.90%	67.10%	70.10%	70.70%	74.10%	75.50%	77.40%	79.90%	82.20%	81.90%	82.60%
Channel Islands	-53.50%	-48.50%	-42.50%	-32.90%	-28.40%	-17.80%	-21.90%	-23.40%	-26.10%	-27.60%	-45.10%	-53.10%
Chile	18.40%	24.80%	24.60%	21.90%	15.50%	10.20%	-3.40%	-10.90%	-16.10%	-16.80%	-36.50%	-33.70%
China	49.80%	53.40%	60.90%	28.70%	11.70%	13.50%	12.90%	13.50%	12.80%	14.80%	-3.60%	-3.90%
China, Hong Kong SAR	-33.30%	-38.00%	-46.00%	-48.50%	-54.60%	-42.00%	-51.50%	-52.00%	-53.80%	-62.10%	-81.50%	-93.50%
China, Macao SAR	-3.20%	-5.80%	-21.10%	-29.10%	-31.00%	-27.00%	-29.80%	-39.70%	-45.10%	-44.90%	-58.70%	-67.90%
Colombia	33.80%	29.00%	27.40%	28.70%	26.90%	29.10%	20.70%	21.60%	25.60%	24.10%	15.10%	13.80%
Comoros	56.10%	60.30%	59.10%	62.50%	62.20%	65.30%	65.60%	65.00%	66.30%	68.60%	66.40%	67.10%
Congo	49.90%	49.30%	47.70%	49.70%	50.90%	55.90%	57.10%	61.30%	68.20%	73.60%	73.30%	72.60%

País	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010
Costa Rica	10.30%	8.80%	4.70%	-1.70%	-11.10%	-17.00%	-37.40%	-41.50%	-40.50%	-37.10%	-48.10%	-44.70%
Côte d'Ivoire	69.80%	71.10%	70.00%	70.20%	67.90%	68.40%	67.40%	68.50%	72.50%	78.80%	79.90%	79.30%
Croatia	7.80%	2.10%	-2.80%	-1.40%	-1.50%	0.10%	8.50%	5.40%	10.00%	6.90%	5.40%	1.90%
Cuba	-3.80%	-8.90%	-14.50%	-26.90%	-38.70%	-36.70%	-34.90%	-28.20%	-18.70%	-20.80%	-30.00%	-32.10%
Curaçao	-11.40%	-19.20%	-21.90%	-21.70%	-23.50%	-20.00%	-24.30%	-21.00%	-14.30%	-2.80%	-7.50%	-13.20%
Cyprus	-56.70%	-53.10%	-59.70%	-69.90%	-50.30%	-40.80%	-43.70%	-46.10%	-46.30%	-42.70%	-51.30%	-47.50%
Czech Republic	-33.00%	-34.80%	-29.80%	-10.90%	-1.00%	7.00%	13.40%	14.90%	14.10%	9.40%	-0.80%	-9.60%
Dem. People's Republic of Korea	24.80%	44.70%	61.10%	46.20%	38.50%	21.50%	20.70%	17.60%	12.90%	48.50%	35.90%	38.90%
Democratic Republic of the Congo	74.70%	68.40%	58.00%	62.20%	65.30%	69.20%	73.20%	76.90%	79.30%	83.00%	81.50%	82.40%
Denmark	-77.70%	-68.40%	-59.40%	-43.60%	-39.70%	-25.80%	-19.10%	-14.80%	-10.00%	-8.60%	-22.10%	-30.70%
Djibouti	54.50%	58.00%	57.00%	59.20%	57.00%	59.20%	62.80%	62.00%	66.40%	68.30%	66.40%	65.60%
Dominican Republic	49.10%	48.00%	44.90%	42.70%	37.10%	37.30%	34.30%	30.40%	26.80%	28.00%	21.40%	21.30%
Eastern Africa	61.80%	63.80%	64.60%	66.80%	67.80%	71.10%	72.80%	74.60%	78.00%	78.40%	75.70%	72.80%
Eastern Asia	45.80%	49.00%	56.10%	24.10%	7.20%	8.60%	7.30%	7.10%	6.00%	8.40%	-10.60%	-11.30%
Eastern Europe	-7.00%	-22.00%	-30.70%	-16.70%	-7.70%	9.80%	17.30%	17.40%	31.40%	39.30%	40.40%	38.00%
Ecuador	38.50%	38.60%	36.90%	39.80%	38.70%	39.80%	33.10%	26.30%	19.60%	13.20%	-2.50%	-2.20%
Egypt	58.80%	55.50%	53.90%	54.70%	54.80%	53.80%	49.30%	41.90%	38.20%	34.00%	29.00%	30.70%
El Salvador	46.80%	46.00%	44.80%	46.10%	47.00%	53.60%	55.80%	44.40%	30.80%	31.80%	25.70%	27.20%
Equatorial Guinea	64.80%	62.20%	69.40%	71.40%	69.50%	66.50%	73.40%	75.50%	76.90%	79.00%	78.50%	78.20%
Eritrea	77.90%	76.50%	73.90%	70.90%	68.20%	63.50%	73.40%	78.10%	77.40%	73.80%	68.10%	66.80%
Estonia	-28.60%	-18.60%	-31.00%	-20.20%	-12.90%	7.60%	14.00%	15.30%	31.90%	33.70%	26.20%	18.40%
Ethiopia	66.00%	67.80%	67.50%	69.40%	70.90%	74.60%	77.30%	77.30%	77.60%	77.40%	72.60%	66.80%
EUROPE	-24.30%	-30.20%	-34.20%	-22.50%	-17.50%	-4.20%	-1.50%	-3.20%	5.90%	10.60%	6.90%	1.40%
Fiji	32.60%	25.70%	26.60%	27.30%	28.00%	28.40%	33.90%	32.50%	34.50%	37.40%	33.70%	36.00%
Finland	-35.40%	-30.80%	-23.20%	-10.00%	-11.40%	-8.40%	-16.50%	-15.00%	-17.50%	-23.10%	-39.20%	-46.80%
France	-36.50%	-38.70%	-42.10%	-30.60%	-32.10%	-24.70%	-29.30%	-36.80%	-42.20%	-43.40%	-58.40%	-68.20%
French Guiana	22.60%	20.50%	14.20%	3.30%	3.10%	12.30%	4.60%	-3.40%	-10.70%	-15.50%	-26.00%	-23.50%
French Polynesia	38.70%	25.80%	23.30%	23.70%	24.60%	20.50%	30.00%	17.30%	17.50%	12.50%	0.80%	-8.40%
Gabon	55.70%	57.80%	59.50%	59.20%	56.40%	56.50%	52.20%	48.20%	50.90%	56.80%	59.20%	58.80%
Gambia	75.50%	70.40%	73.80%	75.90%	74.30%	74.60%	72.80%	72.30%	73.40%	74.30%	71.80%	72.20%
Georgia	2.50%	-0.70%	-6.00%	-2.50%	5.10%	-6.90%	-7.40%	5.70%	13.50%	16.70%	10.80%	13.60%
Germany	-38.40%	-33.10%	-31.40%	-18.50%	-13.80%	-5.60%	-9.80%	-16.40%	-18.90%	-24.00%	-40.10%	-49.50%
Ghana	53.20%	56.10%	57.10%	59.90%	61.20%	64.70%	65.40%	64.80%	63.50%	67.80%	66.40%	64.70%
Greece	-39.60%	-31.40%	-35.40%	-29.30%	-28.10%	-20.20%	-26.30%	-30.00%	-42.40%	-39.00%	-51.90%	-50.40%
Grenada	12.40%	8.80%	12.80%	10.00%	11.10%	20.70%	20.50%	18.10%	24.60%	27.40%	21.80%	21.20%
Guadeloupe	21.70%	14.50%	13.00%	5.30%	-1.70%	0.30%	-4.10%	-9.50%	-15.20%	-19.90%	-34.60%	-40.30%
Guam	12.50%	11.30%	7.60%	3.70%	-4.30%	-0.80%	-6.20%	-8.30%	-8.70%	-11.10%	-29.10%	-33.30%
Guatemala	53.90%	56.50%	57.00%	57.70%	54.90%	57.20%	55.60%	52.60%	49.00%	44.90%	33.60%	32.50%
Guinea	77.50%	78.10%	76.20%	71.70%	69.30%	66.40%	74.90%	75.80%	74.80%	76.50%	76.10%	74.60%
Guinea-Bissau	62.40%	57.10%	58.50%	64.70%	70.30%	72.30%	74.30%	75.10%	76.10%	77.50%	76.20%	76.90%
Guyana	4.50%	13.70%	17.10%	24.30%	31.30%	41.50%	41.90%	44.20%	47.70%	51.50%	51.50%	52.60%
Haiti	61.50%	61.90%	61.30%	61.90%	62.10%	65.30%	66.40%	65.80%	66.00%	66.50%	63.60%	61.40%
Honduras	53.70%	55.70%	54.20%	54.70%	55.80%	53.00%	46.70%	38.50%	35.10%	31.60%	23.50%	23.20%
Hungary	-22.70%	-28.00%	-30.10%	-15.10%	-8.60%	9.30%	19.20%	23.00%	28.70%	28.20%	20.90%	18.80%
Iceland	-116.30%	-111.20%	-102.00%	-74.90%	-63.60%	-65.80%	-58.60%	-60.20%	-61.20%	-57.80%	-85.70%	-91.40%
India	63.00%	62.80%	61.40%	60.70%	58.20%	58.10%	56.70%	56.60%	56.90%	56.30%	50.00%	48.20%
Indonesia	59.20%	58.20%	55.50%	54.20%	50.70%	50.70%	47.00%	43.60%	41.10%	39.30%	32.20%	30.50%
Iran (Islamic Republic of)	57.50%	58.40%	54.10%	55.50%	57.40%	57.00%	64.10%	52.50%	33.50%	29.40%	16.70%	13.80%
Iraq	63.00%	54.00%	47.50%	40.60%	34.60%	36.40%	46.60%	32.80%	17.90%	23.00%	22.70%	37.80%
Ireland	-33.10%	-18.80%	-11.60%	-9.80%	-37.00%	-35.70%	-25.10%	-11.20%	-13.80%	-13.20%	-37.00%	-55.30%

Pais	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010
Israel	-83.70%	-75.90%	-65.30%	-49.90%	-43.70%	-32.90%	-35.30%	-38.50%	-41.50%	-46.20%	-66.00%	-75.40%
Italy	-45.00%	-42.10%	-41.00%	-32.00%	-33.60%	-23.20%	-26.40%	-34.00%	-38.30%	-44.00%	-65.70%	-79.10%
Jamaica	2.90%	-1.60%	-15.20%	-13.20%	-16.40%	-8.80%	-6.50%	1.90%	13.70%	20.90%	17.90%	16.70%
Japan	-18.70%	-27.00%	-34.90%	-38.60%	-48.50%	-52.90%	-63.10%	-73.80%	-73.20%	-72.50%	-90.80%	-95.60%
Jordan	43.70%	42.40%	38.40%	35.00%	27.80%	23.30%	16.90%	10.60%	10.20%	12.70%	2.60%	4.50%
Kazakhstan	19.00%	16.70%	16.60%	17.60%	18.80%	26.30%	26.70%	26.40%	40.20%	54.80%	50.50%	50.40%
Kenya	52.10%	54.00%	53.20%	54.80%	53.90%	56.30%	54.80%	58.50%	64.50%	73.70%	74.20%	71.40%
Kiribati	56.50%	52.70%	52.10%	49.00%	53.00%	55.50%	57.40%	54.30%	53.80%	51.90%	44.30%	42.50%
Kuwait	29.00%	19.30%	9.00%	4.50%	-7.60%	-12.00%	-26.60%	-46.80%	-46.30%	-27.40%	-34.70%	-25.70%
Kyrgyzstan	27.40%	25.70%	24.50%	25.30%	26.20%	32.60%	35.40%	34.80%	39.40%	41.90%	40.20%	46.20%
Lao People's Democratic Republic	59.40%	56.30%	61.30%	64.10%	65.10%	68.40%	69.20%	69.20%	66.60%	62.20%	52.30%	49.10%
LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN	31.20%	31.10%	29.90%	31.50%	29.40%	31.20%	27.80%	24.80%	22.90%	21.40%	12.40%	10.70%
Latvia	-22.20%	-34.40%	-39.70%	-24.00%	-11.30%	9.70%	15.50%	15.50%	34.90%	36.10%	29.30%	30.30%
Least developed países	62.80%	64.60%	65.50%	67.30%	69.40%	72.10%	71.10%	71.70%	73.30%	73.60%	70.00%	68.30%
Lebanon	-6.60%	-8.40%	-8.70%	-3.40%	-2.80%	7.20%	9.60%	9.50%	7.90%	0.40%	-24.00%	-48.40%
Lesotho	51.60%	52.80%	53.00%	57.90%	59.70%	62.10%	59.90%	59.40%	56.80%	72.30%	80.50%	80.70%
Less developed regions	54.00%	55.10%	56.80%	49.30%	46.40%	48.10%	46.70%	46.00%	46.70%	47.80%	41.10%	39.40%
Less developed regions, excluding China	56.10%	56.00%	54.90%	55.40%	54.80%	56.20%	54.80%	54.20%	55.00%	55.80%	50.80%	49.20%
Less developed regions, excluding least developed	52.60%	53.50%	55.40%	45.50%	40.70%	41.80%	40.40%	39.20%	39.20%	40.50%	32.90%	31.50%
Liberia	74.10%	71.20%	67.90%	73.20%	74.40%	74.90%	74.80%	76.90%	78.60%	76.40%	75.10%	69.40%
Libya	64.60%	62.40%	57.00%	50.10%	40.80%	35.50%	25.40%	19.20%	15.20%	12.30%	-1.40%	-5.70%
Lithuania	-46.80%	-14.60%	-30.00%	-36.90%	-25.40%	-4.90%	3.70%	5.00%	23.40%	27.60%	24.00%	32.10%
Luxembourg	-23.00%	-19.70%	-23.90%	-10.00%	-5.50%	0.90%	-6.20%	-13.90%	-20.90%	-23.50%	-39.30%	-47.00%
Madagascar	62.30%	63.70%	64.40%	66.20%	66.50%	69.30%	69.40%	72.90%	72.90%	70.40%	63.20%	61.30%
Malawi	62.90%	67.60%	70.60%	74.10%	74.60%	77.50%	78.40%	78.70%	79.70%	81.50%	79.70%	77.30%
Malaysia	17.00%	13.50%	3.80%	6.50%	1.30%	5.80%	2.90%	0.00%	0.90%	2.70%	-6.30%	0.90%
Maldives	66.40%	71.80%	67.80%	71.80%	70.40%	67.40%	62.00%	57.40%	49.30%	39.00%	9.90%	-16.50%
Mali	79.90%	80.00%	77.10%	74.40%	79.00%	79.20%	78.80%	78.10%	78.70%	80.80%	79.40%	79.70%
Malta	-39.70%	-27.50%	-27.30%	-19.60%	-20.10%	-14.90%	-20.90%	-25.80%	-27.80%	-27.80%	-36.30%	-41.10%
Martinique	17.40%	10.30%	2.70%	1.10%	-6.90%	-9.00%	-13.60%	-21.60%	-28.60%	-34.80%	-52.30%	-58.20%
Mauritania	60.60%	61.60%	60.40%	61.30%	61.10%	63.20%	61.00%	61.00%	62.60%	65.40%	63.80%	65.20%
Mauritius	17.80%	21.60%	32.20%	11.30%	12.50%	20.30%	13.30%	18.60%	19.40%	22.20%	17.40%	17.10%
Mayotte	-1.20%	20.10%	42.30%	34.40%	25.80%	11.40%	9.10%	-7.30%	-15.50%	-18.60%	-37.90%	-49.90%
Melanesia	57.20%	59.70%	62.40%	62.50%	61.30%	61.50%	60.20%	60.60%	61.30%	62.60%	57.80%	56.60%
Mexico	29.30%	34.20%	25.90%	29.10%	26.10%	23.20%	16.90%	12.70%	8.20%	2.20%	-10.10%	-13.10%
Micronesia	30.50%	27.90%	25.20%	27.50%	27.20%	31.30%	30.70%	29.40%	28.40%	25.40%	13.80%	11.10%
Micronesia (Fed. States of)	20.30%	20.20%	20.80%	23.60%	20.40%	22.20%	27.50%	31.10%	34.60%	39.30%	36.20%	36.60%
Middle Africa	69.30%	64.40%	61.30%	66.50%	68.90%	72.50%	74.00%	76.20%	78.70%	81.70%	80.40%	81.10%
Mongolia	51.00%	51.90%	48.80%	48.00%	46.70%	53.30%	56.20%	55.00%	54.30%	55.20%	48.20%	47.40%
Montenegro	-1.20%	-3.80%	-17.90%	-20.40%	-32.90%	-26.20%	-27.60%	-23.30%	-17.80%	-8.50%	10.60%	11.60%
More developed regions	-30.10%	-34.40%	-36.50%	-25.10%	-21.60%	-11.70%	-10.90%	-12.90%	-6.10%	-2.50%	-8.30%	-14.20%
Morocco	49.20%	51.70%	52.50%	54.00%	53.90%	56.60%	51.20%	43.30%	36.70%	34.50%	28.70%	29.70%
Mozambique	69.50%	71.00%	71.70%	73.50%	73.80%	76.10%	77.70%	79.80%	80.80%	80.90%	79.90%	80.60%
Myanmar	64.00%	60.50%	59.80%	55.80%	55.10%	57.90%	57.20%	56.00%	55.20%	55.10%	49.90%	49.70%
Namibia	53.10%	52.90%	52.10%	53.20%	52.30%	54.00%	52.40%	52.50%	54.90%	64.50%	72.10%	64.10%
Nepal	66.90%	65.30%	67.40%	69.20%	69.40%	71.00%	69.30%	67.10%	63.40%	60.10%	50.80%	45.60%
Netherlands	-	-91.70%	-82.80%	-60.00%	-51.70%	-40.40%	-41.90%	-40.40%	-37.30%	-34.30%	-46.50%	-61.60%
New Caledonia	33.10%	28.30%	22.80%	21.80%	15.30%	15.30%	9.90%	5.10%	2.60%	-0.70%	-11.40%	-16.40%
New Zealand	-69.60%	-61.70%	-55.20%	-30.00%	-37.70%	-17.90%	-19.50%	-19.00%	-30.30%	-33.50%	-56.80%	-66.70%

País	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010
Nicaragua	55.50%	55.20%	53.90%	54.40%	52.50%	55.40%	54.30%	50.00%	39.90%	34.90%	22.90%	18.10%
Niger	78.10%	71.70%	66.70%	75.00%	79.70%	81.90%	82.10%	83.10%	83.10%	82.20%	78.30%	54.60%
Nigeria	68.50%	66.10%	69.30%	71.30%	71.90%	74.20%	74.70%	77.20%	79.50%	81.50%	80.30%	79.60%
Northern Africa	55.70%	55.10%	54.50%	55.40%	55.10%	55.70%	50.50%	44.80%	42.80%	41.50%	36.10%	36.40%
NORTHERN AMERICA	-55.80%	-50.20%	-43.50%	-27.70%	-24.80%	-22.80%	-25.40%	-23.70%	-22.40%	-21.60%	-30.60%	-33.20%
Northern Europe	-47.10%	-43.40%	-40.10%	-29.40%	-24.70%	-12.80%	-14.30%	-15.10%	-14.70%	-16.30%	-31.60%	-40.80%
Norway	-	-92.90%	-76.20%	-57.30%	-50.80%	-38.40%	-38.00%	-30.10%	-32.70%	-38.40%	-56.40%	-71.10%
OCEANIA	-9.00%	-7.80%	-6.80%	0.30%	0.80%	3.80%	-2.70%	-2.10%	-5.10%	-7.20%	-21.80%	-27.90%
Oman	64.00%	63.10%	60.90%	60.20%	57.50%	54.50%	44.80%	33.40%	20.90%	11.50%	-11.50%	-24.60%
Other non-specified areas	2.00%	-14.30%	-20.00%	-19.40%	-28.20%	-21.60%	-22.00%	-21.10%	-17.00%	-13.50%	-29.30%	-30.50%
Pakistan	51.20%	55.10%	57.20%	51.20%	50.60%	53.00%	53.40%	54.20%	53.80%	53.90%	46.50%	46.80%
Panama	9.60%	9.50%	5.80%	6.60%	0.70%	-0.80%	-6.00%	-8.10%	-7.70%	-5.30%	-13.60%	-10.60%
Papua New Guinea	61.70%	64.80%	64.60%	67.50%	65.40%	67.00%	66.40%	64.70%	65.30%	66.70%	62.50%	61.40%
Paraguay	-22.70%	-11.20%	-6.90%	2.80%	4.50%	16.70%	20.90%	24.40%	26.30%	28.60%	19.80%	20.00%
Peru	50.60%	52.80%	52.50%	53.90%	49.20%	49.40%	43.80%	39.30%	34.80%	28.80%	14.20%	11.00%
Philippines	16.70%	19.20%	21.70%	25.80%	26.70%	37.80%	38.10%	35.90%	38.20%	41.40%	37.50%	39.80%
Poland	-10.20%	-28.40%	-36.30%	-25.60%	-18.80%	-2.70%	1.80%	9.80%	16.30%	15.20%	4.40%	3.90%
Polynesia	31.50%	29.00%	28.00%	28.90%	29.20%	34.40%	29.80%	26.50%	24.80%	23.00%	13.30%	10.10%
Portugal	-8.20%	-5.50%	-8.80%	-3.80%	-9.70%	-5.20%	-12.80%	-16.40%	-14.10%	-15.90%	-29.80%	-37.10%
Puerto Rico	-31.30%	-50.40%	-50.90%	-46.30%	-44.30%	-40.80%	-31.00%	-26.80%	-10.20%	-7.10%	-19.50%	-21.70%
Qatar	20.90%	15.50%	5.50%	-7.40%	-29.80%	-36.20%	-59.80%	-90.50%	-91.70%	-84.40%	-	-124.50%
Republic of Korea	39.80%	43.60%	31.50%	38.90%	20.10%	23.50%	18.40%	6.70%	-0.20%	-8.10%	-34.20%	-57.70%
Republic of Moldova	9.00%	6.10%	5.00%	8.00%	13.00%	25.80%	33.40%	28.10%	35.70%	44.80%	44.00%	46.20%
Réunion	42.60%	33.70%	26.70%	19.10%	8.40%	10.10%	4.50%	-1.80%	-6.70%	-9.90%	-23.60%	-28.40%
Romania	-9.40%	-9.50%	-32.20%	-8.00%	-13.50%	0.60%	7.00%	14.50%	21.50%	28.20%	21.30%	18.10%
Russian Federation	0.60%	-18.10%	-25.30%	-11.70%	-0.70%	16.90%	23.50%	21.10%	38.10%	46.60%	50.50%	46.90%
Rwanda	57.30%	60.90%	63.60%	67.20%	70.60%	74.60%	73.40%	79.10%	92.90%	81.80%	78.00%	68.90%
Saint Lucia	19.80%	38.20%	37.80%	24.90%	13.20%	14.10%	5.70%	-0.30%	8.60%	18.00%	13.70%	4.30%
Saint Vincent and the Grenadines	30.70%	11.00%	5.60%	20.40%	32.20%	15.50%	9.60%	8.70%	12.40%	21.00%	20.60%	21.60%
Western Samoa	48.10%	44.00%	43.60%	44.10%	44.60%	44.80%	45.90%	42.30%	37.30%	34.00%	23.10%	22.40%
Sao Tome and Principe	48.10%	49.60%	47.50%	40.90%	40.60%	39.20%	45.80%	49.70%	52.50%	56.70%	54.80%	54.10%
Saudi Arabia	54.50%	56.20%	56.50%	56.70%	50.30%	43.40%	32.00%	21.10%	10.60%	6.10%	-13.70%	-21.80%
Senegal	73.60%	63.80%	66.50%	69.10%	73.90%	72.50%	69.10%	65.10%	65.70%	69.80%	66.20%	62.40%
Serbia	2.00%	-2.00%	-9.20%	-9.20%	-9.60%	0.80%	3.20%	6.50%	9.70%	19.60%	19.40%	18.90%
Seychelles	12.10%	12.70%	3.80%	7.60%	-2.30%	-0.60%	-1.40%	5.60%	12.40%	16.60%	14.50%	19.70%
Sierra Leone	71.70%	74.80%	76.50%	78.40%	77.00%	78.20%	79.10%	82.30%	86.20%	87.60%	85.80%	84.60%
Singapore	-43.40%	-31.00%	-12.70%	-23.80%	-19.70%	-13.50%	-25.30%	-32.20%	-45.60%	-45.70%	-63.90%	-76.10%
Slovakia	-31.00%	-48.60%	-53.20%	-28.00%	-14.10%	-1.10%	5.10%	11.00%	15.10%	16.50%	10.80%	10.30%
Slovenia	-23.10%	-25.10%	-24.30%	-9.10%	-7.70%	-1.10%	4.00%	-0.40%	0.50%	-2.80%	-14.90%	-30.10%
Solomon Islands	46.00%	47.40%	46.10%	48.00%	48.20%	49.50%	51.90%	63.60%	62.60%	60.30%	50.10%	46.90%
Somalia	66.00%	68.00%	69.20%	71.00%	71.60%	74.20%	74.90%	76.90%	80.80%	79.40%	77.60%	78.00%
South Africa	48.10%	47.70%	48.40%	52.10%	55.10%	51.00%	51.40%	49.60%	49.90%	62.70%	72.60%	74.60%
South America	28.70%	30.00%	29.60%	31.30%	29.50%	32.00%	28.40%	25.90%	24.50%	23.80%	15.20%	13.60%
South Sudan	77.90%	74.60%	72.70%	75.60%	77.30%	79.90%	81.00%	81.30%	80.40%	80.00%	77.30%	76.90%
South-Central Asia	60.80%	60.60%	59.20%	59.00%	58.20%	57.80%	56.90%	56.00%	55.50%	54.80%	48.00%	46.20%
South-Eastern Asia	40.80%	40.40%	40.60%	39.50%	39.60%	44.50%	38.80%	36.50%	32.80%	31.30%	32.00%	31.10%
Southern Africa	39.70%	41.10%	44.70%	50.70%	46.90%	47.00%	49.70%	48.70%	47.70%	60.90%	74.30%	76.00%
Southern Asia	61.50%	61.50%	60.10%	60.00%	59.00%	58.50%	57.50%	56.60%	55.90%	55.00%	48.10%	46.20%
Southern Europe	-25.70%	-27.10%	-31.80%	-26.20%	-28.00%	-20.20%	-24.30%	-27.70%	-25.60%	-29.40%	-43.10%	-51.80%
SUSTAINABLE ENERGY	-28.40%	-35.10%	-44.90%	-39.70%	-40.30%	-35.90%	-46.60%	-45.30%	-43.60%	-45.00%	-61.40%	-77.40%
Sri Lanka	2.20%	10.00%	5.50%	11.80%	17.20%	13.50%	10.30%	13.00%	16.60%	30.40%	5.00%	8.90%

Pais	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010
State of Palestine	44.30%	42.70%	34.20%	47.90%	41.90%	48.40%	46.80%	27.00%	25.10%	21.30%	11.40%	12.70%
Sub-Saharan Africa	62.90%	65.10%	66.20%	68.40%	69.00%	71.70%	72.50%	74.20%	76.80%	78.70%	77.40%	76.30%
Sudan	47.70%	49.80%	51.30%	54.30%	55.30%	60.80%	63.50%	65.90%	68.00%	69.40%	65.90%	64.60%
Suriname	17.50%	22.20%	13.60%	10.20%	12.50%	10.10%	21.90%	23.70%	28.60%	35.40%	33.60%	31.60%
Swaziland	55.00%	57.80%	60.30%	63.50%	62.60%	64.00%	61.60%	60.50%	61.60%	73.50%	79.90%	80.20%
Sweden	-79.10%	-72.00%	-68.40%	-55.90%	-52.90%	-37.20%	-40.50%	-42.90%	-46.20%	-51.50%	-66.90%	-77.50%
Switzerland	-54.80%	-51.00%	-50.90%	-43.10%	-45.90%	-40.00%	-42.90%	-50.00%	-50.50%	-57.70%	-79.20%	-94.20%
Syrian Arab Republic	39.90%	39.10%	38.20%	37.80%	31.20%	28.00%	18.60%	11.00%	4.50%	2.60%	-13.60%	-16.30%
Tajikistan	34.00%	34.10%	31.20%	35.20%	37.80%	42.90%	46.90%	50.50%	56.40%	57.90%	49.50%	48.60%
TFYR Macedonia	-0.40%	-7.40%	4.70%	12.60%	18.20%	-1.10%	5.50%	1.20%	8.70%	11.00%	6.70%	9.90%
Thailand	31.00%	33.00%	30.80%	33.40%	29.50%	31.60%	25.50%	8.70%	13.60%	21.70%	16.40%	11.70%
Timor-Leste	71.00%	74.50%	73.90%	83.70%	81.40%	73.40%	72.70%	77.70%	76.40%	70.80%	59.70%	55.30%
Togo	64.80%	64.40%	63.60%	64.40%	65.50%	66.50%	65.70%	66.20%	68.50%	74.10%	73.60%	74.90%
Tonga	-9.30%	-0.70%	-1.90%	-1.40%	-1.60%	11.10%	11.50%	12.20%	18.20%	22.60%	18.80%	21.10%
Trinidad and Tobago	3.90%	0.70%	-5.30%	0.50%	7.70%	15.70%	18.70%	22.00%	26.40%	32.20%	30.20%	33.00%
Tunisia	62.90%	64.50%	63.70%	60.30%	51.70%	46.30%	32.40%	23.70%	11.50%	3.70%	-6.60%	-3.70%
Turkey	57.70%	58.40%	56.60%	55.30%	52.50%	51.60%	46.50%	40.80%	35.90%	28.40%	11.40%	5.10%
Turkmenistan	36.50%	34.00%	34.70%	35.50%	37.30%	43.20%	44.60%	47.10%	50.50%	50.90%	48.80%	51.00%
Uganda	57.50%	59.30%	59.80%	61.10%	63.40%	69.10%	72.10%	75.70%	79.40%	81.40%	77.60%	75.30%
Ukraine	-12.90%	-28.20%	-39.70%	-27.70%	-16.30%	5.40%	16.70%	14.80%	30.80%	41.90%	42.40%	44.40%
United Arab Emirates	51.50%	46.90%	41.40%	31.50%	15.50%	2.90%	-16.50%	-34.00%	-44.30%	-53.70%	-92.90%	-112.20%
United Kingdom	-44.20%	-38.60%	-34.70%	-25.30%	-20.70%	-9.60%	-12.40%	-14.40%	-17.80%	-20.20%	-37.40%	-49.10%
United Republic of Tanzania	55.50%	59.10%	62.00%	65.00%	65.80%	68.30%	69.90%	72.40%	76.20%	78.50%	75.50%	71.60%
United States of America	-54.70%	-48.90%	-41.90%	-25.90%	-23.20%	-21.80%	-24.00%	-21.90%	-20.40%	-19.50%	-27.80%	-30.30%
United States Virgin Islands	0.10%	-7.60%	-14.10%	-9.60%	-24.20%	-22.30%	-16.20%	-20.40%	-21.80%	-26.10%	-36.00%	-33.20%
Uruguay	-37.40%	-31.00%	-32.30%	-18.70%	-10.50%	-1.80%	-3.20%	0.00%	1.10%	0.60%	-7.90%	-10.40%
Uzbekistan	22.60%	21.60%	19.40%	20.80%	22.00%	29.30%	28.90%	32.30%	39.60%	41.40%	37.80%	41.30%
Vanuatu	54.60%	55.70%	55.10%	53.60%	51.50%	52.10%	47.60%	45.50%	43.60%	42.00%	30.10%	25.40%
Venezuela (Bolivarian Republic of)	18.70%	17.90%	14.50%	10.40%	3.80%	6.90%	5.80%	3.00%	5.40%	10.70%	5.30%	5.70%
Vietnam	24.10%	19.30%	13.60%	16.40%	39.30%	19.00%	16.00%	13.90%	11.20%	7.50%	-0.80%	2.50%
Western Africa	70.00%	66.50%	68.90%	72.00%	72.30%	74.20%	74.10%	75.60%	77.50%	79.70%	78.40%	77.50%
Western Asia	52.90%	51.40%	49.00%	47.50%	43.90%	43.40%	40.00%	33.90%	30.60%	26.90%	14.90%	13.40%
Western Europe	-40.70%	-37.90%	-37.50%	-24.70%	-22.00%	-14.10%	-18.50%	-25.30%	-28.60%	-31.80%	-47.30%	-57.50%
Western Sahara	65.40%	68.60%	69.70%	71.30%	70.60%	70.10%	65.50%	60.80%	59.90%	57.50%	47.70%	43.40%
WORLD	46.90%	47.60%	49.30%	42.40%	39.30%	40.90%	40.60%	40.70%	42.10%	43.50%	40.60%	39.40%
Yemen	75.00%	75.40%	74.10%	73.70%	71.90%	72.10%	69.00%	66.40%	65.50%	64.70%	61.20%	61.50%
Zambia	53.20%	56.70%	58.60%	61.60%	61.60%	65.70%	70.00%	76.80%	82.00%	84.80%	82.50%	79.30%
Zimbabwe	39.10%	41.30%	43.40%	47.30%	48.90%	52.60%	49.50%	52.50%	65.00%	78.70%	81.20%	78.60%

ANEXO 4: DÉFICIT O EXCESO (EN -VO) DE PIB POR UMBRALES ECONÓMICOS COMPATIBLES CON EQUIDAD GLOBAL EN SALUD

País	1961	1970	1980	1990	2000	2010	2013
Afghanistan	1709037942	2303288597	11474904885			116196446494	144825395937
Albania				2951139671	3759639869	1364966315	2125532906
Algeria	480626399	540648823	-20009176613	-21703892167	21671620494	11243662528	2273649881
American Samoa							
Andorra		-69686366	-405016862	-945183648	-975995989		
Angola				5627168331	24437303965	8489948029	-5355590557
Antigua and Barbuda			-29438490	-296395421	-600518120	-729665900	-742399154
Argentina		-22763535386	-44710957939	-91194540381	-255315801075	-274845071937	-385304599953
Armenia				3192812941	5503559442	4528672851	5696919733
Aruba					-1654433726	-1994979468	
Australia	-17046146063	-36729706481	-133107414264	-285157546658	-369038706879	-1039281015851	-1435257967012
Austria	-5524709252	-12468237791	-72557374584	-152949083834	-172758378185	-338642760346	-369754775794
Azerbaijan				2148316718	14129027304	-10773466762	-22534856168
Bahamas, The	-161067957	-476124380	-1093694142	-2771903232	-5609785648	-6210712508	
Bahrain			-2659926960	-3467317798	-7452316760	-19890336692	-25569492695
Bangladesh	8032000033	15399468671	76502765717	134967367149	271993063415	602817216939	718682995770
Barbados	-34811225	-93723393	-575108234	-1624612239	-2475422099	-3129035069	
Belarus				-1704921973	11380810342	-11064560231	-20416191299
Belgium	-10084114535	-22829261932	-113977972926	-187508469113	-207961479802	-420406963792	-447452707841
Belize	-6083103	-8289113	-29423305	-124705544	-256623797	37373102	193963310
Benin	386214253	736015969	2858947630	5729041906	14392751145	37690074908	47632688725
Bermuda	-77775684	-166067856	-550598978	-1501191577	-3331166757	-5441396129	
Bhutan			337723701	523862025	921242094	1750475763	2201750959
Bolivia	252030687	534173207	1620101463	5577655972	12080514187	27608393549	27222770159
Bosnia and Herzegovina					3736985404	1118946166	2922118416
Botswana	102450738	158746465	83181435	-1662995634	-1556872424	-4583493049	-3836522808
Brazil	3673813492	-6991107342	-95400564362	-231880830665	-224047059526	-1234767318241	-1159973813383
Brunei Darussalam		-131362035	-4707417177	-3125546346	-5201326634	-10505886527	-13847293682
Bulgaria			-9876339282	-7322710185	6791154506	-13315319320	-13642431688
Burkina Faso	884079532	1610644080	5896391180	10444875082	25370702623	63098674445	80182091709
Burundi	513292789	1028991241	3812997267	7486427530	15218290152	40932553877	52349381160
Cabo Verde			203647660	234215941	527267986	604466115	815244990
Cambodia	837414368	1864529694			25809949338	55596853001	66763109013
Cameroon	722977882	1330746446	3503486673	7405519622	29107362611	73470467495	91312354219
Canada	-36160343554	-79918073166	-245231143604	-549288733555	-665283677723	-1455847695269	-1636256602073
Caribbean small states	-935245060	-1841301469	-6935405003	-8414159964	-16757228601	-27324603912	-29035481878
Cayman Islands							
Chad	438061876	871539917	4142677015	7411407619	18625375981	43878350823	56082510921
Channel Islands					-6081192690		
Chile	-2726817899	-5457436134	-14735769168	-11243690972	-42074855312	-137700505095	-181723034074
China	116966599886	209516830696	935976835944	1388308165483	1845208363481	293754854876	-1885048616133
Colombia	-394678396	653457314	-2509445987	10932240800	-3710037328	-70913464329	-116309044884
Comoros			236159695	384596959	1071628632	2634956671	3324986729

País	1961	1970	1980	1990	2000	2010	2013
Congo, Dem. Rep.	856810649	2483101036	15834366635	44322149384	94085989133	268848269508	335206515333
Congo, Rep.	110583438	216161732	354506985	865338586	4315996031	7123670899	9992201348
Costa Rica	-141926116	-314555399	-2138037669	-2670460264	-6473929945	-14570577431	-23220330844
Cote d'Ivoire	290134534	472792867	-695864446	7831118442	28468505677	65376089347	79181317701
Croatia				-17433340327	-10848639894	-38318337622	-34494460561
Cuba		-2487110123	-8633036778	-12347590831	-3715364311	-11834863947	
Curacao							
Cyprus			-2114562256	-6212741762	-10386621839	-25645335196	-22629653595
Czech Republic				-23244369528	-34086785325	-149756809134	-141437307827
Denmark	-5770855483	-14777454720	-63833766626	-127934419720	-147211045615	-287136398706	-300194661262
Djibouti				454627328	1191332638	2752105286	3273803664
Dominica			27276435	-57276764	-156498325	-144049616	-114652857
Dominican Republic	209549648	178755252	50508942	4065060598	-3112948404	-4372641399	-4238867193
Ecuador	192198561	-646251521	-8810191912	324841467	11884389354	2285345348	-4744806927
Egypt, Arab Rep.		5686271889	28619950619	43482094489	59587770115	144393526124	172665276427
El Salvador		241254597	1771228969	3415369901	1229938819	7514569754	10097856571
Equatorial Guinea		40680062	202350510	462643093	203103763	-8347186276	-11471521922
Eritrea					8789669425	24596211776	30873199616
Estonia					-2308179455	-12838206566	-17298875794
Ethiopia				61909136334	151064000815	375863245941	463033555947
Faeroe Islands					-950270534		
Fiji	-14317381	-28398156	-473992633	-217268656	272415187	779031698	746304823
Finland	-4796672228	-9528074683	-47526004824	-131217340825	-109316239110	-211751097415	-227367656787
France	-56420071456	-127350884695	-626985895743	-1154363943462	-1179504595958	-2262490747952	-2377161251262
French Polynesia		-213389253	-1188164592	-2876230157	-2875596466		
Gabon	-40597962	-107073905	-3446468281	-4496822503	-2113657420	-7328524159	-10285022423
Gambia, The		112240176	452069600	1092431295	2179335850	6868106283	9106408917
Georgia				-355348983	7593129982	9080061130	8132386558
Germany		-180114637420	-829820129477	-1592348884872	-1688225438716	-2923936112878	-3197958078923
Ghana	429287358	947194193	7944149237	16601132332	40396051297	80719539643	92440275893
Greece	-2898207798	-9295203412	-43131737877	-77730091233	-98100903212	-242326557539	-181939972356
Greenland		-52451456	-418477419	-933497194	-932551443		
Grenada			18463820	-73039240	-278295105	-284055608	-260251013
Guam							
Guatemala	-4092711	88173188	150858465	6017960799	7717804511	25392442097	30020690385
Guinea				6588769588	18087717604	45869540173	57450722009
Guinea-Bissau		172500403	827831006	1320176526	2707537792	6547070664	8376178911
Guyana	-40598483	-2642664	287857106	718106557	1081925132	1398506377	1257121634
Haiti					17013855932	39424784462	47447799155
Honduras	165586965	267017319	1603967894	4490095138	7925673019	19621637687	25328852099
Hong Kong SAR, China	-731815550	-2344419990	-23054892885	-68158131860	-155601772338	-195954537313	-235065978711
Hungary		-1739592326	-9878826489	-17107055295	-21771416964	-80973802509	-76358537904
Iceland	-208737681	-443698016	-3069673709	-5981132871	-8019436315	-11084880744	-12869630611
India	75737158091	140717034759	612049073358	1009233790702	2035826816432	3901236688053	4908159480733
Indonesia		32303582498	88854292857	160206143801	338638548518	410661705173	485598824910

País	1961	1970	1980	1990	2000	2010	2013
Iran, Islamic Rep.		-64915294	-45438861683	-29383694238	57596122938	-76099509506	50757866178
Iraq	53673413					1251299719	-41800402437
Ireland	-1375748116	-3229191582	-17443098245	-43017618141	-88158916493	-188169076808	-192915435633
Isle of Man					-1378522221		
Israel	-2935935765	-4278293864	-17333292794	-45325992078	-109735130546	-196202269846	-247685686147
Italy	-32098378752	-89456011950	-395106094559	-1050890375111	-966747014870	-1779541164403	-1747100727001
Jamaica	-331459410	-717195404	-233042992	-917796788	-2766748551	-710609418	349481573
Japan	-29565657540	-170686494507	-953050883419	-2913771002051	-4425370835202	-4902368223255	-4211520969166
Jordan		-84791128	-1408321240	713662987	3105539100	1706277896	1320861431
Kazakhstan				-1799139797	17585903738	-72104059673	-132093794466
Kenya	1315649625	2535852968	11392336209	27474445567	62709183836	157907770231	196237800353
Kiribati		1838936	34581936	80803789	132052843	304360910	385656836
Korea, Dem. Rep.							
Korea, Rep.	4140592000	2450243566	-24078246060	-218849429353	-448317099463	-864596028718	-1032429139352
Kosovo					2248758301	2521689028	2924052228
Kuwait		-2597590339	-27065903655	-15261060113	-33122924597	-106015041385	
Kyrgyz Republic				4077077591	10438202016	20554377832	23765904153
Lao PDR				5660010343	11257584179	22577408677	25541866347
Latvia				-3352646180	-2125943778	-14249889135	-20046781863
Lebanon				1317164766	-9461282694	-17811122546	-20145015273
Lesotho	182753835	310976915	1067917027	1911486994	3703343706	7171697224	9011147529
Liberia	104801757	199157400	1315828860	2848585469	6442201790	17123581746	21317313239
Libya				-22355819373	-21419089100	-46648701679	-41852280528
Liechtenstein		-82276510	-505030116	-1377316032	-2404117885		
Lithuania				-4821599597	-2998353594	-22298053468	-29913664293
Luxembourg	-624242917	-1320438146	-5550280910	-12081598180	-19215823194	-49694504251	-57439807699
Macao SAR, China				-2437120100	-5060656595	-25872125012	-48684084047
Macedonia, FYR				-1382079090	1359898970	442804586	1197255541
Madagascar	618143700	1307279921	5989234002	14669128265	34076160044	89376751393	113426116547
Malawi	735138614	1375780542	5915347563	12643323201	25547654984	64459155734	84958296254
Malaysia	-296985454	-263846028	-9071138232	-16025873967	-37332315318	-115967845888	-151408464706
Maldives			134521351	116774918	33131426	-618671212	-430270385
Mali		1743007432	5937312600	9822867289	22311268561	55653528530	71972175080
Malta		-139396856	-887039098	-2002825559	-3038119155	-6235161439	-7348692009
Marshall Islands				-5756477	14799564	80744182	110207345
Mauritania	115043238	213296095	1050463932	2092368958	5234375807	13267457338	16915521743
Mauritius			-28639416	-1025714004	-1721532155	-3758272655	-4914139420
Mexico	-4081970359	-16049644857	-113668997702	-130374084001	-433254273063	-503109935220	-598033277455
Micronesia, Fed. Sts.				900304	25740289	188015451	226099962
Moldova				2089413636	7485039771	10762367019	11349889428
Monaco		-284435110	-1347456024	-2436057760	-2570550600	-5179555913	
Mongolia				797163618	4642359714	6421842014	3867647737
Montenegro					489045890	-1229697461	-1060689403
Morocco	1179550837	1917645620	4028646170	12339761526	32576832697	57911951295	76250245640
Mozambique			10399407847	18347414990	39744408557	102243726013	124666131209

Pais	1961	1970	1980	1990	2000	2010	2013
Myanmar							
Namibia			-1273244523	-628233819	666486679	-1002821244	-98668214
Nepal	1916770037	3386253122	14552075224	24216792285	50392630005	108918727257	131331462365
Netherlands	-10558754606	-30555848814	-164541942119	-271884501666	-346685199921	-699847320317	-709116589765
New Caledonia		-319087107	-1018450529	-2271025117	-2168343057		
New Zealand	-5059858247	-5435137082	-19469770552	-39978469443	-42712399025	-123143436790	-161561548135
Nicaragua	217426346	104168457	1583662068	5352023785	7188751857	18152161273	21692584578
Niger	379024363	973303916	4182770783	9440265799	24693249321	68234009705	89266431821
Nigeria	7169458976	8102652698	20322517038	116246055422	249815899281	374047839819	418964470782
Northern Mariana Islands							
Norway	-4722132658	-11303976404	-59028571595	-111102802327	-157462780183	-398196323562	-485030774509
Oman	96822123	9953628	-4657808100	-8902174001	-14582640307	-45771901371	-60887369595
Other small states			-205458099	-104169763	10888657410	7220509063	11711961638
Pacific island small states			-259039851	225045076	1302013468	3838114996	4271222258
Pakistan	7715671411	11751605342	68044244119	130781873514	272763526348	628487181944	750349379157
Palau				-53690011	-113635587	-102313128	-133695255
Panama	-168520704	-455066598	-1527899097	-1490004125	-4256688102	-11700002040	-21709359513
Papua New Guinea	259797191	250104564	1141852545	3172673937	9445606413	22434191195	24382277339
Paraguay		365269861	-426053654	838404681	4701120142	10026145289	6910663301
Peru	-245920030	-2381432734	-787125752	8462896646	11993666187	-12351752336	-37699650281
Philippines	-406935294	6483924472	21910834219	50928976679	106158252900	235201098337	261146927471
Poland				-5957674556	-79051344064	-292132852022	-308756742617
Portugal	-1165699680	-4806910892	-21256698544	-62315497165	-92495089965	-179743380823	-163343697419
Puerto Rico	-1259932180	-4034864206	-10759140541	-25166097575	-52516112669	-81066721513	-83545746567
Qatar		-261569073	-7572473452	-6627836903	-16328756168	-116980998343	-190698646766
Romania				-2628358182	16795059710	-70584836996	-81461699347
Russian Federation				-288828560442	93672260206	-862405240058	-1319195726089
Rwanda	633561612	1161236668	4641198707	8541764684	18503115673	44797822522	56361647750
Samoa				138331495	181218776	292609495	337190350
San Marino					-708897212		
Sao Tome and Principe					259390451	628245744	735084661
Saudi Arabia		-2879781228	-153018937279	-91862715271	-139882108225	-399979908508	-589057815179
Senegal	-12933248	526809375	2883694371	5835628120	19092577835	47325731027	61434158681
Serbia					12035822045	-3063408742	-3701144413
Seychelles	-776170	1285113	-73496902	-260966014	-419306714	-555661581	-784817868
Sierra Leone	224202761	496957644	2546726014	5565611334	9343264436	24185422644	28081853614
Singapore	-334987684	-1156376443	-9310380250	-34215219957	-86126470718	-212798771840	-268684668435
Sint Maarten (Dutch part)							
Slovak Republic				-3569466366	-15734201390	-61991468741	-66432865896
Slovenia				-14309808782	-15185041954	-37467479491	-35668269798
Small states	-150205963	-697990289	-7390730335	-8159945017	-4566557723	-16265979853	-12978482040
Solomon Islands			95775704	176924943	558860029	1767937634	1944740047
Somalia	518152719	951274573	6380688617	8801873893			
South Africa	-3216120896	-9782531568	-48916606430	-57897079991	-26812938470	-128393955270	-63537132728
South Sudan						29916005689	47413852864

País	1961	1970	1980	1990	2000	2010	2013
Spain	-6082400597	-27326481229	-182857464035	-460761466317	-483288540339	-1168125331331	-1105494740740
Sri Lanka	1109849219	2306894067	12888703470	18126490823	29715733597	46529586741	43809018026
St. Kitts and Nevis	427180	210166	1551789	-96423276	-306780346	-448631663	-449318717
St. Lucia			1900966	-184753172	-386122522	-426805153	-344541286
St. Martin (French part)							
St. Vincent and the Grenadines	6715312	14825256	54962864	-32921924	-137354663	-172841017	-132897142
Sudan	1073635437	2215824015	10792096866	21128332708	56958838910	114564514547	139169027097
Suriname	-23145977	-110192728	-375575169	237063301	232767505	-1925427981	-2308739462
Swaziland	47134808	51866958	150000635	211673106	1039660163	1660079029	2979425040
Sweden	-14250748457	-33181311366	-125277385986	-235266067752	-225873392348	-419426231943	-506969632330
Switzerland	-9342278784	-20679389018	-105284122443	-233697945110	-238724850230	-512696027065	-606585833926
Syrian Arab Republic	250754590	206104357	-2790611135	6834504228	20137907196		
Tajikistan				5514708780	14051548944	29847288980	35967607003
Tanzania				34800432072	71525313312	185660845465	232667784161
Thailand	4076313433	6479511729	21974120037	1647695530	27557295381	-9942135306	-24143007278
Timor-Leste					1707519054	4027633922	4769582680
Togo	276472087	524232981	1984118400	4194672018	10432535532	26168540525	32600538397
Tonga			53409595	32743862	47520158	115148961	104453634
Trinidad and Tobago	-366736986	-473858570	-4991135651	-3189502223	-5097772062	-14578649458	-17373557097
Tunisia		446765627	-1421248964	246093120	1580215086	5030225052	11861871240
Turkey	-898546985	-4295815521	-18433765602	-67664411001	-114281562416	-395516593141	-414170187884
Turkmenistan				2407155382	7946284291	1312015048	-13456549889
Turks and Caicos Islands							
Tuvalu				5018099	8963231	13899711	15380210
Uganda	1325281963	2215232829	13148723936	22653848489	52324676571	142109365620	182145336533
Ukraine				-1677118492	87279873735	77014178099	69063444398
United Arab Emirates			-42434845289	-47924114454	-97042168023	-248143878897	
United Kingdom	-63379126248	-104319288484	-477323554914	-931294480723	-1351664364421	-2003474943687	-2174058705452
United States	-492727284271	-1000470151093	-2601895785097	-5595826944440	-9609530182953	-13519024228688	-15086995727375
Uruguay	-901052107	-1103570270	-6818965410	-4517583280	-14818164669	-23191482174	-37246130839
Uzbekistan				18171684184	45660928296	93566277600	107071498829
Vanuatu			19197382	67037728	174078979	398680080	534884305
Venezuela, RB	-6938023822	-9048094083	-49821034145	-16677813996	-58311709387	-258664990027	-273527164653
Vietnam				95023036345	153493965414	288559698162	314712925663
Virgin Islands (U.S.)	-17100578	-195824998	-616550759	-1404866210			
West Bank and Gaza					2846551564	9402217608	
Yemen, Rep.				12479202323	32602809082	74171091591	96301536307
Zambia	117982193	-247047895	2821666146	8771860599	21095483171	45307602055	56396672191
Zimbabwe	-119026476	30970286	1680960598	7300238268	23450863285	51389546981	63870595337

ANEXO 5: ÍNDICE HOLÍSTICO DE SALUD 2012

País	EV saludable	Índice de felicidad	AV perdidos por acaparamiento	AV perdidos por agotamiento	Índice holístico de salud (EVSF-neta)
Afghanistan	42.39	4.76			25.46
Albania	62.06	5.27			43.19
Algeria	59.50	5.24	-0.42		40.16
Angola	40.31	4.21	0.00		23.36
Argentina	62.25	6.44	-1.06		52.44
Armenia	59.67	4.37			35.02
Australia	65.17	7.41	-8.37	70.85	-15.39
Austria	64.65	7.35	-3.12	47.56	12.44
Azerbaijan	56.65	4.22	-1.28		31.01
Bahrain	59.47	4.55	-9.12	19.18	6.53
Bangladesh	48.93	4.99			31.77
Belarus	60.39	5.53	-2.03		43.23
Belgium	64.65	6.85	-4.26	43.13	11.26
Belize	60.42	6.45			51.10
Benin	46.07	3.67			22.52
Bolivia	52.76	5.78			39.91
Bosnia and Herzegovina	61.26	4.67	-3.01		34.90
Botswana	55.87	3.55	-0.05		26.30
Brazil	58.70	6.84			53.94
Bulgaria	62.08	4.22	-1.85		33.09
Burkina Faso	43.46	4.04			23.47
Burundi	41.18	3.79			20.70
Cambodia	49.73	4.16			27.47
Cameroon	48.70	4.43			28.36
Canada	65.57	7.65	-6.99	51.38	7.83
Central African Republic	40.84	3.57			19.85
Chad	43.63	3.74			21.88
Chile	62.63	6.64	-0.96		54.54
China	61.14	4.65	-1.96		35.54
Colombia	60.09	6.41			51.70
Comoros	49.26	3.92			25.21
Congo	45.90	3.82			23.41
Costa Rica	64.65	7.27			61.48
Cote d'Ivoire	46.63	4.20			26.34
Croatia	61.27	5.60	-1.21		44.71
Cuba	63.44	5.42	-0.50		44.33
Cyprus	65.71	6.39	-2.52	24.62	27.79
Czech Republic	61.99	6.15	-4.49		46.57
Denmark	64.24	7.77	-3.28	57.54	5.01
Djibouti	51.19	5.01			33.57
Dominican Republic	60.03	4.74			37.18
Ecuador	60.48	5.84			46.64
Egypt	53.28	3.88	-0.06		27.15
El Salvador	58.36	6.74			53.32
Estonia	60.31	5.14	-6.04		36.15
Ethiopia	40.23	4.37			23.62
Finland	62.86	7.39	-5.12	44.15	12.78
France	65.06	6.80	-1.77	39.91	17.24

País	EV saludable	Índice de felicidad	AV perdidos por acaparamiento	AV perdidos por agotamiento	Índice holístico de salud (EVSF-neta)
Georgia	59.88	4.10			33.13
Germany	64.24	6.72	-3.76	41.87	11.63
Ghana	50.42	4.61			30.17
Greece	65.44	5.84	-3.01		47.13
Guatemala	54.80	6.29			45.88
Guinea	43.44	4.04			22.83
Guyana	54.42	5.99			43.53
Haiti	45.59	3.77			22.40
Honduras	58.15	5.87			44.59
Hungary	59.79	4.73	-1.35		36.84
Iceland	64.24	6.89	-2.13	42.72	13.07
India	49.58	4.99			32.13
Indonesia	55.66	5.46			39.86
Iran, Islamic Republic of	56.81	4.77	-2.69		33.31
Iraq	59.12	5.02	-0.59		37.64
Ireland	64.46	7.26	-3.60	44.90	13.19
Israel	65.02	7.36	-3.92	31.49	27.03
Italy	65.44	6.35	-2.55	32.98	19.47
Jamaica	62.11	6.21	-0.08		49.65
Japan	68.33	6.06	-3.93	48.09	2.56
Jordan	60.23	5.70	-0.49		43.95
Kazakhstan	56.76	5.51	-6.18		36.51
Kenya	53.22	4.26			29.58
Kuwait	64.74	6.58	-15.18	59.63	-19.81
Kyrgyzstan	55.60	5.00			37.54
Lao People's Democratic	48.20	5.04			32.38
Latvia	59.74	4.67	-0.59		37.44
Lebanon	60.54	5.18	-1.24		39.92
Liberia	41.16	4.20			23.05
Libyan Arab Jamahiriya	60.39	4.92	-3.86		34.57
Lithuania	60.92	5.07	-0.98		40.99
Luxembourg	64.17	7.10	-10.80	110.99	-61.23
Madagascar	47.39	4.64			29.00
Malawi	40.83	5.15			28.06
Malaysia	61.52	5.58	-2.73		42.42
Mali	40.99	3.76			20.11
Malta	65.40	5.77	-2.16		47.30
Mauritania	49.97	4.97			32.28
Mauritius	60.04	5.48	-0.37		43.96
Mexico	61.80	6.80	-0.69		55.24
Mongolia	52.50	4.59	-0.83		31.51
Morocco	55.71	4.38			31.89
Mozambique	41.63	4.65			25.99
Myanmar	48.54	5.32			34.29
Namibia	52.89	4.89			34.66
Nepal	49.50	3.81			24.74
Netherlands	65.28	7.50	-4.85	44.24	15.32
New Zealand	63.89	7.22	-2.71	38.27	20.06
Nicaragua	59.14	5.69			44.43
Niger	38.78	4.10			21.15

País	EV saludable	Índice de felicidad	AV perdidos por acaparamiento	AV perdidos por agotamiento	Índice holístico de salud (EVSF-neta)
Nigeria	46.02	4.76			28.66
Norway	63.99	7.63	-5.29	101.01	-41.72
Pakistan	52.88	5.27			36.17
Panama	62.77	7.32	-0.07		60.24
Paraguay	61.44	5.84			46.53
Peru	57.73	5.61			42.53
Philippines	57.23	4.94			38.18
Poland	61.01	5.78	-3.14		44.50
Portugal	63.45	4.87	-1.38		39.78
Qatar	62.57	6.59	-20.98	100.98	-69.23
Romania	60.40	4.91	-0.72		38.87
Russian Federation	59.08	5.46	-4.75		39.42
Rwanda	42.16	4.03			22.33
Saudi Arabia	61.57	6.73	-7.75	22.39	23.73
Senegal	49.56	3.83			24.95
Serbia	62.20	4.46	-2.00		34.67
Sierra Leone	40.84	4.13			23.02
Singapore	65.30	6.53	-0.09	50.82	5.06
Slovakia	60.80	6.05	-2.24		47.33
Slovenia	62.49	6.08	-2.81		48.12
South Africa	55.15	4.65	-2.53		32.13
Spain	66.12	6.19	-1.91	25.76	26.67
Sri Lanka	61.10	4.18			34.21
Sudan	50.92	4.38			29.08
Sweden	65.51	7.50	-1.79	55.51	7.29
Switzerland	66.04	7.52	-1.43	86.05	-21.67
Syrian Arab Republic	59.64	4.07	-0.20		31.46
Tajikistan	54.22	4.38			31.63
Tanzania, United Republic of	47.42	3.23			20.17
Thailand	61.97	6.22	-1.02		50.30
Togo	48.66	2.81			17.91
Trinidad and Tobago	58.88	6.70	-17.62		34.59
Tunisia	61.35	4.69			37.74
Turkey	57.10	5.49	-0.86		41.01
Turkmenistan	53.89	6.57	-3.70		43.98
Uganda	41.89	4.19			23.56
Ukraine	60.22	5.06	-2.07		39.29
United Arab Emirates	61.37	7.20		40.25	16.76
United Kingdom	64.37	7.03	-3.06	37.60	18.97
United States	64.30	7.16	-8.40	52.75	0.01
Uruguay	62.89	6.06			50.91
Uzbekistan	57.22	5.10	-0.56		38.26
Venezuela	61.92	7.48	-2.34		58.88
Vietnam	58.75	5.77			45.46
Yemen	49.27	3.92			25.16
Zambia	42.49	5.26			29.76
Zimbabwe	52.20	4.85			33.31

ANEXO 6: LISTA DE TABLAS

Tabla 1:	Diferencias entre medir desigualdad y medir inequidad	31
Tabla 2:	Esperanza de vida en los 14 c-SES	40
Tabla 3:	PIB pc de los 14cSES	41
Tabla 4:	Media anual del número de muertes globales evitables, por periodos de cinco años, entre 1950 y 2010	46
Tabla 5:	Proporción de muertes globales que serían evitables por equidad en salud global	49
Tabla 6:	Carga de inequidad en salud global medida en pérdida de años de vida por muertes prematuras, 1950-2010.....	54
Tabla 7:	Diferencias en las características de la distribución y redistribución necesaria para equidad en salud global, entre el modelo basado en umbral mínimo según media SES y el modelo basado en modelos más eficientes de los países SES, 2012	77
Tabla 8:	Porcentaje del PIB para redistribución ética para equidad en salud global, según referencias de umbrales mínimos de PIB pc, 2012	78
Tabla 9:	Países “consentidos” y “huérfanos” en la AOD, 2012.....	80
Tabla 10:	Características del marco de AOD y el necesario para garantizar el derecho universal a la salud, 2012	81
Tabla 11:	Diferencias entre el marco internacional teórico y el actual para informar sobre inequidad en salud.....	86
Tabla 12:	Efectos del acaparamiento y del agotamiento pc en años de vida perdidos	88
Tabla 13:	Países con niveles más altos de índice holístico de salud	93

ANEXO 7: LISTA DE MAPAS Y GRÁFICOS

Figura 1:	Uso del término salud global vs salud internacional	19
Figura 2:	Principios y vectores de salud global.....	20
Figura 3:	Evolución de la media mundial de esperanza de vida.....	21
Figura 4:	Diferencia entre extremos de EV nacional.....	22
Figura 5:	Distribución de la media nacional de esperanza de vida, intervalos de 5 años, 2012.....	22
Figura 6:	Distribución de la media nacional de esperanza de vida, intervalos de un año, 2012	23
Figura 7:	Coeficiente de variación y razones de cuartiles de EV, entre 1960-2012.....	23
Figura 8:	Diferencia entre media y mediana de la EV global, 1960-2012.....	23
Figura 9:	Diferencia entre las tasas más altas y más bajas de mortalidad en menores de 5 años, 24 evolución 1950-2010.....	24
Figura 10:	Curva de Gini de la distribución de la media nacional de EV, 2012.....	24
Figura 11:	Coeficiente de Gini de la distribución internacional de EV (medias nacionales) de 1960 a 2012	25
Figura 12:	Desigualdad del coeficiente de Gini y tasa de asimetría, 1960-2012	25
Figura 13:	Correlación entre el índice democrático y los años de educación, y la esperanza de vida al nacer	27
Figura 14:	Correlación entre las emisiones de carbono per cápita y la esperanza de vida al nacer	28
Figura 15:	Correlación entre medias nacionales de esperanza de vida al nacer y PIB pc	28
Figura 16:	Evolución de la correlación entre esperanza de vida al nacer y PIB pc	29
Figura 17:	Análisis de desigualdades en salud según mortalidad de menores de 5 años, OMS-monitor de equidad en salud.....	30
Figura 18:	Muertes evitables debido a inequidad económica global (referencia: países de ingresos altos)	33
Figura 19:	Número de muertes evitables (en millones) debido a inequidad global en salud 1990-2012 (referencia países de ingresos altos).....	34
Figura 20:	Porcentaje de todas las muertes, debido a inequidad global en salud (referencia países de ingresos altos).....	34
Figura 21:	Número de muertes evitables debido a inequidad económica global 1970-2012 (referencia Países de ingresos altos, fuente CGE 2010).....	35
Figura 22:	Porcentaje de muertes debidas a inequidad económica global 1970-2010 (referencia países de ingresos altos, fuente CGE 2010).....	35
Figura 23:	Mapa de países que en 2010 disfrutaban de esperanza de vida al nacer superior a la media ponderada mundial	37
Figura 24:	Mapa de países que en 2010 tenían un PIB per cápita menor que la media ponderada mundial	37
Figura 25:	Países que en 2000-2010 mantuvieron emisiones de CO2 por debajo del límite planetario	37
Figura 26:	Número de países según categorías de salud, factibilidad y criterio sostenible, 1960-2012	38
Figura 27:	Esperanzas de vida nacionales en relación a PIB pc y umbrales de modelos saludables y factibilidad, 2012	38
Figura 28:	Emisiones de carbono per cápita en relación a PIB pc y umbrales de factibilidad y sostenibilidad ...	38
Figura 29:	Países saludables-replicables-sostenibles de forma constante 1960-2012	39
Figura 30:	Población de los 14 países SES	39
Figura 31:	Evolución de la esperanza de vida en los 14 cSES 1960-2012	40
Figura 32:	EV en mujeres 14cSES	41

Figura 33:	EV en hombres 14cSES	41
Figura 34:	Evolución del PIB pc de los 14 cSES, 1960-2013	42
Figura 35:	Distribución mundial de emisiones de CO2 per cápita 2000-2010	42
Figura 36:	Evolución de las emisiones de CO2 en los 14 cSES, 2000-2012	43
Figura 37:	Mapa de las diferencias de EV vs referencia SES en 1960	44
Figura 38:	Mapa de las diferencias de EV vs referencia SES en 1990	44
Figura 39:	Mapa de diferencias de EV vs referencia SES en 2012	44
Figura 40:	Evolución de muertes evitables en los países con mayor número de estas, 1950-2010	47
Figura 41:	Distribución por países de muertes evitables por inequidad en salud global, 2005-2010	47
Figura 42:	Distribución por grupos de edad y evolución en el tiempo del número total de muertes evitables por inequidad en salud global	48
Figura 43:	Distribución por grupos de edad y sexo, y evolución en el tiempo del número total de muertes evitables debidas a inequidad en la salud global.....	48
Figura 44:	Proporción de muertes que son evitables en <15 años, 1950-1955.....	50
Figura 45:	Proporción de muertes que son evitables en <15 años, 2005-2010.....	50
Figura 46:	Proporción de muertes que son evitables en 15-65 años, 1950-1955	50
Figura 47:	Proporción de muertes que son evitables en 15-65 años, 2005-2010	51
Figura 48:	Proporción de muertes que son evitables en <65 años, 1950-1955.....	51
Figura 49:	Proporción de todas las muertes que son evitables <65 años, 2005-2010	51
Figura 50:	Proporción de todas las muertes que son evitables, 1950-1955	52
Figura 51:	Proporción de todas las muertes que son evitables, 2005-2010	52
Figura 52:	Evolución y distribución por edades de la proporción de muertes evitables	53
Figura 53:	Distribución de la proporción de muertes evitables por sexo y edad, 1950-1955	53
Figura 54:	Distribución de la proporción de muertes evitables por sexo y edad, 2005-2010	54
Figura 55:	Evolución entre 1950 y 2010 y distribución por edades, de la pérdida de años de vida por Inequidad	55
Figura 56:	Distribución de la pérdida de años de vida por inequidad, por edades y sexos, 2005-2010.....	56
Figura 57:	Pirámides demográficas de modelos SES y de la población mundial, 2005-2010.....	56
Figura 58:	Distribución del PIB pc por medias nacionales, 2013.....	57
Figura 59:	Media ponderada del PIB pc internacional	57
Figura 60:	Coficiente de variación de la distribución de medias nacionales -ponderadas por población- de PIB pc, 1961-2013.....	58
Figura 61:	Distribución de las poblaciones de países según PIB pc, 2013	58
Figura 62:	Distribución del total de PIB según medias nacionales de PIB pc, 2013.....	59
Figura 63:	Índice Gini del PIB mundial, 2012.....	59
Figura 64:	Tendencia de la evolución en el tiempo del coeficiente de Gini: media de valores nacionales y de la distribución internacional del PIB	60
Figura 65:	Dispersión y simetría en la distribución los coeficientes de Gini nacionales, 1961-2012	60
Figura 66:	Distribución normal equitativa que permite el mejor nivel de salud factible/sostenible para todos, en relación a estándares SES, 2012.....	62
Figura 67:	Evolución en el tiempo de los niveles mínimo, medio y máximo de distribución normal en equidad compatible con el derecho universal a la salud, 1961-2012	62
Figura 68:	Países con PIB pc por debajo del mUD, 1950-1955	63
Figura 69:	Países con PIB pc menor del mUD, 2005-2010	63

Figura 70:	Distribución del PIB pc preciso para permitir la equidad global en salud, por países con déficit de PIB (PIB pc < mUD) y años, 1960-2013.....	64
Figura 71:	Distribución del PIB pc preciso para permitir la equidad en salud global, por la proporción del déficit total según países y años, 1961-2013.....	64
Figura 72:	Población de países con PIB pc < mUD, 1961-2012.....	65
Figura 73:	Proporción de la población que vive en países por debajo del mUD, 1961-2012	65
Figura 74:	Tendencia del PIB pc de los países SES, la media mundial y China, 1961-2012	66
Figura 75:	Muertes evitables vs mUD	66
Figura 76:	PIB mundial por países según mUD.....	67
Figura 77:	Relación entre población y PIB < mUD.....	67
Figura 78:	Distribución en el tiempo -1960-2013- del PIB mundial en relación a las necesidades básicas (MUD)	68
Figura 79:	Proporción del PIB mundial que supone necesidades básicas para mejor salud factible/sostenible y su exceso	68
Figura 80:	Tendencia y proporción del acaparamiento de PIB	69
Figura 81:	Población de países acaparadores.....	69
Figura 82:	Población según umbrales económicos de equidad.....	70
Figura 83:	PIB mundial según umbrales de equidad	70
Figura 84:	Razón de umbrales de equidad en PIB pc, 1961-2013	71
Figura 85:	Transición ética del modelo actual de inequidad (que causa 16 millones de muertes evitables) a un modelo de equidad compatible con el derecho universal a la salud	71
Figura 86:	Evolución de la situación actual de inequidad en la distribución de población y de recursos, hacia una distribución ética compatible con el derecho universal a la salud, 2013.....	72
Figura 87:	Evolución de la actual inequidad en salud global hacia la equidad global en salud, ref. esperanza de vida de 2012.....	73
Figura 88:	Transición requerida desde la situación actual de la distribución de la población mundial, según medias nacionales de emisiones de carbono anuales per cápita, a una distribución normal, ética y sostenible, compatible con el derecho universal a la salud en su dimensión intergeneracional, 2012	73
Figura 89:	Países según acaparamiento, zona de equidad y en déficit bajo el umbral de dignidad, 1960	74
Figura 90:	Países según acaparamiento, zona de equidad y en déficit bajo el umbral de dignidad, 1990	74
Figura 91:	Países según acaparamiento, zona de equidad y en déficit bajo el umbral de dignidad, 2012	74
Figura 92:	Contribución necesaria del PIB de países acaparadores para redistribución ética: tendencia 1961-2012.....	75
Figura 93:	Proporción por países acaparadores de la contribución del PIB precisa para redistribución ética: tendencia 1961-2012.....	76
Figura 94:	Distribución normal y en equidad compatible con mejores niveles de salud factibles/ sostenibles para todos, en referencia a modelos eficientes SES	76
Figura 95:	Tendencia del déficit de PIB (escenarios de media y mínimo de SES) para la equidad global en salud y niveles de AOD (fuente CAD/OCDE), 1961-2013.....	79
Figura 96:	Porcentaje del déficit que representa la AOD (según umbral mínimo para equidad basado en PIB pc medio de países SES) para equidad global en salud 1961-2013	79
Figura 97:	Correlación entre la AOD per cápita recibida (eje x) y el déficit en PIB pc que impide la equidad en salud (eje y) (Fuente: oecd/CAD).....	80
Figura 98:	Correlación de AOD y necesidades para equidad en salud global, 1970-2012.....	81

Figura 99:	Distribución de muertes evitables entre países con PIB pc > mUD, 2005-2010	82
Figura 100:	Tendencia de muertes evitables por equidad en salud global en los principales países con PIB pc > mUD, 1960-2010	83
Figura 101:	Correlación entre medias nacionales de EV y EV ajustada a la desigualdad	84
Figura 102:	Correlación entre pérdida de EV por ajuste de desigualdad, y coeficiente de Gini, medias nacionales 2013.....	84
Figura 103:	Carga de inequidad en salud (medida en tasa de mortalidad en exceso en menores de 5 años) global y nacional, 2012	85
Figura 104:	Proporción de la carga de inequidad global y nacional en la tasa de mortalidad de menores de 5 años, 2007-2012	85
Figura 105:	Correlación entre el efecto de acaparamiento en años de vida perdidos y las emisiones de carbono per cápita, 2010	89
Figura 106:	Correlación entre el efecto de acaparamiento y la esperanza de vida, 2010	89
Figura 107:	Esperanza de vida saludable en mujeres, 2012	90
Figura 108:	Esperanza de vida saludable en hombres, 2012.....	91
Figura 109:	Índice de felicidad	91
Figura 110:	Efecto de acaparamiento per cápita medido en pérdida de años de vida de otros por debajo del umbral de dignidad, 2012.....	92
Figura 111:	Efecto de agotamiento natural medido en pérdida de años de vida saludable en próximas generaciones, 2012	92
Figura 112:	Índice holístico de salud.....	93
Figura 113:	Potencial de vida saludable y en felicidad, individual-colectiva, vs mejor índice y media mundial.....	94
Figura 114:	Índice de salud holística en los 14cSES	94
Figura 115:	Índice holístico de salud en los 10 países con mayor índice de desarrollo humano según PNUD, 2013.....	95

ANEXO 8: LISTA DE ABREVIATURAS

ABREVIATURAS UTILIZADAS	
AVAD	Años de vida ajustados a discapacidad
AVP	Años de vida perdidos
BM	Banco Mundial
CAD	Comité de ayuda al desarrollo
CDSS	Comisión de determinantes sociales de la salud
CGE	Carga global de enfermedad
CO ₂	Dióxido de carbono
DUDH	Declaración Universal de los Derechos Humanos
EDS	Encuesta demográfica de salud
EEUU	Estados Unidos de América
EGS	Equidad en la salud global
ENS	Equidad nacional de salud
EV	Esperanza de vida
IDH	Índice de Desarrollo Humano
iEGS	Inequidad en la salud global
mUD	Mínimo umbral de dignidad
NNUU	Naciones Unidas
OCDE	Organización para la Cooperación en el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIB	Producto Interno Bruto
PIB pc	Producto Interno Bruto per cápita
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
SES	Saludable-Equitable-Sostenible
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
Tm	Toneladas métricas
UE	Unión Europea



EQUIDAD EN SALUD LA LLAVE PARA UN CAMBIO TRANSFORMACIONAL

