

INFORME GOALKEEPERS 2025

NO PODEMOS QUEDARNOS A MEDIAS

Goalkeepers trabaja para acelerar el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible.



Contenido

5

UNA GENERACIÓN DE PROGRESO, UNA DECISIÓN POR TOMAR

8

HOJA DE RUTA HACIA EL PROGRESO

- 9

Avanzando en alianza
Por el Honorable Muhammad Inuwa Yahaya
Gobernador del estado de Gombe, Nigeria
- 11

Sigo presente
Por Josephine Barasa
Trabajadora sanitaria comunitaria, Kenia

14

INNOVACIONES QUE MULTIPLICAN CADA DÓLAR

- 16

El poder de la inmunización
Por el Dr. Naveen Thacker, India
Pediatra consultor, Deep Children’s Hospital, Gandhidham, Gujarat
Director ejecutivo, Asociación Internacional de Pediatría

18

BORRAR LAS ENFERMEDADES DEL MAPA

- 20

Un futuro sin malaria
Por Krystal Mwesiga Birungi, Uganda
Investigadora y responsable de divulgación, Target Malaria Uganda

25

LLAMADO A LA ACCIÓN

26

EXPLORA LOS DATOS

46

FUENTES DE DATOS

PRINCIPALES CONCLUSIONES

2025 será el primer año de este siglo en el que las muertes infantiles volverán a aumentar.

Pero podemos frenar este retroceso antes de que se convierta en tendencia, incluso en tiempos de presupuestos ajustados.

Con soluciones probadas e innovaciones de próxima generación que logran más con menos, podemos salvar la vida de millones de niños y niñas, proteger los avances por los que tanto hemos luchado y eliminar enfermedades que llevan generaciones afectando a la humanidad.



© Fundación Gates/Light Oriye, Nigeria

Por Bill Gates

Presidente, Fundación Gates

Una generación de progreso, una decisión por tomar

Cada muerte infantil es una tragedia.

Pero es especialmente devastador que un niño o una niña muera por una enfermedad que podemos prevenir.

Durante décadas, el mundo logró avances constantes para salvar vidas infantiles. Pero hoy, ante el aumento de los desafíos, esos avances están retrocediendo.

En 2024, 4,6 millones de niños y niñas murieron antes de cumplir cinco años. **En 2025, por primera vez en este siglo, se prevé que esa cifra aumente en algo más de 200.000 hasta alcanzar un total estimado de 4,8 millones.**

Eso significa la desaparición de más de 5.000 aulas infantiles, antes siquiera de que estos niños y niñas aprendan a escribir su nombre o a atarse los zapatos.

No tiene por qué ser así.

En mi opinión, el próximo capítulo puede tomar uno de dos caminos.

Podríamos ser la generación que tuvo acceso a la ciencia y la innovación más avanzadas de la historia de la humanidad, y aún así no logró reunir los fondos necesarios para que salvaran vidas.

En los últimos meses, nuestra fundación ha trabajado con el Instituto de Métricas y Evaluación Sanitaria (IHME) de la Universidad de Washington para medir la magnitud de lo que está en juego.

Lo que descubrimos invita a la reflexión.

Si los fondos para la salud disminuyen un 20 %, el nivel de recorte que algunos de los principales países donantes están considerando actualmente:

PODRÍAN MORIR 12 MILLONES DE NIÑOS Y NIÑAS ADICIONALES DE AQUÍ A 2045.

Si los recortes son mayores, del 30 %, la situación empeora:

PODRÍAN MORIR 16 MILLONES DE NIÑOS Y NIÑAS ADICIONALES DE AQUÍ A 2045.

Si seguimos por este camino, seremos la generación que *casi* pone fin a las muertes infantiles prevenibles, *casi* erradica la polio, *casi* elimina la malaria del mapa, *casi* hace historia con el VIH.

PERO NO PODEMOS CONFORMARNOS CON CASI Y QUEDARNOS A MEDIAS.

Sabemos que millones de niños y niñas están muriendo. Sabemos por qué. Y sabemos cómo evitarlo.

Por el bien de la humanidad,

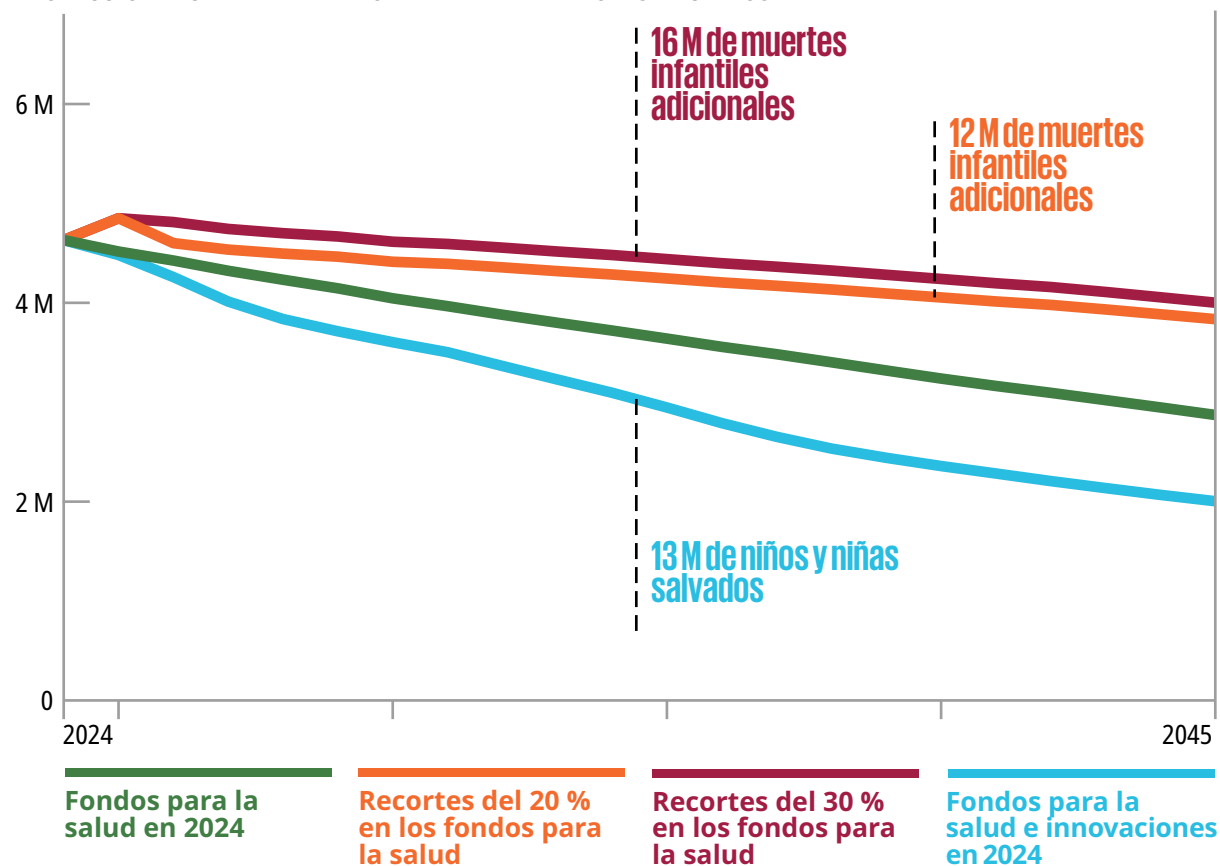
NECESITAMOS ELEGIR EL OTRO CAMINO:

Uno en el que aprovechamos todo lo que hemos aprendido y **nos aseguramos de que las innovaciones lleguen a los niños y las niñas que las necesitan**, para salvar millones de vidas infantiles.

LA HUMANIDAD EN UNA ENCRUCIJADA

La vida de millones de niños y niñas está en juego

PROYECCIÓN MUNDIAL DE LA MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS



Los fondos para la salud corresponden a la ayuda al desarrollo para la salud (DAH, por sus siglas en inglés), es decir, recursos procedentes de países de altos ingresos y de donantes destinados a mejorar la salud en países de ingresos bajos y medios. El gráfico muestra el impacto proyectado de una reducción del 20 % y del 30 % en la DAH. Consulte la metodología para más detalles.

Seguiré abogando, de cualquier manera y siempre que pueda, por aumentar los fondos destinados a la salud de los niños y las niñas de todo el mundo, y por todo lo que permita que nuestro sistema actual funcione de manera más eficiente. Pero, con millones de vidas en juego, tenemos que hacer más con menos, y tenemos que hacerlo **ahora**.

Para los ministros y las ministras de salud de todo el mundo, esto no es ninguna novedad. Durante mucho tiempo han tenido que sacar el máximo provecho de presupuestos limitados. Pero hoy, cuando muchos países destinan más recursos al pago de la deuda que a la salud o la educación, cada dólar tiene que rendir aún más.

Por suerte, existen estrategias e innovaciones para ayudarnos a conseguirlo.

Este informe traza una hoja de ruta hacia el progreso, donde el uso inteligente de los fondos se combina con innovación a gran escala.

Ojalá estuviéramos en posición de hacer más con *más*, porque eso es lo que se merecen los niños y las niñas del mundo. Pero incluso en tiempos de presupuestos ajustados, podemos marcar una gran diferencia. En los últimos 25 años, hemos aprendido muchísimo sobre cómo salvar vidas, incluso con recursos limitados.

No se trata solo de dinero. Se trata de prioridades, de compromiso y de decisiones.

En primer lugar, tendremos que **redoblar los esfuerzos en las intervenciones más eficaces**: sistemas de salud robustos y vacunas que salvan vidas.

Luego, debemos **dar prioridad a las innovaciones que hagan rendir cada dólar al máximo**. Me refiero a soluciones como vacunas que requieren menos dosis ofreciendo la misma protección –o incluso mejor– que las anteriores, o al uso inteligente de datos para garantizar que las intervenciones más efectivas contra enfermedades como la malaria lleguen exactamente donde más se necesitan.

Por último, tendremos que seguir **apoyando el desarrollo de innovaciones de próxima generación** que sean tan efectivas que puedan **eliminar para siempre algunas de las amenazas más mortales para los niños y las niñas**.

Eso no solo salvará su vida, sino que transformará por completo el mundo que heredarán.

Puede parecer ambicioso, y de hecho lo es. Pero también está a nuestro alcance.

Espero que, al terminar de leer este informe, no solo sientas optimismo sobre la posibilidad de lograrlo, sino también las ganas para hacerlo realidad.

Yo sí.



© Fundación Gates/Brian Otieno, Kenia

HOJA DE RUTA HACIA EL PROGRESO



La atención primaria de salud es la inversión más inteligente hoy.

La atención primaria es el motor silencioso de todo sistema de salud: la parte que no acapara titulares, pero **que hace posible todo lo demás**. Permite que las madres tengan partos seguros, que la neumonía se detecte antes de volverse fatal, que los niños y las niñas sean vacunados antes de que ocurran los brotes, y que nuevas amenazas se identifiquen antes de convertirse en emergencias graves.

Además, resulta extraordinariamente rentable. **Con menos de 100 dólares estadounidenses** por persona al año, un sistema robusto de atención primaria puede prevenir **hasta el 90 % de las muertes infantiles**.

En resumen, invertir en atención primaria es nuestra mejor apuesta para salvar más vidas con recursos limitados.

En las páginas siguientes encontrarás algunos ejemplos reales:

En Nigeria, ante un grave déficit presupuestario, el gobernador Muhammad Inuwa Yahaya, del Estado de Gombe, no esperó a la perfección. Priorizó lo esencial.

A pesar de los obstáculos reales, trabajadores y trabajadoras sanitarios como Josephine Barasa, en Kenia, no se rinden. Cada día, hacen todo lo posible, incluso con recursos y apoyo limitados, para salvar vidas.

Avanzando en alianza

Por el Honorable Muhammad Inuwa Yahaya

Gobernador del Estado de Gombe, Nigeria



Facilitado por la oficina del gobernador

En 2019, cuando asumí el cargo de gobernador del Estado de Gombe, en el norte de Nigeria, nos enfrentábamos a un déficit presupuestario histórico. Los sistemas estaban colapsados, las clínicas en pésimas condiciones, las escuelas en ruinas y contábamos con muy poco dinero para solucionarlo. Nuestro sistema de salud recibía apenas el 3,5 % del presupuesto estatal. La infraestructura estaba deteriorada, el personal cualificado era escaso y a menudo ausente, y los servicios eran inasequibles para las personas en situación de pobreza. Habría sido fácil esperar para arreglar las cosas y no gastar dinero. Pero la gente no podía esperar, y nosotros tampoco.

A menudo, se piensa que recortar el presupuesto permite ahorrar dinero. **Pero lo que realmente ahorra dinero –y salva vidas– es gastar con visión, disciplina y propósito.**

Decidimos concentrar nuestros recursos en reconstruir, priorizando lo esencial: la atención primaria de salud, la educación y la confianza. Hoy, Gombe cuenta con un centro de salud primaria renovado o recién construido en cada distrito –114 en total– que ofrece servicios las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Más de 300.000 personas están inscritas en el seguro de salud estatal. Además, hemos construido tres hospitales generales y reconstruido nuestro hospital especializado. Nada de esto se hizo con fondos de donantes, sino con el presupuesto que ya teníamos.

No fue fácil. Una de las tareas más difíciles que tuve que asumir fue implementar la asistencia biométrica para el personal sanitario. En los registros, nuestras instalaciones parecían estar bien dotadas de personal, pero al visitar las clínicas, encontraba a enfermeras atendiendo solas al doble de pacientes con la mitad del equipo. Detectamos 500 trabajadores “fantasma”. Al abordar estos problemas, ahorramos 2,8 mil millones de nairas (1,8 millones de dólares estadounidenses) y reinvertimos todo ese dinero en formación, contratación y expansión de la atención sanitaria.

Ahora seguimos la misma visión mientras la financiación sanitaria evoluciona para mejorar la eficiencia gracias a la tecnología. No solo controlamos la asistencia del personal, sino también cómo se prestan los servicios. **Conocer las carencias nos indica dónde actuar. Además,** mejoramos la coordinación de los fondos externos al nombrar a un asesor especial que me informa directamente, para aprovechar al máximo los recursos.

Esto es lo que he aprendido: **no se necesitan condiciones perfectas para avanzar. Se necesita claridad y el valor de mantener el rumbo.**

En Gombe, no esperamos la perfección. No esperamos que nos rescataran. Pero tampoco intentamos hacerlo todo sin ayuda. Empezamos con lo que teníamos, construimos lo que necesitábamos y luego invitamos a otros socios a acompañarnos, no porque tuviéramos las necesidades más urgentes, sino porque teníamos una visión clara.

El liderazgo no consiste en buscar reconocimiento. Consiste en lograr que la gente deje de despertar con miedo al mismo sufrimiento de siempre.

Los líderes nos enfrentamos a resistencias y dudas. Pero si nos mantenemos centrados en nuestra gente, partimos de los datos, somos constantes y lideramos con propósito, el apoyo llegará y el cambio se producirá.

No estamos solos en este trabajo. El camino por delante lo recorreremos juntos: comunidades, gobiernos y socios globales, hombro con hombro. Así es como se construye un cambio real y duradero.



© Fundación Gates/Andrew Esiebo, Nigeria

Sigo presente

Por Josephine Barasa

Trabajadora sanitaria comunitaria, Kenia



© Fundación Gates/Natalia Jidovanu, Kenia

Me llamaban “madre mentora”.

Ese era mi cargo. Soy trabajadora sanitaria y defensora contra la violencia de género.

Mujeres —o más bien niñas— acudían a mí en busca de ayuda. Casi todas apenas habían tenido la oportunidad de ser niñas antes de que la maternidad les fuera impuesta. Algunas no la habían elegido y muchas habían sufrido violencia.

Sé lo que es cargar con el peso de una herida que no pediste. Yo también sufrí violencia cuando era joven. Así que, cuando miraba a esas niñas, veía más que dolor. Me veía a mí misma.

Las acompañé durante el embarazo y los primeros meses de maternidad. Estuve allí en medio del miedo, la confusión y las preguntas a las que nadie más respondía. Y les enseñé cómo cuidar la salud de sus bebés: cuándo vacunarlos, qué darles de comer, cómo amamantarlos, cómo mantenerlos limpios y cuándo acudir al centro de salud.

Pero una tarde de enero, todo se detuvo.

Recibí el correo electrónico justo después de las 14:00. Era breve.

“Lo sentimos. Ya no necesitamos sus servicios”.

Me quedé paralizada. Y luego me quedé callada. Durante cuatro días, dejé de hablar. No me levanté de la cama. No podía. Para alguien cuya vida se había construido en poder hablar, guiar y ayudar, sentí que había perdido mi voz.

Cinco días después del correo, me llamaron a mí y a mi equipo a una reunión. Hablando juntos, rodeando los escombros, las palabras poco a poco volvieron a salir. **Me di cuenta de que podían quitarme el dinero, pero no podían alejarme de las mujeres a las que acompañaba.**

Así que, en febrero, volví. De manera no oficial, sin cobrar y por mi cuenta. Sigo acudiendo todos los días. Sigo evaluando a las mujeres para detectar casos de violencia de género. Sigo ofreciendo educación sanitaria y atención básica a sus hijos e hijas. Sigo escuchando. **Puede que los sistemas de apoyo hayan desaparecido, pero la necesidad sigue ahí. Y yo también.**

Hemos estado intentando cubrir los vacíos como hemos podido. Hemos ido a iglesias, mezquitas y centros comunitarios, explicando lo que hacemos, pidiendo pequeñas donaciones o un lugar donde reunirnos; cualquier cosa que nos ayude a seguir adelante, a seguir cuidando de los niños y las niñas, y apoyando a sus madres. A veces recibimos un poco de apoyo. Otras veces simplemente nos dicen que volvamos más tarde. Pero seguimos intentándolo.

El Gobierno de Kenia ha intervenido allí donde ha podido. Ha comenzado a comunicar de manera más clara y a responder a algunas de las necesidades inmediatas en los servicios de salud materna. Es un comienzo.

Y a pesar de todo, sigo manteniendo la esperanza. He visto lo que ocurre cuando una mujer recibe apoyo, cómo transforma no solo su propia vida, sino también la de sus hijos, y la de su comunidad. Si las mujeres no hacemos lo que se supone que debemos hacer, puede que nuestras comunidades nunca crezcan ni cambien.

Pero yo creo que sí pueden. **Creo que lo lograremos. Y cada día que sigo presente, estoy eligiendo ese futuro: para mí, para mis hijos y para las niñas que aún están aprendiendo a convertirse en madres.**



© Fundación Gates/Natalia Jidovanu, Kenia

La inmunización rutinaria sigue siendo la mejor inversión en salud mundial.

Desde el año 2000, el mundo ha reducido a la mitad las muertes infantiles. ¿La razón principal? Las vacunas administradas a los niños y las niñas que más las necesitan.

Y cada dólar invertido en inmunización ha generado un retorno de 54 dólares para los países.

En realidad, esa cifra incluso subestima su impacto. Porque cualquier inversión en salud va más allá de salvar vidas: las transforma. Un niño o una niña sana puede ir a la escuela y aprender. Un padre o una madre sana puede trabajar y mantener a su familia. Y las sociedades saludables son más fuertes económicamente y capaces de invertir más en su gente.

Para las personas en los países ricos, es difícil recordar cómo era la vida antes de que las vacunas se convirtieran en algo habitual.

Pero la Dra. Awa Marie Coll Seck, que fue ministra de Salud de Senegal en dos ocasiones, sí lo recuerda.

Explica cómo, en su cultura, se decía que hasta que un niño no cumplía 5 años y sobrevivía al sarampión, no se tenía un hijo.

Senegal solía tener pabellones hospitalarios llenos de niños y niñas con sarampión. Muchos regresaban a casa con daño cerebral, y demasiados nunca regresaban.

Pero con el apoyo de Gavi, la Alianza para las Vacunas, Senegal reforzó su sistema de inmunización rutinaria. A medida que más niños y niñas recibían las vacunas, los casos se desplomaron, pasando de un máximo de 24.000 en el año 2000 a apenas unos cientos en los últimos años. Hoy, muchos de aquellos pabellones que antes estaban abarrotados han cerrado.

Ese progreso es extraordinario. Pero también es frágil, porque cuando la inmunización rutinaria se interrumpe, las enfermedades mortales pueden regresar. Y recuperar el terreno perdido cuesta mucho más que mantenerse al día.

Por eso, llegar a los niños y las niñas hoy no es solo una inversión en *su* futuro: es una inversión en el futuro de naciones enteras.



© Archivo Gates/Mansi Midha, Indonesia

INNOVACIONES QUE MULTIPLICAN CADA DÓLAR

Para combatir la malaria, los países destinan los recursos más efectivos a las zonas de mayor necesidad.

Hoy, en comunidades de toda África subsahariana, cada temporada de lluvias trae el mismo miedo: el animal más mortal del mundo, el mosquito *Anopheles*, y la enfermedad que transmite, **la malaria**.

Es tan común que la mayoría de las personas ha sido infectada en algún momento de su vida, y tan letal que casi todo el mundo conoce a alguien que no sobrevivió a la malaria: un bebé, un padre, una madre, un amigo o una amiga.

Un gran problema es que la malaria no se comporta igual en todas las comunidades de un mismo país, y aplicar una estrategia única para todos no es la forma más eficaz de salvar vidas.

Ahí es donde entra en juego la adaptación subnacional: un proceso mediante el cual los países determinan qué intervenciones contra la malaria implementar, dónde, cuándo y con qué intensidad.

¿El resultado? Menos campañas para combatir la malaria, y solo en los lugares donde más importan.



© Fundación Gates/Brian Otieno, Kenia

Con el dinero que ahorran al ser más selectivos sobre dónde realizar estas campañas, los países pueden permitirse poner en marcha varias intervenciones a la vez, ofreciendo a los niños y las niñas (y sus familias) aún más protección.

Al adaptar su respuesta para lograr el mayor impacto, **los países pueden salvar a más personas por cada dólar invertido.**

En Zambia, la incorporación de un mapa digital inteligente para guiar a los equipos de fumigación hacia las zonas de mayor riesgo permitió reducir en más de un 20 % el coste por cada caso de malaria prevenido.

Menos casos de malaria también significa más capacidad para atender otras enfermedades, ya que es mucho más fácil abastecer y dotar de personal a un centro de salud cuando no está saturado de casos de malaria durante cuatro meses al año.

Gracias al uso de vacunas que ofrecen la misma protección con menos dosis, los países disponen de más fondos para reinvertir en sus sistemas de salud.

Las vacunas antineumocócicas conjugadas (PCV) ayudan a proteger a los niños y las niñas contra la neumonía, la principal causa infecciosa de muerte en menores de 5 años.

En marzo de este año, la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualizó sus recomendaciones sobre la PCV. En los países con un programa de PCV ya consolidado, se introdujo un esquema de dosis reducido. En lugar de recibir las tres dosis tradicionales (dos dosis iniciales más un refuerzo), los niños y las niñas recibirían una dosis primaria de PCV y un refuerzo, manteniendo una protección eficaz.

Omitir una dosis puede no parecer mucho, pero cambia completamente las reglas del juego. No solo reduce costes y simplifica la logística, sino que también alivia la presión sobre los sistemas de salud, todo ello mientras mantiene a los niños y las niñas protegidos.

Si los países que cumplen los requisitos adoptan un esquema de dos dosis, podrían ahorrar alrededor de 2 mil millones de dólares de aquí a 2050. Los fondos ahorrados con este esquema podrían reinvertirse para ampliar la cobertura de vacunación o introducir vacunas contra otras enfermedades que acaban con la vida de niños y niñas de manera desproporcionada.

El poder de la inmunización

Por el Dr. Naveen Thacker, India

Pediatra consultor, Deep Children's Hospital, Gandhidham, Gujarat

Director ejecutivo, Asociación Internacional de Pediatría



© Fundación Gates/Mansi Midha, India

Algunos avances tardan generaciones en dejar huella. Las vacunas no. En mis cuatro décadas como pediatra, he visto su impacto desarrollarse en tiempo real, transformando la infancia en el transcurso de una sola vida.

Cuando era niño en Satna, India, no era raro oír a alguien decir: “Éramos siete, ahora somos cinco”. Las familias tenían muchos hijos, no solo por elección, sino porque se asumía en silencio que no todos sobrevivirían. La mayoría de la gente de mi generación comparte la misma historia: un hermano o una hermana que murió de manera temprana por una fiebre, una neumonía o alguna enfermedad desconocida que llegó de repente y se lo llevó.

Hoy en día, los padres pueden elegir tener uno o dos hijos porque confían en que vivirán.

Cuando empecé mi residencia, los pabellones hospitalarios estaban llenos de niños y niñas afectados por tétanos neonatal, difteria, neumonía y rotavirus. Más adelante, recuerdo una época en la que llegué a ver 55 casos de polio en un solo mes. Se me consideraba experto en meningitis únicamente porque había tratado a muchos niños que la padecían. El sufrimiento que veía a diario era inmenso. Muchos niños no sobrevivían y, quienes lo lograban, a menudo arrastraban secuelas de por vida.

Hoy, esas enfermedades han desaparecido casi por completo de mi consulta.

¿A qué se debe? **A las vacunas.**

En India, la introducción de la vacuna pentavalente —que protege a los niños y las niñas contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, la hepatitis B y el *Haemophilus influenzae* tipo b— y de las vacunas frente al rotavirus, contribuyó a reducir a más de la mitad las muertes por neumonía y diarrea, que antes estaban entre las principales causas de muerte infantil. En 2024, el 94 % de los niños y las niñas elegibles recibieron la vacuna pentavalente, una de las tasas de cobertura más altas de la región.

Mission Indradhanush es la iniciativa emblemática de inmunización lanzada en 2014 en India. Su objetivo es garantizar que todos los niños y las niñas menores de 2 años y todas las mujeres embarazadas estén completamente inmunizados contra todas las enfermedades prevenibles mediante vacunación, con especial atención a las zonas con baja cobertura. Hasta la fecha, la campaña ha llegado a más de 50 millones de niños y niñas y 12 millones de mujeres embarazadas. Ha contribuido a cerrar las brechas en la inmunización infantil basándose en las lecciones aprendidas con la erradicación de la polio: microplanificación, divulgación y participación comunitaria. Hoy, las tasas de cobertura para la inmunización completa en el país más poblado del mundo supera ampliamente el 90 %.

Las inversiones constantes del Gobierno de India en el fortalecimiento de su cadena de suministro y personal sanitario de primera línea, aprovechando además las herramientas digitales, han sido clave para este éxito. A partir de las lecciones aprendidas durante la campaña de vacunación contra la COVID-19, India digitalizó todo su sistema nacional de inmunización, registrando a más de 79 millones de personas beneficiarias y administrando más de 292 millones de dosis, convirtiéndolo en uno de los mayores registros electrónicos de inmunización del mundo. Los resultados son visibles, no solo en cifras, sino en los rostros de los niños y las niñas que ahora crecen sanos.

En un momento en que los presupuestos sanitarios de todo el mundo están bajo presión financiera, la inmunización rutinaria es una de las inversiones más inteligentes que podemos hacer. Las vacunas no solo salvan vidas, sino que previenen brotes que saturan hospitales, interrumpen la educación y desvían recursos de otras prioridades. Cada dólar invertido en inmunización genera muchos más en ahorro por costos de tratamiento y en productividad preservada. En otras palabras, las vacunas no son un gasto: son un ahorro.

Si queremos que más niños y niñas crezcan sanos, la asequibilidad de las vacunas es fundamental. Ha sido clave para el éxito de India y ha contribuido en gran medida a los avances en la salud infantil a nivel mundial. India produce el 60 % de las vacunas del mundo, lo que ha permitido que la inmunización sea asequible y accesible a escala global,



© Fundación Gates/Mansi Midha, India

salvando vidas en India, y también en África y el Sudeste Asiático. Dos ejemplos ilustran este impacto: la vacuna antineumocócica conjugada del Serum Institute of India (SII), introducida a tan solo 2 dólares estadounidenses (USD) por dosis, y la vacuna contra el rotavirus desarrollada en India, cuyo precio se redujo a aproximadamente 1 dólar USD por dosis, facilitando su introducción a gran escala en África y Asia.

Cuando empecé a ejercer la medicina, vi a innumerables niños y niñas luchando por sobrevivir a enfermedades que hoy no tendrían ninguna oportunidad frente a las vacunas.

Pueden cambiar tantas cosas en el transcurso de una sola vida. Ese es el poder de la inmunización.

BORRAR LAS ENFERMEDADES DEL MAPA

Para la década de 2040, los avances científicos podrían acabar con la malaria, erradicando una enfermedad transmitida por mosquitos que cada año mata a más de 400.000 niños y niñas menores de 5 años.

Se están combinando varias innovaciones para crear un escudo de triple capa para salvar vidas frente a la malaria:

Antes de la picadura. La investigación en una nueva generación de vacunas tiene el potencial de cerrar brechas importantes, protegiendo a los niños y niñas mayores y a quienes ya han estado expuestos a la enfermedad. Eso es especialmente importante en zonas de alta carga, como África subsahariana, donde se concentra el 94 % de los casos.

Durante la exposición. Hace unas dos décadas, la implementación masiva de mosquiteros tratados con insecticida en África subsahariana provocó la caída más rápida de las muertes por malaria en la historia.

Pero a medida que mejoramos nuestras defensas, los mosquitos se han adaptado.

En tan solo 18 meses, una sola población de mosquitos puede pasar por 20 generaciones, dándoles muchas oportunidades de desarrollar resistencia al insecticida de los mosquiteros.

Por eso los científicos desarrollaron mosquiteros de *doble insecticida*, combinando dos tipos distintos para superar la resistencia. En su uso inicial en 17 países de África, estos mosquiteros ya han ayudado a prevenir más de 13 millones de casos.

Aunque los recortes en los fondos a nivel mundial han ralentizado su implementación, las cuentas son claras: **con algo más de 1 dólar por persona, podemos salvar decenas de miles de vidas al año.**

Y aún hay más. Un importante fabricante de repelentes de insectos desarrolló un pequeño repelente espacial en forma de póster: un cuadrado que se adhiere a la pared y mantiene alejados a los mosquitos las 24 horas. Parece algo que podrías ver en la habitación de un niño o una niña, tal vez junto a un póster de superhéroe. Solo que este póster sí es un superhéroe: salva vidas.

Después de la infección. El tratamiento se está volviendo radicalmente más sencillo. Un tratamiento de dosis única será capaz de eliminar ciertos tipos de malaria, reemplazando los tratamientos de varios días por una sola pastilla.

En conjunto, para 2045 estas innovaciones podrían salvar la vida de 5,7 millones de niños y niñas. Con estas innovaciones de próxima generación, sumadas a la confianza y la cooperación con gobiernos locales y expertos, podemos lograr que la malaria deje de ser algo común, esperado o incluso mortal.

Y estamos en camino de erradicar por completo la malaria en el transcurso de nuestra vida.

Es una idea audaz, y son los científicos africanos quienes están liderando el camino.

Para 2045,

5,7 MILLONES
de niños y niñas
se podrían salvar

gracias a las herramientas de próxima
generación contra la malaria

Un futuro sin malaria

Por Krystal Mwesiga Birungi, Uganda

Investigadora y responsable de divulgación, Target Malaria Uganda



© Fundación Gates/Zahara Abdul, Uganda

Algunos de mis primeros recuerdos son de mi hermano pequeño, sacudido por la fiebre mientras mi madre intentaba desesperadamente enfriar su cuerpo. Tenía malaria. Sabíamos que existía tratamiento, pero no podíamos pagarlo. Solo podíamos rezar.

No solo sufrió una vez, sufrió una y otra vez. Al verlo, sentía terror e impotencia. Cuando yo misma contraí malaria, el dolor era tan insoportable que, a veces... deseaba que todo terminara. **Esa es la realidad de la malaria: no puedes evitarla cuando ataca, y cuando lo hace, la supervivencia nunca está garantizada.**

En aquel entonces, incluso los mosquiteros estaban fuera del alcance de mi familia. Mi madre decía: "Los mosquiteros son para los ricos". Se enfrentaba a decisiones imposibles: quedarse en casa para cuidar de un hijo enfermo y arriesgarse a que la familia pasara hambre, o ir a trabajar y arriesgarse a perder a su hijo. Muchos padres ugandeses todavía se enfrentan a estas decisiones hoy.

Todo cambió cuando el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria llegó a mi país. En aquel entonces, yo tenía 14 años. De repente, se empezaron a distribuir gratuitamente mosquiteros y medicamentos. Los trabajadores sanitarios comunitarios podían diagnosticar y tratar la malaria en nuestros barrios. Por primera vez, ser pobre no significaba que la malaria fuera una sentencia de muerte. En los países

donde invierte el Fondo Mundial, como el mío, las muertes por malaria han disminuido un 29 % en menos de dos décadas.

Sin estos programas, las muertes por malaria se habrían duplicado en ese mismo período.

Esas intervenciones me dieron un futuro –y un propósito. Hoy soy entomóloga y trabajo con Target Malaria en el Instituto de Investigación de Virus de Uganda, desarrollando nuevas tecnologías genéticas para reducir el número de mosquitos que transmiten esta enfermedad. Cuando aprendí sobre genética siendo adolescente, me di cuenta de su enorme potencial. Muchos me dijeron que mi sueño de usar la genética para combatir la malaria era imposible. Mi madre opinaba distinto. Tenía razón.

La ciencia ha seguido avanzando desde que yo era niña. Hoy, el mundo cuenta con más herramientas que nunca para combatir la malaria. Mosquiteros más nuevos y resistentes, fumigación de interiores, medicamentos y vacunas, que han salvado millones de vidas. Pero todas tienen límites. Los mosquitos desarrollan resistencia a los insecticidas, los parásitos evolucionan y se vuelven resistentes a los fármacos, y aunque las vacunas salvan vidas, aún no son lo suficientemente potentes para detener la transmisión por sí solas. Ninguna de estas medidas es suficiente para eliminar la malaria. Por eso necesitamos nuevas innovaciones capaces de interrumpir la transmisión por completo.

Estamos estudiando cómo la tecnología de impulso genético (gene drive) –una herramienta que permite que un rasgo genético específico se propague en una población mucho más rápido de lo habitual– podría ayudar a combatir la malaria. Solo ciertas especies de mosquitos son portadoras y transmiten el parásito de la malaria. Científicos africanos, entre ellos los de Target Malaria, donde trabajo, están explorando si modificar los genes de los mosquitos transmisores de la malaria podría hacerlos menos capaces de reproducirse o impedir que transmitan el parásito al ser humano. Normalmente, estos cambios genéticos se heredan solo alrededor del 50 % de las veces. Con el impulso genético, los rasgos pueden transmitirse a casi toda la descendencia, reduciendo e incluso eliminando la transmisión de la malaria en la zona.

Por supuesto, la investigación no es solo ciencia; también se basa en la confianza. Por eso, junto con nuestros socios, trabajamos codo a codo con las comunidades: escuchando, explicando y asegurándonos de que nuestro trabajo se construya con ellas.

Lo que me mueve es simple: hoy, los niños y las niñas siguen muriendo por la enfermedad que marcó mi infancia. Yo sobreviví porque alguien invirtió en mí. Ahora me toca a mí hacer que eso sea posible para otros.

Hace un año, mi hijo cumplió 5 años. Para muchos padres, ese hito significa que sus hijos están preparados para la escuela. Para mí, significaba supervivencia. En Uganda, uno de cada 25 niños muere antes de cumplir cinco años, la mayoría a causa de la malaria. Cuando mi hijo sopló las velas de su tarta de cumpleaños, lo único en lo que pude pensar fue: *Está vivo. Lo logró.*



© Fundación Gates/Zahara Abdul, Uganda

Todos los niños y niñas merecen esa oportunidad. **Acabar con la malaria no solo es posible, sino urgente.** Los investigadores africanos lo sabemos, y estamos liderando el camino. Tenemos las innovaciones. Tenemos el conocimiento. Y estamos profundizando en la ciencia para llevarnos hasta la meta.

Para finales de la década de 2040, las nuevas innovaciones podrían eliminar casi por completo las muertes por VIH/SIDA, la que en su momento fue la pandemia más letal del mundo.

Imagina que estamos en 2044. Una adolescente de Botsuana sabe qué es el VIH/SIDA, pero ni ella ni nadie de su edad conoce a alguien que haya muerto por esta causa.

Cuando sus abuelos eran niños, la situación era muy distinta. No existían tratamientos asequibles ni eficaces contra el VIH/SIDA. Un diagnóstico era casi siempre una sentencia de muerte, y la transmisión a otras personas, prácticamente inevitable.

Cuando sus padres eran jóvenes adultos, el VIH ya se había vuelto más manejable. La terapia antirretroviral diaria –una combinación de medicamentos contra el VIH en una sola pastilla al día– hizo posible vivir durante mucho tiempo y de manera saludable con la enfermedad. Y las pastillas de PrEP (profilaxis pre-exposición) ayudaron a prevenir la infección en las personas en situación de riesgo. Estas herramientas, antes demasiado caras o

difíciles de conseguir, se volvieron accesibles en los países de ingresos bajos y medios gracias a iniciativas como PEPFAR (Plan de Emergencia del Presidente de EE. UU. para el Alivio del Sida) y el Fondo Mundial.

Aun así, no siempre era fácil acceder a estos tratamientos. Las clínicas estaban a menudo lejos. El estigma impedía que muchas personas buscaran atención. Algunas personas, incluidos niños y niñas, no podían evitar la infección. Las madres transmitían el virus a sus bebés. Y muchos de esos bebés no sobrevivían.

Pero ese es un mundo que nuestra adolescente apenas puede imaginar. Abre una aplicación de salud en su teléfono, y un asistente de IA la ayuda a gestionar todo, desde la salud mental hasta la anticoncepción.

Hoy, la orienta para prevenir el VIH.

Conoce los riesgos y un amplio abanico de opciones fiables, asequibles y de larga duración para prevenir el VIH: una pastilla mensual, una inyección anual e incluso una vacuna eficaz.

Elige una.

Y en cuestión de horas, lo tiene disponible.

Consisten en una única inyección de un fármaco llamado lenacapavir. Una dosis al año, nada más.

Podría parecer un futuro lejano, pero no lo es.

Lenacapavir ya existe, y cuando su versión genérica esté disponible dentro de unos años, será aún más asequible. Actualmente no consiste en una sola inyección al año, aunque podría llegar a serlo para 2028. Por ahora, se requieren dos inyecciones anuales, lo que equivale a 363 dosis menos que la pastilla diaria de la que dependen muchas personas hoy en día. Y esa misma pastilla también está evolucionando: ya hay una versión oral mensual de la PrEP en fase avanzada de los ensayos clínicos.

En un contexto de recursos limitados, este tipo de innovaciones nunca ha sido tan importante. Conseguir administrar las dos dosis a tan solo el 4 % de las poblaciones en zonas de alta incidencia podría evitar hasta el 20 % de las nuevas infecciones.

Esto cambia la vida de todo el mundo, pero protege especialmente a la infancia. **Cuantas menos mujeres se infecten, menos bebés nacerán con el virus.**

Para 2045,

3,4 MILLONES

de vidas infantiles
podrían ser salvadas

gracias a la ampliación del uso de los
nuevos productos de inmunización
contra el VRS y la neumonía

**Las nuevas vacunas maternas,
que protegen a los bebés incluso
antes de nacer, nos ofrecen la
oportunidad de garantizar que
sus primeros meses de vida no se
conviertan en los últimos.**

Todas estas innovaciones contribuirán a salvar a millones de niños y niñas.

Pero aún queda una tragedia que no hemos logrado resolver. **Casi la mitad de todas las muertes infantiles ocurre durante el primer mes de vida.**

Innovaciones como la vacuna antineumocócica conjugada (PCV) han contribuido a cambiar el rumbo frente a la neumonía bacteriana. Pero algunos virus y bacterias actúan con tanta rapidez –en cuestión de días o semanas tras el nacimiento– que no llegamos a inmunizar a los bebés lo suficientemente pronto.

El virus respiratorio sincitial (VRS) es una de esas amenazas. Tanto en los países de ingresos altos como en los de ingresos bajos, es la principal causa de neumonía en lactantes y uno de los principales motivos por los que los recién nacidos llegan al hospital con dificultades para respirar.

Además, los bebés hospitalizados por VRS durante los primeros seis meses de vida tienen tres veces más probabilidades de sufrir infecciones respiratorias bajas recurrentes en la infancia.

También está *el estreptococo* del grupo B, o GBS, una enfermedad más silenciosa pero igualmente mortal. Muchas mujeres embarazadas lo portan sin presentar síntomas. Pero cuando la bacteria se transmite a un recién nacido, puede causar infecciones sanguíneas, daño cerebral o la muerte a pocas horas tras el nacimiento. Y actualmente no existe ninguna vacuna para prevenirla.

A finales de la década de 2000, los científicos comenzaron a explorar de manera más profunda otra estrategia: ***si no podemos proteger a los bebés con suficiente rapidez, ¿y si inmunizamos a sus madres en su lugar?***

Una idea simple pero poderosa. Cuando se inmuniza a una mujer embarazada, transmite anticuerpos a su bebé a través de la placenta, brindándole protección incluso antes de nacer. Es como ponerle una armadura a un recién nacido.

Las vacunas maternas ya se utilizan para proteger contra el tétanos y la tos ferina. Pero las nuevas vacunas contra el VRS y el GBS podrían redefinir la inmunización materna.

La seguridad es lo primero con todas las vacunas –y especialmente para las mujeres embarazadas–, por lo que este enfoque ha requerido años de avances cuidadosos.

Si has dado a luz recientemente en Estados Unidos, Reino Unido o Canadá, es posible que tú y tu bebé ya se hayan beneficiado de la vacuna contra el VRS.

Las madres y sus bebés *en todo el mundo* merecen la mejor protección posible. La implementación de la vacuna contra el VRS comenzó hace dos años en los países de ingresos altos. Ahora estará disponible en los países apoyados por Gavi para proteger a los bebés en los países de ingresos bajos, donde se produce la mayoría de las muertes.

En cuanto al GBS, se está desarrollando una vacuna que podría suponer un antes y un después. Si tiene éxito, sería la primera vacuna capaz de prevenir las infecciones por GBS en recién nacidos.

La forma de administrar estas vacunas se está diseñando específicamente para responder a las necesidades de los países de ingresos bajos y medios. Actualmente, la Fundación Gates apoya el desarrollo de viales multidosis con suficiente vacuna para entre 2 y 20 personas. Estos viales ayudan a reducir costos y a hacer que la distribución sea más eficiente, especialmente en lugares donde los recursos son limitados y la demanda es alta.

Este tipo de innovaciones tiene múltiples beneficios: salvan vidas, reducen costos y liberan recursos que los países pueden destinar a otras prioridades críticas.

Y para los bebés protegidos, esto puede marcar la diferencia, no solo durante sus primeros y valiosos meses de vida, sino en todo lo que les espera después.



© Archivo Gates/Mansi Midha, India

LLAMADO ALA ACCIÓN

Cumplí 70 años este año, una edad en la que muchas personas se jubilan. Yo no pienso bajar el ritmo, porque sé que en los próximos 20 años podemos marcar una diferencia aún mayor para las niñas y los niños del mundo.

Todos y todas tenemos un papel que desempeñar.

Si eres responsable de decisiones:

- Dirige los fondos para la salud hacia las inversiones más eficaces y apoya iniciativas de éxito probado, como Gavi y el Fondo Mundial.
- Protege y aumenta la inversión en atención primaria de salud y en inmunización rutinaria.
- Apoya el desarrollo y la adopción de innovaciones en salud para acelerar su impacto.

Si eres una persona comprometida:

- Haz oír tu voz para recordar a los líderes lo que tenemos en común: la convicción de que los niños y las niñas deben sobrevivir y prosperar, sin importar dónde hayan nacido.

La última generación demostró que, con innovación y compromiso, podemos salvar la vida de millones de niños y niñas.

Podemos hacerlo de nuevo, esta vez de manera más rápida, más inteligente y más asequible.

Porque los padres y las madres merecen descubrir qué harán sus hijos cuando crezcan, en lugar de preguntarse si llegarán a hacerlo.

Podemos darles esa oportunidad.

Si hacemos más con menos ahora –y volvemos a un mundo con más recursos para la salud infantil– entonces, dentro de 20 años, podremos contar una historia diferente: la de cómo ayudamos a que más niñas y niños sobrevivieran tras el nacimiento y la infancia.

Más primeras palabras, más primeros pasos, más primeros días de escuela.

Más velas en los pasteles de cumpleaños.

Más vidas alcanzando su máximo potencial, no por suerte, sino por decisión.

Porque cada vida que protegemos es un futuro que creamos. Y eso merece ser defendido.

EXPLORA LOS DATOS

En 2015, 193 líderes mundiales se comprometieron con 17 ambiciosos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para acabar con la pobreza, luchar contra la desigualdad y mejorar la salud para 2030. Goalkeepers trabaja para acelerar el progreso hacia los ODS, centrándose en los Objetivos de 1 a 6.

Cada año, el informe Goalkeepers analiza 18 indicadores clave –desde la pobreza hasta la educación–, y ofrece las últimas estimaciones sobre dónde la innovación y la inversión impulsan el progreso y dónde se queda rezagado. Estos datos nos recuerdan que el progreso es posible, pero no inevitable.

A solo cinco años de la fecha límite, el mundo va por mal camino. Y este año, los recortes en los fondos destinados a la salud han hecho que la meta de los ODS esté aún más lejos de nuestro alcance.

Los 13 indicadores de salud que seguimos junto a nuestro socio, el Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME, por sus siglas en inglés), incorporan el impacto proyectado de posibles recortes en los fondos para la salud, asumiendo una reducción del 20 % de la ayuda al desarrollo para la salud en 2026 en comparación con 2024.

Está claro que se necesita acción urgente para alcanzar los ODS y crear un futuro más justo y seguro para todos y todas de aquí a 2030.

Interactúa con los datos

Visita nuestra página web para ver una versión interactiva de estos gráficos y acceder a los datos en bruto.

<https://gates.ly/ExploretheData>



Pobreza



Retraso del crecimiento, Agricultura



Mortalidad materna, Mortalidad en menores de 5 años, Mortalidad neonatal, VIH, Tuberculosis, Malaria, Enfermedades tropicales desatendidas, Planificación familiar, Cobertura sanitaria universal, Tabaquismo, Vacunas



Educación



Igualdad de género



Sistemas de saneamiento



Sistemas financieros inclusivos

Pobreza



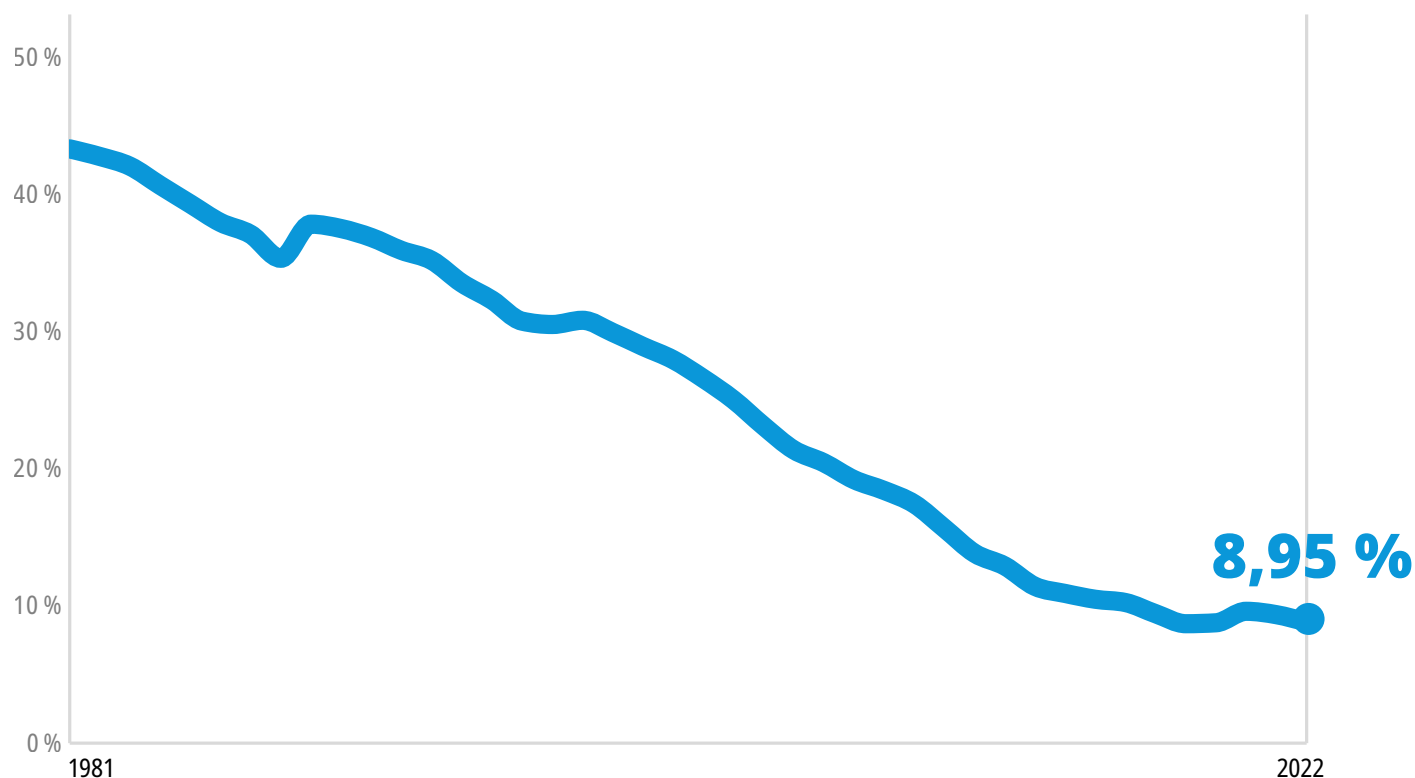
Meta 1.1 de los ODS

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

En 2022, el 9 % de la población mundial, es decir 712 millones de personas, vivía con menos de 2,15 USD al día, por debajo del umbral de pobreza. Al ritmo actual, casi el 7 % de la población mundial, es decir 574 millones de personas, seguirá sumida en la pobreza extrema en 2030.

(En la próxima edición de este informe se utilizará el nuevo umbral de pobreza mundial del Banco Mundial).

Porcentaje de la población que vive por debajo del umbral internacional de pobreza (2,15 USD/día)



Leyenda

Media histórica

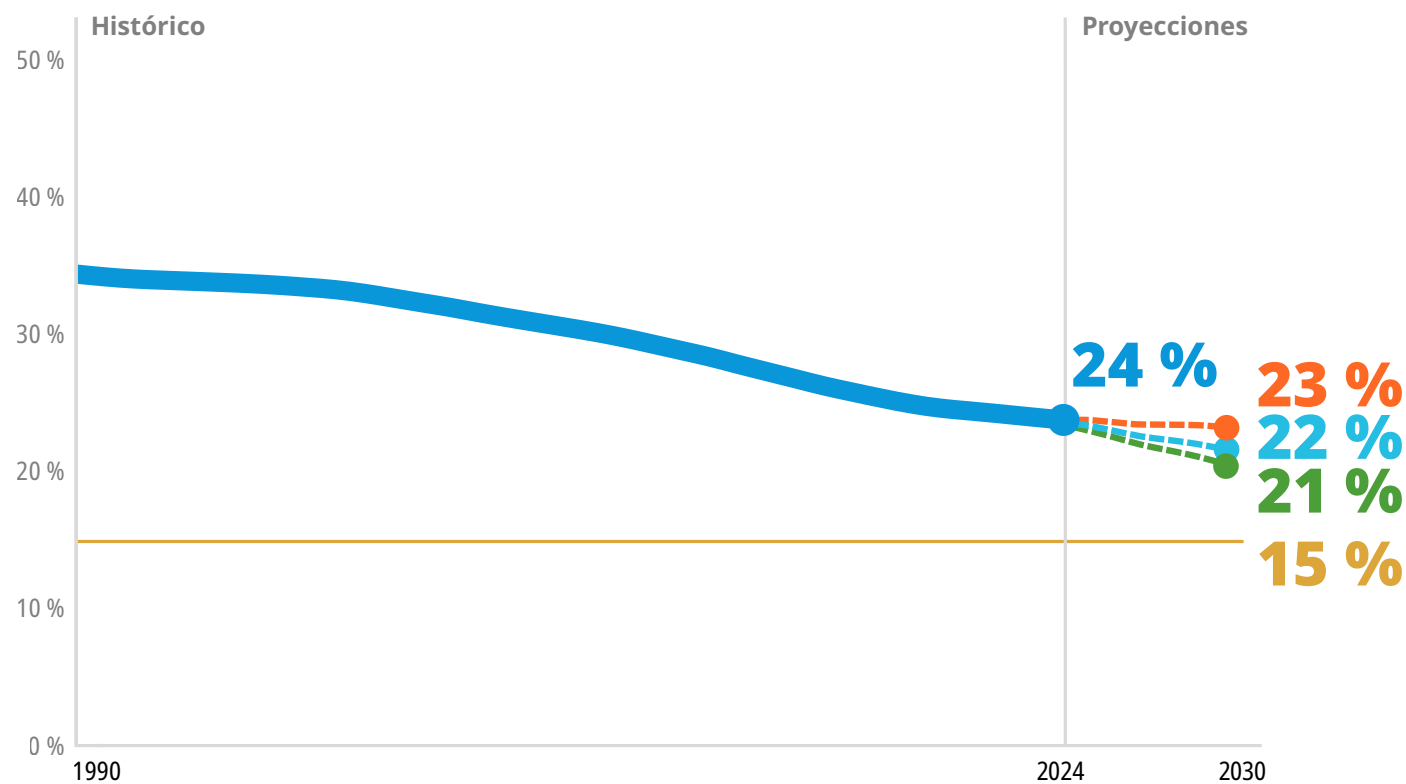
Retraso del crecimiento



Meta 2.2 de los ODS
Acabar con todas las formas de malnutrición, lo que incluye la consecución, de aquí a 2025, de las metas acordadas a nivel mundial sobre el retraso del crecimiento y la emaciación en menores de 5 años.

El retraso del crecimiento infantil se ha estancado en el 24 % en 2024. Las proyecciones para 2030 apuntan a que el 22 % de los niños y niñas menores de 5 años sufrirá retraso del crecimiento, dejando fuera de alcance la meta del 15 % para 2030.

Prevalencia del retraso del crecimiento entre los niños y niñas menores de 5 años



Leyenda

Objetivo 2030

Media histórica

Mejor

Referencia

Peor

Agricultura

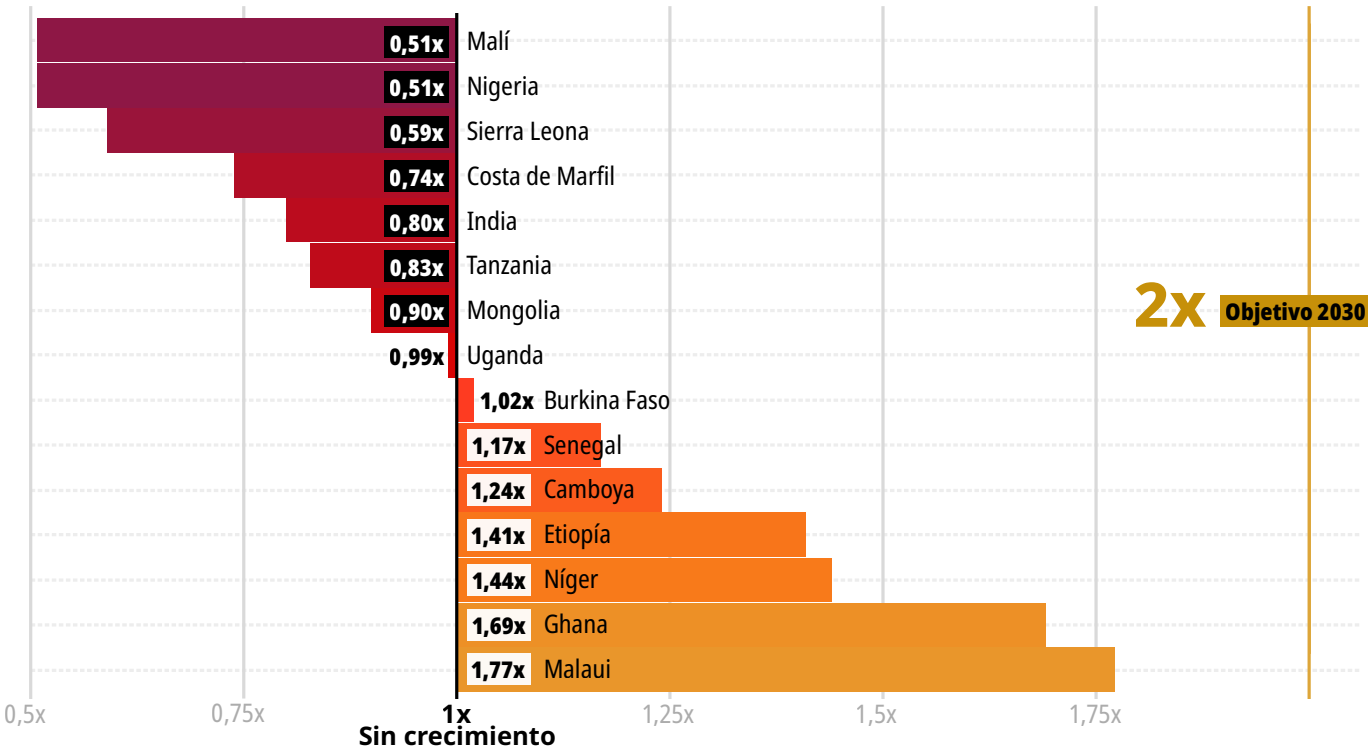


Meta 2.3 de los ODS
Duplicar la productividad agrícola y los ingresos de los pequeños productores, en particular las mujeres, los pueblos indígenas, los agricultores familiares, los pastores y los pescadores.

Los pequeños productores van a la zaga de los grandes y afrontan una crisis de ingresos y productividad. En un contexto en el que los fenómenos meteorológicos extremos, los conflictos y la volatilidad económica amenazan gravemente su seguridad alimentaria, se necesitan innovaciones que permitan a los pequeños agricultores hacer más con los recursos limitados de los que disponen. Ya se están llevando a cabo esfuerzos para ampliar la recopilación de estadísticas agrícolas y seguir aprendiendo más.

Nota: las tasas de crecimiento de los países no son comparables entre sí, ya que se calculan sobre períodos distintos. Los períodos de referencia se pueden consultar en las fuentes de datos.

Tasa media anual de crecimiento de los ingresos agrícolas de los pequeños productores



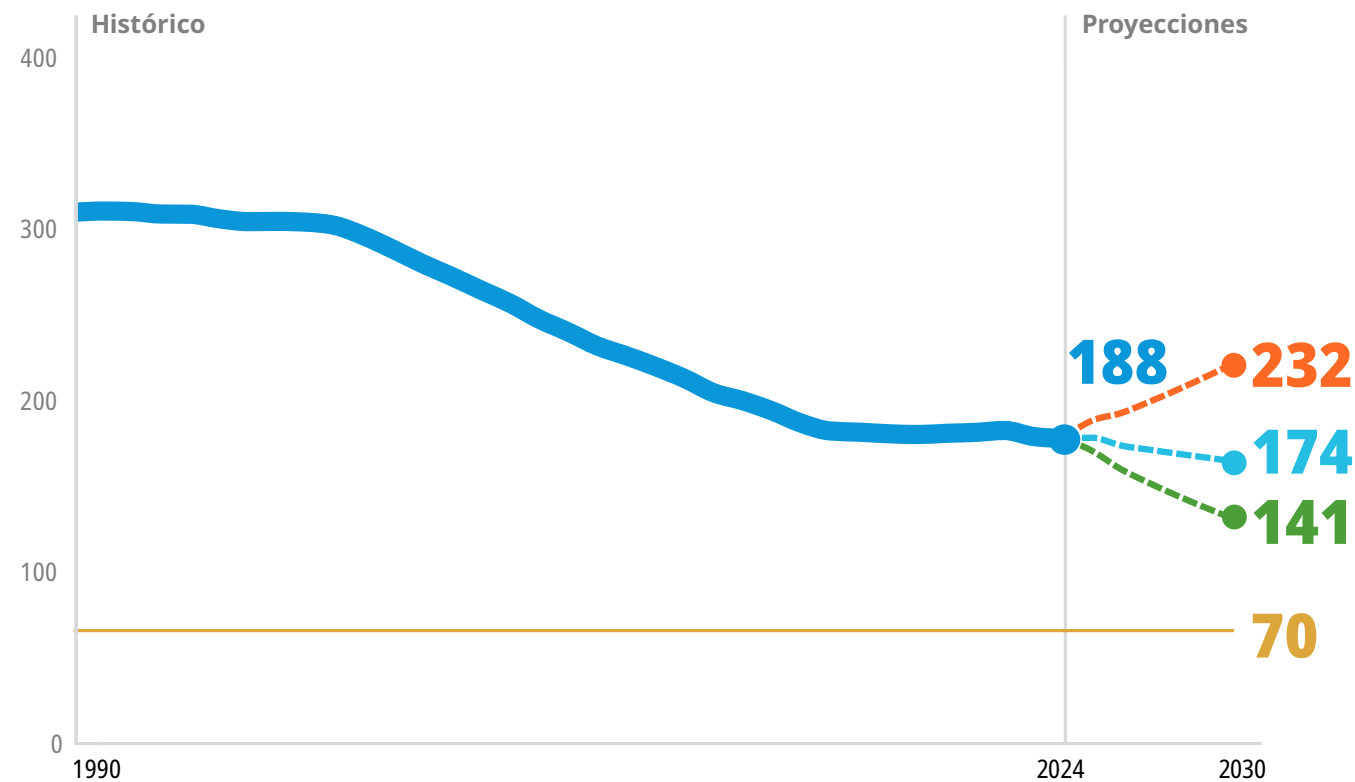
Mortalidad materna



Meta 3.1 de los ODS
Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

El progreso hacia la reducción de la tasa de mortalidad materna a nivel mundial permanece estancado desde 2016. En 2024, esta tasa era de 188 por cada 100.000 nacidos vivos. En 2030, podría alcanzar 174 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Para alcanzar la meta de aquí a 2030, será necesario reducir esta tasa un 15 % cada año, un ritmo muy superior al de las tendencias históricas.

Muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos



Leyenda



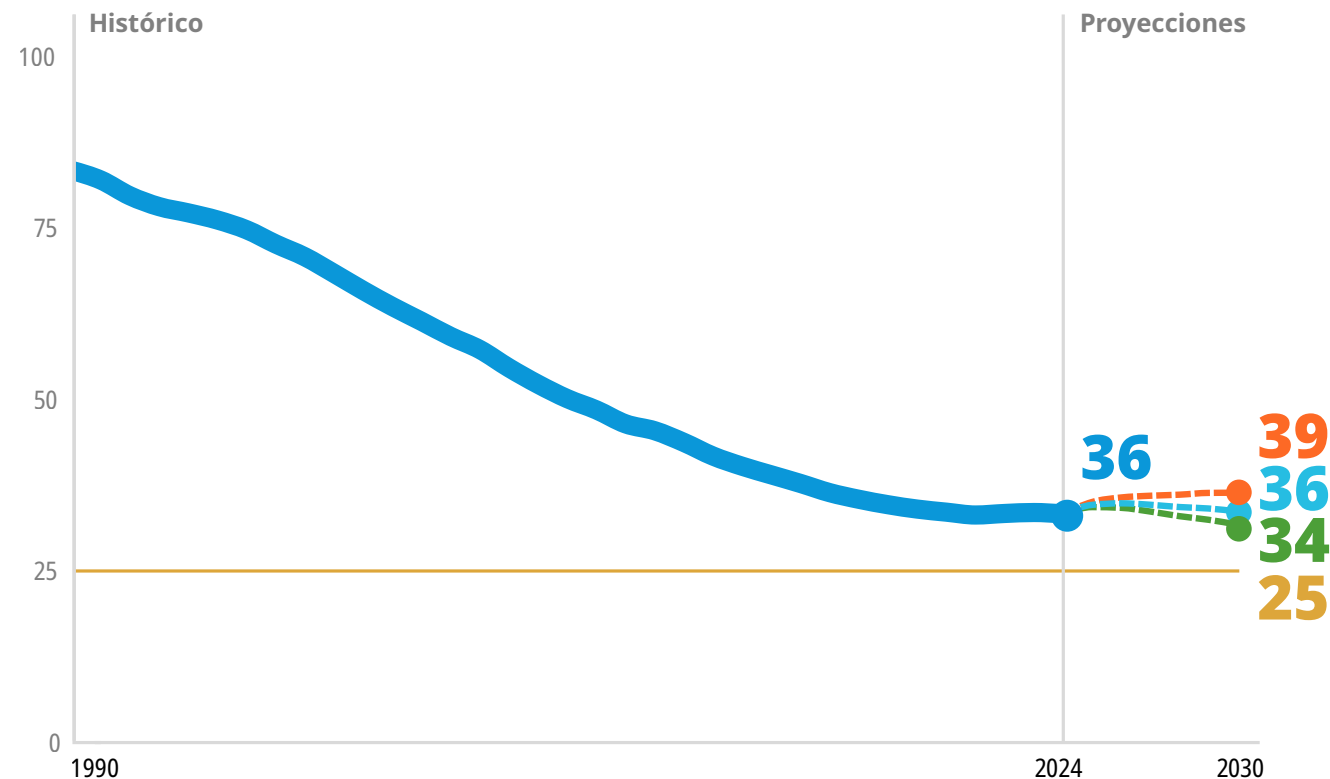
Mortalidad en menores de 5 años



Meta 3.2 de los ODS
Poner fin a las muertes evitables de menores de 5 años, con el objetivo de que todos los países reduzcan la mortalidad en los y las menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

Desde 2021, la tasa de mortalidad infantil se ha mantenido en 36 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Para 2030, se estima que la tasa de mortalidad infantil se mantendrá en 36 por cada 1.000 nacidos vivos, dejando fuera del alcance la meta de 25 muertes infantiles por cada 1.000 nacidos vivos.

Muertes de menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos



Leyenda

Objetivo 2030

Media histórica

Mejor

Referencia

Peor

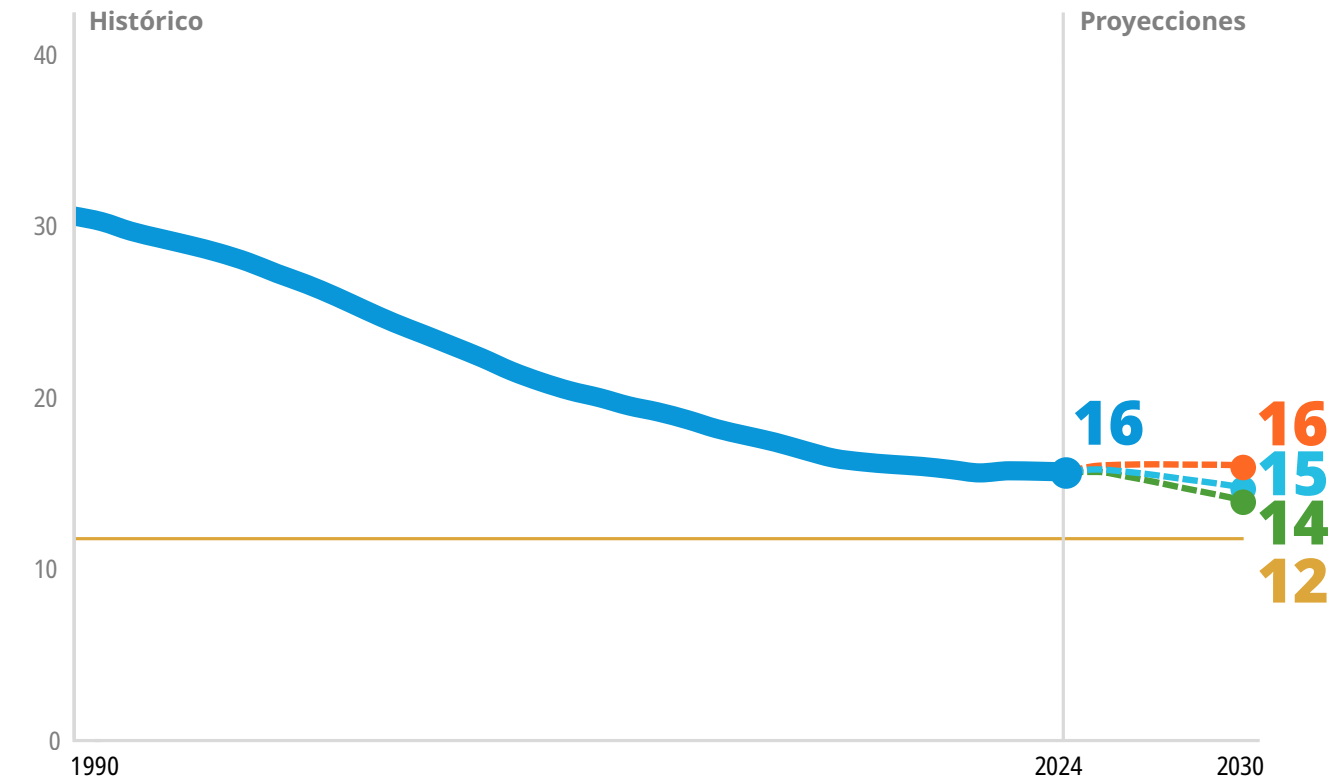
Mortalidad neonatal



Meta 3.2 de los ODS
Acabar con las muertes evitables de recién nacidos, y que todos los países se propongan reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos.

Desde 2021, la tasa mundial de mortalidad neonatal se ha estancado en 16 muertes neonatales por cada 1.000 nacidos vivos. Para 2030, la tasa proyectada será de 15 muertes neonatales por cada 1.000 nacidos vivos, dejando fuera del alcance la meta de 12 muertes neonatales por cada 1.000 nacidos vivos.

Muertes neonatales por cada 1.000 nacidos vivos



Leyenda

Objetivo 2030

Media histórica

Mejor

Referencia

Peor

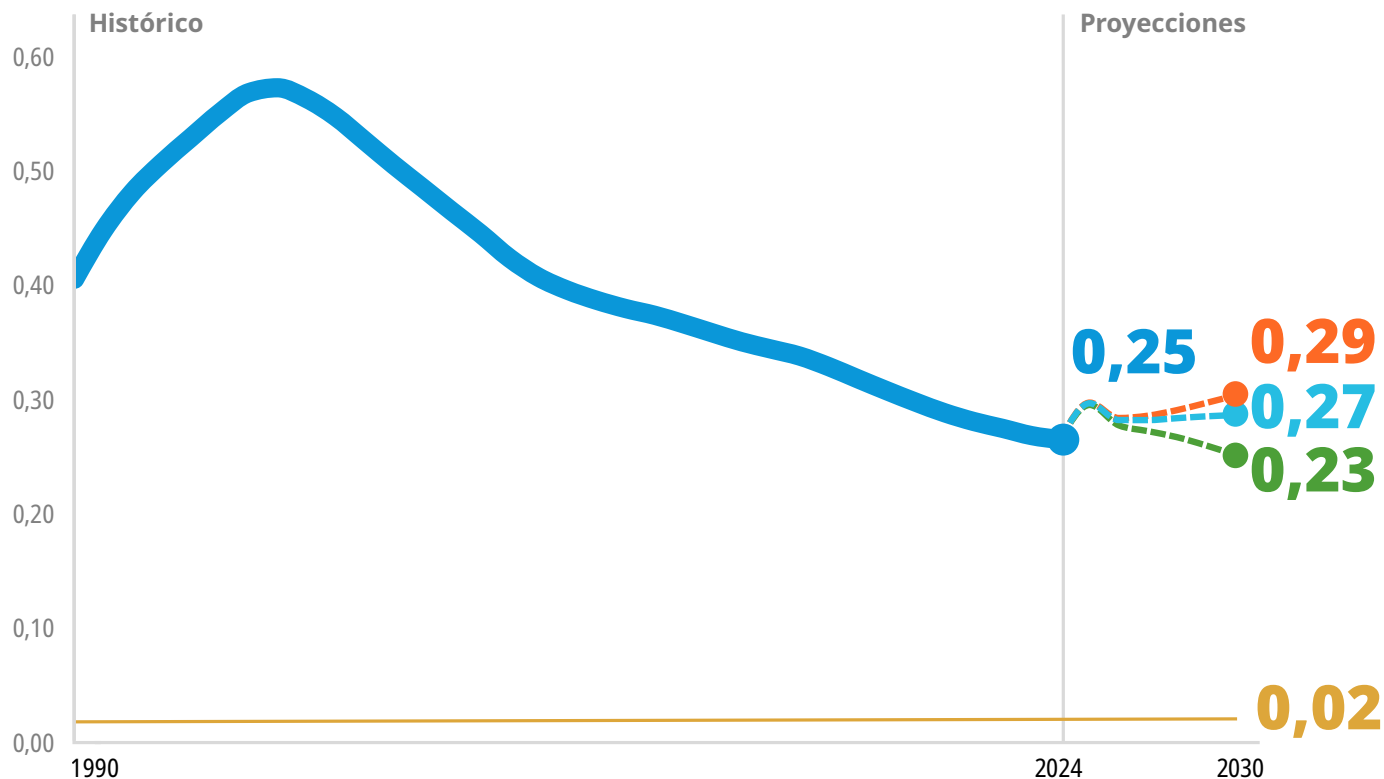
VIH



Meta 3.3 de los ODS
Acabar con las epidemias de SIDA, tuberculosis, malaria y enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

A nivel mundial, la incidencia del VIH ha disminuido de manera constante desde su máximo histórico, alcanzando un mínimo de 0,25 por cada 1.000 personas en 2024. Sin embargo, los recientes recortes en los fondos y la interrupción de programas contra el VIH han revertido esa tendencia. Ahora, se estima que la incidencia aumentará a 0,27 por cada 1.000 personas en 2030, más de 10 veces la meta de 0,02 por cada 1.000 personas.

Nuevos casos de VIH por cada 1.000 personas



Leyenda

Objetivo 2030

Media histórica

Mejor

Referencia

Peor

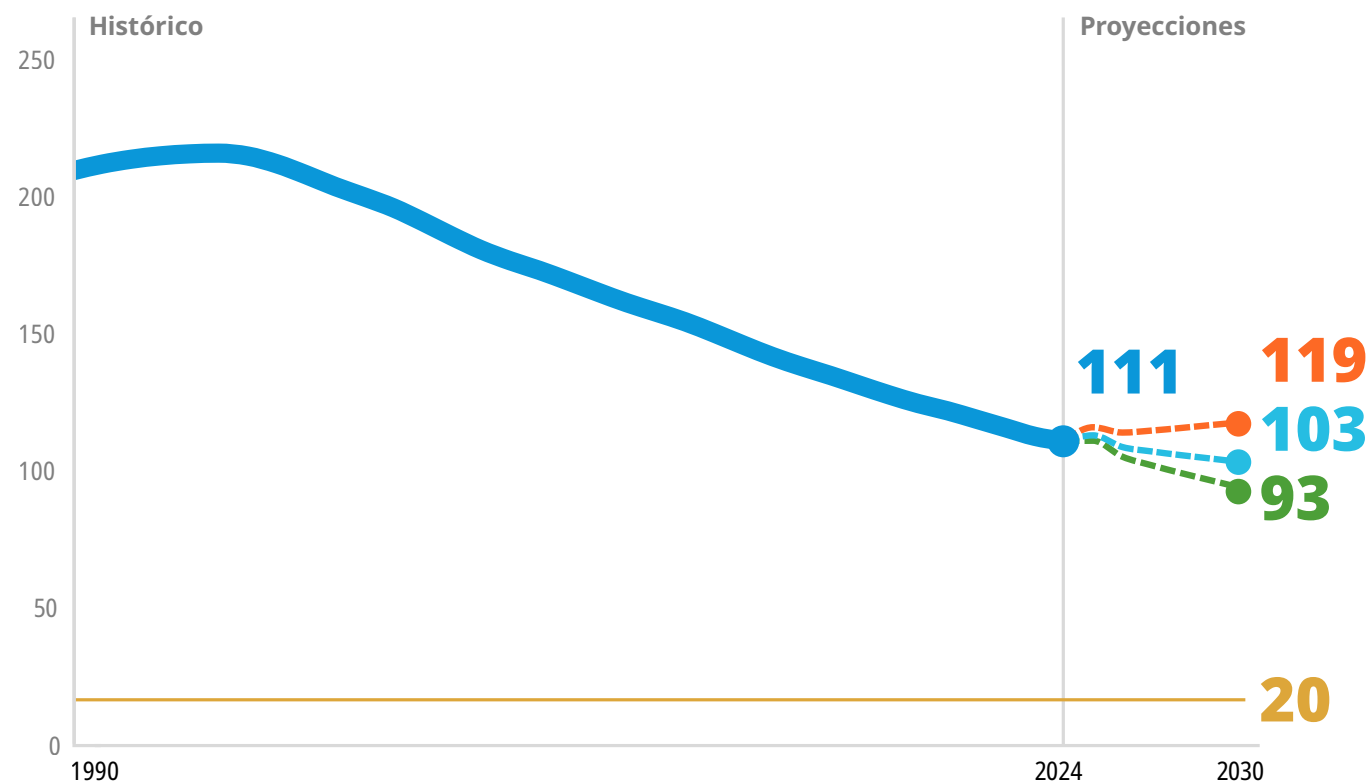
Tuberculosis



Meta 3.3 de los ODS
Acabar con las epidemias de SIDA, tuberculosis, malaria y enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

A nivel mundial, en 2024 se registraron 111 nuevos casos de tuberculosis por cada 100.000 personas. Esto sugiere que el progreso podría estancarse a partir de 2025, con 103 nuevos casos por cada 100.000 personas proyectados para 2030, más de cinco veces la meta de 20 nuevos casos por cada 100.000 personas.

Nuevos casos de tuberculosis por cada 100.000 personas



Leyenda



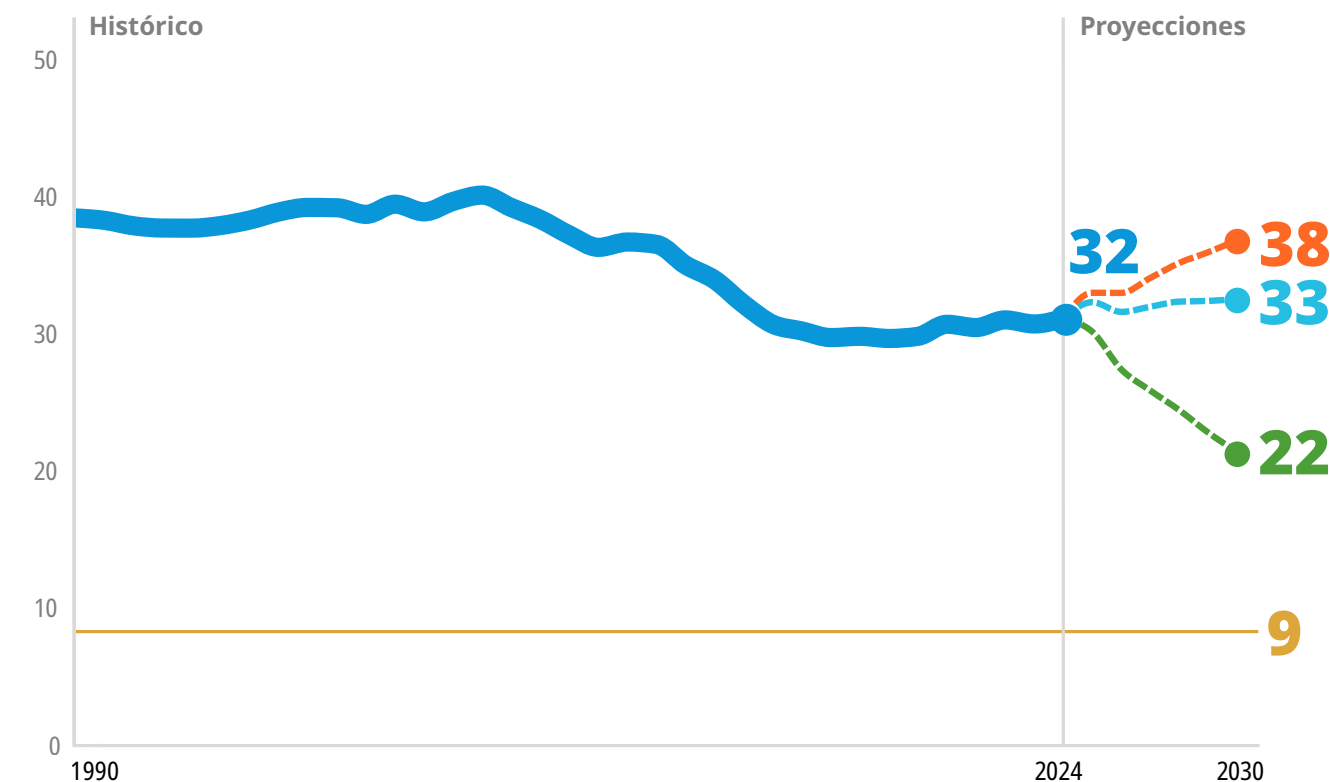
Malaria



Meta 3.3 de los ODS
Acabar con las epidemias de SIDA, tuberculosis, malaria y enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

La tasa de nuevos casos de malaria ha dejado de disminuir, situándose en 32 casos por cada 1.000 personas en 2024. Las proyecciones para 2030 apuntan a un retroceso, con un aumento hasta 33 nuevos casos por cada 1.000 personas.

Nuevos casos de malaria por cada 1.000 personas



Leyenda

Objetivo 2030

Media histórica

Mejor

Referencia

Peor

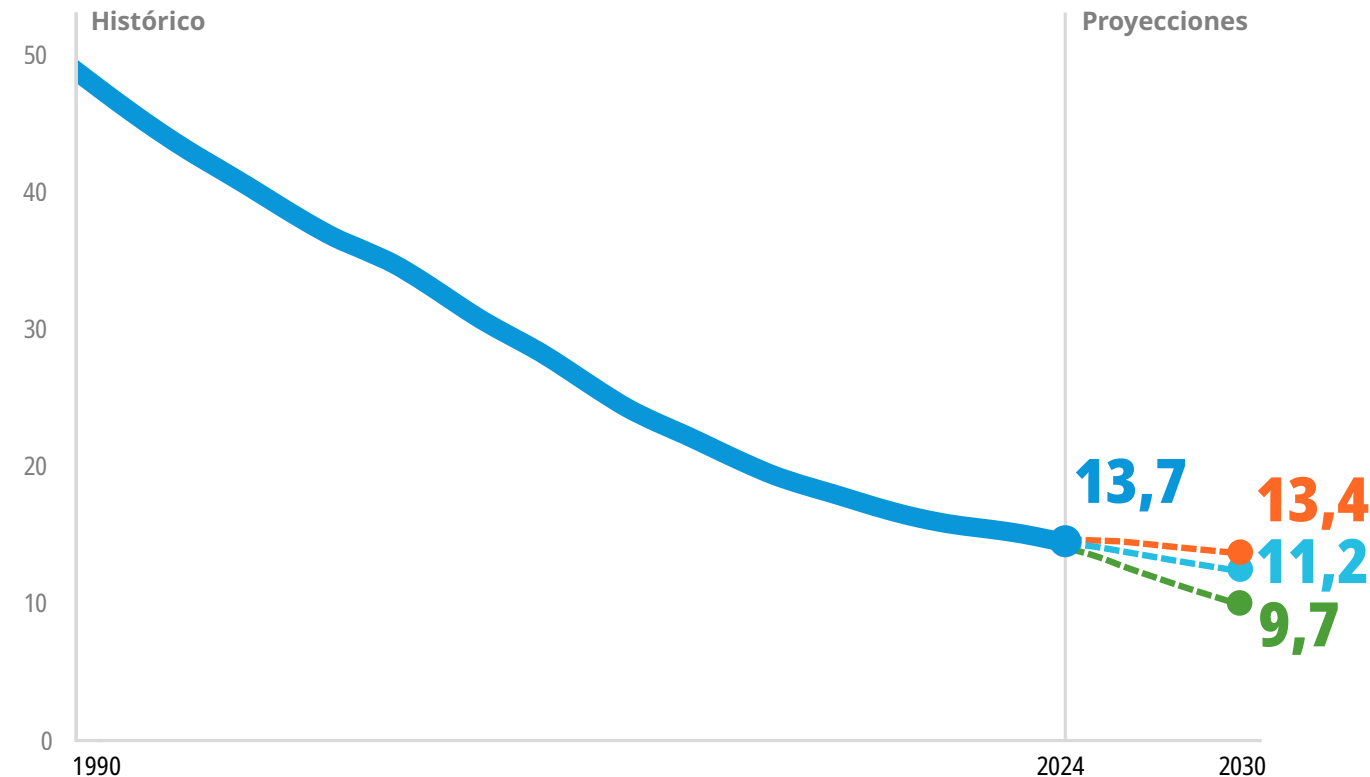
Enfermedades tropicales desatendidas



Meta 3.3 de los ODS
Acabar con las epidemias de SIDA, tuberculosis, malaria y enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

Se estima que, para 15 ETD, la prevalencia total a nivel mundial disminuyó de 14.171 casos por cada 100.000 personas en 2023 a 13.697 casos por cada 100.000 personas en 2024. Se estima que para 2030 la prevalencia de estas 15 ETD continuará descendiendo hasta alcanzar los 11.165 casos por cada 100 000 habitantes.

Prevalencia de 15 ETD por cada 100.000 personas (miles)



Leyenda

- Media histórica
- Mejor
- Referencia
- Peor

Planificación familiar

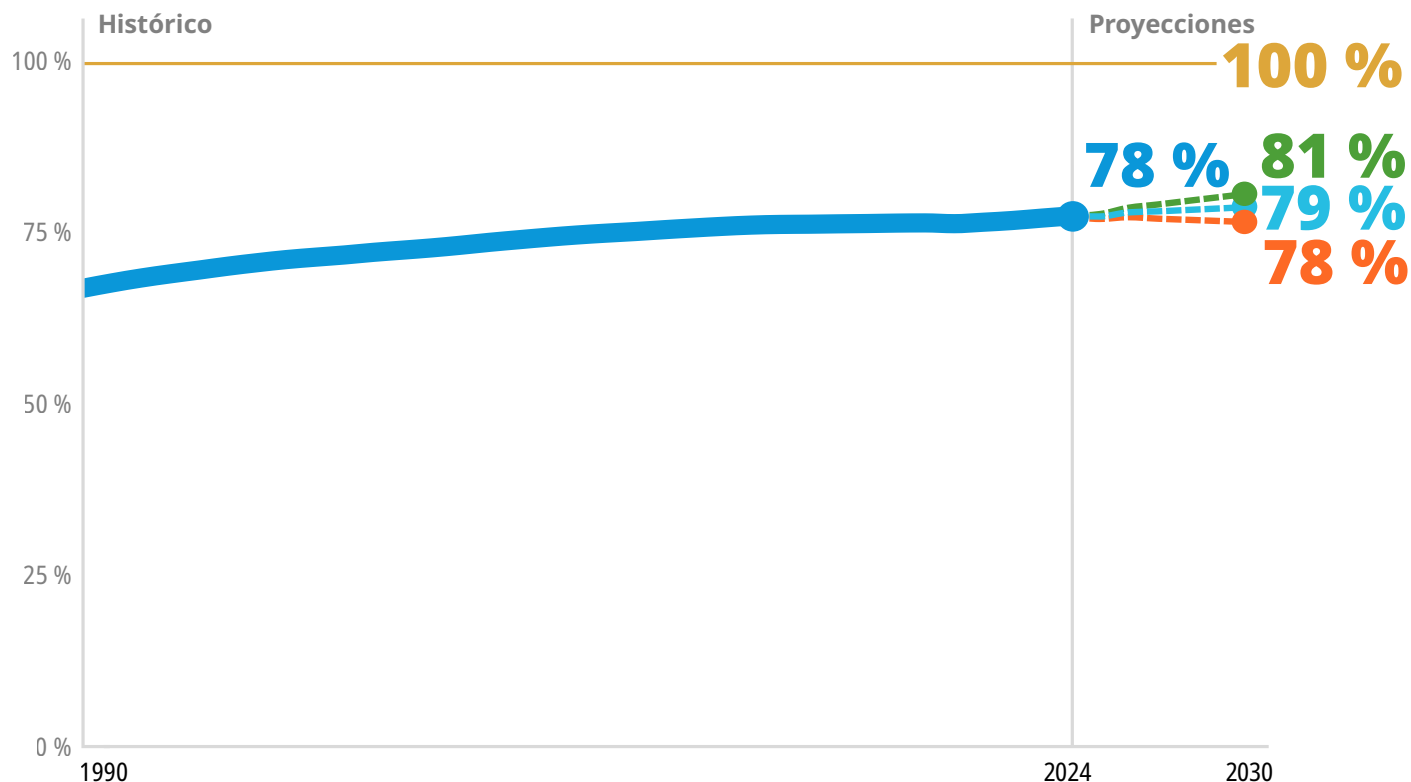
3 SALUD
Y BIENESTAR

Meta 3.7 de los ODS

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

A nivel mundial, se calcula que casi 8 de cada 10 mujeres para las cuales se detectó la necesidad de anticoncepción utilizan un método moderno para alcanzar sus objetivos reproductivos. Se estima que el progreso hacia la satisfacción de esta necesidad se mantendrá estancada hasta 2030, dejando fuera del alcance la meta de acceso universal del 100 %.

Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) que tienen cubierta su necesidad de planificación familiar con métodos modernos



Leyenda

Objetivo 2030

Media histórica

Mejor

Referencia

Peor

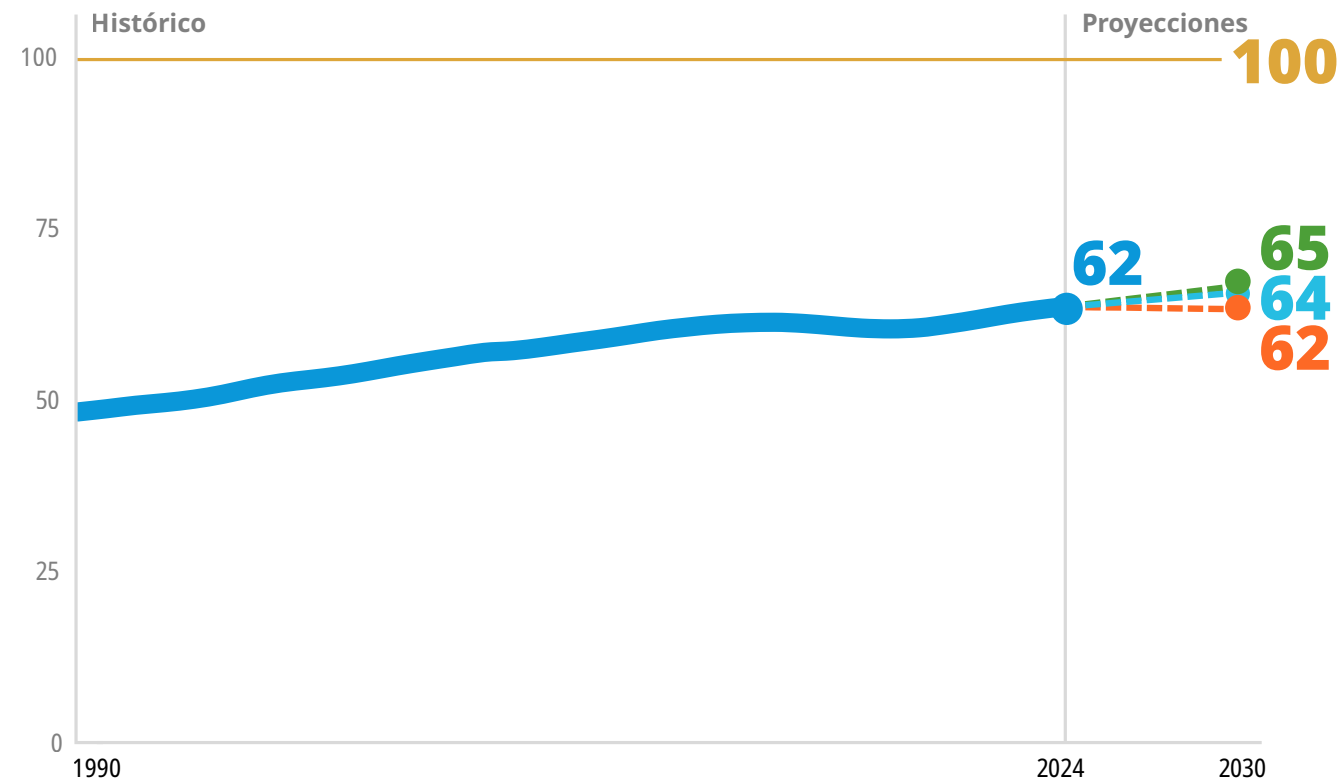
Cobertura sanitaria universal (CSU)



Meta 3.8 de los ODS
Lograr la cobertura sanitaria universal (CSU) para todos y todas.

La cobertura de servicios de salud esenciales continúa recuperándose tras el retroceso provocado por la pandemia, aumentando de un índice de 60 en 2020 a 62 en 2024. Se calcula que este índice aumentará ligeramente hasta 64 en 2030, lo que indica que aún queda trabajo por hacer para garantizar la cobertura sanitaria universal para todos y todas.

Puntuación del índice de cobertura efectiva de la CSU



Leyenda

Objetivo 2030

Media histórica

Mejor

Referencia

Peor

Tabaquismo

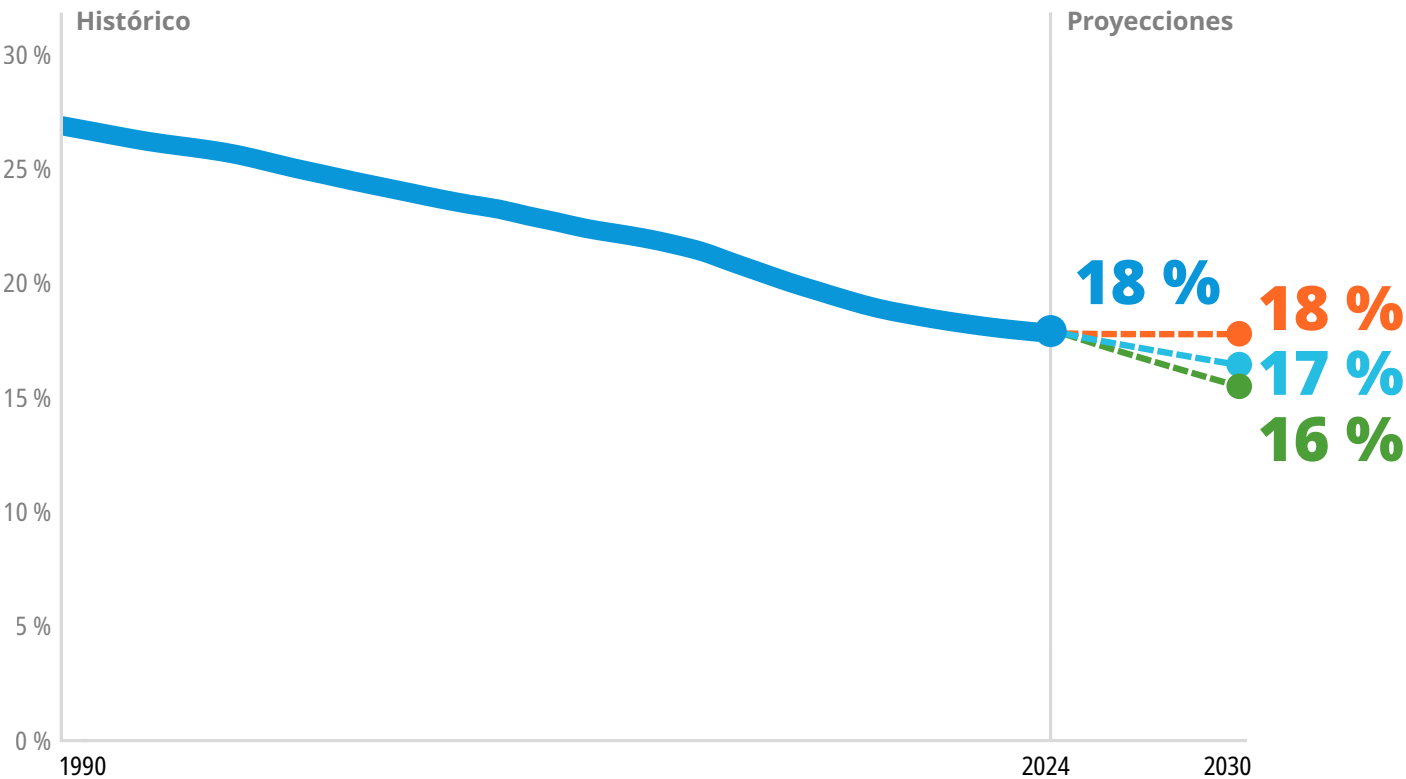


Meta 3.A de los ODS
Reforzar la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT) en todos los países.

A nivel mundial, el porcentaje de personas de 15 años o más que consumen algún producto del tabaco ha disminuido durante la última década, alcanzando el 18 % en 2024. Se estima que esta cifra bajará al 17 % en 2030.

Según el último Informe Mundial sobre el Control del Tabaco de la OMS, 6.100 millones de personas están actualmente cubiertas por al menos una política basada en datos empíricos del CMCT.

Prevalencia del tabaquismo por edad en personas de 15 años o más



Leyenda

Media histórica

Mejor

Referencia

Peor

Vacunas

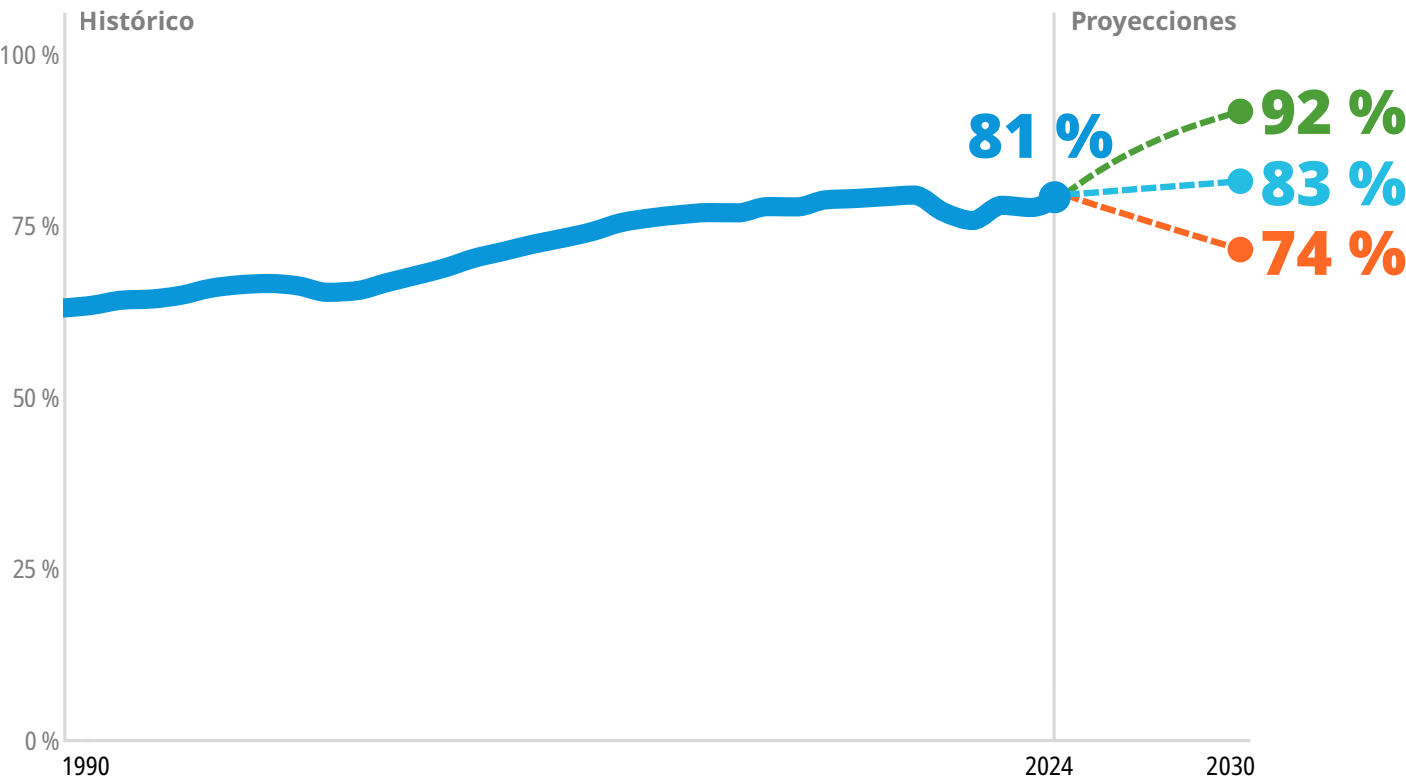


Meta 3.B de los ODS
Apoyar la investigación y el desarrollo de vacunas y fármacos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan principalmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a fármacos y vacunas esenciales asequibles.

En 2024, se estima que la cobertura a nivel mundial de la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP) fue del 81 %. Para 2030, se estima que esta cobertura alcanzará el 83 %.

Estas estimaciones mundiales no reflejan las importantes diferencias a nivel subnacional que necesitan ser mejor comprendidas para garantizar una cobertura equitativa.

Cobertura de la DTP (tercera dosis)



Leyenda

- Media histórica
- Mejor
- Referencia
- Peor

Educación

4

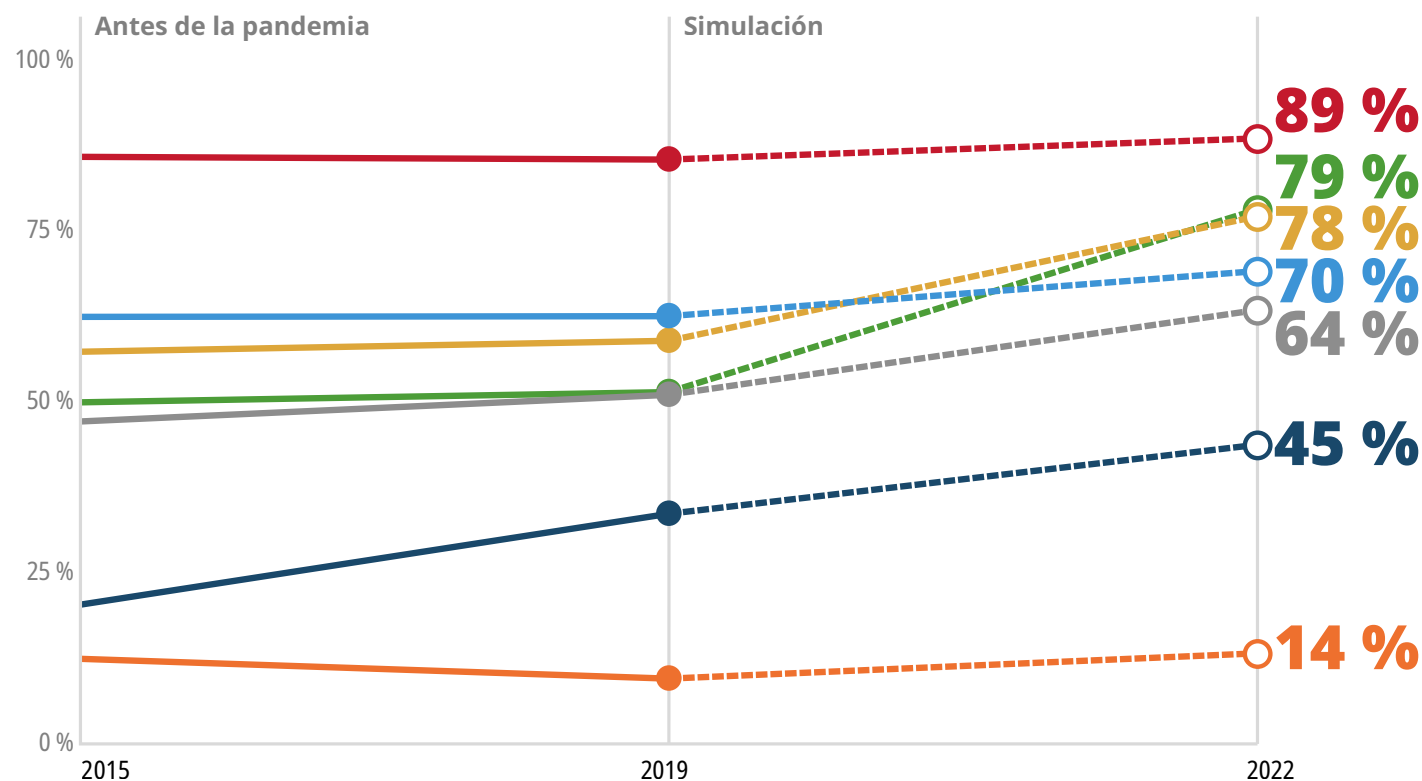
EDUCACIÓN
DE CALIDAD

Meta 4.1 de los ODS

Garantizar que todos los niños y las niñas completen una educación primaria y secundaria gratuita, equitativa y de calidad, que les permita alcanzar resultados de aprendizaje pertinentes y eficaces.

Las últimas simulaciones sugieren que el 70 % de los niños y las niñas en países de ingresos bajos y medios no puede leer ni comprender un texto a los 10 años, incluso si asiste a la escuela.

Proporción de niños y niñas que no pueden leer ni comprender un texto sencillo a los 10 años



Leyenda

Global

África subsahariana

América Latina y el Caribe

Asia Meridional

Oriente Medio y Norte de África

Asia Oriental y Pacífico

Europa y Asia Central

Igualdad de género

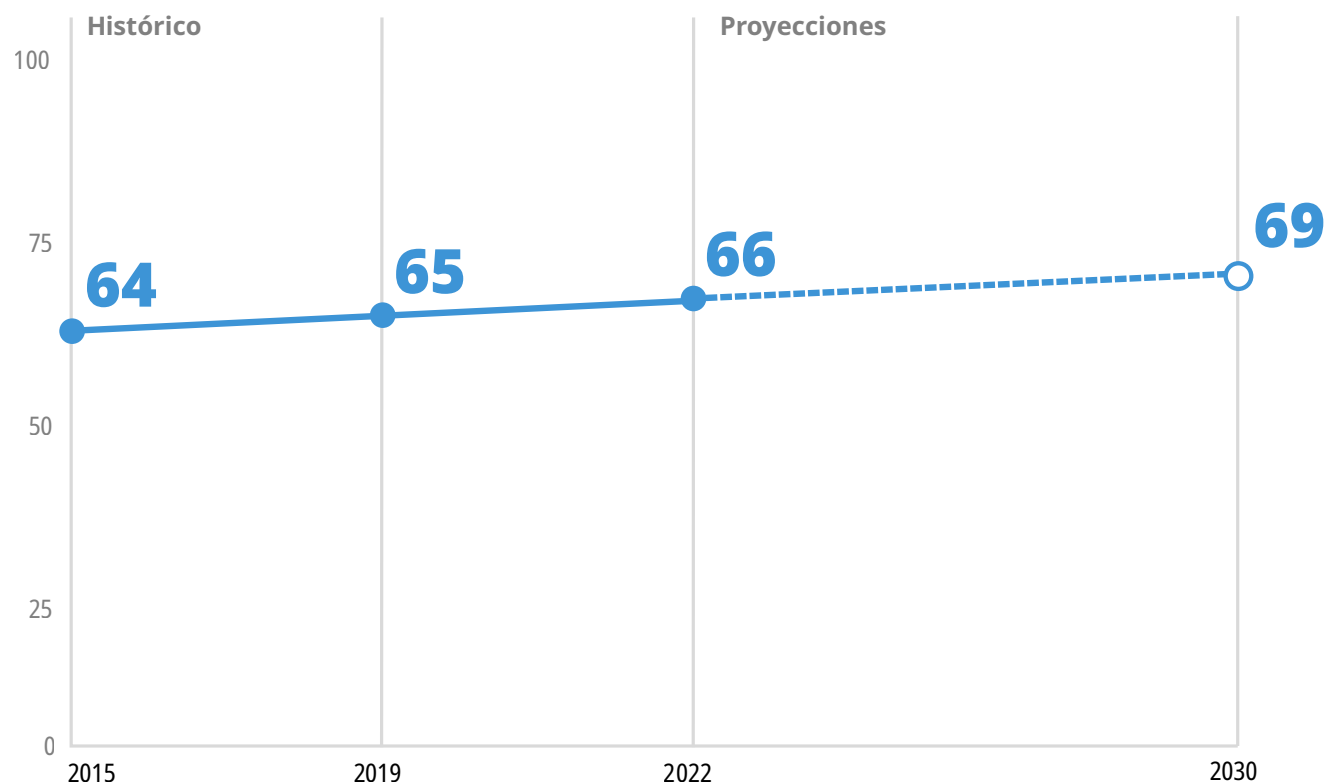


Meta 5 de los ODS

Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y niñas.

Casi tres cuartas partes de las metas de los ODS –en particular las relacionadas con el ODS 1 (pobreza), el ODS 4 (educación), el ODS 5 (igualdad de género) y el ODS 8 (trabajo decente)– dependen de la igualdad de género. Sin embargo, ningún país está en camino de alcanzar la igualdad de género en todos los ODS para 2030. Si continúan las tendencias actuales, la igualdad de género a nivel mundial no se logrará hasta el siglo XXII.

Puntuación del índice de género de los ODS



Leyenda

Global

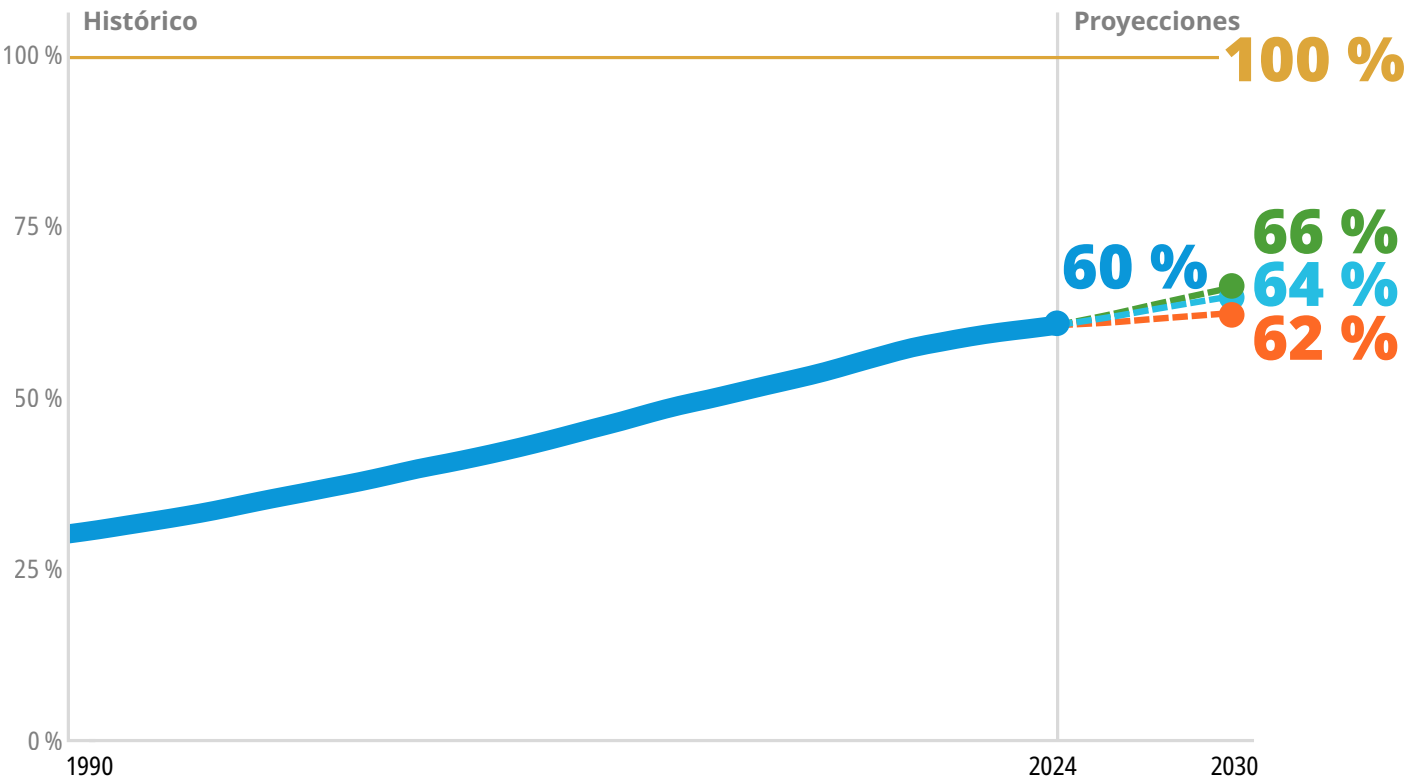
Saneamiento



Meta 6.2 de los ODS
Lograr el acceso a sistemas de saneamiento y una higiene adecuados y equitativos para todas las personas, y poner fin a la defecación al aire libre, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres, las niñas y las personas en situaciones de vulnerabilidad.

La proporción de la población que utiliza sistemas de saneamiento gestionados de forma segura ha ido aumentando, alcanzando el 60 % en 2024. Para 2030, se estima que progresará de manera lenta hasta el 64 % de la población mundial, dejando fuera del alcance la meta de garantizar un saneamiento seguro para todas las personas.

Proporción de la población que utiliza sistemas de saneamiento gestionados de forma segura



Leyenda

Objetivo 2030

Media histórica

Mejor

Referencia

Peor

Sistemas financieros inclusivos

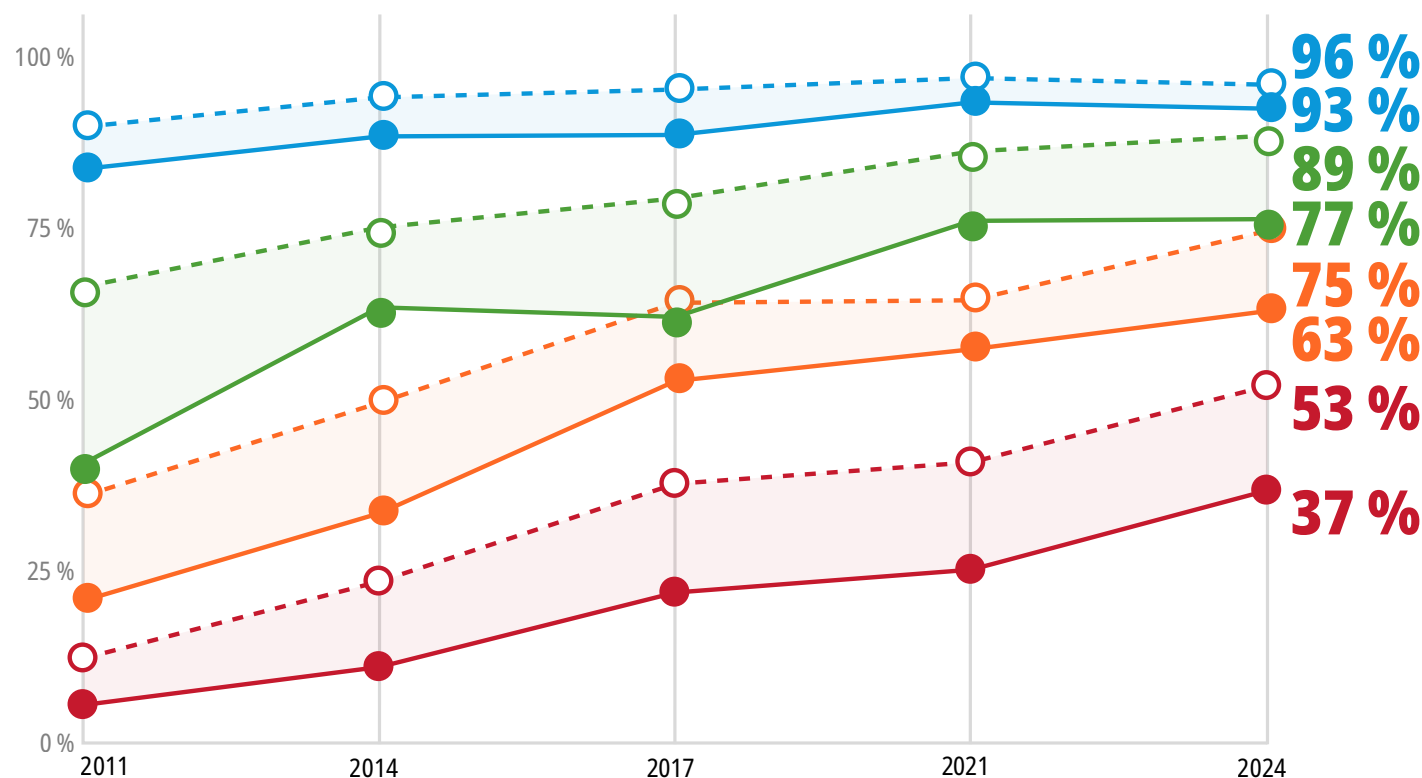
8 TRABAJO DECENTE
Y CRECIMIENTO
ECONÓMICO

Meta 8.10 de los ODS

Reforzar la capacidad de las instituciones financieras nacionales para fomentar y ampliar el acceso a la banca, los seguros y los servicios financieros para todas las personas.

En la última década, el mundo ha avanzado rápidamente en la expansión de la inclusión financiera. A nivel mundial, el 79 % de la población adulta posee actualmente una cuenta en una institución financiera, frente al 51 % en 2011.

Porcentaje de población adulta (15 años o más) con una cuenta en un banco u otra institución financiera, o con un proveedor de servicios de dinero móvil, según el quintil de ingresos más bajo y más alto



Leyenda

— Quintiles de población más pobres - - - Quintiles de población más ricos

Países de ingresos altos

Países de ingresos medianos-altos

Países de ingresos medianos-bajos

Países de ingresos bajos

Sistemas financieros inclusivos

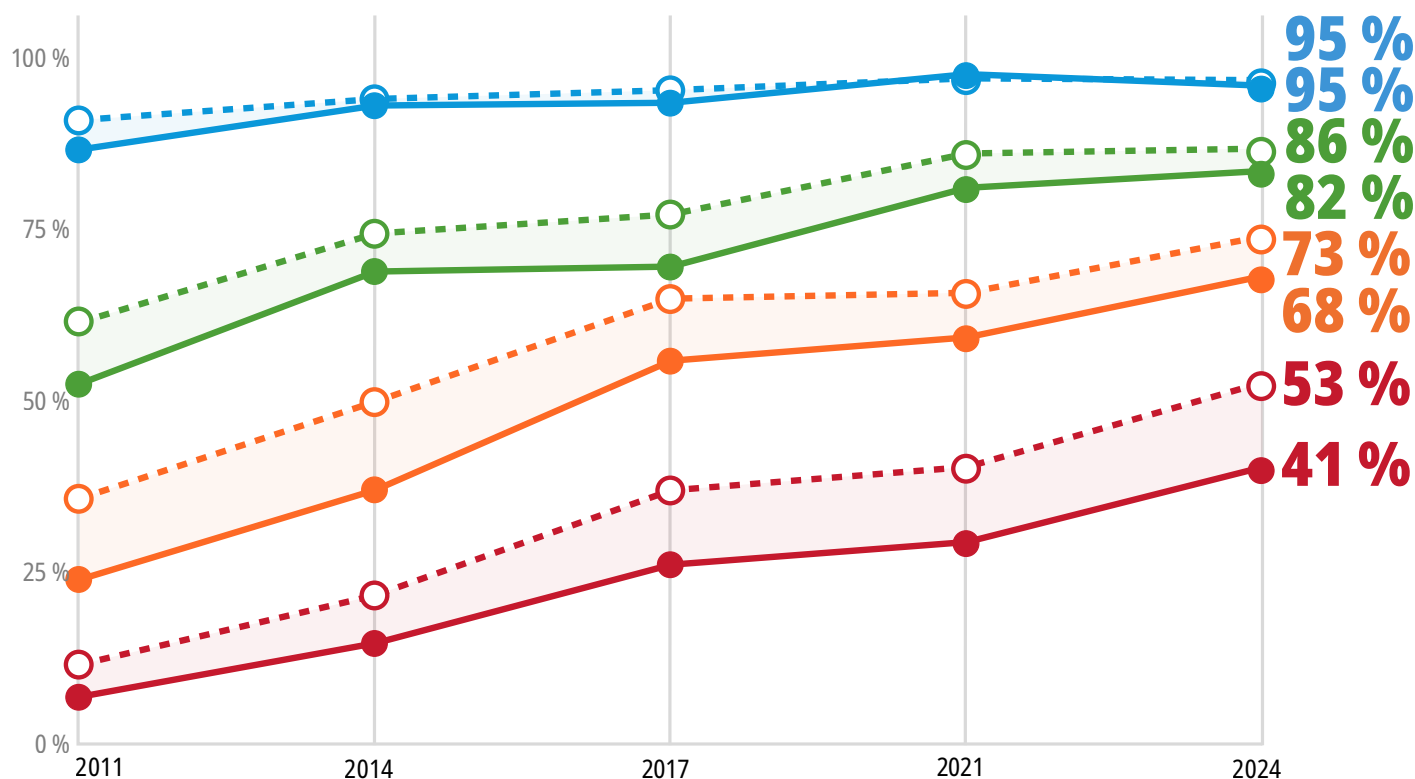
8 TRABAJO DECENTE
Y CRECIMIENTO
ECONÓMICO

Meta 8.10 de los ODS

Reforzar la capacidad de las instituciones financieras nacionales para fomentar y ampliar el acceso a la banca, los seguros y los servicios financieros para todas las personas.

Es importante destacar que la brecha de género en la titularidad de cuentas está disminuyendo.

Porcentaje de personas adultas (15 años o más) con una cuenta en un banco u otra institución financiera, o que utilizan un proveedor de servicios de dinero móvil, según el género (mujeres y hombres)



Leyenda

Países de ingresos altos

Países de ingresos medianos-altos

Países de ingresos medianos-bajos

Países de ingresos bajos

— Mujeres

- - - Hombres

Fuentes de datos y notas 2025

Las fuentes de datos utilizadas para la información y las cifras presentadas en el Informe Goalkeepers 2025 se organizan a continuación por sección. Se incluyen breves notas metodológicas para los análisis no publicados. Las citas completas, los enlaces a los materiales originales y referencias adicionales están disponibles en el sitio web de Goalkeepers: <https://gates.ly/2025GKDataSources>.

No podemos quedarnos a medias

Una generación de progreso, una decisión por tomar

En este informe, cualquier mención a la reducción de los fondos destinados a la salud mundial hace referencia a los recortes en la ayuda oficial al desarrollo (AOD) anunciados en 2025 por varios gobiernos donantes (Australia, Austria, Bélgica, Canadá, China, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Irlanda, Italia, Japón, Luxemburgo, Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Portugal, República de Corea, España, Suecia, Suiza, Reino Unido y Estados Unidos). El Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME, por sus siglas en inglés) asume que los cambios en la AOD afectan de manera proporcional la ayuda al desarrollo destinada a la salud (DAH, por sus siglas en inglés).

Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (octubre de 2025). [Modelización a medida. La metodología completa se detalla a continuación].

Otras estimaciones también muestran una disminución anual de las muertes de menores de cinco años entre 2000 y 2024, incluidos los datos publicados por el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (UN IGME, por sus siglas en inglés).

Este cálculo, realizado únicamente con fines ilustrativos, asume que una población estudiantil de 200.000 alumnos y una media de 40 estudiantes por aula equivalen aproximadamente a 5.000 aulas.

La humanidad en una encrucijada: la vida de millones de niños y niñas está en juego

Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (octubre de 2025). [Modelización a medida. La metodología completa se detalla a continuación].

El gráfico muestra el número proyectado de muertes de menores de 5 años entre 2024 y 2045. La estimación para 2025 se basa en las mejores hipótesis disponibles actualmente, incluidos los recortes en los fondos conocidos y anunciados hasta el 17 de octubre de 2025. Para 2026-2045, se proyectan escenarios con reducciones del 20 % y del 30 % en la ayuda internacional al desarrollo destinada a la salud (DAH) respecto a los niveles de 2024.

12 millones: podrían producirse 12,5 millones de muertes infantiles adicionales para 2045 si la ayuda internacional al desarrollo destinada a la salud (DAH) se reduce en un 20 % respecto a los niveles de 2024. Esto supone una respuesta media de los gobiernos ante los déficits de financiación.

16 millones: podrían producirse 16,3 millones de muertes infantiles adicionales para 2045 si la ayuda internacional al desarrollo destinada a la salud (DAH) se reduce en un 30 % respecto a los niveles de 2024. Esto supone una respuesta media de los gobiernos ante los déficits de financiación.

13 millones: se podrían salvar hasta 13,2 millones de niños y niñas para 2045 si la ayuda al desarrollo destinada a la salud (DAH) vuelve a los niveles de 2024 y se amplía la implementación de las nuevas innovaciones contra la malaria, las enfermedades respiratorias bajas, las enfermedades diarreicas y los trastornos maternos y neonatales.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2023). *A world of debt: A growing burden to global prosperity*. <https://unctad.org/publication/world-debt-2023>.

Hoja de ruta hacia el progreso

La atención primaria de salud es la inversión más inteligente hoy.

The Lancet Child Survival Series (2003). www.iycn.org/resource/the-lancet-series-on-child-survival.

Organización Mundial de la Salud (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Iniciativa para el desempeño de la atención primaria de salud, 2018. www.paho.org/sites/default/files/PHC_The_World_Health_Report-2008.pdf.

La inmunización rutinaria sigue siendo la mejor inversión en salud mundial.

Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (2023). *Levels and Trends in Child Mortality: Report 2023*. <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality-2023/>.

Organización Mundial de la Salud (2023). *Hoja informativa sobre cobertura de inmunización*. www.who.int/data/gho/data/themes/topics/immunization-coverage.

Ozawa, S., Clark, S., Portnoy, A., Grewal, S., Brenzel, L. y Walker, D. G. (2016). *Return on investment from childhood immunization in low- and middle-income countries, 2011–20*. Health Affairs. www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2015.1086.

Organización Mundial de la Salud (2023). *Casos de sarampión por país: Senegal*. www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/measles---number-of-reported-cases.

Innovaciones que multiplican cada dólar

Para combatir la malaria, los países destinan los recursos más efectivos a las zonas de mayor necesidad.

Organización Mundial de la Salud (2018). *High burden to high impact: A targeted malaria response*. www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-GMP-2018.25.

Winters, A., et al. (2024). *Cost and cost effectiveness of geospatial planning and delivery tools added to standard health campaigns in Luapula Province, Zambia*. Oxford Open Digital Health. www.academic.oup.com/oodh/article/2/Supplement_2/ii66/7911916.

Organización Mundial de la Salud (2023). *Hoja informativa sobre la neumonía infantil*. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia.

Gracias al uso de vacunas que ofrecen la misma protección con menos dosis, los países disponen de más fondos para reinvertir en sus sistemas de salud.

Our World in Data, Causes of death in children under five, World (2021). www.ourworldindata.org/grapher/causes-of-death-in-children-under-5.

Organización Mundial de la Salud (2025). *Pneumococcal conjugate vaccine reduced-dosing schedule: A systematic review and meta-analysis*. www.who.int/publications/m/item/report_who_sage_pcv_2025_who.int.

Fundación Gates, Gestión integrada de carteras (2025). *Budgetary impact of WHO’s SAGE recommendation on reduced (1+1) PCV dosing*. [Documento interno, no publicado].

El poder de la inmunización

Gobierno de India, Ministerio de Salud y Bienestar Familiar, Oficina de Información y Prensa (2025). *India’s percentage of zero-dose children to the total population has declined from 0.11% in 2023 to 0.06% in 2024, positioning it as a global exemplar in child health, as acknowledged by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation in its 2024 report*. www.pib.gov.in/PressReleasePage.aspx?PRID=2140343.

Borrar las enfermedades del mapa

Para la década de 2040, los avances científicos podrían acabar con la malaria, erradicando una enfermedad transmitida por mosquitos que cada año mata a más de 400.000 niños y niñas menores de 5 años.

Organización Mundial de la Salud (2023). *Informe mundial sobre la malaria 2023*. <https://www.who.int/es/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2023>.

Organización Mundial de la Salud (2021). *Informe mundial sobre la malaria 2021*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/malaria/world-malaria-reports/world-malaria-report-2021-global-briefing-kit-spa.pdf?sfvrsn=8e5e915_23.

CDC (2024). *Ciclo de vida de los mosquitos Anopheles*. <https://www.cdc.gov/mosquitoes/es/about-mosquito-bites/ciclo-de-vida-de-los-mosquitos-anopheles.html>.

El Fondo Mundial (17 de abril de 2024). *Nuevos mosquiteros previenen 13 millones de casos de malaria en África subsahariana*. Ginebra. https://www.theglobalfund.org/media/13730/media_2024-04-17-new-nets-prevent-13-million-malaria-cases-sub-saharan-africa_newsrelease_es.pdf.

El Fondo Mundial (2023). *Acelerar la introducción de nuevos mosquiteros gracias a las subvenciones del Fondo Mundial*. <https://resources.theglobalfund.org/en/updates/2023-10-11-accelerating-the-introduction-of-new-nets-through-global-fund-grants/>.

SC Johnson (2023). *SC Johnson and partners pilot new spatial repellent to protect communities from mosquitoes in malaria-endemic regions*. www.scjohnson.com/en/news-stories/press-releases/major-milestone-breakthrough-mosquito-repellent-tool.

GSK plc (2024). *First single-dose medicine for P. vivax malaria prequalified by WHO and included in WHO Guidelines*. www.gsk.com/en-gb/media/press-releases/first-single-dose-medicine-for-p-vivax-malaria-prequalified-by-who.

Para 2045, 5,7 millones de niños y niñas se podrían salvar gracias a las herramientas de próxima generación contra la malaria.

Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (agosto de 2025). [Modelización a medida. La metodología completa se detalla a continuación].

Según nuevos análisis no publicados de la Fundación Gates, existe ahora un amplio conjunto de innovaciones contra la malaria que, si se utilizara de manera eficaz y se implementara a gran escala, permitiría salvar la vida de 5,7 millones niños y niñas de aquí a 2045.

Esta proyección se basa en un escenario en el que el impacto de la innovación se aproxima a un nivel medio. Las herramientas incluidas en este modelo abarcan distintas innovaciones en: el control de vectores, como mosquiteros con insecticida de doble ingrediente activo, nuevas formulaciones para fumigación de interiores, cebos azucarados atractivos para mosquitos, el uso de tecnología de impulso genético; los fármacos, incluyendo una cura radical de administración única, una nueva combinación de dos fármacos, un fármaco inyectable de acción prolongada, un anticuerpo monoclonal, un endectocida; las vacunas, como la vacuna contra la malaria de próxima generación; y los diagnósticos, incluidas una nueva prueba de diagnóstico rápido y una herramienta de diagnóstico no invasiva.

Para finales de la década de 2040, las nuevas innovaciones podrían eliminar casi por completo las muertes por VIH/SIDA, la que en su momento fue la pandemia más letal del mundo.

Gilead (junio de 2024). *Gilead's Twice-Yearly Lenacapavir Demonstrated 100% Efficacy and Superiority to Daily Truvada® for HIV Prevention*. www.gilead.com/news/news-details/2024/gileads-twice-yearly-lenacapavir-demonstrated-100-efficacy-and-superiority-to-daily-truvada-for-hiv-prevention.

Merck (2025). *Merck to Initiate Phase 3 Trials for Investigational Once-Monthly HIV Prevention Pill*. www.merck.com/news/merck-to-initiate-phase-3-trials-for-investigational-once-monthly-hiv-prevention-pill/.

Instituto para la Modelización de Enfermedades (2025). *Geographic HIV risk-prioritization for delivery of long-acting PrEP*. [Documento interno no publicado]. Fundación Gates.

Wu, L., Kaftan, D., Wittenauer, R., Arrouzet, C., Patel, N., Saravis, A.L., Pfau, B., Mudimu, E., Bershteyn, A. y Sharma, M. (2024). *Health and budget impact, and price threshold for cost-effectiveness of lenacapavir for PrEP in Eastern and Southern Africa: a modeling analysis*. medRxiv. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2024.08.20.24312137v1>.

Lynch, S., Cohen, R.M., Kavanagh, M., Sharma, A., Raphael, Y., Pillay, Y. y Bekker, L. (2025). *Lessons for long-acting lenacapavir: catalysing equitable PrEP access in low-income and middle-income countries*. The Lancet HIV. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40659026/>.

Las nuevas vacunas maternas, que protegen a los bebés incluso antes de nacer, nos ofrecen la oportunidad de garantizar que sus primeros meses de vida no se conviertan en los últimos.

UNICEF (2025). *Levels and trends in child mortality 2024*. <https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/>.

Gavi (marzo de 2025). *Gavi welcomes first-ever prequalification of a maternal RSV vaccine*. www.gavi.org/news/media-room/gavi-welcomes-first-ever-prequalification-maternal-rsv-vaccine.

Madhi, S. A., Anderson, A. S., Absalon, J., Radley, D., et al. (2023). *Potential for maternally administered vaccine for infant group B streptococcus*. The New England Journal of Medicine. www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2116045.

Para 2045, 3,4 millones de vidas infantiles podrían ser salvadas gracias a la ampliación del uso de los nuevos productos de inmunización contra el VRS y la neumonía.

Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (agosto de 2025). [Modelización a medida. La metodología completa se detalla a continuación].

Metodología utilizada en la modelización a medida para el informe Goalkeepers 2025

Medir el impacto de los recortes en la ayuda internacional al desarrollo sobre la mortalidad infantil

Para estimar el impacto de los recientes recortes en la ayuda, el IHME llevó a cabo dos líneas principales de trabajo: (i) modelar y evaluar cómo los recortes en los fondos provenientes de todas las fuentes relevantes pueden afectar las proyecciones de la ayuda internacional al desarrollo destinada a la salud (DAH) y el gasto total en salud, y (ii) estimar el impacto que tendrán los recortes en los fondos destinados a la salud sobre los indicadores de los ODS incluidos en el informe Goalkeepers 2025.

Medir los recortes en la ayuda internacional y su impacto en los ODS

Para medir de forma exhaustiva los recortes en la ayuda internacional, tanto a nivel nacional como internacional, el IHME recopiló y estandarizó datos sobre el gasto estimado en salud a nivel mundial provenientes de diversas fuentes, entre ellos los fondos comprometidos y desembolsados para proyectos de desarrollo, presupuestos anuales, estados financieros e informes de ingresos. Para tener en cuenta los recortes presupuestarios anunciados por los donantes, se ajustaron las estimaciones de la DAH y el gasto total en salud. Para proyectar la DAH a largo plazo hasta 2045 se generaron escenarios a partir de lo anunciado por los donantes, de las tendencias históricas y de las previsiones basadas en el PIB, mientras que la futura DAH se calculó mediante un método de modelos combinados para evaluar indicadores clave como el gasto público y los gastos directos por parte de los hogares. Las estimaciones y previsiones del IHME sobre la ayuda internacional se basan en datos públicos disponibles hasta el 17 de octubre de 2025. La metodología detallada se puede consultar en el Anexo metodológico en línea del informe *Financing Global Health 2025*: www.healthdata.org/research-analysis/library/financing-global-health-2025-cuts-aid-and-future-outlook.

Se elaboraron los siguientes escenarios sobre el desembolso de fondos:

Escenario	Descripción
Fondos anteriores a 2025	Modelos combinados de tendencias anteriores a 2025.
Reducción del 20 % de la DAH	Sobre la base de los recortes en los fondos estimados para 2025, se aplicó una reducción del 20 % en la DAH global por país receptor, respecto a los niveles de 2024, a partir de 2026 y en adelante.
Reducción del 30 % de la DAH	Sobre la base de los recortes en los fondos estimados para 2025, se aplicó una reducción del 30 % en la AOD global por país receptor, respecto a los niveles de 2024, a partir de 2026 y en adelante.

Para cuantificar el impacto de las reducciones en la ayuda internacional al desarrollo sobre los indicadores de los ODS, el IHME analizó la relación entre cada indicador y el gasto histórico en salud, utilizando un método de análisis no paramétrico de frontera estocástica, donde la “frontera” representa el mejor resultado posible –por ejemplo, el menor número

de casos nuevos de tuberculosis– para un nivel determinado de gasto en salud. El modelo asume que esta “eficiencia” se mantiene en el futuro para calcular el costo marginal de la disminución de la cobertura sanitaria, las vidas perdidas o los casos adicionales como consecuencia de los recortes en los fondos. Para cada indicador de los ODS incluido en este informe, se elaboraron proyecciones basadas en el escenario de reducción del 20 % de la DAH, mientras que, para la mortalidad en menores de cinco años, se generaron proyecciones tanto para los escenarios de reducción del 20 % como del 30 % de la DAH.

Medir el impacto de las nuevas innovaciones en la mortalidad en menores de cinco años

El IHME también estimó cuántas vidas podrían salvarse si un conjunto de nuevas innovaciones se aplicara de manera eficaz dentro del marco de futuros escenarios de salud. Algunas de estas innovaciones consistieron en un conjunto de productos y su impacto sobre la mortalidad por causas específicas, utilizando simulaciones realizadas por la Fundación Gates. El IHME utilizó esta medición del impacto estimado para calcular tanto las vidas infantiles salvadas por causa específica como el total de vidas de menores de cinco años salvadas gracias a estas innovaciones.

Causa	Productos
Malaria	- Control de vectores: mosquiteros con insecticida de doble ingrediente activo, nuevas formulaciones para fumigación de interiores, cebos azucarados atractivos para mosquitos, impulso genético - Fármacos: cura radical de administración única, nueva combinación de dos fármacos, inyectable de acción prolongada, anticuerpo monoclonal, endectocida - Vacuna contra la malaria de próxima generación - Diagnóstico: nueva prueba de diagnóstico rápido, herramienta de diagnóstico no invasiva
Trastornos neonatales	- Vacuna contra el estreptococo del grupo B - Prevención de partos prematuros: suplementos de micronutrientes múltiples / su versión reforzada SMM Plus (SMM/SMM+); cribado del riesgo de preeclampsia / fármaco preventivo; diagnóstico de la preeclampsia / fármaco para su tratamiento, y prevención y tratamiento específicos del síndrome de dificultad respiratoria (SDR); ecografía con inteligencia artificial (IA), corticosteroides prenatales (CSP); presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP), surfactante pulmonar - Prevención: sensores intraparto con IA para orientar adecuadamente la indicación de la cesárea según el nivel de riesgo; <i>Bifidobacterium longum</i> subespecie <i>infantis</i> - Tratamiento: amoxicilina / gentamicina
Diarrea	- Vacuna contra el rotavirus de próxima generación - Vacuna contra Shigella
Infecciones respiratorias bajas	- Anticuerpo monoclonal frente al virus respiratorio sincitial (VRS); vacuna materna frente al VRS - Vacuna conjugada neumocócica de 20-valencias plus (PCV 20+)
Meningitis	Vacuna conjugada neumocócica de 20-valencias plus (PCV 20+)

Referencias:
Colaboradores de proyecciones de la GBD 2021 (2024). *Burden of disease scenarios for 204 countries and territories, 2022–2050: A forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study 2021*. The Lancet. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00685-8.

Explora los datos

Metodología del IHME

Nuestro principal socio en materia de datos, el IHME, elaboró estimaciones y proyecciones para 13 de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) incluidos en el Informe Goalkeepers 2025. El IHME trabajó junto con numerosos socios y empleó métodos innovadores para generar un conjunto de estimaciones actualizadas, algunas de las cuales son parte del proyecto Carga Global de las Enfermedades (GBD, por sus siglas en inglés). Es posible que las estimaciones para los indicadores de este informe difieran de otras fuentes, especialmente en relación con los datos procedentes de ámbitos subnacionales. Esto se debe a que los modelos estadísticos, los insumos de datos y las hipótesis utilizadas por los distintos grupos de modelización pueden diferir entre sí. En la sección siguiente se explica con más detalle cómo se estima cada indicador.

Indicadores estimados por el IHME

El IHME elaboró estimaciones y previsiones para 13 de los indicadores de los ODS incluidos en el informe

Goalkeepers. En la sección siguiente se explica con más detalle cómo se ha estimado cada indicador.

Retraso del crecimiento

Para medir la prevalencia del retraso del crecimiento, el IHME se basa en el criterio de talla para la edad situada a más de dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de referencia de las curvas de crecimiento talla-edad de la OMS (2006) en niños y niñas de 0 a 59 meses. Las estimaciones se obtuvieron utilizando diversos métodos y mejoras en el procesamiento de datos, incluidos predicciones mediante un método de modelos combinados para la prevalencia del retraso del crecimiento según su severidad y para las puntuaciones z de talla-edad (HAZ), una mayor desagregación de los grupos de edad menores de 5 años y un método estandarizado de separación por edad y sexo.

Las proyecciones de la prevalencia del retraso del crecimiento se basaron en escenarios climáticos específicos (días con temperatura superior a 30°C), el consumo per cápita, el índice sociodemográfico (ISD) y los efectos aleatorios por ubicación. Los escenarios más optimistas y más desfavorables se calcularon usando los percentiles 85 y 15 de las tasas de cambio observadas por ubicación y año en periodos anteriores, y aplicando esas mismas tasas a todas las ubicaciones en las proyecciones futuras.

Para estimar el impacto de la reducción de la DAH, utilizamos un método no paramétrico de frontera estocástica (tal como se detalla en la sección “Medir los

recortes en la ayuda internacional y su impacto en los ODS”, presentada anteriormente) para modelar cómo una disminución del gasto total en salud, incluidos los fondos para el Programa Mundial de Alimentos –que varía según el país y el año– podría aumentar el retraso del crecimiento. Las proyecciones se ajustaron para cada país hasta 2030 de acuerdo con el escenario de reducción del 20 % de la DAH.

Tasa de mortalidad materna

La tasa de mortalidad materna (TMM) se define como el número de muertes maternas entre mujeres de 15 a 49 años durante un período determinado por cada 100.000 nacidos vivos. Este indicador refleja el riesgo de muerte materna en relación con el número de nacidos vivos, aproximando así el riesgo de fallecimiento durante el embarazo. Las proyecciones hasta 2030 se modelaron mediante un método de modelos combinados, utilizando el ISD como factor clave para prever la TMM.

Las diferencias en las proyecciones de la TMM respecto al informe Goalkeepers 2024 se deben principalmente a cambios en la estimación de la mortalidad por todas las causas y a la incorporación de fuentes de datos adicionales. Las mejoras metodológicas en la estimación de la mortalidad por todas las causas permitieron incluir fuentes de datos más detalladas por edad, lo que generalmente condujo a un aumento en las estimaciones de mortalidad por todas las causas entre mujeres en edad reproductiva. Estos incrementos son especialmente notables en África subsahariana, lo que se traduce en estimaciones más altas de la TMM. Por el contrario, las

estimaciones de mortalidad por todas las causas entre mujeres en edad reproductiva fueron considerablemente menores en Afganistán respecto a informes anteriores, lo que se traduce en estimaciones más bajas de la TMM.

Desde el último informe se han incorporado datos de años y lugares adicionales afectados por la pandemia. El impacto de la COVID-19 en la mortalidad materna se vio reflejado en las estimaciones del modelo, con datos provenientes, entre otros, de países del Caribe y América Latina, América del Sur, Norteamérica (ingresos altos), Asia Central, Europa Central y el Sudeste Asiático.

Para estimar el impacto de la reducción de la ayuda internacional al desarrollo destinada a la salud (DAH), utilizamos un método no paramétrico de frontera estocástica (tal como se detalla en la sección “Medir los recortes en la ayuda internacional y su impacto en los ODS”, presentada anteriormente) para modelar cómo una disminución del gasto –que varía según el país y el año– aumentaría la TMM, ajustando nuestras proyecciones para cada país hasta 2030 de acuerdo con el escenario de reducción del 20 % de la DAH.

Tasa de mortalidad en menores de 5 años

La tasa de mortalidad en menores de 5 años (TMI5) es la probabilidad de muerte entre el nacimiento y los 5 años de edad. Se expresa como el número de muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Para calcular estas proyecciones, se utilizaron todos los datos disponibles provenientes de registros vitales, registros muestrales, encuestas y censos, los cuales fueron modelados mediante un nuevo modelo estadístico para tasas de mortalidad específicas por edad,

que incorpora métodos paramétricos y no paramétricos. Las tasas de mortalidad específicas por edad para las edades 0-6 días, 7-27 días, 1-5 meses, 6-11 meses, 1-2 años y 2-4 años fueron estimadas conjuntamente en el modelo, y luego convertidas en la TMI5. Las proyecciones se basaron en una combinación de factores clave, que incluyen los factores de riesgo de la Carga Global de las Enfermedades (GBD), intervenciones seleccionadas (por ejemplo, las vacunas) y el ISD. Los cambios en las proyecciones de la TMI5 en este informe se deben a la incorporación de nuevos datos adicionales sobre la mortalidad respecto al anterior, así como al nuevo modelo estadístico.

Para estimar el impacto de la reducción de la DAH, el IHME utilizó un método no paramétrico de frontera estocástica (tal como se detalla en la sección “Medir los recortes en la ayuda internacional y su impacto en los ODS”, presentada anteriormente) para modelar cómo la disminución del gasto –que varía según el país y el año– aumentaría la mortalidad en menores de cinco años, y ajustó las previsiones para cada país hasta 2030 de acuerdo con el escenario de reducción del 20 % de la DAH.

Referencias:
Schumacher, A.E., et al. (2024). *Global age-sex-specific all-cause mortality and life expectancy estimates for 204 countries and territories and 660 subnational locations, 1950–2023: A demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023*. The Lancet. Documento no publicado.

Tasa de mortalidad neonatal

El IHME define la tasa de mortalidad neonatal como la probabilidad de muerte durante los primeros 28 días completos de vida. Se expresa como el número de muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Para calcular las proyecciones, se utilizaron todos los datos disponibles provenientes de registros civiles, registros muestrales, encuestas y censos, los cuales fueron modelados mediante un nuevo modelo estadístico para las tasas de mortalidad específicas por edad que incorpora métodos paramétricos y no paramétricos. Las tasas de mortalidad específicas por edad para las edades 0-6 días y 7-27 días fueron estimadas conjuntamente en el modelo y luego convertidas en la tasa de mortalidad neonatal. Las proyecciones se basaron en una combinación de factores clave, incluidos los factores de riesgo de la GBD, intervenciones seleccionadas (por ejemplo, las vacunas) y el ISD. La mayoría de los cambios en las proyecciones de la mortalidad neonatal en el informe Goalkeepers de este año se debe a la incorporación de nuevos datos adicionales y a cambios metodológicos para estimar la tasa de mortalidad en menores de 5 años.

Para estimar el impacto de la reducción de la ayuda internacional al desarrollo destinada a la salud, utilizamos un método no paramétrico de frontera estocástica (tal como se detalla en la sección “Medir los recortes en la ayuda internacional y su impacto en los ODS”, presentada anteriormente) para modelar cómo la disminución del gasto —que varía según el país y el año— incrementaría la mortalidad neonatal, y ajustamos nuestras previsiones para cada país hasta 2030 de acuerdo con el escenario de reducción del 20 % de DAH.

Referencias:
Schumacher, A.E., et al. (2024). *Global age-sex-specific all-cause mortality and life expectancy estimates for 204 countries and territories and 660 subnational locations, 1950–2023: A demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023*. The Lancet. Documento no publicado.

VIH
Para calcular la tasa estimada de VIH, el IHME se basa en el número de nuevas infecciones por VIH por cada 1.000 habitantes. Los cambios en la incidencia en el informe de este año se deben a las actualizaciones realizadas durante la proyección de la GBD para 2023, las cuales incorporan importantes mejoras en los datos procedentes de las fuentes detalladas a continuación. Evaluación del impacto del VIH basada en la población (PHIA): 5 países publicaron sus primeros informes correspondientes a 2020-2023 y siete países proporcionaron nuevos microdatos. Encuestas en hogares: 13 países proporcionaron resultados de nuevas encuestas. Informes de casos: se añadieron datos de los últimos años para 54 países, por lo que se incluyeron 546 años-país adicionales. ONUSIDA: 145 países actualizaron las series temporales en sus archivos de país de *Spectrum*.

Para estimar el impacto de la reducción de la DAH, utilizamos un método no paramétrico de frontera estocástica (tal como se detalla en la sección “Medir los recortes en la ayuda internacional y su impacto en los ODS”, presentada anteriormente) para modelar cómo la disminución del gasto –que varía según el país y el

año– se traduciría en una menor cobertura de la terapia antirretroviral (TAR). La cobertura de la TAR influye en las tasas de mortalidad y de incidencia en nuestro modelo, de manera que cualquier cambio en esta cobertura afecta a ambas métricas epidemiológicas. A partir de las disminuciones estimadas en la cobertura de la TAR, simulamos su impacto dentro de nuestro marco de proyección.

Tuberculosis
Para estimar los casos nuevos y recurrentes de tuberculosis (TB) diagnosticados en un año determinado (incidencia), el IHME se basa en datos provenientes de encuestas de prevalencia, notificaciones de casos, así como de estimaciones de remisión, de mortalidad en exceso y de mortalidad específicas por causa, que se incorporan a un modelo estadístico diseñado para garantizar la consistencia interna de las estimaciones. A nivel mundial, la incidencia estimada de TB en este informe muestra una ligera aceleración en la tendencia a la baja respecto al año pasado. Este cambio se debe a la actualización de la serie temporal de mortalidad por TB, que incorpora un marco actualizado de mortalidad para el ciclo de la GBD 2025, covariables actualizadas con datos recientes y nueva información disponible sobre causas de muerte.

Para estimar el impacto de la reducción de la DAH, utilizamos un método no paramétrico de frontera estocástica (tal como se detalla en la sección “Medir los recortes en la ayuda internacional y su impacto en los ODS”, presentada anteriormente) para modelar cómo la disminución del gasto —que varía según el país y el año—

aumentaría la incidencia de la tuberculosis, y ajustamos nuestras previsiones para cada país hasta 2030 de acuerdo con el escenario de reducción del 20 % de la DAH.

Malaria
Para estimar la tasa de malaria, el IHME se basa en el número de nuevos casos por cada 1.000 habitantes. Desde el año pasado, la tasa estimada de malaria incorpora nuevos datos, incluyendo los resultados de tres encuestas nacionales recientes de Ghana, Liberia y Mozambique. A esto se suman las actualizaciones rutinarias y, por primera vez en varios años, la actualización de los datos sobre cobertura de notificación. Estas mejoras han afectado los resultados de varios países, entre ellos Costa de Marfil, Ghana, Liberia, Mozambique, Senegal y Guyana. Los grandes picos en las estimaciones de Myanmar, Etiopía, Pakistán y Zimbabue se deben a brotes conocidos.

Para las proyecciones hasta 2030 se utilizaron los modelos de predicción de malaria desarrollados para escenarios climáticos. En resumen, estos modelos tenían cinco componentes, todos ajustados al nivel administrativo 2. Modelo 1: modela la prevalencia del *Plasmodium falciparum* en niños y niñas de 2 a 10 años (pfpr2-10). Modelo 2: modela la prevalencia de casos en todas las edades a partir de pfpr2-10. Modelo 3: modela la tasa de casos específica por edad y sexo a partir de la tasa de casos en todas las edades. Modelo 4: modela la prevalencia y la tasa de mortalidad en todas las edades a partir de pfpr2-10. Modelo 5: modela la tasa de mortalidad específica por edad y sexo a partir de la tasa de mortalidad en todas las edades. Cada modelo utilizó datos administrativos de nivel 2 desde

2000 hasta 2022, incluyendo no solo los resultados de malaria, sino también la fracción ponderada del año con temperatura adecuada para la transmisión (según el nivel de idoneidad), los días anuales de inundación per cápita, el PIB per cápita, y el gasto de DAH en malaria.

Para calcular la proyección de referencia, se utilizaron las estimaciones proyectadas de cada covariable (RCP 4.5 para las variables climáticas) y las estimaciones de referencia del gasto de DAH en malaria.

Referencias:

Organización Mundial de la Salud (2022). *Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic (November – December 2021)*. www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2022.1.

Enfermedades tropicales desatendidas

Para medir la suma de la prevalencia de 15 enfermedades tropicales desatendidas (ETD) por cada 100.000 personas, el IHME se basa en los datos actualmente recopilados en el estudio anual de la Carga Mundial de las Enfermedades para: tripanosomiasis africana humana, enfermedad de Chagas, equinococosis quística, cisticercosis, dengue, trematodiasis transmitida por alimentos, dracunculiasis, helmintos transmitidos por el suelo (HTS, que incluyen anquilostomiasis, tricuriasis y ascariasis), leishmaniasis, lepra, filariasis linfática, oncocercosis, rabia, esquistosomiasis y tracoma. Las proyecciones hasta 2030 se realizaron mediante un método de modelos combinados, considerando tanto las tendencias pasadas como las proyecciones del índice ISD.

Para estimar el impacto de la reducción de la DAH, utilizamos un método no paramétrico de frontera estocástica (tal como se detalla en la sección “Medir los recortes en la ayuda internacional y su impacto en los ODS”, presentada anteriormente) para modelar cómo la disminución del gasto –que varía según el país y el año– aumentaría la prevalencia de las ETD, y ajustamos nuestras proyecciones para cada país hasta 2030 de acuerdo con el escenario de reducción del 20 % de la DAH.

Planificación familiar

Para estimar la proporción de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) cuya necesidad de planificación familiar está cubierta con métodos anticonceptivos modernos, el IHME se basa en datos sobre el uso actual de esterilización masculina o femenina, preservativos masculinos o femeninos, diafragmas, capuchones cervicales, esponjas, agentes espermicidas, píldoras hormonales orales, parches, anillos, implantes, inyecciones, dispositivos intrauterinos (DIU) y anticonceptivos de emergencia. La necesidad se define según lo establecido por las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS, por sus siglas en inglés). Las proyecciones hasta 2030 se elaboraron mediante un método de modelos combinados, que toma en cuenta tanto las tendencias históricas como en el índice ISD como factor clave, e incorpora proyecciones de ingreso per cápita, educación y los efectos de la pandemia de COVID-19.

Para estimar el impacto de la reducción de la DAH, utilizamos un método no paramétrico de frontera estocástica (tal como se detalla en la sección “Medir los

recortes en la ayuda internacional y su impacto en los ODS”, presentada anteriormente) para modelar cómo la disminución del gasto –que varía según el país y el año– reduciría la cobertura satisfecha de la necesidad de métodos anticonceptivos modernos, y ajustamos nuestras proyecciones para cada país hasta 2030 de acuerdo con el escenario de reducción del 20 % de la DAH.

Referencias:

Performance Monitoring for Action (2020). *Performance Monitoring for Action (PMA) Survey*. www.pmadata.org/data.

Bradley, Sarah E.K., Trevor N. Croft, Joy D. Fishel y Charles F. Westoff (2012). *Revising Unmet Need for Family Planning, DHS Analytical Studies, 25*. ICF International [www.dhsprogram.com/pubs/pdf/AS25/AS25\[12\]June2012\].pdf](http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/AS25/AS25[12]June2012].pdf).

Cobertura sanitaria universal

El índice de cobertura efectiva de la cobertura sanitaria universal (CSU) es un indicador compuesto por 23 métricas que reflejan la cobertura efectiva de distintos grupos poblacionales por edad y a lo largo de todo el ciclo de vida: mujeres embarazadas y recién nacidos, menores de 5 años, jóvenes de 5 a 19 años, personas adultas de 20 a 64 años, y de 65 años o más. Estos indicadores se organizan en distintos ámbitos de los servicios de salud: promoción, prevención y tratamiento.

Los indicadores de promoción del sistema de salud incluyen la satisfacción de la necesidad de planificación familiar con métodos anticonceptivos modernos.

Los indicadores de prevención del sistema de salud incluyen la proporción de niños y niñas que reciben la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP), y la proporción de los que reciben la primera dosis de la vacuna contra el sarampión. La atención prenatal para las madres y la atención neonatal para los recién nacidos se consideran indicadores tanto de prevención como de tratamiento de enfermedades que afectan la salud materna e infantil.

Los indicadores de tratamiento de enfermedades transmisibles se expresan mediante la relación entre mortalidad e incidencia (para infecciones respiratorias bajas, diarrea y tuberculosis) y mediante la cobertura del tratamiento antirretroviral (TAR) entre las personas con VIH/SIDA. Los indicadores de tratamiento de enfermedades no transmisibles incluyen la relación entre mortalidad e incidencia para leucemia linfocítica aguda, apendicitis, íleo paralítico y obstrucción intestinal, cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de útero y cáncer colorrectal. También incluyen la relación entre mortalidad y prevalencia para accidente cerebrovascular, enfermedad renal crónica, epilepsia, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, así como la tasa de mortalidad ajustada por riesgo por enfermedad cardíaca isquémica. Los indicadores de cobertura efectiva se ponderan en el índice de acuerdo con el potencial beneficio en salud que cada país podría alcanzar si mejorara la cobertura de ese indicador.

Para generar las proyecciones del índice de cobertura efectiva de la cobertura sanitaria universal (CSU) de 2025 a 2030, se ajustó un modelo meta-frontera

estocástica para la CSU, utilizando las proyecciones del gasto total en salud per cápita como variable independiente. A partir del modelo, se extrajeron las ineficiencias específicas por país y año, y se realizaron proyecciones hasta 2030 mediante una regresión lineal con ponderación exponencial en el tiempo para cada país. Las ineficiencias proyectadas, junto con las estimaciones del gasto total en salud per cápita, se incorporaron en la frontera previamente ajustada para obtener las proyecciones del índice CSU de todos los países para 2025-2030.

Para estimar el impacto de la reducción de la DAH, utilizamos un método no paramétrico de frontera estocástica (tal como se detalla en la sección “Medir los recortes en la ayuda internacional y su impacto en los ODS”, presentada anteriormente) para modelar cómo la disminución del gasto –que varía según el país y el año– reduciría la cobertura sanitaria universal, y ajustamos nuestras proyecciones para cada país hasta 2030 en acuerdo con el escenario de reducción del 20 % de la DAH.

Tabaquismo

Para estimar la prevalencia estandarizada por edad del consumo actual de tabaco fumado en personas de 15 años o más, el IHME recopila datos de encuestas representativas que incluyen preguntas sobre el consumo actual autoinformado de tabaco y sobre el tipo de producto fumado (como cigarrillos, puros, pipas, narguile y otros productos locales). Todos los datos se ajustan a la definición estándar de consumo actual en los últimos 30 días, lo que permite comparaciones significativas entre distintos lugares y a lo largo del

tiempo. Las proyecciones hasta 2030 se realizaron utilizando el índice ISD como factor clave, el cual incorpora proyecciones de ingreso per cápita, educación y los efectos de la pandemia de COVID-19.

Vacunas

Para medir la cobertura de inmunización, el IHME informa por separado sobre las siguientes vacunas: tres dosis de difteria-tétanos-tos ferina (DTP3), segunda dosis de sarampión (MCV2) y tres dosis de vacuna neumocócica conjugada (PCV3).

Para medir los efectos de la pandemia (2020-2023) sobre la cobertura de inmunización, el IHME utilizó las tendencias reportadas por los países y amplió su marco de modelización para capturar otras interrupciones temporales importantes como las caídas en la cobertura por desabastecimientos u otros eventos similares. Dentro de este marco, el IHME primero modeló la magnitud de las interrupciones para años-países de vacunación con eventos de desabastecimiento reportados a través del formulario de Notificación Conjunta de 2025 u otros eventos de interrupción identificados. Se comparó la cobertura contrafactual estimada (excluyendo los años-países con interrupciones) con los valores reportados, y las magnitudes obtenidas se incorporaron como covariable en la modelización de la cobertura de inmunización. Para los años 2020-2023, todos los años-países se consideraron candidatos a interrupciones por COVID-19, e incluso para los casos sin datos reportados, se imputaron magnitudes basándose en las distribuciones específicas por vacuna y año de los lugares con información disponible.

Estas estimaciones también incorporan nuevos métodos para reflejar de manera más precisa los aumentos rápidos en la cobertura de MCV2 y PCV3 durante los años posteriores a la introducción de cada vacuna en un mismo país, mediante modelos jerárquicos de *splines*. Para cada vacuna, el modelo primero determinó los patrones globales de expansión y luego los utilizó como información previa para los modelos específicos de cada país. Este enfoque permite capturar con mayor exactitud la expansión específica a cada país cuando hay datos disponibles, y al mismo tiempo aprovecha los patrones globales para informar las estimaciones en los casos donde faltan datos.

Para estimar el impacto de la reducción de la DAH, el IHME utilizó un método no paramétrico de frontera estocástica (tal como se detalla en la sección “Medir los recortes en la ayuda internacional y su impacto en los ODS”, presentada anteriormente) para modelar cómo la disminución del gasto –que varía según el país y el año– reduciría la cobertura de inmunización, y ajustó sus proyecciones para cada país hasta 2030 de acuerdo con el escenario de reducción del 20 % de la DAH.

Referencias:
Organización Mundial de la Salud (julio de 2025). *La vacunación infantil se mantiene estable en el mundo, pero más de 14 millones de bebés siguen sin vacunar*. Comunicado de prensa. <https://www.who.int/es/news/item/15-07-2025-global-childhood-vaccination-coverage-holds-steady-yet-over-14-million-infants-remain-unvaccinated-who-unicef>.

Colaboradores sobre la cobertura de inmunización de la GBD 2023 (2024). *Global, regional, and national trends in routine childhood vaccination coverage from 1980 to 2023 with forecasts to 2030: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023*. The Lancet. [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)01037-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)01037-2/abstract).

Sistemas de saneamiento

Para estimar la proporción de la población con acceso a un sistema de saneamiento gestionado de forma segura, el IHME se basa en la definición del Programa Conjunto de Monitoreo (JMP, por sus siglas en inglés), según la que las instalaciones gestionadas de forma segura deben cumplir tres criterios: 1) no ser compartidas con múltiples hogares, 2) ser instalaciones de saneamiento mejoradas, y 3) que las aguas residuales se eliminen de manera segura (Organización Mundial de la Salud, 2021). La eliminación segura de las aguas residuales puede implicar su tratamiento y disposición in situ, su almacenamiento temporal seguido de tratamiento fuera del lugar, o su transporte mediante un sistema de alcantarillado para su posterior tratamiento (OMS, 2021). El IHME clasificó los hogares según el tipo de saneamiento de la siguiente manera: hogares con sistemas conectados a la red (alcantarillado o fosa séptica); hogares con sistemas mejorados, pero sin conexión a la red (letrina simple, letrina mejorada ventilada, letrina con losa, inodoro de compostaje); hogares sin sistemas mejorados (inodoro con descarga no conectado a alcantarillado o fosa séptica, letrina

sin losa o letrina abierta, balde, inodoro colgante o letrina colgante, sin instalaciones); y tipo de tratamiento de aguas residuales para hogares conectados a alcantarillado, según lo define el JMP para el suministro de agua y saneamiento.

Para el Informe Goalkeepers 2025, el IHME desarrolló modelos para estimar tres componentes del saneamiento gestionado de forma segura: 1) la proporción de aguas residuales que reciben al menos un tratamiento secundario, 2) la proporción de instalaciones conectadas a alcantarillado gestionadas de forma segura, y 3) la proporción de instalaciones mejoradas no conectadas a alcantarillado gestionadas de forma segura.

Los datos para estimar la proporción de aguas residuales que reciben al menos un tratamiento secundario se extrajeron de Eurostat, Aquastat, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y encuestas nacionales. Los datos para estimar la proporción de instalaciones conectadas a alcantarillado gestionadas de forma segura se extrajeron de Eurostat, Aquastat, las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS), las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) de UNICEF, la OCDE y encuestas nacionales (República de Corea, Singapur, Andorra, Austria e Irlanda). Los datos para estimar la proporción de instalaciones mejoradas no conectadas a alcantarillado gestionadas de forma segura se extrajeron de MICS, DHS, Eurostat y encuestas nacionales (Canadá, Noruega y Estados Unidos).

Para estimar la proporción de la población total con acceso a saneamiento gestionado de forma segura, el IHME se basó en la suma de dos componentes: la proporción de personas con instalaciones conectadas a alcantarillado gestionadas de forma segura y la proporción de personas con instalaciones mejoradas, pero no conectadas a alcantarillado, igualmente gestionadas de forma segura.

Para estimar el impacto de la reducción de la DAH, el IHME utilizó un método no paramétrico de frontera estocástica (tal como se detalla en la sección “Medir los recortes en la ayuda internacional y su impacto en los ODS”, presentada anteriormente) para modelar cómo la disminución del gasto gubernamental y de la ayuda internacional en agua, saneamiento e higiene WASH, por sus siglas en inglés) –que varía según el país y el año– reduciría la proporción de la población con acceso a saneamiento gestionado de forma segura, y ajustó sus proyecciones para cada país hasta 2030 en acuerdo con el escenario de reducción del 20 % de la DAH.

Referencias:
Programa Conjunto de Monitoreo de la Organización Mundial de la Salud y UNICEF (2021). *WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene (JMP)* | UN_Water. www.washdata.org/sites/default/files/2022-01/jmp-2021-metadata-sdg-621a.pdf.

Fuentes de los indicadores del IHME
A continuación se presenta información sobre las fuentes de datos utilizados para cada indicador. El informe detallado sobre el origen de estos datos, utilizados para las estimaciones de la GBD 2021, puede consultarse en: <https://ghdx.healthdata.org/gbd-2021/sources>.

Indicador y componente	Nº total de fuentes de la GBD 2023
Mortalidad infantil	24.025
Retraso del crecimiento infantil	1.748
Planificación familiar (necesidades cubiertas)	1.119
Malaria	13.099
Mortalidad materna	8.107
Mortalidad neonatal	24.025
VIH	6.320
ETD Chagas	1.199
ETD Leishmaniasis visceral	5.815
ETD Leishmaniasis cutánea y mucocutánea	1.503
ETD Tripanosomiasis africana	3.075
ETD Esquistosomiasis	3.855

ETD Cisticercosis	3.901
ETD Equinocosis quística	3.731
ETD Filariasis linfática	496
ETD Oncocerciasis	351
ETD Tracoma	109
ETD Dengue	3.950
ETD Rabia	4.058
ETD Ascariasis	4.599
ETD Tricuriasis	868
ETD Enfermedad por anquilostoma	873
ETD Trematodiasis transmitida por alimentos	57
ETD Lepra	1.595
ETD Dracunculiasis	458
Sistema de saneamiento gestionado de forma segura	1.243
Prevalencia del tabaquismo	3.859
Tuberculosis	8.422
CSU Trastornos maternos	8.107
CSU Necesidades cubiertas	1.123

Indicador y componente	Nº total de fuentes de la GBD 2023
CSU Nacidos vivos	15.981
CSU Mortalidad neonatal	24.025
CSU Difteria	4.185
CSU Tos ferina	9.667
CSU Tétanos	4.421
CSU Vacunación contra el DTP	9.005
CSU Sarampión	11.333
CSU Vacunación contra el sarampión	8.893
CSU IRB	4.594
CSU Diarrea	6.087
CSU Tratamiento del VIH	6.320
CSU TB	4.578
CSU Leucemia linfoide	3.518
CSU Asma	3.106
CSU Diabetes	4.368

CSU Tratamiento de cardiopatía isquémica	4.348
CSU Accidente cerebrovascular	4.373
CSU Enfermedad renal crónica	4.592
CSU Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3.123
CSU Cáncer de cuello uterino	5.261
CSU Cáncer de mama	5.264
CSU Cáncer de útero	5.237
CSU Cáncer de colon y recto	5.327
CSU Epilepsia	4.131
CSU Apendicitis	4.213
CSU Tratamiento de íleo parálítico y obstrucción intestinal	4.086
Cobertura de inmunización con DTP3	9.005
Cobertura de inmunización con MCV2	3.266
Cobertura de inmunización con PCV3	1.897

Indicadores estimados a partir de otras fuentes

Pobreza

Banco Mundial (2025). *Tasa de pobreza con 2,15 USD al día (PPA de 2017) (% de la población)*. [Conjunto de datos]. https://data360.worldbank.org/en/indicator/WB_PIP_HEADCOUNT_IPL.

Para la metodología, ver: Banco Mundial (2025). *Poverty and inequality platform methodology handbook*. <https://datanalytics.worldbank.org/PIP-Methodology/>.

Para este informe se ha utilizado el umbral de pobreza internacional y los datos de paridad de poder adquisitivo (PPA) que estaban vigentes antes de la actualización del Banco Mundial de junio de 2025. El nuevo umbral de pobreza y las nuevas PPA se incorporarán en la próxima edición de este informe para garantizar la consistencia y comparabilidad a lo largo del tiempo.

Agricultura

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2025). *Ingreso medio anual de la agricultura*. [Conjunto de datos]. <http://dataexplorer.fao.org/>.

Se incluye el crecimiento de los ingresos de los pequeños productores de alimentos para los países seleccionados que cuentan con al menos dos registros en el conjunto de datos. Para todos los países sin datos para 2014 y 2019, se utilizaron los años más antiguos y recientes disponibles para calcular el crecimiento de los ingresos. El crecimiento de los ingresos de los pequeños agricultores se calcula por país utilizando los años que se indican a continuación:

Ubicación	Periodo
Burkina Faso	2014–2019
Camboya	2009–2021
Costa de Marfil	2008–2019
Etiopía	2014–2019
Ghana	2013–2017
India	2005–2012
Malawi	2011–2020
Malí	2014–2019
Mongolia	2014–2019

Níger	2011–2019
Nigeria	2013–2019
Senegal	2011–2022
Sierra Leona	2011–2018
Tanzania	2009–2021
Uganda	2010–2020

Educación
Banco Mundial, Instituto de Estadística de la UNESCO, UNICEF, USAID, Fundación Bill y Melinda Gates y Ministerio de Asuntos Exteriores, Commonwealth y Desarrollo (2022). *The State of Global Learning Poverty: 2022 Update*. [Edición para conferencias]. www.unicef.org/media/122921/file/StateofLearningPoverty2022.pdf.

Fuente de las simulaciones Learning Poverty 2022: Azevedo, J. P., Demombynes, G. y Wong, Y. N. (2023). *Why has the pandemic not sparked more concern for learning losses in Latin America? The perils of an invisible crisis*. Educación para el desarrollo global. <https://blogs.worldbank.org/en/education/why-hasnt-pandemic-sparked-more-concern-learning-losses-latin-america-perils-invisible>.

Igualdad de género
El Índice de Género de los ODS de Equal Measures 2030 (EM2030) es la herramienta global más completa para medir el progreso hacia la igualdad de género, y está alineada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). El índice rastrea 56 indicadores clave de género que proporcionan una visión global tanto a nivel de cada ODS como entre ellos, abarcando 14 de los 17 ODS.

Es el único índice que incorpora una perspectiva de género en cada uno de los objetivos, incluidos muchos ODS que carecen de esta perspectiva en el marco oficial. Ir más allá del ODS 5 (el único objetivo dedicado a la igualdad de género) es importante para capturar las tendencias más amplias que influyen en el progreso hacia la igualdad de género y para destacar cómo cuestiones como el hambre, la pobreza y el cambio climático afectan a niñas y mujeres.

El índice 2024 abarca 139 países, que representan el 96 % de las mujeres y niñas del mundo. El índice rastrea las puntuaciones de tres años de referencia: 2015, 2019 y 2022, y proyecta un escenario para 2030 basado en las tendencias actuales.

Esta es la tercera edición del Índice de Género de los ODS, que se había publicado anteriormente en 2019 y 2022. Es uno de los pocos índices mundiales de género que ha sido auditado formalmente por el Centro de Competencia en Indicadores Compuestos y Tableros de Mando (JRC-COIN) del Centro Común de Investigación de la Unión Europea.

El índice fue desarrollado por una coalición de líderes nacionales, regionales y globales pertenecientes a redes feministas, la sociedad civil y organismos de desarrollo internacional.

Recursos:

Para descargar los datos del índice 2024, consultar el último informe y obtener más información sobre la metodología del mismo, ir a: www.equalmeasures2030.org/2024-sdg-gender-index

Para acceder a las visualizaciones interactivas de los datos del índice, ir a: www.equalmeasures2030.org/2024-sdg-gender-index/explore-the-data/

Para consultar la auditoría técnica realizada por el centro COIN del Centro Común de Investigación de la UE, ir a: www.equalmeasures2030.org/2024-sdg-gender-index/about-the-index/

Equal Measures 2030 (2024). *¿Un futuro con igualdad de género en crisis? Conclusiones del Índice de Género de los ODS de 2024*. <https://equalmeasures2030.org/es/indice-de-genero-de-los-ods-de-2024/>.

Sistemas financieros inclusivos

La comparación entre los “ingresos” se refiere a lo que el Banco Mundial calcula como la proporción de cuentas en poder del 60 % de los hogares más ricos frente al 40 % de los hogares más pobres.

Klapper, L., Singer, D., Starita, L. y Norris, A. (2025). *The Global Findex Database 2025: Connectivity and Financial Inclusion in the Digital Economy*. Banco Mundial. www.hdl.handle.net/10986/43438.

Banco Mundial (2025). *Propiedad de cuenta en una institución financiera o con un proveedor de dinero móvil (% de la población de 15 años o más)*. [Conjunto de datos]. Base de datos Global Findex. <https://genderdata.worldbank.org/en/indicator/fx-own-totl-zs>.

Para la metodología, ir a:

Banco Mundial (2025). Metodología de la encuesta. En Base de Datos Global Findex 2025: *Connectivity and Financial Inclusion in the Digital Economy*, 267–294. www.worldbank.org/en/publication/globalfindex/methodology.