

ESTADÍSTICAS SANITARIAS MUNDIALES

2020

MONITOREANDO LA SALUD PARA LOS ODS

OBJETIVOS DE
DESARROLLO SOSTENIBLE



Organización
Mundial de la Salud

ESTADÍSTICAS SANITARIAS MUNDIALES

2020

MONITOREANDO LA SALUD PARA LOS ODS

OBJETIVOS DE
DESARROLLO SOSTENIBLE



Organización
Mundial de la Salud

Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible [World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals]

ISBN 978-92-4-001195-3 (versión electrónica)

ISBN 978-92-4-001196-0 (versión impresa)

© Organización Mundial de la Salud 2020

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la OMS refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OMS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: «La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante».

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con las Reglas de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Forma de cita propuesta Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible [World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020. Licencia. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogación (CIP): Puede consultarse en <http://apps.who.int/iris>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, véase <http://apps.who.int/bookorders>. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <http://www.who.int/about/licensing>.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OMS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Créditos fotográficos: página 1 OMS / Karen Reidy; página 6 OMS / Lindsay Mackenzie; páginas 12, 19 OMS / NOOR / Sebastian Liste; página 23 OMS / Simon Lim

Diseño y maquetación: L'IV Com Sàrl

ÍNDICE

Prólogo	iv
Abreviaturas y siglas	v
Introducción	vi
Mensajes clave	vii
1. Importantes aumentos de la esperanza de vida en los países de ingresos bajos	1
2. Menos muertes maternas e infantiles, y avances frente a las grandes epidemias	6
3. Tendencias de la mortalidad y los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, y muertes por lesiones y violencia	12
4. Abordaje de los problemas en materia de datos	19
5. Información y datos sanitarios de buena calidad	23
Anexo 1. Aspectos destacados de los indicadores de los ODS relacionados con la salud en las regiones ...	27
Anexo 2. Tablas de estadísticas sanitarias por países, por regiones de la OMS y a escala mundial	41
Anexo 3. Grupos de países por regiones de la OMS	77

PRÓLOGO



He dicho a menudo que para progresar debemos ser capaces de medir los progresos.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible ofrecen la prometedora perspectiva de un mundo más sano, más seguro y más justo, con unas metas concretas por las que trabajar que guardan relación con todos los problemas sanitarios más apremiantes de nuestro tiempo. Hacer realidad esa visión supone, en parte, saber dónde estamos, lo que nos permitirá determinar qué hemos de hacer para llegar a nuestro destino.

En el contexto de la transformación de la OMS, hemos trabajado para expandir la notificación de datos a la escala de los países en el caso de 46 indicadores de los ODS relacionados con la salud, los cuales se presentan en las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020.

La edición de 2020 muestra firmes mejoras en muchos indicadores sanitarios clave, al tiempo que revela que en otras áreas seguimos rezagados. Hemos hecho notables progresos en varios indicadores importantes, como los descensos de la mortalidad materna, neonatal e infantil desde 2000, pero queda mucho para lograr las metas de los ODS.

Hay noticias contradictorias acerca de las enfermedades no transmisibles, que son las principales causas de muerte en el mundo. Aunque la tasa general de muertes prematuras relacionadas con dichas enfermedades ha disminuido en los dos últimos decenios, los progresos se han ralentizado desde 2010 y los factores de riesgo clave, como la obesidad, están en alza.

El seguimiento de los progresos depende de que los países dispongan de unos datos y unos sistemas de información sanitaria sólidos. En muchas partes del mundo hay grandes deficiencias en la disponibilidad de datos de los ODS. Para fortalecer la capacidad de los países en materia de datos e información se precisa la colaboración entre instituciones gubernamentales y no gubernamentales tales como los ministerios de salud y de finanzas, las oficinas nacionales de estadística, las oficinas del registro civil, los gobiernos locales y regionales, los grupos de reflexión y los círculos académicos.

Una de las principales lecciones de la pandemia de COVID-19 es que debemos invertir en datos y sistemas de información sanitaria, entendidos como parte de nuestra capacidad general de salud pública, antes de que surja una crisis. Para salir fortalecidos de la crisis actual debemos ser capaces de supervisar los progresos mediante datos instantáneos, fiables y útiles para la adopción de medidas.

Contar con unos sistemas sólidos de datos sanitarios es condición indispensable para mejorar los resultados de salud de la población y alcanzar las metas sanitarias de los ODS. La OMS se ha comprometido a colaborar con la comunidad internacional para apoyar estos sistemas esenciales con miras a que todos los países puedan disponer de datos fiables, oportunos y accesibles. Los sistemas de información sanitaria sólidos son uno de los pilares fundamentales de nuestra misión de promover la salud, preservar la seguridad mundial y servir a las poblaciones vulnerables.

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Tedros Adhanom Ghebreyesus'. The signature is written in a cursive, flowing style.

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus

Director General

Organización Mundial de la Salud

ABREVIATURAS Y SIGLAS

13.º PGT	13.º Programa General de Trabajo
CIE 10	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (10.ª revisión)
CSU	cobertura sanitaria universal
DOTS	tratamiento breve bajo observación directa
DTP3	vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (tercera dosis)
ENT	enfermedad no transmisible
ETD	enfermedad tropical desatendida
EVAS	esperanza de vida sana
GHO	Observatorio mundial de la salud
MTI	mosquitero tratado con insecticida
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONE	oficina nacional de estadísticas
ONU	Naciones Unidas
PVH	papilomavirus humano
RMM	razón de mortalidad materna
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
sida	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SISP	sistemas de información sanitaria periódica
TAD	tensión arterial diastólica
TAR	terapia antirretroviral
TAS	tensión arterial sistólica
TB	tuberculosis
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VCM	violencia contra la mujer
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana
WHS+	Encuesta de Salud Mundial Plus

INTRODUCCIÓN

Las *Estadísticas sanitarias mundiales 2020* son la recopilación anual más reciente de las estadísticas sanitarias de 194 Estados Miembros.¹ En ellas se resumen las tendencias de la esperanza de vida y las causas de muerte y se informa de los progresos hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) sanitarios y relacionados con la salud y sus metas conexas. Se han incluido cuatro indicadores de importancia creciente para la salud pública, relacionados con la poliomielitis, la hipertensión y la obesidad en los adultos y los niños en edad escolar. Forman parte del 13.º Programa General de Trabajo de la OMS para el periodo 2019-2023 (13.º PGT), aprobado por la 71.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2018.² El 13.º PGT se basa en gran medida en los ODS y establece la orientación estratégica de la OMS hasta 2023.

Además, en ellas se evalúa la disponibilidad actual de datos de los indicadores y se describen las deficiencias en materia de datos y la labor que lleva a cabo la OMS para ayudar a los países a mejorar los sistemas de información sanitaria. En el anexo 1 se ofrecen las estadísticas y los aspectos más destacados a escala regional, y en el anexo 2 se presentan las estadísticas de una serie de indicadores de los ODS relacionados con la salud por países; el anexo 3 recoge las listas de países de las regiones de la OMS.

Desde 2016, las *Estadísticas sanitarias mundiales* son el documento en el que se agrupan los ODS sanitarios y relacionados con la salud, cuyo seguimiento corresponde a la OMS junto con los organismos asociados de las Naciones Unidas, para que sirva de instrumento a los Estados Miembros y los responsables de la toma de decisiones.³

¹ La colección *Estadísticas sanitarias mundiales* es elaborada por la División de la OMS de Datos, Análisis y Ejecución, en colaboración con los departamentos técnicos y las oficinas regionales de la OMS.

² 13.º Programa General de Trabajo 2019-2023: promover la salud, preservar la seguridad mundial, servir a las poblaciones vulnerables. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328843/WHO-PRP-18.1-spa.pdf>).

³ La información presentada en las *Estadísticas sanitarias mundiales 2020* se basa en los datos que estaban disponibles para el seguimiento mundial en marzo de 2020. Estos datos se han recopilado principalmente a partir de publicaciones y bases de datos elaboradas y mantenidas por la OMS o por grupos de las Naciones Unidas (ONU) de los que la OMS es miembro, como el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez. Además, algunas estadísticas derivan de datos generados y mantenidos por otras organizaciones internacionales, como el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas y su División de Población. La base de datos del Observatorio mundial de la salud (disponible en <http://apps.who.int/gho/data/?theme=main>.) contiene más detalles sobre los indicadores de los ODS relacionados con la salud, así como visualizaciones interactivas.

MENSAJES CLAVE

La pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) se ha cobrado muchas vidas, ha trastocado los medios de subsistencia y ha menoscabado el bienestar en todo el mundo. Las crisis generadas por la COVID-19 han puesto de manifiesto lo poco preparados que estaban la mayoría de los sistemas de salud y el impacto negativo que esto puede tener en el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Es urgente invertir en sistemas, servicios y personal de salud.

La Agenda 2030 es un poderoso mecanismo de rendición de cuentas para el mundo. Ahora es más crucial que nunca hacer balance de las enseñanzas adquiridas y los progresos logrados en la mejora de la salud de la población y, lo que es más importante, identificar y corregir las deficiencias que persisten allí donde los progresos no van por buen camino.

Las *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020* arrojan luz sobre los avances hacia el logro de los ODS pertinentes y sus implicaciones en plena emergencia de la COVID-19. En ellas se destaca la necesidad de hacer un seguimiento de la salud de la población y sus determinantes de una manera integral y continua. A continuación se presentan los mensajes clave de este informe.

1. La población mundial no solo vive más tiempo, sino también con mejor salud

La esperanza de vida y la esperanza de vida sana (EVAS) han aumentado más de un 8% en todo el mundo entre 2000 y 2016, y siguen estando profundamente influidas por los ingresos. Aunque las mayores mejoras en ambos indicadores se deben principalmente a los progresos logrados en la reducción de la mortalidad infantil y la lucha contra las enfermedades infecciosas, los países de ingresos bajos y medianos bajos siguen padeciendo los peores resultados sanitarios generales y permanecen muy por debajo de la media mundial.

Para poder mantener estos progresos hacia el logro de una vida más larga y sana hacen falta unas políticas e intervenciones sanitarias oportunas y eficaces, dirigidas a reducir al mínimo el posible impacto directo o indirecto de la COVID-19 en la esperanza de vida, debido al exceso de mortalidad, y en la EVAS de los diversos grupos etarios de la población, en especial entre los adultos mayores.

2. Las mejoras generales en salud cursan siguiendo las líneas divisorias creadas por las desigualdades y reflejan la situación y los progresos hacia el logro de la cobertura sanitaria universal

El acceso general a los servicios de salud esenciales mejoró entre 2000 y 2017, y el mayor aumento se registró en los países de ingresos bajos y medianos bajos. Sin embargo, en los países de ingresos bajos y medianos, la cobertura de los servicios sigue siendo muy inferior a la de los países más ricos. Esta grave insuficiencia de la cobertura en los entornos con pocos recursos determina que el acceso general a los servicios de salud esenciales siga estando muy por debajo del nivel óptimo. En 2017, solo entre una tercera parte y la mitad de la población mundial pudo recibir servicios sanitarios esenciales. Otro problema importante es el planteado por la incapacidad de pagar la atención sanitaria.

La pandemia de COVID-19 no solo pone de relieve la necesidad de reconstruir unos sistemas de salud resilientes en los que se amplíe el acceso a unos servicios de salud de calidad, se reduzca el coste financiero y se refuerce el personal sanitario, sino que también reclama que se presten servicios tales como las vacunaciones sistemáticas y la higiene y el saneamiento básicos.

3. En comparación con los avances logrados en la lucha contra las enfermedades transmisibles, no se ha progresado lo suficiente en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles

La transición epidemiológica y los cambios demográficos se han producido con rapidez y han desplazado la carga de morbilidad de las enfermedades que recibieron atención en la era de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a las enfermedades no transmisibles (ENT), en particular en los países de ingresos bajos y medianos, donde dispensar intervenciones eficaces de lucha contra las ENT sigue entrañando muchísimas dificultades para los sistemas de salud. En 2016, las ENT representaron el 71% de las defunciones mundiales, y el 85% de los 15 millones de defunciones prematuras (entre los 30 y los 70 años) se produjeron en países de ingresos bajos o medianos.

Aunque la proporción de muertes debidas a ENT respecto al total ha aumentado, la tasa general de mortalidad prematura por estas causas ha ido disminuyendo en los dos últimos decenios, si bien con una ralentización de los progresos desde 2010. La mortalidad prematura por ENT concuerda con la ausencia de éxito en la lucha contra muchos de los factores de riesgo de estas enfermedades y puede en parte atribuirse a ella. Aunque el consumo de tabaco no deja de disminuir, la prevalencia de la obesidad va en aumento, y la reducción del consumo nocivo de alcohol se ha estancado a escala mundial y se ha tornado en aumento en algunas regiones.

Ante una emergencia sanitaria como la de la COVID-19, las personas que ya padecían una ENT como hipertensión o diabetes quedan más expuestas y corren mayor riesgo de morir, no solo porque son más vulnerables al virus, sino también por los recursos médicos que hay que destinar a la atención de quienes padecen la enfermedad por coronavirus. Esto hace que sea aún más importante empezar por abordar los factores de riesgo para prevenir las ENT tales como la obesidad y las enfermedades mentales.

4. Invertir en el fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria de los países para mejorar la puntualidad de los datos podría ser la medida con mayor impacto positivo, y es vital para que los países hagan un seguimiento de los progresos hacia el logro de los ODS

Es esencial disponer de unas estadísticas sanitarias exactas, oportunas y comparables para conocer las tendencias de la salud de la población. Los responsables de la toma de decisiones necesitan la información para elaborar unas políticas adecuadas, asignar los recursos y priorizar las intervenciones.


En casi una quinta parte de los países, más de la mitad de los indicadores carecen de datos primarios recientes o datos de base directos. Las lagunas y los desfases en materia de datos no permiten conocer a ciencia cierta quiénes están siendo incluidos o dejados de lado, y tomar medidas oportunas y adecuadas. Los indicadores existentes de los ODS abordan una amplia gama de aspectos de la salud, pero no captan la gran diversidad de resultados sanitarios y determinantes de la salud de la población. De ahí que el seguimiento y la evaluación de la salud de la población suponga abarcar más que los indicadores incluidos en el presente informe y en muchos casos exija utilizar parámetros suplementarios y mejorados.

La OMS se ha comprometido a apoyar a los Estados Miembros en la mejora de los sistemas de vigilancia y de información sanitaria. Estas mejoras aumentarán el alcance y la calidad de dicha información y normalizarán los procesos con objeto de generar estimaciones comparables a escala mundial.

Ha sido difícil obtener datos exactos de las muertes relacionadas con la enfermedad por coronavirus. La pandemia de COVID-19 saca a la luz las graves carencias de datos y mediciones oportunos, fiables, accesibles y útiles para la adopción de medidas, que ponen en peligro la preparación, la prevención y la respuesta a las emergencias sanitarias. El marco de seguimiento del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (2005) es uno de los instrumentos de recopilación de datos que ha demostrado ser útil en la evaluación y el desarrollo de las capacidades de los países para prevenir, detectar, evaluar, notificar y dar respuesta a las emergencias de salud pública. Según los resultados de la autoevaluación de las 13 capacidades básicas de 2019, los países han progresado firmemente en casi todas las capacidades, incluidas las de vigilancia, laboratorio y coordinación. A medida que avanza la pandemia, resulta crucial disponer de datos objetivos y comparables para determinar la eficacia de las diversas estrategias nacionales utilizadas para mitigar y reducir drásticamente la propagación, y así prepararse mejor para la probable continuación de la epidemia a lo largo del próximo año o más.

5. El ritmo actual de progreso es insuficiente y la COVID-19 aumenta el riesgo de que el mundo deje de estar en vías de lograr los ODS

Ha mejorado mucho la cobertura de la prevención y el tratamiento de las principales enfermedades infecciosas y de la atención de salud materna, neonatal e infantil, y por ello la incidencia y la mortalidad de esas afecciones no han dejado de disminuir en los dos últimos decenios. Sin embargo, el ritmo actual de cambio es insuficiente para alcanzar las metas de los ODS para 2030. Preservar los progresos realizados, ejercer una vigilancia constante, una detección temprana y un seguimiento, dar una respuesta nacional unificada (en coordinación con los asociados mundiales) y expandir rápidamente las soluciones para llegar a las poblaciones de alto riesgo, con pocos recursos y marginadas son medidas clave para lograr los ODS.



IMPORTANTES AUMENTOS DE LA ESPERANZA DE VIDA EN LOS PAÍSES DE INGRESOS BAJOS

Gracias a lo mucho que se ha avanzado hacia el logro de varios ODS relacionados con la salud, la esperanza media de vida al nacer aumentó en 5,5 años a escala mundial entre 2000 y 2016: de los 66,5 a los 72,0 años (1). Muchos de los indicadores de los ODS relacionados con la salud de los que se hace un seguimiento en el presente informe muestran mejoras que, en gran parte, reflejan el impulso generado durante la pasada era de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y que se ha mantenido posteriormente.¹ Sin embargo, en el caso de varios indicadores, los avances se están estancando o son demasiado lentos para alcanzar las correspondientes metas de los ODS.

La esperanza de vida sigue estando profundamente influida por los ingresos: En 2016, era 18,1 años menor en los países de ingresos bajos (62,7 años) que en los de ingresos altos (80,8 años). Desde 2000, esa brecha se ha reducido un poco. En los últimos tiempos, son los países de ingresos bajos los que han experimentado los mayores aumentos en la esperanza de vida: En ellos, creció en promedio un 21% entre 2000 y 2016 (es decir, 11 años), frente al 8% (5 años) a escala mundial y al 4% (3 años) en los países de ingresos altos (figura 1.1). En todos los grupos etarios, salvo el de las personas de 65 años en adelante, las mayores disminuciones de las tasas de mortalidad se registraron en

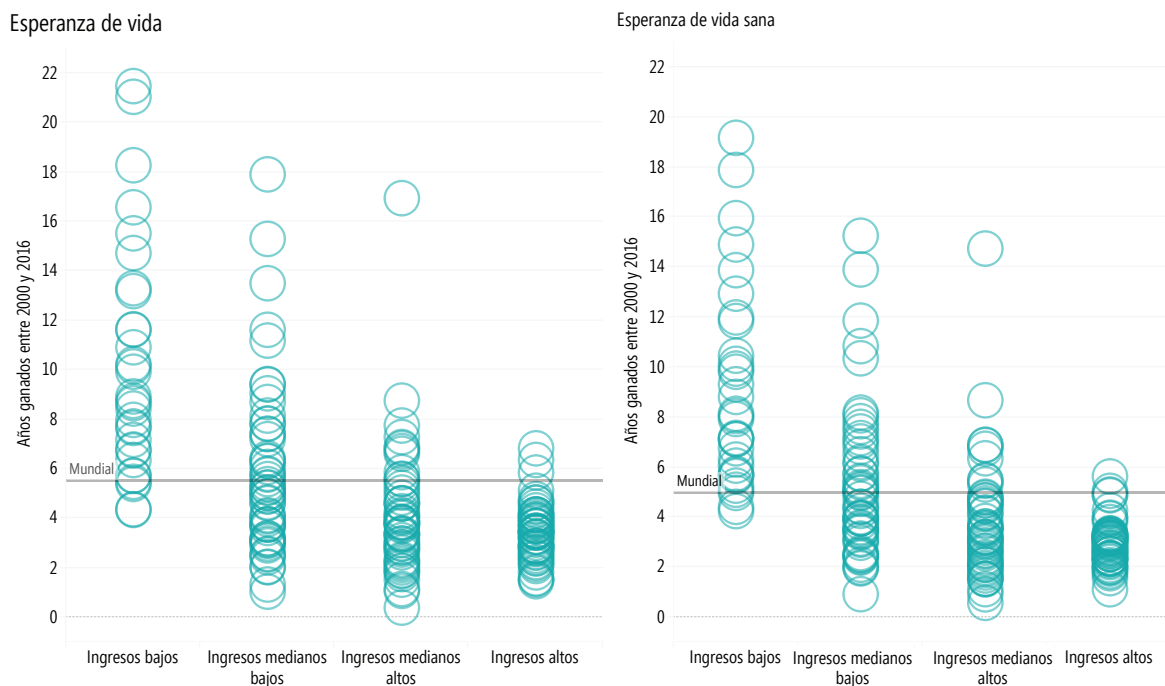
los países de ingresos bajos. Del mismo modo, la esperanza de vida sana aumentó un 18% en los países de ingresos bajos, frente al 8% a escala mundial en el mismo periodo (1).

Los recientes aumentos de la esperanza de vida en los países de ingresos bajos se deben en gran medida a la importante reducción de la mortalidad de los menores de 5 años en los países de ingresos bajos (1), que es del 53%: de 143 defunciones por 1000 nacidos vivos en 2000 a 68 en 2018 (2). Todavía hay margen de mejora, ya que persiste una considerable diferencia entre la esperanza media de vida en los países de ingresos bajos y en los de ingresos altos.

En los países de ingresos bajos, en conjunto, se prevé que menos de tres de cada cinco recién nacidos lleguen a cumplir 70 años y más de la tercera parte de las defunciones corresponden a menores de 15 años. En estos países, las muertes prematuras² se deben principalmente a infecciones de las vías respiratorias bajas, enfermedades diarreicas, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), el paludismo o complicaciones del parto prematuro. En los países de ingresos altos se prevé que el 80% de los recién nacidos vivan más de 70 años. Las cardiopatías isquémicas, el cáncer de pulmón y los suicidios son las tres principales causas de muerte prematura en estos países (3).

¹ Véase la sección 2.

² Muertes antes de los 70 años.



Nota: Cada círculo representa un país.

Fuente: Global health estimates 2016: Life expectancy, 2000-2016. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (1).

Figura 1.1
Avances de la esperanza de vida y la esperanza de vida sana entre 2000 y 2016, por grupos de países según los ingresos

NUEVOS INDICADORES INCLUIDOS EN LA EDICIÓN DE 2020

Indicadores de los ODS

ODS 2.2.3: En 2016, la prevalencia mundial de la anemia entre las mujeres en edad reproductiva era del 32,8% (frente al 30,3% en 2012), y aplicada a las últimas estimaciones de población de las Naciones Unidas, equivalía a 615,8 millones de mujeres. Las tasas de anemia eran más elevadas en las regiones de la OMS de Asia Sudoriental (45,8%), Mediterráneo Oriental (39,8%) y África (39,0%) (4).

ODS 3.b.1: La infección por el papilomavirus humano (PVH) es la virosis más frecuente del aparato genital y puede causar cáncer de cuello uterino. La vacuna dirigida a las niñas de entre 9 y 14 años se ofrece actualmente en 90 países, pero todavía no llega a los más pobres, donde se concentra el mayor riesgo de cáncer de cuello uterino. La cobertura mundial de un ciclo completo de vacunación contra el PVH aumentó del 3% en 2010 al 12% en 2018 (5).

ODS 3.b.3: Según una muestra de 25 países estudiados entre 2008 y 2019, en promedio, solo el 22,4% de los establecimientos de salud ofrecieron un conjunto básico disponible y asequible (accesible) de medicamentos esenciales adecuados para el tratamiento, la prevención y la atención de enfermedades agudas y crónicas, transmisibles y no transmisibles, en el marco de la atención primaria. Se observan grandes diferencias en el acceso a los medicamentos entre estos 25 países. En concreto, en el 28% de ellos, ninguno de los establecimientos proporcionaba medicamentos accesibles (6).

ODS 3.d.2: Al hacer ineficaces los medicamentos, la resistencia a los antimicrobianos dificulta el tratamiento de las infecciones frecuentes y aumenta el riesgo de que se propaguen a otras personas. Tras la puesta en marcha del Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos (GLASS) en 2016, al 21 de abril de 2020, 91 países y territorios habían recibido apoyo para inscribirse en el sistema y participar en la solicitud anual de datos de resistencia a los antimicrobianos y de consumo de estos. En la actualidad, los datos de prevalencia general de patógenos resistentes a los antimicrobianos son limitados, pero su exhaustividad y representatividad ha ido en aumento con cada solicitud de datos del GLASS. En la última solicitud, que data de 2019, se recopiló la frecuencia de patógenos resistentes a los antimicrobianos en las infecciones bacterianas agudas comunes, incluidas las infecciones del torrente sanguíneo, en 66 países y territorios (7). El seguimiento de la RAM ayudará a orientar las estrategias y medidas de control dirigidas a mitigar el impacto en la población, como fundamentar los protocolos de tratamiento, potenciar la prevención y el control de las infecciones (PCI) y el acceso al agua, el saneamiento y la higiene (ASH) en los centros sanitarios, aumentar la disponibilidad de antibióticos del grupo «Acceso» y mejorar continuamente las capacidades de vigilancia de la RAM. La creación de sistemas de vigilancia de la RAM también desarrollará la capacidad de los países para hacer un seguimiento de los riesgos generados por patógenos emergentes y darles respuesta.

ODS 6.2.2(b): Proporción de la población que utiliza instalaciones para el lavado de manos con agua y jabón.^a

Indicadores del 13.º PGT^b

Número de casos de *poliomielitis* debidos a poliovirus salvajes.^c

Prevalencia de la *hipertensión arterial* en personas de 18 años o más, normalizada según la edad (definida como una tensión arterial sistólica de >140 mmHg y/o una tensión arterial diastólica de >90 mmHg) y tensión arterial sistólica media.^d

Prevalencia de la *obesidad*.^e

^a Véase la sección 2.

^b Los indicadores para la medición del impacto del 13.º PGT (8) que revisten importancia para la salud pública guardan relación con el seguimiento de los ODS y son complementarios de este. Estos indicadores adicionales que disponen de datos numéricos se presentan en el informe principal y en los anexos. Los indicadores del 13.º PGT que hoy por hoy carecen de datos numéricos son los siguientes: cobertura vacunal de grupos de riesgo frente a enfermedades epidemiológicas o pandémicas; proporción de personas vulnerables en entornos frágiles que reciben servicios de salud esenciales; patrones de consumo de antibióticos a escala nacional; porcentaje de infecciones del torrente sanguíneo debidas a microorganismos resistentes a los antimicrobianos; porcentaje de personas protegidas por una reglamentación eficaz en materia de grasas *trans*.

^c Véase la sección 2.

^d Véase la sección 3.

^e Véase la sección 3.

Los progresos que se están logrando proporcionan una base para ulteriores mejoras, pero ello no garantiza que el mundo alcance las metas de los ODS relacionados con la salud para 2030. Hoy por hoy no se está en vías de alcanzar ninguno de los nueve principales indicadores de los ODS relacionados con la salud que tienen metas explícitas para 2030. Sin embargo, algunos países han logrado o están en vías de lograr las metas de los ODS; deberían intensificar sus esfuerzos por garantizar que los progresos sean equitativos.

Los sistemas de salud y la cobertura sanitaria universal

En el marco de seguimiento de los ODS, los progresos hacia el logro de la cobertura sanitaria universal (CSU) se supervisan mediante dos indicadores: i) un índice de cobertura de los servicios (que mide la cobertura de determinados servicios esenciales de salud según una escala de 0 a 100); y ii) la proporción de la población con grandes gastos directos en atención de salud (que mide la incidencia del gasto sanitario catastrófico, expresada como porcentaje).

A escala mundial, el índice de cobertura de los servicios mejoró de 45 en 2000 a 66 en 2017, y el mayor aumento se produjo en los países de ingresos bajos y medianos bajos, que eran los que tenían peores índices en 2000. Sin embargo, el ritmo de ese progreso se ha ralentizado desde 2010. Las mejoras son especialmente notables en las intervenciones dirigidas a las enfermedades infecciosas y, en menor medida, en los servicios de salud reproductiva, materna e infantil. Dentro de los países, la cobertura de dichos servicios suele ser menor en los hogares más pobres que en los más ricos (9).

En general, entre una tercera parte y la mitad de la población mundial (entre el 33% y el 49%) estaba cubierta por los servicios sanitarios esenciales en 2017 (9). La cobertura de los servicios siguió siendo más baja en los países de ingresos bajos y medianos que en los más ricos, y lo mismo ocurría con la densidad del personal sanitario y la cobertura de la inmunización (figura 1.2). Los datos

disponibles indican que más del 40% de los países tienen menos de 10 médicos por 10 000 habitantes, más del 55% tienen menos de 40 enfermeras y parteras por 10 000 habitantes, más del 68% tienen menos de cinco dentistas por 10 000 habitantes y más del 65% tienen menos de cinco farmacéuticos por 10 000 habitantes (10).

A escala mundial, más del 76% del personal médico y de enfermería son mujeres, aunque la distribución por sexos varía considerablemente según la profesión y la región. Las mujeres representan un poco más del 40% de los médicos del mundo, pero son el 90% del personal de enfermería. La enfermería es, con mucho, el grupo laboral más amplio del sector de la salud, ya que las enfermeras representan en promedio el 59% de los profesionales sanitarios en los 172 países que disponen de datos (11).

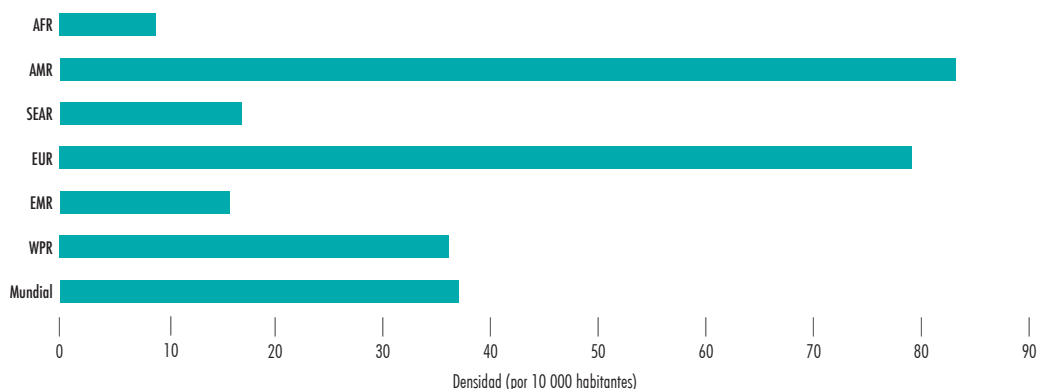
La distribución por edades del personal de enfermería también es digna de mención: en el mundo, 1 de cada 6 enfermeras tiene 55 años o más y está previsto que se jubile en la próxima década. Esta proporción es aún mayor en la Región de las Américas (24%) (11). La distribución por sexos de los profesionales sanitarios muestra que, aunque las mujeres representan la mayoría de la fuerza de trabajo en el sector de la salud, con frecuencia están infrarrepresentadas en los niveles directivos superiores (12).

Las disparidades en la distribución de la fuerza de trabajo en el sector de la salud –por ejemplo, en cuanto a la distribución por edad y sexo, la categoría profesional y los niveles de remuneración– dificultan el logro de la CSU y los ODS.

En los sistemas sanitarios con una fuerte protección financiera, la cobertura de los servicios de salud no debería ser una fuente de dificultades económicas para las personas que acceden a ellos. Sin embargo, la proporción de la población mundial que soporta un gasto sanitario catastrófico¹ no ha dejado de crecer desde 2000.

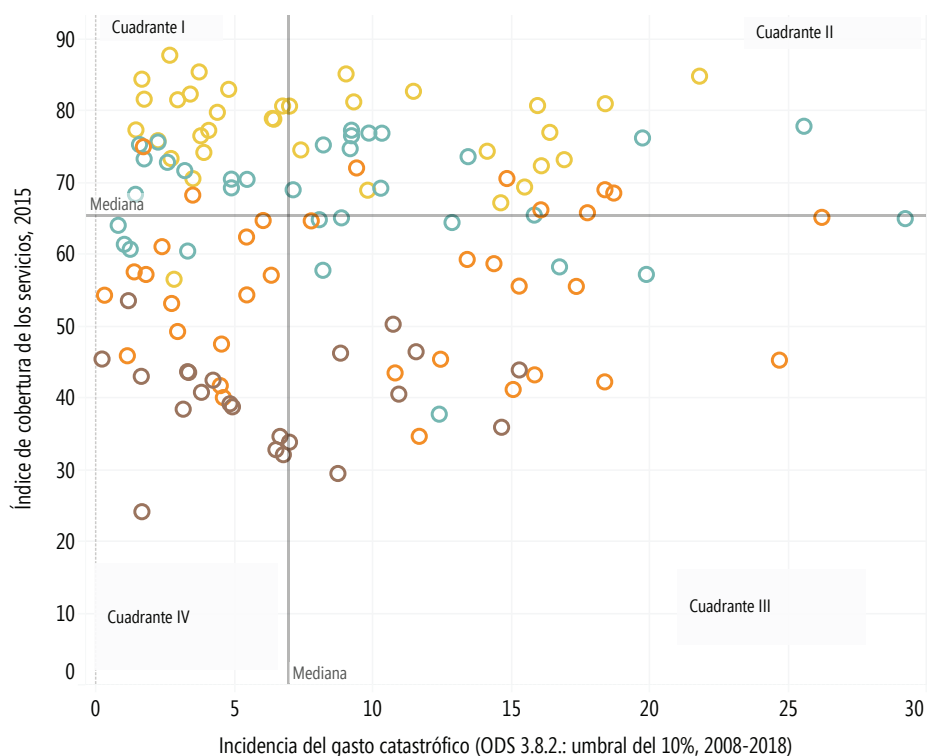
El gasto directo en atención sanitaria puede obligar a las personas a elegir entre gastar en salud o hacerlo en otras necesidades. La proporción de la población mundial que

¹ Definido como un gran gasto directo en relación con el consumo o los ingresos de los hogares (ODS 3.8.2).



Fuente: Situación de la enfermería en el mundo 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (11).

Figura 1.2
Número de enfermeras por 10 000 habitantes, por regiones de la OMS, 2018



Fuente: Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (9).

Figura 1.3
Niveles de cobertura del servicio y de protección financiera, por grupos de países según los ingresos

gasta más del 10% del presupuesto familiar en atención de salud alcanzó el 12,7% en 2015, lo que supone un aumento respecto al 9,4% de 2000 y equivale a unos 927 millones de personas. La proporción de la población que gasta más del 25% del presupuesto familiar en atención de salud alcanzó casi el 3% en 2015, frente al 1,7% en 2000. Se produjeron aumentos en todas las regiones, excepto en las Américas (desde 2010). La gran mayoría de las personas (87%) que soportaban unos grandes gastos sanitarios directos en 2015 vivían en países de ingresos medianos. De acuerdo con las tendencias actuales, en 2020, unos 1000 millones de personas (12,9%) gastarán al menos el 10% de su presupuesto familiar en atención sanitaria (13).

El gasto sanitario directo también puede sumir a las personas en la pobreza. La mayoría de las personas que se ven empujadas a la pobreza extrema (esto es, a sobrevivir con menos de US\$ 1,90 por persona y día) debido a los gastos directos viven en países de ingresos medianos bajos y en la Región de Asia Sudoriental. Sin embargo, en el mundo, el número total de personas empujadas a vivir por debajo del umbral de la pobreza extrema debido a esos gastos disminuyó de 123,9 millones de personas (2%) en 2000 a 89,7 millones de personas (1,2%) en 2015. Esta disminución coincidió con una reducción del número total de personas que vivían en la pobreza extrema.

Comparado con otros factores, el gasto sanitario directo es uno de los más importantes generadores de desventaja económica. Entre 2000 y 2015, la pobreza relativa debida al gasto sanitario directo aumentó, pasando de 110,9 millones de personas más en el mundo (1,8%) empujadas a vivir por

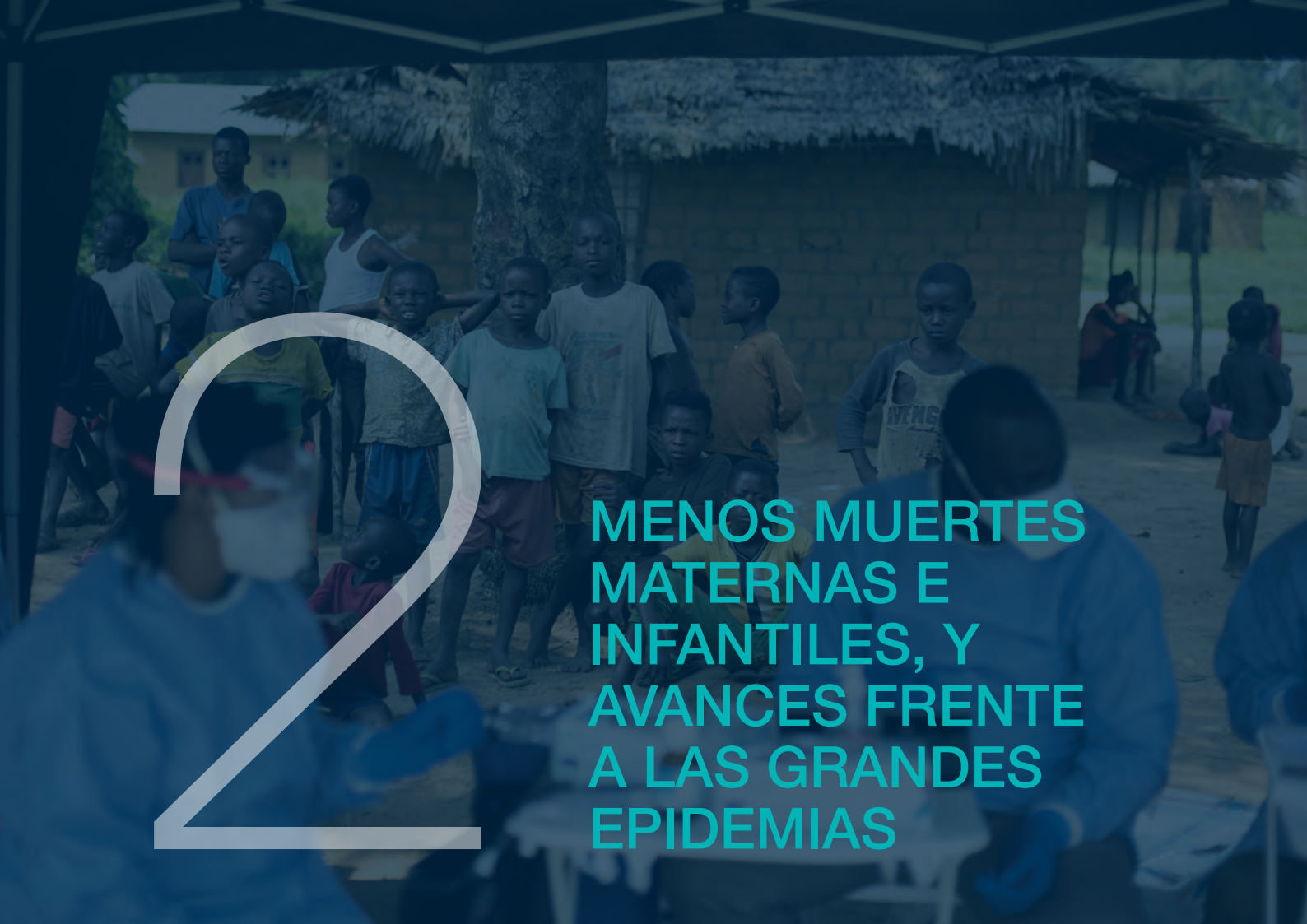
debajo del umbral de pobreza relativa (el 60% de la mediana del consumo) a 183,2 millones de personas más (2,5%).

Lograr la CSU sigue siendo una empresa difícil para todos los países del mundo. Aunque la cobertura de los servicios está aumentando, los progresos en materia de protección financiera son desiguales. Los países deben evaluar su desempeño basándose en estos dos indicadores clave (figura 1.3).

Los países con una elevada cobertura de servicios y escasas dificultades financieras (cuadrante I) se enfrentan al reto de mantener sus logros, mientras que los que tienen una elevada cobertura de servicios y grandes dificultades financieras relacionadas con la salud (cuadrante II) deben prestar más atención a las reformas de la financiación sanitaria para aplanar la curva de aumento de costes. Los países con una baja cobertura de servicios y grandes dificultades financieras relacionadas con la salud (cuadrante III) deben reformar a fondo sus modelos de prestación de servicios y sus estrategias de financiación de la atención de salud. Los países con una baja cobertura de servicios y escasas dificultades financieras relacionadas con la salud (cuadrante IV) deben sentar unas bases más sólidas para sus sistemas de salud. Ello comprende el fortalecimiento de los recursos humanos, la infraestructura sanitaria y las cadenas de suministro para garantizar la prestación de servicios básicos, en particular a las poblaciones pobres de las zonas rurales, al tiempo que protegen a las personas para que no tengan que pagar de su bolsillo los servicios de salud. En todo momento la atención debe centrarse en suprimir las desigualdades en la cobertura de los servicios y la protección financiera.

Referencias

1. Global health estimates 2016: Life expectancy, 2000–2016. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/en, consultado el 20 de abril de 2020).
2. Levels and trends in child mortality. Report 2019. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. United Nations Children's Fund, World Health Organization, World Bank Group and United Nations Population Division. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2019 (<https://www.unicef.org/reports/levels-andtrends-child-mortality-report-2019>, consultado el 20 de abril de 2020).
3. Global health estimates 2016: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2016. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html, consultado el 20 de abril de 2020).
4. Trends in anaemia in women and children: 1995 to 2016. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017.
5. WHO/UNICEF estimates of human papillomavirus (HPV) vaccine coverage estimates [base de datos en línea]. July 2019 revision. (https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/en/, consultado el 20 de abril de 2020).
6. Datos recopilados con la aplicación móvil de la OMS para el seguimiento de los precios y la disponibilidad de los medicamentos y productos sanitarios esenciales (MedMon) (<https://www.who.int/medicines/areas/policy/monitoring/empmedmon/en/>, consultado el 20 de abril de 2020) y a partir de la base de datos de precios, disponibilidad, asequibilidad y componentes de los precios de los medicamentos de Health Action International (HAI) y OMS (<https://haiweb.org/what-we-do/price-availability-affordability/price-availability-data/>, consultado el 20 de abril de 2020).
7. Global Antimicrobial Resistance Surveillance System (GLASS) – Early Implementation 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [en prensa].
8. 13.º Programa General de Trabajo 2019-2023: promover la salud, preservar la seguridad mundial, servir a las poblaciones vulnerables. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328843/WHO-PRP-18.1-spa.pdf>, consultado el 20 de abril de 2020).
9. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf, consultado el 20 de abril de 2020).
10. WHO Global Health Workforce Statistics (2018 update) – Global Health Observatory. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://who.int/hrh/statistics/hwfstats/en/>, consultado el 20 de abril de 2020).
11. Situación de la enfermería en el mundo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/nursing-report-2020>, consultado el 20 de abril de 2020).
12. Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce. Human Resources for Health Observer – Issue No. 24. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/hrh/resources/health-observer24/en/>, consultado el 20 de abril de 2020).
13. Global monitoring report on financial protection in health 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud/Banco Mundial; 2019 (https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/fp_gmr_2019.pdf, consultado el 20 de abril de 2020).



MENOS MUERTES MATERNAS E INFANTILES, Y AVANCES FRENTE A LAS GRANDES EPIDEMIAS

La era de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (2000–2015) demostró que el mundo puede colaborar con éxito para alcanzar un conjunto común de objetivos mundiales. Se lograron mejoras en muchos ámbitos de la salud y el bienestar. Aumentó la supervivencia materna e infantil y descendió la mortalidad por enfermedades infecciosas, en particular, por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida, la tuberculosis, el paludismo y las enfermedades tropicales desatendidas (ETD). Los ODS, ratificados por los Estados Miembros de las Naciones Unidas en 2015, buscan mantener los progresos logrados por las iniciativas ligadas a los ODM.

La mortalidad materna ha disminuido, pero los progresos son desiguales entre las regiones

En el mundo, 295 000 mujeres [II¹ del 80%: 279 000–340 000] perdieron la vida durante o después del embarazo y el parto en 2017, y aproximadamente el 86% de las muertes maternas se localizaron en el África subsahariana y Asia meridional. La razón de mortalidad materna (RMM; número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) mundial se estimó en 211 [II del 80%: 199–243], lo que representa

una reducción del 38% desde 2000. En promedio, la RMM mundial disminuyó un 2,9% cada año entre 2000 y 2017. Si el ritmo de progreso se acelerara lo suficiente como para alcanzar el objetivo de los ODS (reducir la RMM mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos), se salvaría la vida de al menos un millón de mujeres (1).

La mayoría de las muertes maternas se pueden prevenir con una atención adecuada del embarazo y el parto, que comprende la atención prenatal por proveedores de atención de salud capacitados, la asistencia durante el parto por personal sanitario cualificado, y la atención y el apoyo en las semanas posteriores al parto. Los datos del periodo comprendido entre 2014 y 2019 indican que aproximadamente el 81% de los partos del mundo tuvieron lugar en presencia de personal sanitario cualificado, lo que supone un aumento respecto al 64% del periodo 2000-2006. En el África subsahariana, donde se producen aproximadamente el 66% de las muertes maternas del mundo, solo el 60% de los partos fueron asistidos por personal sanitario cualificado durante el periodo 2014-2019 (2).

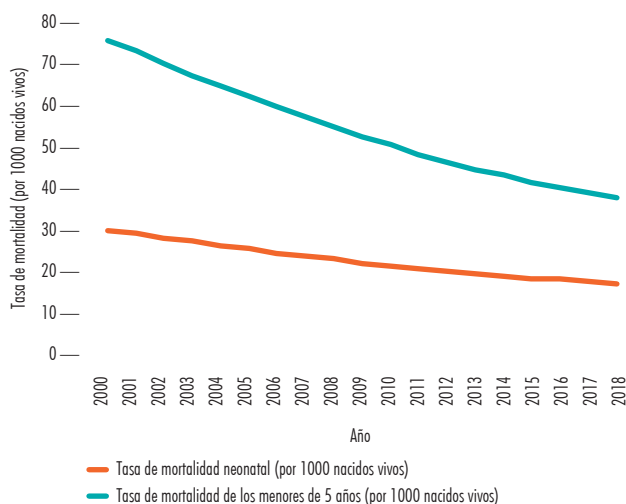
La mortalidad materna también puede reducirse espaciando mejor los partos, lo cual es más fácil de lograr cuando se cubren las necesidades en materia de planificación familiar. En el mundo, la proporción de

¹ II = intervalo de incertidumbre.

mujeres cuyas necesidades de planificación familiar se cubrieron con métodos modernos aumentó ligeramente del 73,6% en 2000 al 76,8% en 2020. Sin embargo, en el África subsahariana, la cobertura era de apenas el 55,5% en 2020 (3). Se están dando menos nacimientos entre las adolescentes (de entre 15 y 19 años), que corren mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo: su tasa de fecundidad ha disminuido de 56 nacimientos por 1000 adolescentes en 2000 a 41 en 2020 (4).

Se han logrado importantes progresos en la mortalidad de los menores de cinco años y la mortalidad neonatal, y las defunciones se concentran ahora en regiones y países concretos

Entre 2000 y 2018, la tasa de mortalidad de los menores de 5 años se redujo de 76 [75–78]¹ por 1000 nacidos vivos a 39 [37–42], y la tasa de mortalidad neonatal disminuyó de 31 [30–31] por 1000 nacidos vivos a 18 [17–19] (figura 2.1). Esto representaba una cifra estimada de 5,3 [5,1–5,7] millones de muertes de menores de 5 años y 2,5 [2,4–2,7] millones de muertes neonatales en 2018 (5).



Fuente: Levels and trends in child mortality. Report 2019. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2019 (5).

Figura 2.1
Mortalidad infantil y neonatal en el mundo, 2000-2018

Son ya 121 los países² que han alcanzado la meta de los ODS relativa a la mortalidad de los menores de 5 años, y se prevé que otros 21 la alcancen para 2030 si se mantienen las tendencias actuales. Hay que trabajar más para acelerar los progresos en los 53 países restantes, de los cuales dos terceras partes se encuentran en el África subsahariana (5).

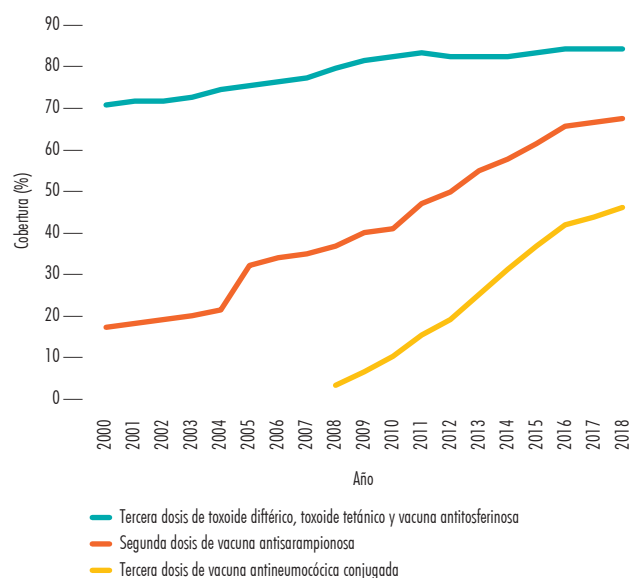
Muchas defunciones infantiles pueden prevenirse con intervenciones como la inmunización, la lactancia materna exclusiva, una nutrición adecuada y el tratamiento rápido y

¹ Salvo que se indique otra cosa, los límites se refieren al intervalo de incertidumbre del 95%.

² Incluye un territorio.

correcto de las enfermedades infantiles comunes. También la reducción de la contaminación atmosférica y el mayor acceso a la higiene básica y a servicios de suministro de agua potable y saneamiento gestionados sin riesgos contribuyen a salvar muchas vidas jóvenes.

En 2018, las tasas de cobertura mundial de la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP3) alcanzaron el 86%, frente al 72% en 2000. Sin embargo, los progresos se han estancado durante el presente decenio y 83 países aún no han alcanzado la meta del *Plan de acción mundial sobre vacunas*, que consiste en una cobertura mínima del 90%. Se lograron niveles similares de cobertura para una sola dosis de la vacuna contra el sarampión (86%), mientras que la cobertura de una segunda dosis alcanzó el 69% en 2018 (frente al 18% en 2000) (6). Pese a los progresos realizados, persisten las disparidades en el acceso a la vacuna antisarampionosa y en su uso entre países de todos los niveles de ingresos y dentro de ellos, lo que ha traído consigo nuevos brotes de sarampión (7). La cobertura de la vacuna antineumocócica conjugada se multiplicó por más de 10 desde 2008, pero en 2018 seguía estando por debajo del 50% a escala mundial (figura 2.2).



Fuente: WHO/UNICEF estimates of national immunization coverage [online database]. July 2019

Fuente: WHO/UNICEF estimates of national immunization coverage [base de datos en línea]. Revisión de julio de 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2019 (6).

Figura 2.2
Cobertura mundial de las intervenciones de inmunización, 2000-2018

La cobertura mundial de la inmunización de los niños frente a la poliomielitis también ha sido un éxito importante, ya que ha reducido en un 99,9% los casos declarados debidos a poliovirus salvajes desde 1988 (de 350 000 casos estimados a 175 en 2019) (8) y ha logrado que 210 países, territorios y zonas estén libres de la poliomielitis.³ En el mundo, alrededor del 84% de los menores de 1 año

³ Más información en: www.polioeradication.org.

recibieron la vacuna contra la hepatitis B (3.ª dosis) en 2018, frente al 30% en 2000 (6). La prevalencia de la hepatitis B entre los menores de 5 años disminuyó del 4,7% en la era anterior a la vacunación al 0,8% en 2017 (9).

Se estima que, en 2017, más de la mitad (55%) de la población mundial no tenía acceso a servicios de saneamiento gestionados sin riesgo, y más de una cuarta parte (29%) carecía de un suministro de agua potable gestionado sin riesgo. En el mismo año, dos de cada cinco hogares del mundo (40%) no disponían de instalaciones básicas para lavarse las manos con agua y jabón en la casa (10,11). A escala mundial, en 2016, el agua de bebida insalubre, los servicios de saneamiento inadecuados y la falta de higiene de las manos fueron responsables de casi 1,2 millones de muertes, incluidos casi 300 000 menores de 5 años que murieron a causa de la diarrea (12).

La malnutrición y la desnutrición siguen haciendo a millones de niños más vulnerables a las enfermedades y la muerte. En 2019, alrededor de la quinta parte (21,3%) de los menores de 5 años del mundo presentaban retraso del crecimiento, frente a una tercera parte (32,4%) en 2000. Unos 144,0 millones [133,6–154,5 millones] de menores de 5 años presentaban retraso del crecimiento en 2019, dos tercios de los cuales vivían en las regiones de la OMS de África y Asia Sudoriental. En el mundo, más de 47,0 millones [38,7–55,3 millones] de menores de 5 años (6,9%) padecían emaciación en 2019 (13).

Además, persisten importantes desigualdades dentro de los países, como ponen de manifiesto varios indicadores:

- De 88 países de ingresos bajos y medianos estudiados, en la tercera parte, la demanda de planificación familiar con métodos modernos era al menos un 20% más alta entre las mujeres que vivían en el quintil de hogares más ricos que entre las que vivían en el 20% de hogares más pobres (14).
- De 47 países de ingresos bajos y medianos estudiados, en la tercera parte, la tasa de mortalidad de los menores de 5 años de las zonas rurales superaba en 20 defunciones por 1000 nacidos vivos a la de las zonas urbanas (14).
- De 86 países de ingresos bajos y medianos estudiados, en 29, la cobertura de la inmunización con la DTP3 entre los niños de un año era al menos un 20% mayor en los hogares del quintil más rico que en los del más pobre (14).
- En el mundo, alrededor de 8 de cada 10 personas que carecen de acceso a servicios básicos de suministro de agua potable viven en zonas rurales, al igual que 7 de cada 10 personas que carecen de servicios básicos de saneamiento (10).

- De 63 países de ingresos bajos y medianos estudiados, en la cuarta parte, la prevalencia del retraso del crecimiento era al menos un 20% mayor entre los menores de 5 años cuyas madres carecían de educación formal que entre los niños cuyas madres habían cursado al menos la enseñanza secundaria (14).

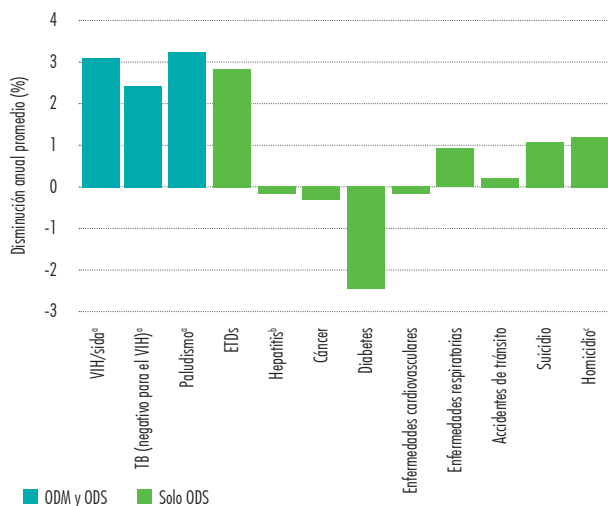
Se están haciendo progresos constantes en la lucha contra las principales enfermedades infecciosas, pero hay que esforzarse más para acercarse a las metas de los ODS

Ha disminuido la incidencia de la infección por el VIH, la tuberculosis y el paludismo, y también la proporción de personas que precisan intervenciones frente a las ETD. Los decenios de movilización contra la epidemia del VIH han logrado reducir a la mitad la incidencia mundial de esta infección entre 2000 y 2018 (de 0,47 [0,36–0,61] a 0,24 [0,18–0,31] por 1000 personas no infectadas). Sin embargo, el ritmo actual de cambio es demasiado lento para alcanzar la meta de los ODS de acabar con la epidemia de VIH/sida para 2030. Es preciso que las intervenciones lleguen a las poblaciones que corren un riesgo muy alto y en las que se estima que se produjeron el 54% de las nuevas infecciones por el VIH en 2018,¹ pero que están marginadas por unas leyes punitivas y la discriminación (15).

La incidencia de la tuberculosis ha disminuido gradualmente, de 172 [144–204] casos nuevos y recidivantes por 100 000 habitantes en 2000 a 132 [118–146] en 2018. En ese mismo año, estaba comprendida entre 100 y 400 por 100 000 habitantes en la mayoría de los 30 países con alta carga de tuberculosis y por encima de 500 en algunos otros (16). Las intervenciones de larga duración contra el paludismo han reducido la tasa de incidencia de 81 casos por 1000 habitantes en situación de riesgo en 2000 a unos 57 casos en 2018, pero los progresos se han estancado desde 2014 (17). El número de personas que precisan intervenciones contra las ETD disminuyó de 2190 millones en 2000 a 1755 millones en 2018 (18) y, hasta la fecha, 40 países o territorios han eliminado por lo menos una ETD (19).

Las tasas mundiales de mortalidad atribuible a la infección por el VIH, la tuberculosis, el paludismo y las ETD han disminuido, en promedio, entre un 2,4% y un 3,2% anual desde 2000, una reducción mayor que la de las muertes debidas a ENT y lesiones, que están en el punto de mira de las intervenciones durante la era de los ODS (figura 2.3) (15–17, 20–22). La infección por el VIH, la tuberculosis (entre las personas no infectadas por el VIH) y el paludismo causaron 0,8 [0,6–1,1], 1,2 [1,1–1,3] y 0,4 [0,4–0,5] millones de muertes, respectivamente, en 2018 (15–17).

¹ Como los trabajadores sexuales, los consumidores de drogas inyectables, los hombres que tienen relaciones homosexuales, las personas transgénero y los presos.



Nota: Salvo que se indique otra cosa, el último año es 2016. a El último año es 2018. b 'Hepatitis' incluye la hepatitis aguda, la cirrosis debida a hepatitis B o C y el cáncer hepático secundario a hepatitis B o C. c El último año es 2017.

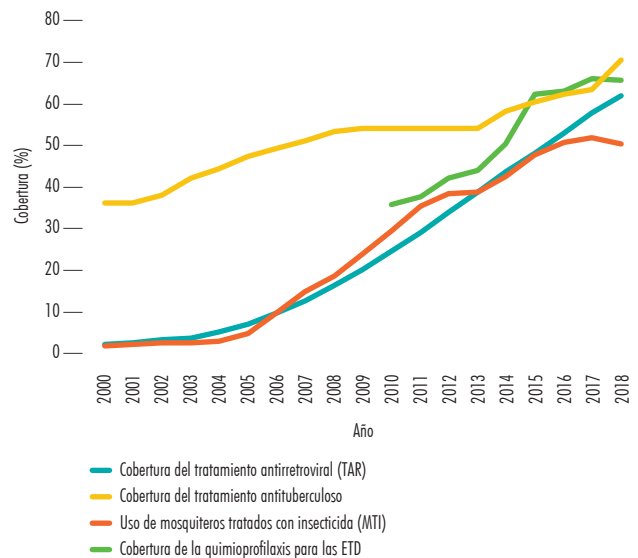
Fuentes: Global AIDS update 2019: communities at the centre. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2019 (15); Informe mundial sobre la tuberculosis 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (16); World Malaria Report 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (17); Global health estimates 2016: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2016. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (20); Global status report on road safety 2018. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (21); Global status report on preventing violence against children 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [en prensa] (22).

Figura 2.3
Descenso anual de las tasas mundiales de mortalidad en todas las edades asociadas a algunas causas de muerte desde 2000

Los progresos observados desde 2000 en el caso de las tres principales enfermedades infecciosas, y también de las ETD, se han debido en gran medida a la expansión masiva de las intervenciones de prevención y tratamiento (figura 2.4). La expansión del tratamiento contra el VIH ha sido especialmente eficaz y ha salvado casi 14 millones de vidas entre 2000 y 2018 (23).

En el caso de la tuberculosis, los mayores aumentos de la cobertura del tratamiento se observaron a finales del decenio de 1990 y principios del de 2000, durante el despliegue de la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS). Dicha cobertura siguió aumentando posteriormente y alcanzó el 69% a escala mundial en 2018, aunque, debido a las grandes lagunas en la detección y el tratamiento, ese año quedaron sin diagnosticar o notificar cerca de 3 millones de casos nuevos de tuberculosis (16).

En la lucha antipalúdica, los avances observados desde 2000 se han debido en gran medida a la expansión del uso de mosquiteros tratados con insecticida, la fumigación de interiores con insecticidas de efecto residual, las pruebas diagnósticas y el tratamiento combinado basado en la artemisinina. Sin embargo, el uso de mosquiteros tratados con insecticida para protegerse del paludismo ha aumentado poco desde 2015 y el uso de la fumigación de interiores con insecticidas de efecto residual está disminuyendo (17). La respuesta a las ETD ha ampliado la cobertura de la quimioprofilaxis para al menos una de estas enfermedades del 36% en 2010 al 65% en 2018 (24), lo que representa más de 1100 millones de personas tratadas en 2018 (25).



Nota: En el caso de los MTI, los datos corresponden solo a los países con transmisión moderada o alta en el África subsahariana. Se notifica la cobertura de la quimioprofilaxis frente a cinco ETD.

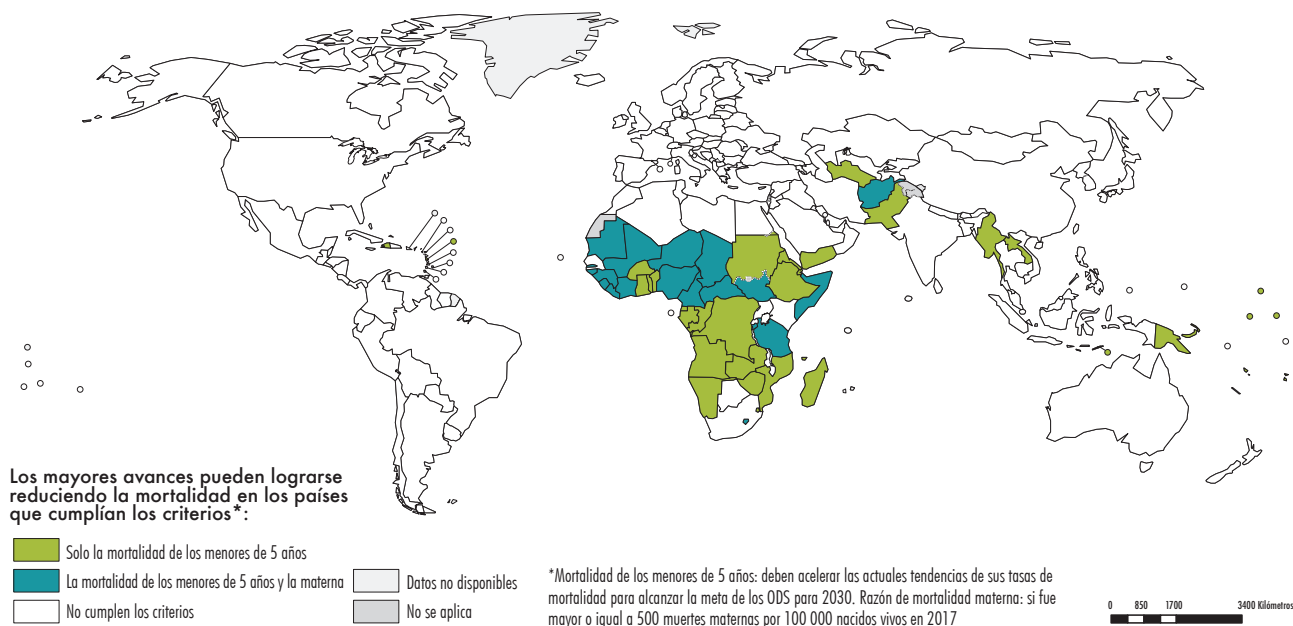
Fuentes: Global AIDS update 2019: communities at the centre. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2019 (15); Informe mundial sobre la tuberculosis 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (16); World Malaria Report 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (17); Preventive Chemotherapy (PC) data portal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (24).

Figura 2.4
Cobertura mundial de algunas intervenciones, 2000-2018

Para avanzar más rápidamente hacia el logro de los objetivos y metas de los ODS hay que intensificar las labores en los países de ingresos bajos y medianos bajos en los que se pueden obtener los mayores beneficios (figuras 2.5 y 2.6), especialmente en los siguientes:

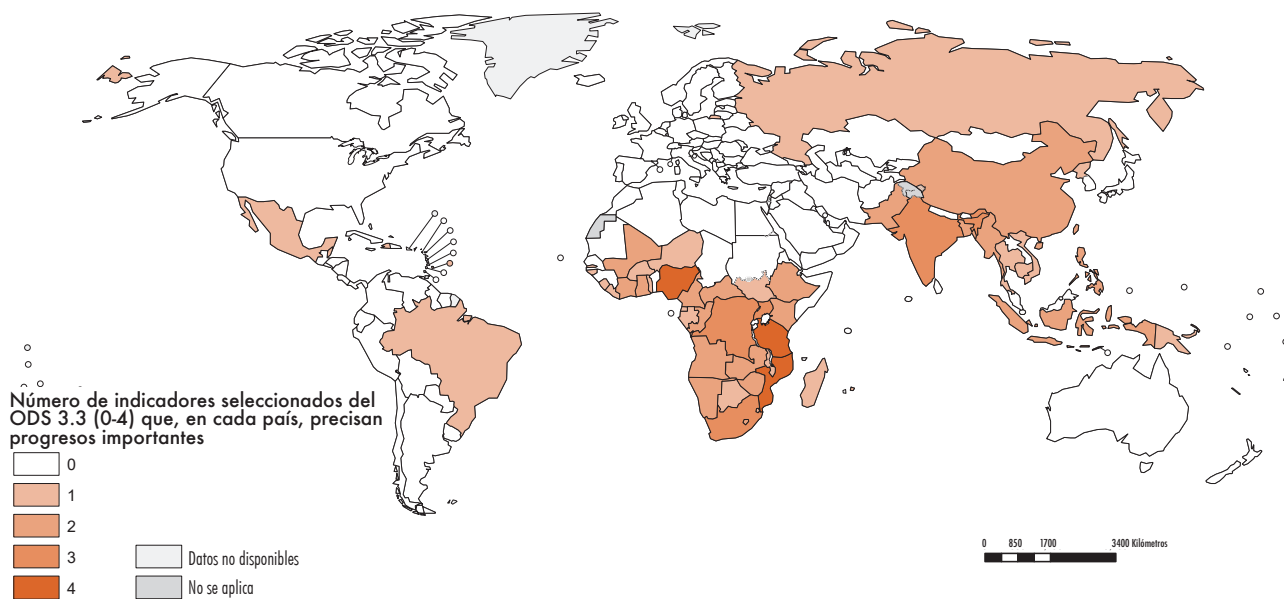
- los 19 países que tenían una razón de mortalidad materna muy alta en 2017 (1);¹
- los 53 países que necesitan acelerar sus actuales tendencias de las tasas de mortalidad de los menores de 5 años para alcanzar la meta de los ODS para 2030 (5);
- los 30 países en los que el número de nuevas infecciones por el VIH en adultos de entre 15 y 49 años fue superior a 100 por 100 000 personas no infectadas en 2018 (15);
- los 30 países que reunieron el 87% de los casos nuevos de tuberculosis en 2018 (16);
- los 11 países que acumularon el 70% de la carga mundial estimada de casos de paludismo en 2018 (17); y
- los 17 países que registraron el 80% de la carga de ETD en 2018 (18).

¹ Se considera muy alta si está comprendida entre 500 y 999 por 100 000 nacidos vivos y extremadamente alta si es igual o superior a 1000 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos.



Fuentes: Trends in maternal mortality: 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (1); Levels and trends in child mortality. Report 2019. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2019 (5).

Figura 2.5
Países en los que se pueden obtener mayores avances en la reducción de la mortalidad materna, de los menores de cinco años o de ambos grupos

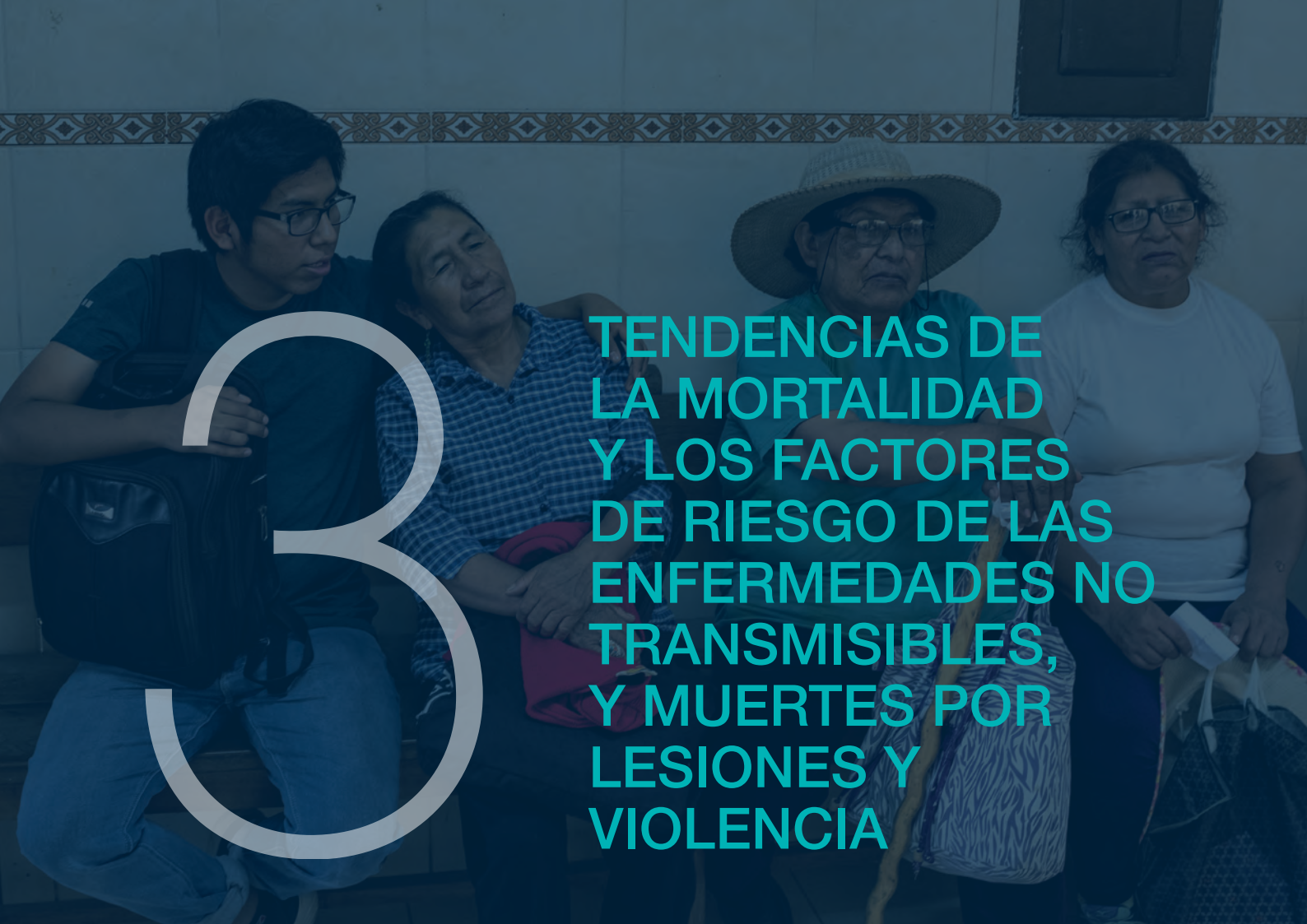


Fuentes: Global AIDS update 2019: communities at the centre. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2019 (15); Informe mundial sobre la tuberculosis 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (16); World Malaria Report 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (17); Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals – A road map for neglected tropical diseases 2021–2030. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (18).

Figura 2.6
Países en los que se pueden obtener mayores avances en al menos uno de los cuatro indicadores seleccionados del ODS 3.3

Referencias

1. Trends in maternal mortality: 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/>, consultado el 20 de abril de 2020).
2. Joint WHO/UNICEF Interagency database 2020 of skilled health personnel, based on population based national household survey data and routine health systems. (<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>, consultado el 20 de abril de 2020).
3. Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2020. Nueva York: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población; 2020.
4. World Fertility and Family Planning 2020: Highlights. Nueva York: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población; 2020.
5. Levels and trends in child mortality. Report 2019. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. United Nations Children's Fund, World Health Organization, World Bank Group and United Nations Population Division. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2019 (<https://www.unicef.org/reports/levels-and-trends-child-mortality-report-2019>, consultado el 20 de abril de 2020).
6. WHO/UNICEF estimates of national immunization coverage [base de datos en línea]. Revisión de julio de 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2019 (https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/en/, consultado el 20 de abril de 2020).
7. Patel MK, Dumolard L, Nedelec Y, Sodha SV, Steulet C, GacicDobo M et al. Progress towards regional measles elimination - worldwide, 2000-2018. *Weekly Epidemiological Record*. 2019; 94(49):581-600.
8. Datos de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, Organización Mundial de la Salud, al 28 de febrero de 2020. (Se puede consultar la información actualizada en: http://www.who.int/immunization_monitoring/en/diseases/poliomyelitis/case_count.cfm, consultado el 20 de abril de 2020).
9. Global and country estimates of immunization coverage and chronic HBV infection. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<http://whohbsagdashboard.com/#globalstrategies>, consultado el 20 de abril de 2020).
10. Progress on household drinking water, sanitation and hygiene 2000-2017: special focus on inequalities. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia/ Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/jmp-report-2019/en/, consultado el 20 de abril de 2020).
11. Estimaciones del uso del agua, el saneamiento y la higiene por regiones (2000-2017). Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua y del Saneamiento (JMP). Julio de 2019 (<https://washdata.org/data/household>, consultado el 20 de abril de 2020).
12. Safer water, better health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/safer-water-better-health/en/, consultado el 20 de abril de 2020).
13. UNICEF-WHO-The World Bank: Joint child malnutrition estimates - Levels and trends. Ginebra: Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia/Banco Mundial; 2020 (<https://www.who.int/nutgrowthdb/estimates/en/>, consultado el 20 de abril de 2020).
14. Health equity monitor database - Observatorio mundial de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/gho/data/node.main.HE-1540>, consultado el 20 de abril de 2020).
15. Global AIDS update 2019: communities at the centre. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf, consultado el 20 de abril de 2020).
16. Informe mundial sobre la tuberculosis 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://www.who.int/tb/publications/global_report/es/, consultado el 20 de abril de 2020).
17. World Malaria Report 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/publications-detail/world-malaria-report-2019>, consultado el 20 de abril de 2020).
18. Neglected tropical diseases [base de datos en línea], datos del Observatorio mundial de la salud (GHO). Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/neglected-tropical-diseases>, consultado el 20 de abril de 2020).
19. Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals - A road map for neglected tropical diseases 2021-2030. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://www.who.int/neglected_diseases/Ending-the-neglect-to-attain-the-SDGs--NTD-Roadmap.pdf, consultado el 20 de abril de 2020).
20. Global health estimates 2016: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html, consultado el 20 de abril de 2020).
21. Global status report on road safety 2018. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en/, consultado el 20 de abril de 2020).
22. Global status report on preventing violence against children 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [en prensa].
23. Datos y cifras sobre el VIH/sida. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>, consultado el 20 de abril de 2020).
24. Preventive Chemotherapy (PC) data portal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/gho/cabinet/pc.jsp>, consultado el 20 de abril de 2020).
25. Organización Mundial de la Salud. Global update on implementation of preventive chemotherapy against neglected tropical diseases in 2018. *Weekly Epidemiol Rec*, 2019;94(38):425-440.



TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD Y LOS FACTORES DE RIESGO DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, Y MUERTES POR LESIONES Y VIOLENCIA

Mortalidad por enfermedades no transmisibles

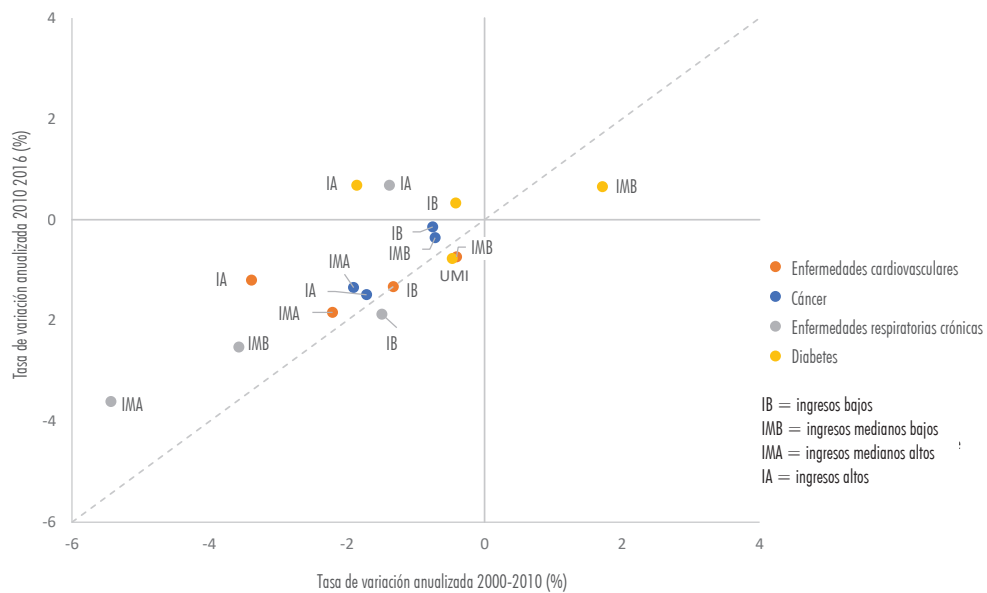
En comparación con los avances en la lucha contra las enfermedades transmisibles, no se ha progresado lo suficiente en la prevención y el control de las muertes prematuras por enfermedades no transmisibles (ENT). Sin embargo, los países necesitan estrategias integrales para reducir más eficazmente esas causas de muerte a fin de alcanzar las metas mundiales para 2030.

Se estima que en 2016 murieron 41 millones de personas en el mundo a causa de ENT, lo que equivale al 71% de todas las defunciones. La mayoría de esas muertes se debieron a cuatro ENT: enfermedades cardiovasculares (17,9 millones de muertes), cáncer (9,0 millones), enfermedades respiratorias crónicas (3,8 millones) y diabetes (1,6 millones) (1).

La probabilidad de morir por cualquiera de las cuatro principales ENT entre los 30 y los 70 años disminuyó un 18% a escala mundial entre 2000 y 2016. La disminución más rápida de la tasa de mortalidad «prematura» –definida como la tasa de mortalidad entre los 30 y los 70 años– normalizada según la edad se observa en las enfermedades

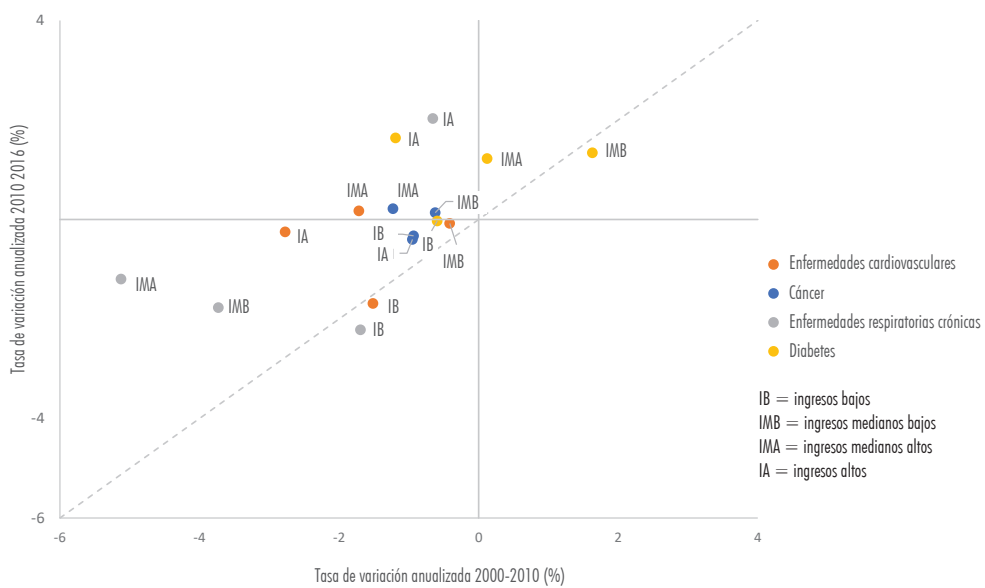
respiratorias crónicas (un 40% más baja), seguidas de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (ambas con tasas un 19% más bajas). Sin embargo, se está observando un aumento del 5% en la mortalidad prematura por diabetes. En los países de ingresos altos, el cáncer se ha convertido en la principal causa de muerte prematura. En otros grupos de países según los ingresos, en particular los de ingresos bajos y medianos bajos, las enfermedades cardiovasculares siguen siendo las ENT que más vidas se cobran entre las personas de ese grupo etario y, sin embargo, es en esos dos grupos de países donde el descenso de la mortalidad es más lento.

Pese a los considerables progresos logrados en el primer decenio del siglo XXI, el ritmo de cambio ha menguado desde 2010: las reducciones anuales de las tasas de mortalidad prematura normalizadas según la edad se han ralentizado en el caso de las principales ENT. Los datos desglosados por grupos de países según los ingresos (clasificación del Banco Mundial) (figura 3.1) muestran que, en los países de ingresos altos, la tasa de mortalidad prematura por diabetes y enfermedades respiratorias crónicas disminuyó de 2000 a 2010, pero aumentó en el periodo 2010-2016. En los países de ingresos medianos bajos, la tasa de mortalidad prematura por diabetes aumentó en ambos periodos.



Fuente: Global Health Estimates 2016: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2016. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (1).

Figura 3.1
Tasa anualizada de variación de las tasas normalizadas según la edad de mortalidad prematura debida a las cuatro ENT destacadas en la meta 3.4 de los ODS, por grupos de países según los ingresos, 2000-2010 y 2010-2016



Fuente: Global Health Estimates 2016: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2016. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (1).

Figura 3.2
Tasa anualizada de variación de las tasas brutas de mortalidad prematura debida a las cuatro ENT destacadas en la meta 3.4 de los ODS, por grupos de países según los ingresos, 2000-2010 y 2010-2016

En contraste con la disminución general de las tasas de mortalidad normalizadas según la edad, se observa que la transición demográfica (hacia poblaciones de más edad) y la rápida transición epidemiológica de las enfermedades transmisibles a las no transmisibles no solo han ralentizado la disminución de la tasa bruta de mortalidad prematura por ENT desde 2000, sino que además han contribuido a un aumento registrado desde 2010, en particular en los países de ingresos medianos bajos y medianos altos (figura 3.2).

Dadas las estructuras etarias de la población en los países con una alta carga de mortalidad prematura por ENT, el hecho de que la mortalidad por estas enfermedades descienda lentamente tiene importantes consecuencias para la salud y el bienestar de las sociedades y para las economías nacionales. En al menos la mitad de los países en los que claramente no se está avanzando hacia el logro de la meta 3.4 de los ODS hay que aplicar políticas y acciones que reduzcan sustancialmente ese riesgo de mortalidad (2). Es preciso adoptar medidas más eficaces contra los principales factores de riesgo de ENT y prestar una atención más intensiva a quienes las padecen por medio de unos sistemas de salud reforzados que incluyan mejores servicios de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos, que en 2016 acumularon el 85% de los 15 millones de muertes prematuras debidas a ENT.

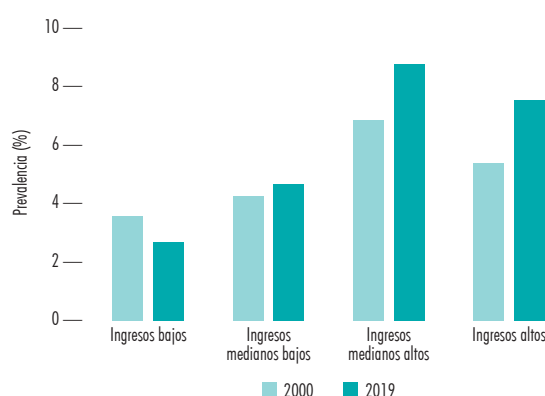
Los factores de riesgo de ENT muestran tendencias contradictorias

Las causas subyacentes de las principales ENT son complejas. Comprenden predisposiciones genéticas y también comportamientos de riesgo modificables (como el consumo de tabaco, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física y las dietas malsanas) y riesgos ambientales (como la contaminación atmosférica), cuya prevalencia varía según la ubicación geográfica, el grupo de ingresos y el sexo.

Factores de riesgo modificables

El aumento de las tasas de mortalidad por diabetes se asocia, entre otros factores, a la creciente prevalencia de la obesidad, que es uno de los principales factores de riesgo de diabetes. Desde 2000, la prevalencia mundial de obesidad entre los adultos (18 años o más), normalizada según la edad, se ha multiplicado por 1,5, y la prevalencia bruta en niños (de entre 5 y 19 años) se duplicó con creces (del 2,9% al 6,8%) en 2016 (3).

Además de la obesidad, el sobrepeso muestra una preocupante tendencia al alza entre los niños. Se estima que, en 2019, el 5,6% de los menores de 5 años, es decir, 38,3 millones de niños, tenían sobrepeso, en comparación con aproximadamente 30,3 millones en 2000. En la Región de África de la OMS, la proporción de menores de 5 años con sobrepeso disminuyó del 4,6% en 2000 al 3,1% en 2019, aunque su número aumentó de 5,1 millones



Fuente: Joint child malnutrition estimates: Levels and trends. Ginebra: Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia/Banco Mundial; 2020 (4).

Figura 3.3
Prevalencia del sobrepeso en los menores de 5 años, por grupos de países según los ingresos, 2000 y 2019

a 5,3 millones. La prevalencia del sobrepeso entre los menores de 5 años ha aumentado en casi todos los grupos de países según los ingresos desde 2000, y en 2019 la más alta (8,8%) correspondió al de ingresos medianos altos (figura 3.3) (4).

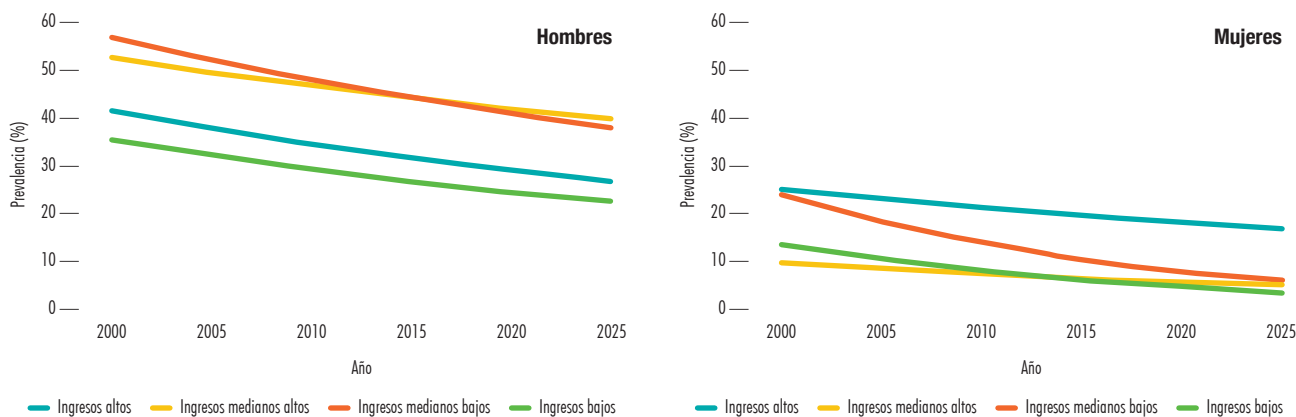
Aunque no figuran como indicadores oficiales de los ODS, dos de los factores de riesgo modificables, a saber, las dietas malsanas (por ejemplo, el consumo insuficiente de frutas y verduras, la ingesta excesiva de sal o la ingesta inadecuada de grasas) y la actividad física insuficiente, también son objeto de seguimiento en el marco de la agenda relativa a las ENT, para la cual se aprobaron metas mundiales en la Asamblea Mundial de la Salud de 2013. En 2016, la prevalencia mundial de la inactividad física¹ entre los adultos de 18 años en adelante, normalizada según la edad, era del 27,5%.

La proporción de mujeres con una actividad física insuficiente era mayor que la de hombres (el 31,7% frente al 23,4%, respectivamente) (5). En 2016, más de cuatro de cada cinco adolescentes escolarizados de entre 11 y 17 años (81,0%) no cumplían las recomendaciones de la OMS de realizar al menos una hora diaria de actividad física y, como ocurre entre los adultos, la proporción de niñas (84,7%) era superior a la de niños (77,6%) (6).

La tensión arterial alta (hipertensión)² se considera un importante factor de riesgo de padecer diversas ENT, como cardiopatías y afecciones cerebrales. La prevalencia mundial de hipertensión disminuyó un 11% entre 2000 y 2015. El desglose por grupos de países según los ingresos (clasificación del Banco Mundial) muestra que, en 2015, la mayor prevalencia de hipertensión se daba en los países de ingresos bajos (28,4%) y la más baja, en los de ingresos altos (17,7%) (7).

¹ Se define como el incumplimiento de las recomendaciones de la OMS de realizar al menos 150 minutos de actividad moderada por semana, o su equivalente.

² Se define como una tensión arterial sistólica de ≥ 140 mmHg, una tensión arterial diastólica de ≥ 90 mmHg o ambas.



Fuente: WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025, third edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (8).

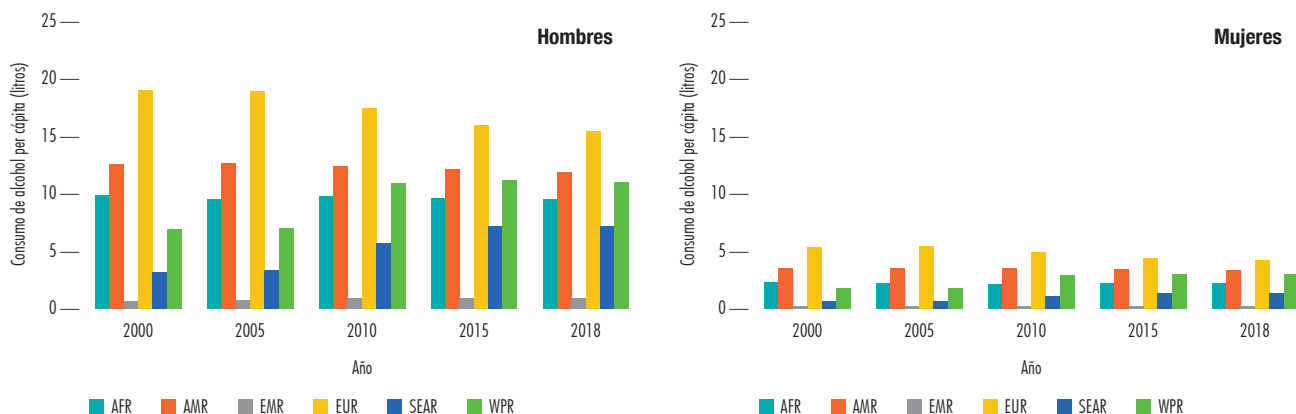
Figura 3.4
Tendencias actuales y previstas del consumo de tabaco entre la población de ≥ 15 años, por grupos de países según los ingresos y por sexos, 2000-2025

El consumo de tabaco, otro importante factor de riesgo, no ha dejado de disminuir tanto en la población adulta masculina como en la femenina en todo el mundo, y en todos los grupos de ingresos, tendencia que está previsto que se mantenga (figura 3.4). Algo menos de la cuarta parte (23,6%) de los adultos (de 15 años o más) consumieron tabaco en alguna de sus modalidades en 2018, frente a una tercera parte (33,3%) en 2000. En el mundo, la prevalencia promedio del consumo de tabaco entre los hombres disminuyó del 50,0% en 2000 al 38,6% en 2018. Sin embargo, se prevé que esa tasa se mantenga por encima del 35% al menos hasta 2025, salvo que haya un endurecimiento inmediato de las políticas de control del tabaco. Entre las mujeres, el consumo de tabaco disminuyó en el mundo del 16,7% en 2000 al 8,5% en 2018 (8).

Sin embargo, la cifra total de consumidores adultos de tabaco sigue siendo muy elevada: rondaba los 1300 millones de personas en 2018. Los gobiernos pueden proteger a los ciudadanos de los perjuicios relacionados con el tabaco reforzando la aplicación de las medidas de base

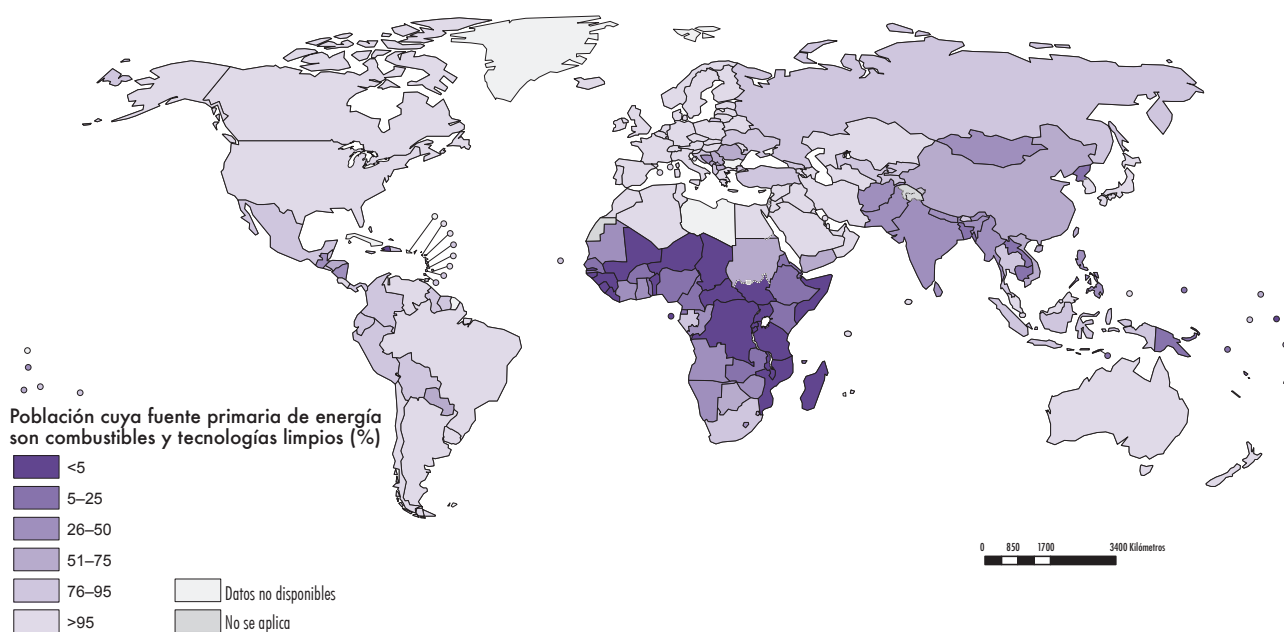
científica establecidas en el *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco* (CMCT OMS) y su Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos del tabaco. En las 181 Partes en el CMCT de la OMS, que representan más del 90% de la población mundial, la situación de la aplicación ha mejorado constantemente desde la entrada en vigor del Convenio en 2005. Aun así, hay que redoblar los esfuerzos si se desea reducir rápida y eficazmente la prevalencia y las muertes para 2030 (9).

El uso nocivo del alcohol causó más de tres millones de muertes en el mundo en 2016 (el 5,3% de todas las muertes); más de las tres cuartas partes de ellas correspondieron a varones (10). El consumo mundial de alcohol, medido en litros de alcohol puro por persona de 15 años o más, se ha mantenido relativamente estable desde 2010 y se estimaba en 6,2 litros en 2018 (11). Sin embargo, las tendencias actuales y las previsiones apuntan a un aumento del consumo per cápita mundial de aquí a 2025, debido en gran parte a aumentos en las regiones de las Américas, Asia Sudoriental y Pacífico Occidental (10).



Fuente: WHO Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) [base de datos en línea], datos del Observatorio mundial de la salud (GHO). Ginebra: Organización Mundial de la Salud (11).

Figura 3.5
Consumo de alcohol per cápita (personas de 15 años en adelante) en un año civil en litros de alcohol puro, por sexos y por regiones de la OMS, 2000-2018



Fuente: Public health and environment [base de datos en línea], datos del Observatorio mundial de la salud (GHO). Ginebra: Organización Mundial de la Salud (13).

Figura 3.6
Porcentaje de la población cuya fuente primaria de energía son combustibles y tecnologías limpias, 2018

La Región de Europa de la OMS sigue teniendo el consumo per cápita más alto del mundo (9,7 litros per cápita en 2018), aunque ha disminuido más del 10% desde 2010. En todas las regiones, las mujeres tienen menos probabilidades que los hombres de tomar bebidas alcohólicas, y las que lo hacen tienden a beber menos (figura 3.5) (11). Unas medidas de control eficaces pueden reducir el consumo de alcohol. Entre ellas figuran el aumento de los gravámenes sobre las bebidas alcohólicas, las prohibiciones o restricciones generales de la publicidad de dichas bebidas, la limitación de su disponibilidad física, la promulgación y aplicación de leyes sobre la conducción en estado de embriaguez, y la prestación de breves intervenciones psicosociales (10).

Para reducir sustancialmente la mortalidad debida a las ENT, los países necesitan unos sistemas de salud reforzados que dispensen una atención equitativa y de calidad de dichas enfermedades, empezando por el control de la hipertensión, y políticas que reduzcan drásticamente el consumo de tabaco y alcohol, prevengan y controlen la hipertensión, y promuevan y faciliten unas dietas más saludables y la actividad física.

Factores de riesgo ambientales

La contaminación del aire es un gran riesgo ambiental para la salud. Los efectos combinados de la contaminación del aire ambiental y el doméstico causaron alrededor de

siete millones de muertes en 2016, en su mayoría debidas a accidentes cerebrovasculares, cardiopatías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer de pulmón e infecciones respiratorias agudas (1,12,13).

En 2016, nueve de cada 10 personas respiraron aire que no cumplía las directrices de la OMS sobre la calidad del aire y más de la mitad de la población mundial estuvo expuesta a niveles de contaminación atmosférica al menos 2,5 veces superiores a la norma de seguridad establecida por la OMS. La población de los países de ingresos bajos y medianos corre un riesgo desproporcionado y acumuló más del 90% de las muertes atribuibles a la contaminación atmosférica en 2016 (1,12,13).

Además de la contaminación del aire ambiental o exterior, la contaminación del aire de los hogares amenaza la salud de los 2800 millones de personas que se calcula que dependen fundamentalmente de sistemas de cocinado contaminantes (13). Aunque la proporción de la población mundial con acceso a combustibles y tecnologías limpias para cocinar no ha dejado de aumentar desde 2000 y alcanzó el 63% en 2018, el número efectivo de personas que no tienen acceso a ellos se ha mantenido relativamente constante en los tres últimos decenios. Las disparidades regionales son muy marcadas: apenas el 18% de la población de la Región de África utiliza principalmente combustibles y tecnologías limpias para cocinar, frente a más del 90% en la Región de Europa y la Región de las Américas (figura 3.6).

Unas políticas e inversiones que promovieran industrias más limpias, la generación de energía, y transportes y hogares eficientes desde el punto de vista energético reducirían las principales fuentes de contaminación del aire exterior y mitigarían el impacto del cambio climático. Un acceso más amplio y equitativo a combustibles y tecnologías para cocinar limpios, asequibles, fiables y cómodos ayudaría a reducir la contaminación del aire tanto en los hogares como en el exterior.

Homicidios, violencia contra la mujer, suicidios, lesiones por accidentes de tránsito e intoxicaciones involuntarias

Homicidios

Se estima que en 2017 hubo 478 000 víctimas de homicidio en el mundo, cuatro quintas partes de ellas varones (niños o adultos). La mayor tasa de mortalidad por homicidio se registró en la Región de las Américas y era de 19,6 por 100 000 habitantes, más tres veces superior al promedio mundial, que es de 6,3 por 100 000 habitantes (14).

Violencia contra la mujer

La violencia contra la mujer (VCM) es frecuente en todo el mundo y se asocia a numerosos y graves problemas de salud para las mujeres y sus hijos. Es importante recopilar, analizar y notificar los datos sobre la violencia de pareja y otras formas de VCM para elaborar intervenciones eficaces y sostenibles orientadas a reducirlas. La OMS está colaborando con otros organismos de las Naciones Unidas en la recopilación de datos de violencia en la pareja y violencia sexual fuera de la pareja procedentes de encuestas o estudios de prevalencia poblacionales y en la elaboración de estimaciones (véase en la sección 4 el recuadro 2 sobre la mejora de los datos de violencia contra la mujer).

Suicidios

En 2016 se produjeron casi 800 000 suicidios en el mundo, lo que equivale a una tasa de mortalidad anual por esta causa de 10,6 por 100 000 habitantes (1). Entre 2000 y 2016, dicha tasa mundial descendió un 16% en la población masculina y un 21% en la femenina. Los hombres tenían casi el doble de probabilidades de morir por suicidio que las mujeres (13,5 y 7,7 muertes por 100 000 habitantes, respectivamente, en 2016). Considerando los diversos grupos de países según los ingresos, las tasas de mortalidad por suicidio eran más elevadas entre los hombres de los países de ingresos altos

(21,0 por 100 000 habitantes). Aunque se ha progresado algo, si la tasa mundial de suicidios sigue descendiendo al ritmo actual (un 8% entre 2010 y 2016), no se alcanzarán las metas mundiales para 2030.

La prevención de los homicidios, los suicidios y la violencia no mortal exige enfoques integrales y multisectoriales que no se limiten a los servicios de salud y de salud mental, sino que trasciendan el sector sanitario y aborden las causas de fondo, como las desigualdades de género y socioeconómicas, las normas sociales que permiten la violencia, el acceso a plaguicidas muy peligrosos y la difusión irresponsable de información por los medios de comunicación.

Lesiones debidas a accidentes de tránsito

La tasa general de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tránsito se ha mantenido bastante constante entre 2000 y 2016, en torno a 18 muertes por 100 000 habitantes en 2016, pese al creciente número de vehículos de motor en uso. La tasa de mortalidad fue más de tres veces mayor en los países de ingresos bajos (27,5 muertes por 100 000 habitantes) que en los de ingresos altos (8,3 muertes por 100 000 habitantes). En el mundo, los accidentes de tránsito se cobraron la vida de 1,35 millones de personas en 2016 –cerca de 3700 muertes por día– y causaron lesiones a otros 50 millones de personas. Más de la mitad de las muertes mundiales por accidentes de tránsito corresponden a peatones, ciclistas y motoristas, a los que en muchos países todavía no se tiene en cuenta en el diseño de los sistemas de tránsito y las estrategias de seguridad vial (15).

Intoxicaciones involuntarias

En 2016, las intoxicaciones involuntarias se cobraron la vida de más de 106 000 personas en el mundo. Considerando las regiones de la OMS, la mayor tasa de mortalidad se registró en la Región de África (2,7 por 100 000 habitantes) y la más baja, en la Región de las Américas (0,6 por 100 000 habitantes). La mayor carga de mortalidad correspondía a los países de ingresos bajos (2,8 por 100 000 habitantes), con tasas de mortalidad casi seis veces superiores a las de los países de ingresos altos (0,5 por 100 000 habitantes) (1).

Es preciso que los países apliquen las medidas eficaces que ya existen para mejorar la seguridad vial y reducir las intoxicaciones involuntarias.

Referencias

1. Global health estimates 2016: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/, consultado el 20 de abril de 2020).
2. NCD Countdown 2030 collaborators. NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. *Lancet*. 2018;392(10152):1072-1088.
3. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2017;390:2627-42.
4. UNICEF-WHO-The World Bank: Joint child malnutrition estimates - Levels and trends. Ginebra: Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia/Banco Mundial; 2020 (<https://www.who.int/nutgrowthdb/estimates/en/>, consultado el 20 de abril de 2020).
5. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health*. 2018;6(10):e1077-e1086.
6. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. *Lancet Child Adolesc Health* 2020; 4: 23-35.
7. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *Lancet*. 2017;389:37-55.
8. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, third edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/publications-detail/whoglobal-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition>, consultado el 20 de abril de 2020).
9. 2018 Global progress report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://www.who.int/fctc/reporting/WHO-FCTC-2018_global_progress_report.pdf, consultado el 20 de abril de 2020).
10. Global status report on alcohol and health 2018. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://www.who.int/publications-detail/global-status-report-on-alcohol-and-health-2018>, consultado el 20 de abril de 2020).
11. WHO Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) - Observatorio mundial de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/gho/alcohol/en>, consultado el 20 de abril de 2020).
12. Burden of disease from household air pollution for 2016. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://www.who.int/airpollution/data/HAP_BoD_results_May2018_final.pdf, consultado el 20 de abril de 2020).
13. Public health and environment [base de datos en línea], datos del Observatorio mundial de la salud (GHO). Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/public-health-and-environment/GHO/public-health-and-environment>, consultado el 20 de abril de 2020).
14. Global status report on preventing violence against children 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [en prensa].
15. Global status report on road safety 2018. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en/, consultado el 20 de abril de 2020).



ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS EN MATERIA DE DATOS

El seguimiento mundial de los progresos hacia el logro de los objetivos y metas de los ODS relacionados con la salud y del 13.º PGT de la OMS exige disponer de datos nacionales de buena calidad para ir supervisando los cambios por medio de indicadores específicos.

Lo ideal sería que el seguimiento mundial se basara en datos de los países generados por los sistemas nacionales de estadísticas. Esos datos deberían ser exhaustivos, exactos y comparables entre los países y a lo largo del tiempo. Sin embargo, aunque se ha avanzado mucho en los últimos decenios, es frecuente que los sistemas nacionales de estadísticas y los datos sanitarios que generan tengan limitaciones. Por ejemplo, puede que la cobertura de los sistemas de información administrativa (como los sistemas de registro civil y estadísticas vitales y los sistemas de información periódica de salud de los centros sanitarios) sea incompleta. Cabe la posibilidad de que las encuestas no sean representativas a escala nacional o no se lleven a cabo con la frecuencia suficiente como para permitir un seguimiento eficaz. Igualmente, puede que el número de casos notificados a los sistemas de vigilancia de las enfermedades sea superior o inferior al real. En muchos casos no se dispone de datos desglosados, que son esenciales para hacer un seguimiento de las desigualdades en materia de salud.

El sesgo de información, los errores al procesar o notificar la información recopilada, los retrasos en la notificación y el uso de definiciones y metodologías distintas según los países plantean dificultades suplementarias y determinan que se utilicen datos obsoletos, incompletos o inexactos, lo cual obstaculiza el seguimiento de los indicadores relacionados con la salud y pone en peligro los progresos hacia el logro de los ODS.

Se han identificado las fuentes de datos preferentes para cada uno de los indicadores de los ODS relacionados con la salud (1–2). Para el seguimiento mundial, lo ideal es utilizar datos primarios de buena calidad generados por los países. Sin embargo, cuando esos datos primarios no son suficientemente comparables, se dan casos en los que la OMS y otros organismos internacionales utilizan modelos matemáticos o estadísticos para generar estimaciones comparables, tomando los datos primarios disponibles como datos de base.

En consecuencia, las estadísticas nacionales presentadas en *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020* son una combinación de datos primarios, en el caso de algunos indicadores, y de estimaciones comparables, en el caso de otros. Por lo general, los datos primarios se recopilan a partir de los sistemas de notificación ordinaria o de fuentes de acceso público, como las encuestas demográficas y de salud. Las

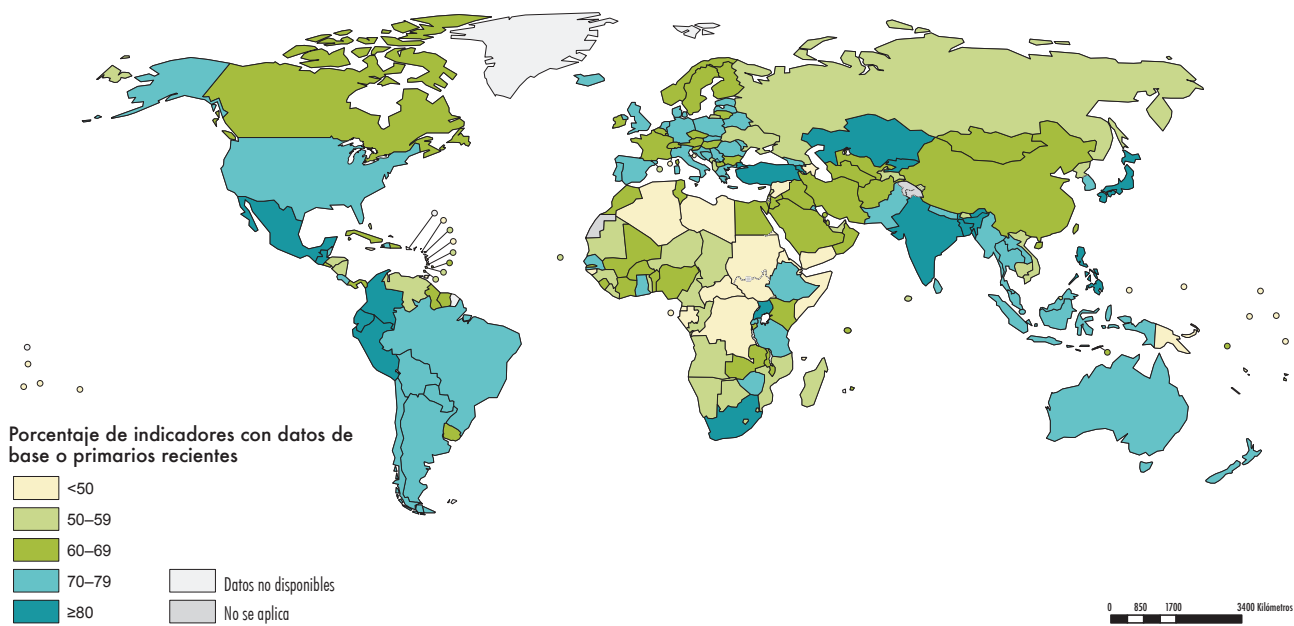


Figura 4.1
Disponibilidad de datos de base o primarios recientes para fundamentar el seguimiento mundial de los ODS relacionados con la salud

estadísticas se presentan tal como se han comunicado o con algunos ajustes. Las estimaciones comparables se han obtenido ajustando o modelizando los datos nacionales para permitir las comparaciones entre países y a lo largo del tiempo. Se han elaborado estimaciones comparables de los mismos años de referencia para los países que disponen de datos primarios de base y, en algunos casos, también para los que no disponen de ellos (3).

En el presente informe, se muestra cada una de las estadísticas por países en el anexo 2 y se indica si dicha estadística se basa en datos primarios de base recientes o más antiguos,¹ o si se carecía de datos primarios de base directos.

La disponibilidad de datos primarios de base recientes es desigual (figura 4.1), aunque probablemente existían más datos a escala nacional pero no estaban a disposición de los organismos por diversas razones.² La mayoría de los países disponían de datos primarios o datos de base recientes para entre la mitad y el 80% de los indicadores de los ODS relacionados con la salud y del 13.º PGT incluidos en el anexo 2. Sin embargo, en casi una quinta parte de los países, más de la mitad de los indicadores carecen de

datos primarios o datos de base directos recientes.³ Es más probable que sean países de ingresos bajos y medianos bajos los que carezcan de datos de base recientes para elaborar estimaciones comparables, especialmente las que precisan de datos completos de registro de las causas de muerte; sin embargo, comparados con los de ingresos más altos, tienden a tener más datos de indicadores que se obtienen a partir de encuestas poblacionales, como los relacionados con la nutrición infantil y la planificación familiar.

Los datos de base de un determinado conjunto de estimaciones pueden, además, no ser todos de la misma calidad. En el presente informe se tienen en cuenta los datos de base que se utilizaron para generar las estimaciones, independientemente de los ajustes que se les aplicaran en el proceso de estimación. Además, los indicadores de los ODS relacionados con la salud se basan en definiciones y metodologías diversas, por lo que los considerados datos de base en este informe también varían. En el caso de los indicadores complejos que se elaboran a partir de varios parámetros, solo se consideran datos de base el parámetro o parámetros más importantes.

Existen importantes lagunas en la disponibilidad y la calidad de los datos destinados a orientar el seguimiento mundial de los ODS relacionados con la salud. Muchos sistemas nacionales de información sanitaria requieren mejoras urgentes, empezando por más inversiones en colaboración y recursos humanos y técnicos. La recopilación, el análisis y la utilización de datos de buena calidad es un paso importante para abordar y corregir las desigualdades en la atención de salud.

¹ En el caso de los indicadores notificados como datos primarios, una estadística se considera reciente si el año de referencia es 2015 o posterior. En el caso de las estimaciones comparables, los datos primarios de base se consideran recientes si el último año del periodo de referencia dista como máximo cuatro años del año de la estimación.

² Una baja disponibilidad de los datos podría significar que las estimaciones presentadas en la edición actual datan de hace varios años (cuando aún no se disponía de datos más recientes). Podría significar también que se disponía de datos más recientes, pero estos no llegaron a tiempo a los organismos internacionales o no cumplían los criterios de inclusión para usarse en la notificación o en el proceso de estimación. A finales de 2020 se contará con un informe que ofrecerá una panorámica más detallada de la disponibilidad real de datos a escala de los países y la calidad de los sistemas de información sanitaria que los generan.

³ Los indicadores incluidos en esta edición no son exactamente los mismos que los de las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2019 y, en el caso de algunos de ellos, se han perfeccionado los criterios para evaluar la disponibilidad de datos, por lo que los cambios entre una edición y otra no deben interpretarse como tendencias.

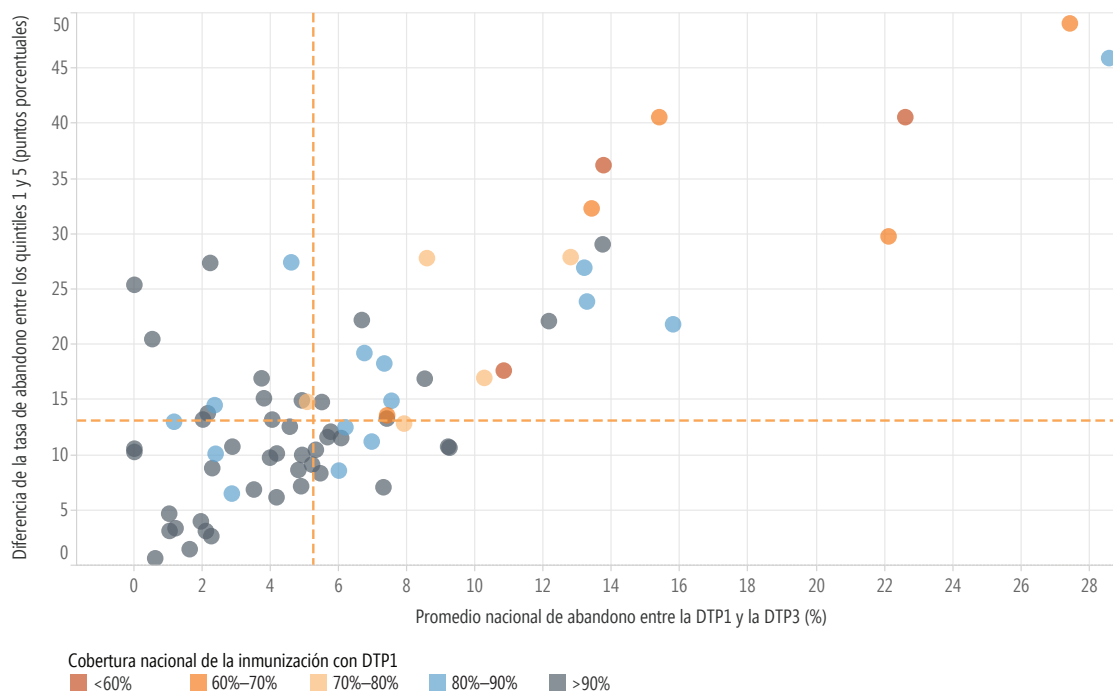
RECUADRO 1. NECESIDAD DE DISPONER DE DATOS DESGLOSADOS PARA LOGRAR LA EQUIDAD SANITARIA

Es fundamental hacer un seguimiento de las desigualdades en salud para lograr la equidad sanitaria, ya que permite identificar las poblaciones a las que se está «dejando atrás» y ayuda a fundamentar políticas, prácticas y programas orientados a la equidad y capaces de corregir las diferencias existentes. Para llevar a cabo este seguimiento se necesitan diversos tipos de datos desglosados que, en el caso de varios indicadores de los ODS relacionados con la salud, hoy por hoy faltan.

Por ejemplo, el seguimiento geográfico es crucial para revelar las variaciones subnacionales de la cobertura de la inmunización. El Plan de acción mundial sobre vacunas 2011-2020 tiene como objetivo alcanzar una cobertura nacional del 90% para la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP3), y especifica una meta de cobertura del 80% en cada distrito, pero el seguimiento de la desigualdad de la inmunización a escala de distrito se ha visto entorpecido por la escasa disponibilidad de datos y las dudas sobre la calidad de estos.

Una opción era utilizar los datos administrativos de cobertura de la inmunización (recopilados por los centros sanitarios) a escala de distrito (o segundo nivel administrativo), que el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la OMS allegan anualmente a escala mundial desde 2016, para hacer un seguimiento de las desigualdades subnacionales en materia de inmunización. Sin embargo, los problemas de calidad de los datos (sobre todo en el caso de los denominadores, debido a estimaciones inexactas de las poblaciones destinatarias) limitan su capacidad de reflejar con exactitud las desigualdades subnacionales. Para sortear el problema, se utilizó la tasa de abandono entre la DTP1 y la DTP3 (es decir, la proporción de niños que recibieron una dosis de vacuna DTP, pero no recibieron la tercera dosis) como indicador en 72 países en los que los datos administrativos comunicados por el país permitían calcular dicha tasa de abandono y comparar las desigualdades geográficas subnacionales en unos países y otros mediante la agrupación de los distritos de cada país por quintiles.

En los 72 países, el promedio nacional de las tasas de abandono entre la DTP1 y la DTP3 notificadas estaba comprendido entre el 0% y el 28,6% (con una mediana del 5,3%). Sin embargo, en la mayoría de ellos, esas tasas nacionales de abandono ocultan importantes desigualdades entre los distritos. En el 20% de los distritos con las menores tasas de abandono (quinto quintil), la mediana de dicha tasa era del 1,3%, frente al 14,7% en el 20% de los distritos con las tasas de abandono más altas (primer quintil). En 19 de los 72 países había diferencias de más de 20 puntos porcentuales entre el quintil de la mayor tasa de abandono y el de la menor. Además, la mayoría de los países tenían un grupo de distritos cuyas tasas de abandono de la DTP tendían a ser desproporcionadamente superiores a las del resto. Estos resultados pueden utilizarse para fundamentar estrategias orientadas a mejorar la cobertura nacional de la inmunización con la DTP3.



Notas: Los círculos de colores indican los países: cada país del estudio se representa por un círculo coloreado. Las líneas discontinuas de color naranja indican las medianas (puntos medios).

Fuentes: Subnational immunization coverage data. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (4); WHO/UNICEF estimates of national immunization coverage. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (5).

Figura 4.2
Desigualdad intranacional, a escala de distrito, de las tasas de abandono de la DTP en comparación con las tasas promedio nacionales de abandono y cobertura de la inmunización con la DTP1 en 72 países, 2018

Sin embargo, la utilización de esos datos administrativos tiene limitaciones. La calidad de los datos sigue siendo un problema. Además, las tasas de abandono de la DTP solo reflejan un aspecto de un programa de inmunización y no incluyen a los niños que no están vacunados. Por lo tanto, para hacer un seguimiento eficaz de la equidad es preciso combinar las tasas subnacionales de abandono con otros indicadores, como la proporción de niños que no han recibido ninguna dosis (los niños «con cero dosis»). Esto pone de relieve la necesidad de fortalecer de manera continua los sistemas de información sanitaria con objeto de poder recopilar datos suficientes y utilizarlos para el seguimiento y la fundamentación de unos programas de inmunización orientados a la equidad.

RECUADRO 2. MEJORAR LOS DATOS DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

La disponibilidad, la calidad y la comparabilidad de los datos poblacionales de la violencia contra la mujer (VCM), y en particular la violencia de pareja, están mejorando. En la actualidad, al menos 147 países cuentan con datos poblacionales de prevalencia de la violencia física, sexual o psicológica en la pareja, frente a 87 en 2011.^a Una proporción significativa de estos datos procede del «Módulo de violencia doméstica» de las Encuestas de Demografía y Salud. Las encuestas específicas, a menudo realizadas por las oficinas nacionales de estadística, son otra fuente de datos importante.

La OMS también encabeza iniciativas orientadas a alcanzar un consenso sobre la definición, la medición y la notificación de la violencia psicológica en la pareja, a fin de generar estimaciones más sólidas y fiables de su prevalencia. Unas mediciones mejores permitirán informar sobre los tres tipos de violencia de pareja en el futuro.

Algunos de los problemas que subsisten guardan relación con la heterogeneidad de los datos y la falta de datos desglosados por edades (especialmente en el caso de los grupos de edad más avanzada). Algunos países todavía carecen por completo de datos de la VCM, mientras que la mayoría solo ha realizado una encuesta representativa sobre esta cuestión. Además, los datos de la violencia sexual fuera de la pareja se ven afectados por la falta de una medición normalizada y de un desglose por acto y por violencia en la pareja o fuera de ella. Hay que seguir trabajando para fortalecer la medición de las diversas formas de violencia sexual.

^a Para el presente informe, solo 58 países dispusieron de datos de encuestas sobre violencia física o sexual que cumplieran los criterios de inclusión en el anexo 2.

Referencias

1. Asma S, Lozano R, Chatterji S, Swaminathan S, de Fátima Marinho M, Yamamoto N et al. Monitoring the health-related Sustainable Development Goals: lessons learned and recommendations for improved measurement. *Lancet*. 2020;395(10219):240–246.
2. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/, consultado el 20 de abril de 2020).
3. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/, consultado el 20 de abril de 2020).
4. Subnational immunization coverage data. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019. (https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/subnational/en/, consultado el 20 de abril de 2020).
5. WHO/UNICEF estimates of national immunization coverage. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/routine/coverage/en/index4.html, consultado el 20 de abril de 2020).



INFORMACIÓN Y DATOS SANITARIOS DE BUENA CALIDAD

Es fundamental contar con unas estadísticas relacionadas con la salud exactas, oportunas y comparables para conocer las tendencias sanitarias. Los responsables de la toma de decisiones necesitan esa información para elaborar políticas adecuadas, asignar recursos y priorizar las intervenciones. Los datos también son vitales para que los Estados Miembros hagan un seguimiento del impacto de sus esfuerzos por alcanzar las metas de los ODS.

Los ODS relacionados con la salud exigen que en cada país funcionen numerosos sistemas de datos, como el registro civil y las estadísticas vitales, las notificaciones periódicas de los centros sanitarios y otros datos administrativos, las encuestas de hogares y otras encuestas poblacionales, los sistemas de vigilancia y otras fuentes. Algunos indicadores también se basan en fuentes de datos de sectores distintos del de la salud (1). Es importante crear sistemas integrados de estadísticas y datos sanitarios que generen parámetros clave y brinden información con la que orientar las decisiones de políticas. Como ha ilustrado la emergencia de la COVID-19, un sistema funcional debe ser lo bastante flexible como para adaptarse a situaciones imprevistas y ofrecer datos oportunos y pertinentes en los que fundamentar las decisiones.

Registro civil y estadísticas vitales

En materia de salud pública, la solidez de la toma de decisiones depende de que se disponga de unas estadísticas

exactas de los nacimientos y las defunciones, incluidas las causas de muerte. La mejor manera de recopilar esa información es utilizar un sistema de registro civil y estadísticas vitales. La evaluación más reciente indica que menos de la tercera parte de los países disponen de datos de buena calidad de las causas de muerte (2). El rápido avance de las tecnologías digitales en los últimos tiempos ofrece oportunidades sin precedentes para acelerar la mejora de los sistemas de registro civil en todo el mundo. No existe un plan único para crear y mantener dichos sistemas; cada país se enfrenta a su particular conjunto de retos, y las estrategias deben adaptarse en consecuencia.

En el mundo se aplican muchos métodos de vigilancia de la mortalidad, que comprenden los sistemas de vigilancia de la mortalidad por todas las causas y por causas específicas en el sector de la salud. Se puede utilizar un sistema unificado de vigilancia de la mortalidad con altos niveles de cobertura y exhaustividad, que capte todas las muertes por todas las causas, para generar con puntualidad los datos de mortalidad necesarios. En el contexto de emergencias sanitarias como la COVID-19, una vigilancia rápida de la mortalidad que capte la mortalidad total por todas las causas permite medir las variaciones repentinas de los niveles de mortalidad. La OMS está modernizando rápidamente su base de datos de mortalidad para facilitarles a los países la notificación de dichos datos y brindando

formación y asistencia técnica con miras a mejorar la certificación médica de las causas de muerte y favorecer así la comunicación oportuna de información fiable.

La OMS, en colaboración con los organismos del sistema de las Naciones Unidas y sus asociados, está aportando conocimientos técnicos especializados orientados a habilitar a los Estados Miembros para que induzcan más eficazmente al sector sanitario a participar y a contribuir a que los sistemas de registro civil se fortalezcan y la elaboración de políticas se beneficie al máximo de ellos. Lo hace prestando asistencia técnica directa a los países, reforzando la capacidad a escala regional para apoyar a todos los Estados Miembros, y ofreciendo una formación intensiva en el servicio accesible a los países.

Datos administrativos y de los servicios y centros de atención de salud

Los datos administrativos y de los servicios y centros de atención de salud se generan a través de varios sistemas y subsistemas de datos, como los sistemas de información sanitaria periódica (SISP), los registros, las encuestas de establecimientos sanitarios y otros sistemas de información sobre logística y personal sanitario. Sin embargo, en muchos casos, la falta de conexión entre los sistemas, la ausencia de normalización, la mala calidad de los datos y una capacidad de análisis limitada menoscaban el valor de esa información. Estas limitaciones obstaculizan las acciones de salud pública.

La OMS ofrece un conjunto de instrumentos integrados y paquetes de asistencia técnica para ayudar a enfrentar muchos de estos problemas mediante instrumentos de medición con los cuales establecer normas y supervisar y analizar la información. Por ejemplo, para reforzar los SISP, se han elaborado módulos especializados (p. ej., sobre el VIH, la tuberculosis, el paludismo, las ETD, la seguridad vial, las ENT y la inmunización) que pueden configurarse en cualquier sistema digital de información sanitaria, como el *software* de información sobre la salud en los distritos (District Health Information Software o DHIS2) y los sistemas específicos de cada país. El conjunto de instrumentos para evaluar la calidad de los datos (3) mejora la calidad de los datos de los SISP utilizando instrumentos e indicadores de dicha calidad normalizados. Los módulos normalizados de las encuestas de establecimientos sanitarios, que abordan aspectos clave como la disponibilidad de servicios, el estado de preparación de estos, la calidad de la atención y la seguridad, y la gestión y las finanzas, evalúan el grado en que los establecimientos de salud cumplen las normas de servicio necesarias para prestar una atención sanitaria de calidad.

Encuestas poblacionales

Las encuestas de hogares y otras encuestas poblacionales son componentes indispensables de un sistema integral de datos sanitarios. Resultan particularmente adecuadas para medir múltiples indicadores y obtener información clave que permita conocer las relaciones entre ellos. Aunque en muchos países los sistemas de registro civil y estadísticas vitales y los sistemas de datos administrativos

están fragmentados y son insuficientes para notificar información sanitaria útil, se pueden realizar rápidamente encuestas para recopilar datos representativos relacionados con temas sanitarios, sociales, económicos y normativos relevantes. Las encuestas de hogares son particularmente importantes para obtener información más oportuna sobre las dificultades financieras.

La Encuesta Mundial de Salud Plus (WHS+) (4) es una encuesta multitemática, multimodal y adaptable a múltiples plataformas que incluye el uso de tecnologías de telefonía móvil. Aborda las deficiencias graves en materia de datos y se ha diseñado para adaptarse a las necesidades de los países. La WHS+ está mejorando la comprensión de los vínculos entre las dificultades financieras y la cobertura de los servicios a escala de los hogares. Durante la pandemia de COVID-19, los teléfonos móviles ofrecen un medio de recopilar rápidamente datos que orienten los programas y las políticas.

Para fortalecer la capacidad estadística de los países se precisa la colaboración entre ministerios e instituciones gubernamentales tales como los ministerios de salud y de finanzas, las oficinas nacionales de estadística (ONE), las oficinas del registro civil y los círculos académicos, unida a una cuidadosa coordinación y supervisión para evitar que se lleven a cabo múltiples encuestas de manera fragmentada, duplicada y descoordinada. Es fundamental que los ministerios de salud nacionales colaboren con los asociados, en particular con las ONE, en el diseño, el análisis y la programación de las encuestas de hogares.

Es mucho más probable que se utilicen datos en el diseño de políticas si los gobiernos, el mundo académico y la sociedad civil comprenden plenamente todos los pasos del proceso de medición, incluidos el procesamiento y la síntesis de los datos, y se implican en él. Las deficiencias del proceso deberán solventarse en colaboración; por ejemplo, cuando existan datos, pero no sean accesibles o su disponibilidad se demore mucho.

Implicación de los países

La implicación de los países es un principio cardinal, junto con el alineamiento del apoyo de la OMS con las prioridades sanitarias nacionales y las necesidades de los sistemas de salud y la armonización de su labor con la de las Naciones Unidas y otros asociados. En cada *Estrategia de cooperación de la OMS en los países* se especifican una serie de prioridades conjuntas acordadas para la colaboración de la OMS en las esferas en las que esta tiene una ventaja comparativa (5). Una de ellas es la que comprende la recopilación, la gestión, el fortalecimiento de la capacidad analítica y la utilización de información sanitaria fiable. Una parte fundamental de la labor de la OMS en los países consiste en prestar apoyo para mejorar los sistemas nacionales de información sanitaria y fortalecer las capacidades de recopilación, análisis, notificación y uso de los datos relacionados con la salud.

Examen y evaluación de las fuentes de datos existentes

Para abordar y solventar las carencias de datos es importante conocer la situación de los sistemas de información sanitaria del país. Mediante el paquete técnico SCORE (Survey, Count, Optimize, Review, Enable [«estudiar, contabilizar, optimizar, evaluar, facilitar»]) para datos de salud, los países pueden identificar los puntos fuertes y débiles y las lagunas de sus respectivos sistemas de información sanitaria. SCORE facilita el seguimiento de los progresos hacia el logro de los ODS, supervisa y mide la madurez de los sistemas de información sanitaria, presta apoyo a las intervenciones y ofrece orientaciones sobre métodos, normas e instrumentos de medición de las prácticas óptimas.

Elaboración de estimaciones

La OMS colabora con los países y los organismos asociados en la elaboración de estimaciones sanitarias a escala mundial, regional y nacional para los indicadores mundiales acordados, ayudando a garantizar que los datos sean comparables y de buena calidad. Para ello, se atiende a varios principios fundamentales y presta apoyo a los países en la recopilación, el análisis, la utilización y el intercambio de datos, incluido el compromiso de hacer de estos un bien público de libre acceso e intercambio, respetando al mismo tiempo unos marcos éticos y jurídicos claros (6,7).

La OMS apoya a sus asociados para que sigan las *Directrices para la presentación precisa y transparente de estimaciones sanitarias* (la declaración GATHER) (8), en las que se especifican 18 ítems que deben notificarse cada vez que se publiquen nuevas estimaciones sanitarias mundiales (incluyen las descripciones de los datos de entrada y los métodos de estimación). El cumplimiento de estas directrices permite a los científicos y los responsables de la toma de decisiones evaluar la calidad y la comparabilidad de los datos.

Los principios de la OMS en materia de datos también incluyen promover la implicación local en el seguimiento de los indicadores sanitarios, colaborar estrechamente con los países para mejorar la calidad de las estadísticas, asegurarse de que los métodos utilizados para solventar las carencias de datos hayan demostrado su validez predictiva, y consultar a los países antes de publicar datos sanitarios.

Fortalecimiento de la capacidad mundial en materia de datos sanitarios

Además del apoyo específico a los países, la OMS está trabajando a escala mundial en los siguientes aspectos:

- En la elaboración de normas y prácticas óptimas para la recopilación, el procesamiento y la síntesis de datos, lo cual incluye: aplicar las normas de las Naciones Unidas en materia de datos abiertos; hacer accesible la información mediante el uso de un sistema coherente para el intercambio, la recopilación, el almacenamiento, el análisis y la utilización de datos; promover las directrices GATHER; fomentar las normas digitales,

metodológicas y de sanimetría poblacional a través del Grupo de Referencia de la OMS sobre Estadísticas de Salud y el Grupo consultivo técnico sobre salud digital.

- En la consolidación y mejora de las normas internacionales de clasificación de datos, como la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE). La 11.ª revisión de la CIE (CIE-11) está alojada en una plataforma digital que facilita la notificación de datos oportunos y exactos sobre las causas de muerte (9).
- En el fortalecimiento de la capacidad de los países mediante actividades de formación y tutoría, lo cual incluye métodos estadísticos, epidemiología, aseguramiento de la calidad, análisis de datos masivos, elaboración de modelos y pronósticos, seguimiento de la desigualdad y formas eficaces de comunicar y utilizar los datos para potenciar el impacto de las políticas.
- En el desarrollo de una Plataforma de Datos Sanitarios Mundiales que funcionará como una ventanilla única de acceso a estadísticas sanitarias del Observatorio mundial de la salud (que aloja los datos de más de 1000 indicadores), los observatorios regionales y nacionales, los paneles de información de los «tres mil millones», los indicadores de los ODS relacionados con la salud y conjuntos de datos y metadatos de referencia.

La OMS trabaja con todos los Estados Miembros para fortalecer y mejorar sus sistemas nacionales de salud. En los planos mundial y regional, ofrece orientaciones y coordinación en cuestiones de salud pública mediante la definición de normas y criterios y el perfilado de opciones en materia de políticas. A escala nacional, presta apoyo a los gobiernos y los asociados para que materialicen esas orientaciones en estrategias nacionales de salud y para que prioricen los problemas de salud y relacionados con esta, los sometan a seguimiento y actúen cuando proceda.

Mediante estas y otras colaboraciones con organismos de las Naciones Unidas y asociados no gubernamentales, la OMS está ayudando a los países a mejorar los datos y la vigilancia de la salud a escala nacional. Estas mejoras aumentarán el alcance y la calidad de la información sanitaria y normalizarán los procesos para generar estimaciones comparables a escala mundial.

Seguimiento de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional para reforzar la seguridad sanitaria

El *Reglamento Sanitario Internacional* (RSI) (2005) exige que los 196 países y territorios signatarios (Estados Partes) colaboren en pro de la seguridad sanitaria mundial y desarrollen sus capacidades para detectar, evaluar, notificar y dar respuesta a las emergencias de salud pública.

La OMS desempeña un importante papel en el apoyo a la aplicación del RSI y el seguimiento de esta. Los países utilizan el marco de seguimiento de la OMS para evaluar sus propias capacidades e informar anualmente de la situación de las

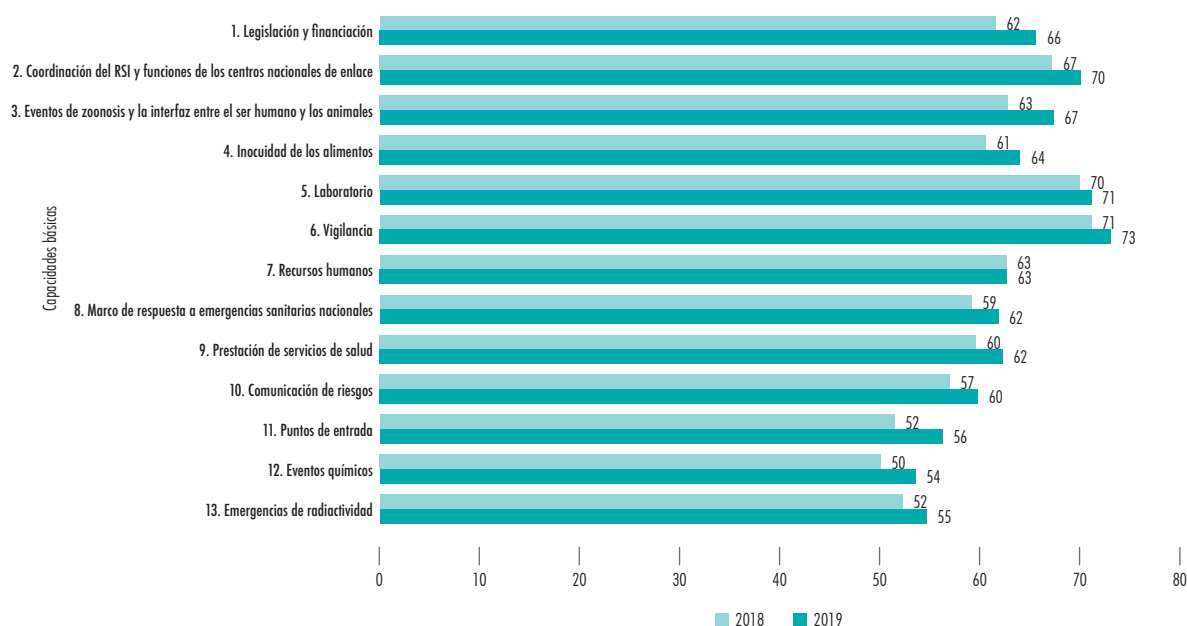
13 capacidades básicas acordadas (figura 5.1). Un análisis preliminar de los informes de 165 Estados Partes para 2019¹ muestra progresos constantes en casi todas las capacidades básicas, salvo las relacionadas con los recursos humanos.

Casi todos los Estados Partes están obteniendo mejores resultados en materia de detección (como la vigilancia y la detección en laboratorio) y de coordinación, así como en el funcionamiento de los centros de enlace nacionales del RSI. Aun así, persisten deficiencias en lo que respecta a las capacidades necesarias en los puntos de entrada (como puertos, aeropuertos y pasos fronterizos terrestres)

y las relativas a la seguridad química y las emergencias radiactivas. Los datos comunicados muestran, no obstante, que los países y los territorios están cumpliendo sus obligaciones de mejorar los sistemas de alerta temprana para reducir y gestionar los riesgos para la salud pública.

Esas capacidades han demostrado ser cruciales para detectar, hacer seguimientos, notificar, planificar y adoptar las medidas iniciales en respuesta a la pandemia de COVID-19. Con el mundo luchando por controlarla, es más palmaria que nunca la necesidad de una sólida preparación ante las emergencias, una rápida expansión de las capacidades de respuesta y una estrecha colaboración multisectorial e internacional.

¹ Datos al 23 de marzo de 2020.



Nota: SPAR 2018 (n=183); SPAR 2019 (n=165, al 23 de marzo de 2020).

Fuente: Marco de monitoreo del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Instrumento electrónico de autoevaluación para la presentación anual de informes de los Estados Partes. Plataforma e-SPAR. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (10).

Figura 5.1
Capacidades de los Estados Partes del Reglamento Sanitario Internacional, 2018-2019

Referencias

- Asma S, Lozano R, Chatterji S, Swaminathan S, de Fátima Marinho M, Yamamoto N et al. Monitoring the health-related Sustainable Development Goals: lessons learned and recommendations for improved measurement. *Lancet*. 2020;395(10219):240-246
- World Health Statistics 2019: Monitoring health for the SDGs. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2019/en/, consultado el 20 de abril de 2020)
- Data Quality Review (DQR) Toolkit. (https://www.who.int/healthinfo/tools_data_analysis/en/)
- World Health Survey Plus (WHS+). (<https://apps.who.int/healthinfo/systems/surveydata/index.php/catalog/WHSPPlus>)
- Estrategias de cooperación de la OMS en los países. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/country-cooperation/what-who-does/ccs/es/>, consultado el 20 de abril de 2020).
- Moorthy VS, Roth C, Olliaro P, Dye C, Kieny MP. Best practices for sharing information through data platforms: establishing the principles. *Bulletin of the World Health Organization*, 2016;94:234-234A.
- WHO policy on the use and sharing of data collected in Member States outside the context of public health emergencies: frequently asked questions. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://www.who.int/publishing/datapolicy/FAQs_datasharing_website_final.pdf?ua=1, consultado el 20 de abril de 2020).
- Stevens GA, Alkema L, Black RE, Boerma JT, Collins GS, Ezzati M et al. Guidelines for accurate and transparent health estimates reporting: the GATHER statement. *Lancet*. 2016;388(10062):1-5.
- Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª revisión (<https://icd.who.int/es>).
- Marco de monitoreo del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Instrumento electrónico de autoevaluación para la presentación anual de informes de los Estados Partes. Plataforma e-SPAR. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; (<https://extranet.who.int/e-spar/>, consultado el 31 de marzo de 2020).

ANEXO 1

Aspectos destacados de los indicadores de los ODS relacionados con la salud en las regiones

Notas explicativas

A menos que se indique lo contrario, las estadísticas que se muestran a continuación representan las estadísticas oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) correspondientes a una selección de indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (SDG) relacionados con la salud e indicadores del 13.º Programa General de Trabajo (13.º PGT), basadas en los datos disponibles a principios de 2020. Se han recopilado principalmente a partir de publicaciones y bases de datos elaboradas y mantenidas por la OMS o por grupos de las Naciones Unidas (ONU) de los que la OMS es miembro. A menos que se indique lo contrario, todas las estadísticas presentadas aquí están disponibles en el anexo 2. Debido a la limitación de espacio, a menudo se hace referencia a los indicadores utilizando las metas de los ODS, junto con un nombre de indicador más corto (en el anexo 2 se recogen todos los nombres de los indicadores y las referencias pertinentes).

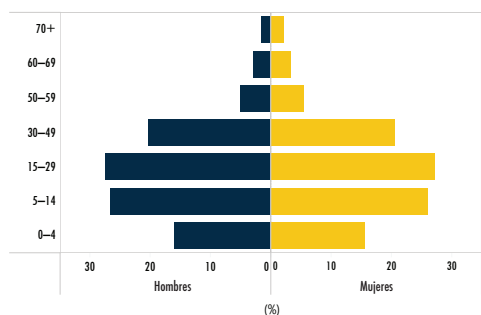
Las estimaciones comparables están sujetas a una incertidumbre considerable, especialmente las correspondientes a países en los que la disponibilidad y la calidad de los datos primarios de base son limitadas (1). Los intervalos de incertidumbre y otros detalles de los indicadores y las estadísticas aquí presentados pueden consultarse en el Observatorio mundial de la salud de la OMS.¹

Referencia

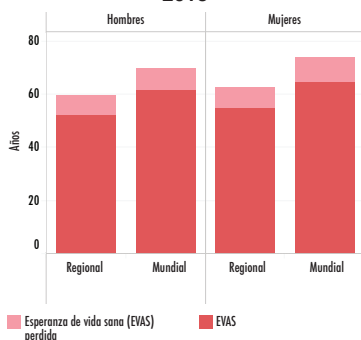
1. World Health Statistics 2018: Monitoring health for the SDGs. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/, consultado el 20 de abril de 2020).

¹ El Observatorio mundial de la salud es un portal en línea de la OMS que brinda acceso a datos y análisis para el seguimiento de la situación sanitaria mundial (disponible en <https://www.who.int/gho/es/>).

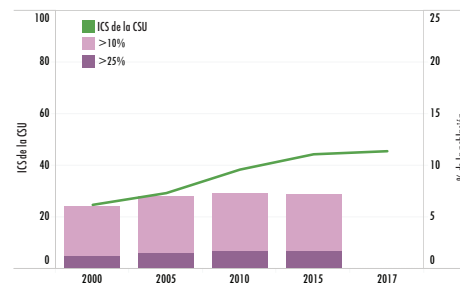
Distribución de la edad de la población por sexos, 2018



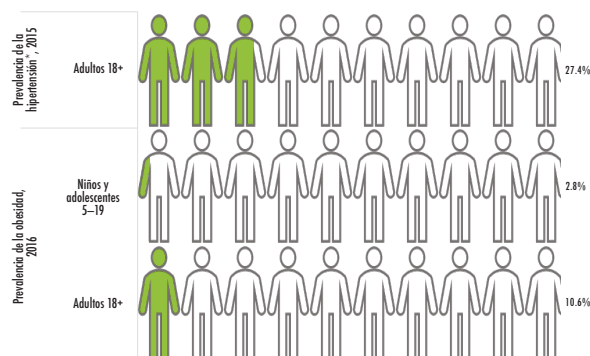
Esperanza de vida al nacer por sexos, 2016



CSU: Índice de cobertura de los servicios (ODS 3.8.1) y población con gastos sanitarios directos superiores al umbral del 10% o el 25% (ODS 3.8.2)



13.º Programa General de Trabajo, 2019–2023: factores de riesgo de ENT



Note: * Definido como una tensión arterial sistólica de ≥ 140 mmHg y/o una tensión arterial diastólica de ≥ 90 mmHg

Aceleración de la recopilación de datos sistemáticos de mortalidad y morbilidad en la Región de África de la OMS mediante la aplicación de la CIE-11

El seguimiento de objetivos como los ODS exige disponer de muchos datos y normas nacionales que permitan comparar los resultados entre países y a lo largo del tiempo. En la Región de África de la OMS, la ausencia de estadísticas fiables de mortalidad general y por causas específicas es un grave impedimento para conocer las distribuciones y los efectos de las intervenciones sanitarias.

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) es la norma mundial para la recopilación de estos datos (1). En todo el mundo, unos 120 países han utilizado la décima revisión de la CIE (CIE-10) para certificar, codificar y notificar las defunciones y sus causas (2).

La 11.ª revisión de la CIE (CIE-11) (3), publicada en 2019, utiliza las nuevas tecnologías de datos para que los países puedan generar información exacta sobre mortalidad y morbilidad con mayor rapidez y a menor coste, al tiempo que añade actualizaciones científicas recientes al sistema de clasificación. La CIE-11, concebida para usarse en muchos idiomas, permite registrar y notificar electrónicamente las estadísticas sanitarias de manera sencilla. Los manuales, la capacitación y el apoyo, que eran costosos, se han reducido todo lo posible y los países tienen acceso a versiones en línea o sin conexión, según sus entornos digitales.

Las nuevas características de la CIE-11, junto con su arquitectura interactiva y sus funciones de búsqueda, están ayudando a que se adopte en la Región

de África de la OMS. Los países tuvieron dificultades para aplicar la CIE 10, mientras que la adopción de la CIE-11 ha sido rápida.

Uno de los primeros países en ensayar la CIE-11 fue Namibia, que la utilizó para codificar la información sobre las causas de las 20 000 muertes anuales ocurridas en 2016 y 2017. A principios de 2020, Rwanda ensayó e integró la CIE-11 en sus historias clínicas electrónicas para codificar los datos de morbilidad. Uganda y la República Unida de Tanzania también han progresado en la integración de la CIE-11 en las historias clínicas electrónicas y los sistemas de notificación de causas de muerte. Otros países están deseosos de convertirse también en «pioneros», a diferencia de lo que ocurrió con la CIE-10, ante la cual muchos países de la región decidieron adoptar una actitud expectante. Además, se ha incorporado la CIE-11 a la Plataforma de Salud Digital de la Oficina Regional de la OMS para África.

La CIE-11 constituye un paso importante hacia la captura de información en tiempo real para facilitar la toma de decisiones. Su uso cada vez más difundido demuestra que lograr una disponibilidad y un uso más equitativos de la información sanitaria está al alcance de todos los países, con independencia del grupo de ingresos al que pertenezcan. Los países en los que la cobertura o la calidad de los datos codificados de mortalidad y morbilidad era baja pueden ahora generar y utilizar sistemáticamente información sanitaria ajustada a las normas internacionales.

Resumen de los indicadores del ODS 3 de los cuales se notifican valores a escala nacional como estimaciones comparables^a

Estado Miembro	3.1.1	3.2.1	3.2.2	3.3.1	3.3.2	3.3.3	3.3.4	3.4.1	3.4.2	3.5.2	3.6.1	3.8.1	3.9.1	3.9.2	3.9.3	3.a.1	3.b.1	3.b.1	3.b.1	3.b.1
	Razón de mortalidad materna ^b	Tasa de mortalidad de menores de 5 años ^c	Tasa de mortalidad neonatal ^c	Nuevas infecciones por el VIH ^d	Incidencia de tuberculosis ^e	Incidencia de malaria ^f	Prevalencia de hepatitis B ^g	Probabilidad de morir de alguna de las cuatro ENT principales ^h	Tasa de mortalidad por suicidio ^e	Consumo de alcohol ⁱ	Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito ^e	Índice de cobertura de los servicios de la CSU	Tasa de mortalidad por la contaminación ambiental ^j	Tasa de mortalidad por falta de ASH ^e	Tasa de mortalidad por intoxicaciones ^e	Prevalencia del consumo de tabaco ^k	Inmunización con la DTP3 ^m	Inmunización con la MCV2 ^m	Inmunización con la PCV3 ^m	Inmunización contra el PPH ⁿ
	2017	2018	2018	2018	2018	2018	2015	2016	2016	2018	2016	2017	2016	2016	2016	2018	2018	2018	2018	2018
Angola	241	77	28	1,01	355	228,9	4,85	16,5	4,7	6,9	23,6	40	118,5	48,8	2,7		59	35	67	
Argelia	112	23	15	0,03	69		0,22	4,2	3,2	0,9		78	49,7	1,9	0,8	18,8	91	77	91	
Benin	397	93	31	0,34	56	386,2	5,55	19,6	9,9	2,8	27,5	40	205,0	59,7	3,5	7,2	76		73	
Botswana	144	36	24	4,36	275	0,6	0,19	20,3	9,3	6,6	23,8	61	101,3	11,8	1,1	23,7	95	74	91	82
Burkina Faso	320	76	25	0,12	48	398,7	4,29	21,7	7,7	12,0	30,5	40	206,2	49,6	3,0	16,0	91	71	91	
Burundi	548	58	22	0,16	111	250,3	2,59	22,9	9,1	7,2	34,7	42	179,9	65,4	5,2	12,6	90	77	90	
Cabo Verde	58	19	12	0,19	46	<0,1	0,71	17,2	11,3	5,6	25,0	69	99,5	4,1	0,5		98	88		
Camerún	529	76	27	1,02	186	247,0	1,90	21,6	12,2	5,6	30,1	46	208,1	45,2	3,1	9,3	79		79	
Chad	1140	119	34	0,44	142	164,8	3,08	23,9	8,8	1,4	27,6	28	280,1	101,0	3,6	11,8	41			
Comoras	273	67	32	0,01	35	18,8	1,96	22,9	6,8	0,7	26,5	52	172,4	50,7	2,4	19,5	91			
Congo	378	50	20	1,03	375	235,1	4,11	16,7	5,9	9,3	27,4	39	130,7	38,7	1,2	16,1	75		73	
Côte d'Ivoire	617	81	34	0,70	142	330,6	3,04	29,1	14,5	2,7	23,6	47	269,1	47,2	3,9	13,0	82			
Eritrea	480	42	18	0,15	89	28,9	0,74	23,9	7,9	1,4	25,3	38	173,7	45,6	4,2	7,2	95	88	95	
Eswatini	437	54	17	8,62	329	0,8	0,85	26,7	13,3	10,0	26,9	63	137,0	27,9	3,3	10,7	90	75	88	
Etiopía	401	55	28	0,24	151	31,8	2,61	18,3	7,2	2,4	26,7	39	144,4	43,7	2,9	4,6	72		67	
Gabón	252	45	21	1,01	525	248,2	4,16	14,4	7,1	8,7	23,2	49	76,0	20,6	0,9		70			
Gambia	597	58	26	1,06	174	66,0	1,17	20,4	5,1	3,6	29,7	44	237,0	29,7	1,9	14,4	93	71	93	
Ghana	308	48	24	0,70	148	224,3	3,61	20,8	5,4	2,8	24,9	47	203,8	18,8	1,7	3,7	97	83	96	
Guinea	576	101	31	0,52	176	283,9	7,47	22,4	6,3	1,1	28,2	37	243,3	44,6	3,0		45			
Guinea Ecuatorial	301	85	30	4,21	201	269,0	8,66	22,0	16,4	7,2	24,6	45	177,7	22,3	1,9		25			
Guinea-Bissau	667	81	37	1,43	361	123,3	2,12	20,0	4,0	5,4	31,1	40	214,7	35,3	2,2		88		88	
Kenya	342	41	20	1,02	292	70,1	0,86	13,4	3,2	2,8	27,8	55	78,1	51,2	1,8	11,8	92	45	81	
Lesotho	544	81	35	7,80	611		1,64	26,6	21,2	4,6	28,9	48	177,6	44,4	3,1	29,7	93	82	93	
Liberia	661	71	24	0,39	308	361,5	7,75	17,6	6,8	6,1	35,9	39	170,2	41,5	1,8	8,4	84		84	
Madagascar	335	54	21	0,24	233	82,4	4,36	22,9	3,9	2,0	28,6	28	159,6	30,2	3,3	28,9	75		75	
Malawi	349	50	22	2,28	181	213,6	3,03	16,4	3,7	3,6	31,0	46	115,0	28,3	3,0	12,8	92	72	92	
Malí	562	98	33	0,78	53	386,8	4,88	24,6	4,8	1,3	23,1	38	209,1	70,7	3,3	12,0	71		68	
Mauricio	61	16	9	0,70	13		0,61	22,6	7,8	4,3	13,7	63	38,3	0,6	0,1	26,9	97	99	96	81
Mauritania	766	76	33	0,03	93	39,4	4,29	18,1	4,4	<0,1	24,7	41	169,5	38,6	1,9		81		77	
Mozambique	289	73	28	5,25	551	305,4	3,67	18,4	4,9	2,3	30,1	46	110,0	27,6	2,9	14,4	80	59	80	
Namibia	195	40	16	2,82	524	26,7	0,66	21,3	8,7	5,4	30,4	62	145,0	18,3	1,5	17,9	89	50	61	
Niger	509	84	25	0,08	87	356,6	6,01	20,0	4,6	0,7	26,2	37	251,8	70,8	4,2	8,6	79	48	79	
Nigeria	917	120	36	0,65	219	291,9	2,61	22,5	9,5	10,8	21,4	42	307,4	68,6	3,0	4,8	57		57	
República Centroafricana	829	116	41	1,20	540	347,3	6,62	23,1	7,7	2,4	33,6	33	211,9	82,1	3,2		47		47	
República Democrática del Congo	473	88	28	0,21	321	319,8	1,43	19,4	5,7	2,0	33,7	41	163,9	59,8	3,2		81		81	
República Unida de Tanzania	524	53	21	1,41	253	124,3	1,69	17,9	5,4	11,3	29,2	43	139,0	38,4	2,7	13,3	98	84	98	16
Rwanda	248	35	16	0,29	59	486,5	1,74	18,2	6,7	9,0	29,7	57	121,4	19,3	2,4	13,3	97	96	97	84
Santo Tomé y Príncipe	130	31	14	0,07	124	13,9	1,36	18,5	2,3	5,9	27,5	55	162,4	11,4	0,9	5,4	95	76	95	95
Senegal	315	44	21	0,08	118	55,8	3,48	18,1	6,0	0,8	23,4	45	160,7	23,9	2,3	9,1	81	63	81	
Seychelles	53	14	9		18		0,15	21,2	9,3	20,5	15,9	71	49,3	0,2	0,6	21,1	99	97	16	99
Sierra Leona	1120	105	33	0,55	298	320,4	8,18	30,5	9,7	5,7		39	324,1	81,3	4,1	19,8	90	55	90	
Sudáfrica	119	34	11	4,94	520	1,7	1,74	26,2	11,6	9,5	25,9	69	86,7	13,7	1,2	31,4	74	50	73	57
Sudán del Sur	1150	99	40	1,56	146	235,9	21,13	19,8	3,7		29,9	31	165,1	63,3	4,0		49			
Togo	396	70	25	0,70	36	267,3	3,36	23,6	9,6	2,5	29,2	43	249,6	41,6	2,4	7,6	88		88	
Uganda	375	46	20	1,40	200	289,2	3,16	21,9	9,9	15,1	29,0	45	155,7	31,6	3,2	9,8	93		92	72
Zambia	213	58	23	2,97	346	156,7	1,84	17,9	6,1	6,5		53	127,2	34,9	2,9	14,7	90	65	90	
Zimbabue	458	46	21	2,79	210	51,0	4,38	19,3	10,7	4,7	34,7	54	133,0	24,6	2,2	13,9	89	78	89	

^a Las estimaciones comparables se refieren a valores de los países correspondientes al mismo año de referencia, que pueden ajustarse o modelarse para permitir las comparaciones entre países y se generan para países que cuentan con datos primarios de base y, en algunos casos, para los que no disponen de ellos. En el anexo 2 se ofrece la lista completa de los indicadores del ODS 3. El sombreado de azul a naranja representa la escala de niveles: de baja a alta para los indicadores de mortalidad, incidencia y prevalencia; y de alta a baja para los indicadores de cobertura de la inmunización e índice de cobertura de los servicios.

^b por 100 000 nacidos vivos

^e por 100 000 habitantes

^h entre los 30 y los 69 años (%)

^k normalizados según la edad,

ⁿ entre las niñas de 15 años (%)

^c por 1000 nacidos vivos

^f por 1000 habitantes en riesgo

ⁱ litros de alcohol puro per cápita ≥15 años

entre los adultos ≥18 años (%)

^d por 1000 habitantes no infectados

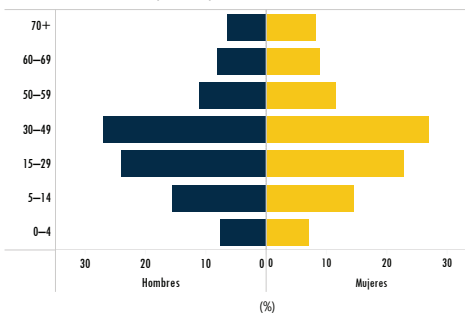
^g entre los menores de 5 años (%)

^j normalizados según la edad, por 100 000 habitantes

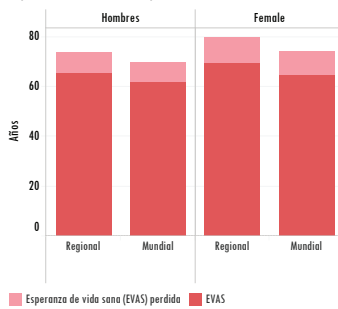
^l entre los niños de 1 año (%)

^m a la edad recomendada en el país (%)

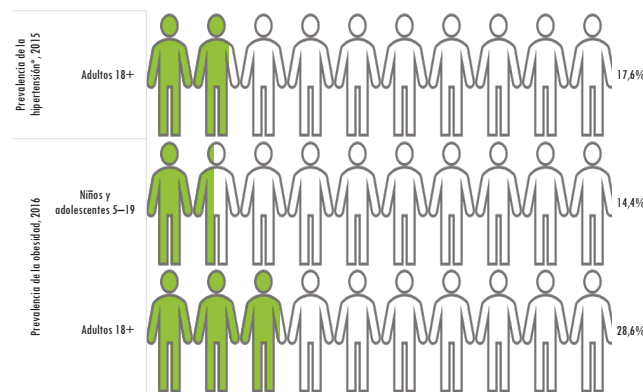
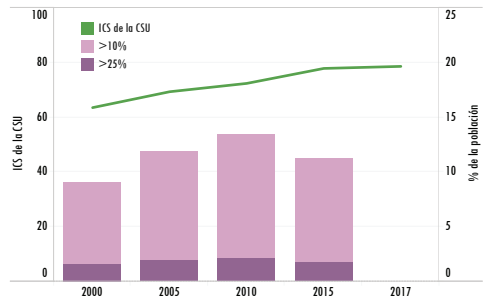
Distribución de la edad de la población por sexos, 2018



Esperanza de vida al nacer por sexos, 2016



CSU: Índice de cobertura de los servicios (ODS 3.8.1) y población con gastos sanitarios directos superiores al umbral del 10% o el 25% (ODS 3.8.2)



Nota: * Definida como una tensión arterial sistólica de ≥ 140 mmHg y/o una tensión arterial diastólica de ≥ 90 mmHg

Tendencias y desigualdades sociales en el riesgo de morir prematuramente por enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas¹

En la Región de las Américas de la OMS, las enfermedades no transmisibles (ENT) son las principales causas de muerte en la población adulta. El ODS 3.4.1 destaca cuatro tipos de ENT como objetivos de acciones prioritarias: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas. En 2016, la probabilidad de morir entre los 30 y los 70 años debido a una de estas cuatro ENT era del 17,8% entre los hombres y del 12,6% entre las mujeres. En los países de esta región, durante la era de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (2000-2015), no dejó de descender el riesgo de morir debido a cualquiera de estas ENT. En ese periodo, la probabilidad de morir entre los 30 y los 70 años debido a una de las cuatro principales ENT descendió alrededor de un 21% tanto entre los hombres como entre las mujeres. La reducción media anual fue del 1,6% en ambos sexos, lo que significa que los hombres siguieron teniendo un mayor riesgo de morir de una ENT que las mujeres (figura A1).

La modelización de los datos de 2000-2016 indica que dicha probabilidad seguramente se reducirá en torno a un 23% más en los hombres y las mujeres durante el periodo 2015-2030.² Dado que esta cifra es inferior a la reducción de una tercera parte establecida en el ODS 3.4.1, los países de las Américas han de intensificar sus labores de prevención y tratamiento para limitar la mortalidad prematura debida a las ENT.

La mortalidad prematura debida a las ENT sigue concentrándose desproporcionadamente en los países más desfavorecidos desde el punto de vista social, y esa desigualdad es más evidente entre las mujeres. Una estimación de la desigualdad absoluta y relativa entre países muestra que esta distribución cambió poco en el periodo 2000-2010, pero que la desigualdad se redujo lentamente a partir de 2011.³ Por lo tanto, la región muestra dos tendencias favorables en el indicador

del ODS 3.4.1: una reducción de la mortalidad prematura promedio debida a las ENT a escala regional y una reducción de la desigualdad absoluta y relativa entre los países. Esto apunta a un progreso cada vez más equitativo hacia la meta del ODS.

La desigualdad en ingresos y riqueza que se da en la Región de las Américas está entre las más altas del mundo (4), por lo que es importante aplicar explícitamente una óptica de equidad al evaluar los progresos hacia el logro de los ODS relacionados con la salud. Ello exige desarrollar la capacidad institucional de medir y hacer un seguimiento de las desigualdades sociales en salud, y utilizar los microdatos de las encuestas y los datos administrativos nacionales y subnacionales desglosados para fortalecer la rendición de cuentas con miras a lograr una mayor equidad, cumpliendo así el compromiso de «no dejar a nadie atrás».



Nota: En los dos gráficos inferiores, los valores negativos del IDP y el ICR representan una desigualdad negativa; es decir, la probabilidad de morir se concentra desproporcionadamente en los países más desfavorecidos desde el punto de vista social: cuanto más se acerca a cero (0) el índice, menor es la desigualdad.

Fuentes: Global Health estimates 2016: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2016. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (6); Global human capital estimates 1990–2016 (average years of educational attainment, from 0 to 18 years). Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2018 (7).

Figura A1. Tendencias regionales y desigualdades educativas entre países en la probabilidad de morir (%) entre los 30 y los 70 años a causa de una de las cuatro principales enfermedades no transmisibles (ODS 3.4.1). Región de las Américas (33 países), 2000–2030.

*Se midieron las desigualdades entre países en la mortalidad prematura por ENT considerando toda la jerarquía social, definida por el promedio ponderado de años de educación de los hombres y las mujeres de entre 30 y 70 años (grupos etarios de mayores de 5 años). La información sobre el cálculo del índice de desigualdad de la pendiente (IDP) y el índice de concentración relativo (ICR) como indicadores sintéticos de la desigualdad absoluta y relativa dentro de un país puede consultarse en el manual de la OMS titulado Handbook on health inequality monitoring (https://www.who.int/gba/health_equality/handbook/en/) (5).

¹ A menos que se indique lo contrario, los datos aquí consignados proceden de Global Health estimates 2016: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2016. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/)

² Modelización llevada a cabo por la OMS y la OPS.

³ La estimación se basó en la serie cronológica 2000-2016 para el indicador del ODS 3.4.1 y en el promedio ponderado de los años de educación alcanzados por los hombres y las mujeres de entre 30 y 70 años (un indicador del capital social utilizado como estratificador de la equidad) en cada país de la Región de las Américas.

Resumen de los indicadores del ODS 3 de los cuales se notifican valores a escala nacional como estimaciones comparables^a

Estado Miembro	3.1.1 Razón de mortalidad materna ^b	3.2.1 Tasa de mortalidad de menores de 5 años ^c	3.2.2 Tasa de mortalidad neonatal ^c	3.3.1 Nuevas infecciones por el VIH ^d	3.3.2 Incidencia de tuberculosis ^e	3.3.3 Incidencia de malaria ^f	3.3.4 Prevalencia de hepatitis B ^g	3.4.1 Probabilidad de morir de alguna de las cuatro ENT principales ^{h, i}	3.4.2 Tasa de mortalidad por suicidio ^e	3.5.2 Consumo de alcohol ^j	3.6.1 Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito ^e	3.8.1 Índice de cobertura de los servicios de la CSJ	3.9.1 Tasa de mortalidad por la contaminación ambiental ^k	3.9.2 Tasa de mortalidad por falta de ASHe	3.9.3 Tasa de mortalidad por intoxicaciones ^e	3.a.1 Prevalencia del consumo de tabaco ^k	3.b.1 Inmunización con la DTP3 ^l	3.b.1 Inmunización con la MCV2 ^m	3.b.1 Inmunización con la PCV3 ^l	3.b.1 Inmunización contra el PVH ⁿ
	2017	2018	2018	2018	2018	2018	2015	2016	2016	2018	2016	2017	2016	2016	2016	2018	2018	2018	2018	2018
Antigua y Barbuda	42	6	3	0,57	6,0		0,38	22,6	0,5	6,4	7,9	73	29,9	0,1	0,4		95	95		
Argentina	39	10	6	0,15	27		0,01	15,8	9,2	9,7	14,0	76	26,6	0,4	0,6	21,8	86	89	88	57
Bahamas	70	10	5	0,55	14		0,31	15,5	1,7	4,8		75	19,9	0,1	0,1	10,9	90	69	90	
Barbados	27	12	8	0,58	0,4		0,34	16,2	0,8	9,7	5,6	77	31,1	0,2	0,2	8,7	95	74	89	25
Belize	36	13	9	0,81	30	<0,1	1,49	22,1	4,7	6,2	28,3	64	68,6	1,0	0,5		96	91		64
Bolivia (Estado Plurinacional de)	155	27	14	0,13	108	1,4	0,20	17,2	12,2	4,4	15,5	68	63,7	5,6	2,0		83	38	83	61
Brasil	60	14	8	0,26	45	5,1	0,07	16,6	6,5	7,4	19,7	75	29,9	1,0	0,2	16,5	83	69	84	69
Canadá	10	5	3		5,6		1,03	9,8	12,5	8,9	5,8	89	7,0	0,4	0,3	17,5	91	87	81	83
Chile	13	7	5	0,27	18		0,28	12,4	10,6	9,1	12,5	70	25,3	0,2	0,2	44,7	95	93	93	75
Colombia	83	14	8	0,14	33	8,5	0,21	15,8	7,2	5,7	18,5	76	37,0	0,8	0,4	7,9	92	88	94	29
Costa Rica	27	9	6	0,21	10,0	<0,1	0,17	11,5	7,9	4,9	16,7	77	23,3	0,9	0,3	9,8	94	93	96	
Cuba	36	5	2	0,15	7,2		0,12	16,4	13,9	5,8	8,5	83	49,5	1,0	0,3	27,1	99	99		
Dominica		36	28	0,28	6,4		0,39			11,2	10,9						94	81		
Ecuador	59	14	7	0,13	44	3,3	0,32	13,0	7,1	4,2	21,3	77	24,5	0,6	0,6		85	74	85	91
El Salvador	46	14	7	0,11	70	0,0	0,57	14,0	13,7	3,9	22,2	76	41,9	2,0	0,2	12,7	81	85	75	
Estados Unidos de América	19	7	4		3,0		0,04	14,6	15,3	9,9	12,4	84	13,3	0,2	0,9	25,1	94	94	92	46
Granada	25	15	10	0,25	2,1		0,47	21,4	1,7	9,5	9,3	72	45,3	0,3	0,4		96	74		
Guatemala	95	26	12	0,14	26	0,3	0,05	14,9	2,7	2,4	16,6	55	73,8	6,3	1,1		86	76	85	33
Guyana	169	30	18	0,51	83	44,4	0,95	30,5	29,2	6,9	24,6	72	107,8	3,6	0,7	12,2	95	84	91	9
Haití	480	65	26	0,69	176	1,6	2,04	26,5	11,7	2,7		49	184,3	23,8	2,6	8,3	64	38	1	
Honduras	65	18	10	0,09	37	0,1	0,25	14,0	2,9	3,8	16,7	65	60,7	3,6	0,4		90	94	90	61
Jamaica	80	14	10		2,9		0,16	14,7	2,2	4,2	13,6	65	25,4	0,6	0,2	11,0	97	82		8
México	33	13	8	0,08	23	0,3	0,04	15,7	5,1	5,0	13,1	76	36,7	1,1	0,4	13,9	88	99	88	99
Nicaragua	98	18	9	0,07	41	7,1	0,14	14,2	12,2	5,2		73	55,7	2,2	0,6		98	95	98	
Panamá	52	15	8	0,32	52	0,2	0,22	13,0	4,3	8,0	14,3	75	25,8	1,9	0,4	6,9	88	99	92	69
Paraguay	84	20	11	0,16	43		0,65	17,5	9,5	7,6	22,7	69	57,5	1,5	0,3	12,8	88	83	94	56
Perú	88	14	7	0,10	123	4,7	0,24	12,6	4,9	6,4	13,5	77	63,9	1,3	0,9	9,6	84	66	82	68
República Dominicana	95	29	19	0,26	45	0,1	0,34	19,0	9,9	6,7	34,6	74	43,0	2,2	0,4	9,4	94	31	70	6
Saint Kitts y Nevis		12	8	0,25	0,0		0,38			8,9							97	96		
San Vicente y las Granadinas	68	16	10	0,89	6,3		0,42	23,2	2,4	9,1		71	47,6	1,3	0,2		97	99		4
Santa Lucía	117	17	12	0,31	3,2		0,39	18,8	7,8	10,6	35,4	68	30,0	0,6	0,2		95	68		
Suriname	120	19	10	0,49	38	0,3	0,36	21,7	22,8	5,3	14,5	71	56,7	2,0	0,4		95	39		38
Trinidad y Tabago	67	18	12		21		0,43	21,3	13,6	6,7	12,1	74	38,6	0,1	0,2		99	92	99	14
Uruguay	17	8	5	0,26	33		0,35	16,7	18,4	6,9	13,4	80	17,5	0,4	0,4	21,8	91	91	93	42
Venezuela (República Bolivariana de)	125	25	15		48	32,7	0,62	18,1	3,7	4,1	33,7	74	34,6	1,4	0,3		60	39	0	

^a Las estimaciones comparables se refieren a valores de los países correspondientes al mismo año de referencia, que pueden ajustarse o modelarse para permitir las comparaciones entre países y se generan para países que cuentan con datos primarios de base y, en algunos casos, para los que no disponen de ellos. En el anexo 2 se ofrece la lista completa de los indicadores del ODS 3. El sombreado de azul a naranja representa la escala de niveles: de baja a alta para los indicadores de mortalidad, incidencia y prevalencia; y de alta a baja para los indicadores de cobertura de la inmunización e índice de cobertura de los servicios.

^b por 100 000 nacidos vivos

^e por 100 000 habitantes

^h entre los 30 y los 69 años (%)

^k normalizados según la edad,

ⁿ entre las niñas de 15 años (%)

^c por 1000 nacidos vivos

^f por 1000 habitantes en riesgo

ⁱ litros de alcohol puro per cápita ≥ 15 años

entre los adultos ≥ 18 años (%)

^d por 1000 habitantes no

^g entre los menores de 5 años (%)

^j normalizados según la edad, por 100 000

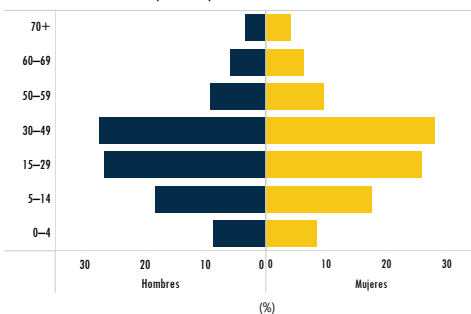
entre los niños de 1 año (%)

infectados

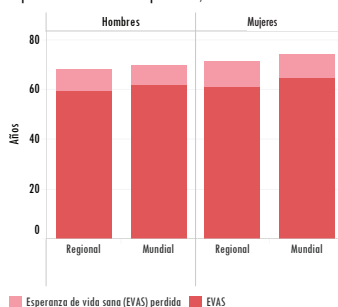
habitantes

^m a la edad recomendada en el país (%)

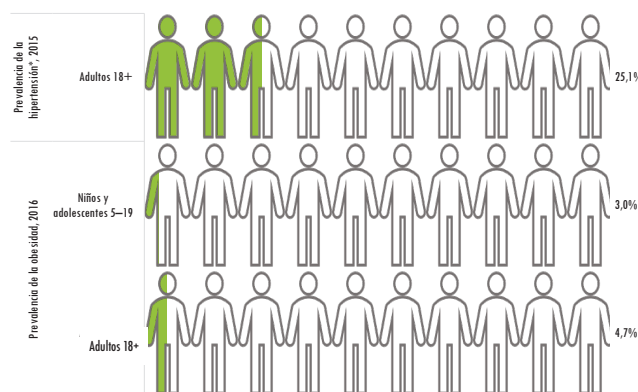
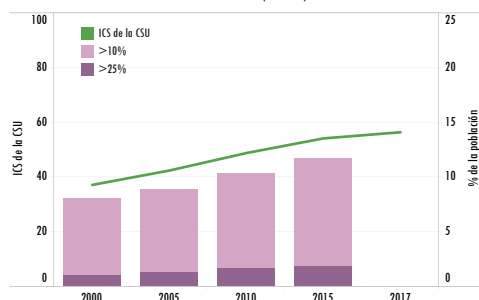
Distribución de la edad de la población por sexos, 2018



Esperanza de vida al nacer por sexos, 2016



CSU: Índice de cobertura de los servicios (ODS 3.8.1) y población con gastos sanitarios directos superiores al umbral del 10% o el 25% (ODS 3.8.2)



Nota: * Definida como una tensión arterial sistólica de ≥ 140 mmHg y/o una tensión arterial diastólica de ≥ 90 mmHg

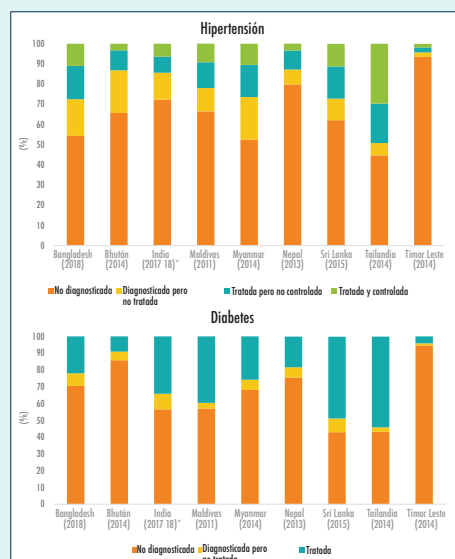
Mejoras firmes en los indicadores de los ODS relacionados con la salud

Las tasas de mortalidad materna y de mortalidad de los menores de 5 años han disminuido considerablemente en toda la Región de Asia Sudoriental de la OMS desde 2010 (8). Estas mejoras reflejan la ampliación de la cobertura de la atención prenatal entre las embarazadas, la proporción cada vez mayor de partos atendidos por profesionales médicos y el aumento de la cobertura de la inmunización básica entre los niños (menores de un año). La ampliación de la cobertura del tratamiento antirretroviral ha seguido reduciendo el número de muertes relacionadas con el VIH,¹ y también las debidas al paludismo han descendido (9). Aunque lo mismo ocurre con las muertes por tuberculosis (10), hay que intensificar las actividades de prevención y tratamiento si se quiere alcanzar el objetivo de su eliminación para 2030.

También han mejorado la prevención y el control de las ENT; muchos Estados Miembros han introducido programas de detección y tratamiento de algunas de ellas, como la diabetes y la hipertensión. Sin embargo, los Estados Miembros se encuentran en diferentes etapas en cuanto a la elaboración y aplicación de planes multisectoriales de lucha contra las ENT. Por ejemplo, en Tailandia, casi el 30% de los casos de hipertensión se han tratado y controlado, frente a menos del 10% en otros países de la región. Igualmente, en Tailandia se han tratado más de la mitad de los casos de diabetes, frente a menos del 10% en Bhután y Timor Leste (figura A2) (11,12).

El progreso general de la región se ve facilitado por la creciente densidad de profesionales sanitarios, que pasó de 21,5 médicos, enfermeras y parteras por 10 000 habitantes en 2014 a 27,1 por 10 000 habitantes en 2017. La mayoría de los países de la región han superado el anterior umbral fijado por la OMS en los ODM, de 22,8 profesionales sanitarios por 10 000 habitantes (14) (figura A3). Aun así, la región está muy por debajo del fijado actualmente en los ODS, que es de 44,5 por 10 000 habitantes (15). Solo dos países han superado este nuevo umbral.

¹ Datos de programas notificados por los países, 2019.



Nota: *Solo de 15 estados, entre las personas que fueron evaluadas como hipertensas o diabéticas en el momento de la encuesta.

Fuentes: Calculado a partir de diversas encuestas STEPS de la OMS o de encuestas poblacionales equivalentes (los años respectivos se indican entre paréntesis para cada país) (11), y para Tailandia (12) y Nepal (13).

Figura A2. Deficiencias en el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión y la diabetes en la Región de Asia Sudoriental de la OMS, por países



Nota: * Datos de los colegios nacionales de médicos y profesionales de la salud.

Fuente: Datos de los países notificados a la Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental, 2018/2019 (los principales fuentes de datos son los ministerios de salud y los consejos nacionales de profesionales de la salud).

Figura A3. Tendencias de la disponibilidad de profesionales sanitarios en la Región de Asia Sudoriental de la OMS, por países

Resumen de los indicadores del ODS 3 de los cuales se notifican valores a escala nacional como estimaciones comparables^a

Estado Miembro	3.1.1	3.2.1	3.2.2	3.3.1	3.3.2	3.3.3	3.3.4	3.4.1	3.4.2	3.5.2	3.6.1	3.8.1	3.9.1	3.9.2	3.9.3	3.a.1	3.b.1	3.b.1	3.b.1	3.b.1
	Razón de mortalidad materna ^b	Tasa de mortalidad de menores de 5 años ^c	Tasa de mortalidad neonatal ^c	Nuevas infecciones por el VIH ^d	Incidencia de tuberculosis ^e	Incidencia de malaria ^f	Prevalencia de hepatitis B ^g	Probabilidad de morir de alguna de las cuatro ENT principales ^h	Tasa de mortalidad por suicidio ^e	Consumo de alcohol ⁱ	Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito ^e	Índice de cobertura de los servicios de la CSU ^j	Tasa de mortalidad por la contaminación ambiental ^k	Tasa de mortalidad por falta de ASHe	Tasa de mortalidad por intoxicaciones ^e	Prevalencia del consumo de tabaco ^l	Inmunización con la DTP3 ^m	Inmunización con la MCV2 ^m	Inmunización con la PCV3 ^m	Inmunización contra el PVH ⁿ
	2017	2018	2018	2018	2018	2018	2015	2016	2016	2018	2016	2017	2016	2016	2016	2018	2018	2018	2018	2018
Bangladesh	173	30	17	0,01	221	0,7	1,38	21,6	5,9	<0,1	15,3	48	149,0	11,9	0,3	39,1	98	93	97	
Bhután	183	30	16	0,11	149	<0,1	0,81	23,3	11,4	0,4	17,4	62	124,5	3,9	0,6		97	91		90
India	145	37	23		199	5,3	0,51	23,3	16,3	5,5	22,6	55	184,3	18,6	2,4	27,0	89	80		6
Indonesia	177	25	13	0,17	316	3,9	1,07	26,4	3,4	0,6	12,2	57	112,4	7,1	0,4	37,9	79	67		8
Maldivas	53	9	5		33		0,19	3,4	2,3	2,2	0,9	62	25,6	0,3	<0,1		99	99		
Myanmar	250	46	23	0,20	338	3,4	2,03	24,2	7,8	5,1	19,9	61	156,4	12,6	1,4	45,5	91	87		91
Nepal	186	32	20	0,03	151	0,4	0,31	21,8	8,8	2,1	15,9	48	193,8	19,8	0,4	31,9	91	69		82
República Popular Democrática de Corea	89	18	10		513	0,4	0,53	25,6	11,2	3,8		71	207,2	1,4	1,9	18,8	97	99		
Sri Lanka	36	7	4	0,01	64		0,64	17,4	14,6	4,1	14,9	66	79,8	1,2	0,4	22,9	99	99		67
Tailandia	37	9	5	0,09	153	0,4	0,17	14,5	14,4	8,3	32,7	80	61,5	3,5	0,4	22,8	97	87		
Timor-Leste	142	46	20		498	0,0	0,87	19,9	4,6	2,2	12,7	52	139,8	9,9	0,4	38,2	83	54		

^a Las estimaciones comparables se refieren a valores de los países correspondientes al mismo año de referencia, que pueden ajustarse o modelarse para permitir las comparaciones entre países y se generan para países que cuentan con datos primarios de base y, en algunos casos, para los que no disponen de ellos. En el anexo 2 se ofrece la lista completa de los indicadores del ODS 3. El sombreado de azul a naranja representa la escala de niveles: de baja a alta para los indicadores de mortalidad, incidencia y prevalencia; y de alta a baja para los indicadores de cobertura de la inmunización e índice de cobertura de los servicios.

^b por 100 000 nacidos vivos
^c por 1000 nacidos vivos
^d por 1000 habitantes no infectados

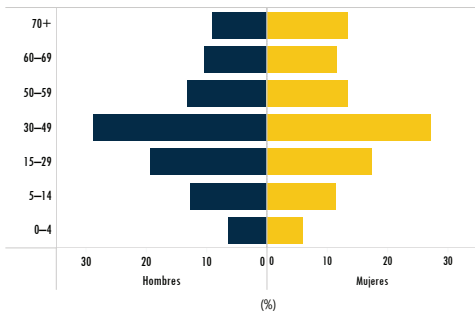
^e por 100 000 habitantes
^f por 1000 habitantes en riesgo
^g entre los menores de 5 años (%)

^h entre los 30 y los 69 años (%)
ⁱ litros de alcohol puro per cápita ≥ 15 años
^j normalizados según la edad, por 100 000 habitantes

^k normalizados según la edad, entre los adultos ≥ 18 años (%)
^l entre los niños de 1 año (%)

^m a la edad recomendada en el país (%)
ⁿ entre las niñas de 15 años (%)

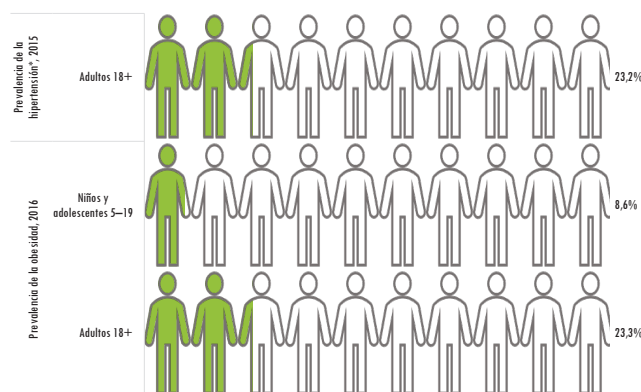
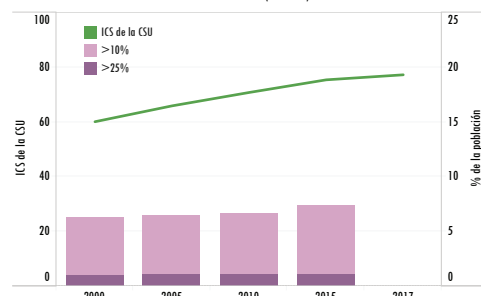
Distribución de la edad de la población por sexos, 2018



Esperanza de vida al nacer por sexos, 2016



CSU: Índice de cobertura de los servicios (ODS 3.8.1) y población con gastos sanitarios directos superiores al umbral del 10% o el 25% (ODS 3.8.2)



Nota: * Definida como una tensión arterial sistólica de ≥ 140 mmHg y/o una tensión arterial diastólica de ≥ 90 mmHg

El seguimiento adaptado a contextos específicos apoya el progreso hacia la cobertura sanitaria universal en Europa

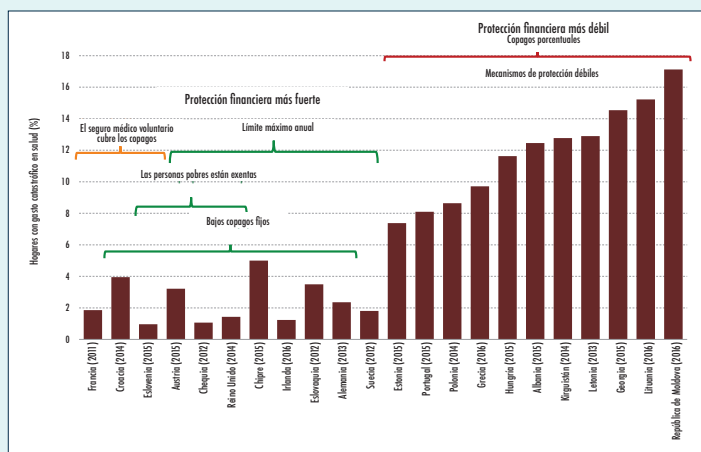
La protección financiera es una dimensión clave de la cobertura sanitaria universal. La Región de Europa de la OMS está haciendo un seguimiento de la protección financiera para el que aplica un enfoque basado en tres elementos: *i)* la utilización de parámetros sensibles a las dificultades financieras de las personas que viven en la pobreza; *ii)* el acceso a datos sobre las necesidades desatendidas en materia de servicios de salud, y *iii)* el análisis de las políticas a escala de los países (16).

Aplicando este enfoque, un reciente análisis de la protección financiera en 24 países ha demostrado lo siguiente:

- los pagos directos sumen a las personas en la pobreza o las hacen aún más pobres –incluso en los países más ricos de Europa– y es muy probable que acarreen dificultades financieras en los hogares más pobres;
- los pagos directos por medicamentos de uso ambulatorio son la principal causa de dificultades financieras y conducen a que haya necesidades desatendidas entre las personas más pobres; y
- el diseño de los copagos (cargos a los usuarios) es un determinante clave de la protección financiera.

El análisis muestra que los países con una incidencia relativamente baja de gastos sanitarios catastróficos utilizan una serie de mecanismos que protegen a los hogares frente al impacto de los copagos por medicamentos de uso ambulatorio (figura A4). Comprenden exenciones de copagos para las personas pobres, límites máximos anuales para los copagos, y copagos bajos y fijos en lugar de porcentuales (es decir, basados en que los usuarios paguen una proporción establecida del precio del medicamento). En cambio, los países con una alta incidencia de gastos sanitarios catastróficos dependen sistemáticamente de copagos porcentuales; aunque algunos de ellos intentan proteger a las personas de los copagos, los mecanismos que utilizan son insuficientes.

La combinación del análisis estadístico y el análisis de las políticas nacionales proporciona a los responsables de la formulación de políticas datos probatorios que pueden utilizar para lograr mejoras. Mediante un rediseño cuidadoso de sus políticas de cobertura, los países pueden reducir tanto las necesidades desatendidas como las dificultades financieras de las personas más vulnerables.



Nota: Se entiende por gasto sanitario catastrófico el ligado a pagos directos que superan el 40% de la capacidad de pago por la atención de salud, la cual se define como el consumo total del hogar menos una cantidad normalizada para cubrir las necesidades básicas (es decir, alimentos, vivienda y servicios públicos).

Fuente: Oficina Regional de la OMS para Europa (2019).

Figura A4. Incidencia del gasto sanitario catastrófico y diseño de los copagos por medicamentos de uso ambulatorio en la Región de Europa

Resumen de los indicadores del ODS 3 de los cuales se notifican valores a escala nacional como estimaciones comparables^a

Estado Miembro	3.1.1	3.2.1	3.2.2	3.3.1	3.3.2	3.3.4	3.4.1	3.4.2	3.5.2	3.6.1	3.8.1	3.9.1	3.9.2	3.9.3	3.a.1	3.b.1	3.b.1	3.b.1	3.b.1
	Razón de mortalidad materna ^b	Tasa de mortalidad de menores de 5 años ^c	Tasa de mortalidad neonatal ^c	Nuevas infecciones por el VIH ^d	Incidencia de tuberculosis ^e	Prevalencia de hepatitis B ^f	Probabilidad de morir de alguna de las cuatro EM principales ^g	Tasa de mortalidad por suicidio ^h	Consumo de alcohol ⁱ	Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito ^j	Índice de cobertura de los servicios de la CSU	Tasa de mortalidad por la contaminación ambiental	Tasa de mortalidad por falta de ASHE	Tasa de mortalidad por intoxicaciones ^k	Prevalencia del consumo de tabaco ^l	Inmunización con la DTP3 ^m	Inmunización con la MCV2 ^m	Inmunización con la PCV3 ^m	Inmunización contra el PPHm
	2017	2018	2018	2018	2018	2015	2016	2016	2018	2016	2017	2016	2016	2016	2018	2018	2018	2018	2018
Albania	15	9	7		18	1,29	17,0	6,3	7,2	13,6	59	68,0	0,2	0,4	29,2	99	96	98	
Alemania	7	4	2	0,03	7,3	0,24	12,1	13,6	12,9	4,1	83	16,0	0,6	0,2	28,0	93	93	84	31
Andorra		3	1		3,0	0,08			11,0						33,8	99	95	94	
Armenia	26	12	6	0,06	31	0,25	22,3	6,6	5,5	17,1	69	54,8	0,2	0,6	26,7	92	96	92	2
Austria	5	4	2		7,1	0,32	11,4	15,6	12,0	5,2	79	15,3	0,1	0,2	29,1	85	84		
Azerbaiyán	26	22	11		63	0,27	22,2	2,6	4,4	8,7	65	63,9	1,1	0,6	19,6	95	96	95	
Belarús	2	3	1	0,22	31	0,20	23,7	26,2	11,4	8,9	76	60,7	0,1	2,6	26,6	97	98		
Bélgica	5	4	2		9,0	0,18	11,4	20,7	11,1	5,8	84	15,7	0,3	0,2	25,0	98	85	94	67
Bosnia y Herzegovina	10	6	4	0,01	25	0,30	17,8	8,8	7,1	15,7	61	79,8	0,1	0,5	38,3	73	76		
Bulgaria	10	7	4	0,05	22	0,31	23,6	11,5	12,7	10,2	66	61,8	0,1	0,6	38,9	92	87	88	5
Chequia	3	3	2	0,05	5,4	0,39	15,0	13,1	14,4	5,9	76	29,6	0,2	0,3	31,5	96	84		
Chipre	6	2	1		5,4	0,60	11,3	5,3	10,8	5,1	78	20,1	0,3	0,1	36,7	99	88	81	64
Croacia	8	5	3	0,02	8,4	0,11	16,7	16,5	9,2	8,1	71	35,5	0,1	0,2	36,6	93	95		
Dinamarca	4	4	3	0,02	5,4	0,79	11,3	12,8	10,3	4,0	81	13,2	0,3	0,1	18,6	97	90	96	54
Eslovaquia	5	6	3	0,02	5,8	0,56	17,2	12,8	11,1	6,1	77	33,5	<0,1	0,4	32,3	96	97	96	
Eslovenia	7	2	1		5,3	1,04	12,7	18,6	11,9	6,4	79	22,6	<0,1	0,3	22,7	93	94	60	45
España	4	3	2	0,07	9,4	0,19	9,9	8,7	12,7	4,1	83	9,9	0,2	0,2	27,9	93	94	93	69
Estonia	9	3	1	0,23	13	0,36	17,0	17,8	9,2	6,1	75	25,0	<0,1	0,5	30,5	92	88		44
Federación de Rusia	17	7	3		54	0,88	25,4	31,0	11,2	18,0	75	49,4	0,1	1,7	28,3	97	97	82	
Finlandia	3	2	1	0,04	4,7	1,05	10,2	15,9	10,8	4,7	78	7,2	<0,1	0,2	19,7	91	93	88	62
Francia	8	4	3	0,09	8,9	0,01	10,6	17,7	12,3	5,5	78	9,7	0,3	0,5	34,6	96	80	92	
Georgia	25	10	6	0,18	80	0,26	24,9	8,2	8,2	15,3	66	101,8	0,2	0,8	29,7	93	96	81	
Grecia	3	4	3		4,5	0,37	12,4	5,0	10,2	9,2	75	27,6	<0,1	0,2	39,1	99	83	96	
Hungría	12	4	2	0,02	6,4	0,44	23,0	19,1	11,3	7,8	74	38,8	0,2	0,3	30,6	99	99	99	71
Irlanda	5	4	2	0,08	7,0	0,01	10,3	11,5	12,9	4,1	76	11,9	0,1	0,2	23,6	94	90	90	62
Islandia	4	2	1	0,05	2,7	0,88	9,1	14,0	9,1	6,6	84	8,7	0,1	0,2	13,8	91	95	90	85
Israel	3	4	2	0,05	4,0	0,48	9,6	5,4	4,2	4,2	82	15,4	0,2	0,1	25,5	98	96	94	50
Italia	2	3	2	0,05	7,0	0,61	9,5	8,2	7,8	5,6	82	15,0	0,1	0,3	23,4	95	89	92	40
Kazajistán	10	10	6	0,14	68	0,21	26,8	22,5	4,8	17,6	76	62,7	0,4	2,3	24,4	98	98	95	
Kirguistán	60	19	13	0,09	116	0,50	24,9	8,3	6,3	15,4	70	110,7	0,8	0,6	27,9	94	96	92	
Letonia	19	4	2	0,19	29	0,51	21,9	21,2	12,8	9,3	71	41,3	<0,1	0,8	36,7	96	94	82	53
Lituania	8	4	2		44	0,19	20,7	31,9	13,2	8,0	73	34,0	0,1	0,7	27,1	92	92	82	46
Luxemburgo	5	2	1	0,09	8,0	0,24	10,0	13,5	12,9	6,3	83	11,6	<0,1	0,1	21,7	99	90	96	14
Macedonia del Norte	7	10	7	0,02	13	0,20	20,3	7,9	6,2	6,4	72	82,2	0,1	0,4		91	97		40
Malta	6	7	5		14	0,39	10,8	7,5	8,0	6,1	82	20,2	<0,1	0,1	25,1	97	95		81
Mónaco		3	2		0,0	0,20										99	79		
Montenegro	6	3	2	0,08	15	0,65	20,6	10,3	11,5	10,7	68	78,6	<0,1	0,5		87	83		
Noruega	2	3	1	0,02	4,1	0,01	9,2	12,2	7,4	2,7	87	8,6	0,2	0,2	18,4	96	93	94	86
Países Bajos	5	4	2		5,3	0,04	11,2	12,6	9,6	3,8	86	13,7	0,2	0,1	23,4	93	89	93	46
Polonia	2	4	3	0,04	16	0,04	18,7	16,2	11,7	9,7	75	37,9	0,1	0,2	26,0	95	92	60	
Portugal	8	4	2	0,07	24	0,10	11,1	14,0	12,0	7,4	82	9,8	0,2	0,3	27,9	99	96	98	80
Reino Unido de Gran Bretaña	7	4	3		8,0	0,22	10,9	8,9	11,4	3,1	87	13,8	0,2	0,2	19,2	94	88	92	81
República de Moldova	19	16	12	0,25	86	0,65	24,9	15,9	11,4	9,7	69	78,3	0,1	1,2	25,3	93	96	94	
Rumania	19	7	3	0,04	68	0,65	21,4	10,4	11,7	10,3	74	59,3	0,4	0,4	25,5	86	81		
San Marino		2	1		0,0	0,32					0,0					90	84	58	16
Serbia	12	6	3	0,02	17	0,11	19,1	15,6	8,7	7,4	65	62,5	0,7	0,3	40,6	96	90	48	
Suecia	4	3	2		5,5	0,32	9,1	14,8	8,9	2,8	86	7,2	0,2	0,4	28,8	97	95	97	75
Suiza	5	4	3		6,4	0,17	8,6	17,2	11,5	2,7	83	10,1	0,1	0,1	25,1	96	89	85	57
Tayikistán	17	35	15	0,09	84	0,71	25,3	2,5	3,3	18,1	68	129,3	2,7	1,2		96	97		
Turkmenistán	7	46	21		46	0,23	29,5	6,7	4,9	14,5	70	79,3	4,0	0,7		99	99		95
Turquía	17	11	5		16	0,32	16,1	7,3	2,0	12,3	74	46,6	0,3	0,3	29,3	98	87	97	
Ucrania	19	9	5	0,28	80	0,46	24,7	22,4	8,3	13,7	68	70,7	0,3	2,5	25,5	50	90		
Uzbekistán	29	21	12	0,16	70	0,60	24,5	7,4	2,6	11,5	73	81,1	0,4	1,0	12,3	98	99	96	

^a Las estimaciones comparables se refieren a valores de los países correspondientes al mismo año de referencia, que pueden ajustarse o modelarse para permitir las comparaciones entre países y se generan para países que cuentan con datos primarios de base y, en algunos casos, para los que no disponen de ellos. En el anexo 2 se ofrece la lista completa de los indicadores del ODS 3. El sombreado de azul a naranja representa la escala de niveles: de baja a alta para los indicadores de mortalidad, incidencia y prevalencia; y de alta a baja para los indicadores de cobertura de la inmunización e índice de cobertura de los servicios.

^b por 100 000 nacidos vivos

^e por 100 000 habitantes

^h litros de alcohol puro per cápita ≥15 años

^k entre los niños de 1 año (%)

^c por 1000 nacidos vivos

^f entre los menores de 5 años (%)

ⁱ normalizados según la edad, por 100 000 habitantes

^l a la edad recomendada en el país (%)

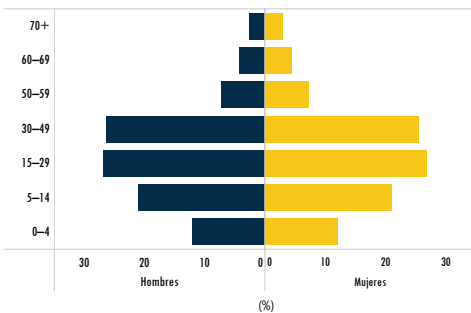
^d por 1000 habitantes no infectados

^g entre los 30 y los 69 años (%)

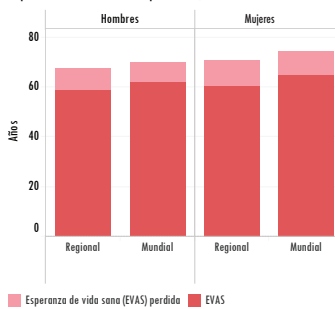
^j normalizados según la edad, entre los adultos ≥18 años (%)

^m entre las niñas de 15 años (%)

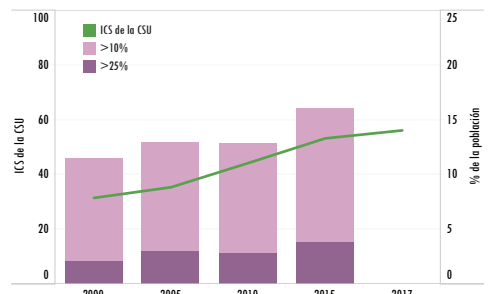
Distribución de la edad de la población por sexos, 2018



Esperanza de vida al nacer por sexos, 2016

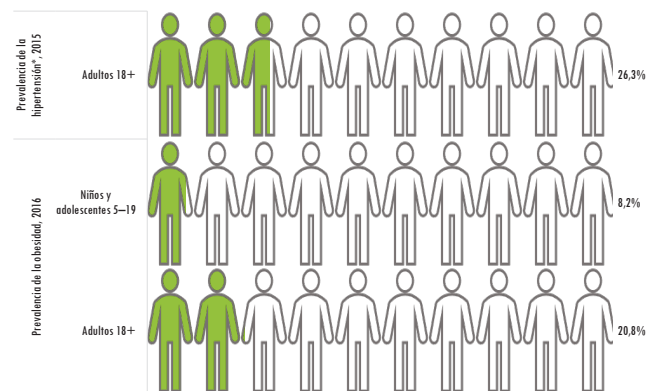


CSU: Índice de cobertura de los servicios (ODS 3.8.1) y población con gastos sanitarios directos superiores al umbral del 10% o el 25% (ODS 3.8.2)



Tratamiento de la tuberculosis en la Región del Mediterráneo Oriental

Para prevenir la morbilidad y la mortalidad que acarrea la tuberculosis y alcanzar los hitos y metas de la *Estrategia Fin a la Tuberculosis* (17) es esencial lograr una alta cobertura de su correcto tratamiento. En la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS se ha ido reduciendo la diferencia entre el número de casos nuevos y recidivantes notificados y el número estimado de casos nuevos anuales (10). La cobertura del tratamiento antituberculoso aumentó del 60% de la incidencia estimada en 2015 al 65% en 2018 en toda la región, y superó el 80% en varios países. La tasa regional de éxito del tratamiento fue la más alta del mundo (del 91% en 2017). Ello ha permitido a la región reducir el número estimado de muertes por tuberculosis de 88 200 en 2015 a 79 500 en 2018 (incluidas las defunciones relacionadas con el VIH/sida que tenían a la tuberculosis como causa contribuyente), lo que supone un descenso del 10%. Hay margen para seguir mejorando, ya que la tasa de incidencia ha disminuido solo un 2,9% desde 2015. La región no está en vías de alcanzar los hitos de la Estrategia Fin a la Tuberculosis para 2020, que consisten en reducir la tasa de incidencia en un 20% y las muertes por tuberculosis en un 35%.



Nota: * Definida como una tensión arterial sistólica de ≥ 140 mmHg y/o una tensión arterial diastólica de ≥ 90 mmHg

Desarrollo de unos sistemas de información sanitaria más fuertes

Contar con una información de salud fiable y oportuna es clave para poder ejercer una gestión sanitaria correcta, adoptar decisiones basadas en pruebas, hacer un uso óptimo de los recursos, y supervisar y evaluar las situaciones, las acciones y los resultados de salud pública.

A fin de fortalecer sus sistemas de información sanitaria, los países de la Región del Mediterráneo Oriental están notificando datos de una lista de indicadores básicos regionales que el Comité Regional de la OMS aprobó en 2014 (18,19). Dichos indicadores básicos se centran en tres áreas principales: 1) el seguimiento de los determinantes de la salud y los riesgos sanitarios; 2) la evaluación del estado de salud, incluidas la morbilidad y la mortalidad por causas específicas, y 3) la evaluación de la respuesta del sistema de salud.¹ En 2016, el número total de indicadores básicos aumentó a 75.

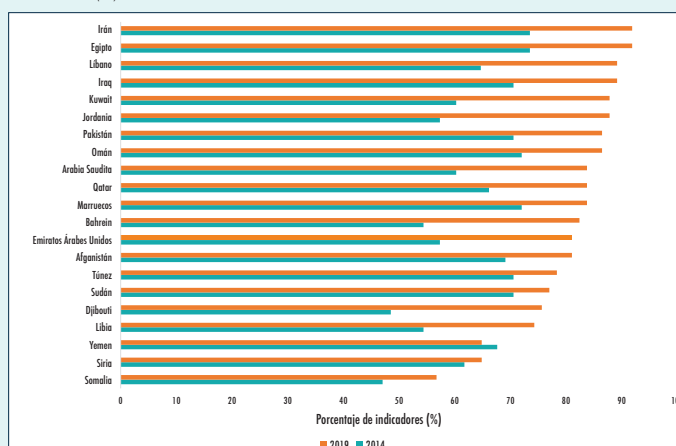
Ha mejorado notablemente la notificación de datos de estos indicadores. En 2019, los países comunicaron datos de entre el 57% y el 92% de los indicadores básicos, una hazaña impresionante teniendo en cuenta que varios de ellos estaban sufriendo crisis humanitarias. Las mejoras con respecto al año de referencia de

2014 estuvieron comprendidas entre el 3% y el 30% en el conjunto de la región, con un aumento medio del 17% en el periodo 2014-2019 (figura A5). Se observaron aumentos particularmente notables de la notificación (superiores al 20%) en Arabia Saudita, Bahrein, Djibouti, Emiratos Árabes Unidos, Kuwait, Líbano y Libia. Solo un país registró un ligero descenso del número de indicadores sobre los que pudo informar.

Sin embargo, además de estos progresos, el programa de indicadores básicos está sacando a la luz las limitaciones de los sistemas nacionales de información sanitaria de muchos países. De ahí que actualmente se esté reforzando con apoyos de otros tipos para mejorar los sistemas de información sanitaria periódica, y también los sistemas de registro civil y de estadísticas vitales, las encuestas y el cotejo de datos censales.

La OMS sigue prestando apoyo a los países de la región en la elaboración de estrategias y evaluaciones de los sistemas de información sanitaria, y también en la mejora de la certificación y el análisis de las defunciones nacionales, y la codificación basada en la CIE para potenciar la notificación de los datos periódicos.

¹ La lista completa de indicadores figura en la referencia (20).



Fuente: (20).

Figura A5. Notificación de datos de los indicadores regionales de los ODS sanitarios y relacionados con la salud, 2014-2019

Resumen de los indicadores del ODS 3 de los cuales se notifican valores a escala nacional como estimaciones comparables^a

Estado Miembro	3.1.1	3.2.1	3.2.2	3.3.1	3.3.2	3.3.3	3.3.4	3.4.1	3.4.2	3.5.2	3.6.1	3.8.1	3.9.1	3.9.2	3.9.3	3.a.1	3.b.1	3.b.1	3.b.1	3.b.1
	Razón de mortalidad materna ^b	Tasa de mortalidad de menores de 5 años ^c	Tasa de mortalidad neonatal ^c	Nuevas infecciones por el VIH ^d	Incidencia de tuberculosis ^e	Incidencia de malaria ^f	Prevalencia de hepatitis B ^g	Probabilidad de morir de alguna de las cuatro ENT principales ^h	Tasa de mortalidad por suicidio ^e	Consumo de alcohol ⁱ	Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito ^e	Índice de cobertura de los servicios de la CSU	Tasa de mortalidad por la contaminación ambiental ^j	Tasa de mortalidad por falta de ASHe	Tasa de mortalidad por intoxicaciones ^e	Prevalencia del consumo de tabaco ^k	Inmunización con la DTP3 ^l	Inmunización con la MCV2 ^m	Inmunización con la PCV3 ^l	Inmunización contra el PVPH ⁿ
	2017	2018	2018	2018	2018	2018	2015	2016	2016	2018	2016	2017	2016	2016	2016	2018	2018	2018	2018	2018
Afganistán	638	62	37	0,02	189	29,0	0,50	29,8	4,7	0,2	15,1	37	211,1	13,9	1,2		66	39	65	
Arabia Saudita	17	7	4		10,0	<0,1	0,30	16,4	3,2	0,2	28,8	74	83,7	0,1	0,7	16,6	96	97	98	
Bahrein	14	7	3		11		0,18	11,3	5,9	1,1		77	40,1	<0,1	0,2	25,1	99	99	98	
Djibouti	248	59	32	0,57	260	35,2	0,64	19,6	6,7	0,4		47	159,0	31,3	2,4		84	81	84	
Egipto	37	21	11	0,04	12		0,80	27,7	4,0	0,4	9,7	68	108,9	2,0	0,2	21,4	95	94		
Emiratos Arabes Unidos	3	8	4		1,0		0,08	16,8	2,8	3,9	18,1	76	54,7	<0,1	0,3	18,2	99	99	99	26
Irán (República Islámica del)	16	14	9	0,05	14	0,0	0,02	4,8	4,1	1,0	20,5	72	50,9	1,0	1,2	14,0	99	98		
Iraq	79	27	15		42		0,06	21,3	3,0	0,4	20,7	61	75,1	3,0	0,5	22,2	84	81	32	
Jordania	46	16	9	0,01	5,0		1,01	19,2	2,9	0,7	24,4	76	51,2	0,6	0,6		96	96		
Kuwait	12	8	4	0,04	23		0,11	17,4	2,3	<0,1	17,6	76	103,8	<0,1	0,2	22,1	99	99	99	
Líbano	29	7	4	0,02	11		0,21	17,9	3,3	1,7	18,1	73	51,4	0,8	0,3	42,6	83	63	82	
Libia	72	12	6	0,07	40		0,27	20,1	5,2	<0,1	26,1	64	71,9	0,6	0,6		97	96	96	
Marruecos	70	22	14	0,03	99		0,45	12,4	2,9	0,7	19,6	70	49,1	1,9	0,6	14,7	99	99	99	
Omán	19	11	5	0,07	5,9		0,44	17,8	3,9	0,8	16,1	69	53,9	<0,1	0,4	9,6	99	99	99	
Pakistán	140	69	42	0,11	265	3,4	2,75	24,7	2,9	0,3	14,3	45	173,6	19,6	2,3	20,0	75	67	79	
Qatar	9	7	4		31		0,20	15,3	6,6	1,6	9,3	68	47,4	<0,1	0,4	14,0	98	95	98	
República Árabe Siria	31	17	9	0,01	19		0,37	21,8	1,9	0,2	26,5	60	75,2	3,7	0,4		47	54		
Somalia	829	122	38	0,03	262	34,3	10,54	21,8	4,7	<0,1	27,1	25	212,8	86,6	4,6		42			
Sudán	295	60	29	0,13	71	46,8	2,86	26,0	8,1	0,5	25,7	44	184,9	17,3	3,9		93	72	93	
Túnez	43	17	11	0,02	35		0,76	16,1	3,4	2,1	22,8	70	56,1	1,0	0,5	26,0	97	99		
Yemen	164	55	27	0,04	48	45,8	2,54	30,6	8,5	0,1		42	194,2	10,2	3,8	20,9	65	46	64	

^a Las estimaciones comparables se refieren a valores de los países correspondientes al mismo año de referencia, que pueden ajustarse o modelarse para permitir las comparaciones entre países y se generan para países que cuentan con datos primarios de base y, en algunos casos, para los que no disponen de ellos. En el anexo 2 se ofrece la lista completa de los indicadores del ODS 3. El sombreado de azul a naranja representa la escala de niveles: de baja a alta para los indicadores de mortalidad, incidencia y prevalencia; y de alta a baja para los indicadores de cobertura de la inmunización e índice de cobertura de los servicios.

^b por 100 000 nacidos vivos

^e por 100 000 habitantes

^h entre los 30 y los 69 años (%)

^k normalizados según la edad,

ⁿ entre las niñas de 15 años (%)

^c por 1000 nacidos vivos

^f por 1000 habitantes en riesgo

ⁱ litros de alcohol puro per cápita ≥15 años

entre los adultos ≥18 años (%)

^d por 1000 habitantes no infectados

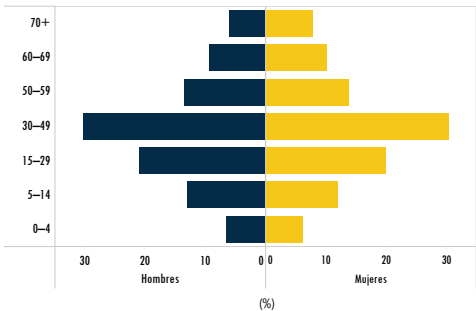
^g entre los menores de 5 años (%)

^j normalizados según la edad, por 100 000 habitantes

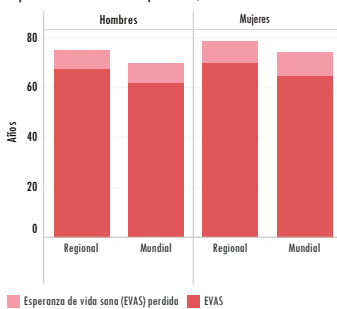
^l entre los niños de 1 año (%)

^m a la edad recomendada en el país (%)

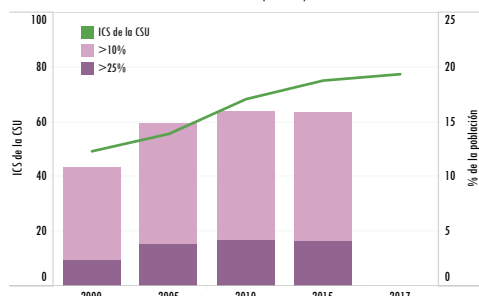
Distribución de la edad de la población por sexos, 2018



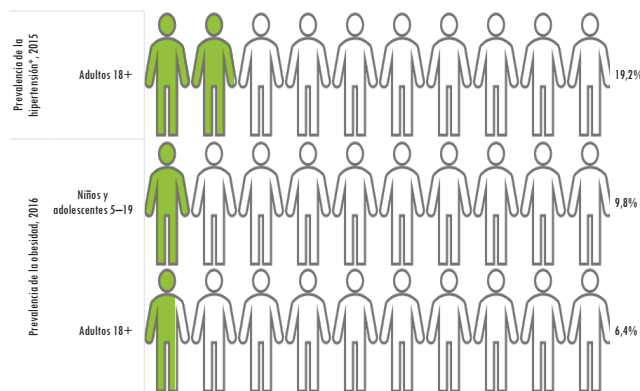
Esperanza de vida al nacer por sexos, 2016



CSU: Índice de cobertura de los servicios (ODS 3.8.1) y población con gastos sanitarios directos superiores al umbral del 10% o el 25% (ODS 3.8.2)



En la reunión del Comité Regional del Pacífico Occidental celebrada en 2019, los Estados Miembros respaldaron el documento «Para el futuro» como una visión común sobre el modo de aplicar el 13.º PGT con miras a enfrentar los retos que planteará el hacer de la Región del Pacífico Occidental la más sana y segura del mundo



Nota: * Definida como una tensión arterial sistólica de ≥ 140 mmHg y/o una tensión arterial diastólica de ≥ 90 mmHg

Abordaje de los nuevos problemas sanitarios en la Región del Pacífico Occidental

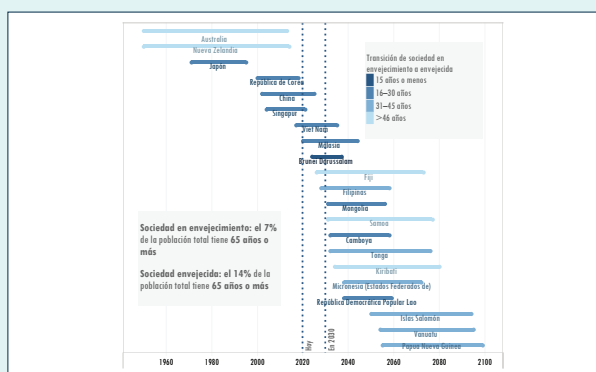
La Región del Pacífico Occidental está experimentando cambios rápidos y un crecimiento económico sin precedentes que crea oportunidades para una vida más sana y prolongada. Sin embargo, los progresos también han traído consigo nuevos problemas sanitarios: la aparición de amenazas inéditas para la seguridad sanitaria, un aumento de las ENT, y cambios ambientales que ponen en peligro la salud de las personas. Además, las poblaciones están envejeciendo rápidamente: para 2030, al menos el 14% de la población de seis países (figura A6) y tres zonas (China, Región Administrativa Especial de Hong Kong; China, Región Administrativa Especial de Macao; Guam) de la región tendrá 65 años o más.

El rápido desarrollo ha creado nuevas oportunidades para algunas personas, pero ha dejado atrás a otras, con lo que ha alimentado las desigualdades relacionadas con la salud y el género y también las de otros tipos. Un ejemplo de desigualdades entre las mujeres son las diferencias en el acceso a los servicios de planificación familiar (figura A7). Además, algunas partes de la región siguen enfrentándose a una gran carga de enfermedades infecciosas y soportan tasas inaceptablemente altas de mortalidad maternoinfantil.

Pese a todo, los Estados Miembros de la región han hecho progresos extraordinarios en materia de salud pública. Cabe destacar que el número de personas con acceso a servicios sanitarios esenciales no ha dejado de crecer en los dos últimos decenios. Hay una firme conciencia de la necesidad de actuar hoy para hacer frente a los desafíos del mañana. La Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental se centra en las cuatro prioridades establecidas en su documento prospectivo *For the future: towards the healthiest and safest region* (21), que reflejan el contexto singular de la región:

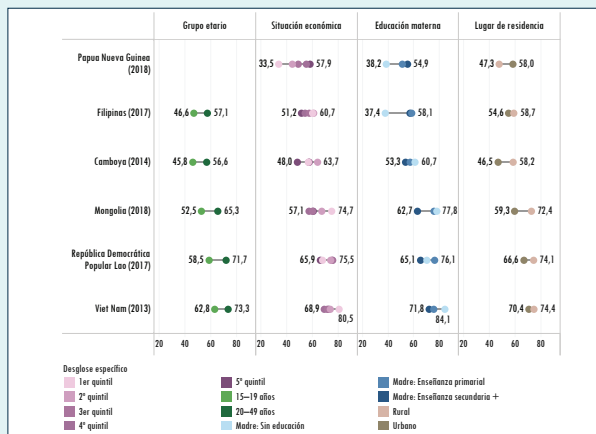
- la seguridad sanitaria, incluida la resistencia a los antimicrobianos;
- las ENT y el envejecimiento;
- el cambio climático, el medio ambiente y la salud; y
- la atención a los desatendidos.

Los 37 países y zonas de la Región del Pacífico Occidental son muy diversos, pero estas inquietudes los unen a todos. Trabajando juntos se pueden lograr los mayores progresos.



Fuente: World Population Prospects, Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2020) (22).

Figura A6. Velocidad del envejecimiento en la Región del Pacífico Occidental de la OMS: tiempo que tarda la sociedad en pasar de estar envejeciendo a estar envejecida, por países



Fuente: Health equity monitoring database (23); Papua Nueva Guinea: Demographic and Health Survey (2016–18) (24); República Democrática Popular Lao: Social Indicator Survey 2017 (25); Mongolia: Social indicator sample survey 2018 (26). <https://www.washdata.org/sites/default/files/documents/reports/2019-10/Mongolia-2018-MICS-report.pdf>

Figura A7. Proporción de mujeres en edad reproductiva casadas o en pareja cuyas necesidades de planificación familiar estaban cubiertas con métodos modernos; algunos países de la Región del Pacífico Occidental de la OMS, 2013-2018

Resumen de los indicadores del ODS 3 de los cuales se notifican valores a escala nacional como estimaciones comparables^a

Estado Miembro	3.1.1	3.2.1	3.2.2	3.3.1	3.3.2	3.3.3	3.3.4	3.4.1	3.4.2	3.5.2	3.6.1	3.8.1	3.9.1	3.9.2	3.9.3	3.a.1	3.b.1	3.b.1	3.b.1	3.b.1
	Razón de mortalidad materna ^b	Tasa de mortalidad de menores de 5 años ^c	Tasa de mortalidad neonatal ^c	Nuevas infecciones por el VIH ^d	Incidencia de tuberculosis ^e	Incidencia de malaria ^f	Prevalencia de hepatitis B ^g	Probabilidad de morir de ahi. na de las cuatro ENT principales ^h	Tasa de mortalidad por suicidio ^e	Consumo de alcohol ⁱ	Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito ^e	Índice de cobertura de los servicios de la CSU	Tasa de mortalidad por la contaminación ambiental ^j	Tasa de mortalidad por falta de ASHe	Tasa de mortalidad por intoxicaciones ^e	Prevalencia del consumo de tabaco ^k	Immunización con la DTP3 ^l	Immunización con la MCV2 ^m	Immunización con la PCV3 ^l	Immunización contra el PVH ⁿ
	2017	2018	2018	2018	2018	2018	2015	2016	2016	2018	2016	2017	2016	2016	2016	2018	2018	2018	2018	2018
Australia	6	4	2	0,04	6,6		0,15	9,1	13,2	10,5	5,6	87	8,4	0,1	0,2	16,2	95	93	95	80
Brunei Darussalam	31	12	5		68		0,34	16,6	4,6	0,5		81	13,3	<0,1	0,3	15,5	99	98		89
Cambodia	160	28	14	0,05	302	23,7	0,56	21,1	5,3	6,6	17,8	60	149,8	6,5	0,6	21,8	92	70	84	
China	29	9	4		61	0,0	0,83	17,0	9,7	7,0	18,2	79	112,7	0,6	1,4	24,7	99	99		
Fiji	34	26	11		54		0,34	30,6	5,0	3,3	9,6	64	99,0	2,9	0,4	26,7	99	94	99	46
Filipinas	121	28	14	0,13	554	0,2	1,07	26,8	3,2	6,9	12,3	61	185,2	4,2	0,2	24,3	65	40	43	1
Islas Cook		8	4		0,0		0,22				17,3					26,6	99	99		99
Islas Marshall		33	15		434		1,56									81	61	67	28	
Islas Salomón	104	20	8		74	133,6	2,93	23,8	4,7	1,8	17,4	47	137,0	6,2	0,9	37,9	85	54	84	
Japón	5	2	1	0,01	14		1,95	8,4	18,5	8,0	4,1	83	11,9	0,2	0,4	21,9	99	93	98	<1
Kiribati	92	53	23		349		3,65	28,4	14,4	0,5	4,4	41	140,2	16,7	2,6	52,0	95	79	94	
Malasia	29	8	4	0,18	92	0,0	0,17	17,2	5,5	0,9	23,6	73	47,4	0,4	0,5	21,8	99	99		83
Micronesia (Estados Federados de)	88	31	16		108		0,89	26,1	11,1	2,5	1,9	47	151,8	3,6	1,0		75	48	67	60
Mongolia	45	16	9	0,01	428		1,72	30,2	13,0	8,2	16,5	62	155,9	1,3	1,6	27,6	99	98	26	
Nauru		32	20		54		2,11			3,7						52,1	90	94		
Niue		24	12		71		0,24			10,7							99	99	99	
Nueva Zelanda	9	6	3	0,03	7,3		1,20	10,1	12,1	10,6	7,8	87	7,2	0,1	0,2	14,8	93	90	96	58
Palau		18	9		109		0,21									23,7	95	75	89	48
Papua Nueva Guinea	145	48	22	0,26	432	184,5	2,24	30,0	6,0	1,4	14,2	40	152,0	16,3	1,7		61		43	
República de Corea	11	3	1		66	0,1	0,69	7,8	26,9	9,7	9,8	86	20,5	1,8	0,5	22,0	98	97	97	63
República Democrática Popular Lao	185	47	23	0,08	162	4,2	1,94	27,0	8,6	10,7	16,6	51	188,5	11,3	0,9	37,8	68	57	56	
Samoa	43	16	8		6,4		1,05	20,6	4,4	2,7	11,3	58	85,0	1,5	0,5	28,9	34	13		
Singapur	8	3	1	0,04	47		0,47	9,3	9,9	2,0	2,8	86	25,9	0,1	0,1	16,5	96	84	82	<1
Tonga	52	16	7		10,0		2,35	23,3	3,5	0,8	16,8	58	73,3	1,4	1,3	30,2	81	85		
Tuvalu		24	16		270		0,70			1,5						48,7	89	81		
Vanuatu	72	26	12		46	4,0	8,48	23,3	4,5	2,2	15,9	48	135,6	10,4	0,9	24,1	85			
Viet Nam	43	21	11	0,06	182	0,1	1,20	17,1	7,3	8,7	26,4	75	64,5	1,6	0,9		75	90		

^a Las estimaciones comparables se refieren a valores de los países correspondientes al mismo año de referencia, que pueden ajustarse o modelarse para permitir las comparaciones entre países y se generan para países que cuentan con datos primarios de base y, en algunos casos, para los que no disponen de ellos. En el anexo 2 se ofrece la lista completa de los indicadores del ODS 3. El sombreado de azul a naranja representa la escala de niveles: de baja a alta para los indicadores de mortalidad, incidencia y prevalencia, y de alta a baja para los indicadores de cobertura de la inmunización e índice de cobertura de los servicios.

^b por 100 000 nacidos vivos

^e por 100 000 habitantes

^h entre los 30 y los 69 años (%)

^k normalizados según la edad,

ⁿ entre las niñas de 15 años (%)

^c por 1000 nacidos vivos

^f por 1000 habitantes en riesgo

ⁱ litros de alcohol puro per cápita ≥15 años

entre los adultos ≥18 años (%)

^d por 1000 habitantes no infectados

^g entre los menores de 5 años (%)

^j normalizados según la edad, por 100 000 habitantes

^l entre los niños de 1 año (%)

^m a la edad recomendada en el país (%)

Referencias

1. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://icd.who.int/browse10/2016/en>).
2. WHO Mortality Database (https://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/).
3. Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª revisión (<https://icd.who.int/es>).
4. Alvaredo F, Chancel L, Piketty T, Saez E, Zucman G [Eds.]. World Inequality Report 2018. Berlín: World Inequality Lab; 2017.
5. WHO Handbook for health inequality monitoring (https://www.who.int/gho/health_equity/handbook/en/).
6. Global health estimates 2016: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2016. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/).
7. Global human capital estimates 1990–2016. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2018.
8. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://data.unicef.org/resources/trends-maternal-mortality-2000-2017/>, consultado el 20 de abril de 2020).
9. World malaria report 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2019/en/>, consultado el 20 de abril de 2020).
10. Informe mundial sobre la tuberculosis 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://www.who.int/tb/publications/global_report/es/, consultado el 20 de abril de 2020).
11. WHO STEPs Surveillance Manual. WHO STEPwise Approach to noncommunicable disease risk factor surveillance. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/reports/en/>, consultado el 20 de abril de 2020).
12. Aekplakorn W, Hathaichanok P, Kanittha T, Warapone S. The 5th National Health Examination Survey, 2557 (2014). Nonthaburi: Health System Research Institute; 2016 (<https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/7711>, consultado el 20 de abril de 2020).
13. Ranjit A, Gupta S, Shrestha R, Kushner AL, Nwomeh BC, Groen RS. Awareness and prevalence of cervical cancer screening among women in Nepal. *Int J Gynecol Obstet.* 2016;134(1):37–40.
14. Colaboremos por la salud: Informe sobre la salud en el mundo 2006. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006 (<https://www.who.int/whr/2006/es/>, consultado el 20 de abril de 2020).
15. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (https://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/, consultado el 20 de abril de 2020).
16. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2019 (<https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protection-in-europe-2019>, consultado el 20 de abril de 2020).
17. La estrategia Fin a la TB. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (<https://www.who.int/tb/strategy/es/>, consultado el 20 de abril de 2020).
18. Monitoring health situation, trends and health system performance. El Cairo: Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental; 2013 (http://applications.emro.who.int/docs/RC60_Resolutions_2013_R8_15141_EN.pdf?ua=1, consultado el 20 de abril de 2020).
19. Reinforcing health information systems. El Cairo: Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental; 2014 (http://applications.emro.who.int/docs/RC_technical_papers_2014_7_15463_EN.pdf?ua=1, consultado el 20 de abril de 2020).
20. Monitoring health and health system performance in the Eastern Mediterranean Region: core indicators and indicators on the health-related Sustainable Development Goals 2019. El Cairo: Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental; 2020.
21. For the future: towards the healthiest and safest region—a vision for WHO work with Member States and partners in the Western Pacific. Manila: Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental; 2019 (<https://www.who.int/docs/default-source/wpro---documents/regional-committee/session-70/rcm70-inf-1-for-the-future.pdf>, consultado el 20 de abril de 2020).
22. World Population Prospects. Nueva York: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población; 2020.
23. Health Equity Monitor database. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.HE-1540>, consultado el 20 de abril de 2020).
24. Papua New Guinea Demographic and Health Survey 2016–18. Port Moresby: National Statistical Office/Papua New Guinea y ICF; 2019 (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR364/FR364.pdf>, consultado el 20 de abril de 2020).
25. Lao Social Indicator Survey II 2017 – Survey Findings Report. Vientiane: Lao Statistics Bureau y el UNICEF, 2017.
26. Mongolia: Social indicator sample survey 2018. Ulaanbaatar: National Statistics Office/ Fondo de Población de las Naciones Unidas/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2019 (<https://www.washdata.org/sites/default/files/documents/reports/2019-10/Mongolia-2018-MICS-report.pdf>, consultado el 20 de abril de 2020).

ANEXO 2

Tablas de estadísticas sanitarias por países, por regiones de la OMS y a escala mundial

Notas explicativas

Las estadísticas que se muestran a continuación representan las estadísticas oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) correspondientes a una selección de indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud e indicadores del 13.º Programa General de Trabajo (13.º PGT), basadas en los datos disponibles a principios de 2020. Se incluyen, asimismo, indicadores sintéticos de la salud, como la esperanza de vida (sana) y estadísticas demográficas básicas, para ofrecer una idea general de la situación actual.

Estas estadísticas se han recopilado principalmente a partir de publicaciones y bases de datos elaboradas y mantenidas por la OMS o por grupos de las Naciones Unidas (ONU) de los que la OMS es miembro. Algunas estadísticas se han obtenido a partir de datos generados y mantenidos por otras organizaciones internacionales; en cada caso se indica la fuente de la serie de datos.

También se informa del tipo de datos utilizados en cada serie (estimaciones comparables o datos primarios) (1). Las estimaciones comparables están sujetas a una incertidumbre considerable, especialmente las correspondientes a países en los que la disponibilidad y la calidad de los datos primarios de base son limitadas. Los intervalos de incertidumbre y otros detalles relativos a los indicadores y las estadísticas aquí presentados pueden consultarse en el Observatorio mundial de la salud de la OMS.¹

En la tabla del anexo que presenta los indicadores de los ODS y el 13.º PGT se indica la disponibilidad de los datos de base correspondientes a los valores de los países.² Las cifras de los indicadores que son del tipo de datos primarios se muestran en negrita si el año de referencia es 2015 o posterior y en fuente normal si el año de referencia está comprendido entre 2010 y 2014. En el caso de las estimaciones comparables, las cifras se muestran en negrita si se basan en datos primarios de base de los cuatro años anteriores al año de la estimación, en fuente normal si se basan en datos primarios de base más antiguos que los cuatro años anteriores y en gris si se carece de datos primarios de base directos desde 2000. En las notas se ofrecen más detalles.

Aunque se ha hecho todo lo posible por maximizar la comparabilidad de las estadísticas entre países y a lo largo del tiempo, las series de datos basadas en datos primarios pueden diferir en las definiciones, los métodos de recopilación de datos, la cobertura poblacional y los métodos de estimación utilizados. En el caso de los indicadores con un periodo de referencia expresado como intervalo, salvo que se indique otra cosa, los valores de los países se refieren al último año disponible del intervalo; en las notas se ofrecen más detalles. Hay algunos indicadores de los ODS cuyas definiciones se están perfeccionando y de los que se están recopilando datos de referencia, por lo que en este anexo se presentan indicadores sustitutivos; todos los casos se indican claramente mediante sendas notas.

Salvo que se indique otra cosa, en el caso de las tasas y razones, los datos agregados por regiones de la OMS y mundiales se presentan como promedios ponderados cuando procede, mientras que en el caso de las cifras absolutas son sumas. Los datos agregados solo se muestran si se dispone de datos de al menos el 50% de la población (u otro denominador) dentro de un grupo dado. En el caso de los indicadores cuyo periodo de referencia se expresa como intervalo, los datos agregados son los del período de referencia que figura en el encabezado de la columna correspondiente de la tabla situado por encima de los valores de las regiones de la OMS. Algunos datos agregados de las regiones de la OMS y mundiales pueden incluir estimaciones de países que no se notifican individualmente.

No se debe suponer que los cambios en los valores de los indicadores notificados en anteriores ediciones de la serie Estadísticas Sanitarias Mundiales reflejan con exactitud tendencias subyacentes, cautela que rige para todos los tipos de datos (estimaciones comparables y datos primarios) y todos los niveles de notificación (nacional, regional y mundial). Los datos que aquí se presentan también pueden diferir de las estadísticas nacionales oficiales de los distintos Estados Miembros de la OMS, y no deben considerarse como tales.

Nota: - indica que los datos no son aplicables o no están disponibles.

Referencia

1. World Health Statistics 2018: Monitoring health for the SDGs. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/, consultado el 20 de abril de 2020).

¹ El Observatorio mundial de la salud (GHO) es un portal en línea de la OMS que da acceso a datos y análisis para el seguimiento de la situación sanitaria mundial (disponible en <https://www.who.int/gho/es/>).

² Se excluyen los indicadores de población total, esperanza de vida y esperanza de vida sana que no son indicadores oficiales de los ODS o el 13.º PGT.

ANEXO 2

Parte 1

Estado Miembro	Población total ^a (miles)			Esperanza de vida al nacer ^{b,c} (años)			Esperanza de vida sana al nacer ^{b,c} (años)		
	Estimaciones comparables			Estimaciones comparables			Estimaciones comparables		
	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
	2018			2016			2016		
Afganistán	19 093	18 079	37 172	61,0	64,5	62,6	52,1	54,1	53,0
Albania	1 468	1 414	2 883	74,3	78,6	76,4	66,7	69,6	68,1
Alemania	41 013	42 111	83 124	78,7	83,3	80,9	70,2	73,0	71,6
Andorra	-	-	77	-	-	-	-	-	-
Angola	15 241	15 568	30 810	60,3	64,9	62,6	53,8	57,7	55,8
Antigua y Barbuda	46	50	96	72,5	77,5	75,0	65,2	68,8	67,0
Arabia Saudita	19 397	14 305	33 703	73,5	76,5	74,8	65,5	65,8	65,7
Argelia	21 332	20 896	42 228	75,4	77,4	76,4	65,4	65,6	65,5
Argentina	21 632	22 729	44 361	73,5	80,3	76,9	65,9	70,7	68,4
Armenia	1 389	1 563	2 952	71,2	78,1	74,8	63,6	68,7	66,3
Australia	12 399	12 499	24 898	81,0	84,8	82,9	71,8	74,1	73,0
Austria	4 372	4 519	8 891	79,4	84,2	81,8	70,9	73,9	72,4
Azerbaiyán	4 963	4 986	9 950	70,3	75,7	73,1	62,8	66,9	64,9
Bahamas	187	198	386	72,6	78,6	75,7	64,7	68,8	66,8
Bahrein	999	570	1 569	78,6	79,6	79,1	68,3	67,6	68,1
Bangladesh	81 677	79 700	161 377	71,1	74,4	72,7	62,6	64,1	63,3
Barbados	139	148	287	73,1	78,0	75,6	65,4	68,5	67,0
Belarús	4 400	5 053	9 453	68,8	79,2	74,2	61,4	69,3	65,5
Bélgica	5 673	5 809	11 482	78,8	83,5	81,1	70,2	73,0	71,6
Belize	191	192	383	67,9	73,4	70,5	60,7	64,5	62,5
Benin	5 731	5 754	11 485	59,7	62,4	61,1	52,5	54,4	53,5
Bhután	400	355	754	70,4	70,8	70,6	60,8	60,5	60,7
Bolivia (Estado Plurinacional de)	5 701	5 652	11 353	69,1	74,0	71,5	61,3	64,8	63,0
Bosnia y Herzegovina	1 628	1 696	3 324	74,8	79,8	77,3	64,9	69,4	67,2
Botswana	1 088	1 166	2 254	63,6	68,4	66,1	55,2	59,5	57,5
Brasil	102 996	106 473	209 469	71,4	78,9	75,1	63,4	68,7	66,0
Brunei Darussalam	223	206	429	75,3	77,6	76,4	67,0	68,8	67,9
Bulgaria	3 426	3 626	7 052	71,4	78,4	74,9	63,5	69,2	66,4
Burkina Faso	9 857	9 895	19 751	59,6	60,9	60,3	52,7	53,1	52,9
Burundi	5 541	5 635	11 175	58,5	61,8	60,1	51,2	54,0	52,6
Cabo Verde	273	271	544	71,1	75,0	73,2	63,1	65,8	64,5
Camboya	7 930	8 320	16 250	67,3	71,2	69,4	59,4	62,1	60,8
Camerún	12 607	12 609	25 216	56,7	59,4	58,1	50,1	52,0	51,1
Canadá	18 392	18 682	37 075	80,9	84,7	82,8	72,0	74,3	73,2
Chad	7 726	7 752	15 478	53,1	55,4	54,3	46,5	48,0	47,2
Chequia	5 247	5 419	10 666	76,2	82,1	79,1	67,0	71,6	69,3
Chile	9 228	9 501	18 729	76,5	82,4	79,5	67,9	71,5	69,7
China	736 377	699 274	1 435 651	75,0	77,9	76,4	68,0	69,3	68,7
Chipre	595	594	1 189	78,4	83,1	80,7	71,9	74,8	73,3
Colombia	24 371	25 290	49 661	71,5	78,8	75,1	64,4	69,8	67,1
Comoras	420	412	832	62,3	65,5	63,9	55,4	57,8	56,6
Congo	2 619	2 626	5 244	63,0	65,6	64,3	55,9	57,6	56,7
Costa Rica	2 499	2 500	4 999	77,0	82,2	79,6	69,1	72,7	70,9
Côte d'Ivoire	12 655	12 414	25 069	-	-	-	-	-	-
Croacia	2 001	2 155	4 156	75,0	81,5	78,2	66,4	71,7	69,0
Cuba	5 631	5 707	11 338	76,8	81,3	79,0	68,4	71,4	69,9
Dinamarca	2 860	2 892	5 752	79,3	83,2	81,2	70,7	73,0	71,8
Djibouti	505	454	959	62,2	65,5	63,8	55,3	57,9	56,6
Dominica	-	-	72	-	-	-	-	-	-
Ecuador	8 547	8 537	17 084	74,1	78,9	76,5	66,1	69,7	67,9
Egipto	49 733	48 690	98 424	68,2	73,0	70,5	59,9	62,4	61,1
El Salvador	3 010	3 410	6 421	69,0	78,1	73,7	61,7	69,0	65,5
Emiratos Arabes Unidos	6 680	2 951	9 631	76,5	78,7	77,2	66,0	68,3	66,7
Eritrea	1 730	1 722	3 453	62,9	67,1	65,0	56,0	59,0	57,4
Eslovaquia	2 654	2 799	5 453	73,8	80,9	77,4	65,3	71,2	68,3
Eslovenia	1 034	1 044	2 078	78,0	83,7	80,9	68,3	72,6	70,5

3.1		3.2		3.3						
Razón de mortalidad materna ^d (por 100 000 nacidos vivos)	Proporción de partos atendidos por personal sanitario cualificado ^e (%)	Tasa de mortalidad de los menores de 5 años ^f (por 1000 nacidos vivos)	Tasa de mortalidad neonatal ^f (por 1000 nacidos vivos)	Nuevas infecciones por el VIH ^g (por 1000 habitantes no infectados)	Incidencia de la tuberculosis ^h (por 100 000 habitantes)	Incidencia del paludismo ⁱ (por 1000 habitantes en riesgo)	Prevalencia del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg) entre los menores de 5 años ^j (%)	Número notificado de personas que precisan intervenciones de lucha contra las ENT ^k		
Estimaciones comparables	Datos primarios	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Datos primarios		
2017	2010–2019	2018	2018	2018	2018	2018	2015	2018	Estado Miembro	
638	59	62	37	0,02	189	29,0	0,50	14 834 701	Afganistán	
15	100	9	7	-	18	-	1,29	47	Albania	
7	99 ^{am}	4	2	0,03	7,3	-	0,24	132	Alemania	
-	100 ^{al}	3	1	-	3,0	-	0,08	0	Andorra	
241	47	77	28	1,01	355	228,9	4,85	15 220 708	Angola	
42	100 ^{al}	6	3	0,57	6,0	-	0,38	1 201	Antigua y Barbuda	
17	99 ^{al}	7	4	-	10	<0,1	0,30	940	Arabia Saudita	
112	97	23	15	0,03	69	-	0,22	10 909	Argelia	
39	94	10	6	0,15	27	-	0,01	162 233	Argentina	
26	100 ^{al}	12	6	0,06	31	-	0,25	39 149	Armenia	
6	97 ^{am}	4	2	0,04	6,6	-	0,15	20 123	Australia	
5	98 ^{am}	4	2	-	7,1	-	0,32	41	Austria	
26	99 ^{al}	22	11	-	63	-	0,27	1 655 112	Azerbaiyán	
70	99 ^{al}	10	5	0,55	14	-	0,31	10	Bahamas	
14	100 ^{al}	7	3	-	11	-	0,18	1	Bahrein	
173	53 ^{al}	30	17	0,01	221	0,7	1,38	56 339 394	Bangladesh	
27	99 ^{al}	12	8	0,58	0,4	-	0,34	67	Barbados	
2	100 ^{al}	3	1	0,22	31	-	0,20	0	Belarús	
5	-	4	2	-	9,0	-	0,18	1	Bélgica	
36	94 ^{al}	13	9	0,81	30	<0,1	1,49	2 158	Belize	
397	78	93	31	0,34	56	386,2	5,55	5 685 180	Benin	
183	96 ^{al}	30	16	0,11	149	<0,1	0,81	222 639	Bhután	
155	72 ^{am}	27	14	0,13	108	1,4	0,20	194 759	Bolivia (Estado Plurinacional de)	
10	100	6	4	0,01	25	-	0,30	0	Bosnia y Herzegovina	
144	100 ^{am}	36	24	4,36	275	0,6	0,19	238 203	Botswana	
60	99 ^{am}	14	8	0,26	45	5,1	0,07	9 489 512	Brasil	
31	100 ^{al}	12	5	-	68	-	0,34	1	Brunei Darussalam	
10	100	7	4	0,05	22	-	0,31	1	Bulgaria	
320	80	76	25	0,12	48	398,7	4,29	10 152 760	Burkina Faso	
548	85	58	22	0,16	111	250,3	2,59	5 484 235	Burundi	
58	92	19	12	0,19	46	<0,1	0,71	125 137	Cabo Verde	
160	89 ^{al}	28	14	0,05	302	23,7	0,56	4 182 394	Cambodia	
529	69 ^{al}	76	27	1,02	186	247,0	1,90	16 537 416	Camerún	
10	98 ^{am}	5	3	-	5,6	-	1,03	0	Canadá	
1140	24 ^{al}	119	34	0,44	142	164,8	3,08	6 233 571	Chad	
3	100 ^{am}	3	2	0,05	5,4	-	0,39	3	Chequia	
13	100	7	5	0,27	18	-	0,28	25	Chile	
29	100 ^{al}	9	4	-	61	0,0	0,83	26 378 300	China	
6	98 ^{am}	2	1	-	5,4	-	0,60	2	Chipre	
83	99	14	8	0,14	33	8,5	0,21	3 350 646	Colombia	
273	82	67	32	0,01	35	18,8	1,96	828 148	Comoras	
378	91	50	20	1,03	375	235,1	4,11	1 323 442	Congo	
27	99	9	6	0,21	10	<0,1	0,17	4 017	Costa Rica	
617	74	81	34	0,70	142	330,6	3,04	21 002 613	Côte d'Ivoire	
8	100	5	3	0,02	8,4	-	0,11	1	Croacia	
36	100 ^{am}	5	2	0,15	7,2	-	0,12	2 348	Cuba	
4	95 ^{am}	4	3	0,02	5,4	-	0,79	0	Dinamarca	
248	87 ^{al}	59	32	0,57	260	35,2	0,64	110 561	Djibouti	
-	100 ^{al}	36	28	0,28	6,4	-	0,39	562	Dominica	
59	96	14	7	0,13	44	3,3	0,32	5 060	Ecuador	
37	92	21	11	0,04	12	-	0,80	5 066 393	Egipto	
46	100	14	7	0,11	70	0,0	0,57	1 443 743	El Salvador	
3	100 ^{al}	8	4	-	1,0	-	0,08	0	Emiratos Arabes Unidos	
480	34	42	18	0,15	89	28,9	0,74	956 062	Eritrea	
5	98	6	3	0,02	5,8	-	0,56	6	Eslovaquia	
7	100 ^{am}	2	1	-	5,3	-	1,04	1	Eslovenia	

ANEXO 2

Parte 1

Estado Miembro	Población total ^a (miles)			Esperanza de vida al nacer ^{b,c} (años)			Esperanza de vida sana al nacer ^{b,c} (años)		
	Estimaciones comparables			Estimaciones comparables			Estimaciones comparables		
	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
	2018			2016			2016		
España	22 928	23 765	46 693	80,3	85,7	83,0	72,2	75,4	73,8
Estados Unidos de América	161 847	165 249	327 096	76,1	81,1	78,6	66,9	70,1	68,5
Estonia	624	699	1 323	73,0	82,1	77,8	64,6	71,4	68,2
Eswatini	555	581	1 136	-	-	-	-	-	-
Etiopía	54 635	54 589	109 224	63,7	67,3	65,5	56,1	58,9	57,5
Federación de Rusia	67 531	78 203	145 734	66,4	77,2	72,0	59,1	67,5	63,5
Fiji	448	436	883	67,1	73,1	69,9	59,6	63,3	61,3
Filipinas	53 601	53 050	106 651	66,2	72,6	69,3	59,4	64,2	61,7
Finlandia	2 721	2 801	5 523	78,7	84,2	81,4	69,8	73,5	71,7
Francia	31 466	33 525	64 991	80,1	85,7	82,9	71,8	74,9	73,4
Gabón	1 079	1 040	2 119	64,8	68,2	66,4	57,8	59,7	58,7
Gambia	1 131	1 149	2 280	60,6	63,3	61,9	53,7	55,2	54,4
Georgia	1 910	2 093	4 003	68,3	76,8	72,6	61,5	68,4	64,9
Ghana	15 084	14 683	29 767	62,5	64,4	63,4	55,8	57,0	56,4
Granada	56	55	111	71,0	75,9	73,4	63,0	66,5	64,7
Grecia	5 165	5 358	10 522	78,7	83,7	81,1	70,5	73,6	72,0
Guatemala	8 493	8 755	17 248	70,4	76,0	73,2	62,2	66,2	64,2
Guinea	5 981	6 433	12 414	59,4	60,2	59,8	52,1	52,2	52,2
Guinea Ecuatorial	727	582	1 309	57,9	61,7	59,5	52,5	55,3	53,8
Guinea-Bissau	915	959	1 874	58,4	61,2	59,8	50,6	52,9	51,7
Guyana	391	388	779	63,6	69,0	66,2	56,4	60,4	58,3
Haití	5 489	5 634	11 123	61,3	65,7	63,5	53,9	56,8	55,3
Honduras	4 789	4 798	9 588	72,9	77,5	75,2	65,1	68,5	66,8
Hungría	4 618	5 090	9 708	72,3	79,4	76,0	64,1	69,5	66,8
India	703 056	649 587	1 352 642	67,4	70,3	68,8	58,7	59,9	59,3
Indonesia	134 788	132 882	267 671	67,3	71,4	69,3	60,4	63,0	61,7
Irán (República Islámica del)	41 359	40 441	81 800	74,6	76,9	75,7	64,9	65,9	65,4
Iraq	19 444	18 990	38 434	67,5	72,2	69,9	57,4	60,6	59,0
Irlanda	2 389	2 430	4 819	79,7	83,4	81,5	71,1	73,2	72,1
Islandia	169	168	337	80,9	83,9	82,4	72,3	73,8	73,0
Islas Cook	-	-	18	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	-	-	58	-	-	-	-	-	-
Islas Salomón	332	321	653	69,7	72,7	71,1	61,4	62,5	61,9
Israel	4 166	4 216	8 382	80,3	84,2	82,3	71,7	74,1	72,9
Italia	29 479	31 148	60 627	80,5	84,9	82,7	72,0	74,3	73,2
Jamaica	1 457	1 477	2 935	73,6	78,5	76,0	65,3	68,5	66,9
Japón	62 126	65 076	127 202	81,1	87,1	84,2	72,6	76,9	74,8
Jordania	5 043	4 922	9 965	72,7	76,0	74,3	65,4	67,5	66,4
Kazajstán	8 883	9 437	18 320	66,8	75,3	71,1	59,9	66,7	63,4
Kenya	25 534	25 859	51 393	64,4	68,9	66,7	57,0	60,8	58,9
Kirguistán	3 119	3 185	6 304	67,7	75,2	71,4	60,7	66,4	63,5
Kiribati	57	59	116	63,6	68,6	66,1	56,0	59,4	57,8
Kuwait	2 501	1 636	4 137	73,9	76,0	74,8	66,3	66,2	66,3
Lesoto	1 039	1 069	2 108	51,0	54,6	52,9	45,0	47,9	46,6
Letonia	887	1 042	1 928	70,0	79,6	75,1	62,4	69,5	66,2
Líbano	3 450	3 410	6 859	75,1	77,7	76,3	65,5	66,8	66,1
Liberia	2 421	2 398	4 819	62,0	63,9	62,9	53,9	55,1	54,5
Libia	3 374	3 305	6 679	69,0	75,0	71,9	60,5	64,2	62,3
Lituania	1 294	1 507	2 801	69,7	80,2	75,0	61,9	70,0	66,1
Luxemburgo	305	299	604	80,1	84,6	82,5	71,1	73,7	72,6
Macedonia del Norte	1 042	1 041	2 083	-	-	-	-	-	-
Madagascar	13 099	13 164	26 262	64,6	67,6	66,1	57,1	59,5	58,3
Malasia	16 212	15 316	31 528	73,2	77,6	75,3	65,3	68,1	66,6
Malawi	8 944	9 199	18 143	61,4	66,8	64,2	53,9	58,4	56,2
Maldivas	324	192	516	77,2	79,9	78,4	69,7	69,7	69,8
Mali	9 550	9 528	19 078	57,5	58,4	58,0	50,4	51,0	50,7

3.1		3.2		3.3					
Razón de mortalidad materna ^d (por 100 000 nacidos vivos)	Proporción de partos atendidos por personal sanitario cualificado ^e (%)	Tasa de mortalidad de los menores de 5 años ^f (por 1000 nacidos vivos)	Tasa de mortalidad neonatal ^f (por 1000 nacidos vivos)	Nuevas infecciones por el VIH ^g (por 1000 habitantes no infectados)	Incidencia de la tuberculosis ^h (por 100 000 habitantes)	Incidencia del paludismo ⁱ (por 1000 habitantes en riesgo)	Prevalencia del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg) entre los menores de 5 años ^j (%)	Número notificado de personas que precisan intervenciones de lucha contra las ENT ^k	
Estimaciones comparables	Datos primarios	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Datos primarios	
2017	2010–2019	2018	2018	2018	2018	2018	2015	2018	Estado Miembro
4	-	3	2	0,07	9,4	-	0,19	7	España
19	99	7	4	-	3,0	-	0,04	516	Estados Unidos de América
9	99 ^{am}	3	1	0,23	13	-	0,36	0	Estonia
437	88	54	17	8,62	329	0,8	0,85	247 084	Eswatini
401	28 ^{al}	55	28	0,24	151	31,8	2,61	77 653 029	Etiopía
17	100 ^{al}	7	3	-	54	-	0,88	3	Federación de Rusia
34	100 ^{al}	26	11	-	54	-	0,34	917 552	Fiji
121	93	28	14	0,13	554	0,2	1,07	47 078 380	Filipinas
3	100 ^{am}	2	1	0,04	4,7	-	1,05	1	Finlandia
8	98 ^{am}	4	3	0,09	8,9	-	0,01	86	Francia
252	89 ^{al}	45	21	1,01	525	248,2	4,16	937 923	Gabón
597	83 ^{al}	58	26	1,06	174	66,0	1,17	171 391	Gambia
25	99 ^{am}	10	6	0,18	80	-	0,26	412 310	Georgia
308	78	48	24	0,70	148	224,3	3,61	16 582 444	Ghana
25	100 ^{al}	15	10	0,25	2,1	-	0,47	463	Granada
3	100 ^{al}	4	3	-	4,5	-	0,37	51	Grecia
95	70 ^{al}	26	12	0,14	26	0,3	0,05	4 957 871	Guatemala
576	55 ^{al}	101	31	0,52	176	283,9	7,47	7 480 197	Guinea
301	68 ^{al}	85	30	4,21	201	269,0	8,66	429 326	Guinea Ecuatorial
667	45 ^{al}	81	37	1,43	361	123,3	2,12	1 206 042	Guinea-Bissau
169	96	30	18	0,51	83	44,4	0,95	719 312	Guyana
480	42	65	26	0,69	176	1,6	2,04	5 771 386	Haití
65	74 ^{am}	18	10	0,09	37	0,1	0,25	2 721 691	Honduras
12	100 ^{al}	4	2	0,02	6,4	-	0,44	0	Hungría
145	81 ^{al}	37	23	-	199	5,3	0,51	696 937 272	India
177	95	25	13	0,17	316	3,9	1,07	100 847 287	Indonesia
16	99 ^{al}	14	9	0,05	14	0,0	0,02	15 581	Irán (República Islámica del)
79	96	27	15	-	42	-	0,06	2 170 486	Iraq
5	100 ^{am}	4	2	0,08	7,0	-	0,01	0	Irlanda
4	98 ^{am}	2	1	0,05	2,7	-	0,88	0	Islandia
-	-	8	4	-	0,0	-	0,22	0	Islas Cook
-	92	33	15	-	434	-	1,56	19 594	Islas Marshall
104	86 ^{al}	20	8	-	74	133,6	2,93	542 215	Islas Salomón
3	-	4	2	0,05	4,0	-	0,48	276	Israel
2	100 ^{am}	3	2	0,05	7,0	-	0,61	147	Italia
80	100 ^{al}	14	10	-	2,9	-	0,16	988	Jamaica
5	100 ^{am}	2	1	0,01	14	-	1,95	5	Japón
46	100	16	9	0,01	5,0	-	1,01	151	Jordania
10	100 ^{am}	10	6	0,14	68	-	0,21	40	Kazajstán
342	62	41	20	1,02	292	70,1	0,86	11 645 569	Kenya
60	100	19	13	0,09	116	-	0,50	113 625	Kirguistán
92	98 ^{al}	53	23	-	349	-	3,65	121 374	Kiribati
12	100 ^{am}	8	4	0,04	23	-	0,11	13	Kuwait
544	87	81	35	7,80	611	-	1,64	382 336	Lesotho
19	100 ^{am}	4	2	0,19	29	-	0,51	6	Letonia
29	-	7	4	0,02	11	-	0,21	0	Líbano
661	61	71	24	0,39	308	361,5	7,75	3 094 538	Liberia
72	100 ^{al}	12	6	0,07	40	-	0,27	3 016	Libia
8	100 ^{al}	4	2	-	44	-	0,19	28	Lituania
5	-	2	1	0,09	8,0	-	0,24	0	Luxemburgo
7	100 ^{al}	10	7	0,02	13	-	0,20	12	Macedonia del Norte
335	46 ^{al}	54	21	0,24	233	82,4	4,36	20 224 527	Madagascar
29	100 ^{al}	8	4	0,18	92	0,0	0,17	80 797	Malasia
349	90 ^{al}	50	22	2,28	181	213,6	3,03	12 423 068	Malawi
53	100	9	5	-	33	-	0,19	3 411	Maldivas
562	67	98	33	0,78	53	386,8	4,88	7 535 901	Malí

ANEXO 2

Parte 1

Estado Miembro	Población total ^a (miles)			Esperanza de vida al nacer ^{b,c} (años)			Esperanza de vida sana al nacer ^{b,c} (años)		
	Estimaciones comparables			Estimaciones comparables			Estimaciones comparables		
	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
	2018			2016			2016		
Malta	220	219	439	79,6	83,3	81,4	71,3	73,3	72,2
Marruecos	17 869	18 160	36 029	74,8	77,0	76,0	65,0	65,5	65,3
Mauricio	626	641	1 267	71,6	78,1	74,8	63,6	68,2	65,8
Mauritania	2 209	2 194	4 403	62,6	65,2	63,9	55,6	57,2	56,4
México	61 721	64 470	126 191	74,0	79,2	76,6	65,8	69,6	67,7
Micronesia (Estados Federados de)	57	55	113	68,4	70,8	69,6	60,4	61,7	61,1
Mónaco	-	-	39	-	-	-	-	-	-
Mongolia	1 564	1 606	3 170	65,7	74,2	69,8	58,6	65,5	61,9
Montenegro	310	317	628	74,4	79,2	76,8	66,1	70,1	68,1
Mozambique	14 313	15 183	29 496	57,7	62,3	60,1	50,3	53,9	52,2
Myanmar	25 883	27 825	53 708	64,6	68,9	66,8	56,9	59,9	58,4
Namibia	1 186	1 262	2 448	61,1	66,1	63,7	53,8	57,9	55,9
Nauru	-	-	11	-	-	-	-	-	-
Nepal	12 774	15 322	28 096	68,8	71,6	70,2	60,5	62,1	61,3
Nicaragua	3 187	3 279	6 466	72,5	78,4	75,5	64,8	69,0	66,9
Níger	11 273	11 170	22 443	59,0	60,8	59,8	52,0	53,1	52,5
Nigeria	99 238	96 637	195 875	54,7	55,7	55,2	48,7	49,2	48,9
Niue	-	-	2	-	-	-	-	-	-
Noruega	2 694	2 644	5 338	80,6	84,3	82,5	71,8	74,3	73,0
Nueva Zelanda	2 332	2 411	4 743	80,5	84,0	82,2	71,8	73,9	72,8
Omán	3 187	1 643	4 829	75,3	79,5	77,0	64,0	67,7	65,6
Países Bajos	8 492	8 567	17 060	80,0	83,2	81,6	71,3	72,8	72,1
Pakistán	109 217	103 012	212 228	65,7	67,4	66,5	57,6	57,9	57,7
Palau	-	-	18	-	-	-	-	-	-
Panamá	2 092	2 084	4 177	75,0	81,2	78,0	67,2	71,8	69,4
Papua Nueva Guinea	4 392	4 214	8 606	63,6	68,3	65,9	56,7	59,5	58,0
Paraguay	3 537	3 419	6 956	72,4	76,1	74,2	64,2	66,4	65,3
Perú	15 887	16 103	31 989	73,4	78,3	75,9	65,8	69,2	67,5
Polonia	18 380	19 541	37 922	73,8	81,6	77,7	65,4	71,7	68,5
Portugal	4 850	5 406	10 256	78,3	84,5	81,4	70,0	74,0	72,0
Qatar	2 100	681	2 782	77,3	79,9	78,1	68,4	68,4	68,6
"Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte"	33 144	33 997	67 142	79,7	83,2	81,4	70,9	72,9	71,9
República Árabe Siria	8 504	8 441	16 945	59,4	68,9	63,8	52,5	59,5	55,8
República Centroafricana	2 313	2 354	4 666	51,7	54,4	53,0	43,9	45,9	44,9
República de Corea	25 628	25 543	51 172	79,5	85,6	82,7	70,7	75,1	73,0
República de Moldova	1 943	2 108	4 052	67,6	75,3	71,5	60,7	66,4	63,6
República Democrática del Congo	41 952	42 116	84 068	58,9	62,0	60,5	51,3	53,8	52,5
República Democrática Popular Lao	3 546	3 516	7 062	64,2	67,4	65,8	56,9	58,8	57,9
República Dominicana	5 313	5 314	10 627	70,6	76,7	73,5	63,1	67,5	65,2
República Popular Democrática de Corea	12 495	13 054	25 550	68,2	75,5	71,9	62,1	66,9	64,6
República Unida de Tanzania	28 128	28 185	56 313	62,0	65,8	63,9	54,9	58,0	56,5
Rumania	9 491	10 015	19 506	71,6	79,0	75,2	63,7	69,7	66,6
Rwanda	6 045	6 257	12 302	66,1	69,9	68,0	58,8	61,0	59,9
Saint Kitts y Nevis	-	-	52	-	-	-	-	-	-
Samoa	101	95	196	72,0	78,4	75,1	64,1	68,0	66,0
San Marino	-	-	34	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	56	54	110	69,4	74,9	72,0	61,5	65,6	63,4
Santa Lucía	90	92	182	73,0	78,3	75,6	64,6	68,3	66,4
Santo Tomé y Príncipe	106	105	211	66,7	70,7	68,7	59,0	62,3	60,7
Senegal	7 725	8 130	15 854	64,7	68,7	66,8	57,3	60,1	58,8
Serbia	4 313	4 490	8 803	73,8	78,9	76,3	65,4	69,4	67,4
Seychelles	50	47	97	69,0	78,0	73,3	62,2	69,5	65,7
Sierra Leona	3 816	3 834	7 650	52,5	53,8	53,1	47,2	48,1	47,6
Singapur	3 014	2 744	5 758	80,8	85,0	82,9	74,7	77,6	76,2
Somalia	7 484	7 524	15 008	53,7	57,3	55,4	48,8	51,3	50,0

3.1		3.2		3.3						
Razón de mortalidad materna ^d (por 100 000 nacidos vivos)	Proporción de partos atendidos por personal sanitario cualificado ^e (%)	Tasa de mortalidad de los menores de 5 años ^f (por 1000 nacidos vivos)	Tasa de mortalidad neonatal ^f (por 1000 nacidos vivos)	Nuevas infecciones por el VIH ^g (por 1000 habitantes no infectados)	Incidencia de la tuberculosis ^h (por 100 000 habitantes)	Incidencia del paludismo ⁱ (por 1000 habitantes en riesgo)	Prevalencia del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg) entre los menores de 5 años ^j (%)	Número notificado de personas que precisan intervenciones de lucha contra las ENT ^k		
Estimaciones comparables	Datos primarios	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Datos primarios		
2017	2010–2019	2018	2018	2018	2018	2018	2015	2018	Estado Miembro	
6	100 ^{am}	7	5	-	14	-	0,39	6	Malta	
70	87	22	14	0,03	99	-	0,45	40	Marruecos	
61	100 ^{al}	16	9	0,70	13	-	0,61	1	Mauricio	
766	69	76	33	0,03	93	39,4	4,29	916 692	Mauritania	
33	96 ^{al}	13	8	0,08	23	0,3	0,04	19 900 177	México	
88	-	31	16	-	108	-	0,89	70 736	Micronesia (Estados Federados de)	
-	-	3	2	-	0,0	-	0,20	1	Mónaco	
45	99 ^{al}	16	9	0,01	428	-	1,72	1 810	Mongolia	
6	99	3	2	0,08	15	-	0,65	0	Montenegro	
289	73	73	28	5,25	551	305,4	3,67	23 023 478	Mozambique	
250	60 ^{al}	46	23	0,20	338	3,4	2,03	41 778 536	Myanmar	
195	88	40	16	2,82	524	26,7	0,66	1 094 020	Namibia	
-	-	32	20	-	54	-	2,11	2 844	Nauru	
186	58 ^{al}	32	20	0,03	151	0,4	0,31	14 520 580	Nepal	
98	96 ^{al}	18	9	0,07	41	7,1	0,14	1 611 101	Nicaragua	
509	40	84	25	0,08	87	356,6	6,01	14 338 992	Niger	
917	43 ^{al}	120	36	0,65	219	291,9	2,61	131 361 930	Nigeria	
-	100 ^{al}	24	12	-	71	-	0,24	0	Niue	
2	99 ^{am}	3	1	0,02	4,1	-	0,01	5	Noruega	
9	97 ^{am}	6	3	0,03	7,3	-	1,20	3	Nueva Zelandia	
19	99	11	5	0,07	5,9	-	0,44	1	Omán	
5	-	4	2	-	5,3	-	0,04	2	Países Bajos	
140	69	69	42	0,11	265	3,4	2,75	31 683 212	Pakistán	
-	100	18	9	-	109	-	0,21	1	Palau	
52	93	15	8	0,32	52	0,2	0,22	50 833	Panamá	
145	56 ^{al}	48	22	0,26	432	184,5	2,24	6 261 977	Papua Nueva Guinea	
84	98 ^{am}	20	11	0,16	43	-	0,65	1 974 836	Paraguay	
88	92 ^{am}	14	7	0,10	123	4,7	0,24	346 737	Perú	
2	100 ^{am}	4	3	0,04	16	-	0,04	36	Polonia	
8	99 ^{am}	4	2	0,07	24	-	0,10	17	Portugal	
9	100	7	4	-	31	-	0,20	0	Qatar	
7	-	4	3	-	8,0	-	0,22	7	"Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte"	
31	-	17	9	0,01	19	-	0,37	1 767 108	República Árabe Siria	
829	40	116	41	1,20	540	347,3	6,62	3 300 000	República Centroafricana	
11	100 ^{am}	3	1	-	66	0,1	0,69	6	República de Corea	
19	100	16	12	0,25	86	-	0,65	0	República de Moldova	
473	80	88	28	0,21	321	319,8	1,43	52 756 552	República Democrática del Congo	
185	64	47	23	0,08	162	4,2	1,94	2 031 804	República Democrática Popular Lao	
95	100 ^{am}	29	19	0,26	45	0,1	0,34	2 700 201	República Dominicana	
89	100	18	10	-	513	0,4	0,53	5 459 159	República Popular Democrática de Corea	
524	64 ^{al}	53	21	1,41	253	124,3	1,69	26 707 925	República Unida de Tanzania	
19	97	7	3	0,04	68	-	0,65	0	Rumanía	
248	91 ^{al}	35	16	0,29	59	486,5	1,74	4 717 934	Rwanda	
-	100 ^{am}	12	8	0,25	0,0	-	0,38	6	Saint Kitts y Nevis	
43	83 ^{al}	16	8	-	6,4	-	1,05	191 219	Samoa	
-	-	2	1	-	0,0	-	0,32	0	San Marino	
68	99 ^{al}	16	10	0,89	6,3	-	0,42	4	San Vicente y las Granadinas	
117	100 ^{al}	17	12	0,31	3,2	-	0,39	98	Santa Lucía	
130	93 ^{al}	31	14	0,07	124	13,9	1,36	201 784	Santo Tomé y Príncipe	
315	74	44	21	0,08	118	55,8	3,48	9 061 189	Senegal	
12	100 ^{al}	6	3	0,02	17	-	0,11	0	Serbia	
53	99 ^{al}	14	9	-	18	-	0,15	0	Seychelles	
1120	87	105	33	0,55	298	320,4	8,18	6 498 480	Sierra Leona	
8	100 ^{am}	3	1	0,04	47	-	0,47	6	Singapur	
829	-	122	38	0,03	262	34,3	10,54	2 286 299	Somalia	

ANEXO 2

Parte 1

Estado Miembro	Población total ^a (miles)			Esperanza de vida al nacer ^{b,c} (años)			Esperanza de vida sana al nacer ^{b,c} (años)		
	Estimaciones comparables			Estimaciones comparables			Estimaciones comparables		
	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
	2018			2016			2016		
Sri Lanka	10 197	11 032	21 229	72,1	78,5	75,3	64,4	69,3	66,8
Sudáfrica	28 495	29 297	57 793	60,2	67,0	63,6	53,2	58,2	55,7
Sudán	20 881	20 921	41 802	63,4	66,9	65,1	54,7	56,8	55,7
Sudán del Sur	5 493	5 483	10 976	57,7	59,6	58,6	50,0	51,3	50,6
Suecia	4 991	4 980	9 972	80,6	84,1	82,3	71,5	73,4	72,4
Suiza	4 226	4 299	8 526	81,2	85,2	83,3	72,4	74,5	73,5
Suriname	290	286	576	68,7	75,1	71,8	61,0	65,4	63,2
Tailandia	33 833	35 595	69 428	71,8	79,3	75,5	64,0	69,8	66,8
Tayikistán	4 588	4 513	9 101	68,7	73,0	70,8	61,7	65,3	63,5
Timor-Leste	641	627	1 268	66,8	70,4	68,6	57,7	60,7	59,2
Togo	3 923	3 966	7 889	59,7	61,5	60,6	53,6	54,2	53,9
Tonga	52	52	103	70,5	76,4	73,4	62,6	66,0	64,3
Trinidad y Tabago	687	703	1 390	68,2	75,6	71,8	60,4	66,2	63,3
Túnez	5 732	5 833	11 565	74,1	78,1	76,0	65,3	67,3	66,3
Turkmenistán	2 881	2 970	5 851	64,7	71,7	68,2	58,7	64,1	61,4
Turquía	40 612	41 728	82 340	73,3	79,4	76,4	64,4	67,6	66,0
Tuvalu	-	-	12	-	-	-	-	-	-
Ucrania	20 491	23 755	44 246	67,6	77,1	72,5	60,3	67,6	64,0
Uganda	21 033	21 696	42 729	60,2	64,8	62,5	52,9	56,9	54,9
Uruguay	1 665	1 784	3 449	73,2	80,8	77,4	65,8	71,2	68,8
Uzbekistán	16 194	16 283	32 476	69,7	75,0	72,3	62,9	66,2	64,5
Vanuatu	148	144	293	70,1	74,1	72,0	61,9	63,7	62,7
Venezuela (República Bolivariana de)	14 261	14 626	28 887	69,5	79,0	74,1	62,5	70,0	66,1
Viet Nam	47 681	47 865	95 546	71,7	80,9	76,3	64,2	70,7	67,5
Yemen	14 360	14 139	28 499	63,9	66,8	65,3	54,6	55,5	55,1
Zambia	8 590	8 761	17 352	60,2	64,4	62,3	52,6	56,0	54,3
Zimbabwe	6 879	7 560	14 439	59,6	63,1	61,4	52,7	55,9	54,4

REGIÓN DE LA OMS	2018			2016			2016		
Región de África	530 907	532 833	1 063 740	59,6	62,7	61,2	52,6	54,9	53,8
Región de las Américas	493 940	507 706	1 001 647	73,8	79,8	76,8	65,5	69,6	67,5
Región de Asia Sudoriental	1 016 068	966 171	1 982 238	67,9	71,3	69,5	59,5	61,3	60,4
Región de Europa	449 315	477 596	926 911	74,2	80,8	77,5	66,1	70,7	68,4
Región del Mediterráneo Oriental	360 913	338 106	699 019	67,7	70,7	69,1	59,1	60,4	59,7
Región del Pacífico Occidental	978 281	942 859	1 921 140	75,0	78,9	76,9	67,7	70,0	68,9
Mundial	3 829 425	3 765 271	7 594 696	69,8	74,2	72,0	62,0	64,8	63,3

3.1		3.2		3.3					
Razón de mortalidad materna ^d (por 100 000 nacidos vivos)	Proporción de partos atendidos por personal sanitario cualificado ^e (%)	Tasa de mortalidad de los menores de 5 años ^f (por 1000 nacidos vivos)	Tasa de mortalidad neonatal ^f (por 1000 nacidos vivos)	Nuevas infecciones por el VIH ^g (por 1000 habitantes no infectados)	Incidencia de la tuberculosis ^h (por 100 000 habitantes)	Incidencia del paludismo ⁱ (por 1000 habitantes en riesgo)	Prevalencia del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg) entre los menores de 5 años ^j (%)	Número notificado de personas que precisan intervenciones de lucha contra las ENT ^k	
Estimaciones comparables	Datos primarios	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Datos primarios	
2017	2010–2019	2018	2018	2018	2018	2018	2015	2018	Estado Miembro
36	100	7	4	0,01	64	-	0,64	55 489	Sri Lanka
119	97	34	11	4,94	520	1,7	1,74	18 807 465	Sudáfrica
295	78 ^{al}	60	29	0,13	71	46,8	2,86	11 930 091	Sudán
1150	19 ^{al}	99	40	1,56	146	235,9	21,13	7 467 149	Sudán del Sur
4	-	3	2	-	5,5	-	0,32	11	Suecia
5	-	4	3	-	6,4	-	0,17	0	Suiza
120	98 ^{al}	19	10	0,49	38	0,3	0,36	265	Suriname
37	99 ^{al}	9	5	0,09	153	0,4	0,17	55 073	Tailandia
17	95	35	15	0,09	84	-	0,71	3 230 054	Tayikistán
142	57 ^{al}	46	20	-	498	0,0	0,87	1 293 316	Timor-Leste
396	69 ^{al}	70	25	0,70	36	267,3	3,36	4 292 784	Togo
52	96	16	7	-	10	-	2,35	37 131	Tonga
67	100 ^{al}	18	12	-	21	-	0,43	160	Trinidad y Tabago
43	100	17	11	0,02	35	-	0,76	6 650	Túnez
7	100	46	21	-	46	-	0,23	212	Turkmenistán
17	98 ^{am}	11	5	-	16	-	0,32	0	Turquía
-	-	24	16	-	270	-	0,70	12 052	Tuvalu
19	100 ^{al}	9	5	0,28	80	-	0,46	0	Ucrania
375	74	46	20	1,40	200	289,2	3,16	21 407 858	Uganda
17	100 ^{al}	8	5	0,26	33	-	0,35	7	Uruguay
29	100 ^{al}	21	12	0,16	70	-	0,60	405 951	Uzbekistán
72	89 ^{al}	26	12	-	46	4,0	8,48	284 095	Vanuatu
125	99 ^{al}	25	15	-	48	32,7	0,62	7 493 106	Venezuela (República Bolivariana de)
43	94	21	11	0,06	182	0,1	1,20	6 147 296	Viet Nam
164	45 ^{al}	55	27	0,04	48	45,8	2,54	12 339 767	Yemen
213	63	58	23	2,97	346	156,7	1,84	12 032 435	Zambia
458	86	46	21	2,79	210	51,0	4,38	10 660 813	Zimbabwe

2017	2014–2019	2018	2018	2018	2018	2018	2017	2018	REGIÓN DE LA OMS
525	-	76	27	1,07	231	229,3	2,34	592 459 240	Región de África
57	-	14	7	0,16	29	6,7	0,07	62 906 099	Región de las Américas
152	-	34	20	0,09	220	4,9	0,26	917 512 156	Región de Asia Sudoriental
13	-	9	5	0,19	28	0,0	0,21	5 857 390	Región de Europa
164	-	47	26	0,07	115	10,0	0,69	82 215 011	Región del Mediterráneo Oriental
41	-	12	6	0,06	96	2,6	0,38	94 381 715	Región del Pacífico Occidental
211	81	39	18	0,24	132	57,4	0,80	1 755 331 611	Mundial

ANEXO 2 Parte 2

Estado Miembro	3.4		3.5	3.6	3.7	
	Probabilidad de morir de ECV, cáncer, diabetes o ERC entre los 30 y los 70 años exactos ^{cl} (%)	Tasa de mortalidad por suicidio ^{cl} (por 100 000 habitantes)	Consumo total de alcohol per cápita (\geq 15 años) ^m (litros de alcohol puro)	Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito ^o (por 100 000 habitantes)	Proporción de mujeres en edad reproductiva cuyas necesidades de planificación familiar están cubiertas con métodos modernos ^o (%)	Tasa de fecundidad de las adolescentes ^o (por 1000 mujeres de entre 15 y 19 años)
	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Datos primarios	Datos primarios
	2016	2016	2018	2016	2010–2019	2010–2018
Afganistán	29,8	4,7	0,2	15,1	42,2 ^{an}	62,0
Albania	17,0	6,3	7,2	13,6	6,3	15,9
Alemania	12,1	13,6	12,9	4,1	-	5,7
Andorra	-	-	11,0	-	-	2,7
Angola	16,5	4,7	6,9	23,6	29,8	163,0
Antigua y Barbuda	22,6	0,5	6,4	7,9	-	27,7
Arabia Saudita	16,4	3,2	0,2	28,8	-	-
Argelia	14,2	3,2	0,9	-	74,7 ^{an}	9,7
Argentina	15,8	9,2	9,7	14,0	-	54,4
Armenia	22,3	6,6	5,5	17,1	40,2 ^{an}	21,2
Australia	9,1	13,2	10,5	5,6	-	10,1
Austria	11,4	15,6	12,0	5,2	-	6,7
Azerbaiyán	22,2	2,6	4,4	8,7	-	45,0
Bahamas	15,5	1,7	4,8	-	-	29,0
Bahrein	11,3	5,9	1,1	-	-	13,6
Bangladesh	21,6	5,9	<0,1	15,3	72,6 ^{an}	74,0
Barbados	16,2	0,8	9,7	5,6	69,9 ^{an}	-
Belarús	23,7	26,2	11,4	8,9	73,0 ^{an}	14,2
Bélgica	11,4	20,7	11,1	5,8	-	5,9
Belice	22,1	4,7	6,2	28,3	64,9	64,3
Benín	19,6	9,9	2,8	27,5	28,0	108,0
Bhután	23,3	11,4	0,4	17,4	84,6 ^{an}	28,4
Bolivia (Estado Plurinacional de)	17,2	12,2	4,4	15,5	50,3 ^{an}	71,0
Bosnia y Herzegovina	17,8	8,8	7,1	15,7	21,9 ^{an}	11,0
Botswana	20,3	9,3	6,6	23,8	-	50,0
Brasil	16,6	6,5	7,4	19,7	-	52,7
Brunei Darussalam	16,6	4,6	0,5	-	-	9,8
Bulgaria	23,6	11,5	12,7	10,2	-	38,2
Burkina Faso	21,7	7,7	12,0	30,5	56,8	132,3
Burundi	22,9	9,1	7,2	34,7	39,6	58,2
Cabo Verde	17,2	11,3	5,6	25,0	-	80,0
Camboya	21,1	5,3	6,6	17,8	56,5	57,4
Camerún	21,6	12,2	5,6	30,1	35,5 ^{an}	119,0
Canadá	9,8	12,5	8,9	5,8	-	7,7
Chad	23,9	8,8	1,4	27,6	20,2	179,4
Chequia	15,0	13,1	14,4	5,9	-	12,1
Chile	12,4	10,6	9,1	12,5	-	26,4
China	17,0	9,7	7,0	18,2	-	9,2
Chipre	11,3	5,3	10,8	5,1	-	4,4
Colombia	15,8	7,2	5,7	18,5	86,6	61,0
Comoras	22,9	6,8	0,7	26,5	28,8	70,3
Congo	16,7	5,9	9,3	27,4	43,2	111,3
Costa Rica	11,5	7,9	4,9	16,7	82,7 ^{an}	50,4
Côte d'Ivoire	29,1	14,5	2,7	23,6	44,1	123,3
Croacia	16,7	16,5	9,2	8,1	-	9,1
Cuba	16,4	13,9	5,8	8,5	88,8	52,0
Dinamarca	11,3	12,8	10,3	4,0	-	2,8
Djibouti	19,6	6,7	0,4	-	-	21,0
Dominica	-	-	11,2	10,9	-	-
Ecuador	13,0	7,1	4,2	21,3	79,4	71,1
Egipto	27,7	4,0	0,4	9,7	80,0 ^{an}	51,8
El Salvador	14,0	13,7	3,9	22,2	80,0	74,0

3.8		3.9			3.a		Estado Miembro
CSU: Índice de cobertura de los servicios ^a	Población con gastos familiares en salud > 10% de los gastos o los ingresos familiares totales ^c (%)	Población con gastos familiares en salud > 25% de los gastos o los ingresos familiares totales ^c (%)	Tasa de mortalidad, normalizada según la edad, atribuida a la contaminación del aire en los hogares y el medio ambiente ^{e,s} (por 100 000 habitantes)	Tasa de mortalidad atribuida a la exposición a servicios insalubres de ASH ^{e,s} (por 100 000 habitantes)	Tasa de mortalidad por intoxicaciones involuntarias ^{e,l} (por 100 000 habitantes)	Prevalencia del consumo de tabaco entre las personas de 15 años en adelante ^t (%)	
Estimaciones comparables	Datos primarios	Datos primarios	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	
2017	2010–2018	2010–2018	2016	2016	2016	2018	
37	14,6	2,0	211,1	13,9	1,2	-	Afganistán
59	16,7	5,0	68,0	0,2	0,4	29,2 ^{ao}	Albania
83	1,7	0,1	16,0	0,6	0,2	28,0 ^{ao}	Alemania
-	-	-	-	-	-	33,8 ^{ao}	Andorra
40	-	-	118,5	48,8	2,7	-	Angola
73	-	-	29,9	0,1	0,4	-	Antigua y Barbuda
74	-	-	83,7	0,1	0,7	16,6	Arabia Saudita
78	-	-	49,7	1,9	0,8	18,8	Argelia
76	-	-	26,6	0,4	0,6	21,8	Argentina
69	16,1	4,9	54,8	0,2	0,6	26,7 ^{ao}	Armenia
87	3,7	0,5	8,4	0,1	0,2	16,2	Australia
79	-	-	15,3	0,1	0,2	29,1 ^{ao}	Austria
65	-	-	63,9	1,1	0,6	19,6 ^{ao}	Azerbaiyán
75	2,7	0,2	19,9	0,1	0,1	10,9 ^{ao}	Bahamas
77	-	-	40,1	<0,1	0,2	25,1	Bahrein
48	24,7	9,5	149,0	11,9	0,3	39,1	Bangladesh
77	16,4	3,8	31,1	0,2	0,2	8,7	Barbados
76	9,2	0,7	60,7	0,1	2,6	26,6 ^{ao}	Belarús
84	11,5	1,4	15,7	0,3	0,2	25,0 ^{ao}	Bélgica
64	-	-	68,6	1,0	0,5	-	Belice
40	10,9	5,4	205,0	59,7	3,5	7,2	Benin
62	1,8	0,4	124,5	3,9	0,6	-	Bhután
68	6,0	1,1	63,7	5,6	2,0	-	Bolivia (Estado Plurinacional de)
61	8,2	1,4	79,8	0,1	0,5	38,3 ^{ao}	Bosnia y Herzegovina
61	-	-	101,3	11,8	1,1	23,7	Botswana
79	-	-	29,9	1,0	0,2	16,5	Brasil
81	-	-	13,3	<0,1	0,3	15,5 ^{ao}	Brunei Darussalam
66	12,8	0,8	61,8	0,1	0,6	38,9 ^{ao}	Bulgaria
40	3,1	0,4	206,2	49,6	3,0	16,0	Burkina Faso
42	3,3	0,4	179,9	65,4	5,2	12,6	Burundi
69	-	-	99,5	4,1	0,5	-	Cabo Verde
60	15,3	5,2	149,8	6,5	0,6	21,8	Camboya
46	10,8	3,0	208,1	45,2	3,1	9,3	Camerún
89	2,6	0,5	7,0	0,4	0,3	17,5	Canadá
28	-	-	280,1	101,0	3,6	11,8	Chad
76	2,2	0,1	29,6	0,2	0,3	31,5 ^{ao}	Chequia
70	14,6	2,1	25,3	0,2	0,2	44,7 ^{ao}	Chile
79	19,7	5,4	112,7	0,6	1,4	24,7	China
78	16,1	1,5	20,1	0,3	0,1	36,7 ^{ao}	Chipre
76	8,2	2,2	37,0	0,8	0,4	7,9 ^{ao}	Colombia
52	8,8	1,6	172,4	50,7	2,4	19,5	Comoras
39	4,6	0,7	130,7	38,7	1,2	16,1	Congo
77	9,8	1,7	23,3	0,9	0,3	9,8 ^{ao}	Costa Rica
47	12,4	3,4	269,1	47,2	3,9	13,0	Côte d'Ivoire
71	2,8	0,3	35,5	0,1	0,2	36,6 ^{ao}	Croacia
83	-	-	49,5	1,0	0,3	27,1 ^{ao}	Cuba
81	2,9	0,5	13,2	0,3	0,1	18,6 ^{ao}	Dinamarca
47	-	-	159,0	31,3	2,4	-	Djibouti
-	-	-	-	-	-	-	Dominica
77	10,3	2,4	24,5	0,6	0,6	-	Ecuador
68	26,2	3,9	108,9	2,0	0,2	21,4	Egipto
76	1,7	0,3	41,9	2,0	0,2	12,7	El Salvador

ANEXO 2 Parte 2

Estado Miembro	3.4		3.5	3.6	3.7	
	Probabilidad de morir de ECV, cáncer, diabetes o ERC entre los 30 y los 70 años exactos ^{c1} (%)	Tasa de mortalidad por suicidio ^{c1} (por 100 000 habitantes)	Consumo total de alcohol per cápita (\geq 15 años) ^m (litros de alcohol puro)	Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito ⁿ (por 100 000 habitantes)	Proporción de mujeres en edad reproductiva cuyas necesidades de planificación familiar están cubiertas con métodos modernos ^o (%)	Tasa de fecundidad de las adolescentes ^o (por 1000 mujeres de entre 15 y 19 años)
	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Datos primarios	Datos primarios
Tipo de datos	2016	2016	2018	2016	2010–2019	2010–2018
Emiratos Arabes Unidos	16,8	2,8	3,9	18,1	-	5,4
Eritrea	23,9	7,9	1,4	25,3	21,0	-
Eslovaquia	17,2	12,8	11,1	6,1	-	26,8
Eslovenia	12,7	18,6	11,9	6,4	-	4,1
España	9,9	8,7	12,7	4,1	-	7,1
Estados Unidos de América	14,6	15,3	9,9	12,4	77,2 ^{an}	18,8
Estonia	17,0	17,8	9,2	6,1	-	10,5
Eswatini	26,7	13,3	10,0	26,9	82,9	87,1
Etiopía	18,3	7,2	2,4	26,7	63,9	79,5
Federación de Rusia	25,4	31,0	11,2	18,0	72,4 ^{an}	21,5
Fiji	30,6	5,0	3,3	9,6	-	23,1
Filipinas	26,8	3,2	6,9	12,3	56,0	39,0
Finlandia	10,2	15,9	10,8	4,7	-	4,9
Francia	10,6	17,7	12,3	5,5	-	8,6
Gabón	14,4	7,1	8,7	23,2	44,0	91,0
Gambia	20,4	5,1	3,6	29,7	37,6 ^{an}	86,0
Georgia	24,9	8,2	8,2	15,3	50,5 ^{an}	32,3
Ghana	20,8	5,4	2,8	24,9	46,3	75,1
Granada	21,4	1,7	9,5	9,3	-	35,9
Grecia	12,4	5,0	10,2	9,2	-	8,6
Guatemala	14,9	2,7	2,4	16,6	66,1	78,9
Guinea	22,4	6,3	1,1	28,2	21,5 ^{an}	120,0
Guinea Ecuatorial	22,0	16,4	7,2	24,6	20,7 ^{an}	176,0
Guinea-Bissau	20,0	4,0	5,4	31,1	55,7	106,4
Guyana	30,5	29,2	6,9	24,6	51,5	73,7
Haití	26,5	11,7	2,7	-	45,4	54,8
Honduras	14,0	2,9	3,8	16,7	76,0	88,7
Hungría	23,0	19,1	11,3	7,8	-	22,9
India	23,3	16,3	5,5	22,6	72,8	10,7
Indonesia	26,4	3,4	0,6	12,2	77,6	36,0
Irán (República Islámica del)	14,8	4,1	1,0	20,5	68,6 ^{an}	33,2
Iraq	21,3	3,0	0,4	20,7	53,7 ^{an}	-
Irlanda	10,3	11,5	12,9	4,1	-	7,2
Islandia	9,1	14,0	9,1	6,6	-	6,0
Islas Cook	-	-	-	17,3	-	67,0
Islas Marshall	-	-	-	-	-	84,5
Islas Salomón	23,8	4,7	1,8	17,4	38,0 ^{an}	78,0
Israel	9,6	5,4	4,2	4,2	-	9,9
Italia	9,5	8,2	7,8	5,6	-	4,4
Jamaica	14,7	2,2	4,2	13,6	-	51,7
Japón	8,4	18,5	8,0	4,1	-	3,4
Jordania	19,2	2,9	0,7	24,4	56,7 ^{an}	27,0
Kazajstán	26,8	22,5	4,8	17,6	73,2 ^{an}	25,6
Kenya	13,4	3,2	2,8	27,8	77,6	96,0
Kirguistán	24,9	8,3	6,3	15,4	64,0 ^{an}	33,9
Kiribati	28,4	14,4	0,5	4,4	-	49,0
Kuwait	17,4	2,3	<0,1	17,6	-	6,3
Lesoto	26,6	21,2	4,6	28,9	79,8 ^{an}	94,0
Letonia	21,9	21,2	12,8	9,3	-	16,1
Líbano	17,9	3,3	1,7	18,1	-	13,3
Liberia	17,6	6,8	6,1	35,9	41,4	150,3
Libia	20,1	5,2	<0,1	26,1	24,0 ^{an}	10,9
Lituania	20,7	31,9	13,2	8,0	-	12,6
Luxemburgo	10,0	13,5	12,9	6,3	-	4,0

3.8		3.9			3.a		
CSU: Índice de cobertura de los servicios ^a	Población con gastos familiares en salud > 10% de los gastos o los ingresos familiares totales ^c (%)	Población con gastos familiares en salud > 25% de los gastos o los ingresos familiares totales ^c (%)	Tasa de mortalidad, normalizada según la edad, atribuida a la contaminación del aire en los hogares y el medio ambiente ^{e,s} (por 100 000 habitantes)	Tasa de mortalidad atribuida a la exposición a servicios insalubres de ASH ^{e,s} (por 100 000 habitantes)	Tasa de mortalidad por intoxicaciones involuntarias ^{e,l} (por 100 000 habitantes)	Prevalencia del consumo de tabaco entre las personas de 15 años en adelante ^t (%)	
Estimaciones comparables	Datos primarios	Datos primarios	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	
2017	2010–2018	2010–2018	2016	2016	2016	2018	Estado Miembro
76	-	-	54,7	<0,1	0,3	18,2	Emiratos Arabes Unidos
38	-	-	173,7	45,6	4,2	7,2	Eritrea
77	3,8	0,4	33,5	<0,1	0,4	32,3 ^{BO}	Eslovaquia
79	2,9	0,3	22,6	<0,1	0,3	22,7 ^{BO}	Eslovenia
83	5,7	1,2	9,9	0,2	0,2	27,9 ^{BO}	España
84	4,8	0,8	13,3	0,2	0,9	25,1	Estados Unidos de América
75	-	-	25,0	<0,1	0,5	30,5 ^{BO}	Estonia
63	-	-	137,0	27,9	3,3	10,7	Eswatini
39	4,9	1,4	144,4	43,7	2,9	4,6	Etiopía
75	4,9	0,6	49,4	0,1	1,7	28,3 ^{BO}	Federación de Rusia
64	-	-	99,0	2,9	0,4	26,7 ^{BO}	Fiji
61	6,3	1,4	185,2	4,2	0,2	24,3 ^{BO}	Filipinas
78	6,4	1,0	7,2	<0,1	0,2	19,7 ^{BO}	Finlandia
78	1,4	0,2	9,7	0,3	0,5	34,6 ^{BO}	Francia
49	-	-	76,0	20,6	0,9	-	Gabón
44	0,2	<0,1	237,0	29,7	1,9	14,4	Gambia
66	29,2	9,0	101,8	0,2	0,8	29,7 ^{BO}	Georgia
47	1,1	0,1	203,8	18,8	1,7	3,7	Ghana
72	-	-	45,3	0,3	0,4	-	Granada
75	16,9	1,6	27,6	<0,1	0,2	39,1 ^{BO}	Grecia
55	1,4	<0,1	73,8	6,3	1,1	-	Guatemala
37	7,0	1,3	243,3	44,6	3,0	-	Guinea
45	-	-	177,7	22,3	1,9	-	Guinea Ecuatorial
40	-	-	214,7	35,3	2,2	-	Guinea-Bissau
72	-	-	107,8	3,6	0,7	12,2 ^{BO}	Guyana
49	11,5	4,0	184,3	23,8	2,6	8,3 ^{BO}	Haití
65	-	-	60,7	3,6	0,4	-	Honduras
74	7,4	0,3	38,8	0,2	0,3	30,6 ^{BO}	Hungría
55	17,3	3,9	184,3	18,6	2,4	27,0	India
57	2,7	0,5	112,4	7,1	0,4	37,9	Indonesia
72	15,8	3,8	50,9	1,0	1,2	14,0	Irán (República Islámica del)
61	3,3	0,4	75,1	3,0	0,5	22,2	Iraq
76	6,4	0,7	11,9	0,1	0,2	23,6 ^{BO}	Irlanda
84	-	-	8,7	0,1	0,2	13,8 ^{BO}	Islandia
-	-	-	-	-	-	26,6 ^{BO}	Islas Cook
-	-	-	-	-	-	-	Islas Marshall
47	-	-	137,0	6,2	0,9	37,9 ^{BO}	Islas Salomón
82	6,7	1,0	15,4	0,2	0,1	25,5 ^{BO}	Israel
82	9,3	1,1	15,0	0,1	0,3	23,4 ^{BO}	Italia
65	-	-	25,4	0,6	0,2	11,0	Jamaica
83	4,4	0,6	11,9	0,2	0,4	21,9 ^{BO}	Japón
76	-	-	51,2	0,6	0,6	-	Jordania
76	2,6	0,1	62,7	0,4	2,3	24,4 ^{BO}	Kazajstán
55	5,4	1,5	78,1	51,2	1,8	11,8	Kenya
70	3,5	0,7	110,7	0,8	0,6	27,9	Kirguistán
41	-	-	140,2	16,7	2,6	52,0 ^{BO}	Kiribati
76	-	-	103,8	<0,1	0,2	22,1	Kuwait
48	4,5	1,4	177,6	44,4	3,1	29,7	Lesotho
71	-	-	41,3	<0,1	0,8	36,7 ^{BO}	Letonia
73	-	-	51,4	0,8	0,3	42,6	Líbano
39	-	-	170,2	41,5	1,8	8,4	Liberia
64	-	-	71,9	0,6	0,6	-	Libia
73	9,8	1,6	34,0	0,1	0,7	27,1 ^{BO}	Lituania
83	3,4	0,2	11,6	<0,1	0,1	21,7 ^{BO}	Luxemburgo

ANEXO 2 Parte 2

Estado Miembro	3.4		3.5	3.6	3.7	
	Probabilidad de morir de ECV, cáncer, diabetes o ERC entre los 30 y los 70 años exactos ^{c1} (%)	Tasa de mortalidad por suicidio ^{c1} (por 100 000 habitantes)	Consumo total de alcohol per cápita (\geq 15 años) ^m (litros de alcohol puro)	Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito ^a (por 100 000 habitantes)	Proporción de mujeres en edad reproductiva cuyas necesidades de planificación familiar están cubiertas con métodos modernos ^o (%)	Tasa de fecundidad de las adolescentes ^o (por 1000 mujeres de entre 15 y 19 años)
	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Datos primarios	Datos primarios
Tipo de datos	2016	2016	2018	2016	2010–2019	2010–2018
Macedonia del Norte	20,3	7,9	6,2	6,4	22,3 ^{an}	15,1
Madagascar	22,9	3,9	2,0	28,6	65,9	152,0
Malasia	17,2	5,5	0,9	23,6	-	9,3
Malawi	16,4	3,7	3,6	31,0	73,9	137,6
Maldivas	13,4	2,3	2,2	0,9	29,2	8,9
Malí	24,6	4,8	1,3	23,1	41,2	164,0
Malta	10,8	7,5	8,0	6,1	-	12,5
Marruecos	12,4	2,9	0,7	19,6	72,0 ^{an}	19,0
Mauricio	22,6	7,8	4,3	13,7	40,8 ^{an}	24,0
Mauritania	18,1	4,4	<0,1	24,7	30,5 ^{an}	84,0
México	15,7	5,1	5,0	13,1	79,8	70,5
Micronesia (Estados Federados de)	26,1	11,1	2,5	1,9	-	-
Mónaco	-	-	-	-	-	-
Mongolia	30,2	13,0	8,2	16,5	63,6	32,6
Montenegro	20,6	10,3	11,5	10,7	27,8 ^{an}	10,0
Mozambique	18,4	4,9	2,3	30,1	55,5	180,0
Myanmar	24,2	7,8	5,1	19,9	74,9	28,0
Namibia	21,3	8,7	5,4	30,4	80,4	63,9
Nauru	-	-	3,7	-	-	94,0
Nepal	21,8	8,8	2,1	15,9	56,0 ^{an}	88,2
Nicaragua	14,2	12,2	5,2	-	92,6 ^{an}	-
Níger	20,0	4,6	0,7	26,2	45,5 ^{an}	154,0
Nigeria	22,5	9,5	10,8	21,4	35,6	106,0
Niue	-	-	10,7	-	-	20,0
Noruega	9,2	12,2	7,4	2,7	-	2,9
Nueva Zelanda	10,1	12,1	10,6	7,8	-	13,8
Omán	17,8	3,9	0,8	16,1	39,6 ^{an}	11,7
Países Bajos	11,2	12,6	9,6	3,8	-	2,9
Pakistán	24,7	2,9	0,3	14,3	48,6 ^{an}	46,0
Palau	-	-	-	-	-	33,8
Panamá	13,0	4,3	8,0	14,3	65,2	75,9
Papua Nueva Guinea	30,0	6,0	1,4	14,2	49,2	68,0
Paraguay	17,5	9,5	7,6	22,7	78,9	72,0
Perú	12,6	4,9	6,4	13,5	66,6 ^{an}	44,0
Polonia	18,7	16,2	11,7	9,7	-	11,1
Portugal	11,1	14,0	12,0	7,4	-	8,0
Qatar	15,3	6,6	1,6	9,3	68,9 ^{an}	8,5
"Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte"	10,9	8,9	11,4	3,1	-	12,4
República Árabe Siria	21,8	1,9	0,2	26,5	-	-
República Centroafricana	23,1	7,7	2,4	33,6	22,0 ^{an}	-
República de Corea	7,8	26,9	9,7	9,8	-	1,0
República de Moldova	24,9	15,9	11,4	9,7	60,4 ^{an}	21,4
República Democrática del Congo	19,4	5,7	2,0	33,7	18,9	138,1
República Democrática Popular Lao	27,0	8,6	10,7	16,6	72,3	83,4
República Dominicana	19,0	9,9	6,7	34,6	81,7	51,0
República Popular Democrática de Corea	25,6	11,2	3,8	-	89,6 ^{an}	1,0
República Unida de Tanzania	17,9	5,4	11,3	29,2	55,1	138,9
Rumania	21,4	10,4	11,7	10,3	-	38,1
Rwanda	18,2	6,7	9,0	29,7	62,9	41,0
Saint Kitts y Nevis	-	-	8,9	-	-	-
Samoa	20,6	4,4	2,7	11,3	39,4 ^{an}	39,2
San Marino	-	-	-	0,0	-	1,4
San Vicente y las Granadinas	23,2	2,4	9,1	-	-	52,3
Santa Lucía	18,8	7,8	10,6	35,4	72,0 ^{an}	36,0

3.8		3.9			3.a		Estado Miembro
CSU: Índice de cobertura de los servicios ^a	Población con gastos familiares en salud > 10% de los gastos o los ingresos familiares totales ^c (%)	Población con gastos familiares en salud > 25% de los gastos o los ingresos familiares totales ^c (%)	Tasa de mortalidad, normalizada según la edad, atribuida a la contaminación del aire en los hogares y el medio ambiente ^{e,s} (por 100 000 habitantes)	Tasa de mortalidad atribuida a la exposición a servicios insalubres de ASH ^{e,s} (por 100 000 habitantes)	Tasa de mortalidad por intoxicaciones involuntarias ^{e,l} (por 100 000 habitantes)	Prevalencia del consumo de tabaco entre las personas de 15 años en adelante ^t (%)	
Estimaciones comparables	Datos primarios	Datos primarios	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	
2017	2010–2018	2010–2018	2016	2016	2016	2018	
72	-	-	82,2	0,1	0,4	-	Macedonia del Norte
28	1,6	0,2	159,6	30,2	3,3	28,9	Madagascar
73	-	-	47,4	0,4	0,5	21,8 ³⁰	Malasia
46	4,2	0,9	115,0	28,3	2,0	12,8	Malawi
62	-	-	25,6	0,3	<0,1	-	Maldivas
38	6,5	1,1	209,1	70,7	3,3	12,0	Malí
82	15,9	2,8	20,2	<0,1	0,1	25,1 ³⁰	Malta
70	-	-	49,1	1,9	0,6	14,7	Marruecos
63	8,9	1,8	38,3	0,6	0,1	26,9	Mauricio
41	11,7	3,0	169,5	38,6	1,9	-	Mauritania
76	1,6	0,2	36,7	1,1	0,4	13,9 ³⁰	México
47	-	-	151,8	3,6	1,0	-	Micronesia (Estados Federados de)
-	-	-	-	-	-	-	Mónaco
62	2,4	0,5	155,9	1,3	1,6	27,6	Mongolia
68	10,3	0,8	78,6	<0,1	0,5	-	Montenegro
46	1,6	0,4	110,0	27,6	2,9	14,4	Mozambique
61	14,4	2,8	156,4	12,6	1,4	45,5	Myanmar
62	-	-	145,0	18,3	1,5	17,9	Namibia
-	-	-	-	-	-	52,1	Nauru
48	10,7	2,4	193,8	19,8	0,4	31,9	Nepal
73	14,8	3,0	55,7	2,2	0,6	-	Nicaragua
37	6,6	1,9	251,8	70,8	4,2	8,6	Níger
42	15,1	4,1	307,4	68,6	3,0	4,8	Nigeria
-	-	-	-	-	-	-	Niue
87	-	-	8,6	0,2	0,2	18,4 ³⁰	Noruega
87	-	-	7,2	0,1	0,2	14,8 ³⁰	Nueva Zelanda
69	-	-	53,9	<0,1	0,4	9,6	Omán
86	-	-	13,7	0,2	0,1	23,4 ³⁰	Países Bajos
45	4,5	0,5	173,6	19,6	2,3	20,0	Pakistán
-	-	-	-	-	-	23,7	Palau
79	-	-	25,8	1,9	0,4	6,9	Panamá
40	-	-	152,0	16,3	1,7	-	Papua Nueva Guinea
69	7,1	1,9	57,5	1,5	0,3	12,8 ³⁰	Paraguay
77	9,2	1,3	63,9	1,3	0,9	9,6 ³⁰	Perú
75	14,1	1,3	37,9	0,1	0,2	26,0 ³⁰	Polonia
82	18,4	3,3	9,8	0,2	0,3	27,9 ³⁰	Portugal
68	-	-	47,4	<0,1	0,4	14,0	Qatar
87	1,6	0,5	13,8	0,2	0,2	19,2 ³⁰	"Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte"
60	-	-	75,2	3,7	0,4	-	República Arabe Siria
33	-	-	211,9	82,1	3,2	-	República Centroafricana
86	21,8	3,9	20,5	1,8	0,5	22,0 ³⁰	República de Corea
69	18,7	3,6	78,3	0,1	1,2	25,3 ³⁰	República de Moldova
41	4,8	0,6	163,9	59,8	3,2	-	República Democrática del Congo
51	-	-	188,5	11,3	0,9	37,8	República Democrática Popular Lao
74	-	-	43,0	2,2	0,4	9,4 ³⁰	República Dominicana
71	-	-	207,2	1,4	1,9	18,8 ³⁰	República Popular Democrática de Corea
43	3,8	1,2	139,0	38,4	2,7	13,3	República Unida de Tanzania
74	13,4	2,2	59,3	0,4	0,4	25,5 ³⁰	Rumania
57	1,2	0,1	121,4	19,3	2,4	13,3	Rwanda
-	-	-	-	-	-	-	Saint Kitts y Nevis
58	-	-	85,0	1,5	0,5	28,9 ³⁰	Samoa
-	-	-	-	-	-	-	San Marino
71	-	-	47,6	1,3	0,2	-	San Vicente y las Granadinas
68	-	-	30,0	0,6	0,2	-	Santa Lucía

ANEXO 2 Parte 2

Estado Miembro	3.4		3.5	3.6	3.7	
	Probabilidad de morir de ECV, cáncer, diabetes o ERC entre los 30 y los 70 años exactos ^{cl} (%)	Tasa de mortalidad por suicidio ^{cl} (por 100 000 habitantes)	Consumo total de alcohol per cápita (\geq 15 años) ^m (litros de alcohol puro)	Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito ^o (por 100 000 habitantes)	Proporción de mujeres en edad reproductiva cuyas necesidades de planificación familiar están cubiertas con métodos modernos ^o (%)	Tasa de fecundidad de las adolescentes ^o (por 1000 mujeres de entre 15 y 19 años)
	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Datos primarios	Datos primarios
Tipo de datos	2016	2016	2018	2016	2010–2019	2010–2018
Santo Tomé y Príncipe	18,5	2,3	5,9	27,5	52,2	92,0
Senegal	18,1	6,0	0,8	23,4	53,9	77,5
Serbia	19,1	15,6	8,7	7,4	25,1 ^{an}	15,2
Seychelles	21,2	9,3	20,5	15,9	-	68,3
Sierra Leona	30,5	9,7	5,7	-	45,4 ^{an}	101,3
Singapur	9,3	9,9	2,0	2,8	-	2,5
Somalia	21,8	4,7	<0,1	27,1	-	-
Sri Lanka	17,4	14,6	4,1	14,9	74,3 ^{an}	21,0
Sudáfrica	26,2	11,6	9,5	25,9	79,7	40,9
Sudán	26,0	8,1	0,5	25,7	30,1 ^{an}	86,8
Sudán del Sur	19,8	3,7	-	29,9	5,2 ^{an}	-
Suecia	9,1	14,8	8,9	2,8	-	4,6
Suiza	8,6	17,2	11,5	2,7	-	2,4
Suriname	21,7	22,8	5,3	14,5	57,5	56,7
Tailandia	14,5	14,4	8,3	32,7	89,2 ^{an}	37,8
Tayikistán	25,3	2,5	3,3	18,1	52,1 ^{an}	54,3
Timor-Leste	19,9	4,6	2,2	12,7	45,9	41,9
Togo	23,6	9,6	2,5	29,2	37,0 ^{an}	88,7
Tonga	23,3	3,5	0,8	16,8	47,9 ^{an}	30,0
Trinidad y Tabago	21,3	13,6	6,7	12,1	58,2 ^{an}	-
Túnez	16,1	3,4	2,1	22,8	63,2 ^{an}	4,0
Turkmenistán	29,5	6,7	4,9	14,5	75,6 ^{an}	28,0
Turquía	16,1	7,3	2,0	12,3	60,1 ^{an}	20,9
Tuvalu	-	-	1,5	-	-	26,6
Ucrania	24,7	22,4	8,3	13,7	68,0 ^{an}	19,1
Uganda	21,9	9,9	15,1	29,0	55,2	131,5
Uruguay	16,7	18,4	6,9	13,4	-	35,8
Uzbekistán	24,5	7,4	2,6	11,5	-	18,9
Vanuatu	23,3	4,5	2,2	15,9	50,7 ^{an}	51,2
Venezuela (República Bolivariana de)	18,1	3,7	4,1	33,7	-	94,5
Viet Nam	17,1	7,3	8,7	26,4	69,5 ^{an}	30,1
Yemen	30,6	8,5	0,1	-	40,5 ^{an}	67,2
Zambia	17,9	6,1	6,5	-	68,1 ^{an}	135,0
Zimbabwe	19,3	10,7	4,7	34,7	84,8	77,6

REGIÓN DE LA OMS	2016	2016	2018	2016	2020	2015–2020
Región de África	20,6	7,4	5,9	26,6	56,5	102,1
Región de las Américas	15,1	9,8	7,6	15,6	82,8	49,9
Región de Asia Sudoriental	23,1	13,2	4,4	20,7	75,3	26,1
Región de Europa	16,7	15,4	9,7	9,3	76,7	17,1
Región del Mediterráneo Oriental	22,0	3,9	0,6	18,0	60,9	46,5
Región del Pacífico Occidental	16,2	10,2	7,2	16,9	86,8	14,4

Mundial	18,3	10,6	6,2	18,2	76,8	42,5
----------------	------	------	-----	------	------	------

3.8		3.9			3.a		
CSU: Índice de cobertura de los servicios ^a	Población con gastos familiares en salud > 10% de los gastos o los ingresos familiares totales ^c (%)	Población con gastos familiares en salud > 25% de los gastos o los ingresos familiares totales ^c (%)	Tasa de mortalidad, normalizada según la edad, atribuida a la contaminación del aire en los hogares y el medio ambiente ^{e,s} (por 100 000 habitantes)	Tasa de mortalidad atribuida a la exposición a servicios insalubres de ASH ^{e,s} (por 100 000 habitantes)	Tasa de mortalidad por intoxicaciones involuntarias ^{e,l} (por 100 000 habitantes)	Prevalencia del consumo de tabaco entre las personas de 15 años en adelante ^t (%)	
Estimaciones comparables	Datos primarios	Datos primarios	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	
2017	2010–2018	2010–2018	2016	2016	2016	2018	Estado Miembro
55	-	-	162,4	11,4	0,9	5,4	Santo Tomé y Príncipe
45	3,3	0,2	160,7	23,9	2,3	9,1	Senegal
65	8,1	0,5	62,5	0,7	0,3	40,6 ³⁰	Serbia
71	3,5	1,6	49,3	0,2	0,6	21,1	Seychelles
39	54,2	22,2	324,1	81,3	4,1	19,8	Sierra Leona
86	9,0	1,5	25,9	0,1	0,1	16,5 ³⁰	Singapur
25	-	-	212,8	86,6	4,6	-	Somalia
66	5,4	0,9	79,8	1,2	0,4	22,9	Sri Lanka
69	1,4	0,1	86,7	13,7	1,2	31,4	Sudáfrica
44	-	-	184,9	17,3	3,9	-	Sudán
31	-	-	165,1	63,3	4,0	-	Sudán del Sur
86	-	-	7,2	0,2	0,4	28,8	Suecia
83	-	-	10,1	0,1	0,1	25,1 ³⁰	Suiza
71	4,9	1,4	56,7	2,0	0,4	-	Suriname
80	2,2	0,4	61,5	3,5	0,4	22,8	Tailandia
68	-	-	129,3	2,7	1,2	-	Tayikistán
52	2,9	0,5	139,8	9,9	0,4	38,2	Timor-Leste
43	-	-	249,6	41,6	2,4	7,6	Togo
58	-	-	73,3	1,4	1,3	30,2 ³⁰	Tonga
74	3,9	1,9	38,6	0,1	0,2	-	Trinidad y Tabago
70	18,4	2,7	56,1	1,0	0,5	26,0	Túnez
70	-	-	79,3	4,0	0,7	-	Turkmenistán
74	3,2	0,4	46,6	0,3	0,3	29,3 ³⁰	Turquía
-	-	-	-	-	-	48,7	Tuvalu
68	7,8	0,9	70,7	0,3	2,5	25,5 ³⁰	Ucrania
45	15,3	3,8	155,7	31,6	3,2	9,8	Uganda
80	-	-	17,5	0,4	0,4	21,8 ³⁰	Uruguay
73	-	-	81,1	0,4	1,0	12,3 ³⁰	Uzbekistán
48	-	-	135,6	10,4	0,9	24,1	Vanuatu
74	-	-	34,6	1,4	0,3	-	Venezuela (República Bolivariana de)
75	9,4	1,9	64,5	1,6	0,9	-	Viet Nam
42	15,8	4,2	194,2	10,2	3,8	20,9	Yemen
53	0,3	<0,1	127,2	34,9	2,9	14,7	Zambia
54	-	-	133,0	24,6	2,2	13,9	Zimbabwe

2017	2015	2015	2016	2016	2016	2018	REGIÓN DE LA OMS
46	7,3	1,8	180,9	45,8	2,7	12,7	Región de África
79	11,3	1,8	29,7	1,1	0,6	18,6	Región de las Américas
56	16,0	3,8	165,8	15,4	1,8	29,1	Región de Asia Sudoriental
77	7,4	1,2	36,3	0,3	0,7	26,3	Región de Europa
57	11,7	1,9	125,0	10,6	1,5	19,3	Región del Mediterráneo Oriental
77	15,9	4,2	102,8	1,0	1,1	26,3	Región del Pacífico Occidental

66	12,7	2,9	114,1	11,7	1,4	23,6	Mundial
----	------	-----	-------	------	-----	------	---------

ANEXO 2 Parte 3

Estado Miembro	3.b						3.c	
	Cobertura de la inmunización frente a la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP3) entre los niños de 1 año ^a (%)	Cobertura de la inmunización con la segunda dosis de vacuna antisarampionosa (MCV2) a la edad recomendada en el país ^a (%)	Cobertura de la inmunización con la tercera dosis de vacuna antineumocócica conjugada (PCV3) entre los niños de 1 año ^a (%)	Estimaciones de la cobertura de la inmunización frente al papilomavirus humano (PVH) entre las niñas de 15 años ^a (%)	Total neto de asistencia oficial para el desarrollo destinado a la investigación médica y la atención sanitaria básica per cápita ^a (US\$), por país receptor	Proporción de centros de salud que disponen de un conjunto básico de medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible ^w (%)	Densidad de médicos ^x (por 10 000 habitantes)	Densidad de profesionales de enfermería y partería ^x (por 10 000 habitantes)
	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Datos primarios	Datos primarios	Datos primarios	Datos primarios
	2018	2018	2018	2018	2018	2010–2019	2010–2018	2010–2018
Afganistán	66	39	65	-	6,46	-	2,8	1,8
Albania	99	96	98	-	3,11	-	12,2	36,5
Alemania	93	93	84	31 ^{aq}	-	-	42,5	132,4
Andorra	99	95	94	-	-	-	33,3	40,1
Angola	59	35	67	-	1,47	-	2,1	4,1
Antigua y Barbuda	95	95	-	-	0,01	-	29,6	45,2
Arabia Saudita	96	97	98	-	-	-	26,1	54,8
Argelia	91	77	91	-	0,01	-	17,2	15,5
Argentina	86	89	88	57	0,26	-	39,9	26,0
Armenia	92	96	92	2	3,16	-	44,0	61,1
Australia	95	93	95	80 ^{aq}	-	-	36,8	125,5
Austria	85	84	-	-	-	-	51,7	2,6
Azerbaiyán	95	96	95	-	0,32	-	34,5	64,3
Bahamas	90	69	90	-	-	-	20,1	45,7
Bahrein	99	99	98	-	-	-	9,3	24,9
Bangladesh	98	93	97	-	1,37	-	5,8	4,1
Barbados	95	74	89	25	-	-	24,8	30,6
Belarús	97	98	-	-	0,41	-	51,9	110,0
Bélgica	98	85	94	67 ^{aq}	-	-	30,7	194,6
Belice	96	91	-	64	11,48	-	11,2	23,4
Benin	76	-	73	-	4,95	-	0,8	3,9
Bhután	97	91	-	90	1,92	-	4,2	18,5
Bolivia (Estado Plurinacional de)	83	38	83	61	1,32	23,1 ^{as}	15,9	15,6
Bosnia y Herzegovina	73	76	-	-	3,94	-	21,6	57,3
Botswana	95	74	91	82 ^{aq}	6,78	-	5,3	54,0
Brasil	83	69	84	69 ^{at}	0,04	-	21,6	101,2
Brunei Darussalam	99	98	-	89	-	-	16,1	59,0
Bulgaria	92	87	88	5	-	-	40,3	48,2
Burkina Faso	91	71	91	-	5,76	0,0 ^{as}	0,8	8,8
Burundi	90	77	90	-	9,05	0,0 ^{as}	1,0	8,5
Cabo Verde	98	88	-	-	8,97	-	7,8	13,0
Camboya	92	70	84	-	3,73	-	1,9	6,9
Camerún	79	-	79	-	2,90	-	0,9	0,1
Canadá	91	87	81	83 ^{aw}	-	-	23,1	99,4
Chad	41	-	-	-	3,26	-	0,4	2,3
Chequia	96	84	-	-	-	-	41,2	84,0
Chile	95	93	93	75	-	36,4 ^{as}	25,9	133,2
China	99	99	-	-	0,06	-	19,8	26,6
Chipre	99	88	81	64 ^{ba}	-	-	19,5	52,5
Colombia	92	88	94	29	0,09	8,3 ^{as}	21,8	13,3
Comoras	91	-	-	-	8,26	-	2,7	6,3
Congo	75	-	73	-	2,26	0,0 ^{as}	1,6	6,3
Costa Rica	94	93	96	-	0,59	-	28,9	34,1
Côte d'Ivoire	82	-	81	-	3,92	-	2,3	6,0
Croacia	93	95	-	-	-	-	30,0	81,2
Cuba	99	99	-	-	0,11	-	84,2	75,6
Dinamarca	97	90	96	54	-	-	40,1	103,2
Djibouti	84	81	84	-	9,14	-	2,2	7,3
Dominica	94	81	-	-	0,01	-	11,2	64,4
Ecuador	85	74	85	91	0,39	50,0 ^{as}	20,4	25,1
Egipto	95	94	-	-	0,28	-	4,5	19,3
El Salvador	81	85	75	-	1,16	-	15,7	18,3
Emiratos Arabes Unidos	99	99	99	26 ^{ba}	-	-	25,3	57,3
Eritrea	95	88	95	-	8,74	-	0,6	14,4

3.c		3.d	1.a	2.2			
Densidad de dentistas* (por 10 000 habitantes)	Densidad de farmacéuticos* (por 10 000 habitantes)	Promedio de las puntuaciones de las 13 capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional ⁷	Gasto público en salud en los países (GPS-P) como porcentaje del gasto público (GP) ⁸ (%)	Prevalencia del retraso del crecimiento entre los menores de 5 años ^{aa} (%)	Prevalencia de la emaciación entre los menores de 5 años ^{aa} (%)	Prevalencia del sobrepeso entre los menores de 5 años ^{aa} (%)	
Datos primarios	Datos primarios	Datos primarios	Estimaciones comparables	Datos primarios	Datos primarios	Datos primarios	
2010–2019	2010–2018	2019	2017	2010–2019	2010–2019	2010–2019	Estado Miembro
<0,1	0,5	43	2,3	38,2	5,1	4,1	Afganistán
-	8,4	62	14,7	11,3	1,6	16,4	Albania
8,5	6,5	88	19,9	1,7 ^{bc}	0,3 ^{bc}	3,2 ^{bc}	Alemania
8,2	10,1	52	14,0	-	-	-	Andorra
-	-	63	5,4	37,6	4,9	3,4	Angola
0,4	-	-	9,5	-	-	-	Antigua y Barbuda
5,0	8,6	75	-	-	-	-	Arabia Saudita
3,7	4,5	80	10,7	11,7	4,1	12,4	Argelia
-	-	61	16,1	7,9	1,6	10,0 ^{ap}	Argentina
5,6	0,5	83	5,3	9,4	4,4	13,7	Armenia
5,9	8,8	92	17,8	-	-	22,0 ^{ar}	Australia
5,7	7,1	69	15,3	-	-	-	Austria
2,7	2,0	87	2,8	17,8	3,2	14,1	Azerbaiyán
2,7	5,6	62	11,3	-	-	-	Bahamas
1,0	1,6	80	8,5	-	-	-	Bahrein
0,6	1,8	67	3,0	30,8	8,4	2,2	Bangladesh
3,1	-	-	9,1	7,7	6,8	12,2	Barbados
6,2	3,6	-	10,6	-	-	-	Belarús
10,5	19,1	84	15,3	-	-	-	Bélgica
1,4	6,8	-	11,0	15,0	1,8	7,3	Belice
<0,1	0,3	35	4,6	32,2	5,0	1,9	Benin
0,8	0,6	59	7,9	33,5	5,9	7,6	Bhután
2,2	2,2	-	11,5	16,1	2,0	10,1	Bolivia (Estado Plurinacional de)
2,4	1,3	35	15,5	8,9	2,3	17,4	Bosnia y Herzegovina
0,4	2,1	30	14,3	-	-	-	Botswana
12,5	6,8	87	10,3	-	-	-	Brasil
2,5	1,7	-	6,2	-	-	-	Brunei Darussalam
10,5	-	-	12,0	7,0 ^{au}	6,3 ^{au}	6,9 ^{au}	Bulgaria
<0,1	0,1	44	10,0	24,9	8,4	1,0	Burkina Faso
<0,1	<0,1	48	8,5	54,2	5,1	1,4	Burundi
0,1	0,1	48	9,9	-	-	-	Cabo Verde
0,2	0,3	50	6,1	32,4	9,7	2,2	Camboya
<0,1	0,1	42	3,1	28,9 ^{av}	4,3 ^{av}	11,0 ^{av}	Camerún
6,4	11,2	99	19,3	-	-	-	Canadá
<0,1	<0,1	30	4,7	39,8	13,3	2,8	Chad
7,3	6,9	68	15,2	-	-	-	Chequia
12,5	5,3	76	17,7	1,8 ^{ay}	0,3 ^{ay}	9,3 ^{ay}	Chile
4,5	3,2	93	9,1	8,1	1,9	9,1	China
7,5	6,5	74	7,6	-	-	-	Chipre
9,7	-	69	17,5	12,7	1,6	5,7	Colombia
0,4	0,2	27	3,4	31,1	11,2	10,6	Comoras
0,3	0,4	33	3,4	21,2	8,2	5,9	Congo
0,1	7,3	77	26,9	-	-	-	Costa Rica
0,1	1,1	44	5,1	21,6	6,1	1,5	Côte d'Ivoire
7,9	7,2	78	12,4	-	-	-	Croacia
16,8	-	78	15,9	-	-	-	Cuba
7,4	5,2	95	16,6	-	-	-	Dinamarca
0,2	2,3	32	4,1	33,5	21,5	8,1	Djibouti
0,7	-	71	7,3	-	-	-	Dominica
3,2	0,4	77	11,9	23,9	1,6	8,0	Ecuador
20,0	4,6	83	5,4	22,3	9,5	15,7	Egipto
-	6,5	89	19,2	13,6	2,1	6,4	El Salvador
6,5	8,8	96	7,9	-	-	-	Emiratos Arabes Unidos
-	-	49	2,7	52,5	14,6	2,1	Eritrea

ANEXO 2 Parte 3

Estado Miembro	3.b						3.c	
	Cobertura de la inmunización frente a la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP3) entre los niños de 1 año ^a (%)	Cobertura de la inmunización con la segunda dosis de vacuna antisarampionosa (MCV2) a la edad recomendada en el país ^a (%)	Cobertura de la inmunización con la tercera dosis de vacuna antineumocócica conjugada (PCV3) entre los niños de 1 año ^a (%)	Estimaciones de la cobertura de la inmunización frente al papilomavirus humano (PVH) entre las niñas de 15 años ^a (%)	Total neto de asistencia oficial para el desarrollo destinado a la investigación médica y la atención sanitaria básica per cápita ^a (US\$), por país receptor	Proporción de centros de salud que disponen de un conjunto básico de medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible ^w (%)	Densidad de médicos ^x (por 10 000 habitantes)	Densidad de profesionales de enfermería y partería ^x (por 10 000 habitantes)
	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Datos primarios	Datos primarios	Datos primarios	Datos primarios
	2018	2018	2018	2018	2018	2010–2019	2010–2018	2010–2018
Eslovaquia	96	97	96	-	-	-	34,2	3,2
Eslovenia	93	94	60	45	-	-	30,9	99,7
España	93	94	93	69	-	-	38,7	57,3
Estados Unidos de América	94	94	92	46 ^{aw,bl}	-	-	26,1	145,5
Estonia	92	88	-	44	-	-	44,8	111,6
Eswatini	90	75	88	-	13,91	-	3,3	41,4
Etiopía	72	-	67	-	4,22	-	0,8	7,1
Federación de Rusia	97	97	82	-	-	-	37,5	85,4
Fiji	99	94	99	46	8,56	-	8,6	33,8
Filipinas	65	40	43	1 ^{ba}	0,61	-	6,0	49,4
Finlandia	91	93	88	62 ^{aw}	-	-	38,1	147,4
Francia	96	80	92	-	-	-	32,7	114,7
Gabón	70	-	-	-	1,76	-	6,8	29,5
Gambia	93	71	93	-	20,92	-	1,0	15,4
Georgia	93	96	81	-	0,79	-	71,2	47,3
Ghana	97	83	96	-	5,54	12,5 ^{as}	1,4	42,0
Granada	96	74	-	-	-	-	14,1	62,8
Grecia	99	83	96	-	-	-	54,8	36,3
Guatemala	86	76	85	33	1,10	-	3,5	0,7
Guinea	45	-	-	-	5,85	12,5 ^{as}	0,8	1,2
Guinea Ecuatorial	25	-	-	-	1,11	-	4,0	5,0
Guinea-Bissau	88	-	88	-	13,53	-	1,3	6,9
Guyana	95	84	91	9	3,48	-	8,0	10,4
Haití	64	38	1	-	6,38	0,0	2,3	6,8
Honduras	90	94	90	61	0,99	-	3,1	7,4
Hungría	99	99	99	71	-	-	34,1	69,2
India	89	80	6	-	0,18	-	8,6	17,3
Indonesia	79	67	8	1 ^{ba}	0,30	14,6	4,3	24,1
Irán (República Islámica del)	99	98	-	-	<0,01	-	15,8	4,4
Iraq	84	81	32	-	0,21	-	7,1	20,4
Irlanda	94	-	90	62	-	-	33,1	161,0
Islandia	91	95	90	85	-	-	40,8	162,1
Islas Cook	99	99	-	99 ^{az}	12,95	-	14,1	67,4
Islas Marshall	81	61	67	28	3,84	-	4,2	33,4
Islas Salomón	85	54	84	-	10,45	-	1,9	21,6
Israel	98	96	94	50 ^{aq}	-	-	46,2	3,3
Italia	95	89	92	40	-	-	39,8	57,4
Jamaica	97	82	-	8	0,69	-	13,1	8,1
Japón	99	93	98	<1	-	-	24,1	121,5
Jordania	96	96	-	-	2,80	-	23,2	28,2
Kazajstán	98	98	95	-	0,32	-	39,8	72,9
Kenya	92	45	81	-	3,42	-	1,6	11,7
Kirguistán	94	96	92	-	4,11	0,0 ^{as}	22,1	59,4
Kiribati	95	79	94	-	12,98	-	2,0	38,3
Kuwait	99	99	99	-	-	-	26,5	74,1
Lesotho	93	82	93	-	12,09	-	0,7	32,6
Letonia	96	94	82	53	-	-	31,9	47,5
Líbano	83	63	82	-	4,51	52,5	21,0	16,7
Liberia	84	-	84	-	12,84	-	0,4	5,3
Libia	97	96	96	-	0,81	-	20,9	65,3
Lituania	92	92	82	46	-	-	63,5	98,5
Luxemburgo	99	90	96	14 ^{aq}	-	-	30,1	121,7
Macedonia del Norte	91	97	-	40	0,21	-	28,7	37,9
Madagascar	75	-	75	-	4,40	-	1,8	1,5

3.c		3.d	1.a	2.2			
Densidad de dentistas* (por 10 000 habitantes)	Densidad de farmacéuticos* (por 10 000 habitantes)	Promedio de las puntuaciones de las 13 capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional ⁷	Gasto público en salud en los países (GPS-P) como porcentaje del gasto público (GP) ⁸ (%)	Prevalencia del retraso del crecimiento entre los menores de 5 años ^{aa} (%)	Prevalencia de la emaciación entre los menores de 5 años ^{aa} (%)	Prevalencia del sobrepeso entre los menores de 5 años ^{aa} (%)	
Datos primarios	Datos primarios	Datos primarios	Estimaciones comparables	Datos primarios	Datos primarios	Datos primarios	
2010–2019	2010–2018	2019	2017	2010–2019	2010–2019	2010–2019	Estado Miembro
4,9	-	73	13,3	-	-	-	Eslovaquia
7,0	6,8	86	13,6	-	-	-	Eslovenia
7,9	11,5	85	15,3	-	-	-	España
5,8	9,2	92	22,5	3,5	0,4	9,4	Estados Unidos de América
13,8	10,9	-	12,2	-	-	-	Estonia
0,1	0,3	40	10,0	25,5	2,0	9,0	Eswatini
0,2	0,4	63	4,8	36,8	7,2	2,1	Etiopía
2,8	0,5	99	8,8	-	-	-	Federación de Rusia
1,2	1,1	-	7,2	-	-	-	Fiji
<0,1	3,3	53	7,1	30,3	5,6	4,0	Filipinas
7,3	10,9	-	13,0	-	-	-	Finlandia
6,7	10,6	82	15,5	-	-	-	Francia
0,2	0,6	27	9,7	17,0	3,4	7,7	Gabón
0,1	<0,1	38	3,1	13,6 ^{bb}	6,0 ^{bb}	2,5 ^{bb}	Gambia
7,6	1,0	58	9,5	-	-	-	Georgia
-	0,2	49	6,1	17,5	6,8	1,4	Ghana
1,5	6,8	-	9,0	-	-	-	Granada
12,5	10,6	57	10,2	-	-	-	Grecia
0,1	<0,1	53	17,2	46,7	0,8	4,9	Guatemala
<0,1	0,1	44	4,1	30,3	9,2	5,6	Guinea
-	-	22	2,9	26,2	3,1	9,7	Guinea Ecuatorial
<0,1	<0,1	25	3,0	27,6	6,0	2,3	Guinea-Bissau
0,4	0,1	88	8,5	11,3	6,4	5,3	Guyana
0,2	0,3	-	5,2	21,9	3,7	3,4	Haití
0,3	-	60	11,7	22,6	1,4	5,2	Honduras
7,1	8,1	68	10,1	-	-	-	Hungría
2,0	8,9	78	3,4	34,7 ^{bd}	17,3 ^{bd}	1,6 ^{bd}	India
0,6	0,9	73	8,7	30,5	10,2	8,0	Indonesia
4,5	2,9	-	22,9	6,8 ^{be}	4,0 ^{be}	-	Irán (República Islámica del)
2,6	3,3	58	5,0	12,6	3,0	6,1	Iraq
6,7	11,6	-	20,0	-	-	-	Irlanda
8,6	5,1	83	15,7	-	-	-	Islandia
3,4	0,6	-	5,7	-	-	-	Islas Cook
1,2	0,7	-	9,5	34,8 ^{bh}	3,5 ^{bh}	4,1 ^{bh}	Islas Marshall
0,5	1,2	-	7,2	31,7	8,5	4,5	Islas Salomón
7,3	8,0	87	11,9	-	-	-	Israel
8,2	10,9	-	13,4	-	-	-	Italia
0,9	0,2	84	13,3	6,0	3,6	8,3	Jamaica
8,0	18,0	95	23,6	7,1	2,3	1,5	Japón
7,1	16,0	43	12,4	7,8	2,4	4,7	Jordania
2,9	8,1	82	7,9	8,0	3,1	9,3	Kazajstán
0,2	0,2	43	8,0	26,2	4,2	4,1	Kenya
1,9	0,4	47	6,2	11,8	2,0	6,9	Kirguistán
0,7	0,3	-	6,9	-	-	-	Kiribati
6,7	4,9	76	8,9	6,4 ^{bf}	2,5 ^{bf}	5,5 ^{ap,bf}	Kuwait
-	-	29	11,8	34,6	2,1	6,6	Lesotho
7,1	8,3	77	9,0	-	-	-	Letonia
10,2	12,9	73	13,5	-	-	-	Líbano
<0,1	0,1	46	4,2	30,1	4,3	2,7	Liberia
8,8	6,0	54	-	38,1	10,2	29,6	Libia
10,0	9,9	83	12,8	-	-	-	Lituania
9,8	7,0	97	10,8	-	-	-	Luxemburgo
8,8	-	60	12,8	4,9	1,8	12,4	Macedonia del Norte
<0,1	<0,1	29	15,0	41,6	6,4	1,4	Madagascar

ANEXO 2 Parte 3

Estado Miembro	3.b						3.c	
	Cobertura de la inmunización frente a la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP3) entre los niños de 1 año ^a (%)	Cobertura de la inmunización con la segunda dosis de vacuna antisarampionosa (MCV2) a la edad recomendada en el país ^a (%)	Cobertura de la inmunización con la tercera dosis de vacuna antineumocócica conjugada (PCV3) entre los niños de 1 año ^a (%)	Estimaciones de la cobertura de la inmunización frente al papilomavirus humano (PVH) entre las niñas de 15 años ^a (%)	Total neto de asistencia oficial para el desarrollo destinado a la investigación médica y la atención sanitaria básica per cápita ^a (US\$), por país receptor	Proporción de centros de salud que disponen de un conjunto básico de medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible ^w (%)	Densidad de médicos ^x (por 10 000 habitantes)	Densidad de profesionales de enfermería y partería ^x (por 10 000 habitantes)
	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Datos primarios	Datos primarios	Datos primarios	Datos primarios
	2018	2018	2018	2018	2018	2010–2019	2010–2018	2010–2018
Malasia	99	99	-	83	0,07	-	15,4	34,7
Malawi	92	72	92	-	13,38	-	0,4	4,4
Maldivas	99	99	-	-	5,81	-	45,6	64,3
Malí	71	-	68	-	6,86	0,0 ^{as}	1,3	3,6
Malta	97	95	-	81	-	-	28,6	94,8
Marruecos	99	99	99	-	0,56	-	7,3	13,9
Mauricio	97	99	96	81	0,74	-	25,3	35,2
Mauritania	81	-	77	-	4,14	-	1,9	9,3
México	88	99	88	99	0,02	-	23,8	24,0
Micronesia (Estados Federados de)	75	48	67	60	3,25	-	-	20,4
Mónaco	99	79	-	-	-	-	75,1	201,6
Mongolia	99	98	26	-	7,80	26,7	28,6	38,9
Montenegro	87	83	-	-	0,29	-	27,6	52,3
Mozambique	80	59	80	-	5,90	-	0,8	6,8
Myanmar	91	87	91	-	1,98	-	6,8	10,0
Namibia	89	50	61	-	6,97	-	4,2	19,5
Nauru	90	94	-	-	38,38	-	13,5	76,6
Nepal	91	69	82	-	1,97	-	7,5	31,1
Nicaragua	98	95	98	-	2,97	-	9,8	15,3
Níger	79	48	79	-	4,63	-	0,4	2,7
Nigeria	57	-	57	-	2,43	-	3,8	11,8
Niue	99	99	99	-	9,82	-	-	125,0
Noruega	96	93	94	86	-	-	29,2	182,2
Nueva Zelanda	93	90	96	58	-	-	35,9	124,5
Omán	99	99	99	-	-	-	20,0	42,0
Países Bajos	93	89	93	46 ^{aw}	-	-	36,1	111,8
Pakistán	75	67	79	-	1,69	-	9,8	6,7
Palau	95	75	89	48	4,94	-	14,2	72,6
Panamá	88	99	92	69	1,11	-	15,7	30,7
Papua Nueva Guinea	61	-	43	-	6,09	-	0,7	4,5
Paraguay	88	83	94	56	1,59	-	13,5	16,6
Perú	84	66	82	68	0,36	69,2 ^{as}	13,0	24,4
Polonia	95	92	60	-	-	-	23,8	68,9
Portugal	99	96	98	80 ^{aw}	-	-	51,2	69,7
Qatar	98	95	98	-	-	-	24,9	72,6
"Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte"	94	88	92	81	-	-	28,1	81,7
República Árabe Siria	47	54	-	-	1,98	-	12,9	15,4
República Centroafricana	47	-	47	-	8,52	-	0,7	2,1
República de Corea	98	97	97	63	-	-	23,6	73,0
República de Moldova	93	96	94	-	2,49	21,7	32,1	49,2
República Democrática del Congo	81	-	81	-	5,14	-	0,7	11,1
República Democrática Popular Lao	68	57	56	-	4,18	25,3	3,7	9,5
República Dominicana	94	31	70	6	0,35	-	15,3	13,8
República Popular Democrática de Corea	97	99	-	-	0,48	-	36,8	44,5
República Unida de Tanzania	98	84	98	16	4,24	0,0 ^{as}	0,1	5,8
Rumania	86	81	-	-	-	-	29,8	73,9
Rwanda	97	96	97	84	4,98	-	1,3	12,0
Saint Kitts y Nevis	97	96	-	-	-	-	26,8	42,2
Samoa	34	13	-	-	18,68	-	3,4	24,9
San Marino	90	84	58	16	-	-	61,1	82,1
San Vicente y las Granadinas	97	99	-	4	3,42	-	6,6	70,1
Santa Lucía	95	68	-	-	2,13	-	6,4	31,5

3.c		3.d	1.a	2.2			
Densidad de dentistas* (por 10 000 habitantes)	Densidad de farmacéuticos* (por 10 000 habitantes)	Promedio de las puntuaciones de las 13 capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional ^g	Gasto público en salud en los países (GPS-P) como porcentaje del gasto público (GP) ^e (%)	Prevalencia del retraso del crecimiento entre los menores de 5 años ^{aa} (%)	Prevalencia de la emaciación entre los menores de 5 años ^{aa} (%)	Prevalencia del sobrepeso entre los menores de 5 años ^{aa} (%)	
Datos primarios	Datos primarios	Datos primarios	Estimaciones comparables	Datos primarios	Datos primarios	Datos primarios	
2010–2019	2010–2018	2019	2017	2010–2019	2010–2019	2010–2019	Estado Miembro
3,1	3,5	-	8,9	20,7	11,5	6,0	Malasia
<0,1	0,1	36	9,8	39,0 ^{ax}	1,3 ^{ax}	2,5 ^{ax}	Malawi
2,0	3,5	51	21,8	-	-	-	Maldivas
0,1	0,1	48	5,8	26,9 ^{bg}	9,0 ^{bg}	2,0 ^{bg}	Malí
4,8	12,9	60	16,5	-	-	-	Malta
1,4	2,6	75	7,5	15,1	2,6	10,9	Marruecos
2,8	4,2	64	10,0	-	-	-	Mauricio
0,2	0,2	35	6,1	22,8	11,5	1,5	Mauritania
1,4	0,5	83	11,0	10,0	2,0	5,3	México
-	-	38	4,9	-	-	-	Micronesia (Estados Federados de)
10,2	26,3	81	6,7	-	-	-	Mónaco
2,3	5,0	84	8,2	9,4	0,9	10,5	Mongolia
0,5	1,9	-	-	9,4	2,8	22,3	Montenegro
0,1	0,1	60	4,7	42,3	4,4	7,0	Mozambique
0,7	0,7	64	3,5	29,4	6,6	1,5	Myanmar
0,7	2,4	59	10,7	22,7	7,1	4,0	Namibia
3,7	1,9	-	5,6	-	-	-	Nauru
1,0	4,0	34	4,5	36,0	9,6	1,2	Nepal
0,4	1,9	78	18,6	17,3	2,2	8,3	Nicaragua
<0,1	<0,1	39	9,7	48,5 ^{ax}	14,1 ^{ax}	1,0 ^{ax}	Níger
0,2	1,3	51	4,6	36,8	6,8	2,1	Nigeria
-	-	67	5,2	-	-	-	Niue
8,7	8,3	93	17,9	-	-	-	Noruega
6,2	7,2	-	19,3	-	-	-	Nueva Zelandia
3,0	5,6	86	7,6	11,4 ^{bi}	9,3 ^{bi}	4,2 ^{bi}	Omán
5,1	2,1	90	15,3	-	-	-	Países Bajos
1,0	1,6	49	4,3	37,6	7,1	2,5	Pakistán
2,2	1,1	63	17,4	-	-	-	Palau
3,0	2,1	76	20,1	-	-	-	Panamá
0,1	0,1	-	9,2	49,5	14,1	13,7	Papua Nueva Guinea
1,6	0,3	65	10,5	5,6	1,0	12,4	Paraguay
1,8	0,5	48	14,9	12,2	0,5	8,6	Perú
3,5	7,7	70	10,9	2,6	-	-	Polonia
10,1	9,1	82	13,0	-	-	-	Portugal
6,1	8,9	96	6,3	-	-	-	Qatar
5,2	8,9	93	18,7	-	-	-	"Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte"
7,2	10,7	48	-	27,9	11,5	17,9	República Arabe Siria
<0,1	<0,1	17	5,0	40,8	6,6 ^{ax}	2,0	República Centroafricana
5,0	7,2	97	13,4	2,5 ^{ar}	1,2 ^{ar}	7,3 ^{ar}	República de Corea
4,2	4,1	60	11,6	6,4	1,9	4,9	República de Moldova
<0,1	0,1	35	3,3	42,7	8,1	4,4	República Democrática del Congo
0,6	2,5	35	4,0	33,1	9,0	3,5	República Democrática Popular Lao
1,9	-	55	15,6	7,1	2,4	7,6	República Dominicana
2,2	4,0	69	-	19,1	2,5	2,3	República Popular Democrática de Corea
0,1	0,1	51	9,5	31,8	3,5	2,8	República Unida de Tanzania
8,0	9,1	67	12,1	-	-	-	Rumania
0,2	0,7	71	8,9	36,9 ^{bj}	2,0 ^{bj}	5,6 ^{bj}	Rwanda
3,9	-	51	8,2	-	-	-	Saint Kitts y Nevis
1,1	0,7	-	11,6	4,9	3,9	5,3	Samoa
6,7	6,7	-	12,2	-	-	-	San Marino
-	-	49	9,5	-	-	-	San Vicente y las Granadinas
1,7	4,4	69	8,9	2,5	3,7	6,3	Santa Lucía

ANEXO 2 Parte 3

Estado Miembro	3.b						3.c	
	Cobertura de la inmunización frente a la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP3) entre los niños de 1 año ^a (%)	Cobertura de la inmunización con la segunda dosis de vacuna antisarampionosa (MCV2) a la edad recomendada en el país ^a (%)	Cobertura de la inmunización con la tercera dosis de vacuna antineumocócica conjugada (PCV3) entre los niños de 1 año ^a (%)	Estimaciones de la cobertura de la inmunización frente al papilomavirus humano (PVH) entre las niñas de 15 años ^a (%)	Total neto de asistencia oficial para el desarrollo destinado a la investigación médica y la atención sanitaria básica per cápita ^a (US\$), por país receptor	Proporción de centros de salud que disponen de un conjunto básico de medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible ^w (%)	Densidad de médicos ^x (por 10 000 habitantes)	Densidad de profesionales de enfermería y partería ^x (por 10 000 habitantes)
	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Datos primarios	Datos primarios	Datos primarios	Datos primarios
	2018	2018	2018	2018	2018	2010–2019	2010–2018	2010–2018
Santo Tomé y Príncipe	95	76	95	95	13,90	-	0,5	19,2
Senegal	81	63	81	-	5,59	7,7 ^{as}	0,7	3,1
Serbia	96	90	48	-	0,06	-	31,1	60,9
Seychelles	99	97	16	99 ^{az}	-	-	21,2	80,8
Sierra Leona	90	55	90	-	9,15	-	0,3	2,2
Singapur	96	84	82	<1	-	-	22,9	62,4
Somalia	42	-	-	-	2,85	-	0,2	1,1
Sri Lanka	99	99	-	67	1,29	-	10,0	21,8
Sudáfrica	74	50	73	57 ^{aq}	2,59	-	9,1	13,1
Sudán	93	72	93	-	2,71	41,0	2,6	7,0
Sudán del Sur	49	-	-	-	9,91	-	-	-
Suecia	97	95	97	75 ^{aw}	-	-	39,8	118,2
Suiza	96	89	85	57 ^{aw,bl}	-	-	43,0	175,4
Suriname	95	39	-	38 ^{aq}	3,04	-	12,1	27,6
Tailandia	97	87	-	-	0,29	-	8,1	27,6
Tayikistán	96	97	-	-	3,33	15,0	21,0	47,5
Timor-Leste	83	54	-	-	8,93	-	7,2	16,7
Togo	88	-	88	-	2,96	-	0,8	4,1
Tonga	81	85	-	-	26,22	-	5,4	41,6
Trinidad y Tabago	99	92	99	14	-	0,0 ^{as}	41,7	40,9
Túnez	97	99	-	-	0,29	-	13,0	25,1
Turkmenistán	99	99	-	95 ^{aq}	0,35	-	22,2	44,3
Turquía	98	87	97	-	0,82	-	18,5	27,1
Tuvalu	89	81	-	-	1,08	-	9,1	42,6
Ucrania	50	90	-	-	1,11	-	29,9	66,6
Uganda	93	-	92	72	5,54	-	1,7	12,4
Uruguay	91	91	93	42	-	-	50,8	19,4
Uzbekistán	98	99	96	-	1,04	-	23,7	112,8
Vanuatu	85	-	-	-	15,84	-	1,7	14,2
Venezuela (República Bolivariana de)	60	39	0	-	0,03	-	-	9,4
Viet Nam	75	90	-	-	0,96	-	8,3	14,5
Yemen	65	46	64	-	5,79	-	5,3	7,9
Zambia	90	65	90	-	11,34	16,7 ^{as}	11,9	13,4
Zimbabwe	89	78	89	-	7,80	-	2,1	19,3

REGIÓN DE LA OMS	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018
Región de África	76	26	73	8	4,42	-	3,0	10,1
Región de las Américas	87	82	82	57	0,36	-	24,0	83,3
Región de Asia Sudoriental	89	80	17	1	0,39	-	8,1	17,9
Región de Europa	94	91	78	21	1,08	-	34,1	81,3
Región del Mediterráneo Oriental	82	74	53	0	1,69	-	10,1	14,5
Región del Pacífico Occidental	93	91	13	5	0,26	-	18,8	36,3
Mundial	86	69	47	12	1,20	-	15,6	37,6

3.c		3.d	1.a	2.2			
Densidad de dentistas* (por 10 000 habitantes)	Densidad de farmacéuticos* (por 10 000 habitantes)	Promedio de las puntuaciones de las 13 capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional ^f	Gasto público en salud en los países (GPS-P) como porcentaje del gasto público (GP) ^e (%)	Prevalencia del retraso del crecimiento entre los menores de 5 años ^{aa} (%)	Prevalencia de la emaciación entre los menores de 5 años ^{aa} (%)	Prevalencia del sobrepeso entre los menores de 5 años ^{aa} (%)	
Datos primarios	Datos primarios	Datos primarios	Estimaciones comparables	Datos primarios	Datos primarios	Datos primarios	
2010–2019	2010–2018	2019	2017	2010–2019	2010–2019	2010–2019	Estado Miembro
-	-	32	10,8	17,2	4,0	2,4	Santo Tomé y Príncipe
0,1	0,1	54	3,9	18,8	8,1	2,6	Senegal
2,1	8,1	69	11,9	6,0	3,9	13,9	Serbia
4,3	4,7	53	10,1	7,9 ^{bk}	4,3 ^{bk}	10,2 ^{bk}	Seychelles
0,1	0,1	40	7,9	29,5	5,4	4,5	Sierra Leona
4,1	5,1	92	12,6	-	-	-	Singapur
-	-	-	-	-	-	-	Somalia
0,7	0,8	54	8,5	17,3 ^{be}	15,1 ^{be}	2,0 ^{be}	Sri Lanka
1,1	2,7	70	13,3	27,4	2,5	13,3	Sudáfrica
2,1	0,3	57	8,3	38,2	16,3	3,0	Sudán
<0,1	-	34	2,1	31,3	22,7	6,0	Sudán del Sur
8,2	7,7	92	18,7	-	-	-	Suecia
5,0	7,0	95	11,0	-	-	-	Suiza
-	-	57	11,8	8,8	5,0	4,0	Suriname
2,4	5,5	85	15,0	10,5	5,4	8,2	Tailandia
1,6	-	62	5,9	17,5	5,6	3,3	Tayikistán
0,1	1,9	37	5,2	51,7	9,9	1,6	Timor-Leste
<0,1	0,3	39	5,1	23,8	5,0	1,5	Togo
1,6	0,4	-	7,4	8,1	5,2	17,3	Tonga
3,2	6,6	53	11,2	9,2	6,4	11,4	Trinidad y Tabago
3,1	2,3	71	13,6	8,4	2,1	17,2	Túnez
1,2	1,7	69	8,7	11,5	4,2	5,9	Turkmenistán
3,4	3,5	77	9,7	6,0	1,7	8,1	Turquía
4,6	2,7	-	10,0	-	-	-	Tuvalu
6,0	0,3	66	7,4	-	-	-	Ucrania
0,1	<0,1	66	5,1	28,9	3,5	3,7	Uganda
14,9	-	84	19,8	10,7 ^{ar}	1,3 ^{ar}	7,2 ^{ar}	Uruguay
1,5	0,4	57	10,2	10,8	1,8	4,6	Uzbekistán
0,3	1,2	-	5,3	28,9	4,7	4,9	Vanuatu
-	-	70	1,4	-	-	-	Venezuela (República Bolivariana de)
-	3,4	66	9,5	23,8	5,8	5,9	Viet Nam
0,2	1,1	52	-	46,4	16,4	2,5	Yemen
<0,1	0,4	60	6,9	34,6	4,2	5,2	Zambia
0,1	1,0	50	15,2	23,5	2,9	2,5	Zimbabwe

		2019	2017	2019	2019	2019	REGIÓN DE LA OMS
-	-	44	7,2	32,5	6,4	3,1	Región de África
-	-	71	13,2	6,3	0,8	7,3	Región de las Américas
-	-	61	8,1	31,0	14,7	3,0	Región de Asia Sudoriental
-	-	75	12,3	-	-	-	Región de Europa
-	-	66	8,7	24,2	7,5	5,7	Región del Mediterráneo Oriental
-	-	71	9,6	6,2	2,1	6,2	Región del Pacífico Occidental
-	-	63	10,2	21,3	6,9	5,6	Mundial

ANEXO 2 Parte 4

Estado Miembro	2.2 cont.	5.2	6.1	6.2		6.a	7.1
	Prevalencia de la anemia entre las mujeres en edad reproductiva (15-49 años) ^{sb} (%)	Proporción de mujeres y niñas de 15 a 49 años que han sufrido violencia física o sexual a manos de su actual o anterior pareja en los últimos 12 meses ^{sc} (%)	Proporción de la población que utiliza servicios de suministro de agua potable gestionados sin riesgos ^{sd} (%)	Proporción de la población que utiliza servicios de saneamiento gestionados sin riesgos ^{sd} (%)	Proporción de la población que utiliza instalaciones para el lavado de manos con agua y jabón ^{sd} (%)	Volumen de la asistencia oficial para el desarrollo destinada al agua y el saneamiento que forma parte de un plan de gastos coordinados por el gobierno ^{se} (millones de US\$ constantes de 2017)	Proporción de la población cuya fuente primaria de energía son combustibles y tecnologías limpias ^{sf} (%)
	Estimaciones comparables	Datos primarios	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Datos primarios	Estimaciones comparables
	2016	2010-2017	2017	2017	2017	2018	2018
Afganistán	42,0	46	-	-	38	133,19	37
Albania	25,3	-	70	40	-	24,24	80
Alemania	16,3	-	>99	97	-	-	>95 ^{bm}
Andorra	13,9	-	91	>99	-	-	>95 ^{bm}
Angola	47,7	26	-	-	27	23,09	48
Antigua y Barbuda	22,1	-	-	-	-	0,01	>95
Arabia Saudita	42,9	-	-	78	-	-	>95
Argelia	35,7	-	-	18	84	4,07	>95
Argentina	18,6	-	-	-	-	39,63	>95
Armenia	29,4	4	86	48	94	61,24	>95
Australia	9,1	-	-	76	-	-	>95 ^{bm}
Austria	17,3	-	99	97	-	-	>95 ^{bm}
Azerbaiyán	38,5	-	74	-	83	104,24	>95
Bahamas	23,1	-	-	-	-	-	>95 ^{bm}
Bahrein	42,0	-	99	96	-	-	>95 ^{bm}
Bangladesh	39,9	29	55	-	35	269,54	24
Barbados	21,6	-	-	-	-	-	>95
Belarús	22,6	-	95	81	-	1,41	>95
Bélgica	16,2	-	>99	97	-	-	>95 ^{bm}
Belice	21,7	-	-	-	90	0,78	83
Benin	46,9	-	-	-	11	70,59	<5
Bhután	35,6	-	36	-	-	19,32	77
Bolivia (Estado Plurinacional de)	30,2	27	-	23	25	120,83	84
Bosnia y Herzegovina	29,4	-	89	22	-	15,71	45
Botswana	30,2	-	-	-	-	0,08	53
Brasil	27,2	-	-	49	-	40,03	>95
Brunei Darussalam	16,9	-	-	-	-	-	>95 ^{bm}
Bulgaria	26,4	-	97	64	-	-	-
Burkina Faso	49,6	9	-	-	12	101,90	10
Burundi	26,7	28	-	-	6	36,58	<5
Cabo Verde	33,3	-	-	-	-	7,70	78
Camboya	46,8	11	26	-	66	125,36	22
Camerún	41,4	33	-	-	9	96,27	24
Canadá	9,5	-	99	82	-	-	>95 ^{bm}
Chad	47,7	18	-	-	6	37,87	<5
Chequia	25,7	-	98	94	-	-	>95
Chile	15,0	-	99	77	-	-	>95
China	26,4	-	-	72	-	68,06	64
Chipre	25,2	-	>99	75	-	-	>95 ^{bm}
Colombia	21,1	18	73	17	65	7,58	93
Comoras	29,3	5	-	-	-	7,61	8
Congo	51,9	-	45	-	48	22,90	32
Costa Rica	14,9	-	94	-	-	10,93	>95
Côte d'Ivoire	52,9	22	37	-	19	36,75	29
Croacia	27,3	-	90	58	-	-	86
Cuba	25,1	-	-	44	85	104,01	-
Dinamarca	16,3	-	97	95	-	-	>95 ^{bm}
Djibouti	32,7	-	-	36	-	35,07	6
Dominica	24,4	-	-	-	-	0,97	82
Ecuador	18,8	11	75	42	81	55,03	94
Egipto	28,5	14	-	61	90	345,56	>95

11.6	16.1	13° PGT				
Concentraciones medias anuales de partículas finas (PM _{2.5}) en zonas urbanas ⁹⁹ (µg/m ³)	Tasa de mortalidad por homicidio ⁵¹ (por 100 000 habitantes)	Número de casos de poliomielitis causados por poliovirus salvajes ⁵¹	Prevalencia de la hipertensión entre las personas de ≥18 años, normalizada según la edad, ⁵² (TAS de ≥140 mmHg y/o TAD ≥90 mmHg)	Prevalencia de la obesidad entre los niños y adolescentes (5–19 años) ⁵³ (%)	Prevalencia de la obesidad entre los adultos (≥18 años), normalizada según la edad ⁵⁴ (%)	
Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Datos primarios	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	
2016	2017	2019	2015	2016	2016	Estado Miembro
59,9	8,5	29	30,6	3,1	5,5	Afganistán
18,2	3,4	0	29,0	7,6	21,7	Albania
11,9	1,0	0	19,9	8,9	22,3	Alemania
11,5	-	0	18,7	12,8	25,6	Andorra
28,4	9,5	0	29,7	2,4	8,2	Angola
18,0	5,0	0	23,4	11,5	18,9	Antigua y Barbuda
86,7	1,5	0	23,3	17,4	35,4	Arabia Saudita
34,5	1,5	0	25,1	13,5	27,4	Argelia
11,7	6,4	0	22,6	16,9	28,3	Argentina
32,9	3,8	0	25,5	4,8	20,2	Armenia
7,3	1,0	0	15,2	12,4	29,0	Australia
13,1	0,5	0	21,0	8,6	20,1	Austria
18,5	2,5	0	24,5	4,9	19,9	Azerbaiyán
19,0	32,2	0	20,9	17,3	31,6	Bahamas
69,0	0,2	0	21,4	17,2	29,8	Bahrein
58,6	2,7	0	24,7	2,6	3,6	Bangladesh
22,4	11,2	0	24,4	12,3	23,1	Barbados
19,3	3,5	0	27,1	7,6	24,5	Belarús
13,0	1,4	0	17,5	7,0	22,1	Bélgica
20,9	36,7	0	22,7	12,2	24,1	Belice
30,4	6,3	0	27,7	2,6	9,6	Benin
35,4	2,0	0	28,1	3,3	6,4	Bhután
23,3	8,1	0	17,9	9,1	20,2	Bolivia (Estado Plurinacional de)
29,7	1,6	0	30,8	5,4	17,9	Bosnia y Herzegovina
20,9	17,3	0	29,6	6,3	18,9	Botswana
11,8	33,3	0	23,3	10,8	22,1	Brasil
5,8	1,3	0	18,9	14,1	14,1	Brunei Darussalam
20,8	1,4	0	28,4	10,8	25,0	Bulgaria
36,3	9,6	0	32,6	1,0	5,6	Burkina Faso
35,6	6,3	0	29,2	1,9	5,4	Burundi
31,6	12,5	0	29,5	3,1	11,8	Cabo Verde
24,9	2,5	0	26,1	3,2	3,9	Camboya
65,4	6,4	0	24,8	2,8	11,4	Camerún
6,7	1,8	0	13,2	12,3	29,4	Canadá
50,8	9,3	0	32,9	1,5	6,1	Chad
15,6	0,7	0	27,9	9,7	26,0	Chequia
23,1	4,0	0	20,9	15,2	28,0	Chile
51,0	0,9	0	19,2	11,7	6,2	China
17,1	1,2	0	19,8	12,2	21,8	Chipre
17,2	41,7	0	19,2	7,0	22,3	Colombia
18,6	7,8	0	27,9	2,8	7,8	Comoras
36,4	10,3	0	26,2	2,0	9,6	Congo
16,7	12,2	0	18,7	12,3	25,7	Costa Rica
23,9	11,8	0	27,2	3,4	10,3	Côte d'Ivoire
17,6	1,1	0	32,4	10,9	24,4	Croacia
21,6	4,8	0	19,0	11,4	24,6	Cuba
10,3	1,1	0	20,6	7,2	19,7	Dinamarca
41,0	6,8	0	26,8	5,3	13,5	Djibouti
18,8	-	0	22,5	15,0	27,9	Dominica
15,5	6,4	0	17,9	9,4	19,9	Ecuador
79,6	3,8	0	25,0	17,6	32,0	Egipto

ANEXO 2 Parte 4

Estado Miembro	2.2 cont.	5.2	6.1	6.2		6.a	7.1
	Prevalencia de la anemia entre las mujeres en edad reproductiva (15-49 años) ^{bb} (%)	Proporción de mujeres y niñas de 15 a 49 años que han sufrido violencia física o sexual a manos de su actual o anterior pareja en los últimos 12 meses ^{cc} (%)	Proporción de la población que utiliza servicios de suministro de agua potable gestionados sin riesgos ^{ad} (%)	Proporción de la población que utiliza servicios de saneamiento gestionados sin riesgos ^{ad} (%)	Proporción de la población que utiliza instalaciones para el lavado de manos con agua y jabón ^{ad} (%)	Volumen de la asistencia oficial para el desarrollo destinada al agua y el saneamiento que forma parte de un plan de gastos coordinados por el gobierno ^{ee} (millones de US\$ constantes de 2017)	Proporción de la población cuya fuente primaria de energía son combustibles y tecnologías limpias ^{af} (%)
	Estimaciones comparables	Datos primarios	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Datos primarios	Estimaciones comparables
	2016	2010-2017	2017	2017	2017	2018	2018
El Salvador	22,7	7	-	-	91	10,97	91
Emiratos Arabes Unidos	27,8	-	-	96	-	-	>95
Eritrea	38,1	-	-	-	-	0,31	9
Eslovaquia	26,6	-	>99	83	-	-	>95
Eslovenia	24,4	-	98	83	-	-	>95
España	16,6	-	98	97	-	-	>95 ^{bm}
Estados Unidos de América	13,3	-	>99	90	-	-	>95 ^{bm}
Estonia	25,6	-	93	97	-	-	>95
Eswatini	27,2	-	-	-	24	3,62	54
Etiopía	23,4	20	11	-	8	187,22	5
Federación de Rusia	23,3	-	76	61	-	-	90
Fiji	31,0	-	-	-	-	2,05	28
Filipinas	15,7	6	47	52	78	113,01	46
Finlandia	15,9	-	>99	>99	-	-	>95 ^{bm}
Francia	18,1	-	98	88	-	-	>95 ^{bm}
Gabón	59,1	32	-	-	-	0,97	87
Gambia	57,5	7	-	-	8	1,54	<5
Georgia	27,5	-	80	27	-	58,13	81
Ghana	46,4	-	36	-	41	58,65	28
Granada	23,5	-	87	-	-	0,01	89
Grecia	15,9	-	>99	90	-	-	>95
Guatemala	16,4	9	56	-	77	23,30	46
Guinea	50,6	-	-	-	17	27,44	<5
Guinea Ecuatorial	43,7	44	-	-	-	0,02	24
Guinea-Bissau	43,8	-	-	-	6	3,27	<5
Guyana	32,3	-	-	-	77	9,40	76
Haití	46,2	14	-	-	23	45,35	<5
Honduras	17,8	11	-	-	-	10,14	57
Hungría	25,8	-	90	96	-	-	>95 ^{bm}
India	51,4	22	-	-	60	575,19	49
Indonesia	28,8	-	-	-	64	117,84	80
Irán (República Islámica del)	30,5	-	92	-	-	0,87	>95
Iraq	29,1	-	59	41	95	89,09	>95
Irlanda	14,8	-	97	82	-	-	>95 ^{bm}
Islandia	16,1	-	>99	82	-	-	>95 ^{bm}
Islas Cook	-	9	-	-	-	6,88	77
Islas Marshall	26,6	20	-	-	83	1,87	65
Islas Salomón	38,9	-	-	-	36	9,68	9
Israel	15,7	-	>99	94	-	-	>95 ^{bm}
Italia	17,3	-	95	96	-	-	>95 ^{bm}
Jamaica	22,5	9	-	-	-	0,60	84
Japón	21,5	-	98	99	-	-	>95 ^{bm}
Jordania	34,7	14	94	81	-	307,55	>95
Kazajstán	30,7	-	90	-	99	0,71	>95
Kenya	27,2	26	-	-	25	264,95	10
Kirguistán	36,2	17	68	-	89	8,07	77
Kiribati	26,1	-	-	-	-	3,79	<5
Kuwait	23,8	-	>99	>99	-	-	>95 ^{bm}
Lesotho	27,4	-	-	-	2	9,86	39
Letonia	25,1	-	95	86	-	-	>95
Líbano	31,2	-	48	22	-	166,77	-

11.6	16.1	13° PGT				Estado Miembro		
		Concentraciones medias anuales de partículas finas (PM _{2.5}) en zonas urbanas ^{a9} (µg/m ³)	Tasa de mortalidad por homicidio ^{c1} (por 100 000 habitantes)	Número de casos de poliomielitis causados por poliovirus salvajes ^{d1}	Prevalencia de la hipertensión entre las personas de ≥18 años, normalizada según la edad, ^{e1} (TAS de ≥140 mmHg y/o TAD ≥90 mmHg)		Prevalencia de la obesidad entre los niños y adolescentes (5–19 años) ^{gk} (%)	Prevalencia de la obesidad entre los adultos (≥18 años), normalizada según la edad ^{gk} (%)
2016	2017	2019	2015	2016	2016			
23,8	82,3	0	18,7	11,7	24,6	El Salvador		
37,2	0,7	0	21,1	17,3	31,7	Emiratos Arabes Unidos		
41,1	11,5	0	29,1	2,1	5,0	Eritrea		
18,0	1,3	0	28,5	8,1	20,5	Eslovaquia		
16,4	1,0	0	30,5	9,2	20,2	Eslovenia		
9,8	0,7	0	19,2	10,8	23,8	España		
7,6	6,3	0	12,9	21,4	36,2	Estados Unidos de América		
7,0	2,5	0	27,4	6,3	21,2	Estonia		
16,2	18,1	0	29,8	6,0	16,5	Eswatini		
34,0	7,5	0	30,3	1,1	4,5	Etiopía		
14,7	9,1	0	27,2	7,1	23,1	Federación de Rusia		
10,5	2,3	0	21,7	11,5	30,2	Fiji		
18,7	14,3	0	22,6	4,3	6,4	Filipinas		
6,5	1,2	0	19,4	9,1	22,2	Finlandia		
12,4	1,3	0	22,0	8,1	21,6	Francia		
37,8	8,6	0	25,5	4,2	15,0	Gabón		
32,3	8,5	0	29,1	2,8	10,3	Gambia		
24,0	2,3	0	26,3	6,8	21,7	Georgia		
31,1	5,9	0	23,7	2,1	10,9	Ghana		
21,8	7,4	0	24,3	10,7	21,3	Granada		
16,4	0,8	0	19,1	13,8	24,9	Grecia		
24,2	24,7	0	21,2	9,9	21,2	Guatemala		
22,2	9,1	0	30,3	1,7	7,7	Guinea		
49,1	3,3	0	28,4	2,3	8,0	Guinea Ecuatorial		
26,5	9,4	0	30,3	2,4	9,5	Guinea-Bissau		
21,6	18,6	0	23,1	10,0	20,2	Guyana		
14,7	19,9	0	24,5	10,9	22,7	Haití		
21,5	57,8	0	21,4	9,6	21,4	Honduras		
16,3	1,5	0	30,0	11,1	26,4	Hungría		
68,0	3,9	0	25,8	2,0	3,9	India		
16,4	4,5	0	23,8	6,1	6,9	Indonesia		
34,4	3,2	0	19,7	9,8	25,8	Irán (República Islámica del)		
60,1	15,8	0	25,2	14,4	30,4	Iraq		
8,7	0,9	0	19,7	9,8	25,3	Irlanda		
5,9	1,4	0	19,7	9,9	21,9	Islandia		
12,0	-	0	22,3	32,2	55,9	Islas Cook		
9,4	-	0	21,3	26,6	52,9	Islas Marshall		
11,5	4,1	0	22,0	4,3	22,5	Islas Salomón		
19,4	1,5	0	16,6	11,9	26,1	Israel		
15,7	0,7	0	21,2	12,5	19,9	Italia		
13,6	57,4	0	21,8	13,0	24,7	Jamaica		
11,8	0,2	0	17,6	3,3	4,3	Japón		
31,7	2,8	0	21,0	12,9	35,5	Jordania		
14,5	6,0	0	27,1	6,5	21,0	Kazajstán		
25,8	5,6	0	26,7	2,3	7,1	Kenya		
17,4	4,1	0	26,7	3,9	16,6	Kirguistán		
10,9	4,8	0	21,5	23,0	46,0	Kiribati		
58,9	1,8	0	23,6	22,9	37,9	Kuwait		
28,1	46,2	0	29,0	5,0	16,6	Lesotho		
14,4	5,9	0	29,4	7,0	23,6	Letonia		
30,7	4,1	0	20,7	13,9	32,0	Líbano		

ANEXO 2 Parte 4

Estado Miembro	2.2 cont.	5.2	6.1	6.2		6.a	7.1
	Prevalencia de la anemia entre las mujeres en edad reproductiva (15-49 años) ^{sb} (%)	Proporción de mujeres y niñas de 15 a 49 años que han sufrido violencia física o sexual a manos de su actual o anterior pareja en los últimos 12 meses ^{sc} (%)	Proporción de la población que utiliza servicios de suministro de agua potable gestionados sin riesgos ^{sd} (%)	Proporción de la población que utiliza servicios de saneamiento gestionados sin riesgos ^{sd} (%)	Proporción de la población que utiliza instalaciones para el lavado de manos con agua y jabón ^{sd} (%)	Volumen de la asistencia oficial para el desarrollo destinada al agua y el saneamiento que forma parte de un plan de gastos coordinados por el gobierno ^{se} (millones de US\$ constantes de 2017)	Proporción de la población cuya fuente primaria de energía son combustibles y tecnologías limpias ^{sf} (%)
	Estimaciones comparables	Datos primarios	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Datos primarios	Estimaciones comparables
Tipo de datos	2016	2010-2017	2017	2017	2017	2018	2018
Liberia	34,7	-	-	-	1	45,65	<5
Libia	32,5	-	-	26	-	0,28	-
Lituania	25,5	-	92	91	-	-	>95 ^{bm}
Luxemburgo	16,1	-	>99	97	-	-	>95 ^{bm}
Macedonia del Norte	23,3	-	81	17	-	17,09	65
Madagascar	36,8	-	-	-	-	23,44	<5
Malasia	24,9	-	93	89	-	2,34	>95
Malawi	34,4	24	-	-	9	81,07	<5
Maldivas	42,6	-	-	-	96	10,79	>95
Malí	51,3	-	-	19	52	143,10	<5
Malta	16,4	-	>99	93	-	-	>95 ^{bm}
Marruecos	36,9	-	70	39	-	158,39	>95
Mauricio	25,1	-	-	-	-	0,36	>95
Mauritania	37,2	-	-	-	43	62,38	43
México	14,6	10	43	50	88	1,39	84
Micronesia (Estados Federados de)	23,3	26	-	-	-	0,22	8
Mónaco	-	-	>99	>99	-	-	>95 ^{bm}
Mongolia	19,5	15	24	-	71	23,31	50
Montenegro	25,2	-	94	-	-	24,95	56
Mozambique	51,0	-	-	-	-	113,25	<5
Myanmar	46,3	11	-	-	79	112,28	28
Namibia	23,2	20	-	-	45	5,01	46
Nauru	-	-	-	-	-	0,06	90
Nepal	35,1	11	27	-	48	130,79	29
Nicaragua	16,3	8	52	-	-	60,02	48
Níger	49,5	-	-	10	-	78,29	<5
Nigeria	49,8	11	20	27	42	204,69	10
Niue	-	-	97	-	-	-	84
Noruega	15,3	-	98	76	-	-	>95 ^{bm}
Nueva Zelanda	11,6	-	>99	89	-	-	>95 ^{bm}
Omán	38,2	-	90	-	97	-	>95
Países Bajos	16,4	-	>99	97	-	-	>95 ^{bm}
Pakistán	52,1	-	35	-	60	210,58	44
Palau	-	10	-	-	-	6,86	>95 ^{bm}
Panamá	23,4	-	-	-	-	17,33	88
Papua Nueva Guinea	36,6	-	-	-	-	32,96	8
Paraguay	22,8	-	64	58	80	16,32	68
Perú	18,5	11	50	43	-	71,65	80
Polonia	25,7	-	>99	93	-	-	>95 ^{bm}
Portugal	17,5	-	95	85	-	-	>95 ^{bm}
Qatar	27,7	-	96	96	-	-	>95
"Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte"	15,3	-	>99	98	-	-	>95 ^{bm}
República Árabe Siria	33,6	-	-	-	71	24,16	>95
República Centroafricana	46,0	-	-	-	-	10,50	<5
República de Corea	22,7	-	98	>99	-	-	>95 ^{bm}
República de Moldova	26,8	-	73	-	-	11,39	>95
República Democrática del Congo	41,0	37	-	-	4	146,18	<5
República Democrática Popular Lao	39,7	6	16	58	50	67,50	7
República Dominicana	29,7	16	-	-	55	1,58	89
República Popular Democrática de Corea	32,5	-	67	-	-	1,12	10
República Unida de Tanzania	37,2	30	-	25	48	158,99	<5

11.6	16.1	13° PGT				Estado Miembro
		Número de casos de poliomielitis causados por poliovirus salvajes ^{al}	Prevalencia de la hipertensión entre las personas de ≥18 años, normalizada según la edad, ^{aj} (TAS de ≥140 mmHg y/o TAD ≥90 mmHg)	Prevalencia de la obesidad entre los niños y adolescentes (5–19 años) ^{ak} (%)	Prevalencia de la obesidad entre los adultos (≥18 años), normalizada según la edad ^{ak} (%)	
Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Datos primarios	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	
2016	2017	2019	2015	2016	2016	
17,0	10,0	0	28,3	1,9	9,9	Liberia
41,7	2,4	0	23,7	14,6	32,5	Libia
12,3	5,1	0	29,3	6,8	26,3	Lituania
10,4	0,6	0	21,9	8,3	22,6	Luxemburgo
33,0	1,5	0	28,5	9,3	22,4	Macedonia del Norte
22,5	6,9	0	28,1	1,8	5,3	Madagascar
17,3	2,7	0	22,9	12,7	15,6	Malasia
21,9	2,8	0	28,9	2,0	5,8	Malawi
7,7	1,9	0	24,4	7,4	8,6	Maldivas
29,0	11,0	0	32,6	2,6	8,6	Malí
14,0	0,9	0	19,4	13,4	28,9	Malta
31,1	2,1	0	26,1	10,2	26,1	Marruecos
13,5	3,3	0	25,0	4,4	10,8	Mauricio
41,7	11,2	0	31,7	4,0	12,7	Mauritania
20,9	25,7	0	19,7	14,8	28,9	México
10,5	4,6	0	25,0	20,7	45,8	Micronesia (Estados Federados de)
12,2	-	0	-	-	-	Mónaco
49,5	7,1	0	29,0	4,3	20,6	Mongolia
19,3	2,1	0	29,1	7,6	23,3	Montenegro
18,4	4,2	0	29,1	2,3	7,2	Mozambique
34,6	4,0	0	24,6	3,7	5,8	Myanmar
21,0	18,4	0	28,5	4,9	17,2	Namibia
12,5	-	0	20,5	33,2	61,0	Nauru
99,5	2,6	0	29,4	1,7	4,1	Nepal
19,0	9,4	0	20,8	10,8	23,7	Nicaragua
73,0	10,0	0	33,4	1,4	5,5	Níger
46,3	9,6	0	23,9	1,9	8,9	Nigeria
11,5	-	0	24,2	29,5	50,0	Niue
7,8	0,6	0	19,7	9,1	23,1	Noruega
5,8	1,1	0	16,2	16,3	30,8	Nueva Zelandia
36,2	0,6	0	24,8	14,9	27,0	Omán
12,1	0,8	0	18,7	7,0	20,4	Países Bajos
56,2	5,2	146	30,5	3,1	8,6	Pakistán
12,4	-	0	22,9	31,4	55,3	Palau
12,0	14,3	0	19,9	10,5	22,7	Panamá
11,5	10,9	0	25,6	9,8	21,3	Papua Nueva Guinea
11,7	9,1	0	24,6	10,5	20,3	Paraguay
29,0	9,1	0	13,7	7,8	19,7	Perú
21,5	0,9	0	28,7	9,1	23,1	Polonia
8,1	0,9	0	24,4	10,4	20,8	Portugal
91,7	0,4	0	22,4	19,5	35,1	Qatar
10,6	1,5	0	15,2	10,2	27,8	"Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte"
37,4	2,6	0	24,5	11,5	27,8	República Árabe Siria
51,2	22,9	0	31,2	2,2	7,5	República Centroafricana
24,7	0,7	0	11,0	8,5	4,7	República de Corea
16,5	3,4	0	29,8	4,2	18,9	República de Moldova
37,4	13,0	0	28,5	2,2	6,7	República Democrática del Congo
25,5	6,8	0	24,8	4,7	5,3	República Democrática Popular Lao
13,3	16,0	0	21,5	15,0	27,6	República Dominicana
31,0	4,4	0	18,2	8,5	6,8	República Popular Democrática de Corea
25,1	8,1	0	27,3	2,5	8,4	República Unida de Tanzania

ANEXO 2 Parte 4

Estado Miembro	2.2 cont.	5.2	6.1	6.2		6.a	7.1
	Prevalencia de la anemia entre las mujeres en edad reproductiva (15-49 años) ^{bb} (%)	Proporción de mujeres y niñas de 15 a 49 años que han sufrido violencia física o sexual a manos de su actual o anterior pareja en los últimos 12 meses ^{cc} (%)	Proporción de la población que utiliza servicios de suministro de agua potable gestionados sin riesgos ^{ad} (%)	Proporción de la población que utiliza servicios de saneamiento gestionados sin riesgos ^{ad} (%)	Proporción de la población que utiliza instalaciones para el lavado de manos con agua y jabón ^{ad} (%)	Volumen de la asistencia oficial para el desarrollo destinada al agua y el saneamiento que forma parte de un plan de gastos coordinados por el gobierno ^{ae} (millones de US\$ constantes de 2017)	Proporción de la población cuya fuente primaria de energía son combustibles y tecnologías limpias ^{af} (%)
	Estimaciones comparables	Datos primarios	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Datos primarios	Estimaciones comparables
Tipo de datos	2016	2010-2017	2017	2017	2017	2018	2018
Rumania	26,7	-	82	77	-	-	75
Rwanda	22,3	21	-	-	5	44,77	<5
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	>95 ^{bm}
Samoa	31,3	-	59	48	-	18,30	35
San Marino	-	-	>99	77	-	-	>95 ^{bm}
San Vicente y las Granadinas	24,5	-	-	-	-	0,00	95
Santa Lucía	21,9	-	-	-	-	1,85	>95
Santo Tomé y Príncipe	46,1	-	-	-	41	8,03	<5
Senegal	49,9	12	-	21	24	211,94	23
Serbia	27,2	-	75	25	-	36,28	66
Seychelles	22,3	-	-	-	-	-	>95
Sierra Leona	48,0	29	10	13	19	47,68	<5
Singapur	22,2	-	>99	>99	-	-	>95 ^{bm}
Somalia	44,4	-	-	-	10	14,63	<5
Sri Lanka	32,6	-	-	-	-	173,19	31
Sudáfrica	25,8	-	-	-	44	1,70	85
Sudán	30,7	-	-	-	23	36,08	50
Sudán del Sur	34,0	-	-	-	-	51,87	<5
Suecia	15,4	-	>99	93	-	-	>95 ^{bm}
Suiza	18,3	-	95	>99	-	-	>95 ^{bm}
Suriname	24,1	-	-	-	-	0,36	94
Tailandia	31,8	-	-	-	84	1,56	79
Tayikistán	30,5	19	48	-	73	68,91	81
Timor-Leste	41,3	35	-	-	28	2,53	12
Togo	48,9	13	-	-	10	18,29	9
Tonga	21,3	-	-	-	-	1,11	50
Trinidad y Tabago	23,6	7	-	-	-	-	>95
Túnez	31,2	-	93	78	79	216,97	>95
Turkmenistán	32,6	-	94	-	>99	-	>95
Turquía	30,9	11	-	65	-	47,06	95
Tuvalu	-	-	-	6	-	0,09	43
Ucrania	23,5	-	92	68	-	11,04	95
Uganda	28,5	30	7	-	21	144,74	<5
Uruguay	20,8	3	-	-	-	-	>95
Uzbekistán	36,2	-	59	-	-	93,59	85
Vanuatu	24,0	-	44	-	25	1,44	8
Venezuela (República Bolivariana de)	23,9	-	-	24	-	0,10	>95
Viet Nam	24,2	-	-	-	86	541,22	64
Yemen	69,6	-	-	-	50	51,09	60
Zambia	33,7	27	-	-	14	141,43	13
Zimbabwe	28,8	20	-	-	37	27,75	29
REGIÓN DE LA OMS	2016		2017	2017	2017	2018	2018
Región de África	39,0	-	29	20	28	2774,35	18
Región de las Américas	19,1	-	79	49	-	650,18	92
Región de Asia Sudoriental	45,8	-	-	-	60	1414,13	50
Región de Europa	22,7	-	92	68	-	584,06	95
Región del Mediterráneo Oriental	39,8	-	56	-	66	1927,61	72
Región del Pacífico Occidental	25,3	-	-	67	-	1026,11	67
Mundial	32,8	-	71	45	60	9042,87	63

11.6	16.1	13° PGT				
Concentraciones medias anuales de partículas finas (PM _{2.5}) en zonas urbanas ⁹⁹ (µg/m ³)	Tasa de mortalidad por homicidio ⁵¹ (por 100 000 habitantes)	Número de casos de poliomielitis causados por poliovirus salvajes ⁵¹	Prevalencia de la hipertensión entre las personas de ≥18 años, normalizada según la edad, ⁵² (TAS de ≥140 mmHg y/o TAD ≥90 mmHg)	Prevalencia de la obesidad entre los niños y adolescentes (5–19 años) ⁵³ (%)	Prevalencia de la obesidad entre los adultos (≥18 años), normalizada según la edad ⁵⁴ (%)	
Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Datos primarios	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	Estimaciones comparables	
2016	2017	2019	2015	2016	2016	Estado Miembro
15,4	1,4	0	30,0	8,1	22,5	Rumania
40,7	4,5	0	26,7	1,7	5,8	Rwanda
12,3	-	0	25,3	12,3	22,9	Saint Kitts y Nevis
10,9	3,2	0	24,0	21,7	47,3	Samoa
13,4	-	0	-	-	-	San Marino
21,4	28,3	0	23,3	12,4	23,7	San Vicente y las Granadinas
21,2	23,3	0	27,1	8,8	19,7	Santa Lucía
25,2	6,7	0	25,8	3,5	12,4	Santo Tomé y Príncipe
39,7	7,9	0	30,2	1,8	8,8	Senegal
24,7	1,8	0	29,5	9,8	21,5	Serbia
18,6	13,8	0	23,5	10,8	14,0	Seychelles
20,6	7,5	0	30,3	2,5	8,7	Sierra Leona
18,3	0,3	0	14,6	6,8	6,1	Singapur
28,0	5,5	0	32,9	3,0	8,3	Somalia
15,1	2,8	0	22,4	4,8	5,2	Sri Lanka
24,3	39,7	0	26,9	11,3	28,3	Sudáfrica
46,8	6,0	0	-	-	-	Sudán
40,9	15,9	0	-	-	-	Sudán del Sur
6,1	1,1	0	19,3	6,7	20,6	Suecia
10,4	0,6	0	18,0	5,8	19,5	Suiza
25,8	6,9	0	22,4	13,9	26,4	Suriname
26,6	4,1	0	22,3	11,3	10,0	Tailandia
42,8	2,1	0	26,1	3,0	14,2	Tayikistán
18,2	4,7	0	27,6	4,2	3,8	Timor-Leste
31,2	9,2	0	28,9	2,0	8,4	Togo
10,2	3,5	0	23,7	26,7	48,2	Tonga
22,4	36,2	0	25,8	11,1	18,6	Trinidad y Tabago
35,7	3,3	0	23,2	8,5	26,9	Túnez
24,2	4,1	0	25,4	4,7	18,6	Türkmenistán
41,2	5,0	0	20,3	11,5	32,1	Turquía
11,4	-	0	23,7	27,2	51,6	Tuvalu
19,4	7,1	0	27,1	7,0	24,1	Ucrania
48,7	13,2	0	27,3	1,7	5,3	Uganda
8,7	8,1	0	20,7	13,8	27,9	Uruguay
28,9	1,7	0	25,6	4,0	16,6	Uzbekistán
11,0	2,3	0	24,2	8,3	25,2	Vanuatu
16,8	62,0	0	18,6	14,1	25,6	Venezuela (República Bolivariana de)
30,1	1,7	0	23,4	2,6	2,1	Viet Nam
44,3	9,5	0	30,7	7,0	17,1	Yemen
23,8	6,3	0	27,1	2,9	8,1	Zambia
19,1	12,9	0	28,2	4,0	15,5	Zimbabwe

2016	2017	2019	2015	2016	2016	REGIÓN DE LA OMS
35,5	10,5	0	27,4	2,8	10,6	Región de África
13,4	19,6	0	17,6	14,4	28,6	Región de las Américas
57,3	3,9	0	25,1	3,0	4,7	Región de Asia Sudoriental
17,6	3,2	0	23,2	8,6	23,3	Región de Europa
54,0	5,1	175	26,3	8,2	20,8	Región del Mediterráneo Oriental
42,9	1,7	0	19,2	9,8	6,4	Región del Pacífico Occidental

39,6	6,3	175	22,1	6,8	13,1	Mundial
------	-----	-----	------	-----	------	----------------

- ^a World population prospects: the 2019 revision. Nueva York: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población; 2019 (<https://population.un.org/wpp/>, consultado el 20 de abril de 2020). En el caso de los Estados Miembros con una población total inferior a 90 000 habitantes, no se indican los valores masculinos y femeninos, pero se han incluido en las sumas regionales y mundiales. La suma de las cifras de hombres y mujeres puede no ser igual a la de ambos sexos debido al redondeo.
- ^b Global health estimates 2016: Life expectancy, 2000–2016. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/life-expectancy-and-healthy-life-expectancy>, consultado el 20 de abril de 2020).
- ^c No se incluyeron en el análisis los Estados Miembros de la OMS con una población inferior a 90 000 habitantes en 2016.
- ^d Trends in maternal mortality: 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/>, consultado el 20 de abril de 2020). No se incluyeron en el análisis los Estados Miembros de la OMS con una población inferior a 100 000 habitantes en 2019. La disponibilidad de los datos se definió por el último año del que se ingresaron datos de registros de defunciones, encuestas de hogares u otras fuentes (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/>, consultado el 20 de abril de 2020).
- ^e Joint WHO/UNICEF Interagency database 2020 of skilled health personnel, based on population based national household survey data and routine health systems (<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>, consultado el 20 de abril de 2020).
- ^f Levels and trends in child mortality. Report 2019. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Mundial de la Salud, Grupo del Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2019 (<https://www.unicef.org/reports/levels-and-trends-child-mortality-report-2019>, consultado el 20 de abril de 2020). La disponibilidad de los datos para las estimaciones se definió por el último año del que se ingresaron datos procedentes de registros de defunciones, censos poblacionales, encuestas de hogares u otras fuentes (<https://childmortality.org>, consultado el 20 de abril de 2020).
- ^g AIDSinfo [base de datos en línea]. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) (<http://aidsinfo.unaids.org/>, consultado el 20 de abril de 2020); y HIV/AIDS [base de datos en línea], datos del Observatorio mundial de la salud (GHO). Ginebra: Organización Mundial de la Salud ([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/new-hiv-infections-\(per-1000-uninfected-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/new-hiv-infections-(per-1000-uninfected-population)), consultado el 20 de abril de 2020). La disponibilidad de los datos se definió por el último año del que se ingresaron datos procedentes de los programas de tratamiento antirretroviral, según lo informado por el ONUSIDA.
- ^h Informe mundial sobre la tuberculosis 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://www.who.int/tb/publications/global_report/es/, consultado el 20 de abril de 2020). La disponibilidad de los datos para las estimaciones se definió por último año del que se ingresaron datos de notificaciones de casos procedentes de la vigilancia (<https://www.who.int/tb/country/data/download/en/>, consultado el 20 de abril de 2020).
- ⁱ World malaria report 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/publications-detail/world-malaria-report-2019>, consultado el 20 de abril de 2020). Los países sin estimaciones (que se muestran como «-») son los certificados como libres de paludismo o bien aquellos que se considera que lo han eliminado (no han tenido ningún caso autóctono durante tres o más años consecutivos). La disponibilidad de los datos se definió por el método de estimación del país y el último año de los datos de vigilancia.
- ^j Global and country estimates of immunization coverage and chronic HBV infection [base de datos en línea]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; actualización del 23 de marzo de 2017 (<http://whoobsagdashboard.com/#global-strategies>, consultado el 20 de abril de 2020). Los promedios mundiales y regionales corresponden al año 2017 según un análisis actualizado. Este indicador se utiliza aquí como sustituto del indicador de los ODS. La disponibilidad de los datos se definió por el último año de los estudios serológicos de detección de antígeno de superficie cuyos datos se utilizaron en el proceso de estimación.
- ^k Neglected tropical diseases [base de datos en línea], datos del Observatorio mundial de la salud (GHO). Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/neglected-tropical-diseases>, consultado el 20 de abril de 2020). La disponibilidad de los datos se definió por el último año de notificación del número de casos por parte de los sistemas de vigilancia de al menos una enfermedad.
- ^l Global health estimates 2016: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2016. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html, consultado el 20 de abril de 2020). La disponibilidad de los datos se definió por el último año del que se ingresaron datos de causas de muerte procedentes del sistema de registro de defunciones (https://terrance.who.int/mediacentre/data/ghe/GlobalCOD_method_2000_2016.pdf, consultado el 20 de abril de 2020). ECV: enfermedades cardiovasculares; ERC: enfermedad respiratoria crónica.
- ^m WHO Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) [base de datos en línea], datos del Observatorio mundial de la salud (GHO). Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/levels-of-consumption/>, consultado el 20 de abril de 2020). La disponibilidad de los datos para las estimaciones se definió por el último año del que se registraron datos de consumo de alcohol procedentes de estadísticas gubernamentales, estadísticas públicas de la industria de las bebidas alcohólicas de cada país y la base de datos estadísticos de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, recopilada por el Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud, de la OMS (<https://apps.who.int/gho/data/node.main.A1039>, consultado el 20 de abril de 2020).
- ⁿ Global status report on road safety 2018. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en/, consultado el 20 de abril de 2020). La disponibilidad de los datos se definió por el último año del que se notificó el número de defunciones mediante una encuesta remitida al Departamento de Manejo de Enfermedades no Transmisibles, Discapacidad, Violencia y Prevención de Lesiones de la OMS, a diciembre de 2017.
- ^o Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2020). World Contraceptive Use 2020 (POP/DB/CP/Rev2020). (<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2020.asp>, consultado el 20 de abril de 2020). Los datos agregados mundiales y regionales proceden de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (2020). Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2020.
- ^p Son las actualizaciones más recientes, proporcionadas por la División de Población, del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, a la Base de Datos Mundial de Indicadores de los ODS de las Naciones Unidas (<https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>, consultado el 20 de abril de 2020). Los datos agregados mundiales y regionales proceden de World Population Prospects (edición de 2019). Nueva York: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población; 2019 (<https://population.un.org/wpp/Download/SpecialAggregates/UNrelated/>, consultado el 20 de abril de 2020).

- ^q Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/fp_gmr_2019.pdf, consultado el 20 de abril de 2020). No se incluyeron en el análisis los Estados Miembros de la OMS con una población inferior a 90 000 habitantes en 2015. La disponibilidad de los datos se definió de acuerdo con el análisis inédito llevado a cabo en relación con el citado informe. Las cifras en gris indican que la disponibilidad de los datos es «baja», y en negrita indican que es «intermedia» y «alta».
- ^r Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/fp_gmr_2019.pdf, consultado el 20 de abril de 2020). Los datos agregados mundiales y regionales incluyen datos de países que no figuran en la tabla.
- ^s Public health and environment [base de datos en línea], datos del Observatorio mundial de la salud (GHO). Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/public-health-and-environment/GHO/public-health-and-environment>, consultado el 20 de abril de 2020). La disponibilidad de los datos se definió por el último año del que se ingresaron datos de causas de muerte procedentes del sistema de registro de defunciones (https://terrance.who.int/mediacentre/data/ghe/GlobalCOD_method_2000_2016.pdf, consultado el 20 de abril de 2020). ASH: agua, saneamiento e higiene.
- ^t WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, third edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/publications-detail/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition>, consultado el 20 de abril de 2020). La disponibilidad de los datos se definió por el último año del que se ingresaron datos de prevalencia procedentes de encuestas.
- ^u Estimaciones de la OMS y el UNICEF de la cobertura nacional de la inmunización y estimaciones de la cobertura de la vacuna contra el papilomavirus humano (PVH) [base de datos en línea]. Revisión de julio de 2019 para la vacuna contra el PVH (última dosis del calendario): Aún no se dispone del porcentaje de niñas de 15 años que recibieron las dosis recomendadas de vacuna contra el PVH porque esta se ha introducido recientemente y a menudo se dirige a niñas menores de 15 años. En la actualidad se utiliza el desempeño del programa en el año civil anterior, basado en el grupo de edad destinatario, como indicador sustitutivo del indicador de los ODS. (https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/en/, consultado el 20 de abril de 2020). La disponibilidad de los datos se definió por el último año del que se ingresaron datos de cobertura procedentes de registros administrativos, encuestas de hogares u otras fuentes (http://www.who.int/entity/immunization/monitoring_surveillance/routine/coverage/WUENIC_input_to_PDF.xls, https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/Coverage_survey_data.xls y http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/HPV_estimates.xls, consultado el 20 de abril de 2020)
- ^v OECD.Stat [base de datos en línea]. París: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (<https://stats.oecd.org/>, consultado el 20 de abril de 2020). Las cifras que se muestran aquí se miden en desembolsos brutos.
- ^w Datos recopilados con la aplicación móvil de la OMS para el seguimiento de los precios y la disponibilidad de los medicamentos y productos sanitarios esenciales (MedMon) (<https://www.who.int/medicines/areas/policy/monitoring/empmedmon/en/>, consultado el 20 de abril de 2020) y a partir de la base de datos de precios, disponibilidad, asequibilidad y componentes de los precios de los medicamentos de Health Action International (HAI y OMS) (<https://haiweb.org/what-we-do/price-availability-affordability/price-availability-data/>, consultado el 20 de abril de 2020).
- ^x WHO Global Health Workforce Statistics [base de datos en línea], datos del Observatorio mundial de la salud (GHO). Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/health-workforce>, consultado el 20 de abril de 2020). Las comparaciones entre países se ven afectadas por las diferencias en las profesiones incluidas. Las definiciones específicas de cada país y otros metadatos descriptivos pueden consultarse en la fuente. Los promedios mundiales se calcularon utilizando países con valores comprendidos entre 2013 y 2018. Se utilizaron algunas estimaciones de países que no figuran en la tabla del anexo.
- ^y Marco de monitoreo del Reglamento Sanitario Internacional (2005) [base de datos en línea <https://extranet.who.int/e-spar/>], datos del Observatorio mundial de la salud (GHO). Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ihr---all-capacities>, consultado el 31 de marzo de 2020). Respuestas recibidas hasta el 23 de marzo de 2020. Los promedios regionales y mundiales incluyen territorios que no figuran en la tabla. La lista completa de los Estados Partes del RSI puede consultarse en https://www.who.int/ihr/legal_issues/states_parties/es/.
- ^z Base de datos de Cuentas Nacionales de Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://apps.who.int/nha/database>, consultado el 20 de abril de 2020). Los promedios de las regiones de la OMS y mundiales no están ponderados. Este indicador se presenta aquí porque podría constituir la parte relacionada con la salud del indicador 1.a.2 de los ODS. Dado que es un indicador compuesto que incluye varias categorías de gasto en salud, la disponibilidad de los datos vino determinada por el componente más importante: las transferencias gubernamentales para la salud. El indicador se clasificó como documentado si se utilizó una fuente primaria, como un presupuesto gubernamental.
- ^{aa} Levels and trends in child malnutrition. UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates. Nueva York, Ginebra y Washington (DC): Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Mundial de la Salud y Grupo del Banco Mundial; 2020.
- ^{ab} Trends in anaemia in women and children: 1995 to 2016 (OMS, 2017). La disponibilidad de los datos se definió por el último año del que se ingresaron datos de encuestas, proporcionados por el Departamento de Nutrición e Inocuidad de los Alimentos de la OMS.
- ^{ac} Base de Datos Mundial de Indicadores de los ODS [base de datos en línea]. Nueva York: Naciones Unidas, División de Estadística (<https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>, consultado el 20 de abril de 2020).
- ^{ad} Progresos en materia de agua potable, saneamiento e higiene: informe de actualización de 2017 y línea de base de los ODS. Ginebra y Nueva York: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260291/9789243512891-spa.pdf>, consultado el 31 de marzo de 2019); y Agua y saneamiento [base de datos en línea], datos del Observatorio mundial de la salud (GHO). Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/water-sanitation-and-hygiene-exposure>, consultado el 20 de abril de 2020). El umbral de las estimaciones regionales y mundiales es una cobertura poblacional del 30%. Solo se muestran estimaciones comparables en el caso de los países con datos primarios recientes. La disponibilidad de los datos se definió por el último año del que había una medición de la calidad del agua, el último año del que había una medición de una o más variables relacionadas con el saneamiento, y el último año del que había una medición de la higiene básica. Estos datos inéditos los proporcionó el programa WASH de la OMS.

- ^{ae} Asistencia oficial para el desarrollo del sector del agua (abastecimiento de agua y saneamiento, recursos hídricos para la agricultura y centrales hidroeléctricas), OCDE-CRS, 2018 (<https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=crs1>, consultado el 20 de abril de 2020). Incluye los códigos de propósito del sistema de notificación de los países acreedores (CRS) correspondientes al suministro de agua y saneamiento (CRS 14000), los recursos hídricos para la agricultura (CRS 31140) y las plantas de energía hidroeléctrica (CRS 23220).
- ^{af} Public health and environment [base de datos en línea], datos del Observatorio mundial de la salud (GHO). Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/public-health-and-environment/GHO/public-health-and-environment/>, consultado el 20 de abril de 2020). La disponibilidad de los datos se definió por el último año del que se ingresaron datos de uso de combustibles domésticos para la cocina, la calefacción y la iluminación procedentes de encuestas de hogares y censos (<https://www.who.int/airpollution/data/household-energy-database/en/>, consultado el 20 de abril de 2020).
- ^{ag} Public health and environment [base de datos en línea], datos del Observatorio mundial de la salud (GHO). Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/public-health-and-environment/GHO/public-health-and-environment/>, consultado el 20 de abril de 2020). La disponibilidad de los datos se definió por el último año del que se ingresaron datos de mediciones de partículas en estaciones terrestres (<https://www.who.int/airpollution/data/cities/en/>, consultado el 20 de abril de 2020) y datos satelitales.
- ^{ah} Global status report on preventing violence against children 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [en prensa].
- ^{ai} Datos de la Organización Mundial de la Salud, Iniciativa de Erradicación de la Poliomiélitis, al 28 de febrero de 2020. (Puede encontrarse información actualizada en: http://www.who.int/immunization_monitoring/en/diseases/poliomyelitis/case_count.cfm, consultado el 20 de abril de 2020).
- ^{aj} NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *Lancet*. 2017;389:37–55. La disponibilidad de los datos se definió por el último año del que se ingresaron datos procedentes de encuestas (<https://ars.els-cdn.com/content/image/1-s2.0-S0140673616319195-mm1.pdf>, consultado el 20 de abril de 2020). TAS: tensión arterial sistólica; TAD: tensión arterial diastólica.
- ^{ak} NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2017;390:2627–42). La disponibilidad de los datos se definió por el último año del que se ingresaron datos procedentes de encuestas ([https://www.thelancet.com/cms/10.1016/S0140-6736\(17\)32129-3/attachment/a71c66f4-af6a-45cc-b74b-b320544ff826/mm1.pdf](https://www.thelancet.com/cms/10.1016/S0140-6736(17)32129-3/attachment/a71c66f4-af6a-45cc-b74b-b320544ff826/mm1.pdf), consultado el 20 de abril de 2020).
- ^{al} Definición no normalizada. Se ofrecen más detalles en la base de datos conjunta de la OMS y el UNICEF sobre personal sanitario cualificado (véase la nota e).
- ^{am} Se utiliza la proporción de partos en centros sanitarios (%) como indicador sustitutivo del indicador de los ODS.
- ^{an} Los datos se refieren a un grupo etario o una situación familiar no normalizados. Se ofrecen más detalles en el conjunto de datos World Contraceptive Use 2020 (véase la nota o).
- ^{ao} La estimación se refiere únicamente al consumo de tabaco fumado, que se prevé sea similar a todo el consumo de tabaco.
- ^{ap} La prevalencia del sobrepeso se calculó a partir de las puntuaciones Z del IMC para la edad.
- ^{aq} Estimación extrapolada a partir de un año anterior (2015–2017).
- ^{ar} La estimación de la encuesta se ajustó en función de la edad.
- ^{as} Datos correspondientes solo a la capital.
- ^{at} Estimación indirecta basada en la cobertura acumulada hasta los 15 años.
- ^{au} La encuesta abarca el intervalo etario de 1 a 5 años y no se ajustó la estimación.
- ^{av} La encuesta abarca ocho regiones, incluidas las ciudades de Youndé y Douala.
- ^{aw} Estimación basada en una encuesta nacional o en la cobertura notificada.
- ^{ax} La encuesta abarca de los 6 a los 59 meses.
- ^{ay} La encuesta abarca de los 0 a los 71 meses.
- ^{az} Cobertura superior al 100%. Se ha truncado en el 99%. Puede ser indicio de problemas de exactitud de los datos.
- ^{ba} Estimación basada en datos subnacionales.
- ^{bb} Recopilación de datos en marzo-mayo de 2018.
- ^{bc} La encuesta incluye a los niños de entre 3 y 5 años.
- ^{bd} La encuesta incluye a los niños de entre 0 y 4 años.
- ^{be} La encuesta está pendiente de un nuevo análisis.
- ^{bf} Sistema de vigilancia nacional.
- ^{bg} La encuesta abarca 8 regiones, incluidas las ciudades de Bamako y Kidal.
- ^{bh} No se incluye el edema.
- ^{bi} Solo ciudadanos omaníes.
- ^{bj} Recopilación de datos en abril-mayo de 2015.
- ^{bk} Solo centros de salud (cobertura del 80%).
- ^{bl} Estimación basada en datos de un grupo etario diferente.
- ^{bm} En el caso de los países de ingresos altos sin información sobre el uso de combustibles limpios, se supone que dicho uso es superior al 95%.

ANEXO 3

Grupos de países por regiones de la OMS

Región de África de la OMS: Angola, Argelia, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camerún, Chad, Comoras, Congo, Côte d'Ivoire, Eritrea, Eswatini, Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauricio, Mauritania, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Seychelles, Sierra Leona, Sudáfrica, Sudán del Sur, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabwe.

Región de las Américas de la OMS: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela (República Bolivariana de).

Región de Asia Sudoriental de la OMS: Bangladesh, Bhután, India, Indonesia, Maldivas, Myanmar, Nepal, República Popular Democrática de Corea, Sri Lanka, Tailandia, Timor-Leste.

Región de Europa de la OMS: Albania, Alemania, Andorra, Armenia, Austria, Azerbaiyán, Belarús, Bélgica, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Chequia, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Georgia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Kazajstán, Kirguistán, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Macedonia del Norte, Malta, Mónaco, Montenegro, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República de Moldova, Rumania, San Marino, Serbia, Suecia, Suiza, Tayikistán, Turkmenistán, Turquía, Ucrania, Uzbekistán.

Región del Mediterráneo Oriental de la OMS: Afganistán, Arabia Saudita, Bahrein, Djibouti, Egipto, Emiratos Árabes Unidos, Irán (República Islámica del), Iraq, Jordania, Kuwait, Líbano, Libia, Marruecos, Omán, Pakistán, Qatar, República Árabe Siria, Somalia, Sudán, Túnez, Yemen.

Región del Pacífico Occidental de la OMS: Australia, Brunei Darussalam, Camboya, China, Fiji, Filipinas, Islas Cook, Islas Marshall, Islas Salomón, Japón, Kiribati, Malasia, Micronesia (Estados Federados de), Mongolia, Nauru, Niue, Nueva Zelandia, Palau, Papua Nueva Guinea, República de Corea, República Democrática Popular Lao, Samoa, Singapur, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam.

Notas

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

Notas

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

Notas

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

9789240011953



9 789240 011953