

Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud

Informe de la Secretaría

1. El año fijado para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) es 2015. En el último decenio se han realizado en todo el mundo grandes progresos hacia la consecución de los ODM relacionados con la salud.¹ En el mismo periodo de tiempo, también se han producido reducciones sin precedentes de la mortalidad infantil. Las epidemias del VIH/sida, el paludismo y la tuberculosis se han detenido y se han ampliado las intervenciones preventivas y terapéuticas, lo que ha tenido como resultado la disminución del número de casos nuevos y de las tasas de mortalidad en comparación con 1990 y 2000.

2. Con todo, los progresos han sido desiguales. Si bien las tasas de mortalidad materno-infantil han disminuido desde 1990 a ritmos similares, la reducción de la tasa de mortalidad de recién nacidos y de mortinatalidad ha sido mucho más lenta. La razón es que se las intervenciones dirigidas específicamente a recién nacidos han sido objeto de una atención y de inversiones relativamente menores, y su cobertura sigue siendo baja.

3. En el presente informe se resumen las esferas en que se han realizado progresos hacia el logro de los ODM relacionados con la salud y sus correspondientes metas específicas.² También se pone énfasis en los objetivos y metas individuales y se describe la marcha de las actividades para reducir la mortalidad en la niñez mediante la prevención y el tratamiento de la neumonía, como se pedía en la resolución WHA63.24; la prevención y la reducción de la mortalidad perinatal y neonatal (resolución WHA64.13); la prevención y el tratamiento de los defectos congénitos (resolución WHA63.17); y el logro de la cobertura universal en la atención de la salud materna, del recién nacido y del niño (resolución WHA58.31).

Objetivo 1, meta 1.C: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que padecen hambre

4. La desnutrición contribuye aproximadamente al 45% de todas las muertes de niños menores de cinco años. Entre 1990 y 2013, la proporción de niños con insuficiencia ponderal en los países en

¹ A los efectos del presente informe, el año de referencia para medir los progresos es 1990.

² Para una lista de las metas específicas y las estadísticas pertinentes sobre los progresos realizados hacia el logro de las metas, consúltense el Observatorio mundial de la salud de la OMS: <http://www.who.int/research/en/> y http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/es/ (consultadas el 13 de noviembre de 2014). Para una descripción y un panorama general más completos del objetivo y las metas no mencionadas en el presente informe, véase el Informe de 2014 de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2014-spanish.pdf> (consultado el 16 de diciembre de 2014).

desarrollo disminuyó del 28% al 17%, y el número de niños con retraso en el crecimiento a nivel mundial se redujo de 257 millones a 161 millones, esto es, un 37%.

Objetivo 4, meta 4.A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años

5. En todo el mundo se han hecho progresos considerables en la reducción de la mortalidad de niños menores de cinco años. Entre 1990 y 2013, la mortalidad de niños menores de cinco años se redujo en un 49%, desde una tasa aproximada de 90 muertes por cada 1000 nacidos vivos hasta 46 muertes por cada 1000 nacidos vivos. La tasa de reducción mundial se ha acelerado enormemente, desde el 1,2% anual entre 1900 y 1995 hasta el 4,0% anual entre 2005 y 2013. En 2013 murieron diariamente unos 17 000 niños menos que en 1990. Pese a los indudables progresos, estos siguen siendo insuficientes para alcanzar la meta de reducir en dos terceras partes la mortalidad entre 1990 y 2015.

6. El número total de muertes neonatales disminuyó de 4,7 millones en 1990 a 2,8 millones en 2013. La tasa de mortalidad neonatal por cada 1000 nacidos vivos disminuyó de 33 a 20 en ese mismo periodo, lo que supone una reducción del 39%. Esta disminución es más lenta que la de la mortalidad infantil en general, y la proporción de muertes de niños menores de cinco años que se producen en el periodo neonatal aumentó del 37% en 1990 al 44% en 2013. Las principales causas de mortalidad entre los niños menores de cinco años son la prematuridad (15%), las infecciones respiratorias agudas (15%), la asfixia durante el parto (11%), la diarrea (9%), el paludismo (7%) y las infecciones neonatales (7%). Casi la mitad de todas las muertes de niños menores de cinco años están relacionadas con la desnutrición, mientras que el bajo peso al nacer se asocia al 80% de todas las muertes neonatales.¹

7. En 2013, la cobertura mundial de la inmunización contra el sarampión fue del 84% para los niños de entre 12 y 23 meses, y un número mayor de países alcanzaron altos niveles de cobertura de vacunación; el 66% de los Estados Miembros alcanzaron una cobertura de al menos el 90%, en comparación con tan solo el 44% de los Estados Miembros en 2000. Entre 2000 y 2013, se calcula que el número de muertes por sarampión de niños menores de cinco años en todo el mundo disminuyó en un 75%, pasando de 544 200 a 145 700. Durante ese periodo y en comparación con una situación hipotética de ausencia de vacunación contra el sarampión, se calcula que se evitaron 15,6 millones de muertes.

8. En 2014, la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud refrendó el plan de acción sobre la salud del recién nacido,² en el que se establece una hoja de ruta de intervenciones estratégicas para prevenir la mortalidad del recién nacido y que contribuirá también a reducir la mortalidad materna y la mortinatalidad. Desde el refrendo del plan de acción, varios países han: finalizado planes nacionales de acción sobre la salud del recién nacido (Ghana, India, Indonesia, Mongolia, Myanmar y Pakistán); organizado actividades nacionales relacionadas con la salud del recién nacido (Ghana, India, Indonesia y Nigeria); perfeccionado el enfoque con el que abordan a nivel nacional la atención de la salud reproductiva, de la madre, del recién nacido y del niño con objetivos nuevos y más ambiciosos (por ejemplo, Filipinas, la República Unida de Tanzania y Uganda); o participado en actividades regionales (en las Américas y Asia Sudoriental). Otros países están formulando planes nacionales de acción sobre la salud del recién nacido (Bangladesh, Etiopía, Malawi y Nepal) o han planeado actividades conexas en 2014 (por ejemplo, Bangladesh, China, Malawi y Pakistán).

¹ Véase el Observatorio mundial de la salud de la OMS en http://www.who.int/gho/child_health/en/index.html (consultado el 17 de diciembre de 2014). Para consultar información sobre desnutrición, véase Black et al. *Lancet*, 2013.

² Resolución WHA67.10.

9. El Plan de Acción Mundial Integrado para la Prevención y la Lucha contra la Neumonía y la Diarrea¹ se centra en dos de las principales causas de mortalidad de niños menores de cinco años, las cuales son responsables del 24% de todas las muertes de niños de dicho grupo de edad.² Tras su presentación en abril de 2013, varios países han incorporado los objetivos estratégicos del plan a estrategias y planes de aplicación nacionales y subnacionales sobre salud infantil (Bangladesh, Uganda y Zambia). En la India se ha llevado a cabo un taller dirigido a una serie de distritos con una elevada carga de neumonía y diarrea pertenecientes a cuatro estados con el fin de sentar las bases para la adopción de medidas aceleradas y coordinadas destinadas a hacer frente a estas enfermedades. En muchos países, la introducción de nuevas vacunas, como las vacunas contra rotavirus y la vacuna antineumocócica, se ha aprovechado para fomentar un programa más amplio en materia de salud infantil, en particular mediante la concienciación acerca de la búsqueda de atención y tratamiento para la neumonía y la diarrea y la promoción de la nutrición y las intervenciones en materia de agua potable y saneamiento.

Objetivo 5, meta 5.A: Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la razón de mortalidad materna

10. El número de mujeres que mueren por complicaciones en el embarazo y el parto se ha reducido en un 45%, desde aproximadamente 523 000 en 1990 a 289 000 en 2013. La disminución ha sido notable, pero está muy por debajo de la meta fijada. La tasa mundial de reducción de la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2013 fue del 2,6% anual y se aceleró en el último decenio. De los 89 países con la razón de mortalidad materna más elevada en 1990 (100 o más muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos), 13 no han realizado ningún progreso o este ha sido insuficiente, con una reducción anual media de menos del 2% entre 1990 y 2013. Las muertes maternas siguen estando provocadas principalmente por causas obstétricas directas, sobre todo hemorragia (27%), hipertensión gestacional (14%) y septicemia (11%). No obstante, las muertes durante el embarazo se deben cada vez más a otras afecciones médicas. Más de una de cada cuatro muertes maternas están provocadas por afecciones médicas que pueden agravarse durante el embarazo, como la diabetes, el VIH, el paludismo, enfermedades cardíacas y la obesidad.³

11. La OMS y varios asociados han elaborado los elementos de una iniciativa para poner fin a la mortalidad materna prevenible después de 2015, denominada «Ending preventable maternal mortality: Forging a consensus»,⁴ previa consulta con los Estados Miembros y las partes interesadas del sector público.⁵ Se publicó una declaración de consenso en la que se exponían los resultados, los objetivos y las metas.⁶ Se fijó, entre otras, la siguiente meta mundial media: que la mortalidad materna sea infe-

¹ OMS/UNICEF. *End preventable deaths: Global action plan for prevention and control of pneumonia and diarrhoea*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013, en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79200/1/9789241505239_eng.pdf?ua=1 (consultado el 4 de diciembre de 2014).

² Liu L, et al. «Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-2013, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis». *Lancet*. 2014, 1 de octubre de 2014. doi:10.1016/S0140-6736(14)61698-6 (consultado el 3 de noviembre de 2014).

³ Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. «Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis». *Lancet Glob Health*. Junio de 2014; 2(6):323-33.

⁴ Véase «Ending preventable maternal mortality: Forging a consensus», en http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/ (consultado el 25 de noviembre de 2014).

⁵ Véase http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/ (consultado el 16 de diciembre de 2014).

⁶ La declaración de consenso figura en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130776/1/WHO_RHR_14.21_eng.pdf?ua=1&ua=1 (consultado el 12 de diciembre de 2014).

rior a 70 muertes por cada 100 000 nacidos vivos en todo el mundo de aquí a 2030, y que ningún país presente una razón de mortalidad materna superior al doble de la media mundial. Para alcanzar esta meta posterior a 2015 y contribuir al logro del objetivo último de poner fin a la mortalidad materna prevenible, se establecieron cinco objetivos estratégicos:¹ 1) hacer frente a las desigualdades en el acceso y la calidad de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal; 2) garantizar la cobertura mundial de la atención integral de la salud reproductiva, materna y neonatal; 3) abordar todas las causas de la mortalidad materna, las enfermedades reproductivas y maternas y las discapacidades conexas; 4) fortalecer los sistemas sanitarios para atender las necesidades y prioridades de las mujeres y las niñas; y 5) garantizar la rendición de cuentas para mejorar la calidad de la atención y la equidad.

Objetivo 5, meta 5.B: Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva

12. Para reducir la mortalidad materna y mejorar la salud materna, las mujeres tienen que poder acceder a intervenciones eficaces y a una atención de la salud reproductiva de buena calidad. En muchos Estados Miembros se han puesto en marcha planes para aumentar el acceso a intervenciones eficaces. En las regiones en desarrollo del mundo, el uso de anticonceptivos por mujeres de entre 15 y 49 años de edad que estaban casadas o vivían en pareja aumentó del 52% en 1990 al 63% en 2012, mientras que un 12%, aun queriendo dejar de tener hijos o tenerlos más tarde, no utilizaban métodos anticonceptivos. La proporción de mujeres que recibieron atención prenatal una vez durante el embarazo fue alta, pero si se considera el mínimo recomendado, que es de cuatro consultas, el porcentaje disminuye hasta un decepcionante 56%. El porcentaje de partos atendidos por personal de salud competente es ligeramente inferior al 50% en la Región de África (que registra la mayor tasa de mortalidad materna); con todo, algunos estudios recientes están empezando a evidenciar mejoras en varios países.

13. Alrededor de 16 millones de adolescentes dan a luz cada año. Los embarazos en las adolescentes tienen efectos adversos que también se extienden a la salud de los lactantes; por ejemplo, van asociados a una mayor incidencia de la insuficiencia ponderal. En respuesta a la recomendación de centrarse más en la salud de los adolescentes formulada en 2013 por el Grupo de Examen de Expertos independientes en información y rendición de cuentas sobre la salud de la mujer y del niño, y como seguimiento a la resolución de 2011 sobre los jóvenes y los riesgos sanitarios,² la OMS presentó el informe «Health for the world's adolescents» en la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud.³ El informe es un recurso en línea en el que se ofrecen datos regionales y nacionales sobre la salud de los adolescentes, se incluyen enlaces a todas las orientaciones de la OMS relativas al espectro completo de cuestiones sanitarias relacionadas con los adolescentes, y se explora la cobertura sanitaria universal para los adolescentes.

14. La OMS proporciona orientaciones normativas y apoyo a los países para que aceleren los progresos hacia el acceso universal a la salud reproductiva. Se trata, por ejemplo, de directrices para la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes de los países en desa-

¹ Véase el proyecto de documento sobre las estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible elaborado por el Grupo de trabajo sobre el fin de la mortalidad materna prevenible en http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/strategies_epmm_comment.pdf?ua=1 (consultado el 4 de diciembre de 2014).

² Resolución WHA64.28.

³ Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014, en <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/> (consultado el 8 de diciembre de 2014).

rollo,¹ directrices para promover un enfoque basado en los derechos humanos de los programas de planificación familiar,² y reseñas de políticas sobre los principales temas de salud reproductiva.³

15. La atención esencial durante el parto y el puerperio es crucial para prevenir y tratar dolencias que son causa de muerte materna y neonatal. Las directrices actualizadas y basadas en datos científicos para los trabajadores sanitarios publicadas por la OMS abarcan muchas esferas, como los nacimientos prematuros, la aceleración del parto, la inducción del parto, y la prevención y el tratamiento de las principales afecciones maternas, perinatales y neonatales. La OMS ha brindado apoyo para la realización de importantes investigaciones en las siguientes esferas: la eficacia del tratamiento simplificado de los posibles casos de sepsis neonatal en entornos donde no es posible la derivación a un especialista; la eficacia de las intervenciones más novedosas para reducir la mortalidad neonatal; el efecto de la iniciación temprana de la lactancia materna sobre la mortalidad, independientemente de su efecto sobre el aumento de la lactancia materna exclusiva; la administración prenatal de corticosteroides en entornos de ingresos bajos y medianos; y el uso a nivel mundial de intervenciones de salud materna y neonatal. La OMS está coordinando investigaciones para mejorar el monitoreo del parto con el fin de mejorar los resultados obstétricos, ampliar las intervenciones (como el método «madre canguro»), mejorar la gestión de las intervenciones para tratar afecciones neonatales graves, y promover la gestión comunitaria de los casos de neumonía y diarrea y la gestión en el hogar de los casos de malnutrición aguda grave.

16. En 2014, que ha sido el tercer año de aplicación de las recomendaciones de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño, se ha constatado una evolución hacia medidas de ámbito nacional. De los 75 países tomados en consideración, 65 están implantando marcos nacionales de rendición de cuentas gracias a la recepción de fondos catalíticos destinados a respaldar la aplicación de las recomendaciones de la Comisión; de esos 75 países, 51 han llevado a cabo evaluaciones de los sistemas de registro civil y estadísticas vitales para reforzarlos; 45 cuentan ahora con políticas de notificación de las muertes maternas; 58 están realizando exámenes anuales de sus sectores sanitarios con una amplia participación; 18 han hecho un seguimiento de los gastos en salud reproductiva, de la madre, del recién nacido y del niño, y está previsto que otros 15 puedan hacerlo para 2015; y 44 cuentan con un acuerdo de colaboración para formalizar los debates, la coordinación y la adopción de decisiones sobre prioridades e inversiones sanitarias.

17. Casi todos los países han utilizado los 11 indicadores recomendados por la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño. No obstante, preocupa que solo ocho de los 75 países dispusieran de datos recientes para todos los indicadores relativos a la cobertura en 2011-2012, y que 37 países tuvieran datos de encuestas recientes para uno solo de esos indicadores.

18. En septiembre de 2014, el Grupo de Examen de Expertos independientes publicó su tercer informe, titulado «Every woman, every child: a post-2015 vision»,⁴ en el que se formulaban seis reco-

¹ Directrices de la OMS para la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes de los países en desarrollo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

² Para más información sobre estas directrices, véase http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/es (consultado el 16 de diciembre de 2014).

³ Véase http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/policybriefs/en/index.html (consultado el 17 de diciembre de 2014).

⁴ El tercer informe del Grupo de Examen de Expertos independientes en información y rendición de cuentas sobre la salud de la mujer y del niño, titulado «Every woman, every child: a post-2015 vision», figura en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/132673/1/9789241507523_eng.pdf (consultado el 8 de diciembre de 2014).

mendaciones. El informe se presentó en un acto paralelo durante la celebración de la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York en septiembre de 2014, y sus recomendaciones se examinaron con más detalle en una reunión de partes interesadas en la rendición de cuentas celebrada en Ginebra en noviembre de 2014. Como resultado de ello se recomendó que se formulara una nueva estrategia mundial más amplia e inclusiva sobre la salud de la madre, el niño y el adolescente; que se contemplara la posibilidad de establecer un mecanismo de financiación basado en resultados para la estrategia mundial; y que se intensificara el diálogo con la sociedad civil para reforzar la responsabilidad política en materia de salud materno-infantil. Se ha iniciado la aplicación de estas tres recomendaciones. La nueva estrategia mundial se formulará mediante una consulta de amplia base dirigida por los países, con el objetivo de presentar un documento al respecto en septiembre de 2015 junto con los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Objetivo 6, meta 6.A: Haber detenido y comenzado a reducir, para 2015, la propagación del VIH/sida, y meta 6.B: Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/sida de todas las personas que lo necesiten

19. Se calcula que en 2013 se produjeron 2,1 millones de nuevas infecciones por el VIH, lo que supone una disminución en comparación con los 2,5 millones de 2009.¹ Varias intervenciones preventivas están contribuyendo a este descenso, sobre todo la promoción de cambios de conducta y las intervenciones biomédicas.

20. A finales de 2013, unos 12,9 millones de personas recibían tratamiento antirretrovírico en todo el mundo, de las que 11,7 millones vivían en países de ingresos bajos y medianos. En esos países, las personas con tratamiento antirretrovírico (11,7 millones) representan el 36% de los 32,6 millones de personas con VIH. Si persisten las tendencias actuales, la meta de poner a 15 millones de personas bajo tratamiento antirretrovírico para 2015 en los países de ingresos bajos y medianos se habrá rebasado.

21. La disminución del número de nuevas infecciones y el aumento de la disponibilidad del tratamiento antirretrovírico han provocado una reducción de la mortalidad por VIH, desde un máximo de 2,3 millones de muertes en 2005 a aproximadamente 1,5 millones en 2013. El número de infectados con el VIH seguirá aumentando, ya que está disminuyendo el número de personas que mueren por causas relacionadas con el sida.

Objetivo 6, meta 6.C: Haber detenido y comenzado a reducir, para 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves

22. Se calcula que en 2012 hubo 207 millones de casos de malaria, que produjeron 627 000 muertes. El aumento de la cobertura de intervenciones como los mosquiteros tratados con insecticidas, la fumigación de interiores con insecticidas de acción residual, la realización de pruebas diagnósticas y los tratamientos eficaces contribuyeron a reducir la incidencia mundial de la malaria en un 29% entre 2000 y 2012, y su mortalidad en un 42%.²

23. El número mundial de nuevos casos de tuberculosis disminuyó a un ritmo medio de aproximadamente un 1,5% anual entre 2000 y 2013. Las tasas de incidencia están disminuyendo en todas las regiones de la OMS, lo cual significa que se ha alcanzado la meta consistente en detener y comenzar a

¹ Para más información, véase el documento WHA67/19, párr. 22.

² Para más información véase http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2013/en/ (consultado el 13 de noviembre de 2014).

reducir la incidencia. La tasa de mortalidad por tuberculosis ha disminuido en un 45% desde 1990, y la tasa de prevalencia se ha reducido en un 41% en el mismo periodo. Tres de las seis regiones de la OMS han alcanzado o están en el buen camino para alcanzar las tres metas (incidencia, prevalencia y mortalidad) de reducción de la carga de tuberculosis para 2015. En las otras tres regiones, dichas tasas están disminuyendo, pero no tan rápido como para alcanzar todas las metas. Desde 2007, las tasas mundiales de éxito del tratamiento siguen siendo altas, es decir, del 85% o más, que fue la primera meta fijada por la Asamblea de la Salud, en 1991, en su resolución WHA44.8. La carga de tuberculosis sigue siendo alta: se calcula que hubo 9 millones de nuevos casos en 2013, de los cuales aproximadamente un 12% en personas infectadas por el VIH; asimismo se calcula que hubo 1,5 millones de muertes, 360 000 de ellas en pacientes VIH-positivos.

24. La meta 6C incluye las enfermedades tropicales desatendidas, que constituyen un grupo de infecciones diversas causadas por diferentes patógenos. Entre ellas se encuentra la tripanosomiasis africana, cuya eliminación como problema de salud pública está prevista para 2020 y que ha alcanzado su nivel más bajo en 50 años, con 6314 casos nuevos notificados en 2013. Aunque la OMS mantiene su meta de interrumpir la transmisión de la dracunculosis a finales de 2015, los problemas surgidos en el Chad, Malí y Sudán del Sur, países donde todavía hay transmisión, exigen soluciones locales. La eliminación de filariasis linfática como problema de salud pública está prevista para 2020. Se han preparado planes para eliminar la lepra como problema de salud pública en todo el mundo para para 2020, y se están haciendo progresos en su aplicación. Mediante campañas profilácticas, más de 807 millones de personas recibieron en 2012 tratamiento frente a una enfermedad, como mínimo. En el caso del dengue —la infección por arbovirus de mayor crecimiento en todo el mundo— las medidas eficaces y a largo plazo de control del vector y de prevención de la enfermedad (entre ellas las futuras vacunas) requieren estrategias y programas nacionales sólidos y bien financiados, así como el apoyo de asociados de la comunidad mundial de la salud pública a fin de reducir la morbilidad y la mortalidad para 2020. Las fiebres hemorrágicas víricas no se consideran parte de las enfermedades tropicales desatendidas «clásicas», pero comparten muchas de sus características. En 2014 hemos sufrido el mayor brote de enfermedad por el virus del Ebola de toda la historia, concentrado en tres países de África Occidental.

Objetivo 8, meta 8.E: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles

25. La persistente falta de medicamentos en el sector público hace que muchas personas se vean obligadas a acudir al sector privado, donde los precios pueden ser mucho más elevados. Según encuestas realizadas entre 2007 y 2013, en 21 países de ingresos bajos y medianos algunos medicamentos esenciales (genéricos) solo estaban disponibles en el 55% de los establecimientos del sector público. Los precios para el paciente aumentan paralelamente a la riqueza de los países; así, los pacientes que adquirían medicamentos en el sector público de los países de ingresos bajos pagaban, por término medio, el doble de los precios internacionales de referencia, mientras que en los países de ingresos medianos y medianos bajos pagaban más del triple de estos precios.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

26. Se invita al Consejo a que tome nota del presente informe.

= = =