



# Innovación y desigualdad

Reporte Goalkeepers 2021

## Goalkeepers se dedica a acelerar el progreso hacia la consecución de los Objetivos Globales.

En el 2015, 193 líderes mundiales acordaron 17 ambiciosos objetivos para acabar con la pobreza, luchar contra la desigualdad y detener el cambio climático para el 2030. Goalkeepers se centra en acelerar el progreso hacia la consecución de los Objetivos Mundiales, enfocándose especialmente en los Objetivos 1 a 6.

El COVID-19 no ha hecho sino reforzar la idea de que el progreso hacia Objetivos es posible pero no inevitable. Nuestra acción es importante, el año pasado vimos los resultados logrados en todo el mundo por aquellas personas que innovan, adaptan y crean sistemas resilientes a largo plazo.



<b>2</b>	<b>Introducción</b>
<b>4</b>	<b>La sorprendente historia que nos cuentan los datos</b>
5	Millones más en la pobreza extrema
7	Brechas crecientes en la educación
8	Más niños sin vacunas
9	Intensificación de la acción de la gente
<b>10</b>	<b>Lo que nos muestra el “milagro” de las vacunas</b>
12	La promesa a largo plazo de la secuenciación genómica
<b>14</b>	<b>Invertir en sistemas</b>
<b>17</b>	<b>Invertir en las comunidades</b>
<b>20</b>	<b>Invertir en las mujeres y las niñas</b>
<b>24</b>	<b>Aún más lejos, aún más rápido</b>
26	Nuevas fuentes de innovación
<b>28</b>	<b>Llamado a adaptarse: gente innovadora que tiene impacto</b>
<b>34</b>	<b>Explorando los datos</b>
35	China, libre de malaria, devolviendo el favor
36	Metodología
38	Indicadores
<b>56</b>	<b>Fuentes y notas</b>

# Introducción



El año pasado temíamos en cuanto a los Objetivos Mundiales. Sin embargo, incluso en medio de la devastación causada por la pandemia vimos que la esperanza puede crecer desde semillas plantadas en años anteriores. A continuación, exponemos lo que hemos aprendido.

**Por Bill Gates y  
Melinda French Gates**  
Copresidentes, Bill & Melinda  
Gates Foundation

**Visite la página web**  
Obtenga más información y  
detalles en la versión digital  
del Informe Goalkeepers 2021.  
⇒ <https://gates.ly/GK2021>

**Página anterior**  
Los Ángeles, California

Hace un año nos sentamos a escribir un Informe de Goalkeepers atípico. Después de años de progreso constante hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la primera ola de la pandemia tuvo un fuerte impacto en las familias, el sistema de salud y la economía. Temíamos que esta pandemia desencadenara un retroceso sin precedentes en el progreso que se venía logrando en casi todas las medidas de salud y prosperidad que seguimos cada año en este informe.

Y es que ha sido un año sin precedentes: millones de personas en todo el mundo han muerto de COVID-19. Millones más han sentido el impacto de una economía mundial en crisis. Y la pandemia sigue provocando estragos, con variantes cada vez más contagiosas y severas extendiéndose por todo el mundo.

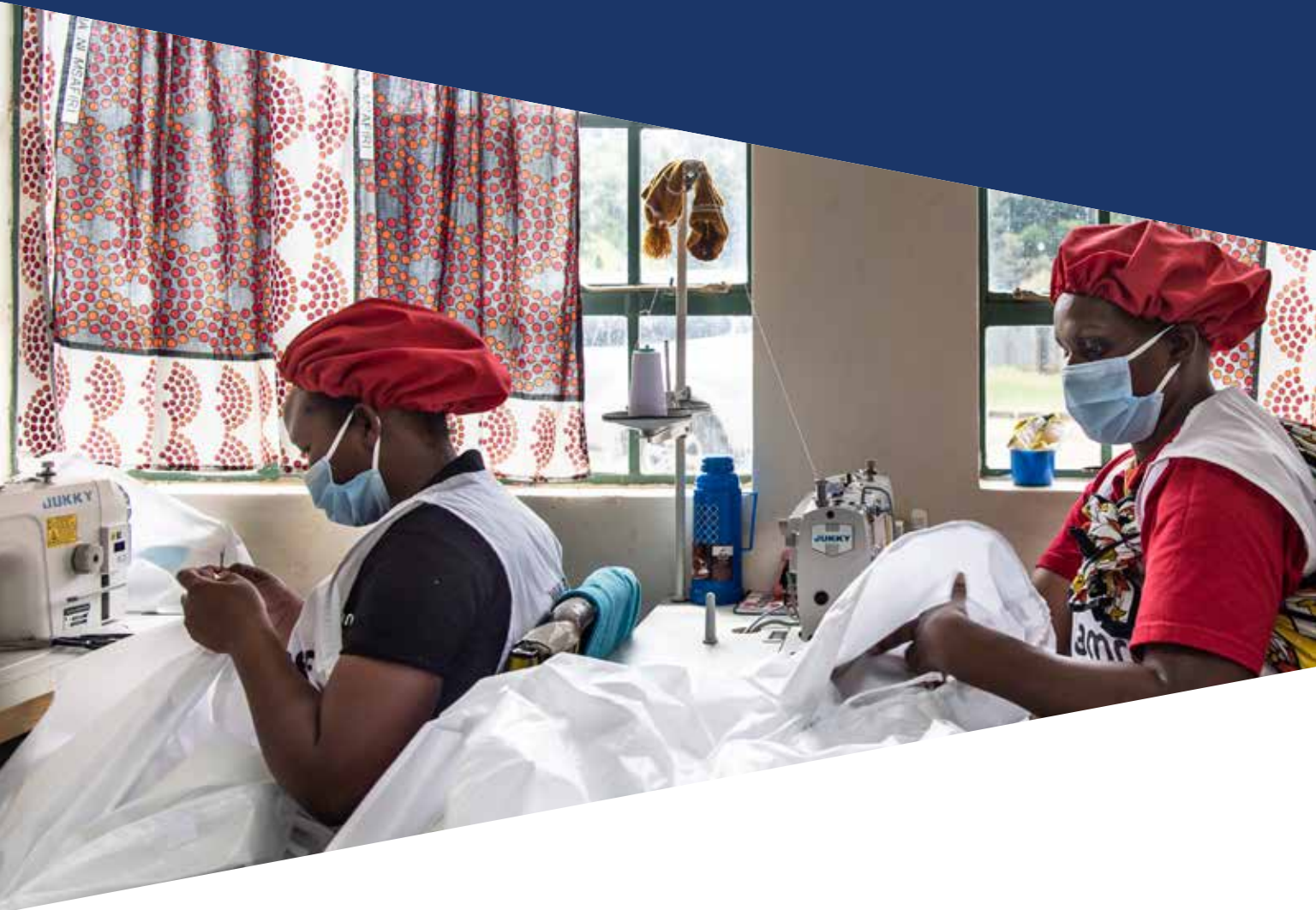
Nuestro optimismo se ha visto puesto a prueba, de muchas formas, por la pandemia, pero no se ha derrumbado.

En las situaciones más difíciles de imaginar, hemos sido testigos de una sorprendente capacidad

para innovar. Nos hemos dado cuenta de lo rápido que podemos cambiar nuestro comportamiento, como individuos y como sociedad, cuando las circunstancias lo requieren. Y hoy, también podemos decir que, en todas las partes del mundo, la gente ha dado un paso al frente para proteger el progreso y el desarrollo que hemos logrado durante décadas — al menos en cuanto a las ODS, el impacto de la pandemia podría haber sido mucho peor.

Ha sido un año que ha fortalecido nuestra convicción de que el progreso es posible pero no inevitable. Los esfuerzos que desplegamos para lograrlo son muy valiosos, y como optimistas impacientes que somos, creemos que podemos empezar a valerlos de los éxitos y fracasos que nos ha dejado la pandemia. Si somos capaces de capitalizar lo positivo que hemos vivido en estos últimos 18 meses, podremos por fin dejar atrás la pandemia y acelerar una vez más el progreso al abordar temas fundamentales como la salud, el hambre y el cambio climático.

# La sorprendente historia que nos cuentan los datos



El año pasado fue imposible ignorar las marcadas disparidades que vimos, no sólo entre aquellos que se enfermaron y murieron, sino también entre los que tuvieron que salir a trabajar, los que pudieron trabajar desde sus casas y los que se quedaron sin trabajo. La desigualdad en materia de salud es tan antigua como los propios sistemas de salud. Sin embargo, tuvo que llegar una pandemia para recordarle al mundo entero sus consecuencias.

## Millones más en la pobreza extrema

**Página anterior**  
Nairobi, Kenia

Para muchos, el impacto económico de la pandemia sigue siendo severo y persistente. Somos conscientes de que, cuando hablamos de este tema, podemos parecer mensajeros extraños —somos dos de las personas más afortunadas del planeta. Y la pandemia lo ha dejado aún más claro. Personas como nosotros han aguantado la pandemia en buenas condiciones, mientras que los más vulnerables han sido los más golpeados y a los que probablemente les lleve más tiempo recuperarse. En todo el mundo,

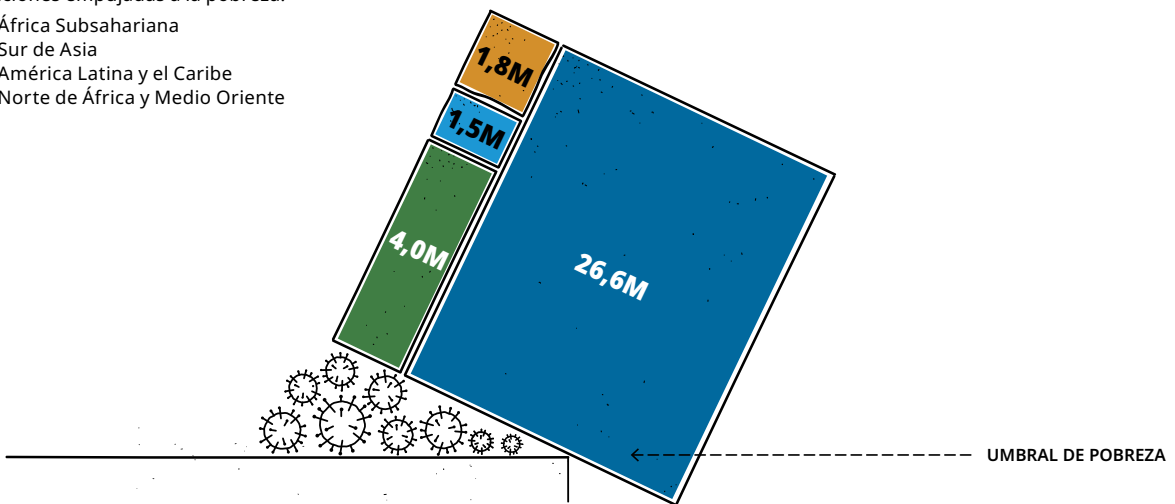
31 millones de personas más han caído en la pobreza extrema por el COVID-19. Aunque los hombres son más propensos, en un 70%, que las mujeres a morir de COVID-19, ellas siguen viéndose afectadas de manera desproporcionada por los impactos económicos y sociales de la pandemia: se estima que este año el empleo de las mujeres, a nivel mundial, continuará estando 13 millones de empleos por debajo del nivel de 2019, mientras que se calcula que el empleo de los hombres va a repuntar hasta alcanzar las tasas anteriores a la pandemia.

Si bien las variantes amenazan con socavar el progreso que hemos logrado, algunas economías están empezando a recuperarse, trayendo consigo la apertura de negocios y la creación de empleos. Sin embargo, la recuperación no se logra por igual en todos los países —ni dentro de los mismos. Para el próximo año, por poner un ejemplo, se calcula que el 90 % de las economías avanzadas volverán a tener los niveles de ingreso per cápita que tenían antes de la pandemia, mientras que se estima que sólo un tercio de las economías de bajos y medianos ingresos lo lograrán. Los esfuerzos de reducción de la pobreza se han estancado, con lo cual se prevé que casi 700 millones de personas —la gran mayoría en países de ingresos bajos y medianos— seguirán sumidas en la pobreza extrema en 2030.

## La pandemia ha empujado a millones de personas a la pobreza extrema

Poblaciones empujadas a la pobreza:

- África Subsahariana
- Sur de Asia
- América Latina y el Caribe
- Norte de África y Medio Oriente



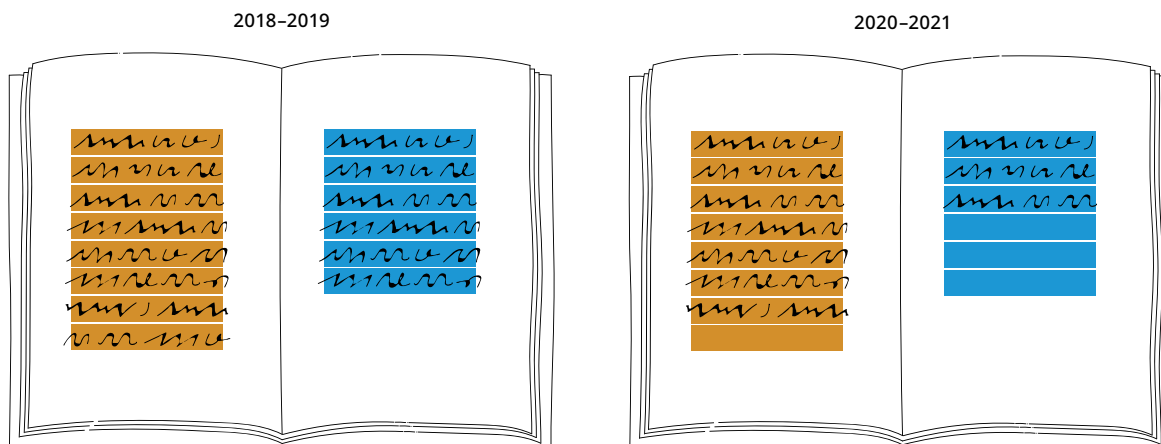
La gráfica no incluye regiones que lograron una reducción total neta de la pobreza de 2,6 millones de personas en la extrema pobreza.

# Brechas crecientes en la educación

En materia de educación, vemos que la situación es similar. Antes de la pandemia, 9 de cada 10 niños en países de bajos ingresos no podían leer y entender un texto básico, comparado con 1 de cada 10 niños en países de ingresos elevados. La evidencia ya disponible muestra que la pérdida de aprendizaje será mayor en los grupos marginados. También se han visto crecientes disparidades educativas en países ricos. En los Estados Unidos, por ejemplo, la pérdida de aprendizaje entre los estudiantes negros y latinos de tercer grado fue, en promedio, el doble que la de los estudiantes blancos y asiático-americanos. Y la pérdida de aprendizaje de estudiantes de tercer grado en escuelas con altos niveles de pobreza fue el triple de la de sus compañeros en escuelas con bajos niveles de pobreza.

**La pérdida de aprendizaje entre los estudiantes de tercer grado de las escuelas con un elevado nivel de pobreza fue tres veces superior a la de las escuelas con un bajo nivel de pobreza en los EE.UU., incrementando así las desigualdades existentes**

■ Escuelas con un bajo índice de pobreza  
■ Escuelas con un elevado índice de pobreza

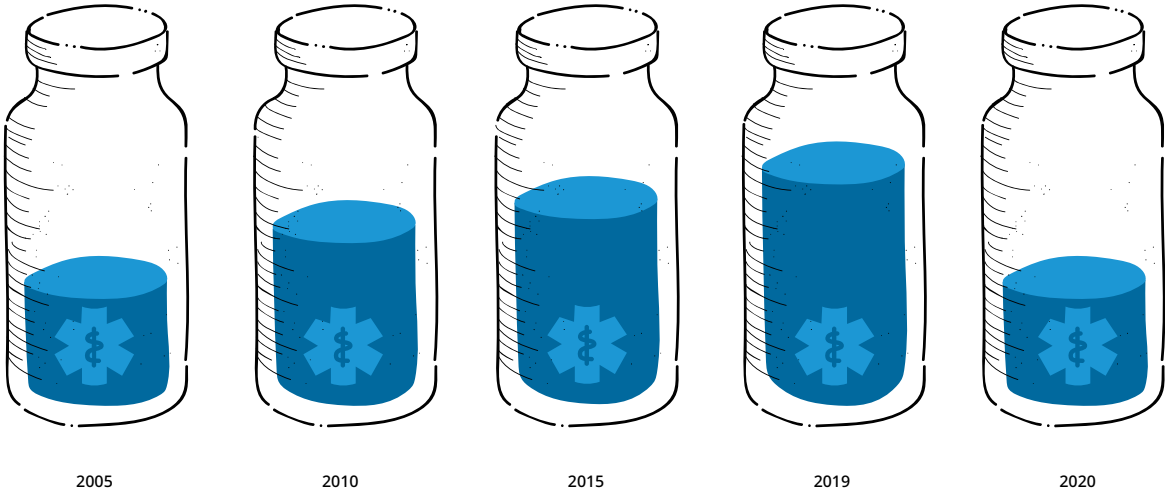


# Más niños sin vacunas

Mientras tanto, las tasas mundiales de vacunación infantil rutinaria cayeron a niveles del 2005. Entre el inicio de la pandemia y el momento en que los servicios de salud comenzaron a recuperarse en la segunda mitad de 2020, más de 30 millones de niños en todo el mundo se quedaron sin vacunas —eso son 10 millones más, a causa de la pandemia. Es posible que muchos de estos niños nunca lleguen a recibir las dosis que les corresponden.

Sin embargo, aquí los datos nos sorprendieron: hace un año, indicamos que el Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud calculó que la cobertura de vacunación caería 14 puntos porcentuales a nivel mundial en el año 2020, lo que habría representado 25 años de progreso tirados a la basura. Pero, basados en datos más recientes, parece ser que la reducción de la cobertura de vacunación —por devastadora que fuera— cayó solo 7 puntos.

## Las tasas mundiales de vacunación infantil de rutina en 2020 descendieron a los niveles de 2005



# Intensificación de la acción de la gente

A medida que íbamos revisando los datos, nos pareció obvio que esto no era una casualidad: en muchos indicadores claves de desarrollo, el mundo intensificó sus acciones durante el año pasado para evitar algunos de los peores escenarios.

Tomemos el ejemplo de la malaria, que es una enfermedad que desde hace mucho tiempo provoca profundas desigualdades en el mundo: el 90 % de los casos de malaria se dan en África. El año pasado, la Organización Mundial de la Salud previó graves interrupciones en los esfuerzos esenciales de prevención de la malaria que podrían haber hecho retroceder el progreso 10 años y dar lugar a 200 000 muertes adicionales por una enfermedad prevenible. Esa proyección estimuló a muchos países a adoptar medidas preventivas y garantizar la distribución de mosquiteros y la disponibilidad de pruebas y medicamentos antipalúdicos. Benín, que es el país donde la malaria es la principal causa de muerte, incluso encontró una manera de innovar en plena pandemia: diseñó un nuevo sistema de distribución digitalizado de mosquiteros tratados con insecticida, lo que permitió hacer llegar 7,6 millones de mosquiteros a hogares de todo el país en tan solo 20 días.

Por supuesto, se necesitarán años para verdaderamente comprender el impacto completo de la pandemia sobre los ODS, lo cual se logrará a medida que haya una mayor cantidad y calidad de datos. No es que estos datos vayan a reducir el sufrimiento —muy real— que la pandemia ha causado a las personas en todo el mundo, ni mucho menos. Pero el hecho que podamos identificar algunas señales positivas durante una pandemia, es extraordinario. Con una mano atada a la espalda, muchísimas personas, organizaciones y países hicieron todo lo posible para innovar, adaptarse y construir sistemas resilientes, por lo que merecen la gratitud del mundo.

## Merecen la gratitud del mundo.



**Arriba**  
Cotonou, Benin

# Lo que nos muestra el “milagro” de las vacunas



Por lo general, la fabricación de una nueva vacuna lleva entre 10 y 15 años. Por lo tanto, el desarrollo de múltiples vacunas de alta calidad contra el COVID-19 en menos de un año no tiene precedentes.

**Página anterior**  
Pekanbaru, Indonesia

Es fácil entender por qué esto puede parecer un milagro. En realidad, las vacunas contra el COVID-19 son el resultado de décadas de cuidadosas inversiones, políticas y colaboraciones que desarrollaron la infraestructura, el talento y el ecosistema propicios para sacarlas tan rápidamente.

Debemos agradecer a los científicos de todo el mundo que han dedicado años a la investigación sobre la cual se fundamenta la vacuna. Una investigadora, la Dra. Katalin Karikó de Hungría, dedicó su carrera al estudio del ARN mensajero, conocido también como ARNm. Durante años, sus ideas poco ortodoxas no lograron obtener amplio apoyo y financiación, y muchos descartaron la idea de que el ARNm pudiera usarse para fabricar vacunas y terapias. Pero la Dra. Karikó perseveró. Su

historia es emblemática de los muchos científicos cuyos descubrimientos —que a menudo les llevaron años— han hecho posible el desarrollo de dos vacunas de ARNm altamente efectivas en menos de un año.

Es un desarrollo que seguirá produciendo beneficios: ya hay candidatos para vacunas de ARNm en fase de desarrollo que finalmente podrían usarse contra algunas de las enfermedades más mortales del mundo, desde la malaria hasta el cáncer.

Por supuesto, las vacunas de ARNm no son la única historia exitosa de I+D que surgió de este avance.

# La promesa a largo plazo de la secuenciación genómica

A estas alturas, todo el mundo es muy consciente de que el SARS-CoV-2, el virus causante del COVID-19, ha mutado y creado variantes cada vez más infecciosas y mortales, como la variante delta, a medida que se va propagando por todo el mundo. Gracias a la secuenciación genómica —que identifica la composición genética única de un virus— los científicos han podido identificar y rastrear variantes emergentes.

Históricamente, la mayoría de las secuenciaciones genómicas en el mundo han tenido lugar en los Estados Unidos y Europa. Los países sin tecnología de secuenciación enviaban sus muestras virales a laboratorios en Nueva York o Londres, por ejemplo, para que se realizara allí su análisis genético, y recibían los resultados meses después.

Pero durante estos últimos cuatro años, varias organizaciones han invertido en la construcción de una red de vigilancia genómica en África, para que los países del continente puedan secuenciar virus como el Ébola y la fiebre amarilla. Los CDCs de África establecieron la Iniciativa Genómica de Patógenos de África y, cuando llegó la pandemia, la red creada se enfocó en el SARS-CoV-2. La única razón por la que el mundo supo que la variante beta más infecciosa y mortal había surgido en Sudáfrica fue porque el país había invertido fuertemente en I+D —combinando, en este caso, las capacidades de secuenciación genómica con ensayos clínicos y estudios de inmunología. La doctora Penny Moore de Sudáfrica fue una de las primeras científicas en descubrir que una variante del coronavirus identificada en Sudáfrica podía eludir el sistema inmunológico.

Valiéndose de esta información, los funcionarios de salud pública de todo el mundo pudieron planificar sus respuestas. Y Sudáfrica, que también ha invertido mucho en infraestructura para llevar a cabo ensayos clínicos de manera rápida y efectiva, pudo ajustar rápidamente sus ensayos con las vacunas. Comenzaron a trabajar para determinar si las vacunas contra el COVID-19 proporcionaban suficiente protección contra la nueva variante que pronto se extendería por todas partes.

Parece obvio que en un mundo globalizado, donde las personas y los bienes se desplazan constantemente, cruzando fronteras, los países ricos no pueden ser los únicos en disponer de los equipos y recursos necesarios para secuenciar los virus. Sin embargo, tuvo que llegar una pandemia para recalcar lo importante que es apoyar la capacidad de los países de bajos y medianos ingresos para recopilar y analizar sus propios datos —ya que esto beneficia a todos.

Algo particularmente emocionante con respecto a la red de secuenciación genómica de África es que la tecnología funciona para cualquier patógeno: si el continente es capaz de seguir construyendo la red, pronto podrá realizar su propio seguimiento de enfermedades provocadas por virus de toda la vida como la gripe, el sarampión y la poliomielitis.

La innovación científica, incluso al avanzar a un ritmo sin precedentes, no es suficiente por sí sola. Las vacunas contra el COVID-19 son una increíble hazaña de I+D, pero son más efectivas cuando todo el mundo tiene acceso a ellas. Las desigualdades que vimos del año pasado nos recuerdan que del dicho al hecho hay mucho trecho.

Depende de las personas —desde las esferas de poder hasta las organizaciones comunitarias y los grupos vecinales— dar un paso adelante para colmar las lagunas. Este año, esas intervenciones humanas dinámicas complementadas por las inversiones que se realizaron previamente en sistemas, comunidades y personas fueron precisamente las que permitieron al mundo evitar algunas de esas predicciones iniciales más pesimistas.

**Los países ricos no pueden ser los únicos en disponer de los equipos y recursos necesarios para secuenciar los virus.**

# Invertir en sistemas



Mientras escribimos esto, más del 80 % de todas las vacunas contra el COVID-19 se han administrado en países de ingresos altos y medianos altos.

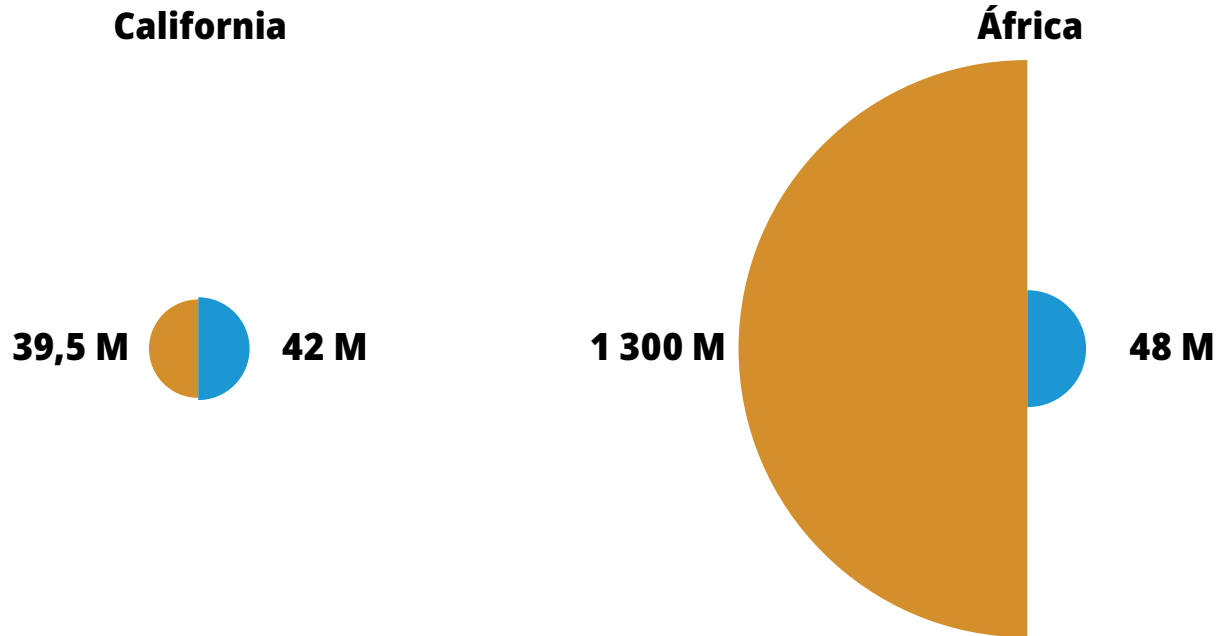
Algunos tienen asegurada la cobertura de vacunación de sus poblaciones disponiendo ya de dos a tres veces el número de dosis necesarias, en caso de que se necesiten refuerzos para variantes cada vez más infecciosas. Mientras tanto, menos del 1 % de las dosis se han administrado en países de

bajos ingresos. Estas desigualdades son un profundo ultraje moral —y aumentan el riesgo muy real de que los países y comunidades de altos ingresos comiencen a tratar el COVID-19 como otra epidemia de la pobreza: *No es nuestro problema.*

## Escala de la desigualdad en la administración de la vacuna contra el COVID-19

La población de todo el continente africano es más de 30 veces superior a la del estado de California. Pero durante el primer semestre de 2021, ambos habían administrado aproximadamente la misma cantidad de vacunas.

 Población  
 Vacunas administradas en total



La infraestructura requerida para fabricar rápidamente 15 mil millones de dosis adicionales de vacunas no se puede crear de la noche a la mañana, o siquiera en un año. No obstante, la India es un ejemplo de lo que sucede cuando esa infraestructura se construye a largo plazo.

La India lleva décadas, desde la independencia del país, invirtiendo en infraestructura para la fabricación de cuidados médicos. El gobierno indio ayudó a Pune, una ciudad cerca de Mumbai, a convertirse en un importante centro de producción internacional a través de inversiones en I+D e infraestructura local, incluyendo electricidad, agua y transporte. Trabajó con la Organización Mundial de la Salud para poner en pie un sistema normativo para que las vacunas mantuviera los estándares internacionales más estrictos en materia de calidad, seguridad y eficacia. Se asoció con fabricantes de vacunas en Pune y otros centros como Hyderabad, así como con nuestra fundación, para desarrollar, producir y exportar vacunas contra las enfermedades infantiles más mortales, desde la meningitis hasta la neumonía, pasando por las enfermedades diarreicas.

Por supuesto, disponer de la capacidad de producción no fue suficiente para contrarrestar la crisis de el COVID-19 en la India —ya que es solo una pieza del rompecabezas—, pero es igualmente una hazaña notable el hecho que hoy en día más del 60 % de todas las vacunas vendidas a nivel mundial se fabriquen en el subcontinente.

También hemos visto que los países en los que el gobierno realiza significativas inversiones en infraestructuras de sanidad están mucho mejor preparados para realizar un rastreo proactivo, y contener, en muchos casos, la propagación del COVID-19. Las inversiones realizadas a largo plazo para erradicar el virus natural de la poliomielitis en los países de bajos ingresos han ayudado a países como Nigeria y Pakistán a poner en pie uno de los mejores equipos operativos en el área de la salud mundial moderna. La inversión en la erradicación de la poliomielitis permitió la creación de la infraestructura requerida para dar respuesta a los brotes y aplicar las vacunas —lo que marca una diferencia sustancial en el manejo de los brotes de enfermedades, desde el Ébola hasta el COVID-19.

Este es el motivo por el cual es tan crucial invertir en los sistemas de salud con una visión a largo plazo, ya que son la base para aportar una respuesta a las enfermedades de emergencia. Si bien no sabíamos qué patógeno específico desencadenaría una pandemia mundial, que ocurre una sola vez en toda una generación, las herramientas para poner fin a la pandemia son en gran medida las mismas que para luchar contra la poliomielitis o la malaria u otras enfermedades infecciosas: pruebas generalizadas y, cuando es posible, un tratamiento rápido y eficaz y una inmunización que salve vidas.

# Invertir en las comunidades

Algunas de las intervenciones más efectivas que hemos seguido se han dado a un nivel muy local, dirigidas por líderes que no han escatimado esfuerzos para ganarse la confianza de sus comunidades, algo que no se puede construir de la noche a la mañana o en medio de una crisis.

Los “grupos de autoayuda” de mujeres son comunes en toda la India, así como en otras partes del sur y sudeste asiático. Durante años, el gobierno indio y los socios internacionales han invertido

en estos pequeños colectivos de mujeres que juntan dinero y trabajan para mejorar la salud, la educación y otros servicios en sus aldeas.

**Abajo**

Vaishali, Bihar, India

Cuando el COVID-19 llegó a Bihar (India), lugar donde viven más de 100 millones de personas, un grupo local de autoayuda se ganó la confianza de sus vecinos a través de la entrega de comida y atención médica a domicilio para aquellos que se habían enfermado de COVID-19. Cuando las vacunas estaban listas para ser distribuidas en su comunidad, estas mujeres se convirtieron en una fuente de información y orientación para los vecinos que se preguntaban si dichas vacunas eran seguras. El gobierno de Bihar tomó nota del trabajo que se llevó a cabo a nivel comunitario y declaró el 8 de marzo —Día Internacional de la Mujer— día para vacunar a las mujeres en todo el estado. Casi 175 000 mujeres recibieron la primera dosis de la vacuna aquella semana. A partir de este éxito, el gobierno de Bihar está replicando el programa, guiado por las mujeres del grupo de autoayuda.



En Senegal, el alcance comunitario también ha sido clave para la entrega de otras vacunas.

Senegal es una de las historias de éxito de la cobertura de inmunización sistemática: antes de la pandemia, se inmunizaba a los niños contra la DTP3 (difteria, tétanos y tos ferina) en tasas similares a las de los niños en los Estados Unidos y otros países de ingresos elevados. Pero cuando llegó el COVID-19, el miedo a la infección y la desinformación redujeron drásticamente la demanda por estas vacunas.

El distanciamiento social y el cierre de escuelas obligaron a los trabajadores sanitarios a adaptar sus estrategias de atención médica. Senegal capacitó a los trabajadores sanitarios sobre cómo reanudar la inmunización de manera segura, a la vez que permitió a los funcionarios locales adaptar las estrategias de atención médica para satisfacer las necesidades locales. El personal clínico ahora se vale de los registros de inmunización para identificar a los niños que aún no han recibido todas las vacunas con el fin de enviar a sus familias mensajes de texto que sirven como recordatorio. También han facilitado la respuesta de las familias: el numeroso grupo de trabajadores sanitarios comunitarios del país, que tiene la confianza de la población, está yendo de casa en casa para administrar las vacunas, y las clínicas que han reabierto están proporcionando una mayor flexibilidad en términos de ubicación y calendario con el fin de programar la administración de las dosis que faltan para estar al día.

En estos dos ejemplos, las soluciones que se aportaron a la comunidad vinieron desde dentro. Las propias comunidades abrieron caminos para desarrollar estrategias innovadoras y frenar la propagación del COVID-19 de manera eficaz para sus regiones específicas, y las fundaciones y los socios gubernamentales prestaron su apoyo. Merecerá la pena nutrir estas inversiones en la construcción de comunidades durante mucho tiempo, una vez que la pandemia haya quedado atrás.

# Invertir en las mujeres y las niñas



También estamos viendo nuevas innovaciones en cuanto a la manera de abordar la crisis por parte de los gobiernos. Obviamente las políticas importantes a menudo tardan años, incluso décadas, en arraigarse y surtir efectos. Pero una vez promulgadas e implementadas, estas políticas pueden tener efectos duraderos y de amplio alcance. En muchos sentidos, la formulación de políticas eficaces es la inversión más importante a largo plazo.

**Página anterior**

Ciudad del Cabo, Sudáfrica

Consideremos la brecha económica de género en el contexto de la pandemia: a pesar de que cada país tiene su propia historia que contar, estamos viendo que, en los países de ingresos elevados y bajos, por igual, las mujeres se han visto más afectadas que los hombres por la recesión mundial desencadenada por la pandemia. Pero es importante destacar que los datos también muestran que el efecto negativo sobre las mujeres ha sido menor en los países que tenían políticas de género antes de la pandemia.

Por eso nos alienta ver gobiernos de todo el mundo ubicando a las mujeres en el centro de su planeación para la recuperación económica y la formulación de políticas.

Pakistán amplió su programa de transferencia de efectivo de emergencia, Ehsaas, para hacer llegar dinero a los hogares pobres, donde las mujeres representan dos tercios de los beneficiarios a los que apunta el programa. El programa Ehsaas proporcionó asistencia de emergencia en efectivo durante la pandemia a casi 15 millones de hogares de bajos ingresos —el 42 % de la población del país. Los efectos tendrán un impacto duradero: más de 10 millones de mujeres se verán incorporadas al sistema financiero formal por primera vez.

Argentina publicó recientemente su primer presupuesto con perspectiva de género, destinando más del 15 % del gasto público a programas de promoción de la igualdad de género. Bajo el liderazgo de un director de economía, igualdad y género, recientemente nombrado en el Ministerio de Economía, Argentina ha adoptado políticas que apoyan a las mujeres y a las familias. Un ejemplo es el establecimiento de 300 nuevos centros públicos de cuidado infantil en los vecindarios más pobres del país.

#### Abajo

Nueva Delhi, India



En los Estados Unidos, el gobierno del estado de Hawái está poniendo a las mujeres y niñas, así como a los nativos hawaianos, inmigrantes, personas transgénero y no binarias, y personas que viven en la pobreza, en el centro de sus esfuerzos de recuperación económica. El primer plan de recuperación económico orientado al género en los Estados Unidos incluye políticas ya probadas que apoyan el empoderamiento económico de las mujeres a largo plazo. Algunos ejemplos de estas políticas son la remuneración durante una baja por enfermedad y por motivos familiares, el cuidado infantil universal y el aumento del salario mínimo para las madres solteras.

Estamos ansiosos por ver los resultados a largo plazo de estos enfoques innovadores orientados al empoderamiento económico de las mujeres. Pero incluso en esta fase inicial, estos enfoques están promoviendo nuevos modelos de formulación de políticas. Estas políticas no solo marcarán la diferencia en el corto plazo, sino que ayudarán a garantizar una mayor estabilidad económica la próxima vez que se presente una crisis.

# Aún más lejos, aún más rápido



Si algo nos ha mostrado el año pasado es que abordar la crisis, sin más, significa que nos pasaremos la vida poniéndonos al día. Para hacer posibles los “milagros” futuros, necesitamos pensar en generaciones, no en ciclos de noticias.

**Página anterior**  
Beijing, China

Realizar inversiones a largo plazo rara vez es la operación más emocionante, fácil o políticamente popular que se pueda hacer. Sin embargo, quienes lo han hecho, han visto retornos significativos en medio de una crisis de magnitudes históricas. Muchas de las innovaciones revolucionarias del año pasado tienen un punto en común: surgieron de semillas que se plantaron hace años, o incluso décadas.

Por lo tanto, está más claro que nunca que necesitamos que los gobiernos, las organizaciones multilaterales y las fundaciones como la nuestra hagan más inversiones con visión a futuro, sabiendo que los rendimientos no se verán hasta dentro de muchos

años. Debemos trabajar con todos para ayudar a los investigadores talentosos de todo el mundo a identificar nuevas herramientas y tecnologías que podrían ser elementos constitutivos para resolver una multitud de desafíos. También debemos reforzar la colaboración entre países y sectores para trabajar juntos hacia objetivos comunes.

Pero no basta con que los países de ingresos elevados inviertan dinero y recursos a nivel nacional y esperen que sus innovaciones disruptivas lleguen al resto del mundo. También tenemos que invertir en I+D, infraestructura e innovación de todo tipo, que sean más cercanas a las personas que se beneficiarán de las mismas.

Abajo

Gurmia, Bihar, India

## Nuevas fuentes de innovación

Hemos visto que el acceso a las vacunas contra el COVID-19 está fuertemente correlacionado con los lugares donde se realiza la investigación y el desarrollo de vacunas y existe una capacidad de fabricación. Actualmente, América Latina, Asia y África están viéndose particularmente afectadas por la variante delta porque gran parte de su población sigue sin vacunarse. África, en particular, ha tenido dificultades para acceder a las dosis que necesita. El continente, donde vive el 17 % de la población mundial, tiene menos del 1 % de las capacidades de fabricación de vacunas del mundo. Si los líderes africanos, con el apoyo de los donantes, invirtiesen y construyesen un ecosistema regional sostenible de desarrollo y fabricación de vacunas, el continente tendría muchas menos probabilidades de ser el último de la fila en caso de una nueva pandemia.

Por ello estamos apoyando la visión de los CDCs de África y de la Unión Africana para hacer precisamente eso de aquí al 2040. No solo África se beneficiaría de una mejor seguridad sanitaria y estaría preparada para afrontar una futura pandemia, sino que el mundo entero se beneficiaría de nuevas fuentes de I+D y de innovación científica.

África se ha comprometido a establecer instalaciones de fabricación de ARNm en el continente y las empresas especializadas en la creación de ARNm ya se han puesto manos a la obra para hacer de este compromiso una realidad. Esto permitirá a África crear vacunas, no solo contra el COVID-19, sino posiblemente también contra la malaria, la tuberculosis y el VIH, enfermedades que afectan desproporcionadamente a los más vulnerables.



Nuestro llamado a invertir más cerca de la fuente refleja nuestra creencia en la capacidad de las personas de todo el mundo para innovar y resolver problemas complejos. La próxima gran idea o avance para salvar vidas puede surgir en cualquier parte del mundo, en cualquier momento. Que el mundo se beneficie de ella depende de todos nosotros.

No es difícil imaginar un mundo en el que las ideas revolucionarias de la Dra. Karikó sobre el ARNm nunca obtuvieron la financiación que necesitaban, o un mundo en el que África no tuvo su propia capacidad de secuenciación genómica, y la variante beta no pudo secuenciarse a tiempo para actuar rápidamente.

La pandemia le ha enseñado al mundo una gran lección: las respuestas a las crisis se preparan años antes de que ocurran. Si queremos ser mejores, más rápidos y más equitativos en nuestro planteamiento para alcanzar los Objetivos Mundiales de aquí al año 2030, tenemos que empezar a sentar las bases ya.

**Las respuestas a las crisis  
se preparan años antes  
de que ocurran.**

# Llamado a adaptarse: gente innovadora que tiene impacto

Así como los países, las comunidades y las organizaciones han estado innovando durante el COVID, millones de personas en todo el mundo nos han demostrado que cada uno de nosotros —todos nosotros— también podemos dejar nuestra huella.

Les presentamos a tres de esos pensadores y creadores. Ayudan a dar a luz a ideas, diseños y bebés. Son emprendedores, impulsados por la pasión, el conocimiento y la voluntad imparable de resolver problemas, y no se dejan intimidar por los momentos difíciles. Cuando el COVID-19 azotó al mundo, no hizo más que fortalecer su espíritu. Con renovada

resistencia y determinación, se reinventaron y cambiaron su manera de trabajar. Para ellos, la pandemia se convirtió en un llamado a adaptarse y al hacer las cosas mejor. Presentárselos es solo el comienzo. Seguiremos buscando y contándoles historias de muchas más personas que están abriendo caminos hacia un mundo mejor.

## Innovando con las vacunas – Strive Masiyiwa

En mayo de 2020, cuando el mundo luchaba por conseguir EPIs, kits de prueba y respiradores, el magnate de las telecomunicaciones móviles de Zimbabue, Strive Masiyiwa, aceptó un desafío gigantesco. Recién nombrado como uno de los enviados especiales de la Unión Africana para dar respuesta al COVID, se lanzó en una carrera frenética para ayudar a conseguir los suministros médicos que tanto necesitaban los 1 300 millones de habitantes de África.

“El suministro mundial era tan limitado que se tuvo que librar una verdadera batalla. África se había quedado por fuera”, dijo en aquel momento. Al informar a siete presidentes africanos que, junto con los CDCs de África, formaban la Task Force COVID-19 del continente, el desafío era claro: “Mi trabajo consiste en solucionar el problema con el que nos topamos. ¿Cómo me aseguro de hacer llegar los suministros que se necesitan urgentemente?” preguntó.

Strive, durante su trayectoria profesional, ha tratado de solucionar los problemas que se le han ido presentando. En 1991, una corporación multinacional pidió al joven empresario que ayudara a llevar teléfonos satelitales a África. Si recaudaba 40 millones de dólares, se quedaba con el 5 % de la empresa y con una comisión por cada teléfono vendido en el continente. Después de haberlo intentado durante dos años, no lo consiguió. Desanimado, Strive

## Página actual

Strive Masiyiwa, Nueva York,  
Nueva York



volvió a su empresa de construcción, hasta que las lecciones aprendidas confluyeron. El uso de un sistema global para móviles (también conocido como GSM y 3G) parecía una gran oportunidad para hacer llegar los teléfonos al continente. “De repente, todas las cosas que había aprendido ... se transformaron en una gran ganancia inesperada. ¡Era como si hubiera sido propulsado 25 años como emprendedor!” dice.

Volviendo al COVID-19. Solo 28 días después de su nombramiento, Strive reunió un equipo técnico para desarrollar y lanzar la Plataforma Africana de Suministros Médicos (AMSP), un mercado en línea fácil de usar para los 55 gobiernos de África que les permite acceder a suministros médicos relacionados con el COVID, agilizar la logística y reunir el poder adquisitivo para comprar, por ejemplo, kits de prueba LumiraDx y tratamientos como la

dexametasona. Strive y su equipo también crearon un circuito para la fabricación de respiradores de alta tecnología en Sudáfrica, reduciendo 10 veces el costo. Y más tarde, cuando se retrasaron las entregas de la vacuna COVAX al continente, Strive no solo obró por asegurar contratos de forma independiente a través del Equipo de Trabajo de Adquisición de Vacunas Africanas (AVATT), sino que también promovió la fabricación de vacunas en África. El Banco Mundial y la Unión Africana estiman que de aquí a enero del 2022, los fabricantes africanos habrán participado en la producción de hasta 400 millones de dosis para distribución local.

Strive, crítico feroz de las naciones privilegiadas “que se abren paso por delante de todos los demás para tener asegurados los activos de producción.” Rechaza el nacionalismo de las vacunas, una postura que, en muchos sentidos,

ha definido su trabajo. “No le hemos pedido a nadie nada gratis”, insiste. “El acceso equitativo ha implicado comprar las vacunas el mismo día y a la misma hora en que estuvieron disponibles”.

Strive tuvo que detener, en gran medida, su trabajo cotidiano durante la pandemia y ha pasado el último año negociando para ayudar a reducir las desigualdades en materia de acceso a las vacunas entre las naciones ricas y las naciones africanas y se ha convertido parcialmente en el cerebro, motor y corazón de la enorme respuesta local al COVID-19 en África. “Cuando hablamos de filantropía, a menudo evocamos el dinero. Sin embargo, esta crisis ocurre solo una vez en la vida, y su amplitud, tanto en términos de costos humanos y de vidas, como de costo económico, es enorme. Tienes que dejar de lado lo que estás haciendo y arremangarte”, dice.

## Innovando para dar a luz – Efe Osaren

Efe acababa de llegar al hospital cuando, de repente, todo cambió. Minutos antes, cuando la ciudad de Nueva York anunciaba su confinamiento por el COVID-19, ella estaba clandestinamente viajando en el metro, revisando mentalmente el caso de su cliente: mujer mayor, reposo en cama, probablemente cesárea prematura, bebé que sería entregado directamente a la UCIN. Para las madres primerizas, especialmente aquellas con embarazos de alto riesgo, el parto puede ser una experiencia traumática. Para Efe, su trabajo como asistente de parto implica

tomarlas de la mano durante ese viaje inexplorado, asegurándose de que el estrés no perjudique ni a la madre ni al bebé. Excepto que, en aquella fecha tan esperada de marzo, un virus invisible la apartó de la sala de partos.

Efe Osaren tenía 15 años cuando quedó cautivada por un ritual único en el que su sobrina recién nacida fue estirada y masajeadada con aceite de palma y trapos calientes. Era un baño tradicional Yoruba, y su mamá le dijo a Efe que a ella también la habían bañado así, para que creciera con

### Abajo

Efe Osaren, El Paso, Texas



huesos fuertes. El baño no la volvió inquebrantable pero sí la moldeó. En aquel momento, la estudiante estadounidense-nigeriana, que vive en Texas, supo que quería usar la tradición y la ciencia para ayudar a los bebés a venir al mundo sanos. Especialmente los bebés nacidos de mujeres de color.

En los Estados Unidos, las mamás primerizas negras mueren a tasas más altas que las blancas, independientemente de su edad, educación, residencia rural o urbana o nivel socioeconómico. Las madres negras tienen tres veces más probabilidades de morir durante el parto que las blancas. “Siento rabia cuando me pongo en el lugar de mis clientas”, dice Efe. Por ese motivo también trabaja como defensora de la justicia reproductiva y del parto. “Cuando estás embarazada te tienes que sentir segura. Cuando no estas cómoda, tienes miedo ... eso puede llevar a emergencias médicas”.

Al regresar al hospital de Nueva York, se encontró con lo que más temía: no podría asistir a su cliente. No perdió el tiempo y llamó al compañero de ésta y le dio un curso intensivo en el vestíbulo: cómo ayudar a su compañera a respirar, cómo ayudarla a conservar la calma manteniendo el contacto visual, cómo presionar su cadera y su espalda, cómo infundir confianza en ella, cómo asegurarse de que, si la llevan al quirófano, estaría a salvo.

Esa formación acelerada fue el modelo que llevo a el cambio de Efe durante el COVID. Empezó a dictar clases de parto virtuales, empoderando a sus clientes a través del conocimiento e incluso ayudándolas a conseguir trípodes y parlantes Bluetooth para sus teléfonos para poder chatear por video durante el parto.

Defensora de las mujeres de color durante toda su carrera, Efe ahora las prepara para que ellas mismas realicen el trabajo. No es una tarea fácil, porque se ha convertido en guardaespaldas, consejera terapeuta y mediadora. Pero sabe que su trabajo es importante.

*Nota: Si bien las investigaciones muestran que las intervenciones específicas pueden mejorar la experiencia del parto para las madres, se necesitan más investigaciones y financiamiento para identificar las intervenciones que reducen la desigualdad racial en los resultados que se obtienen. Por consiguiente, los programas de mejora de la calidad obstétrica que integran las mejores prácticas actuales deberían ampliarse y estandarizarse.*

## Innovando en materia de EPIs - Kuldeep Aryal

El 25 de abril de 2015, Kuldeep Aryal estaba en su habitación estudiando para pasar los exámenes de ingeniería civil de la universidad cuando un terremoto masivo dejó desgarrado a Nepal. Después de haber pasado interminables minutos escondido debajo de las vigas estructurales de su casa, aferrándose a la vida con tan solo una oración, Kuldeep salió y encontró la casa de su vecino hecha añicos. Era una de las 700 000 casas que se habían derrumbado por el terremoto.

Cuando comenzó a levantar ladrillos y tejas, viendo los escombros, se preguntó a si mismo: “¿Qué tanto quiero que mi compromiso con el mundo tenga impacto?”. En aquel momento nació un humanitario. “Nunca miré hacia atrás”. Lo que él no sabía entonces era cómo su trabajo para formular una respuesta y ayudar en la recuperación de Nepal terminaría indicándole los pasos a seguir.

### Abajo

Kuldeep Aryal, Cox's Bazar, Bangladesh



Cuando el COVID-19 azotó el sur de Asia, Kuldeep vivía en Dhaka. Como todas las demás naciones del planeta, Bangladesh también estaba luchando por obtener EPIs, crear sistemas para el rastreo de contactos y intentando entender lo que implicaría estar confinado indefinidamente en casa. Sin embargo, lo que si había en abundancia era esperanza. “Este evento desencadenó otros: entré en grupos de chat, obtuvimos suministros médicos de fuente abierta y comenzamos a compartir ideas sobre cómo hacer las cosas nosotros mismos”, dijo. Se conectó con universidades que pudieron ayudarlo con impresoras 3D. Movilizó recursos. Y en unas semanas, estaba produciendo protectores faciales para su comunidad.

“Al principio, fue lento. Solo podíamos fabricar entre 40 y 50 por día. La universidad no nos dejaba entrar y salir del laboratorio, así que mientras unos

pasaban la noche allí, otros salían a buscar materias primas”, dijo, contando que no hubo tiempo para relajarse. Mientras las impresoras producían protectores faciales lentamente, él y sus compañeros formularon un desinfectante para manos con productos químicos que encontraron allí. “Cualquier cosa servía. Estábamos en una situación de crisis, con recursos limitados”, dijo. “Tuvinos que apañarnos con lo que teníamos para hacer lo que se pudiera, y luego acelerar el proceso”.

Meses después de la pandemia, Kuldeep estaba fabricando gafas, instalaciones para lavarse las manos y concentradores de oxígeno, máquinas sofisticadas que hoy están salvando vidas en los hospitales. Su fórmula es simple: código abierto para diseñar; localización para su mercado; y dimensionamiento. “Lo más difícil no es inventar. Es averiguar cómo superar el desafío de la producción

y dónde hay una cadena de suministro viable”, dijo, con total naturalidad y sin fanfarronear. La invención es lo primero y luego la adaptación a los mercados locales. Y la adopción —o volverlas populares— es el premio final. “Tratamos de aprovechar esa chispa inicial de la innovación y expandirla para que podamos popularizar nuestras innovaciones con el fin de que todos puedan beneficiarse de ellas”, dijo.

Kuldeep rechaza la noción de que la catástrofe paraliza a cualquiera, poniéndolo en un estado de víctima. Insiste, al contrario, en que las personas más desfavorecidas del mundo suelen ser las más resistentes. “Las personas que nos enfrentamos a la desigualdad hemos sufrido mucho. Bueno, siempre hemos sufrido. No es algo nuevo. El COVID ha sido un desafío más”, dijo, y siguió avanzando.

# Explorando los datos

Cada año, el Informe Goalkeepers publica los datos más recientes sobre los 18 indicadores mundiales más estrechamente relacionados con el trabajo de la fundación.

## **Interactuando con los datos**

Visite nuestra página Internet donde encontrará una versión interactiva de estas gráficas y podrá acceder a los datos brutos, en inglés.

⇒ <https://gates.ly/GK21Data>

Estos indicadores dan un mapa de navegación para medir el progreso hacia los Objetivos Mundiales. A lo largo de la pandemia ha habido algunos contratiempos marcados pero también momentos

notablemente brillantes. No obstante, para mantener el rumbo, es importante recordar que el progreso es posible, pero no inevitable.

# China, libre de malaria, devolviendo el favor

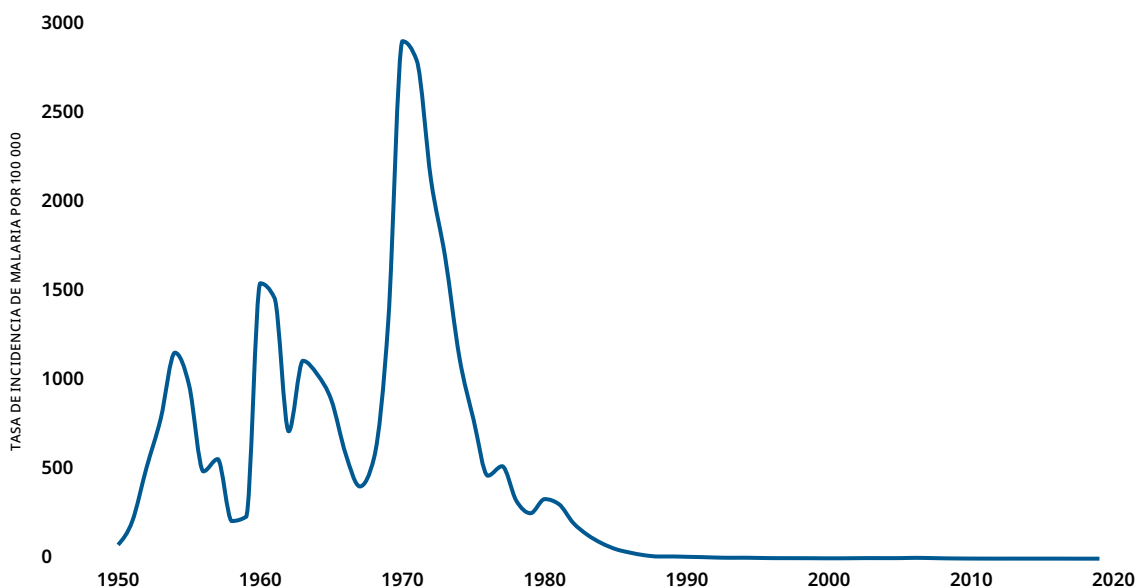
En junio de este año, China celebró una victoria significativa: la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la República Popular China libre de malaria. En tan solo siete décadas, China pasó de 30 millones de casos anuales a cero. La certificación de la erradicación de la malaria en un país que alberga a más de mil millones de personas se atribuye a la innovación, la perseverancia y la colaboración.

Este hito ha sido posible gracias a la inversión que China realizó a largo plazo en investigación y desarrollo, así como al valor y a la determinación de un grupo de científicos dirigido por la Profesora Tu Youyou. En 1972, la Profesora Tu, ganadora del Premio Nobel, y su equipo descubrieron un compuesto para el tratamiento de la malaria llamado artemisinina. Este medicamento se desarrolló a partir de extracciones de éter, sacadas de una planta común de la medicina tradicional china. La revolucionaria



**Arriba**  
Tu Youou en Beijing, China

## De 30 millones a cero: el viaje de 70 años de China para erradicar la malaria



innovación de la Profesora Tu desencadenó un efecto domino de descubrimiento científico sobre el tratamiento y la cura de la malaria, no solo en China sino en todo el mundo. Hoy en día, las terapias combinadas a base de artemisinina (también conocidas como ACTs) son los tratamientos convencionales contra la malaria en todo el mundo, tal y como lo recomienda la OMS.

No obstante, las ACTs no son más que una parte del logro chino que se apoya en varios factores, especialmente la búsqueda de soluciones que se adapten a lo local, en mejores sistemas de vigilancia y respuesta, y en colaboraciones regionales e internacionales. Además, China llevó su logro a un nivel superior a través de la ciudadanía mundial. Mientras África soporta la mayor parte de la carga mundial de malaria con más del 90 % de los casos y muertes por malaria en todo el mundo, la China está llevando a cabo la misión de ayudar erradicar esta enfermedad. Para lograrlo en otros países, los investigadores y profesionales sanitarios chinos han estado trabajando con varios socios internacionales sobre varios aspectos clave que asegurarán su éxito, como por ejemplo la adaptación y el intercambio de lecciones aprendidas, el suministro de medicamentos y productos antipalúdicos, el apoyo a los CDCs de África para que establezcan sistemas sólidos de salud pública en todo el continente y la movilización de fondos que proporcionarán materias primas y apoyo técnico.

### Metodología

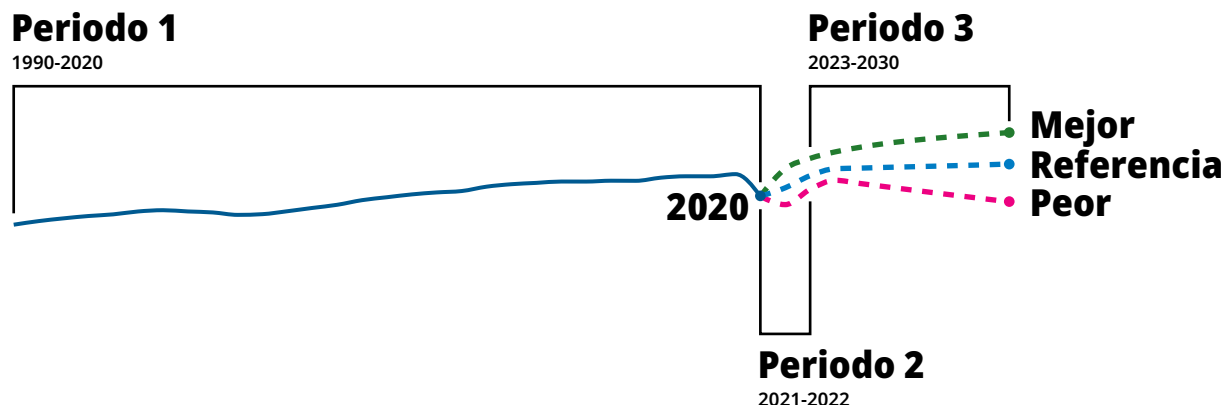
Lea la descripción completa de la metodología del IHME en la página Internet Data Sources, en inglés.

⇒ <https://gates.ly/GK21DataSources>

## Metodología

Nuestro principal socio para la facilitación de datos, el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), trabajó con numerosos aliados y utilizó métodos novedosos para generar un conjunto de estimaciones contemporáneas sobre cómo la pandemia ha afectado el progreso de los ODS a nivel mundial.

Este diagrama proporciona una imagen del proceso en tres partes del IHME, así como los datos y métodos utilizados en cada una.



### Periodo 1, 1990-2020

Se trata de datos históricos extraídos de miles de fuentes por todo el mundo, respaldados por evidencia publicada que ha sido verificada y revisada por investigadores en salud a nivel mundial.

### Periodo 2, 2021-2022

Este es el período que se ha visto afectado por la pandemia y el más difícil de evaluar, dada la incertidumbre y la inmediatez de los datos. Aquí estamos utilizando datos contemporáneos recopilados provenientes de encuestas, datos de movilidad de poblaciones, datos administrativos de los gobiernos y de la OMS, y datos de casos de COVID-19 para evaluar cómo las perturbaciones provocadas por la pandemia han afectado el progreso en los Objetivos Mundiales de 2020 a 2022.

### Periodo 3, 2023-2024

Se trata de intentar predecir el futuro, dejándonos guiar por el pasado. Observamos cómo el crecimiento económico y el progreso afectaron estos indicadores en el pasado y luego realizamos posibles proyecciones de tendencias futuras. Por lo tanto, si todos los países logran el mismo progreso que los países de mejor desempeño histórico (el 15 % superior), los indicadores seguirán la línea verde. Pero si las tendencias económicas están en línea con las de los países con peor desempeño, los indicadores seguirán la línea roja.

# Pobreza



## Meta 1.1 de los ODS

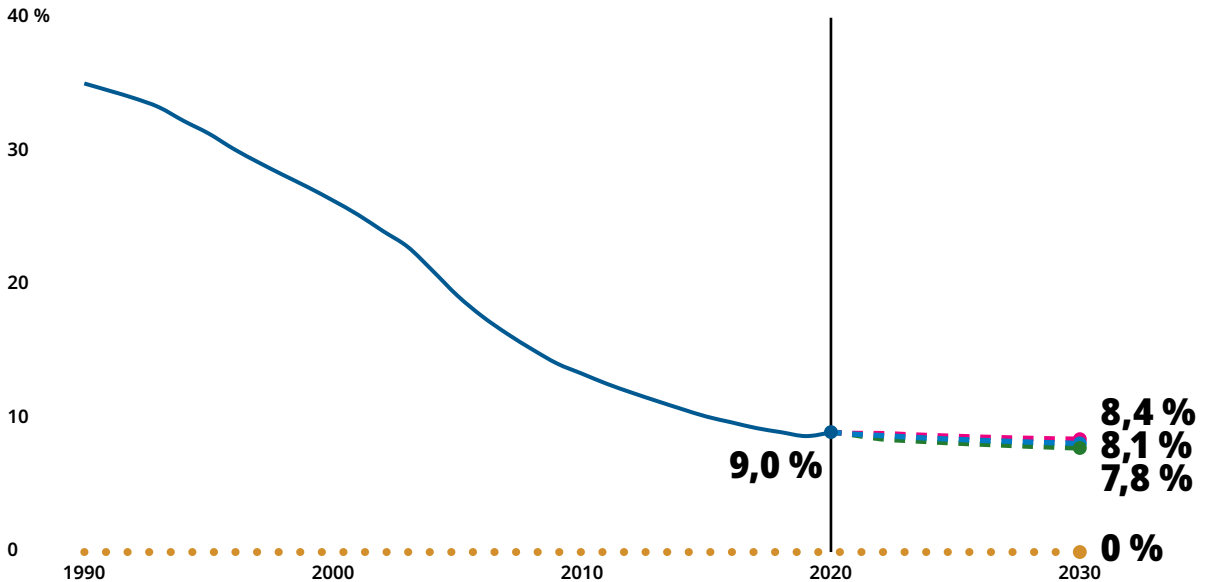
Erradicar la pobreza extrema para todas las personas y en todo el mundo.

La pandemia y las crisis económicas resultantes han hecho retroceder cuatro años el progreso que se había logrado en la erradicación de la pobreza. Esperamos que en los lugares donde aún persisten la pobreza

extrema, las olas epidémicas, los desafíos económicos y los factores demográficos, la reducción de la pobreza se mantenga, durante los próximos años, en un nivel cercano a los niveles en los que estamos actualmente.

## Porcentaje de población por debajo del umbral de pobreza internacional (1,90 US\$ /día)

- Meta para 2030
- Promedio mundial
- Mejor hipótesis
- Hipótesis de referencia
- Peor hipótesis



# Retraso del crecimiento



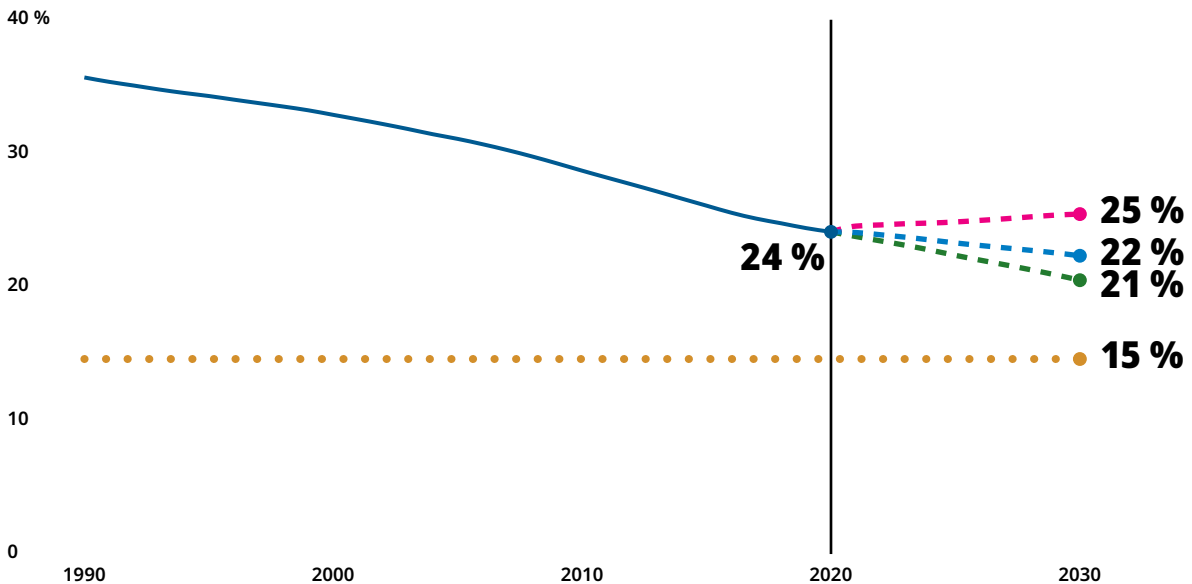
## Meta 2.2 de los ODS

Poner fin a todas las formas de malnutrición, y alcanzar, de aquí al 2025, las metas acordadas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación en los menores de cinco años. El objetivo que se muestra en la gráfica es provisional y se ha extrapolado en función del objetivo fijado para 2025.

En los datos mundiales del 2020, el 24 % de los niños menores de 5 años presentaban retrasos en el crecimiento. La proyección para 2030 indica que el 22 % de los menores de 5 años sufrirán retrasos en el crecimiento.

## Prevalencia de la limitación del crecimiento en menores de 5 años

- Meta para 2030
- Promedio mundial
- - - Mejor hipótesis
- - - Hipótesis de referencia
- - - Peor hipótesis



# Agricultura



## Meta 2.3 de los ODS

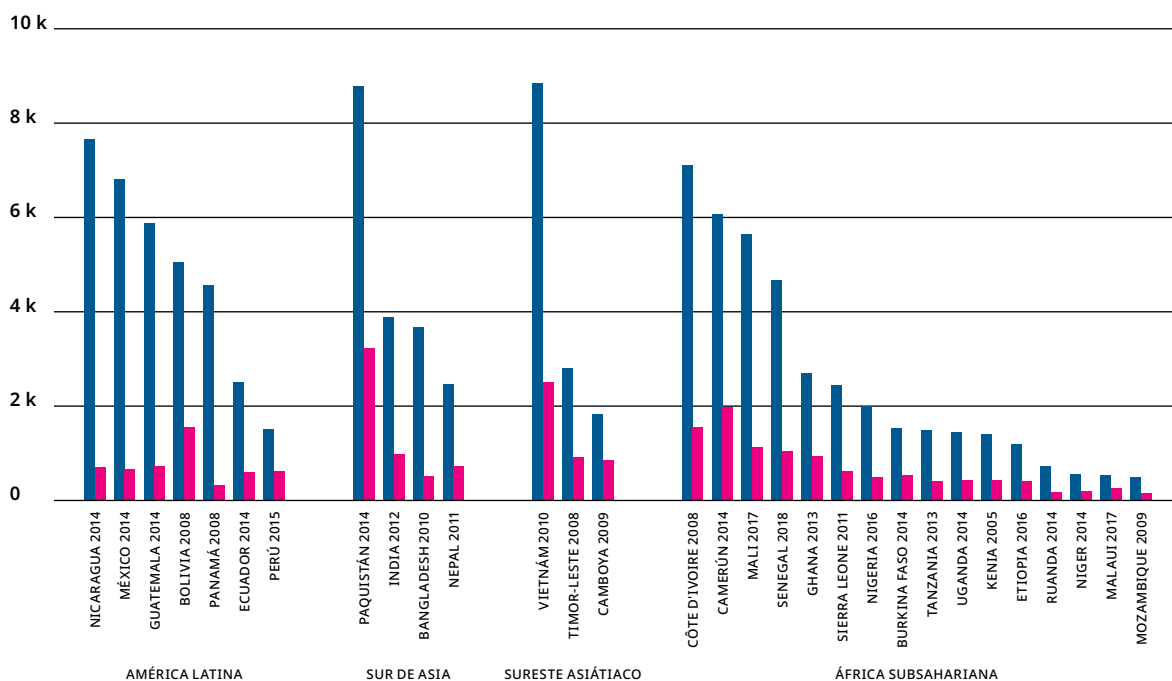
Duplicar la productividad e ingresos agrícolas de los pequeños productores de alimentos, en particular de las mujeres, los pueblos indígenas, los agricultores familiares, los pastores y los pescadores.

El hambre ha aumentado este año debido a los conflictos, los fenómenos meteorológicos extremos y la desaceleración económica causada por la pandemia. Los pequeños agricultores están teniendo dificultades para acceder a insumos agrícolas y los ingresos que están generando son muy reducidos. La pandemia

ha puesto en evidencia la importancia de facilitar a los mercados y a los responsables de las toma de decisiones información para poder luchar contra el hambre y la pobreza, así como adaptarse a los impactos del cambio climático.

## Ingreso promedio anual de la agricultura, PPP (\$ internacional constante en el 2011)

- Productores no de pequeña escala
- Productores de pequeña escala



# Mortalidad materna



## Meta 3.1 de los ODS

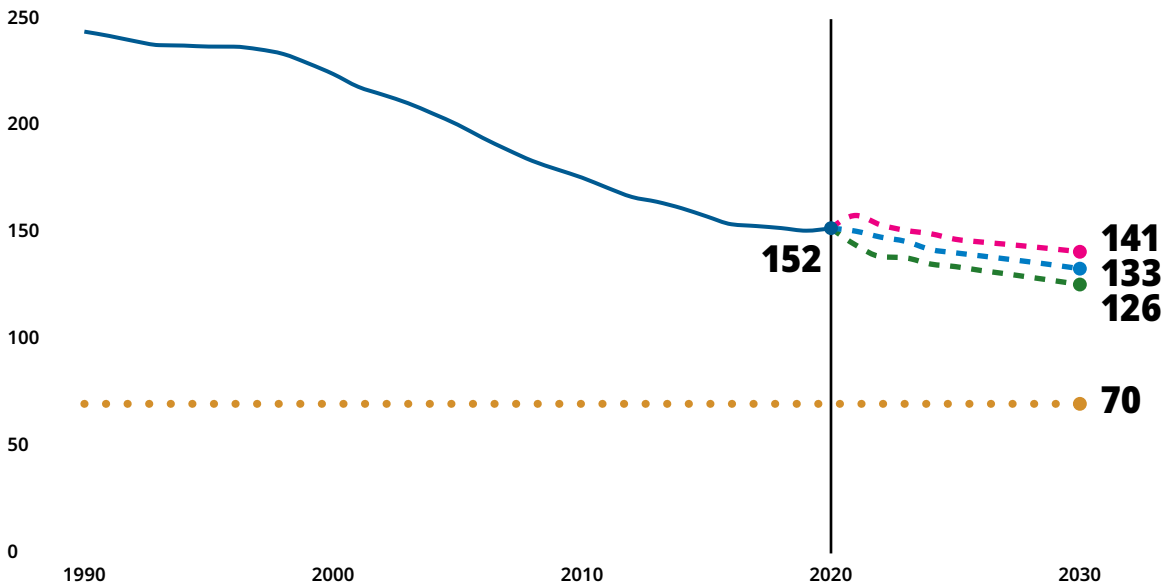
Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

El COVID-19 y sus impactos están afectando la salud de las mujeres y de los recién nacidos, ya que las madres siguen enfrentándose a interrupciones en la atención prenatal y el parto. En 2020, la tasa mundial de mortalidad materna fue de 152 muertes por cada

100 000 nacidos vivos, comparada con las 151 muertes por cada 100 000 nacidos vivos en 2019. Esta trayectoria proyecta 133 muertes por cada 100 000 nacidos vivos en 2030, casi el doble de la meta de los ODS.

## Muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos

- Meta para 2030
- Promedio mundial
- Mejor hipótesis
- Hipótesis de referencia
- Peor hipótesis



# Mortalidad de menores de 5 años



## Meta 3.2 de los ODS

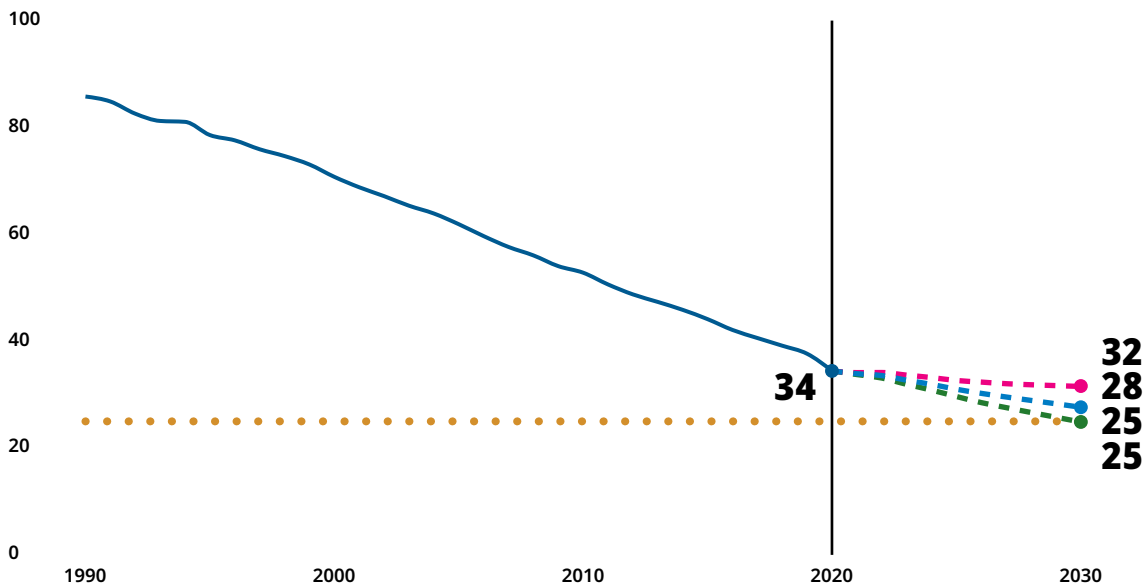
Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y menores de cinco años, apuntando, desde todos los países, a reducir la mortalidad de los menores de cinco años a menos de 25 por cada 1 000 nacidos vivos.

La mortalidad de los menores de 5 años esta más baja que nunca, sin embargo la pandemia ha provocado importantes interrupciones en los servicios de salud, lo que podría destruir décadas de avances, logrados

con tanto esfuerzo. Aumentar el acceso a las vacunas infantiles, la atención posnatal, la nutrición adecuada y otras intervenciones básicas es fundamental para poner fin a las muertes infantiles prevenibles.

## Muertes de menores de 5 años por cada 1 000 nacidos

- Meta para 2030
- Promedio mundial
- Mejor hipótesis
- Hipótesis de referencia
- Peor hipótesis



# Mortalidad neonatal



## Meta 3.2 de los ODS

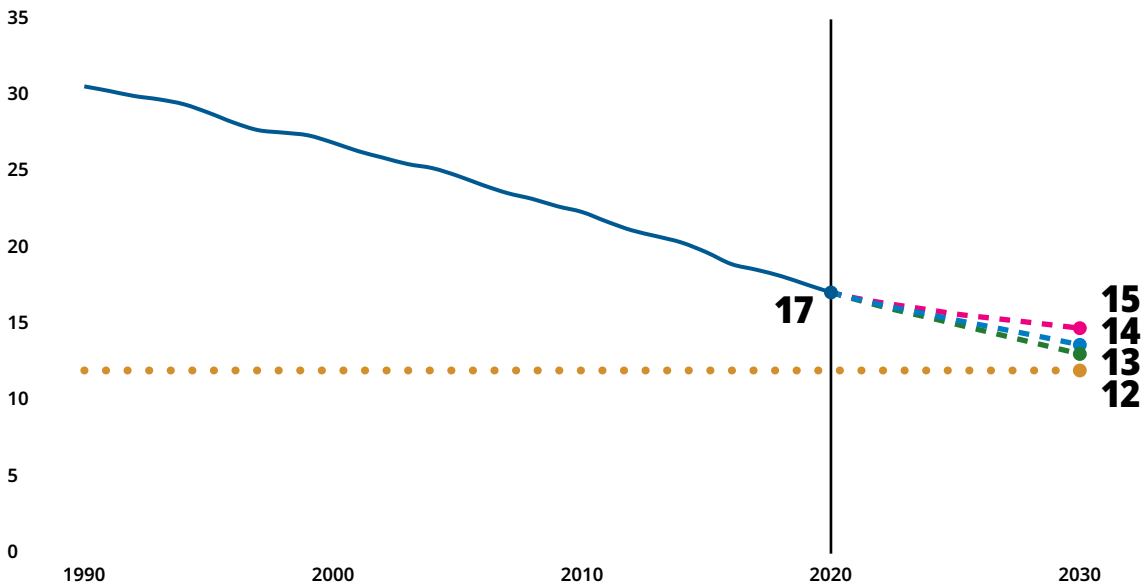
Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y niños menores de cinco años, apuntando, desde todos los países, a reducir la mortalidad neonatal al nivel de 12 por cada 1 000 nacidos vivos.

Los bebés son particularmente vulnerables a las conmociones en los sistemas de salud, incluidas las interrupciones en la atención prenatal y posnatal. Los datos mundiales relativos a la mortalidad neonatal en 2020 fueron de 17,1 muertes por cada 1 000 nacidos

vivos, similar a la estimación de 2019 de 17,6 muertes por cada 1 000 nacidos vivos. Esta trayectoria proyecta 13,7 muertes por cada 1 000 nacidos vivos en 2030, por encima de la meta de los ODS.

## Muertes neonatales por cada 1 000 nacidos vivos

- Meta para 2030
- Promedio mundial
- Mejor hipótesis
- Hipótesis de referencia
- Peor hipótesis



# VIH



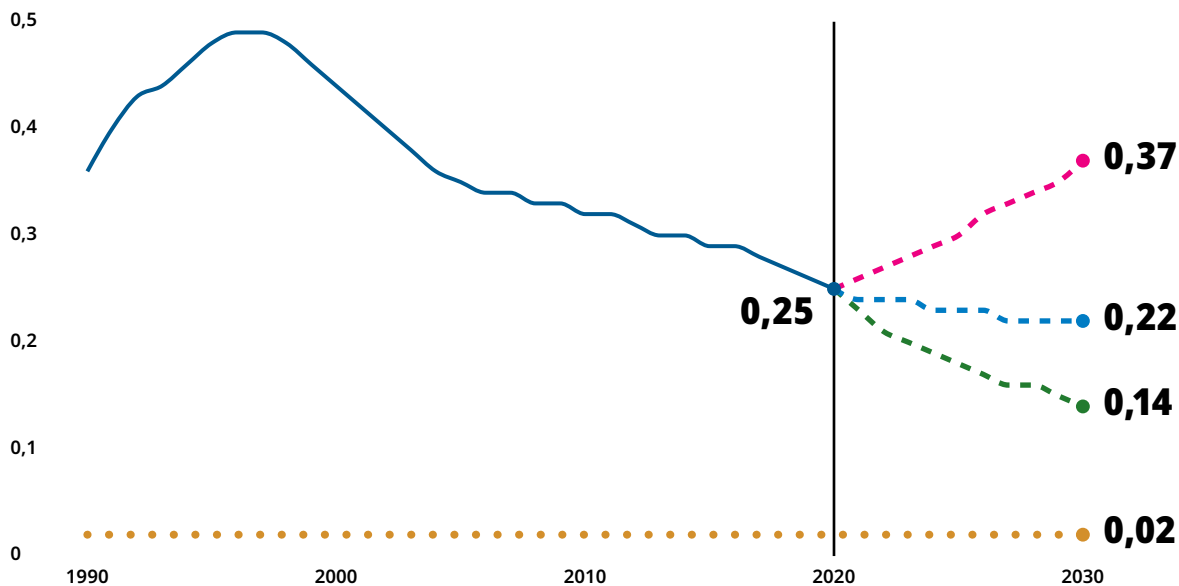
## Meta 3.3 de los ODS

Poner fin a las epidemias de SIDA, tuberculosis, malaria y enfermedades tropicales desatendidas.

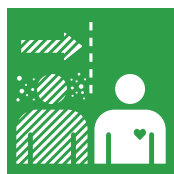
Para lograr un progreso sostenible en la lucha contra el VIH / SIDA, debemos seguir proporcionando tratamientos eficaces contra el VIH así como un mayor acceso a opciones de prevención, las cuales salvan vidas.

### Nuevos casos de VIH por cada 1 000 personas

- Meta para 2030
- Promedio mundial
- - - Mejor hipótesis
- - - Hipótesis de referencia
- - - Peor hipótesis



# Tuberculosis



## Meta 3.3 de los ODS

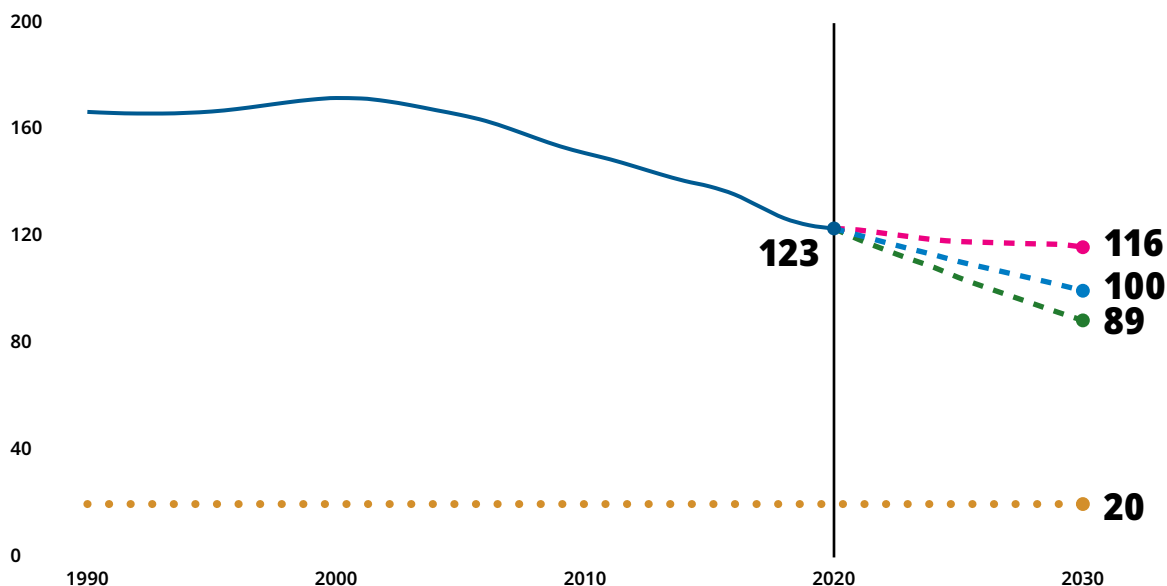
Poner fin a las epidemias de SIDA, tuberculosis, malaria y enfermedades tropicales desatendidas.

Los datos actuales sugieren que no lograremos acabar con la tuberculosis de aquí al 2030. Para lograr un progreso significativo, un mayor número de personas necesita tener acceso a un tratamiento eficaz y

debemos identificar las nuevas infecciones de tuberculosis que puedan haberse pasado por alto durante la pandemia.

## Nuevos casos de tuberculosis por cada 100 000 personas

- Meta para 2030
- Promedio mundial
- - - Mejor hipótesis
- - - Hipótesis de referencia
- - - Peor hipótesis



# Malaria



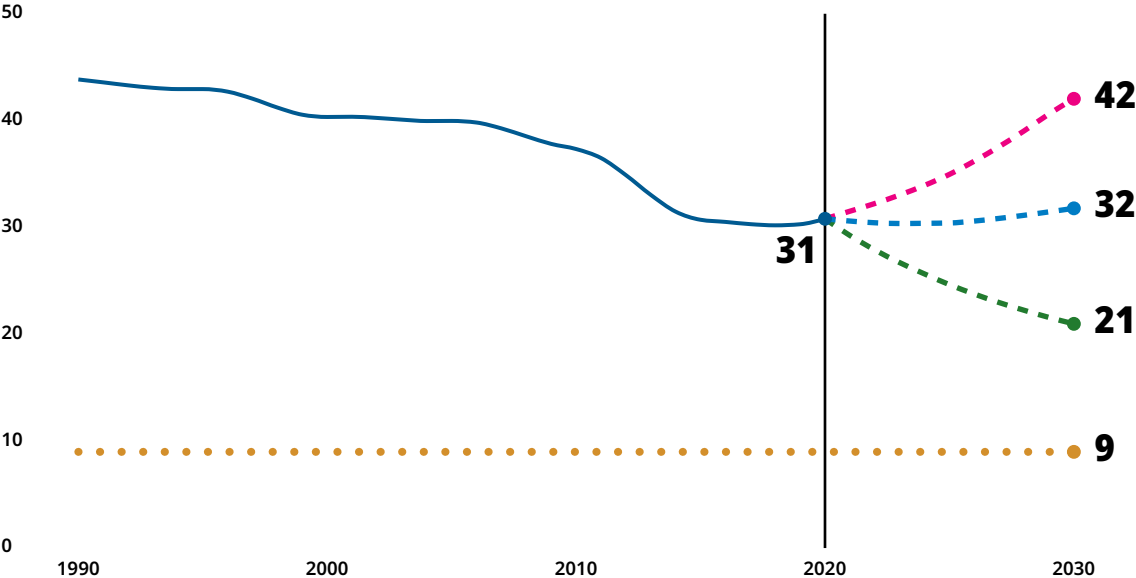
## Meta 3.3 de los ODS

Poner fin a las epidemias de SIDA, tuberculosis, malaria y enfermedades tropicales desatendidas.

Los datos mundiales para el 2020 arrojaron 30 nuevos casos de malaria por cada 1 000 personas, con una proyección para el año 2030 de 31 nuevos casos por cada 1 000 personas.

## Nuevos casos de malaria por cada 1 000 personas

- Meta para 2030
- Promedio mundial
- - - Mejor hipótesis
- - - Hipótesis de referencia
- - - Peor hipótesis



# Enfermedades tropicales desatendidas



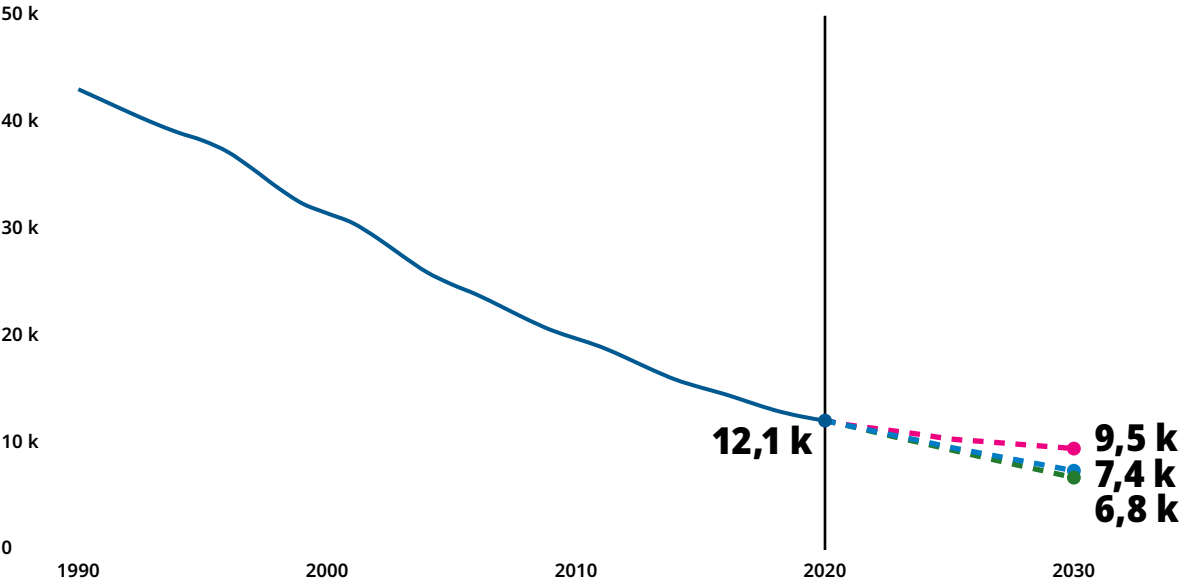
## Meta 3.3 de los ODS

Poner fin a las epidemias de SIDA, tuberculosis, malaria y enfermedades tropicales desatendidas.

Los datos mundiales para el 2020 arrojaron 12 114 casos de 15 enfermedades tropicales desatendidas (ETD) por 100 000 personas, con una proyección para el año 2030 de 7 417 casos de 15 ETD por 100 000 personas.

## Prevalencia de 15 ETDs por cada 100 000 personas

- Promedio mundial
- Mejor hipótesis
- - - Hipótesis de referencia
- - - Peor hipótesis



# Planificación familiar



## Meta 3.7 de los ODS

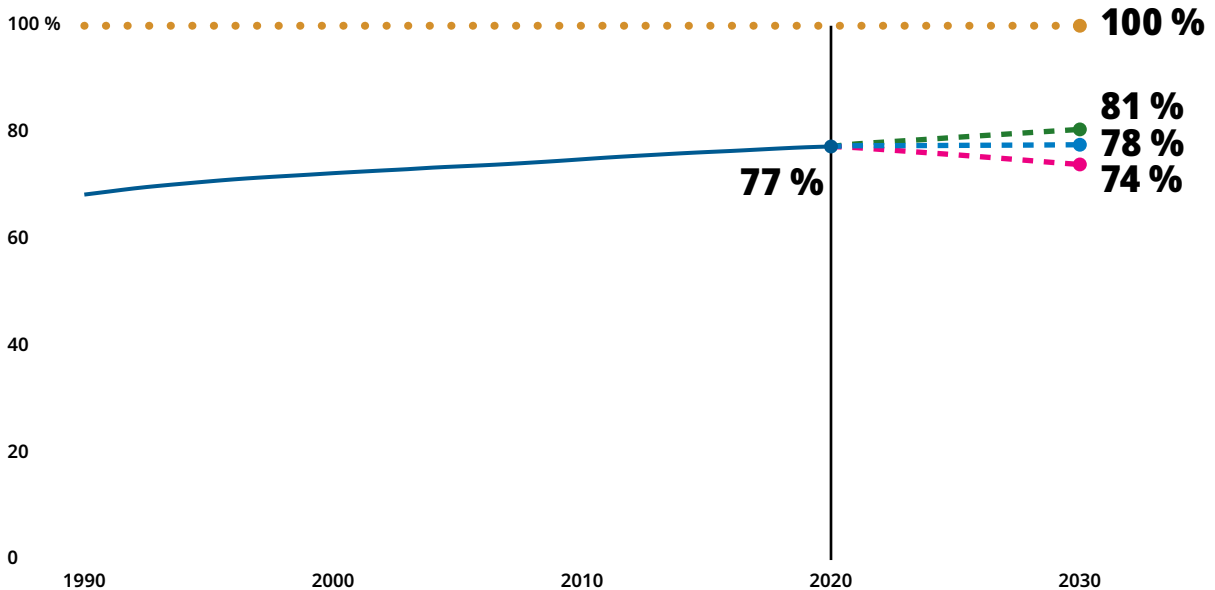
Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar.

Los datos mundiales para el 2020 mostraron que el 77 % de las mujeres entre 15 y 49 años cubrieron sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos. La proyección para el año 2030 sugiere que

el 78 % de las mujeres entre 15 y 49 años tendrán sus necesidades de planificación familiar cubiertas por métodos modernos.

## Porcentaje de mujeres en edad de procrear (15-49) cuyas necesidades de planificación familiar están cubiertas con métodos modernos

- Meta para 2030
- Promedio mundial
- Mejor hipótesis
- Hipótesis de referencia
- Peor hipótesis



# Cobertura sanitaria universal



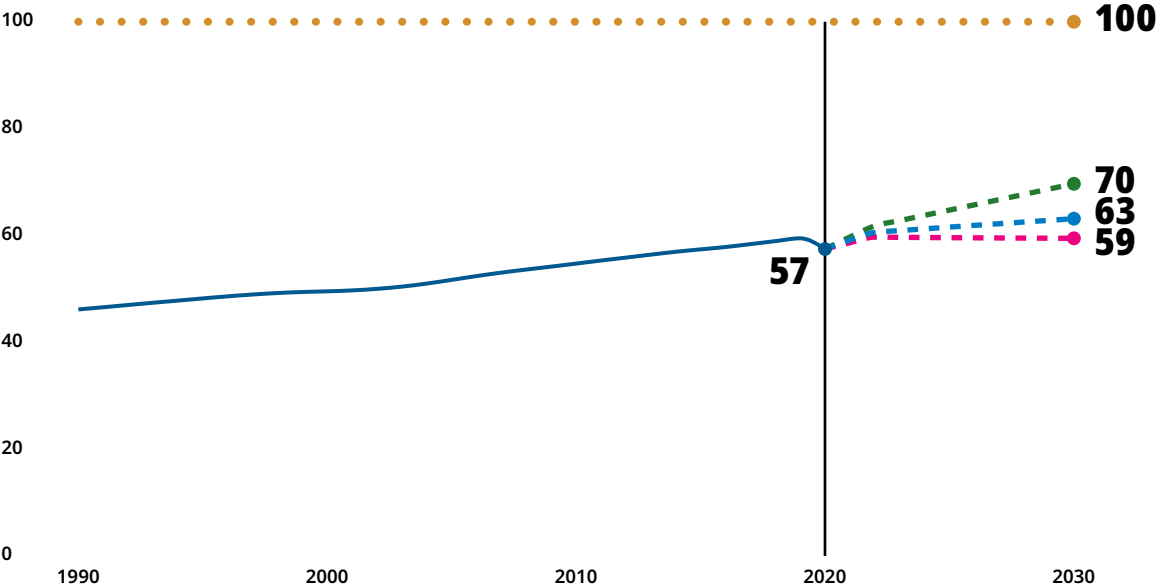
## Meta 3.8 de los ODS

Lograr la cobertura sanitaria universal para todos.

Los datos mundiales para 2020 arrojaron una puntuación de 57 para la cobertura de los servicios de salud esenciales y una puntuación de 63 proyectada para el año 2030 para la cobertura de los servicios de salud esenciales.

### Nota de desempeño del índice de cobertura efectiva de la CSU

- Meta para 2030
- Promedio mundial
- - - Mejor hipótesis
- - - Hipótesis de referencia
- - - Peor hipótesis



# Tabaquismo



## Meta 3.A de los ODS

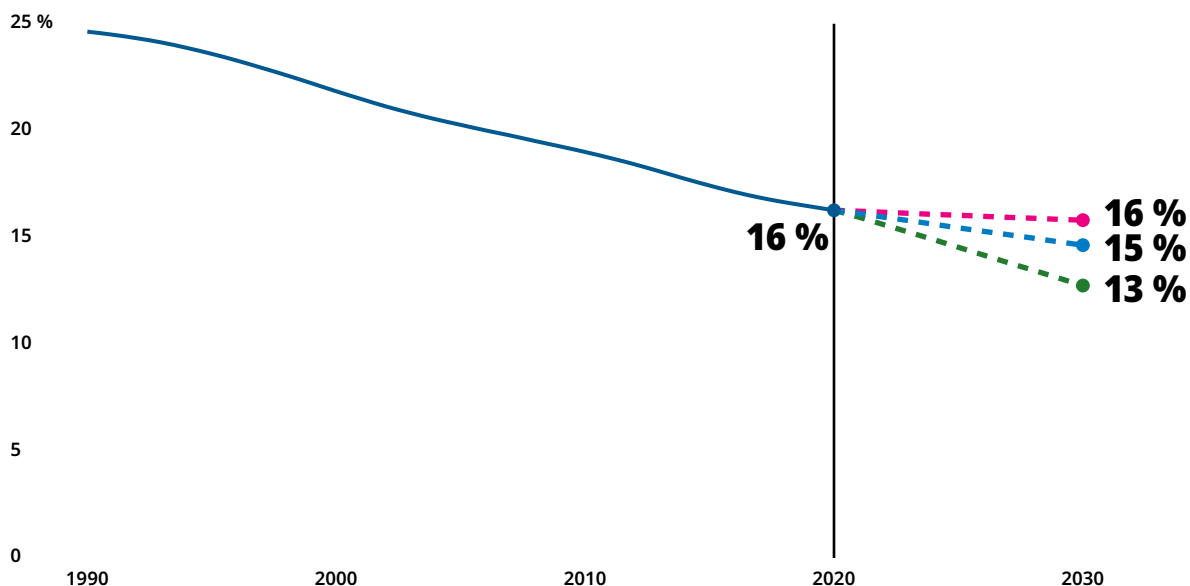
Fortalecer la implementación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaquismo en todos los países.

Las proyecciones sugieren que la prevalencia del tabaquismo podría seguir disminuyendo, pasando de un nivel de 16 % en 2020 a 13 % en 2030, lo que significa una reducción de 112 millones de fumadores,

si el progreso actual se acelera. Los países pueden acelerar el progreso promulgando y aplicando políticas robustas en línea con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaquismo.

## Prevalencia de tabaquismo estandarizada por edad en mayores de 15 años

- Promedio mundial
- - Mejor hipótesis
- - Hipótesis de referencia
- - Peor hipótesis



# Vacunas



## Meta 3.B de los ODS

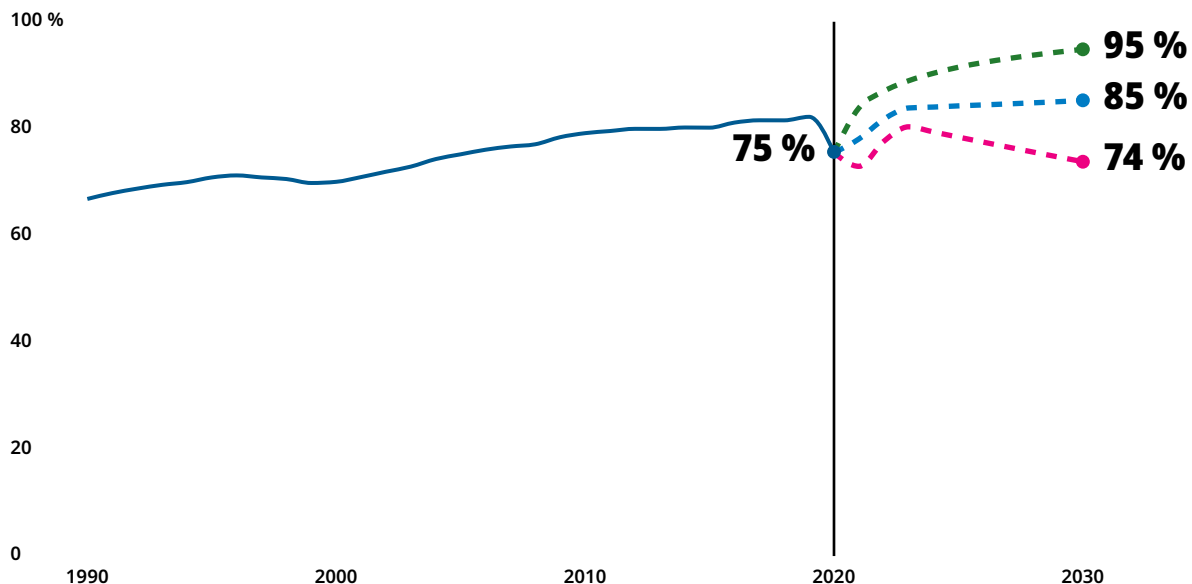
Apoyar la investigación y el desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan principalmente a los países en desarrollo y proporcionar acceso a vacunas y medicamentos esenciales asequibles.

El COVID-19 ha dado lugar a importantes perturbaciones en la vacunación y en otros servicios sanitarios que salvan vidas. Muchos programas de inmunización se enfrentan al hecho de tener que ponerle a los niños las vacunas que les faltan a la vez que despliegan la

administración de la vacuna contra el COVID-19. La pandemia ha puesto en evidencia la importancia de garantizar un acceso mundial y equitativo a todas las vacunas. La salud y el bienestar de millones de personas en todo el mundo dependen de ello.

## Cobertura de DTP (tercera dosis)

- Promedio mundial
- Mejor hipótesis
- Hipótesis de referencia
- Peor hipótesis



# Educación



## Meta 4.1 de los ODS

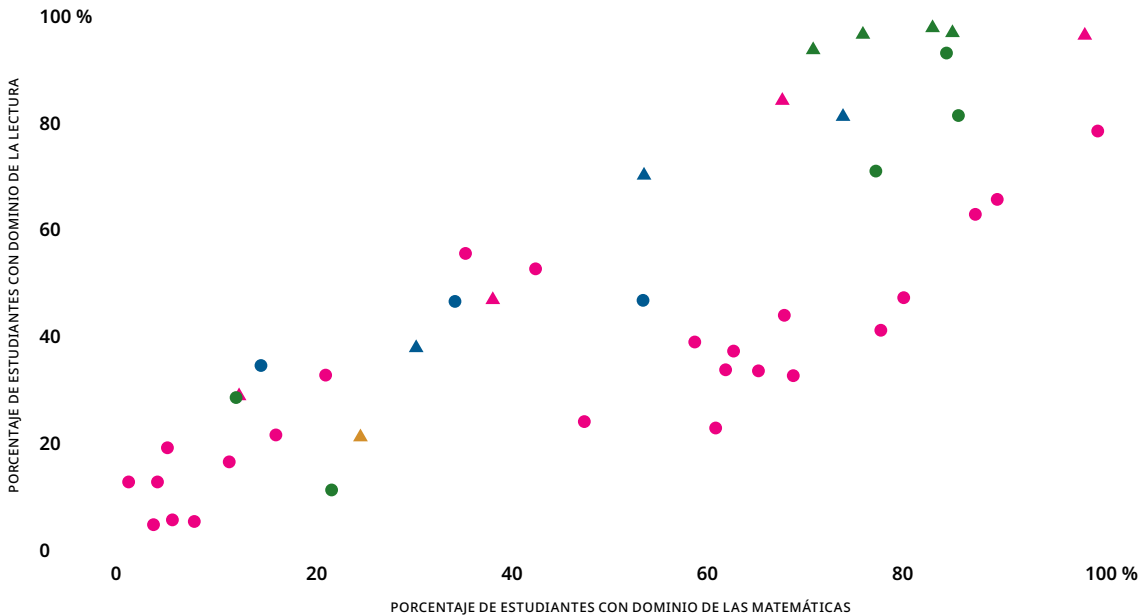
De aquí al 2030, asegurarse de que todos los niños y niñas reciban una educación primaria y secundaria gratuita, equitativa y de calidad que conduzca a resultados de aprendizaje relevantes y efectivos.

En los países donde se han recopilado datos, la competencia en matemáticas y lectura de niñas y niños no alcanza los niveles necesarios para cumplir con las metas mundiales del 2030, que representan un nivel mínimo de dominio de las habilidades fundamentales.

Los datos relativos a la medición de las competencias de aprendizaje siguen siendo escasos, en particular en los países de ingresos bajos y medianos, y su fiabilidad es, a menudo, cuestionable.

## Porcentaje de estudiantes de 2º o 3º grado con dominio básico, como mínimo, de las matemáticas y la lectura, ambos sexos

- ▲ Europa Central y Oriental y Asia Central
- ▲ Ingresos elevados
- ▲ América Latina y el Caribe
- ▲ Norte de África y Medio Oriente
- Sur de Asia
- Sureste asiático y Oceanía
- África subsahariana



# Igualdad de género



## Meta 5.4 de los ODS

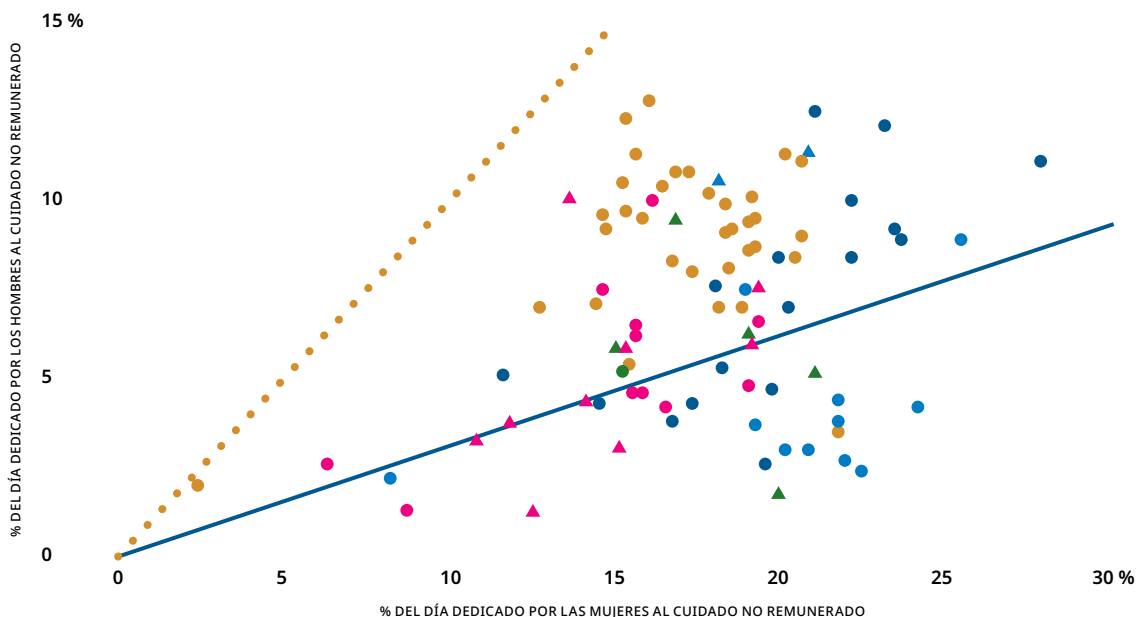
Reconocer y valorar el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado mediante la provisión de servicios públicos, infraestructura y políticas de protección social así como la promoción de la responsabilidad compartida dentro del hogar y la familia, según la situación de cada país.

En los países donde se han recopilado datos, las mujeres dedican un tiempo 3,1 veces mayor que el de los hombres al cuidado no remunerado y al trabajo doméstico. La mayor brecha entre hombres y mujeres

en promedio se encuentra en los grupos de países de África del Norte y Asia Central, pero la brecha existe en todas las regiones.

## Trabajo y atención domiciliaria no remunerados por sexo y región

- Misma cantidad de trabajo
- Promedio mundial
- ▲ Australia y Nueva Zelanda
- ▲ Asia Central y Sureste Asiático
- ▲ Este y Sureste Asiático
- Europa y Norteamérica
- América Latina y el Caribe
- Norte de África y Asia Occidental
- Oceanía (salvo Australia y Nueva Zelanda)
- África Subsahariana



# Saneamiento



## Meta 6.2 de los ODS

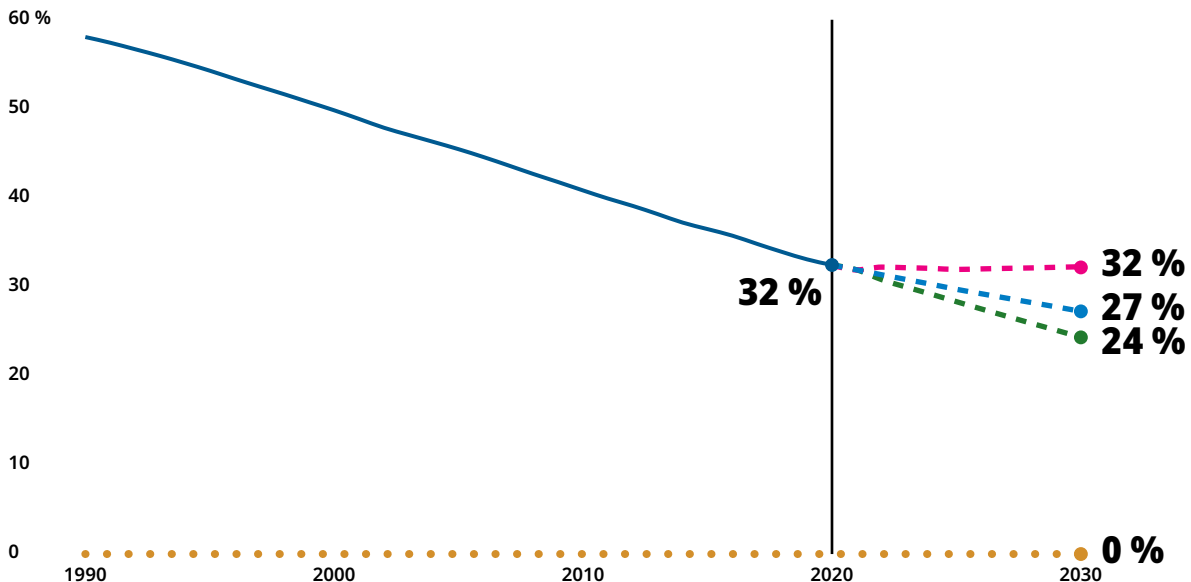
Lograr el acceso a un saneamiento y a una higiene adecuados y equitativos para todos y poner fin a la defecación al aire libre, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres y niñas así como de las personas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad.

Los ODS establecieron un nuevo indicador de saneamiento: “gestionado de forma segura”, pero los datos para medir el progreso de esta nueva medida se han retrasado. Los datos presentados aquí miden el acceso a inodoros con alcantarillado, pero existen otras

tecnologías de menor costo para manejar los desechos de forma segura. Cada año, los datos disponibles aumentan y la ONU calculó recientemente que 3 600 millones de personas carecían de servicios de gestión segura en 2020.

## Prevalencia de población que utiliza instalaciones de saneamiento no seguras o inapropiadas

- Meta para 2030
- Promedio mundial
- Mejor hipótesis
- Hipótesis de referencia
- Peor hipótesis



## Servicios financieros para los pobres



### Meta 8.10 de los ODS

Fortalecer la capacidad de las instituciones financieras nacionales para fomentar y ampliar el acceso a los servicios bancarios, de seguros y financieros para todos.

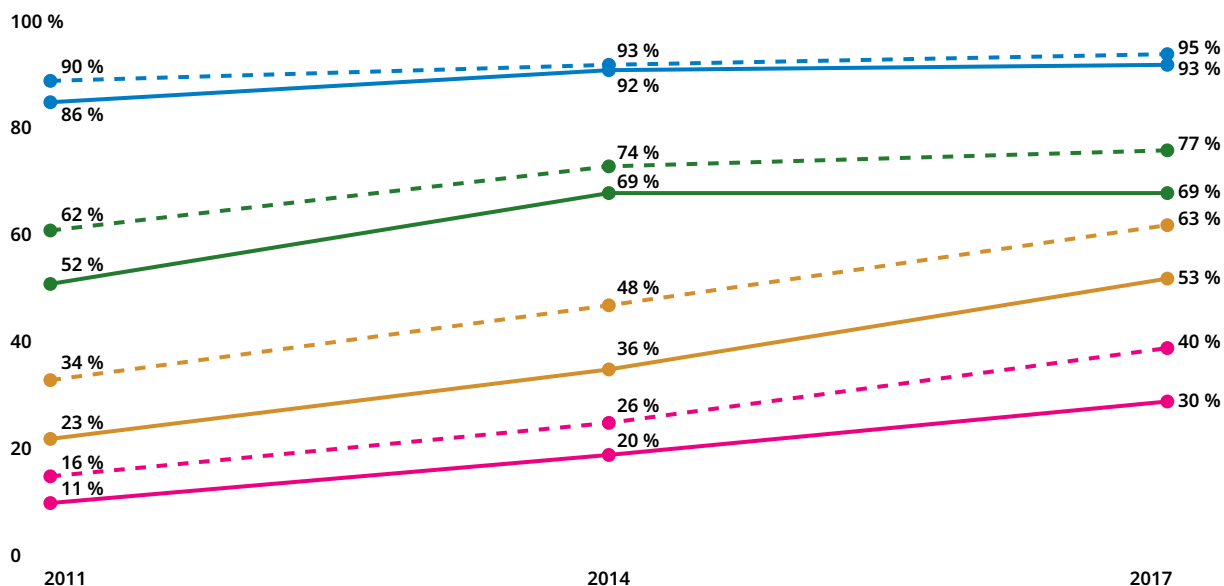
Hay evidencia sólida de que la pandemia ha acelerado la adopción y el uso de tecnologías digitales: los proveedores de servicios financieros han evidenciado un aumento en los pagos digitales durante la pandemia. Desde el inicio de la pandemia, casi 60 países de

ingresos bajos y medianos han recurrido a servicios de pagos digitales para brindar ayuda de emergencia, con la mitad de dichos pagos siendo realizados a cuentas financieras formales.

### Porcentaje de adultos (mayores de 15 años) titulares de una cuenta en un banco u otra institución financiera con proveedores de servicios de dinero móvil

- Países de ingresos elevados, mujeres
- Países de ingresos elevados, hombres
- Países de ingresos medios altos, mujeres
- Países de ingresos medios altos, hombres

- Países de ingresos bajos medios, mujeres
- Países de ingresos bajos medios, hombres
- Países de bajos ingresos, mujeres
- Países de bajos ingresos, hombres



# Fuentes y anotaciones

Encontrará aquí las fuentes de los datos relacionados a los hechos y cifras que aparecen en el Informe Goalkeepers 2021, enumerados por sección. Se incluyen breves notas metodológicas sobre varios análisis no publicados. Podrá encontrar citas completas, enlaces a el material original y referencias adicionales en la página Internet de Goalkeepers: <https://gates.ly/GK21DataSources>

## Introducción

Consulte las proyecciones iniciales que se realizaron el año pasado sobre los impactos de la pandemia en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en el Informe Goalkeepers 2020, *COVID-19: Una perspectiva global*.

## La sorprendente historia que nos cuentan los datos

### Millones más en la pobreza extrema

Grupo Banco Mundial. *Global Economic Prospects*, junio del 2021. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/35647/9781464816659.pdf>

Fondo Monetario Internacional. Base de Datos del World Economic Outlook, abril de 2021. Consultada en agosto de 2021. <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/weo-database/2021/April>

Proporción de muertes por COVID-19 por sexo según el análisis del IHME, 2021. Al controlar el desglose por edad de la población mundial, se observa que la proporción entre las muertes de hombres y mujeres es de 1,72. Se puede acceder a las últimas proyecciones de COVID-19 del IHME en <https://covid19.healthdata.org> y publicaciones relacionadas en <https://healthdata.org/covid/publications>.

Organización Internacional del Trabajo. *Building Forward Fairer: Women's rights to work and at work at the core of the COVID-19 recovery*. julio de 2021. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/dgreports/-/gender/documents/publication/wcms\\_814499.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/dgreports/-/gender/documents/publication/wcms_814499.pdf)

Para obtener más información sobre las estimaciones de pobreza del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), consulte la sección Explorando los datos de este informe.

### Brechas crecientes en la educación

La pobreza de aprendizaje se define como la inhabilidad de leer y comprender un texto simple a los 10 años.

Grupo Banco Mundial. *Ending Learning Poverty: What Will It Take?* Washington, DC: Grupo Banco Mundial, 2019. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/32553>

Grupo Banco Mundial. *Realizing the Future of Learning: From Learning Poverty to Learning for Everyone, Everywhere*. diciembre de 2020. Banco Mundial, Washington, DC. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/250981606928190510/pdf/Realizing-the-Future-of-Learning-From-Learning-Poverty-to-Learning-for-Everyone-Everywhere.pdf>

Lewis, Karyn, Megan Kuhfeld, Erik Ruzek, y Andrew McEachin. *Learning during COVID-19: Reading and math achievement in the 2020-21 school year*. Reseña de investigación NWEA. Center for School and Student Progress. Julio de 2021. <https://www.nwea.org/content/uploads/2021/07/Learning-during-COVID-19-Reading-and-math-achievement-in-the-2020-2021-school-year.research-brief-1.pdf>

### Más niños sin vacunas

Para obtener más información sobre las estimaciones de cobertura de la vacunación del Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME), consulte la sección “Explorando los Datos” de este informe.

### Intensificación de la acción de la gente

Organización Mundial de la Salud. *World Malaria Report 2020: 20 years of global progress and challenges*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2020. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1321872/retrieve>

Organización Mundial de la Salud. *The potential impact of health service disruptions on the burden of malaria. A modelling analysis for countries in sub-Saharan Africa*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 23 de abril de 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240004641>

Sherrard-Smith, et al. “The potential public health consequences of COVID-19 on malaria in Africa,” *Nature Medicine* 26 (septiembre de 2020): 1411–1416. <https://www.nature.com/articles/s41591-020-1025-y.pdf>

## Invertir en sistemas

Our World in Data recopila y publica información actualizada sobre las dosis de vacunas administradas por geografía: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations> (consultado en agosto de 2021).

El COVID-19 Vaccine Market Dashboard rastrea información sobre el mercado mundial de las vacunas COVID-19, incluidos los acuerdos sobre las vacunas, las dosis aseguradas y las entregas por país. Consultado en agosto de 2021. <https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard>

## Invertir en las comunidades

Sarr, Moussa. “How Did Senegal Mitigate the Impact of COVID-19 on Routine Childhood Immunizations?” *Exemplars in Global Health - Perspectives* (blog). Consultado en agosto de 2021. <https://www.exemplars.health/emerging-topics/epidemic-preparedness-and-response/covid-19/appendix/perspectives/thread?forumId=9&threadId=43>

Dixit, Sameer M. et al. "Addressing disruptions in childhood routine immunization services during the COVID-19 pandemic: perspectives and lessons learning from Liberia, Nepal and Senegal," medRxiv 18 de marzo de 2021. Preprint. <https://doi.org/10.1101/2021.03.18.21252686>

## Invertir en las mujeres y las niñas

El programa Ehsaas Emergency Cash (efectivo de emergencia) en Pakistán tiene un tablero público que rastrea el número total de beneficiarios atendidos y los montos totales desembolsados. Consultado en agosto de 2021. [https://www.pass.gov.pk/ecs/uct\\_all.html](https://www.pass.gov.pk/ecs/uct_all.html)

Elizabeth Katz, Safa Abdalla y Judy Rein realizaron un análisis de género adicional con la asistencia en investigación de Katelyn Roett y Lauren Lamson en el Centro Mundial para la Igualdad de Género de la Universidad de Stanford.

## Aún más lejos, aún más rápido

### Nuevas fuentes de innovación

La Iniciativa de producción de vacunas de África. *Vaccine Manufacturing and Procurement in Africa*. Estudio. 2017. <https://www.avmi-africa.org/wp-content/uploads/2017/09/VMPA-Study-e-book.pdf>

Centros de control y prevención de enfermedades de África. *Africa's Vaccine Manufacturing for Health Security*. Documento de debate. Presentado en la Conferencia para la expansión de la producción de vacunas africanas, abril de 2021.

## Explorando los datos

### China, libre de malaria, devolviendo el favor

Ding, Cheng, Chenyang Huang, Yuqing Zhou, Xiaofang Fu, Xiaoxiao Liu, Jie Wu, Min Deng, Lanjuan Li, Shigui Yang. "Malaria in China: a longitudinal population-based surveillance study." *Epidemiology and Infection* 148, E37 (2020): 1–8. <https://doi.org/10.1017/S0950268820000333>

Organización Mundial de la Salud. Estimaciones de la incidencia de la malaria para el periodo 2017–2020 de "Global Health Observatory data repository." OMS (página Internet). Consultado en agosto de 2021. <https://apps.who.int/gho/data/view.main.MALARIAINCIDENCEv?lang=en>

### INDICADORES ESTIMADOS POR EL IHME

Encontrará una descripción general de la metodología utilizada por el IHME para estimar los efectos de la pandemia COVID-19 en los 14 indicadores de los ODS y las proyecciones que los acompañan hasta 2030 en una sección explicativa separada del informe. Una descripción más detallada está disponible en la página Internet. A continuación encontrará notas metodológicas específicas para cada indicador.

Para los indicadores de salud y pobreza, el IHME genera tres hipótesis futuras. La hipótesis de "referencia" representa la hipótesis media. La "mejor" hipótesis aplica el percentil 85 del índice sociodemográfico (ISD) que incorpora ingresos, fertilidad y educación, y el percentil 85 de la tasa de cambio anual (TCA) del indicador o de sus impulsores, en años-país para el período 1990 a 2020. La "peor" hipótesis aplica el percentil 15 del ISD combinado con el percentil 15 de la TCA del indicador.

## Pobreza

La tasa de pobreza extrema mide la fracción de la población de un país que se estima vive con menos de 1,90 US \$ por día, medido en dólares ajustados por paridad de poder adquisitivo (PPA) de 2011. Para estimar una serie temporal completa de la pobreza extrema para todos los países, todos los datos disponibles se extrajeron primero del Banco Mundial y se complementaron con datos extraídos del Instituto Mundial de Investigaciones sobre Economía del Desarrollo de las Naciones Unidas y encuestas centradas en países específicos. En segundo lugar, el IHME modeló estos datos utilizando un enfoque basado en los datos disponibles que se apoyan en el tiempo, la geografía y las covariables predictivas (PIB per cápita, educación femenina, consumo de kilocalorías, exportaciones de recursos naturales y gasto público).

El IHME modela la tasa de consumo promedio para cada país y año así como la distribución del consumo (la curva de Lorenz) para cada país con el fin de estimar el valor del consumo para cada percentil de la población de cada país y año hasta el 2020. Si bien no había datos de encuestas disponibles más allá de 2019, el IHME utilizó este modelo para estimar las tasas de pobreza para 2020 porque es más sensible a los choques económicos — como los que se están experimentando actualmente en la mayoría de los países. El IHME pronosticó tasas de pobreza extrema (1,90 \$) para el periodo 2021-2030 al estimar el cambio, de un año para otro, en la tasa de pobreza utilizando un modelo combinado. Este modelo se basa en previsiones del PIB per cápita, la fecundidad, el gasto público y la educación. Los demás impactos de la recesión económica mundial solo los capta indirectamente.

Las estimaciones actualizadas incluyen nuevos datos de encuestas para Nigeria, Pakistán y Zimbabue, tipos de cambio de la PPA mejorados,

y mejores métodos para calcular la distribución del consumo.

## Retraso del crecimiento

El IHME mide la prevalencia del retraso en el crecimiento a partir de la altura para la edad calculada más de dos desviaciones típicas por debajo de la mediana de referencia en la curva de crecimiento de la altura para la edad basada en los estándares de crecimiento de la OMS de 2006 para niños de 0 a 59 meses. Las proyecciones para 2030 se modelaron utilizando un enfoque combinado para predecir la exposición al retraso en el crecimiento, con el ISD como factor clave, con el fin de integrar los efectos de la pandemia de COVID-19 en el ingreso per cápita. La exposición al retraso del crecimiento se tradujo luego en el indicador (prevalencia del retraso en el crecimiento) utilizando un modelo spline en cascada.

Los resultados presentados aquí representan varias mejoras incorporadas en el estudio Global Burden of Disease (Carga Mundial de Morbilidad) (GBD) 2020, que conducen a mejores estimaciones en varios países, entre los que se incluyen Sudáfrica, la República Democrática del Congo, India y Pakistán.

Murray, Christopher J.L., Alexandr Aravkin, Peng Zheng, Cristiana Abbafati, Kaja M. Abbas, Mohsen Abbasi-Kangevari, Foad Abd-Allah, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 396, no. 10258: 1223–49 (17 de octubre de 2020). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)

## Mortalidad materna

La tasa de mortalidad materna (TMM) se define como el número de muertes maternas que ocurren entre mujeres de 15 a 49 años

durante un período determinado por cada 100 000 nacidos vivos durante el mismo período. La TMM describe el riesgo de muerte materna en relación con el número de nacidos vivos y básicamente recoge el riesgo de muerte con un solo embarazo o con un solo nacido vivo. Las proyecciones hasta el año 2030 utilizaron el ISD como factor clave, que incorpora proyecciones de ingresos per cápita así como los efectos de la pandemia COVID-19.

El análisis del IHME de la mortalidad materna directa e indirecta en países seleccionados no mostró una relación significativa entre la mortalidad directa y los indicadores de la pandemia COVID-19 (por ejemplo, muertes por COVID-19, movilidad). Sin embargo, la pandemia de COVID-19 tuvo un efecto significativo en la mortalidad materna indirecta, incorporada por el IHME.

### **Mortalidad de menores de 5 años**

El IHME define la tasa de mortalidad de menores de 5 años (TMM5) como la probabilidad de muerte entre el nacimiento y los 5 años de edad. La TMM5 se expresa como el número de muertes por cada 1 000 nacidos vivos. Las proyecciones se basaron en una combinación de factores claves, incluidos los factores de riesgo de la Carga Global de Morbilidad (GBD), intervenciones seleccionadas (por ejemplo, vacunas) y el índice ISD. Las perturbaciones adicionales a corto plazo (2020-2021) debidas a la pandemia COVID-19 incorporaron las disminuciones observadas en las muertes infantiles por enfermedades infecciosas (gripe, virus sincicial respiratorio, sarampión, tos ferina) durante la pandemia, impulsadas esencialmente por el distanciamiento social y el uso de mascarillas. La mayoría de los cambios en las estimaciones de la TMM5 que aparecen en los resultados del Informe Goalkeepers 2021 provienen de nuevos datos y

de datos adicionales de mortalidad que el IHME ha integrado desde el estudio GBD 2019. La adición de estos nuevos datos afecta principalmente la TMM5 en el período de tiempo más reciente.

### **Mortalidad neonatal**

El IHME define la tasa de mortalidad neonatal como la probabilidad de muerte en los primeros 28 días completos de vida. Se expresa como el número de muertes por cada 1 000 nacidos vivos. Las proyecciones se basaron en una combinación de factores claves, incluidos factores de riesgo de GBD, intervenciones seleccionadas (por ejemplo, vacunas) y el índice ISD. Los efectos a corto plazo (2020-2021) incorporaron las reducciones observadas en las muertes infantiles por enfermedades infecciosas (gripe, virus respiratorio sincicial, sarampión, tos ferina) durante la pandemia, impulsadas esencialmente por el distanciamiento social y el uso de mascarillas. La mayoría de los cambios en las estimaciones de mortalidad neonatal en el Informe Goalkeepers de este año son el resultado de nuevos datos.

### **VIH**

El IHME estima la tasa de VIH calculando las nuevas infecciones por VIH por cada 1 000 habitantes. Los pronósticos de la incidencia del VIH se basaron en la terapia antirretroviral (TAR) prevista, la cobertura de prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI) y la incidencia actual de infecciones como elementos introducidos en una versión modificada del software Spectrum de Avenir Health. El TAR para adultos se pronostica utilizando el gasto esperado en atención curativa del VIH —que a su vez se pronosticó en función del ingreso per cápita, incluido el efecto de la pandemia de COVID-19— y los precios de la TAR.

Los cambios en las estimaciones resultan de los datos adicionales

recopilados por UNUSIDA de 115 países, incluida la nueva cobertura de la TAR, la cobertura de la PTMI y las estimaciones de incidencia. Además, el IHME actualizó los datos de cobertura de la TAR para Sudáfrica utilizando las estimaciones de cobertura de la TAR de Thembisa. Otras mejoras de la modelación se describen en el estudio GBD 2020.

### **Tuberculosis**

El IHME estima los casos de tuberculosis nuevos y reinicidentes diagnosticados dentro de un año calendario determinado (incidencia) utilizando datos de encuestas de prevalencia, notificaciones de casos y estimaciones de mortalidad por causa específica para construir un modelo estadístico que refuerza la coherencia interna entre las estimaciones.

Los cambios en las estimaciones de incidencia de TB en el estudio GBD 2020 se debieron principalmente a la inclusión de nuevas fuentes de datos.

Además de las tendencias históricas, las proyecciones para 2030 utilizaron el índice ISD como impulsor clave, que incorpora proyecciones de ingresos per cápita y los efectos de la pandemia COVID-19.

### **Malaria**

El IHME calcula la tasa de malaria como el número de casos nuevos por cada 1 000 habitantes. Las proyecciones para 2030 se obtuvieron utilizando un modelo en dos etapas. En primer lugar, se pronosticó la cobertura de las dos intervenciones antipalúdicas clave, la terapia de combinación basada en artemisinina (ACT) y los mosquiteros tratados con insecticida (MTI) en función del ISD. Luego, el IHME utilizó los residuales de la primera etapa para ajustar un modelo de un país específico basado en el año natural. Para los países fuera del África subsahariana, donde no hay datos disponibles sobre la cobertura

de la intervención, se utilizó el índice ISD en la primera etapa y el año natural en la segunda. Los datos de 2020 sobre la distribución de MTI sugirieron interrupciones mínimas en la distribución de MTI debido a la pandemia. Los informes sobre la distribución de MTI se incorporaron al modelo, pero no se aplicaron efectos adicionales a corto plazo de la pandemia a la incidencia de la malaria.

### **Enfermedades tropicales desatendidas**

El IHME mide la suma de la prevalencia de 15 ETD por cada 100 000, que están actualmente constatados en el estudio Carga Mundial de Morbilidad (GBD): tripanosomiasis africana humana, enfermedad de Chagas, equinococosis quística, cisticercosis, dengue, trematodiasis de transmisión alimentaria, gusano de Guinea, helmintos transmitidos por el suelo, (STH: que comprende anquilostomiasis, tricuriasis y ascariasis), leishmaniasis, lepra, filariasis linfática, oncocercosis, rabia, esquistosomiasis y tracoma. Desde el Informe Goalkeepers 2020, los cambios en las tendencias históricas en este indicador reflejan actualizaciones de la prevalencia estimada de cada ETD realizada para el estudio GBD 2020. Específicamente, los cambios en el indicador resumido de prevalencia de ETD entre el Informe Goalkeepers 2020 y estas estimaciones reflejan en gran medida la adición de nuevos datos a modelos STH, especialmente en América Latina y el sur de Asia.

Los estudios de modelación que examinan varios escenarios de disrupción sugieren que es probable que el impacto de la pandemia de COVID-19 en la prevalencia y el control de las ETD varíe ampliamente según la enfermedad y el contexto. Dadas las limitaciones de los datos disponibles del programa de control y vigilancia en 2020 y 2021, y la incertidumbre con respecto al

impacto de posibles interrupciones, el IHME no se ajustó a los efectos a corto plazo de la pandemia de COVID-19 en 2020-2021 para este informe. A medida que se disponga de datos adicionales, será necesario seguir trabajando para comprender mejor si la pandemia ha afectado a los programas de control de las ETD y la prevalencia de las ETD y de qué manera. Sin embargo, las proyecciones para 2030 si utilizaron el índice ISD como factor clave, que incorpora proyecciones de ingresos per cápita así como los efectos de la pandemia de COVID-19.

Hollingsworth, T. Déirdre, Pauline Mwinzi, Andrea Vasconcelos, y Sake J. de Vlas. "Evaluating the potential impact of interruptions to neglected tropical disease programmes due to COVID-19." *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine & Hygiene* 115, no. 3 (6 de marzo de 2021): 201–204. <https://doi.org/10.1093/trstmh/tra023>

### Planificación familiar

El IHME calcula la proporción de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos anticonceptivos modernos. Los métodos anticonceptivos modernos incluyen el uso actual de esterilización masculina o femenina, condones masculinos o femeninos, diafragmas, capuchones cervicales, esponjas, agentes espermicidas, píldoras hormonales orales, parches, anillos, implantes, inyecciones, dispositivos intrauterinos (DIU) y anticonceptivos de emergencia. Las proyecciones hasta 2030 utilizaron el ISD como factor clave, que incorpora proyecciones de ingresos per cápita así como los efectos de la pandemia COVID-19.

El análisis realizado por el IHME de las encuestas de PMA y las encuestas de seguimiento basadas en teléfonos inteligentes a las que se hace referencia en la metodología completa del IHME en la página

sobre las Fuentes de los datos del Informe de 2021 no muestra una reducción constante y significativa en el uso de anticonceptivos debido a la pandemia. Como resultado, el IHME no ha incorporado un efecto a corto plazo en el indicador de planificación familiar. Los cambios en las estimaciones históricas pueden atribuirse a la inclusión de 66 nuevas fuentes de datos para el estudio GBD 2020. Las nuevas fuentes de datos fueron esencialmente posteriores a 2000 y se ubicaron en África subsahariana, Asia sudoriental, Asia oriental y Oceanía.

### Cobertura sanitaria universal

El índice de cobertura efectiva de la cobertura sanitaria universal (CSU) está compuesto por 23 indicadores de cobertura efectiva que cubren grupos de población por edad a lo largo de todo el ciclo de vida (grupos de edad materna y neonatal, niños menores de 5 años, jóvenes de entre 5 y 19 años, adultos de entre 20 y 64 años, y adultos de 65 años y más). Estos indicadores se encuentran dentro de varias áreas de servicios sanitarios: promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Los indicadores de **promoción** del sistema de salud incluyen la necesidad de satisfacer las necesidades de planificación familiar con métodos anticonceptivos modernos.

Los indicadores de **prevención** del sistema de salud incluyen la proporción de niños que reciben la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina y de niños que reciben la primera dosis de la vacuna contra el sarampión. La atención prenatal para las madres y la atención prenatal para los recién nacidos se consideran indicadores de la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan la salud materno infantil en el sistema de salud.

Los indicadores del **tratamiento** de las enfermedades transmisibles son las proporciones de mortalidad / incidencia (MI) para las infecciones de las vías respiratorias inferiores, la diarrea y la tuberculosis, así como la cobertura de la terapia antirretroviral de las personas con VIH / SIDA. Los indicadores de tratamiento de enfermedades no transmisibles incluyen índices de MI para la leucemia linfocítica aguda, apendicitis, íleo paralítico y obstrucción intestinal, cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de útero y cáncer colorrectal. Los indicadores del tratamiento de las enfermedades no transmisibles también incluyen las proporciones de mortalidad / prevalencia (MP) por accidente cerebrovascular, enfermedad renal crónica, epilepsia, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes y la tasa de mortalidad estandarizada por riesgo debido a la cardiopatía isquémica.

Para producir pronósticos del índice de cobertura sanitaria universal de 2021 a 2030, se ajustó un modelo de cobertura sanitaria universal utilizando proyecciones de gasto total en salud per cápita como variable independiente. Las ineficiencias específicas de cada país y año se extrajeron del modelo y se pronosticaron hasta 2030. Estas ineficiencias pronosticadas, junto con las estimaciones del gasto total en salud per cápita pronosticado, se sustituyeron en el modelo de CSU previamente ajustado para todos los países para el periodo 2021-2030.

Los efectos a corto plazo de la pandemia se incluyeron en los resultados finales del informe Goalkeepers 2021 con algunas excepciones. No se ajustó la demanda de planificación familiar satisfecha por la madre, ni tampoco se ajustaron las puntuaciones de cobertura de la terapia antirretroviral (TAR), como se describe en la página Fuentes de datos del Informe 2021 en las

secciones correspondientes. Los ajustes para la entrega de vacunas se describen en la subsección Vacunas. Para otros indicadores (19 de 23), en ausencia de datos para informar la correspondencia entre las reducciones en la utilización y las reducciones en la cobertura, el IHME aplicó el 25 % de la reducción en las visitas médicas perdidas por mes (excluyendo los servicios de rutina).

### Tabaquismo

El IHME mide la prevalencia estandarizada por edad del consumo diario de tabaco que fuman las personas de 15 años y mayores. El IHME recopiló información de todas las encuestas disponibles que incluyen preguntas sobre el consumo diario de tabaco, ya sea en la actualidad o en los últimos 30 días, así como información sobre el tipo de tabaco que se fuma (incluidos cigarrillos, puros, pipas, narguiles y productos locales). Luego el IHME convirtió todos los datos a su definición estándar para poder realizar comparaciones significativas entre ubicaciones y a lo largo del tiempo. Las proyecciones hasta el año 2030 utilizaron el ISD como factor clave, que incorpora proyecciones de ingresos per cápita así como los efectos de la pandemia COVID-19.

### Vacunas

La medición del IHME de la cobertura de inmunización informa sobre la cobertura de las siguientes vacunas por separado: tres dosis de difteria-tétanos-tos ferina (DTP3), segunda dosis de sarampión (MCV2) y tres dosis de la vacuna antineumocócica conjugada (PCV3). El IHME midió los efectos a corto plazo (2020-2022) a través de datos administrativos sobre las dosis de vacunas. En colaboración con la OMS, el IHME pudo sintetizar datos sobre el número de dosis de vacunas administradas por mes en 2019 y 2020 de 94 países. Para estimar el cambio en la cobertura

de vacunación desde el inicio de la pandemia para cada país, se comparó la cantidad de dosis administradas cada mes de 2020 con las dosis administradas en el mismo mes de 2019, ajustando los cambios, de un año para otro, antes de la pandemia, observados en enero y febrero de 2020. Los datos administrativos se calcularon basándose en información cualitativa sobre el nivel de perturbación del sistema de vacunación recopilada por la OMS, incluidas dos encuestas de opinión recientes de la OMS, encuestas de los Servicios Esenciales de Salud de la OMS e informes de las oficinas regionales de la OMS. Se excluyeron las fuentes de datos que eran inverosímiles según el nivel de perturbación informado dentro del país. Las proyecciones hasta 2030 utilizaron el ISD como factor clave, que incorpora proyecciones de ingresos per cápita así como los efectos de la pandemia COVID-19.

La evidencia en la segunda mitad de 2020 sugirió la reanudación de los servicios de inmunización de rutina y/o la vacunación de puesta al día en muchos países y regiones. En el momento del Informe Goalkeepers de 2020, la evidencia sugería la presencia de perturbaciones muy grandes, que el IHME proyectó durante el resto del año. Desde ese informe, nuevos datos sugieren que, en muchos lugares, la reanudación de los servicios y la vacunación para ponerse al día han sido más rápidas de lo que se predijo originalmente basándose únicamente en la movilidad. Para permitir que el modelo tenga en cuenta esta observación, se agregó un segundo paso al marco de la modelación desarrollado inicialmente para el Informe Goalkeepers 2020. Este segundo paso modela los cambios de variación residual que se dan en la relación que existe entre la entrega de la vacuna y la movilidad a lo largo del tiempo, lo que permite que la vacunación para ponerse al día y la reanudación de la administración de

la vacuna se produzcan a un ritmo diferente al sugerido basándose en las tendencias de movilidad únicamente. Como resultado de estos nuevos datos y ajustes al marco de la modelación, las estimaciones de perturbaciones anuales en la cobertura de vacunación en este informe son inferiores a las del Informe Goalkeepers 2020.

Causey, Kate, Nancy Fullman, Reed J. D. Sorensen, Natalie C. Galles, Peng Zheng, y Alexandr Aravkin. "Estimating global and regional disruptions to routine childhood vaccine coverage during the COVID-19 pandemic in 2020: a modelling study." *Lancet* 398, no. 10299: P522–534 (7 de agosto de 2021). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01337-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01337-4)

### Saneamiento

El IHME midió los hogares con sistemas sanitarios (con conexión a la alcantarilla o al tanque séptico); hogares con sistemas sanitarios mejorados sin conexión de alcantarillado (letrina de pozo, letrina ventilada mejorada, letrina de pozo con losa, inodoro orgánico); y hogares sin sistemas sanitarios mejorados (inodoro de cisterna que no está conectado a la alcantarilla ni al tanque séptico, letrina de pozo sin losa ni fosa séptica, cubo, inodoro o letrina colgante, ninguna instalación), según lo define el Programa Conjunto de Monitoreo para el Abastecimiento de Agua Potable y Saneamiento. Las proyecciones para 2030 se modelaron utilizando un enfoque combinado con ISD como factor clave para integrar los efectos de la pandemia COVID-19 y las proyecciones de ingresos per cápita. Los cambios pasados se deben principalmente a nuevos datos y cambios en el procesamiento de datos.

Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Progress on household drinking*

water, sanitation and hygiene 2000-2020: five years into the SDGs. Ginebra: OMS y UNICEF, 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://washdata.org/sites/default/files/2021-07/jmp-2021-wash-households.pdf>

### INDICADORES ESTIMADOS A PARTIR DE OTRAS FUENTES

#### Agricultura

RuLIS - Rural Livelihoods Information System "Data by Indicator." RuLIS (página Internet), Organización de las Naciones Unidas para Agricultura y la Alimentación (FAO). El año más reciente disponible se utilizó para países seleccionados, entre 2005 y 2017. Consultado en agosto de 2020. [www.fao.org/in-action/rural-livelihoods-dataset-rulis/data/by-indicator/en/](http://www.fao.org/in-action/rural-livelihoods-dataset-rulis/data/by-indicator/en/)

Organización de las Naciones Unidas para Agricultura y la Alimentación (FAO). *Use of AGRISurvey data for computing SDG's and national indicators Experience in three countries*. Country brief. Roma: FAO, 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [www.fao.org/3/cb4762en/cb4762en.pdf](http://www.fao.org/3/cb4762en/cb4762en.pdf)

Para la metodología, véase:

Organización de las Naciones Unidas para Agricultura y la Alimentación. *Rural Livelihoods Information System (RuLIS): Technical Notes on Concepts and Definitions Used for the Indicators Derived from Household Surveys*. Informe. Roma: FAO, 2018. [www.fao.org/3/ca2813en/CA2813EN.pdf](http://www.fao.org/3/ca2813en/CA2813EN.pdf)

#### Educación

Instituto de Estadísticas de la UNESCO. "Sustainable Development Goal 4." UIS (website). Datos consultados en agosto de 2021. <http://data.uis.unesco.org/>

Los datos que se incluyeron el año pasado para varios países

(principalmente de ingresos elevados) se eliminaron de este conjunto de datos de grado 2/3 porque se consideró que las evaluaciones TIMSS y PIRLS en las que se basan los datos estaban más en línea con el punto sobre la valoración de final de primaria.

#### Igualdad de género

La gráfica se basa en datos de la base de datos mundial de los ODS de las Naciones Unidas y en la base de datos de indicadores de desarrollo mundial del Banco Mundial.

Los datos son los más recientes disponibles para 90 países y territorios (2001-2019). El grupo de edad es de 15 años o más cuando está disponible (18 años o más en Ghana). En varios casos, los datos corresponden a personas de 10 años o más o de 12 años o más. En el caso de Tailandia (2015), corresponden a personas de 6 años o más, y en la República Unida de Tanzania (2014) a personas de 5 años o más. Los datos de Bulgaria, Dinamarca, Letonia, los Países Bajos, Eslovenia y España corresponden al tiempo dedicado al cuidado no remunerado por personas entre los 20 y 74 años. Las diferencias entre países deben interpretarse con cautela, dada la heterogeneidad entre las encuestas y los países en cuanto a definiciones, metodología y cobertura de la muestra. Los datos del diario de tiempo a menudo excluyen las responsabilidades de supervisión, lo que lleva a subestimar las limitaciones de tiempo de la atención.

Las proporciones regionales promedio son los promedios de las proporciones de los países componentes, y la proporción promedio global es el promedio de las proporciones de todos los países incluidos. La proporción promedio global es diferente a la reportada en la sección de ODS del informe de la División de Estadística de las Naciones Unidas porque este último

utilizó la proporción de la cantidad promedio de tiempo que las mujeres dedican al trabajo no remunerado y la cantidad promedio de tiempo que dedican los hombres.

Para obtener más información sobre los datos a nivel de país, véase:

División de Estadísticas de las Naciones Unidas. “SDG Indicators: United Nations Global SDG Database.” UNSD (página Internet). Actualizado en julio de 2021. <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>

El Banco Mundial. “World Development Indicators: World Bank Database.” Actualizado en julio de 2021. <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>

### **Servicios financieros para los pobres**

Demirgüç, Asli, Leora Klapper, Dorothe Singer, Saniya Ansar y Jake Hess. *The Global Findex Database 2017: Measuring Financial Inclusion and the Fintech Revolution*. Washington, DC: Banco Mundial, 2018. <https://globalfindex.worldbank.org/>

La comparación “más rico/más pobre” se refiere a lo que el Banco Mundial calcula como titularidad de una cuenta del 60 % más rico y del 40 % más pobre de los hogares respectivamente.

Apedo-Amah, Marie Christine, Besart Avdiu, Xavier Cirera, Marcio Cruz, Elwyn Davies, Arti Grover, Leonardo Iacovone, Umut Kilinc, Denis Medvedev, Franklin Okechukwu Maduko, Stavros Poupakis, Jessica Torres, Trang Thu Tran. *Unmasking the Impact of COVID-19 on Businesses: Firm Level Evidence from Across the World*. Documento de trabajo de investigación política; No. 9434. Washington, DC: Banco Mundial, 2020. Licencia: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO. <http://hdl.handle.net/10986/34626>

Gentilini, Ugo, et al. *Social Protection and Jobs Responses to COVID-19: A Real-Time Review of Country Measures*. “Living Paper version 15. Washington, DC: Banco Mundial, 14 de mayo de 2021. Licencia: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO. <http://hdl.handle.net/10986/33635>

## **Fotografía**

Imágenes proporcionadas por Gates Archive con los siguientes añadidos:

### **Introducción**

Foto cortesía de Frederic J. Brown / AFP a través de Getty Images

### **La sorprendente historia que nos cuentan los datos**

Fotografía cortesía de Alissa Everett a través de Getty Images

### **Intensificación de la acción de la gente**

Fotografía cortesía de Yanick Folly / AFP a través de Getty Images

### **Lo que nos muestra el “milagro” de las vacunas**

Fotografía cortesía de Dedy Sutisna / Anadolu Agency a través de Getty Image

### **Aún más lejos, aún más rápido**

Fotografía cortesía de Nicolas Asfour / AFP a través de Getty Images

### **Llamado a adaptarse: gente innovadora que tiene impacto**

### **Innovando con las vacunas – Strive Masiyiwa**

Fotografía cortesía de Jemal Countess a través de Getty Images

### **Explorando los datos**

### **China, libre de malaria, devolviendo el favor**

Foto cortesía de Yang Wumin a través de Getty Images