

# Las ENT de un vistazo 2025

Vigilancia y monitoreo de las ENT  
Mortalidad por enfermedades no transmisibles  
y prevalencia de sus factores de riesgo en la  
Región de las Américas

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud

Región de las Américas



# Las ENT de un vistazo 2025

Vigilancia y monitoreo de las ENT

Mortalidad por enfermedades no transmisibles  
y prevalencia de sus factores de riesgo en la  
Región de las Américas

Washington, D.C., 2025

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud

Región de las Américas

*Las ENT de un vistazo 2025. Vigilancia y monitoreo de las ENT: Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas*

OPS/NMH/NV/25-0002

© **Organización Panamericana de la Salud, 2025**

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia de Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, 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 OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

# Índice

<b>Agradecimientos</b>	<b>iv</b>
<b>Abreviaciones</b>	<b>v</b>
<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>Mortalidad por enfermedades no transmisibles</b>	<b>2</b>
Muertes por ENT en la Región de las Américas, 2000-2021	3
Tendencias en las tasas de mortalidad por ENT	4
Muertes por ENT por enfermedades	4
Tasas de mortalidad por ENT por países	5
Mortalidad prematura por ENT: probabilidad no condicionada de muerte	6
Progreso de los países hacia la meta mundial en materia de ENT para el 2025	7
Enfermedades cardiovasculares	8
Cáncer	10
Diabetes	12
Enfermedades respiratorias crónicas	14
Suicidio	16
<b>Factores de riesgo para las ENT</b>	<b>18</b>
Consumo de tabaco	19
Prevalencia de la obesidad	21
Sobrepeso y obesidad	23
Consumo de alcohol	25
Inactividad física	27
Prevalencia de la diabetes	29
Prevalencia de la hipertensión	32
Contaminación del aire ambiental	35
<b>Notas técnicas</b>	<b>37</b>
Antecedentes	38
Indicadores de mortalidad	38
Indicadores de los factores de riesgo	40
<b>Referencias</b>	<b>43</b>



# Agradecimientos

*Las ENT de un vistazo 2025. Vigilancia y monitoreo de las ENT: Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas* fue elaborado por Ramón Martínez, quien recopiló los datos, realizó los análisis, elaboró las figuras, redactó la versión inicial y finalizó el documento basándose en las aportaciones de los colaboradores técnicos.

Roberta Caixeta, Silvana Luciani, Dolores Ondarsuhu, Dalila Machado, Claudina Cayetano, Renato Oliveira y Anselm Hennis aportaron contribuciones técnicas y revisaron el documento. El documento fue diseñado por Caren Sofía Guerrero, con la colaboración de Arantxa Cayón y María Migliora. La supervisión del proyecto estuvo a cargo de Anselm Hennis, Silvana Luciani y Roberta Caixeta.



# Abreviaciones

<b>CAPC</b>	consumo de alcohol per cápita
<b>ECV</b>	enfermedades cardiovasculares
<b>ENT</b>	enfermedades no transmisibles
<b>ERC</b>	enfermedades respiratorias crónicas
<b>GHE</b>	estimaciones mundiales de salud (sigla en inglés)
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud



# Introducción

Las enfermedades no transmisibles (ENT), entre las que se incluyen las enfermedades cardiovasculares (ECV), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (ERC) y la diabetes, son las principales causas de muerte y discapacidad en la Región de las Américas. En el 2021, las ENT ocasionaron 6 millones de muertes, de las cuales el 38% fueron prematuras.

Las ENT son consecuencia de factores de riesgo frecuentes, como el consumo de tabaco, la alimentación poco saludable, la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol. Estos factores de riesgo modificables producen alteraciones metabólicas, como aumento de la presión arterial, sobrepeso y obesidad, y elevación de la glucemia. Los factores ambientales, como la exposición prolongada a la contaminación del aire, también influyen en la prevalencia de estas afecciones.

El manejo eficaz de las ENT depende del acceso a servicios de atención de salud de calidad que garanticen el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados oportunos. Además, la aplicación de políticas a nivel de la población para prevenir y controlar los factores de riesgo de las ENT es fundamental para mejorar los resultados de salud y reducir la carga global de las ENT.

La salud mental es esencial para el bienestar general. Entre los problemas de salud mental, el suicidio es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años, lo que supone una carga significativa para las comunidades de la Región de las Américas. La prevención del suicidio sigue siendo una prioridad en materia de salud pública.

El presente documento, *Las ENT de un vistazo 2025*, ofrece una instantánea de los datos más recientes de la Región de las Américas, destacando los indicadores clave de la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre las ENT celebrada en el 2018, que amplió la agenda para incluir la salud mental y la contaminación del aire. En él se exponen datos sobre las ENT, sus factores de riesgo, la contaminación del aire y el suicidio; y se ilustra su impacto en la Región. La información está desglosada para cada sexo y para los 35 Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud. También se describe el progreso hacia las metas mundiales en materia de ENT para el 2025.



# Mortalidad por enfermedades no transmisibles

# Muertes por ENT en la Región de las Américas, 2000-2021

## Muertes en la Región de las Américas, 2021

Muertes

**9,2 millones**

Muertes por ENT

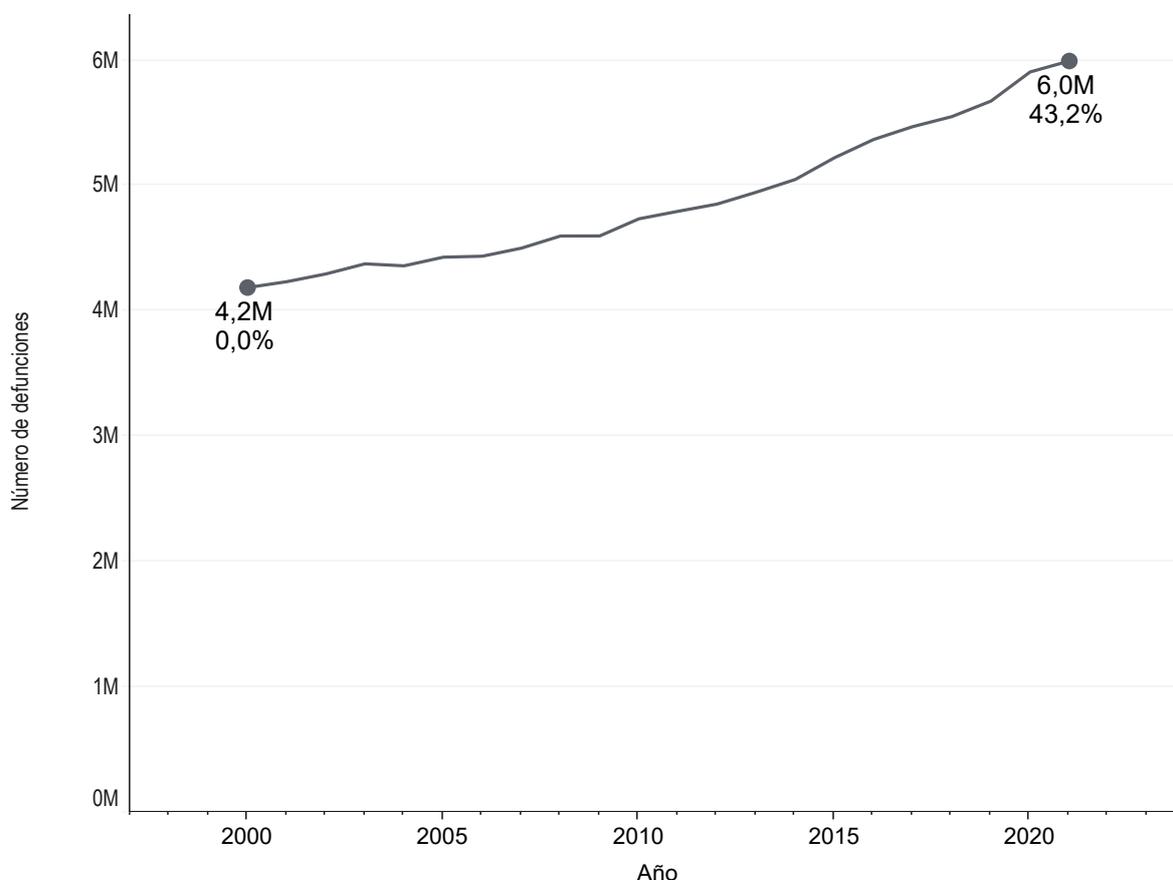
**6 millones**  
(65% del total de muertes)

Muertes prematuras por ENT

**2,3 millones**  
(38% del total de muertes por ENT)  
en personas menores de 70 años

Las ENT ocasionaron 6 millones de muertes en el 2021 (figura 1). Desde el año 2000, en el que la cifra fue de 4,2 millones, el número de muertes por ENT ha aumentado considerablemente, en un 43%. Si bien no se ha fijado una meta para el número de muertes por ENT, desde el 2010, el año de referencia para las metas mundiales en materia de ENT en el cual se registraron 4,7 millones de muertes, se ha producido un notable aumento, equivalente al 27,7%.

**Figura 1.** Tendencia del número total de muertes por ENT y cambio porcentual entre el 2000 y el 2021 en la Región de las Américas

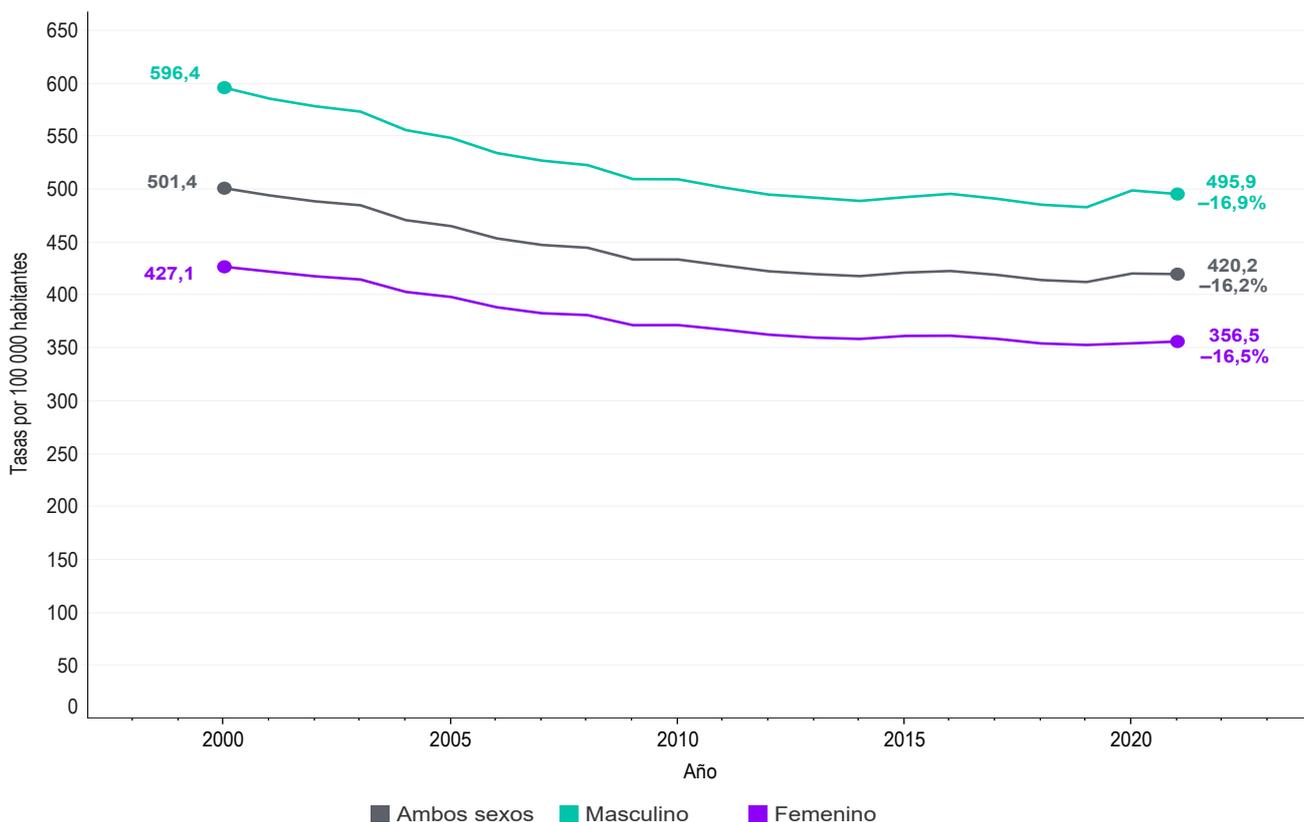


Fuente: Organización Mundial de la Salud. Global health estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2021. Ginebra: OMS; 2024 [consultado el 11 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.

# Tendencias en las tasas de mortalidad por ENT

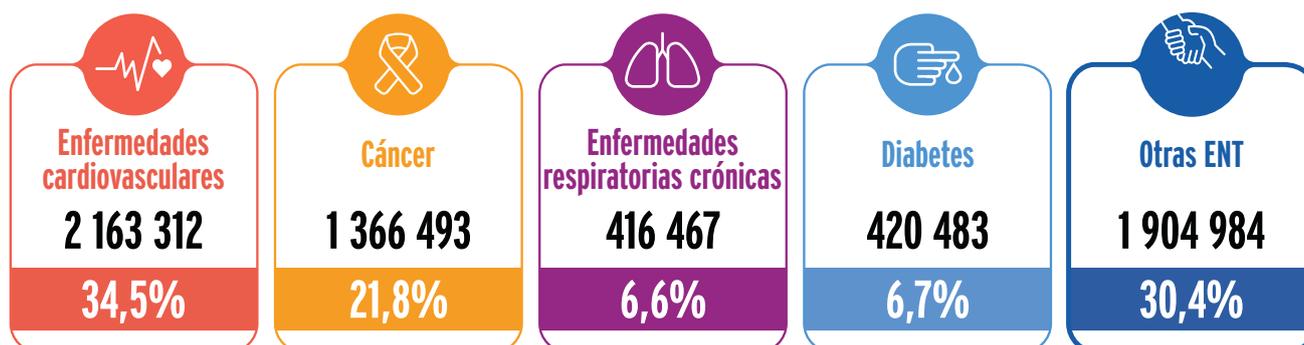
La mortalidad por ENT ha disminuido en un 16,2%, al pasar de 501,4 por 100 000 habitantes en el 2000 a 420,2 por 100 000 habitantes en el 2021 (figura 2), con descensos similares en hombres y mujeres (16,9% en los hombres frente a 16,5% en las mujeres). Si bien no se ha fijado una meta para las tasas de mortalidad por ENT, desde el 2010, el año de referencia para las metas mundiales en materia de ENT, se ha producido una reducción notablemente lenta, de apenas el 3,2%.

**Figura 2.** Tasas de mortalidad por ENT por 100 000 habitantes (estandarizadas según la edad), por sexo, en la Región de las Américas, 2000-2021



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Global health estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2021. Ginebra: OMS; 2024 [consultado el 11 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/gh-leading-causes-of-death>.

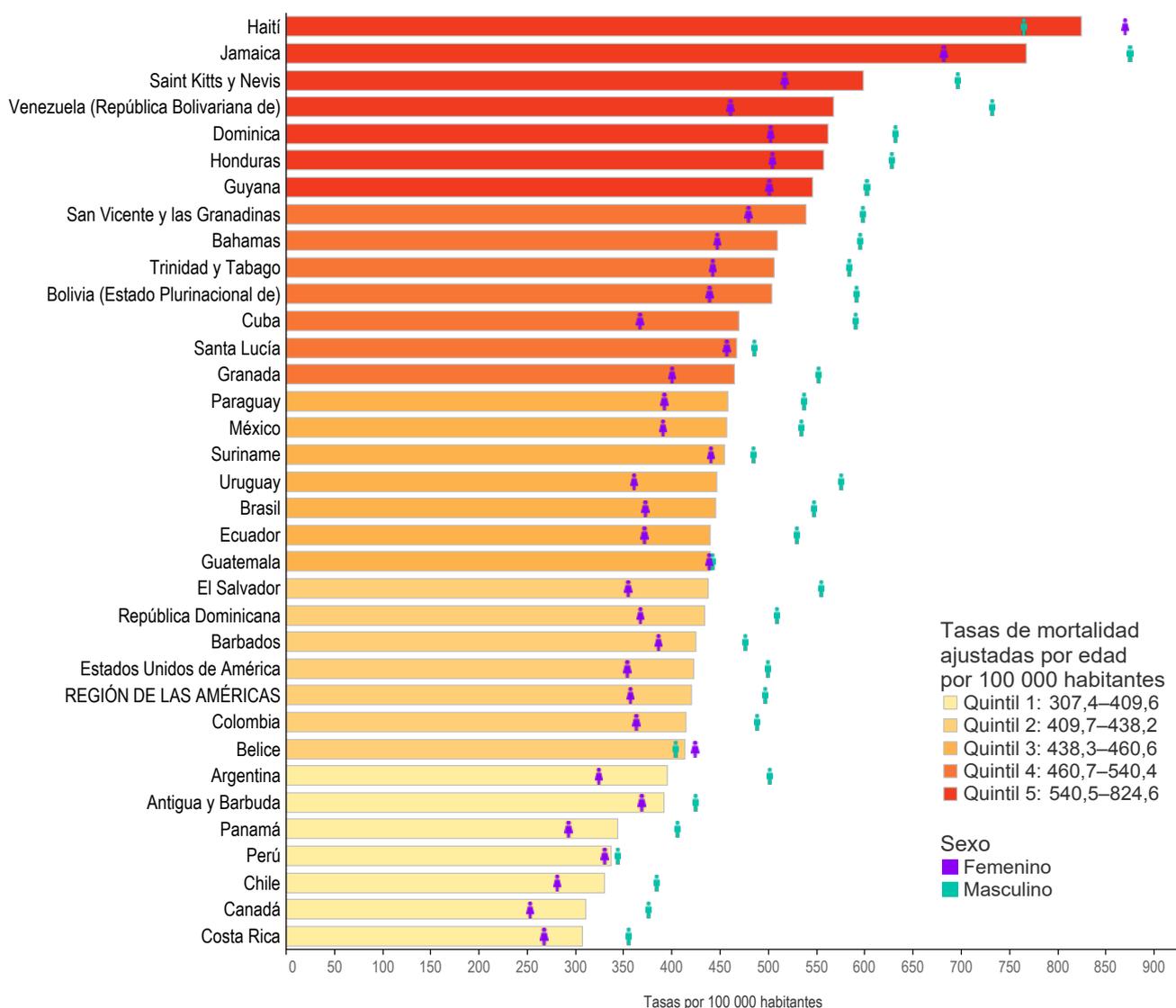
## Muertes por ENT por enfermedades



# Tasas de mortalidad por ENT por países

En la Región de las Américas, **la tasa de mortalidad por ENT fue de 420,2 por 100 000 habitantes**, con una tasa más elevada en los hombres que en las mujeres (495,9/100 000 frente a 356,5/100 000). Hubo amplias diferencias entre los distintos países, desde un máximo en Haití (824,6/100 000 habitantes) hasta un mínimo en Costa Rica (307,4/100 000 habitantes); los hombres presentaron tasas de mortalidad por ENT más elevadas que las mujeres, excepto en Haití (figura 3).

**Figura 3.** Tasas de mortalidad por ENT por 100 000 habitantes (estandarizadas según la edad), por sexo, en los países de la Región de las Américas, 2021



*Nota:* No hay datos disponibles o verificados por las autoridades nacionales para los países que no figuran en el gráfico.  
*Fuente:* Organización Mundial de la Salud. Global health estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2021. Ginebra: OMS; 2024 [consultado el 11 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghle-leading-causes-of-death>.

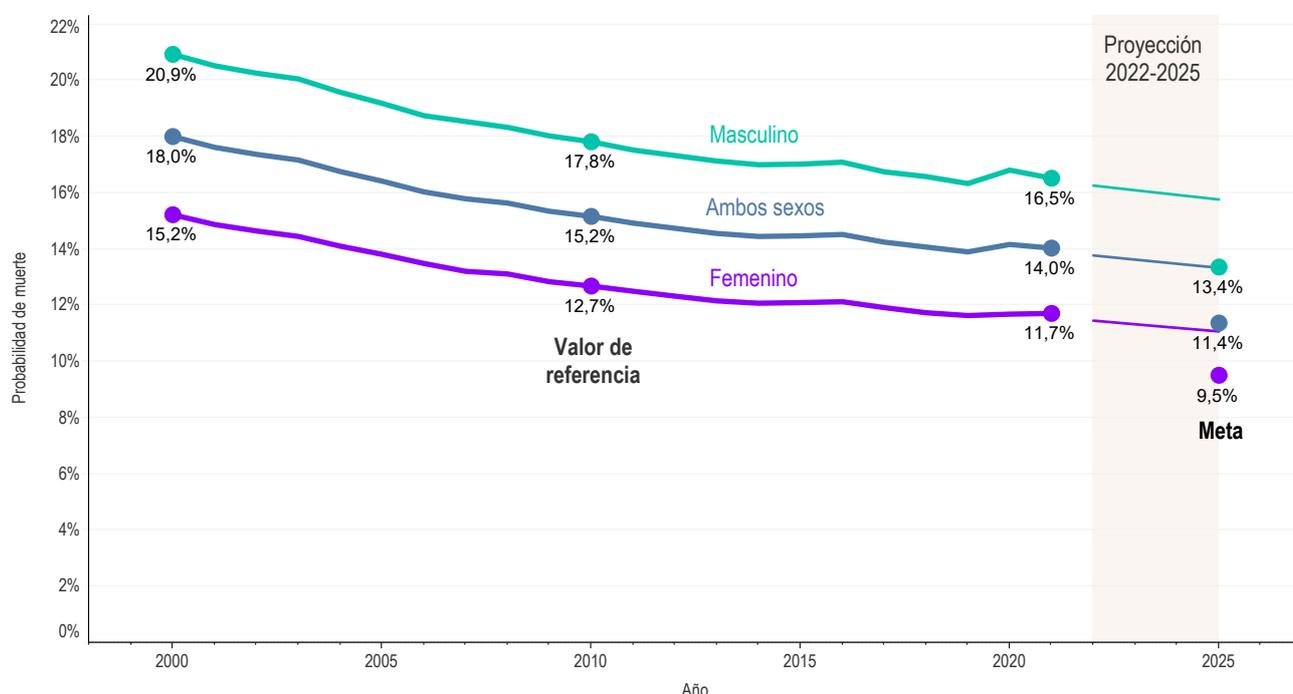
# Mortalidad prematura por ENT: probabilidad no condicionada de muerte

La mortalidad prematura por ENT se mide por la probabilidad de morir entre los 30 y los 70 años por cualquiera de las cuatro ENT principales (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas). En el 2021, una persona de 30 años que vivía en la Región de las Américas tenía una probabilidad del 14,0% de morir antes de cumplir los 70 años (figura 4); la probabilidad era mayor entre los hombres que entre las mujeres (16,5% frente a 11,7%).

La meta mundial en materia de ENT es reducir la mortalidad prematura por ENT en un 25% para el 2025 con respecto al 2010, el año de referencia. En la Región de las Américas, la mortalidad prematura por ENT se redujo en un 8%, al pasar del 15,2% en el 2010 al 14% en el 2021.

A nivel regional, la probabilidad de morir prematuramente por una ENT disminuyó a una tasa media anual del -0,71% entre el 2010, el año de referencia, y el 2021, de forma ligeramente más rápida en las mujeres (-0,76%) que en los hombres (-0,68%). Esta disminución es insuficiente para alcanzar la meta mundial en materia de ENT, que requiere como mínimo un cambio porcentual anual del -1,92%. La Región de las Américas está avanzando, pero hacen falta mayores esfuerzos para alcanzar la meta mundial en materia de ENT para el 2025.

**Figura 4.** Probabilidad de morir entre los 30 y los 70 años por cualquiera de las cuatro ENT principales (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas), por sexo, en la Región de las Américas, 2000-2021, y proyección para el 2025



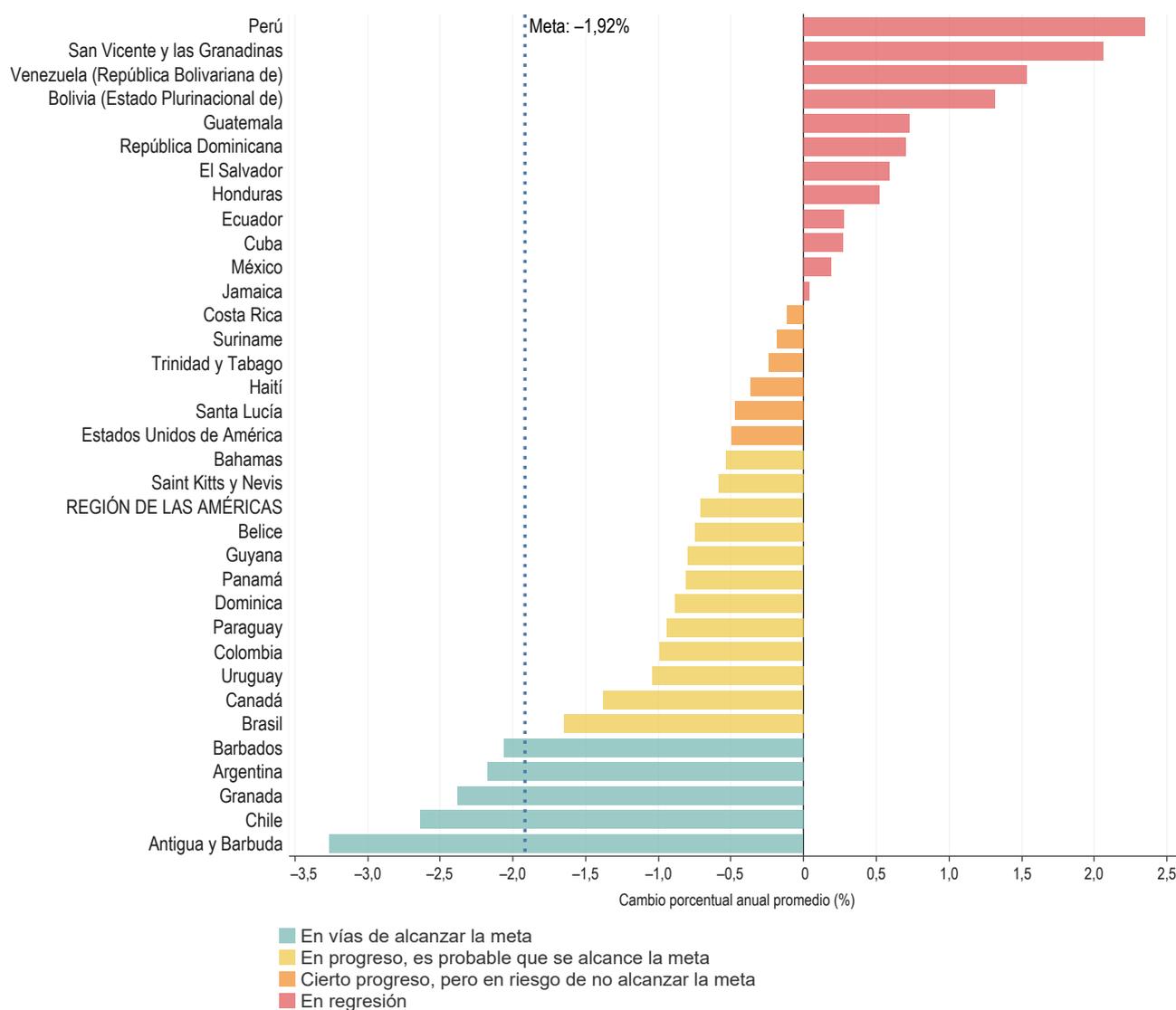
**Notas:** Los datos del 2022 al 2025 son proyecciones basadas en las tendencias del período 2010-2021. Los datos que se indican con puntos para el 2025 representan el valor de la meta, definido como una reducción del 25% con respecto al valor de referencia del 2010.

**Fuente:** Organización Mundial de la Salud. Global health estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2021. Ginebra: OMS; 2024 [consultado el 11 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.

# Progreso de los países hacia la meta mundial en materia de ENT para el 2025

Cinco de los 35 Estados Miembros de la OPS (Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Chile y Granada) están en vías de alcanzar la meta mundial en materia de ENT (figura 5). Otros 11 países (Bahamas, Belice, Brasil, Canadá, Colombia, Dominica, Guyana, Panamá, Paraguay, Saint Kitts y Nevis, y Uruguay) podrían alcanzar la meta si aceleran sus medidas.

**Figura 5.** Cambio porcentual anual medio de la probabilidad de muerte entre los 30 y los 70 años por cualquiera de las cuatro ENT principales en el período 2010-2021 en los países de la Región de las Américas



**Notas:** La línea punteada vertical azul representa el cambio porcentual anual medio necesario para que los países alcancen la meta en el 2025. Los países se clasifican en orden descendente según dicho cambio de la probabilidad de muerte entre los 30 y los 70 años por cualquiera de las cuatro ENT principales en el período 2010-2021, y se codifican mediante colores según cuatro categorías de evaluación del progreso hacia la meta.

No hay datos disponibles o verificados por las autoridades nacionales para los países que no figuran en el gráfico.

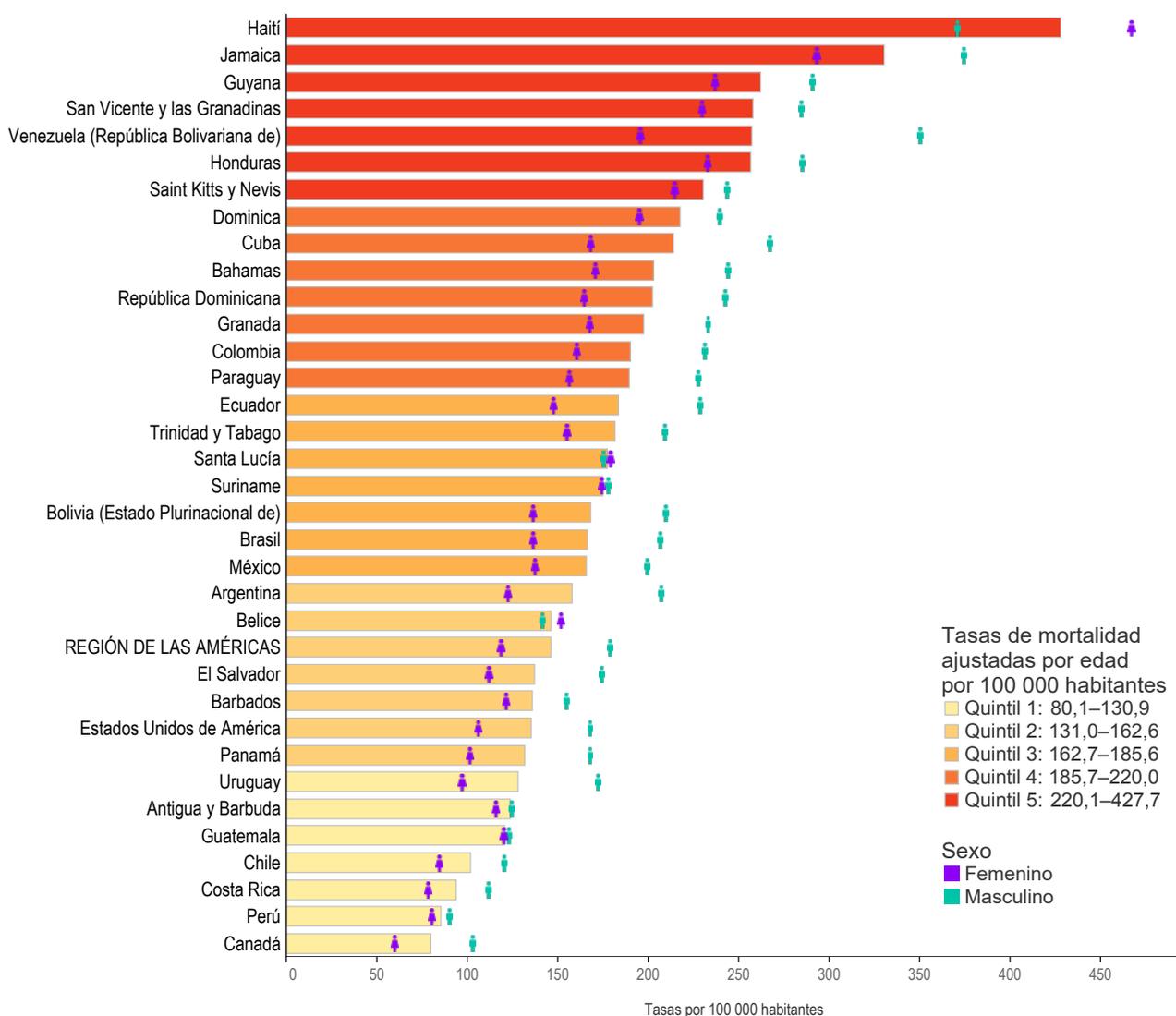
**Fuente:** Organización Mundial de la Salud. Global health estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2021. Ginebra: OMS; 2024 [consultado el 11 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghle-leading-causes-of-death>.

# Enfermedades cardiovasculares

**2,16 millones de muertes | 146,1 por 100 000 habitantes**

Las enfermedades cardiovasculares (ECV), que incluyen la cardiopatía isquémica, el accidente cerebrovascular, la cardiopatía hipertensiva, la miocardiopatía y miocarditis, y la cardiopatía reumática, son las principales causas de muerte por ENT en todos los países de la Región de las Américas. En el 2021, la tasa regional de mortalidad por ECV fue de 146,1 por 100 000 (figura 6) y mucho más elevada en los hombres (178,8/100 000) que en las mujeres (118,3/100 000). Las tasas de mortalidad por ECV mostraron diferencias considerables entre los distintos países, ya que fueron cinco veces más altas en Haití (427,7/100 000) que en Canadá (80,1/100 000). La mortalidad por ECV fue mayor en los hombres que en las mujeres en todos los países con excepción de Belice, Haití y Santa Lucía.

**Figura 6.** Tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares por 100 000 habitantes (estandarizadas según la edad), por sexo, en los países de la Región de las Américas, 2021

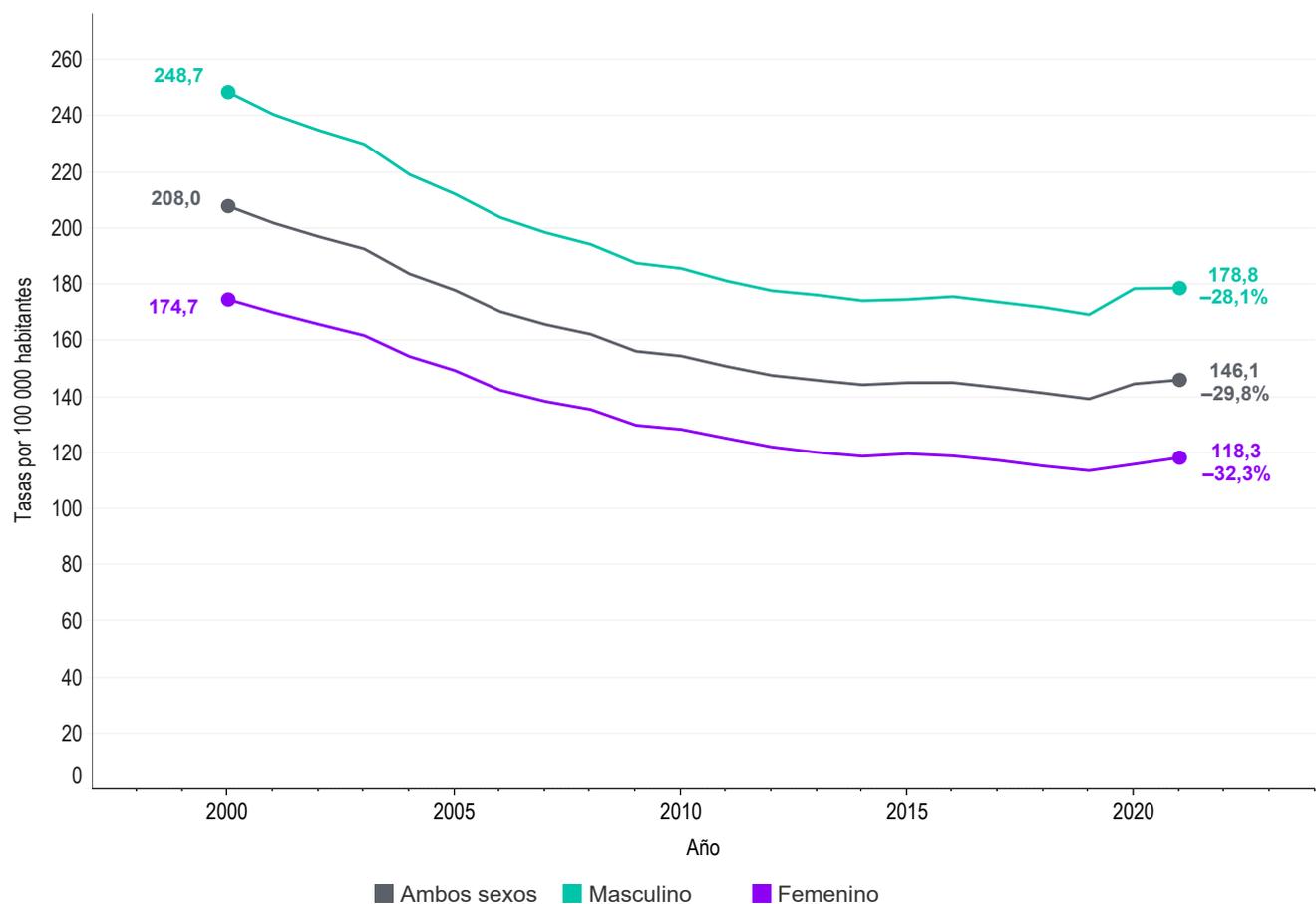


*Nota:* No hay datos disponibles o verificados por las autoridades nacionales para los países que no figuran en el gráfico.  
*Fuente:* Organización Mundial de la Salud. Global health estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2021. Ginebra: OMS; 2024 [consultado el 11 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.

# Tendencias regionales en la mortalidad por ECV, 2000-2021

Las tasas de mortalidad por ECV estandarizadas según la edad disminuyeron un 29,8%, al pasar de 208,0 por 100 000 en el 2000 a 146,1 por 100 000 en el 2021. Los hombres mostraron de manera uniforme tasas de mortalidad por ECV más altas que las mujeres. Sin embargo, las tasas de mortalidad por ECV disminuyeron de forma ligeramente más rápida en las mujeres (-32,3%) que en los hombres (-28,1%). La tasa de disminución de la mortalidad por ECV ha mostrado una desaceleración en los últimos años (figura 7).

**Figura 7.** Tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares por 100 000 habitantes (estandarizadas según la edad), por sexo, en la Región de las Américas, 2000-2021

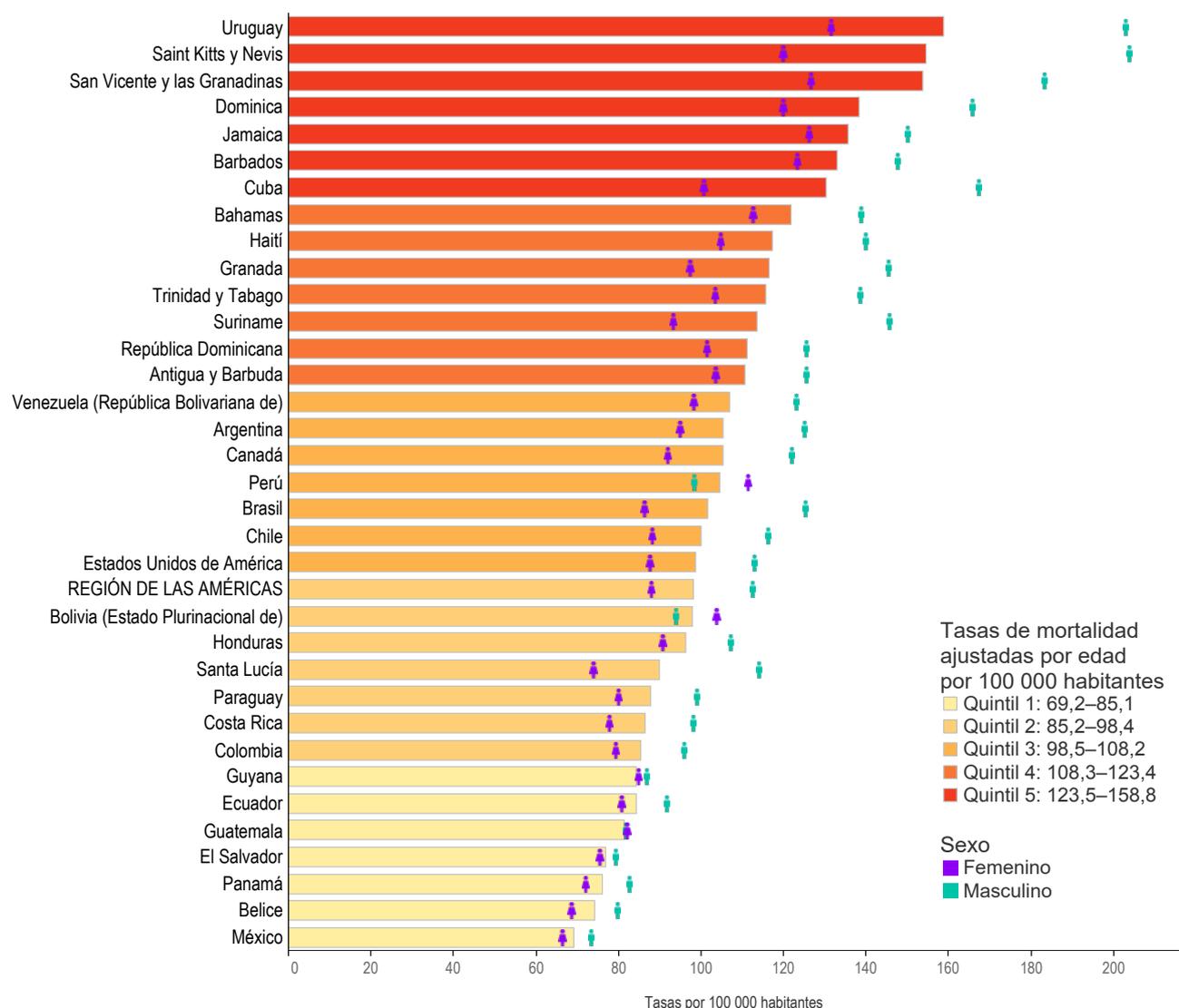


Fuente: Organización Mundial de la Salud. Global health estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2021. Ginebra: OMS; 2024 [consultado el 11 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.

## 1,4 millones de muertes | 98,1 por 100 000 habitantes

El cáncer es la segunda causa de muerte por ENT en la Región de las Américas. En el 2021, la tasa regional de mortalidad por cáncer estandarizada según la edad fue de 98,1 por 100 000 habitantes (figura 8), y mucho más alta en los hombres (112,3/100 000 habitantes) que en las mujeres (87,9/100 000 habitantes). La mortalidad por cáncer mostró diferencias entre los distintos países, desde un máximo en Uruguay (158,8/100 000 habitantes) hasta un mínimo en México (69,2/100 000 habitantes). Por país, los hombres tienen tasas de mortalidad por cáncer más altas que las mujeres, excepto en Estado Plurinacional de Bolivia y Perú. En Guatemala, la mortalidad por cáncer es similar en hombres y mujeres.

**Figura 8.** Tasas de mortalidad por cáncer por 100 000 habitantes (estandarizadas según la edad), por sexo, en los países de la Región de las Américas, 2021

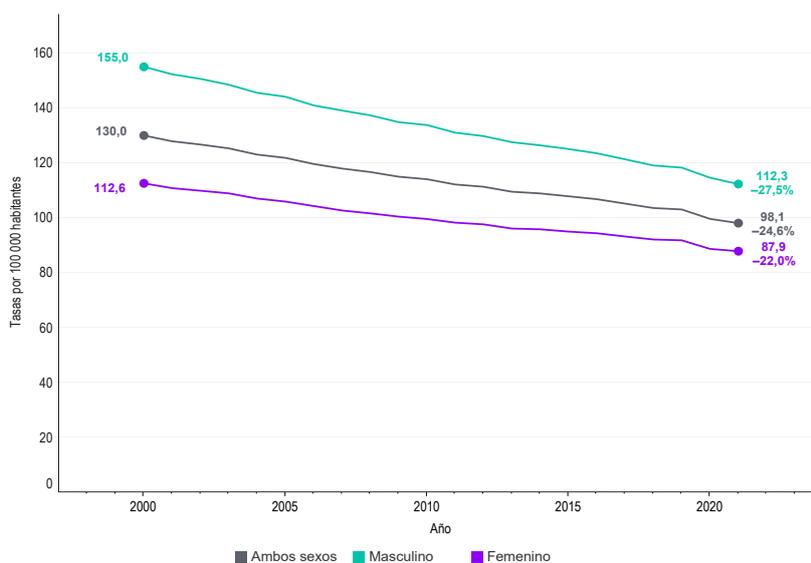


*Nota:* No hay datos disponibles o verificados por las autoridades nacionales para los países que no figuran en el gráfico.  
*Fuente:* Organización Mundial de la Salud. Global health estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000–2021. Ginebra: OMS; 2024 [consultado el 11 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghle-leading-causes-of-death>.

# Tendencias en la mortalidad por cáncer, 2000-2021

La mortalidad por cáncer ha disminuido en un 24,6%, al pasar de 130,0 por 100 000 en el 2000 a 98,1 por 100 000 en el 2021 (figura 9). Los hombres presentan de manera uniforme tasas de mortalidad por cáncer más elevadas que las mujeres, aunque la diferencia entre ambos sexos ha ido disminuyendo debido a una reducción más rápida de las tasas en los hombres.

**Figura 9.** Tasas de mortalidad por cáncer por 100 000 habitantes (estandarizadas según la edad), por sexo, en la Región de las Américas, 2000-2021



*Fuente:* Organización Mundial de la Salud. Global health estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2021. Ginebra: OMS; 2024 [consultado el 11 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghle-leading-causes-of-death>.

## Principales causas de mortalidad por cáncer

Las causas más frecuentes de muerte por cáncer en la Región de las Américas difieren entre hombres y mujeres (figura 10). El cáncer de pulmón es la causa más frecuente de muerte por cáncer en los hombres, seguido del cáncer de próstata; en las mujeres, es la segunda causa de muerte por cáncer, después del cáncer de mama. El cáncer colorrectal es una de las principales causas de muerte por cáncer en ambos sexos.

**Figura 10.** Las diez principales causas de mortalidad por cáncer, por sexo, en la Región de las Américas, 2021

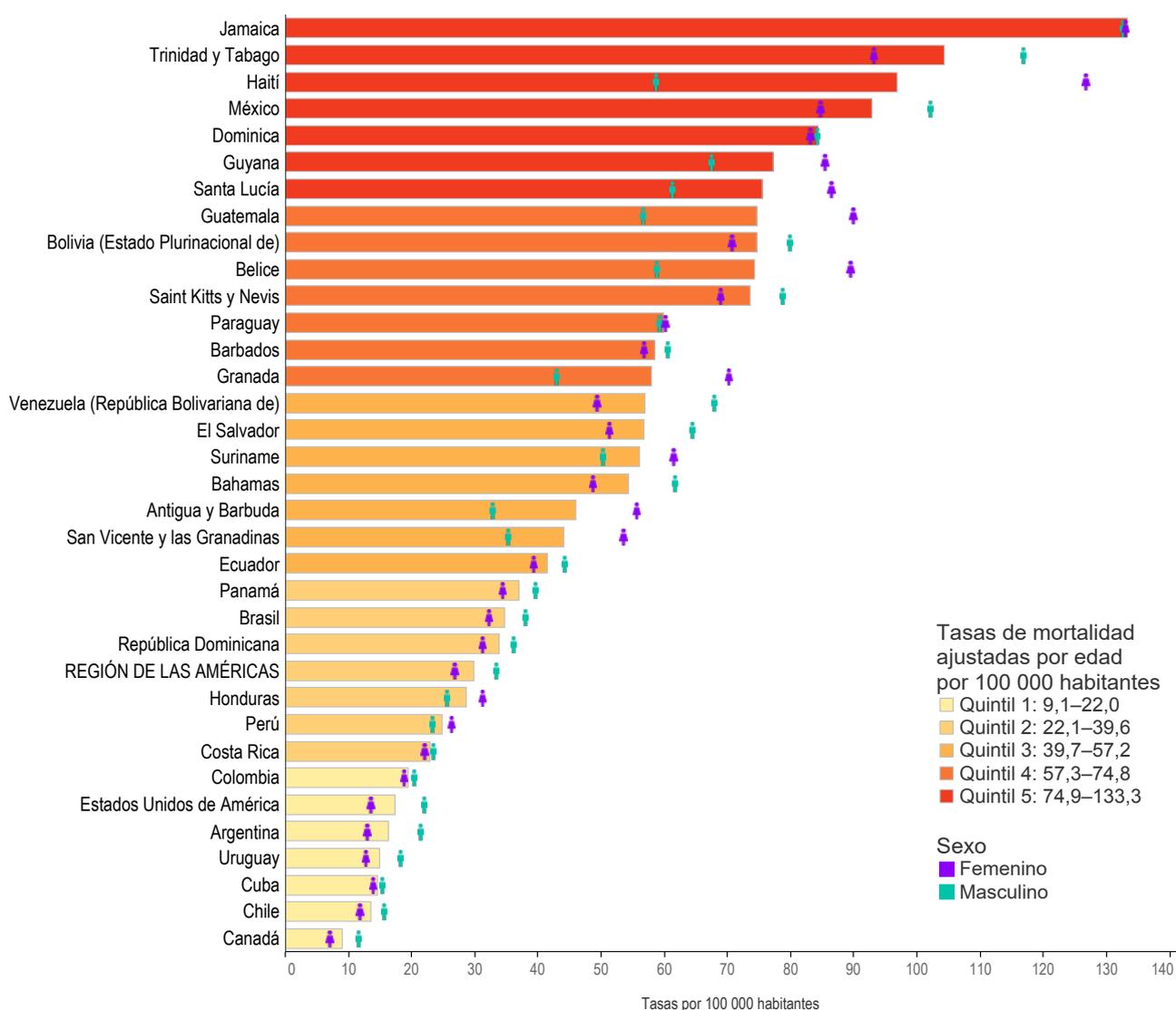
Mortalidad							
Masculino				Femenino			
Orden	Tipo de cáncer	Tasas por 100 000 hab.	% del total	Orden	Tipo de cáncer	Tasas por 100 000 hab.	% del total
1	Cáncer de tráquea, bronquios, pulmón	25,2 (22,5-27,9)	18,9%	1	Cáncer de mama	21,6 (18,1-24,9)	18,0%
2	Cáncer de próstata	20,3 (16,9-23,7)	15,1%	2	Cáncer de tráquea, bronquios, pulmón	20,4 (17,4-23)	17,0%
3	Cáncer de colon y recto	14,4 (12,5-16,4)	10,8%	3	Cáncer de colon y recto	13 (10,7-15,1)	10,8%
4	Cáncer de páncreas	9 (7,9-10,1)	6,7%	4	Cáncer de páncreas	8,5 (7,1-9,7)	7,1%
5	Linfomas, mieloma múltiple	8,3 (7,1-9,5)	6,2%	5	Cáncer de cuello uterino	7,5 (6-9,1)	6,2%
6	Cáncer de estómago	8 (6,7-9,6)	6,0%	6	Linfomas, mieloma múltiple	6,4 (5,2-7,5)	5,3%
7	Cáncer de hígado	7,9 (5,6-10,9)	5,9%	7	Cáncer de ovario	5,6 (4,7-6,5)	4,7%
8	Leucemia	6,2 (5,2-7,2)	4,6%	8	Cáncer de hígado	5,3 (3,6-7,6)	4,4%
9	Cáncer de esófago	5,9 (5,2-6,6)	4,4%	9	Cáncer de estómago	5,3 (4,2-6,5)	4,4%
10	Cánceres de cerebro y del sistema nervioso	5 (4,4-5,7)	3,7%	10	Leucemia	4,6 (3,8-5,5)	3,9%

*Fuente:* Organización Mundial de la Salud. Global health estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2021. Ginebra: OMS; 2024 [consultado el 11 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghle-leading-causes-of-death>.

## 420 483 muertes | 29,8 por 100 000 habitantes

La diabetes es una enfermedad metabólica que se caracteriza por concentraciones elevadas de glucosa en sangre (hiperglucemia). La diabetes de tipo 2 es la más común y ha aumentado drásticamente en los últimos 30 años, de manera asociada al incremento de la obesidad. En el 2021, la tasa de mortalidad por diabetes en la Región de las Américas fue de 29,8 por 100 000 habitantes, y más elevada en los hombres (33,3/100 000) que en las mujeres (26,7/100 000). Por países, las tasas de mortalidad por diabetes variaron entre un máximo de 133,3 por 100 000 habitantes en Jamaica y un mínimo de 9,1 por 100 000 habitantes en Canadá (figura 11).

**Figura 11.** Tasas de mortalidad por diabetes por 100 000 habitantes (estandarizadas según la edad), por sexo, en los países de la Región de las Américas, 2021

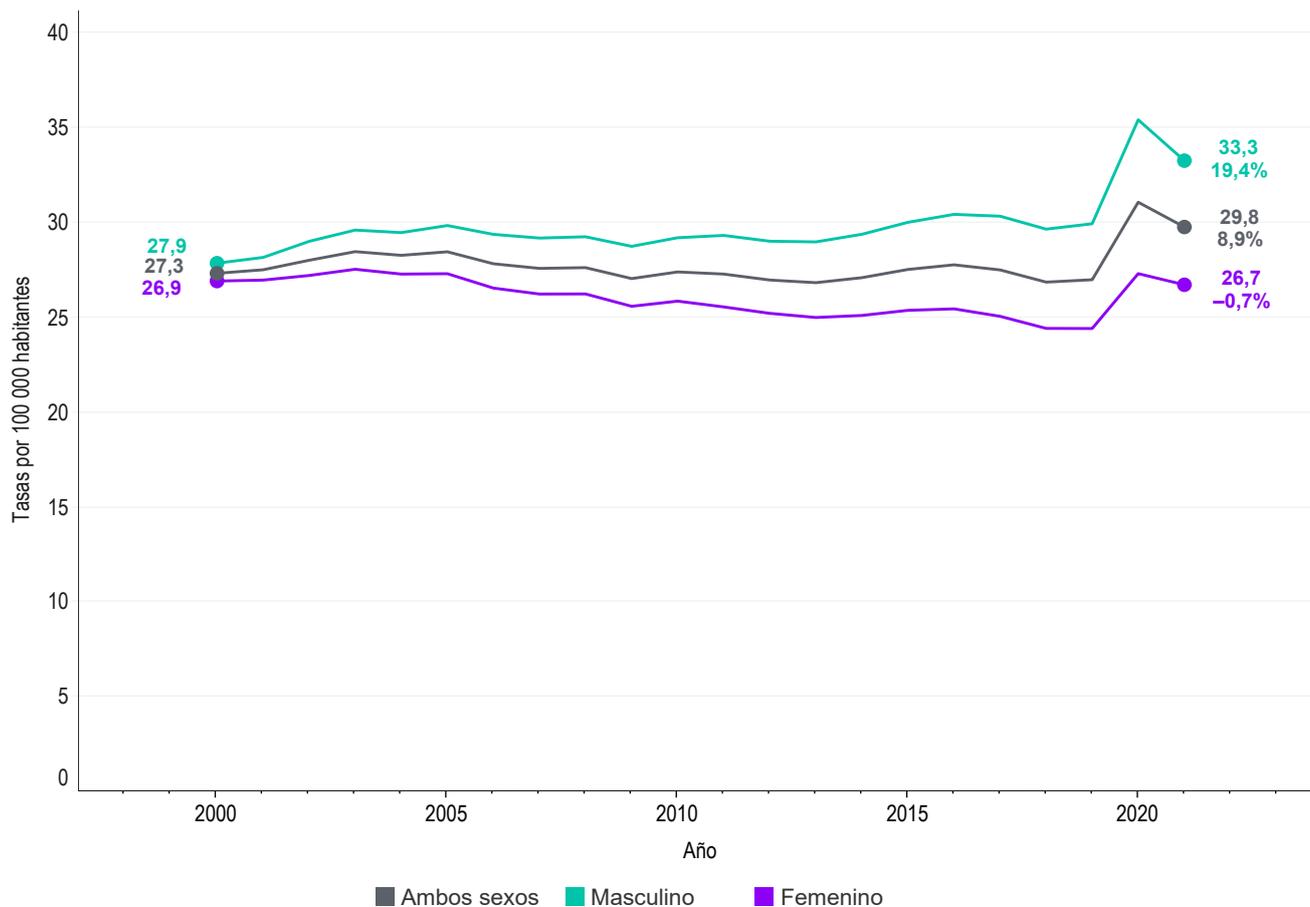


*Nota:* No hay datos disponibles o verificados por las autoridades nacionales para los países que no figuran en el gráfico.  
*Fuente:* Organización Mundial de la Salud. Global health estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2021. Ginebra: OMS; 2024 [consultado el 11 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.

## Tendencias en la mortalidad por diabetes, 2000-2021

Las tasas de mortalidad por diabetes se mantuvieron estables en gran medida desde el 2000 hasta el 2019 y luego aumentaron un 10,4%, al pasar de 27,0 por 100 000 habitantes en el 2019 a 29,8 por 100 000 en el 2021 (figura 12), probablemente debido al impacto de la pandemia de COVID-19. Los hombres tienen una tasa de mortalidad por diabetes más alta que las mujeres, y la diferencia entre ambos sexos se ha ido ampliando desde el 2000.

**Figura 12.** Tasas de mortalidad por diabetes por 100 000 habitantes (estandarizadas según la edad), por sexo, en la Región de las Américas, 2000-2021



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Global health estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2021. Ginebra: OMS; 2024 [consultado el 11 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.

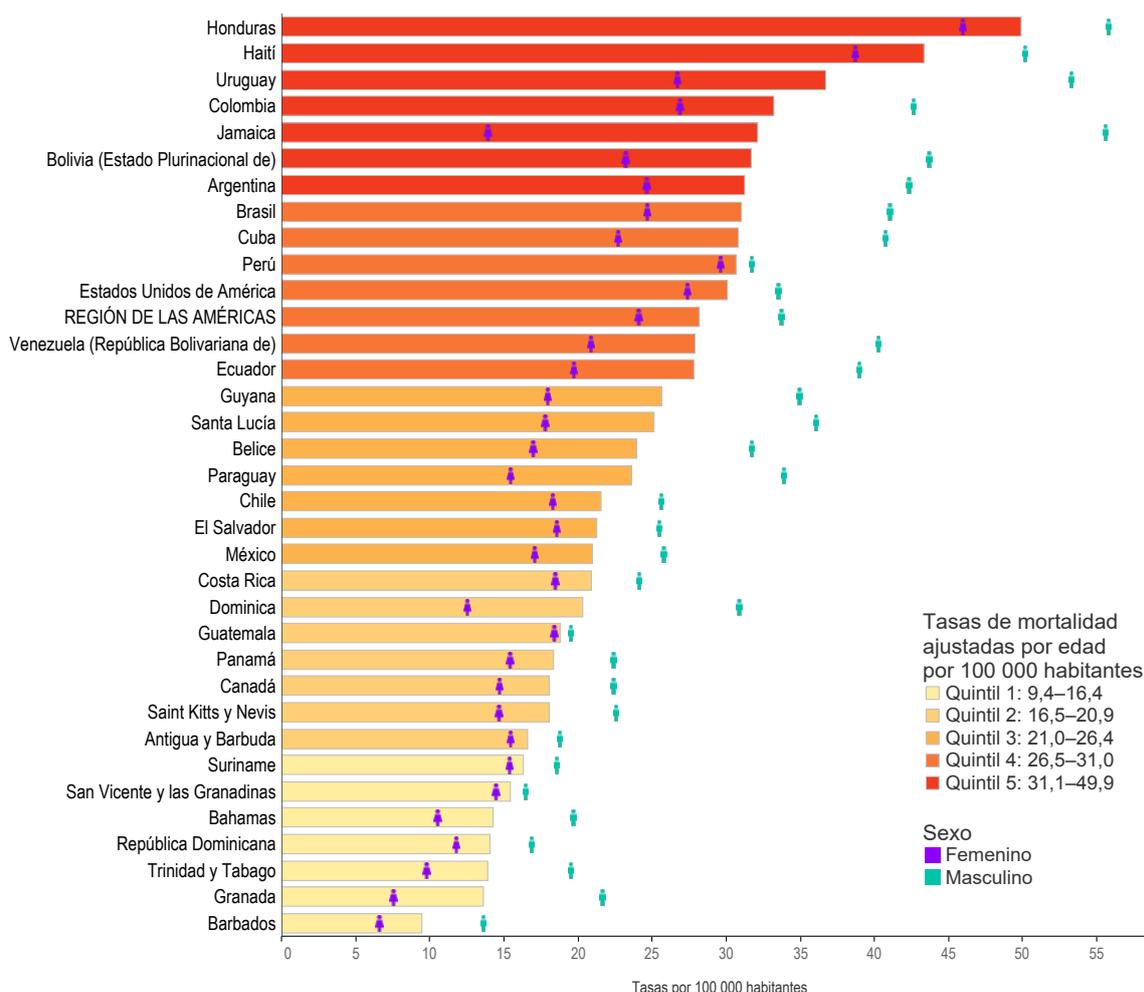
# Enfermedades respiratorias crónicas

**416 467 muertes | 28,2 por 100 000 habitantes**

Las enfermedades respiratorias crónicas (ERC) incluyen la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el asma, las enfermedades pulmonares ocupacionales y la hipertensión pulmonar. El consumo de tabaco, la contaminación del aire, los productos químicos ocupacionales y el polvo se encuentran entre los principales factores de riesgo para las ERC. La tasa regional de mortalidad por ERC estandarizada según la edad fue de 28,2 por 100 000 habitantes en el 2021 (figura 13), y más elevada en los hombres (33,7/100 000) que en las mujeres (24,1/100 000).

Por países, Honduras tuvo la tasa más alta de mortalidad por ERC (49,9/100 000), seguida por Haití (43,5/100 000) y Uruguay (36,7/100 000), mientras que las tasas más bajas se registraron en Trinidad y Tabago (13,9/100 000), Granada (13,6/100 000) y Barbados (9,5/100 000). Aunque las ERC no son curables, el tratamiento puede ayudar a controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida de las personas con ERC.

**Figura 13.** Tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias crónicas por 100 000 habitantes (estandarizadas según la edad), por sexo, en los países de la Región de las Américas, 2021

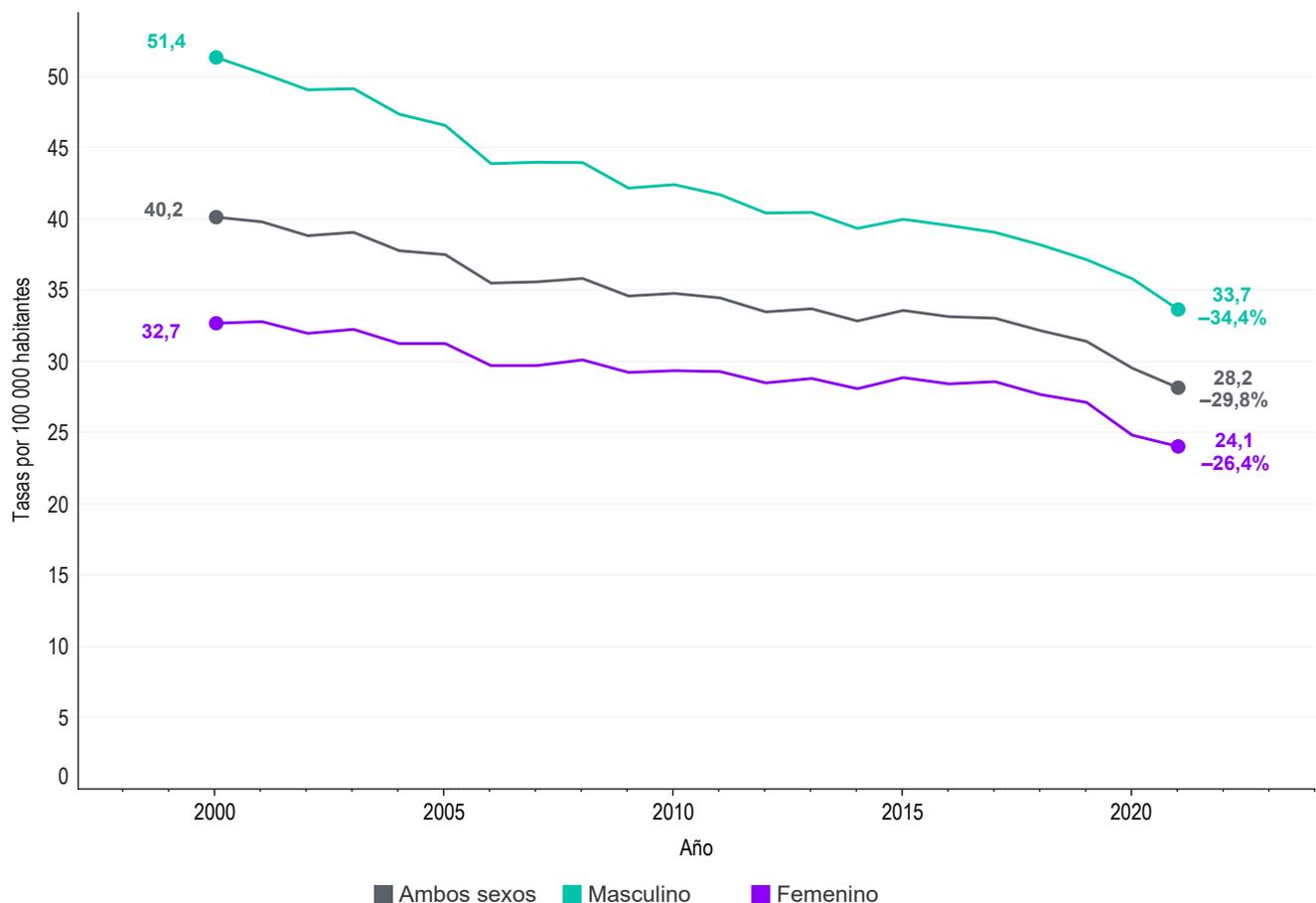


*Nota:* No hay datos disponibles o verificados por las autoridades nacionales para los países que no figuran en el gráfico.  
*Fuente:* Organización Mundial de la Salud. Global health estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2021. Ginebra: OMS; 2024 [consultado el 11 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.

# Tendencias en la mortalidad por enfermedades respiratorias crónicas, 2000-2021

Las tasas de mortalidad por ERC se redujeron en un 29,8%, al pasar de 40,2 por 100 000 en el 2000 a 28,2 por 100 000 en el 2021 (figura 14). Inicialmente eran más elevadas en los hombres que en las mujeres. Sin embargo, entre el 2000 y el 2021, la disminución fue más rápida en los hombres (-34,4%) que en las mujeres (-26,4%).

**Figura 14.** Tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias crónicas por 100 000 habitantes (estandarizadas según la edad), por sexo, en la Región de las Américas, 2000-2021

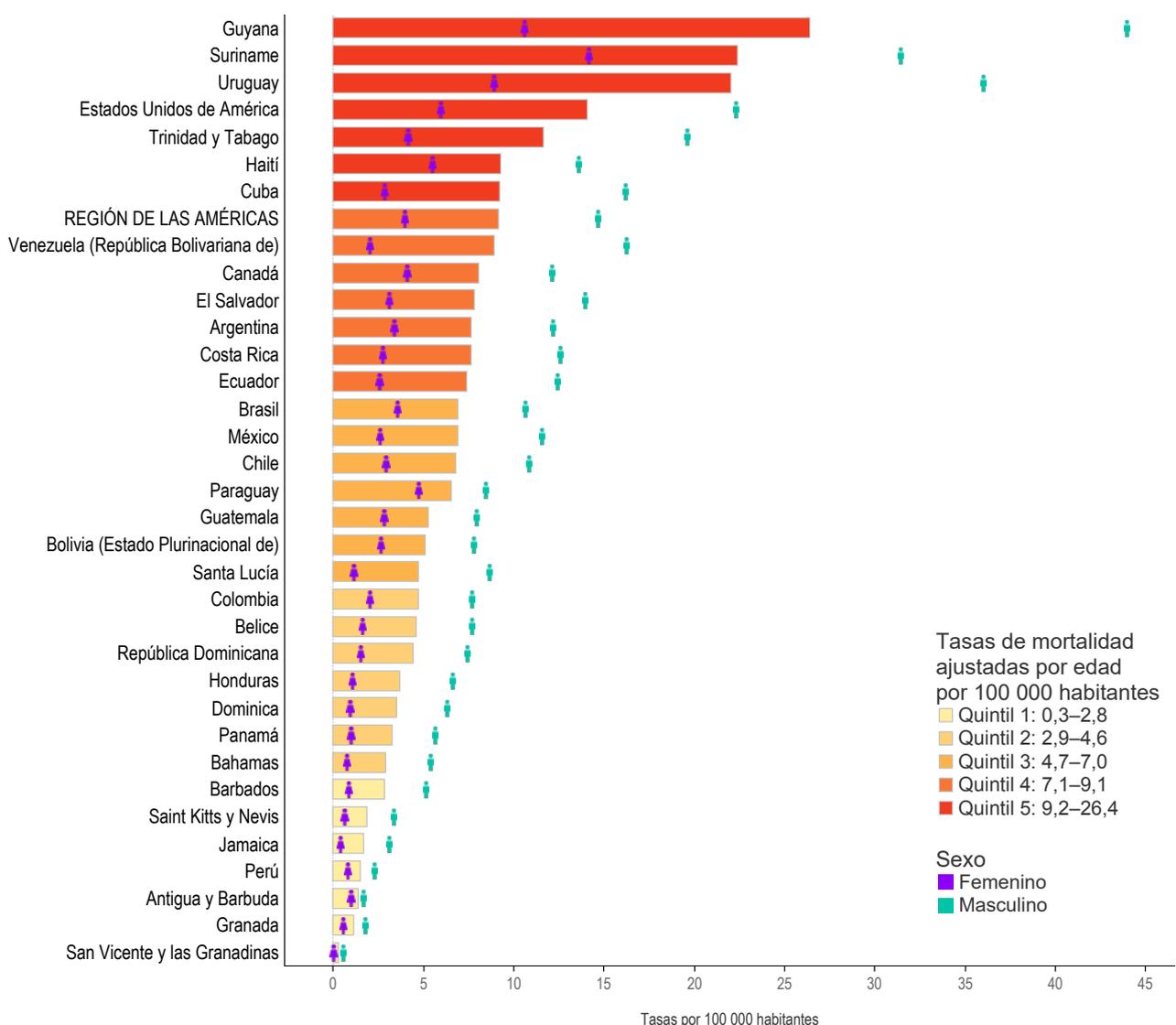


Fuente: Organización Mundial de la Salud. Global health estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2021. Ginebra: OMS; 2024 [consultado el 11 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.

## 100 760 muertes | 9,2 por 100 000 habitantes

El suicidio es una tragedia que afecta a las familias, a las comunidades y a los países en su totalidad y que tiene efectos a largo plazo en quienes estuvieron en contacto con la persona fallecida. La mortalidad por suicidio es significativamente mayor en los hombres; el suicidio se da en todas las fases de la vida, pero es más frecuente en la adolescencia y los primeros años de la edad adulta. La tasa regional de mortalidad por suicidio fue de 9,2 por 100 000 habitantes en el 2021. En los distintos países, la tasa de suicidios fue de entre un máximo de 26,4 por 100 000 habitantes en Guyana y un mínimo de 0,3 por 100 000 habitantes en San Vicente y las Granadinas (figura 15). Los suicidios pueden prevenirse mediante intervenciones y apoyo de salud mental oportunos y basados en evidencia, que a menudo tienen un costo bajo.

**Figura 15.** Tasas de mortalidad por suicidio por 100 000 habitantes (estandarizadas según la edad), por sexo, en los países de la Región de las Américas, 2021

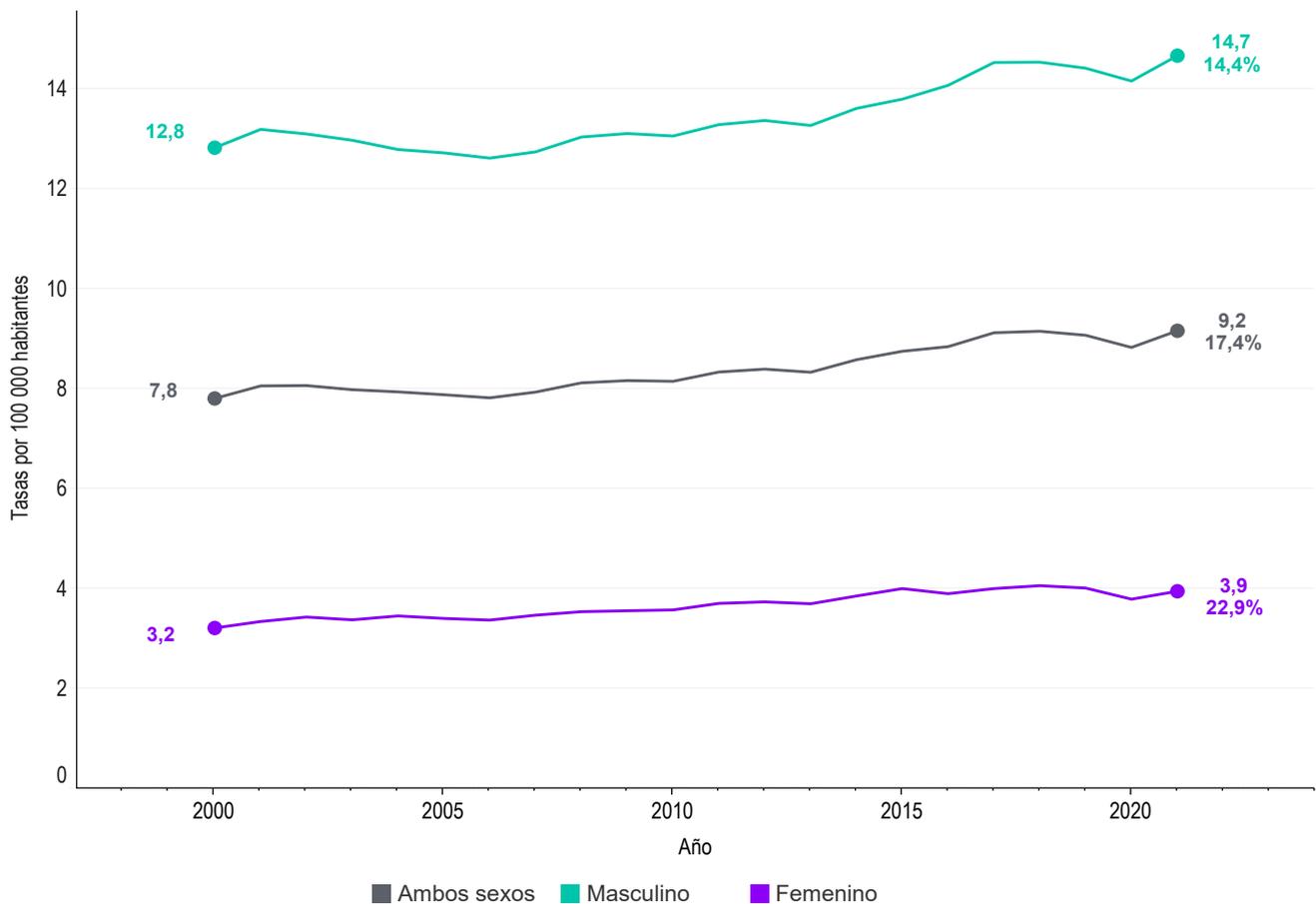


*Nota:* No hay datos disponibles o verificados por las autoridades nacionales para los países que no figuran en el gráfico.  
*Fuente:* Organización Mundial de la Salud. Global health estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2021. Ginebra: OMS; 2024 [consultado el 11 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.

# Tendencias en la mortalidad por suicidio, 2000-2021

Las tasas de mortalidad por suicidio aumentaron un 17,4%, al pasar de 7,8 por 100 000 habitantes en el 2000 a 9,2 por 100 000 habitantes en el 2021 (figura 16); en los hombres alcanzan valores de más del triple que en las mujeres.

**Figura 16.** Tasas de mortalidad por suicidio por 100 000 habitantes (estandarizadas según la edad), por sexo, en la Región de las Américas, 2000-2021



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Global health estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2021. Ginebra: OMS; 2024 [consultado el 11 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.

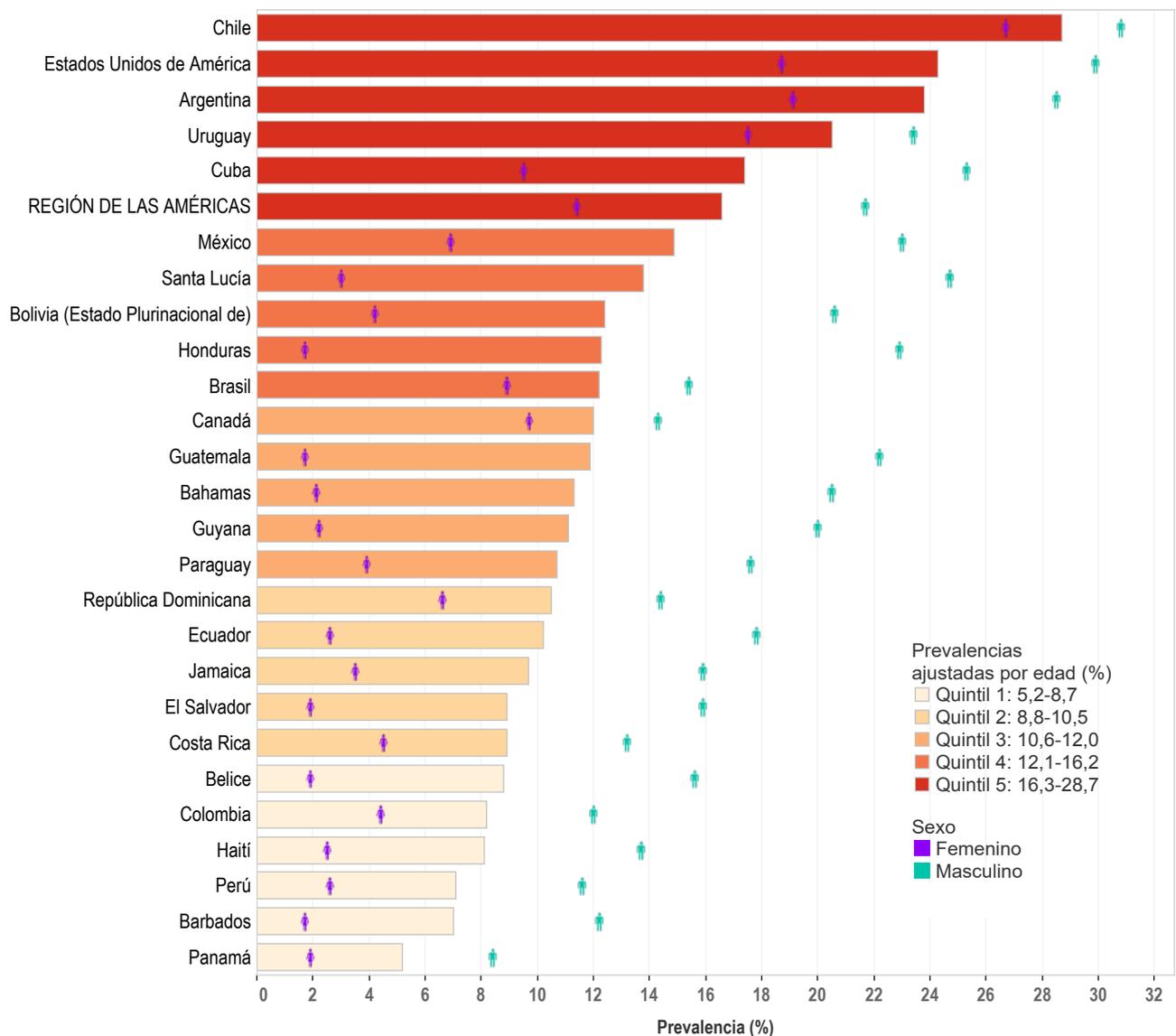


# Factores de riesgo para las ENT

# Consumo de tabaco

En el 2022, la prevalencia regional estimada del consumo de tabaco en las personas de 15 años o más era del 16,6%, inferior al promedio mundial (21,0%), y más alta en los hombres (21,7%) que en las mujeres (11,4%). Los valores iban de un máximo del 28,7% en Chile a un mínimo del 5,2% en Panamá. Cinco países (Argentina, Chile, Cuba, Estados Unidos de América y Uruguay) mostraron una prevalencia del consumo de tabaco superior al promedio regional (figura 17).

**Figura 17.** Prevalencia del consumo actual de tabaco (estandarizada según la edad) en personas de 15 años o más en la Región de las Américas, 2022

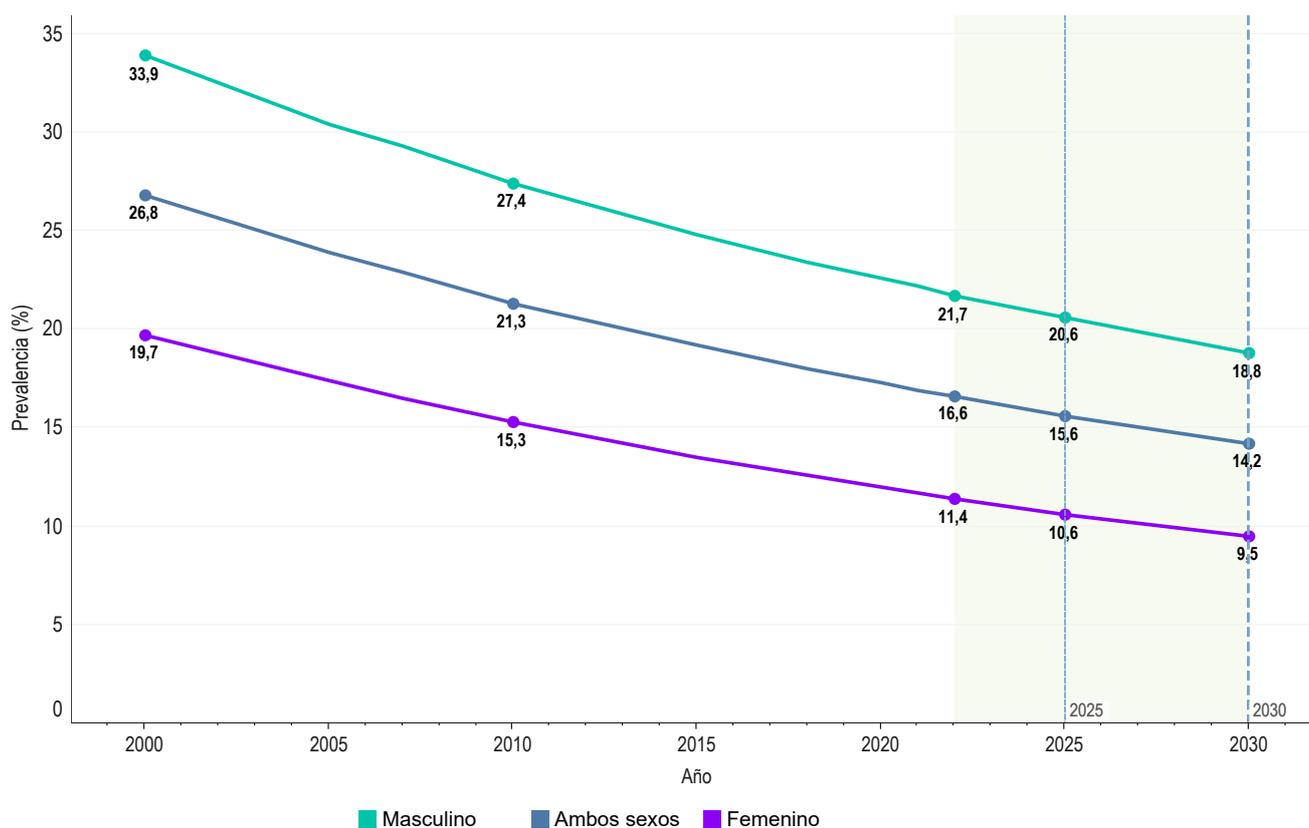


*Nota:* No hay datos disponibles o verificados por las autoridades nacionales para los países que no figuran en el gráfico.  
*Fuente:* Organización Mundial de la Salud. Global health estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2021. Ginebra: OMS; 2024 [consultado el 11 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.

# Tendencias en el consumo de tabaco

La prevalencia regional del consumo de tabaco en la población adulta disminuyó en un 22,1%, al pasar del 21,3% en el 2010 al 16,6% en el 2022 (figura 18). La meta mundial en materia de ENT para el 2025 es reducir el consumo de tabaco en un 30% con respecto al 2010, el año de referencia; si la tendencia actual continúa, la Región se acercará a esta meta y la prevalencia del consumo de tabaco se reducirá en un 26,4% para el 2025.

**Figura 18.** Prevalencia del consumo de tabaco en personas de 15 años o más (estimaciones estandarizadas según la edad, %), por sexo, en la Región de las Américas, 2000-2022, y proyecciones para el 2025 y el 2030



Fuente: Organización Mundial de la Salud. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2030. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240088283>.

# Prevalencia de la obesidad

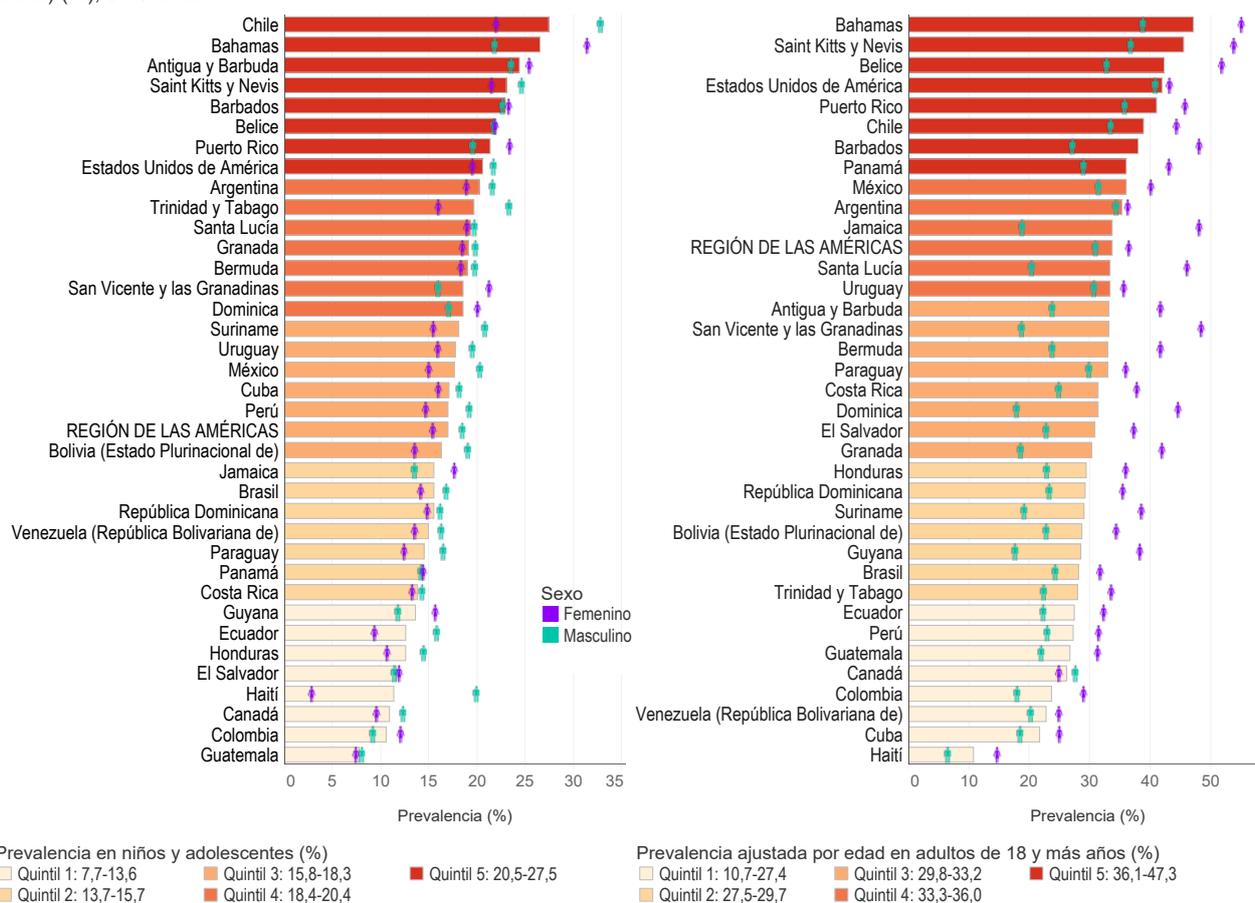
La obesidad aumenta el riesgo de presentar diabetes, hipertensión, cardiopatía coronaria, accidentes cerebrovasculares y ciertos tipos de cáncer, entre otras enfermedades. En el 2022, se estimó que, en la Región de las Américas, el 16,9% de la población infantil y adolescente de entre 5 y 19 años (el 18,5% de los hombres y el 15,4% de las mujeres), y el 33,8% de la población adulta (el 31,0% de los hombres y el 36,4% de las mujeres) tenían obesidad (figura 19), el nivel más alto de todas las regiones de la OMS.

Por países, la prevalencia de la obesidad en la población infantil y adolescente fue de entre un máximo del 27,5% en Chile y un mínimo del 7,7% en Guatemala. Entre la población adulta, la prevalencia de la obesidad fue de entre un máximo del 47,3% en Bahamas y un mínimo del 10,7% en Haití, y fue mayor en las mujeres que en los hombres en todos los países, excepto Canadá.

**Figura 19.** Prevalencia de la obesidad (estandarizada según la edad) en la población infantil y adolescente de 5 a 19 años (izquierda), y en la población adulta de 18 años o más (derecha) en la Región de las Américas, 2022

Prevalencia de obesidad entre niños y adolescentes, IMC > +2 desviaciones estándar por encima de la mediana (estimación bruta) (%), 5-19 años

Prevalencia de obesidad en adultos, IMC ≥ 30 kg/m<sup>2</sup> (estimación estandarizada por edad) (%), 20+ años



*Nota:* No hay datos disponibles o verificados por las autoridades nacionales para los países que no figuran en el gráfico. *Fuente:* Organización Mundial de la Salud. Portal de datos sobre las enfermedades no transmisibles. Estimaciones comparables disponibles para el período 1990-2022. Disponible en línea: <https://ncdportal.org/>. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2024;403(10431):1027-1050. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2).

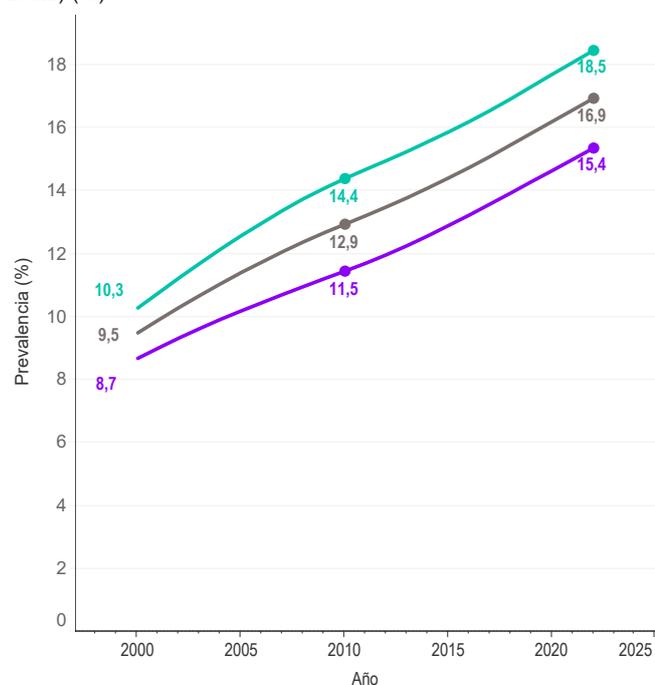
# Tendencias en la prevalencia de la obesidad

En la Región de las Américas, la prevalencia de la obesidad aumentó en un 78,5% (del 9,5% en el 2000 al 16,9% en el 2022) en la población infantil y adolescente de 5 a 19 años, y en un 67,5% (del 20,2% en el 2000 al 33,8% en el 2022) en la población adulta de 20 años o más (figura 20).

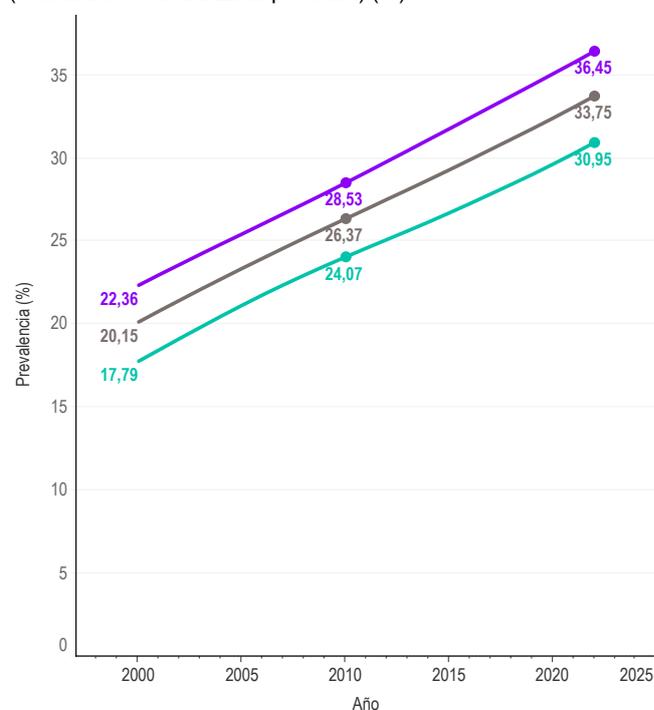
La meta mundial en materia de ENT es detener el aumento de la diabetes y la obesidad con respecto a los niveles del 2010, el año de referencia. La prevalencia regional de la obesidad en la población adulta, estandarizada según la edad, aumentó en un 28% con respecto al valor de referencia (26,4% en el 2010). Aunque la Región no está en vías de alcanzar la meta, dos países están en vías de detener el aumento de la obesidad en la población adulta: Canadá y República Bolivariana de Venezuela, con un cambio porcentual del 7,9% y el 1,3% entre el 2010 y el 2022, respectivamente.

**Figura 20.** Prevalencia de la obesidad en la población infantil y adolescente de 5 a 19 años (izquierda), y en la población adulta de 20 años o más (derecha) en la Región de las Américas, 2000-2022

Prevalencia de obesidad entre niños y adolescentes, IMC > +2 desviaciones estándar por encima de la mediana (estimación bruta) (%)



Prevalencia de obesidad en adultos, IMC ≥ 30 kg/m<sup>2</sup> (estimación estandarizada por edad) (%)



■ Ambos sexos ■ Femenino ■ Masculino

*Fuente:* NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 2024 population-representative studies with 403 million children, adolescents, and adults. Lancet. 2024;403(10431):1027-1050. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2).

# Sobrepeso y obesidad

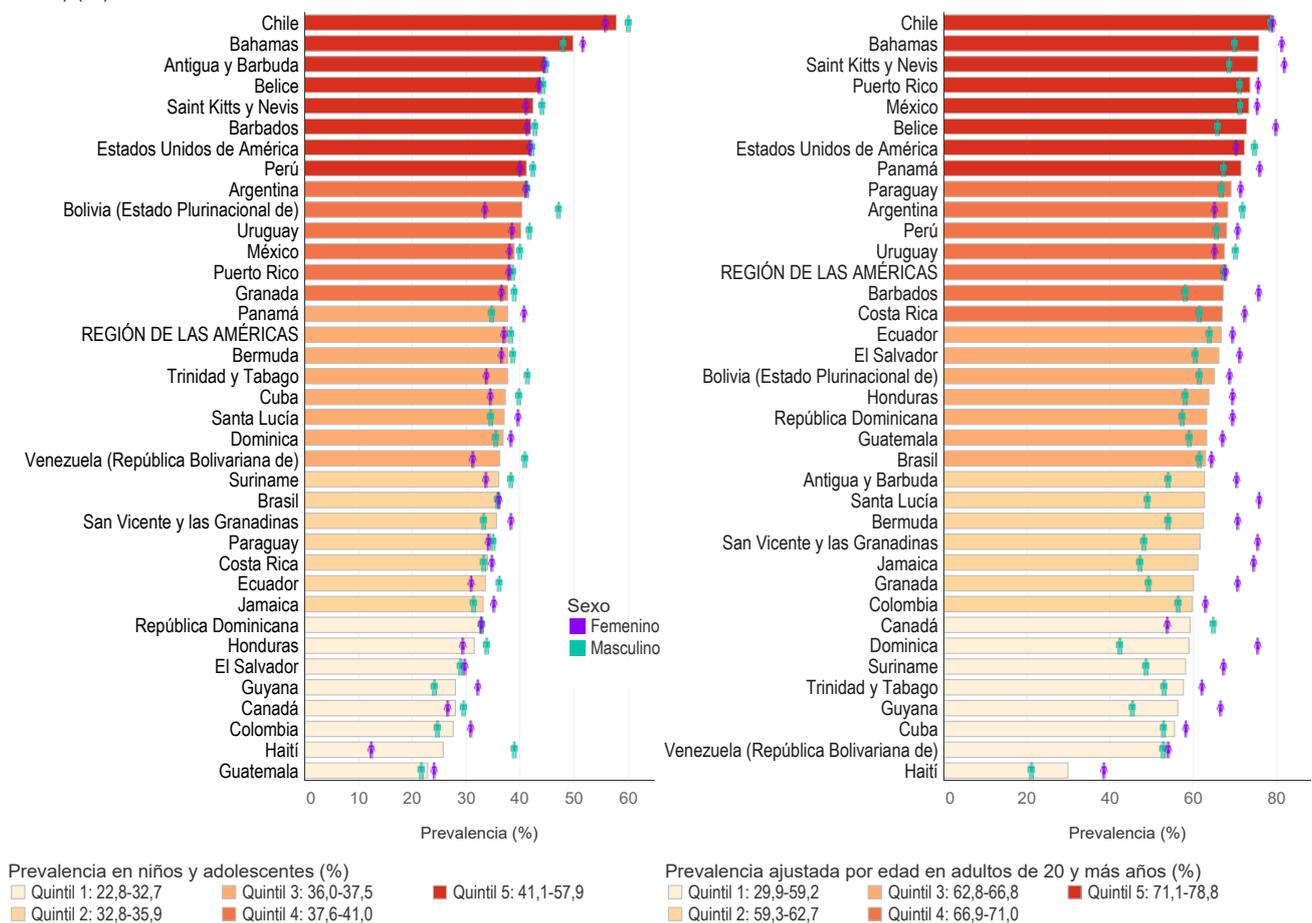
En el 2022, se estimó que, en la Región de las Américas, el 37,5% de la población infantil y adolescente de 5 a 19 años (el 38,3% de los hombres y el 36,9% de las mujeres) y el 67,5% de la población adulta (el 67,3% de los hombres y el 67,6% de las mujeres) tenían sobrepeso u obesidad (figura 21).

Por países, la prevalencia del sobrepeso u obesidad en la población infantil y adolescente era de entre un máximo del 57,9% en Chile y un mínimo del 22,8% en Guatemala. En la población adulta, la prevalencia del sobrepeso y obesidad era de entre el 68,8% en Chile y el 29,9% en Haití.

**Figura 21.** Prevalencia del sobrepeso y la obesidad (estandarizada según la edad) en la población infantil y adolescente de 5 a 19 años (izquierda), y en la población adulta de 18 años o más (derecha) en la Región de las Américas, 2022

Prevalencia de sobrepeso en niños y adolescentes, IMC > +1 desviación estándar por encima de la mediana (estimación bruta) (%), 5-19 años

Prevalencia de sobrepeso en adultos, IMC ≥ 25 kg/m<sup>2</sup> (estimación estandarizada por edad) (%), 20+ años

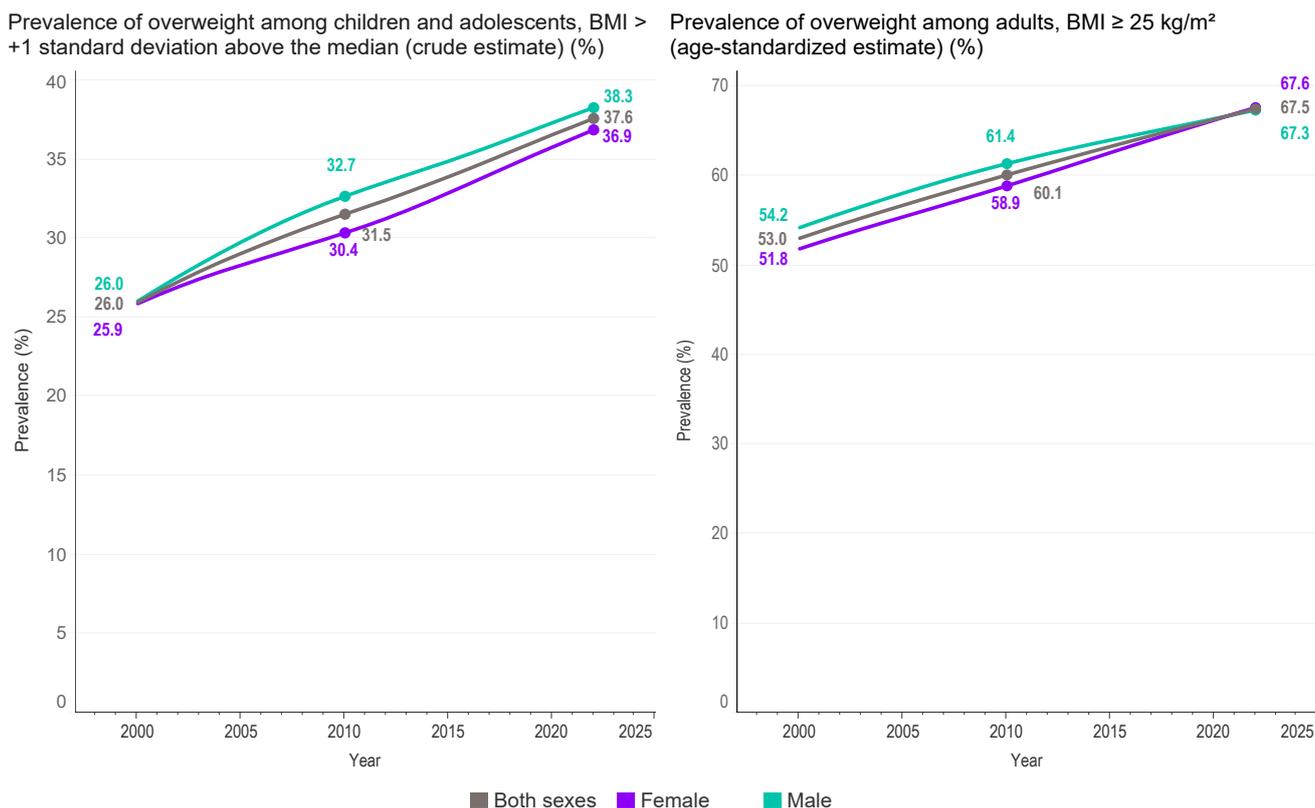


*Nota:* No hay datos disponibles o verificados por las autoridades nacionales para los países que no figuran en el gráfico.  
*Fuente:* Organización Mundial de la Salud. Portal de datos sobre las enfermedades no transmisibles. Estimaciones comparables disponibles para el período 1990-2022. Disponible en línea: <https://ncdportal.org/> [consultado el 14 de febrero del 2025]. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 2024 population-representative studies with 403 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2024;403(10431):1027-1050. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2).

# Tendencias en el sobrepeso y la obesidad

La prevalencia regional del sobrepeso y la obesidad en la población infantil y adolescente de 5 a 19 años aumentó en un 44,6% (del 26,0% en el 2000 al 37,6% en el 2022), y en la población adulta de 20 años o más, en un 27,4% (del 53,0% en el 2000 al 67,5% en el 2022) (figura 22).

**Figura 22.** Prevalencia del sobrepeso y la obesidad en la población infantil y adolescente de 5 a 19 años (izquierda) y la población adulta de 20 años o más (derecha) en la Región de las Américas, 2000-2022

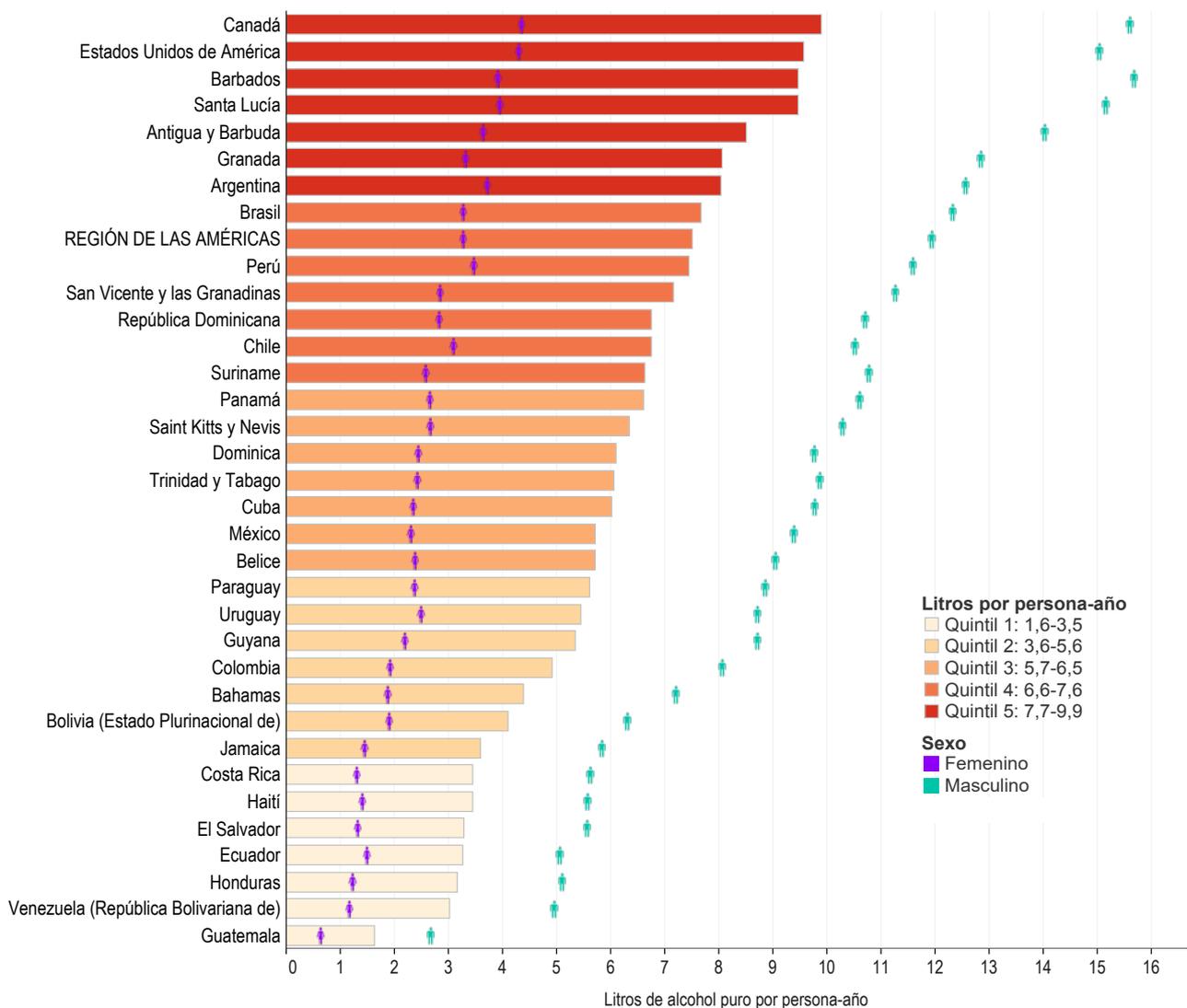


*Fuente:* Organización Mundial de la Salud. Portal de datos sobre las enfermedades no transmisibles. Estimaciones comparables disponibles para el período 1990-2022. Disponible en línea: <https://ncdportal.org/> [consultado el 14 de febrero del 2025]. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 2024 population-representative studies with 403 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2024;403(10431):1027-1050. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2).

# Consumo de alcohol

En la Región de las Américas, cada persona adulta consumía una media de 7,5 litros de alcohol puro al año en el 2019. Este consumo es casi cuatro veces mayor en los hombres (11,9 litros/persona/año) que en las mujeres (3,3 litros), un patrón que se evidencia en todos los países (figura 23). El nivel más alto de consumo de alcohol se observa en Canadá (9,9 litros/persona/año), y el más bajo en Guatemala (1,6 litros/persona/año).

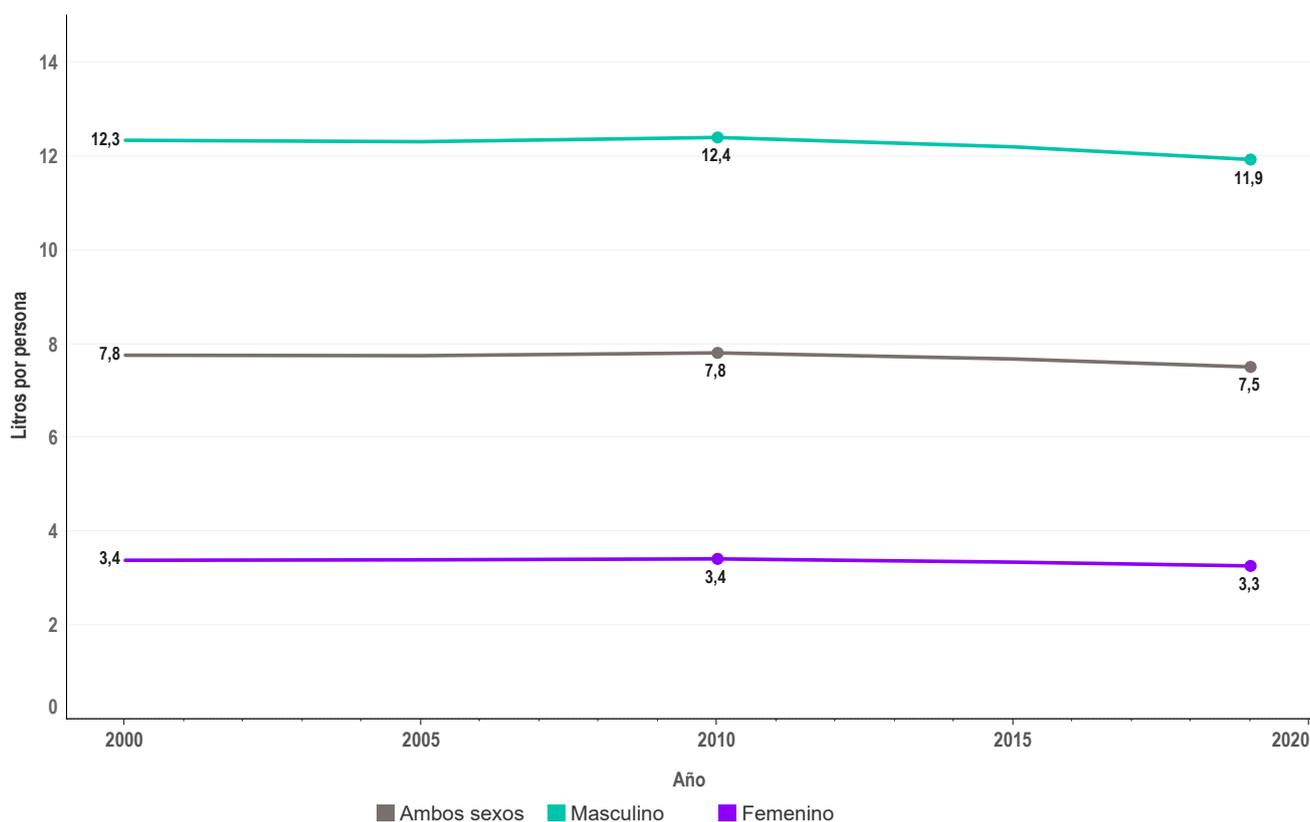
**Figura 23.** Consumo total de alcohol per cápita en población adulta de 15 años o más en litros de alcohol puro por persona y año en los países de la Región de las Américas, 2019



*Nota:* No hay datos disponibles o verificados por las autoridades nacionales para los países que no figuran en el gráfico.  
*Fuente:* Organización Mundial de la Salud. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>.

En las metas mundiales en materia de ENT se estableció una reducción del 10% en el consumo de alcohol para el 2025 con respecto al 2010, el año de referencia. Entre el 2010 y el 2019, el nivel regional de consumo total de alcohol per cápita disminuyó un 3,8%, aproximándose a la meta (figura 24). Esta tasa de cambio se tradujo en una reducción porcentual anual del 0,44%, inferior a la reducción anual del 0,7% necesaria para alcanzar la meta en el 2025. La Región está avanzando hacia la meta, pero es necesario redoblar los esfuerzos.

**Figura 24.** Tendencias en el consumo total de alcohol per cápita en la población adulta de 15 años o más en litros de alcohol puro por persona por año en la Región de las Américas, 2000-2019

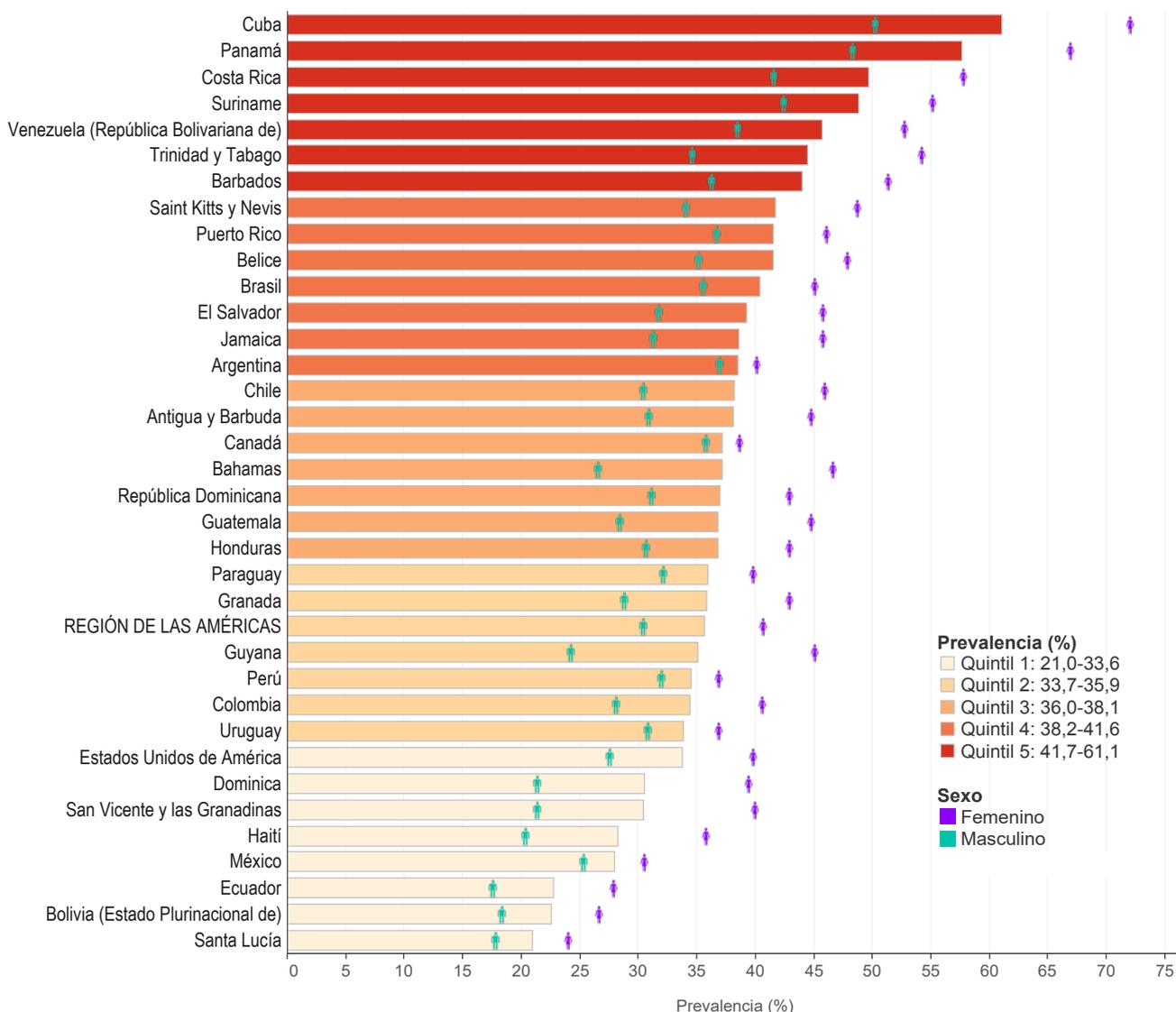


Fuente: Organización Mundial de la Salud. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>.

# Inactividad física

En 2022, el 35,6% de la población adulta (de 18 años o más) en la Región de las Américas no realizó suficiente actividad física, con una prevalencia del 30,5% en los hombres y del 40,6% en las mujeres. Se observaron diferencias entre países, con valores que oscilaron entre el 61,1% en Cuba y el 21,0% en Santa Lucía (figura 25).

**Figura 25.** Prevalencia de la actividad física insuficiente en la población adulta de 18 años o más, por sexo, en los países de la Región de las Américas, 2022



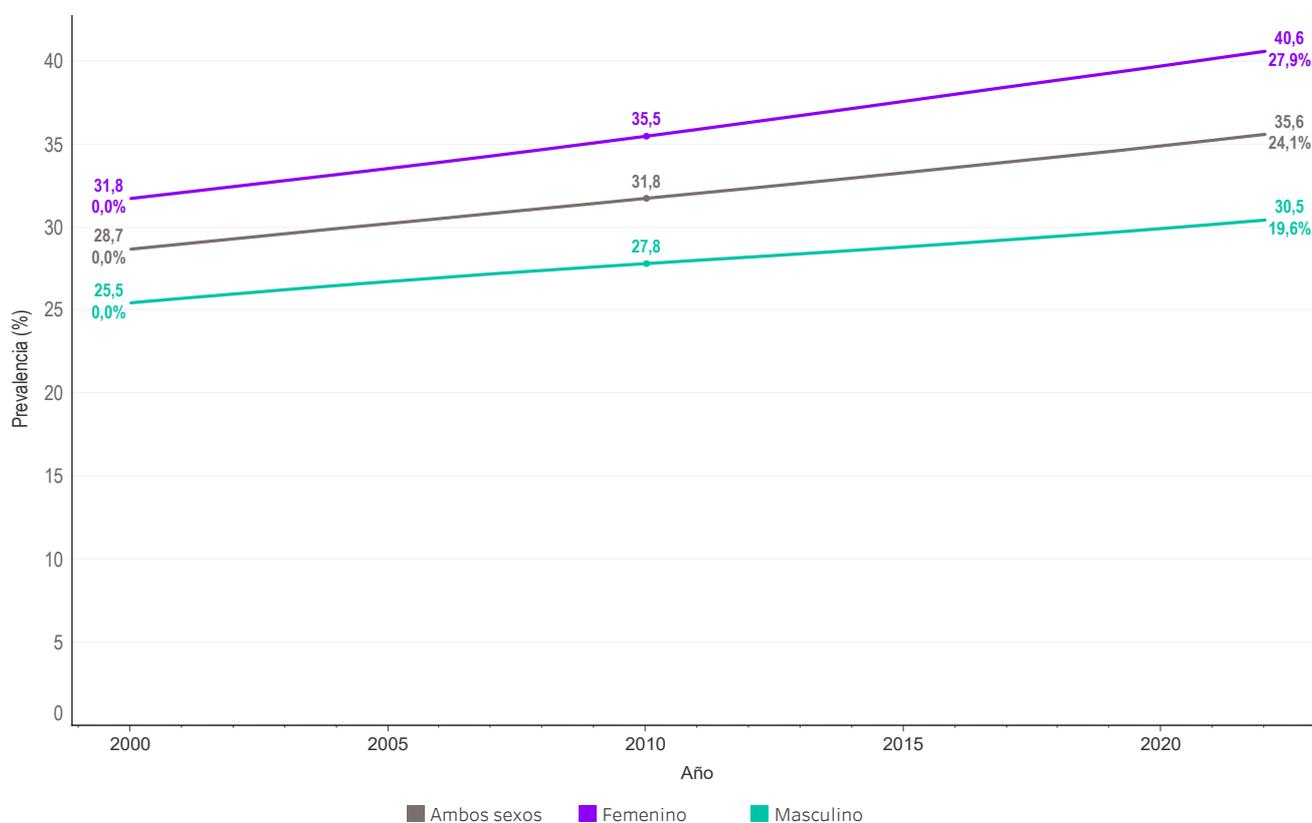
*Nota:* No hay datos disponibles o verificados por las autoridades nacionales para los países que no figuran en el gráfico.  
*Fuente:* Organización Mundial de la Salud. Portal de datos sobre las enfermedades no transmisibles. Estimaciones comparables disponibles para el período 1990-2022. Disponible en línea: <https://ncdportal.org/>.  
 Strain T, Flaxman S, Guthold R, et al. National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022: a pooled analysis of 507 population-based surveys with 5·7 million participants. *Lancet Glob Health.* 2024;12(8):e1232-e1243. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00150-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00150-5).

## Tendencias en la inactividad física

La prevalencia regional de la actividad física insuficiente en la población adulta aumentó en un 24,1%, al pasar del 28,7% en el 2000 al 35,6% en el 2022.

La meta mundial en materia de ENT para el 2025 estableció una reducción del 10% en la inactividad física con respecto al 2010, el año de referencia. En la Región de las Américas, la prevalencia de la actividad física insuficiente aumentó en un 12,1%, al pasar del 31,8% en el 2010 al 35,6% en el 2022 (figura 26). Esta tendencia indica que la Región va en dirección contraria a la meta fijada, por lo que se debe dar prioridad a las intervenciones eficaces para revertir la tendencia actual.

**Figura 26.** Tendencias en la prevalencia de la actividad física insuficiente en la población adulta de 18 años o más en la Región de las Américas, 2000-2022



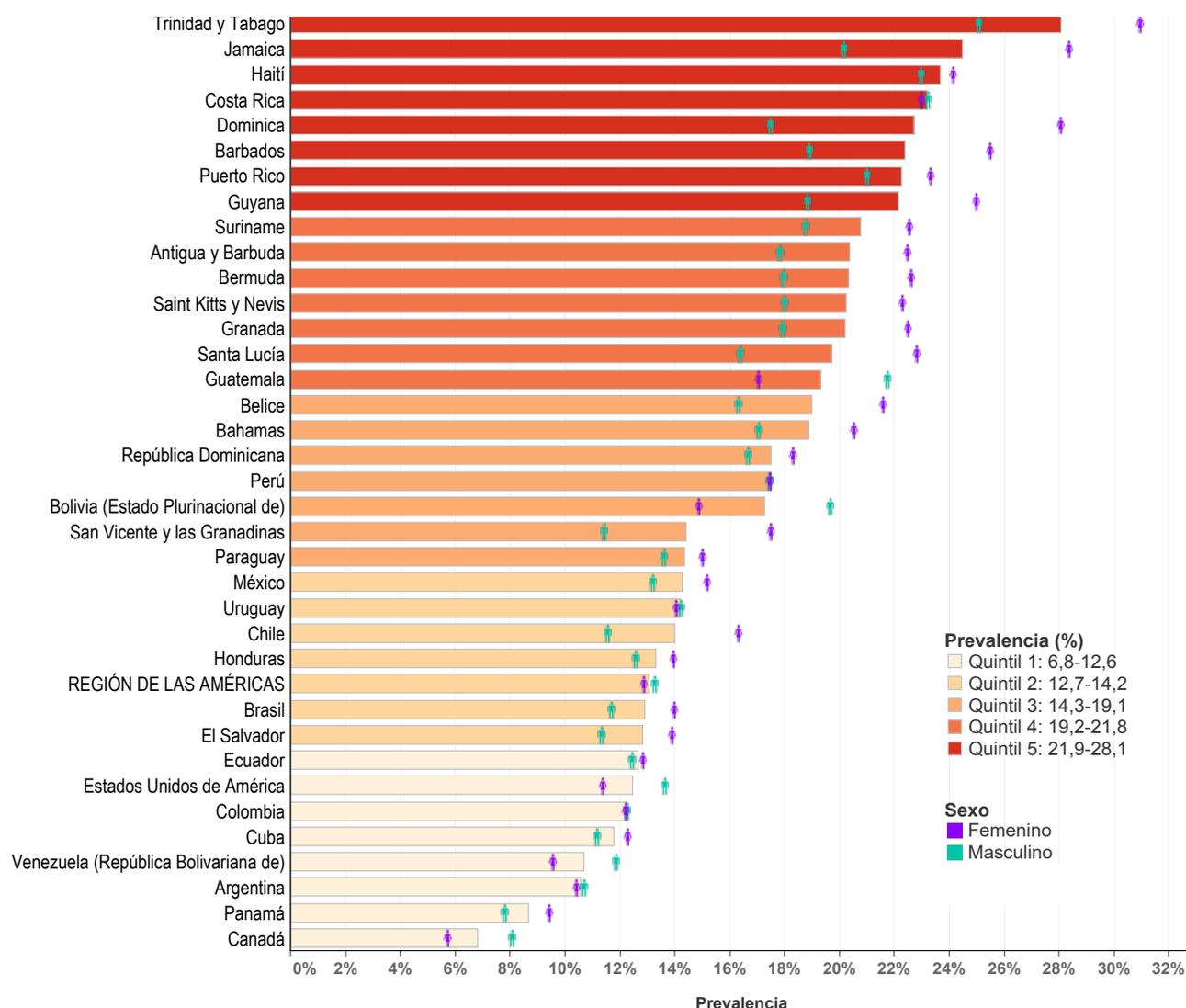
*Fuente:* Organización Mundial de la Salud. Portal de datos sobre las enfermedades no transmisibles. Estimaciones comparables disponibles para el período 1990-2022. Disponible en línea: <https://ncdportal.org/>.  
Strain T, Flaxman S, Guthold R, et al. National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022: a pooled analysis of 507 population-based surveys with 5·7 million participants. *Lancet Glob Health.* 2024;12(8):e1232-e1243. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00150-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00150-5).

# Prevalencia de la diabetes

## Prevalencia de la diabetes por país, 2022

En la Región de las Américas, en el 2022, el 13,1% de la población (el 13,3% de los hombres y el 12,9% de las mujeres) presentaba diabetes (figura 27). La prevalencia de la diabetes entre los países osciló entre un máximo del 28,1% en Trinidad y Tabago y un mínimo del 6,8% en Canadá. La prevalencia de la diabetes es mayor en las mujeres que en los hombres en la mayoría de los países, excepto Argentina, Canadá, Costa Rica, Estado Plurinacional de Bolivia, Estados Unidos de América, Guatemala, República Bolivariana de Venezuela y Uruguay.

**Figura 27.** Prevalencia de la diabetes en la población adulta de 18 años o más (definida como glucosa en ayunas  $\geq 7,0$  mmol/L o  $HbA_{1c} \geq 6,5\%$  o un uso actual de medicamentos para la diabetes) (estandarizada según la edad) en los países de la Región de las Américas, 2022

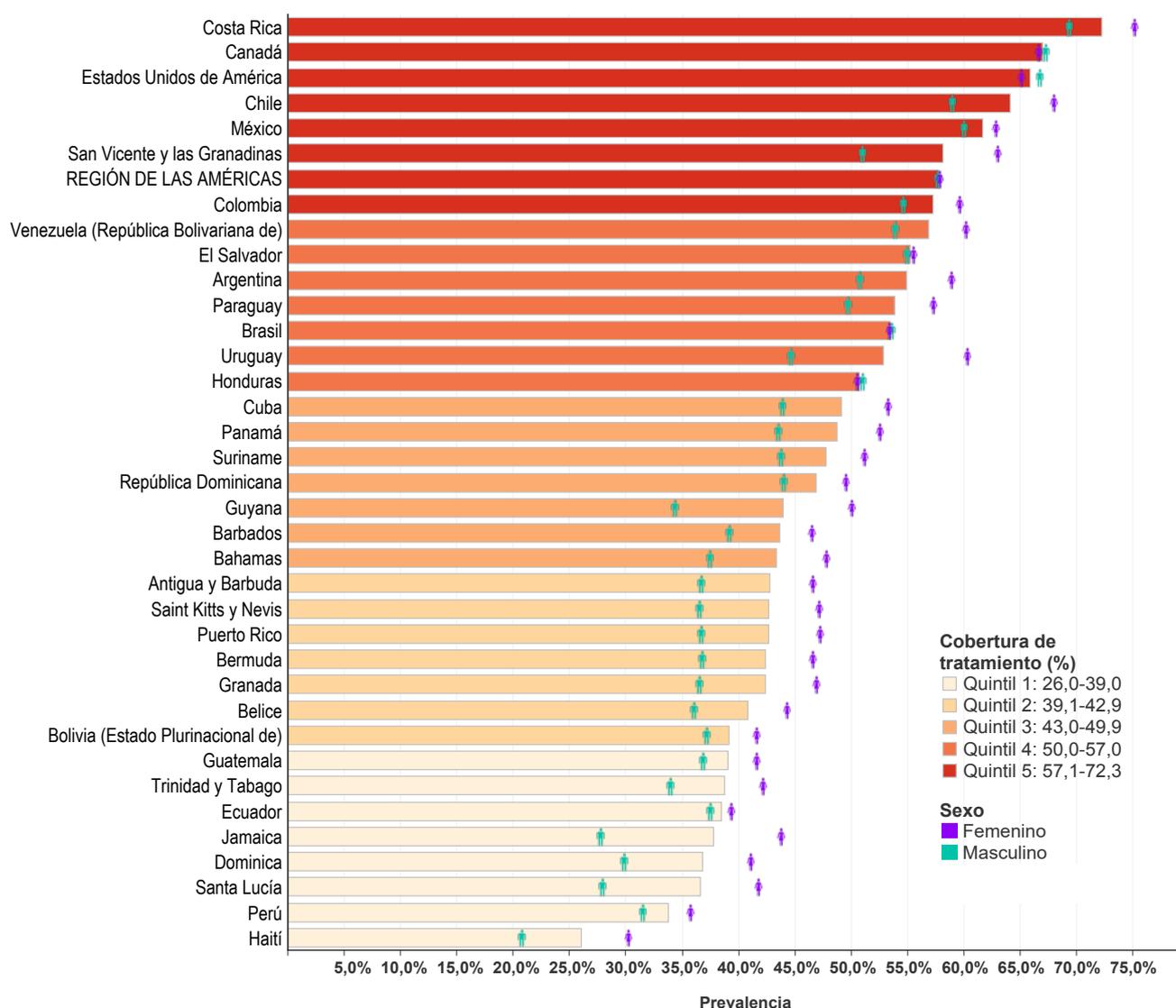


*Nota:* No hay datos disponibles o verificados por las autoridades nacionales para los países que no figuran en el gráfico.  
*Fuente:* Organización Mundial de la Salud. Portal de datos sobre las enfermedades no transmisibles. Estimaciones comparables disponibles desde 1990 hasta el 2022. Disponible en línea: <https://ncdportal.org>.  
 NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes prevalence and treatment from 1990 to 2022: a pooled analysis of 1108 population-representative studies with 141 million participants. *Lancet*. 2024;404(10467):2077-2093. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)02317-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)02317-1).

# Cobertura del tratamiento de la diabetes

En el 2022, en la Región de las Américas, solo tres de cada cinco personas adultas (el 58%) de 30 años o más con diabetes recibían tratamiento para la hiperglucemia (figura 28). La cobertura del tratamiento de la diabetes en los distintos países fue de entre el 72,3% en Costa Rica y el 26% en Haití. En la mayoría de los países, la cobertura del tratamiento de la diabetes es mayor entre las mujeres que entre los hombres, excepto en Canadá y Estados Unidos de América, donde la cobertura es similar para ambos sexos.

**Figura 28.** Cobertura del tratamiento de la diabetes (uso actual de medicamentos para controlar la glucemia en las personas con diabetes) en la población adulta de 30 años o más, por sexo, en los países de la Región de las Américas, 2022



*Nota:* No hay datos disponibles o verificados por las autoridades nacionales para los países que no figuran en el gráfico.  
*Fuente:* Organización Mundial de la Salud. Portal de datos sobre las enfermedades no transmisibles. Estimaciones comparables disponibles desde 1990 hasta el 2022. Disponible en línea: <https://ncdportal.org/>.  
 NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes prevalence and treatment from 1990 to 2022: a pooled analysis of 1108 population-representative studies with 141 million participants. *Lancet*. 2024;404(10467):2077-2093. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)02317-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)02317-1).

# Tendencias en la prevalencia de la diabetes y la cobertura del tratamiento de la diabetes

La prevalencia regional de la diabetes en la población adulta aumentó en un 53,6%, al pasar del 8,5% en el 2000 al 13,1% en el 2022 (figura 29).

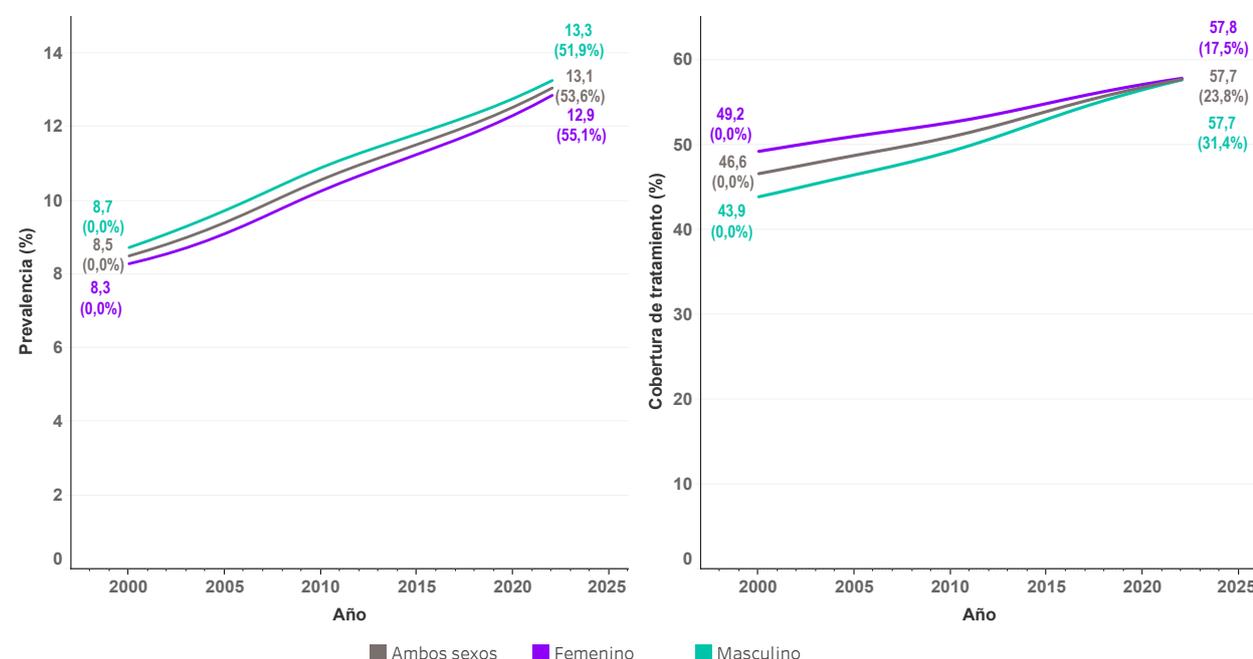
La meta mundial en materia de ENT es detener el aumento de la diabetes, y ningún país de la Región de las Américas está en vías de lograr dicha meta. La prevalencia de la diabetes está aumentando en todos los países, excepto en México y República Bolivariana de Venezuela, donde la diabetes disminuyó en un 24,7% y un 4,9% entre el 2010 y el 2022, respectivamente.

En cuanto a la cobertura del tratamiento, la Región ha logrado avances sustanciales, con un aumento del 23,8%, al pasar del 46,6% en el 2000 al 57,7% en el 2022. Sin embargo, la cobertura del tratamiento de la diabetes ha disminuido en algunos países en los últimos diez años, especialmente en Haití, Jamaica, República Dominicana y Santa Lucía, con reducciones del 12,7%, 20,4%, 7,7% y 13,2%, respectivamente.

**Figura 29.** Prevalencia de la diabetes en la población adulta de 18 años o más (izquierda) y cobertura del tratamiento de la diabetes en la población adulta de 30 años o más (derecha) en los países de la Región de las Américas, 2000-2022

Prevalencia de la diabetes en adultos de 18 años o más (FBG  $\geq 7,0$  mmol/L o HbA<sub>1c</sub>  $\geq 6,5$  % o que actualmente toman medicación para la diabetes) (estimaciones estandarizadas por edad)

Cobertura del tratamiento de la diabetes (uso actual de medicamentos para reducir la glucosa, entre las personas con diabetes) en adultos de 30 años o más (estimaciones estandarizadas por edad) (%)



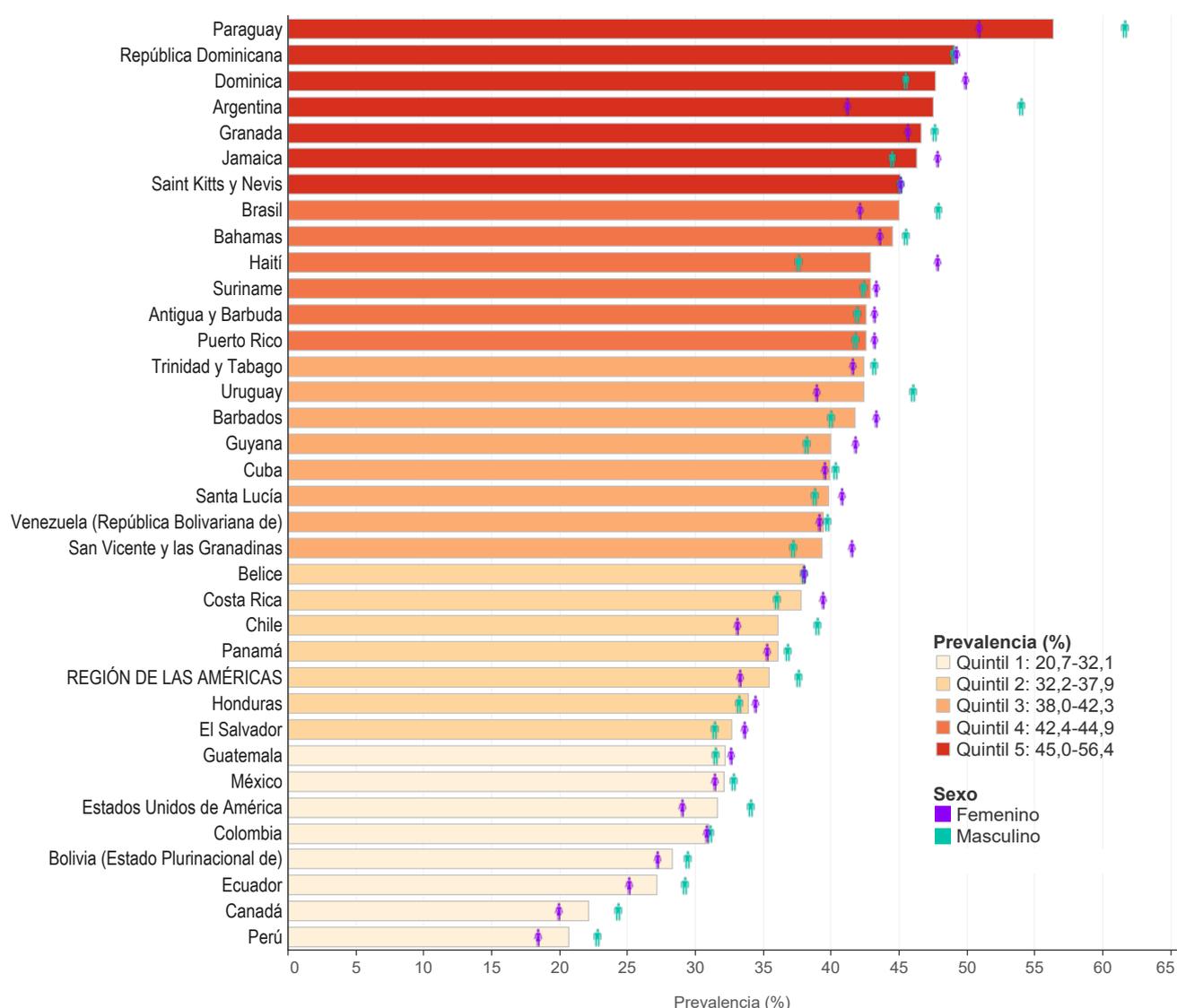
Fuente: NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes prevalence and treatment from 1990 to 2022: a pooled analysis of 1108 population-representative studies with 141 million participants. Lancet. 2024;404(10467):2077-2093. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)02317-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)02317-1).

# Prevalencia de la hipertensión

## Prevalencia de la hipertensión

En la Región de las Américas, en el 2019 (último año para el que se dispone de datos), el 35,4% de las personas de entre 30 y 79 años tenía hipertensión arterial (presión arterial alta) (figura 30): el 37,6% de los hombres y el 33,3% de las mujeres. Esta cifra representa un aumento del 2,6% respecto al año 2000, cuando la prevalencia era del 34,5%. Hay diferencias considerables entre los países, con valores que van desde un máximo del 56,4% en Paraguay hasta un mínimo del 20,7% en Perú. La mayor prevalencia de hipertensión (superior al 45%, el quinto quintil) se observó en Argentina, Dominica, Granada, Jamaica, Paraguay, República Dominicana, y Saint Kitts y Nevis.

**Figura 30.** Prevalencia de la hipertensión en la población adulta de 30 a 79 años (estandarizada según la edad), en los países de la Región de las Américas, 2019



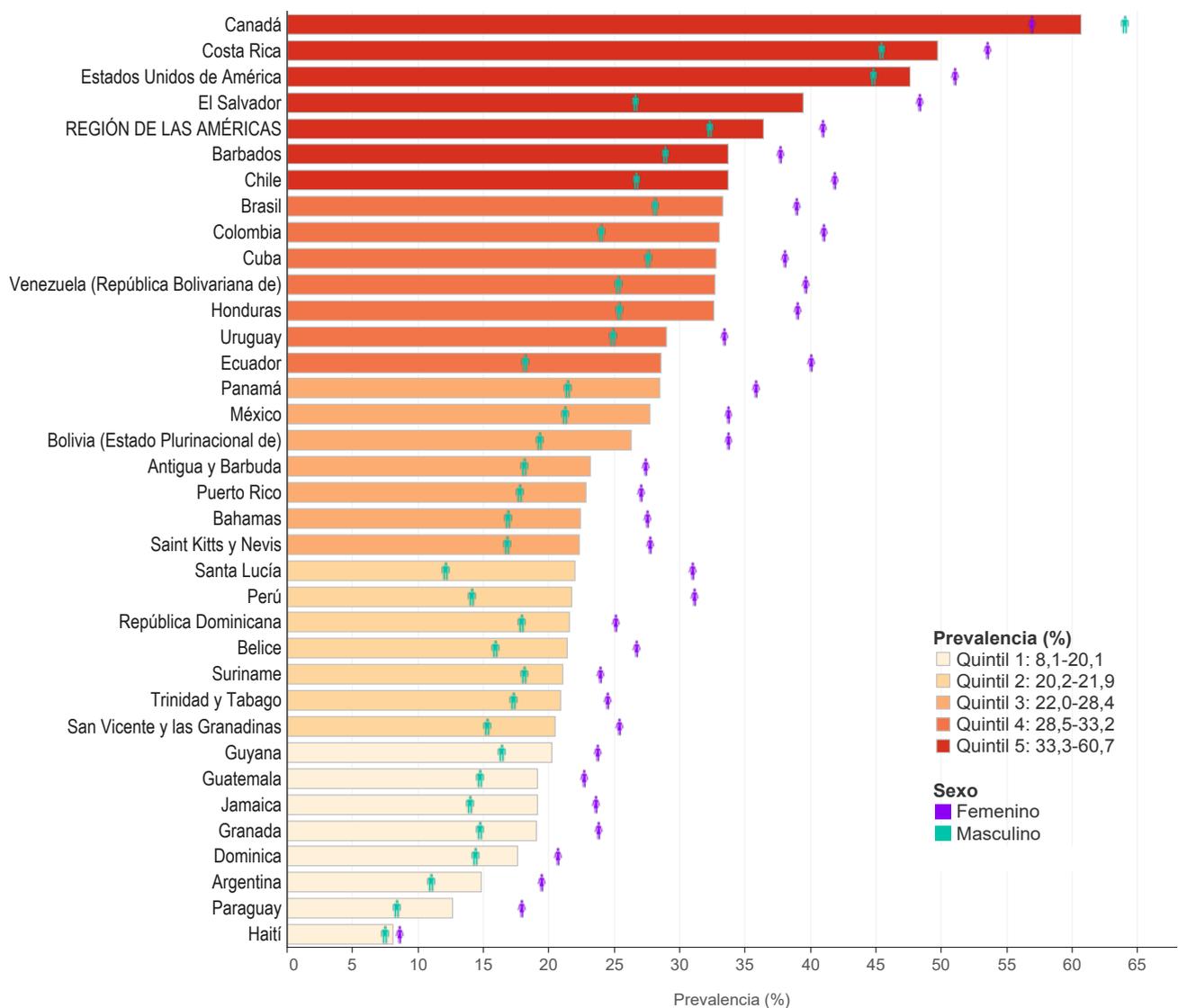
*Nota:* No hay datos disponibles o verificados por las autoridades nacionales para los países que no figuran en el gráfico.  
*Fuente:* NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. Lancet. 2024;398(10304):957-980. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01330-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01330-1/fulltext).

# Control de la hipertensión

El control de la hipertensión arterial en la población es la proporción de personas a las que se ha diagnosticado hipertensión (presión arterial sistólica  $\geq 140$  mmHg o presión arterial diastólica  $\geq 90$  mmHg), que han recibido tratamiento antihipertensivo, y que han alcanzado y mantienen niveles óptimos de presión arterial respecto al número total de personas con hipertensión.

En la Región de las Américas, en el 2019 (último año para el que se tienen datos), solo en un tercio de las personas de 30 a 79 años con hipertensión (el 36,4%, o 40,9% de las mujeres y 32,3% de los hombres) se logró controlar la hipertensión (figura 31). Las tasas de control de la hipertensión en la población mostraron diferencias considerables entre los distintos países, con un máximo del 60,7% en Canadá y un mínimo del 8,1% en Haití, y las mujeres presentaron tasas de control de la hipertensión mucho más elevadas que los hombres en casi todos los países.

**Figura 31.** Tasa de control de la hipertensión en las personas de 30 a 79 años con hipertensión (estandarizada según la edad), por sexo, en los países de la Región de las Américas, 2019



*Nota:* No hay datos disponibles o verificados por las autoridades nacionales para los países que no figuran en el gráfico.  
*Fuente:* NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. Lancet. 2024;398(10304):957-980. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01330-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01330-1/fulltext).

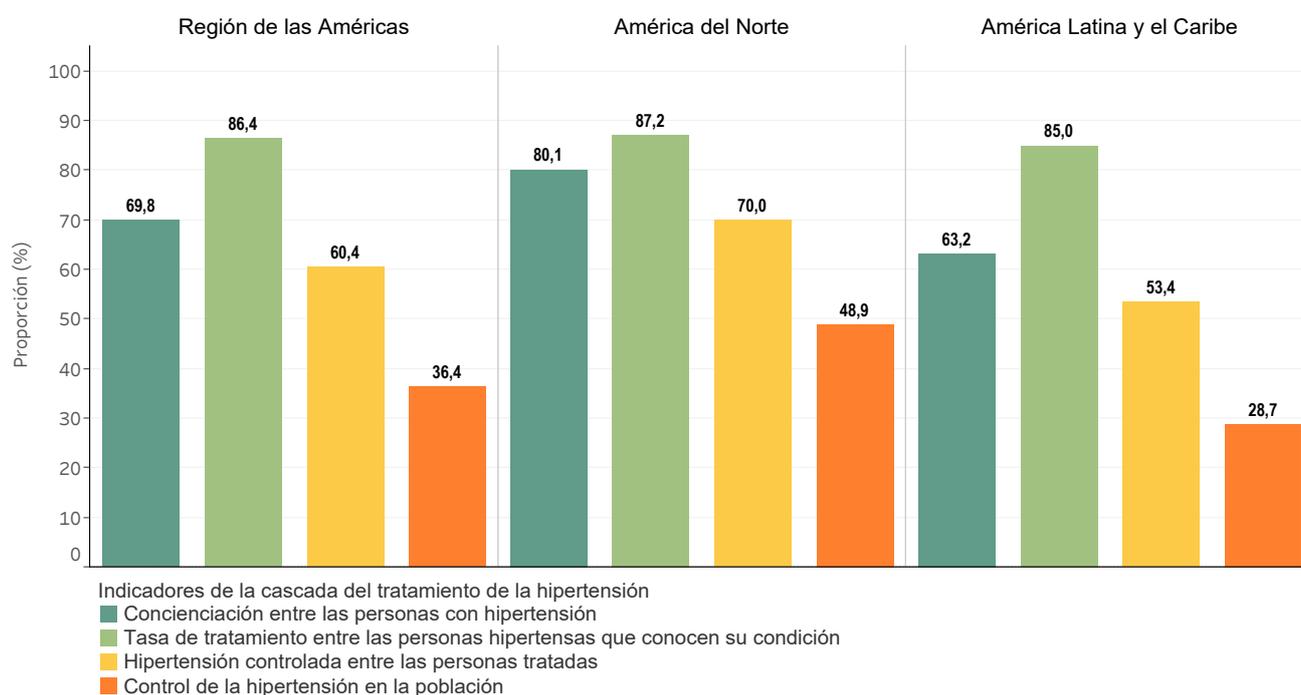
## Secuencia asistencial en el tratamiento de la hipertensión

En la Región de las Américas, en el 2019 (último año para el que se tienen datos), el 69,8% de las personas con hipertensión conocía su diagnóstico (figura 32) y, aunque el 86,4% de ellas recibía tratamiento, solo en el 60,4% de las personas tratadas se logró un control adecuado de la presión arterial. En resumen, en una tercera parte (el 36,4%) de las personas con hipertensión se logró controlar la presión arterial.

En América del Norte (Canadá y Estados Unidos de América), el 80,1% de las personas con hipertensión conocía su diagnóstico, el 87,2% de ellas recibía tratamiento y en el 70% de las tratadas se había logrado un control efectivo de la presión arterial. Esta es la subregión con el nivel más alto de control de la hipertensión en la población, ya que se logra controlarla en el 48,9% de las personas que la presentan.

En América Latina y el Caribe, el 72% de las mujeres con hipertensión conocía su diagnóstico, el 64% recibía tratamiento y en el 35% se había logrado controlar la enfermedad; mientras que de los hombres con hipertensión, el 57% conocía su diagnóstico, el 47% recibía tratamiento y en el 23% se había logrado el control. Esto significa que solo en una cuarta parte (el 28,7%) de la población de América Latina y el Caribe se logró controlar la hipertensión; las mayores brechas fueron las observadas en el diagnóstico de las personas con hipertensión (63,2%) y en el control de la presión arterial en quienes recibían tratamiento (53,4%).

**Figura 32.** Medidas de la secuencia asistencial en el tratamiento de la hipertensión en la Región de las Américas, América del Norte, y América Latina y el Caribe, 2019



*Fuente:* NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. Lancet. 2024;398(10304):957-980. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01330-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01330-1/fulltext).

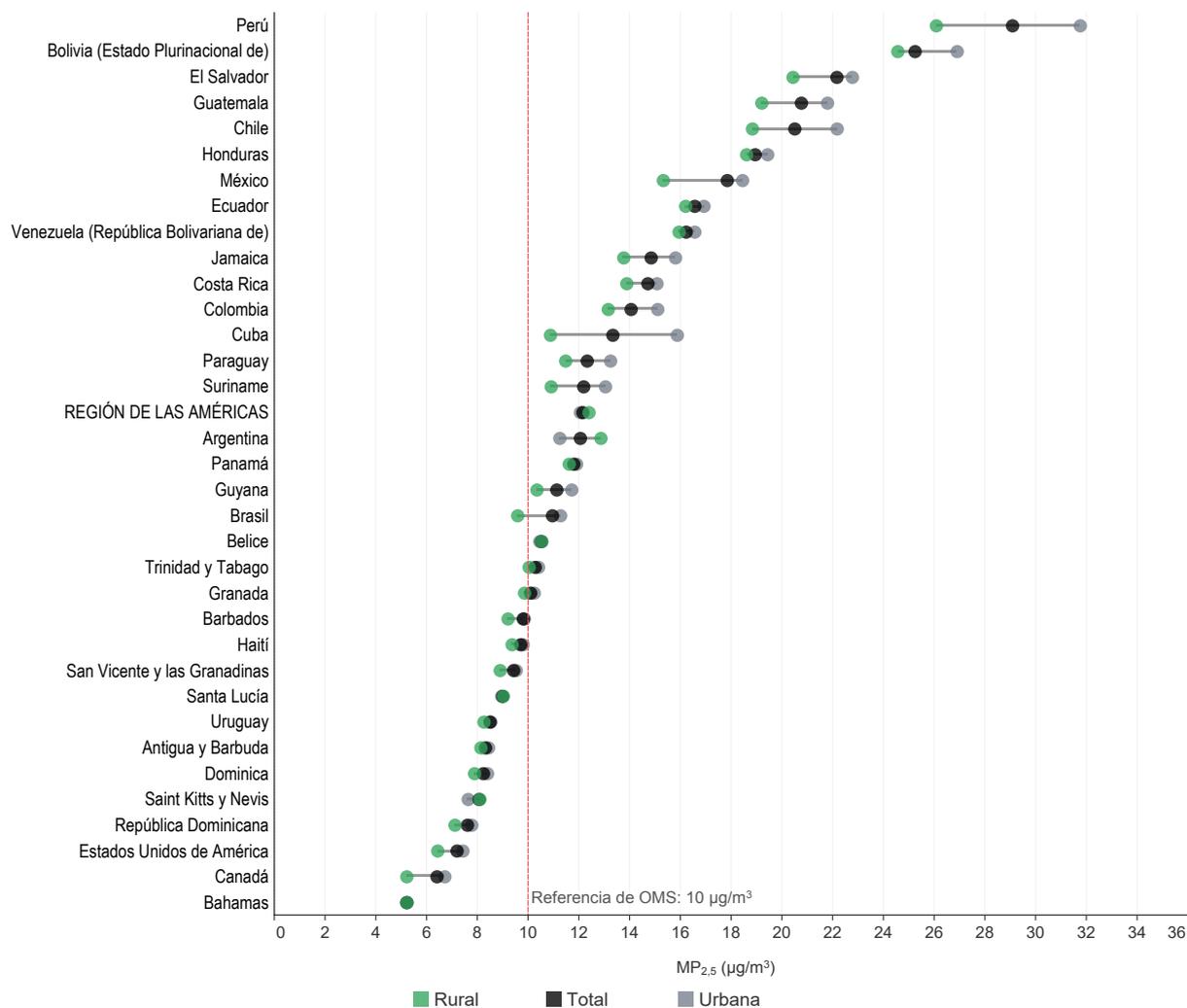
# Contaminación del aire ambiental

## Nivel de contaminación del aire ambiental en la Región de las Américas

La contaminación del aire constituye un riesgo ambiental importante para la salud y aumenta el riesgo de contraer enfermedades respiratorias agudas y crónicas, como el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el cáncer de pulmón, además de cardiopatías.

En el 2019, la concentración regional media de partículas finas de menos de 2,5 micrómetros de diámetro (MP<sub>2,5</sub>) ponderada según la población era de 12,1 µg/m<sup>3</sup> (figura 33), cifra superior al valor recomendado por la OMS para la calidad del aire, de 10 µg/m<sup>3</sup>. De los 35 Estados Miembros de la OPS de la Región de las Américas, 12 (el 34%) tenían niveles de exposición a concentraciones de MP<sub>2,5</sub> por debajo de los establecidos en las directrices de la OMS. En la Región, los niveles más altos de exposición a concentraciones de MP<sub>2,5</sub> iguales o mayores a 20 µg/m<sup>3</sup> se observaron en Perú, Estado Plurinacional de Bolivia, El Salvador, Guatemala y Chile.

**Figura 33.** Concentraciones medias de partículas de menos de 2,5 micrómetros de diámetro (MP<sub>2,5</sub>) ponderadas según la población, por zona de residencia en la Región de las Américas, 2019

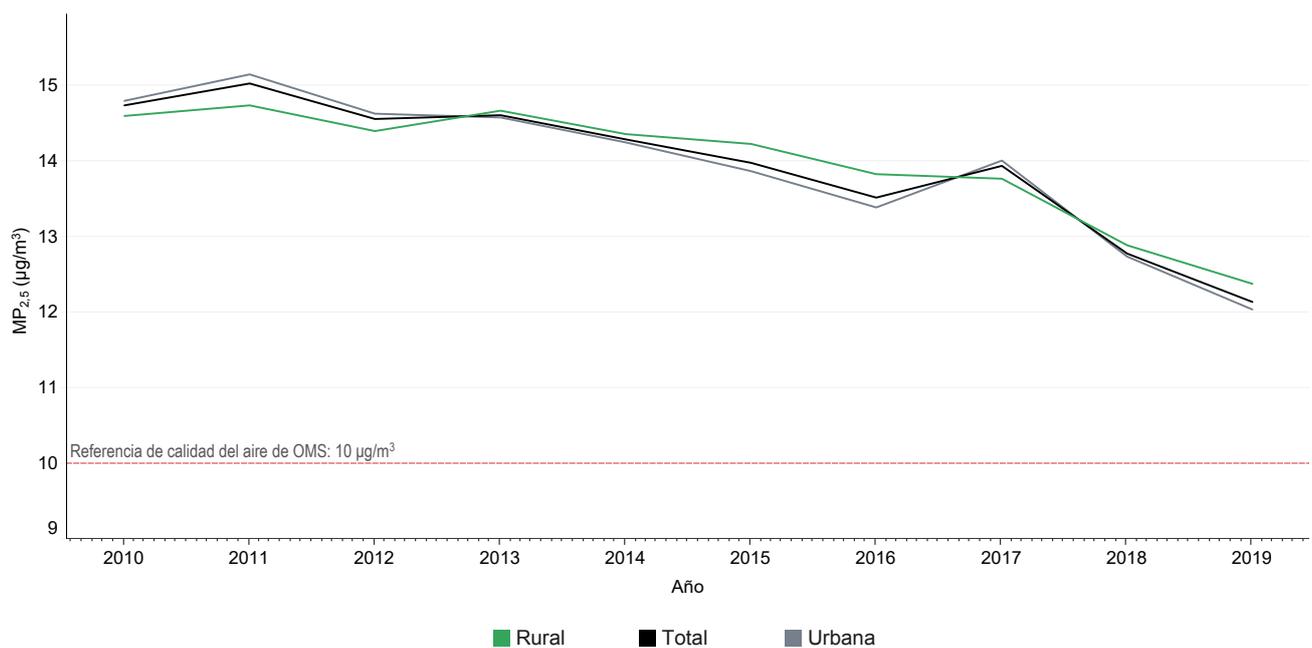


*Nota:* No hay datos disponibles o verificados por las autoridades nacionales para los países que no figuran en el gráfico.  
*Fuente:* Organización Mundial de la Salud. Portal de datos sobre ENT. Estimaciones comparables disponibles para el período 2010-2019. Disponible en línea: <https://ncdportal.org>.

# Tendencias en la contaminación del aire ambiental

El nivel de exposición a concentraciones elevadas de  $MP_{2,5}$  en la Región de las Américas disminuyó entre el 2010 y el 2019 (figura 34). Sin embargo, los niveles regionales de exposición (total y en zonas urbanas y rurales) seguían estando por encima de los recomendados por la OMS en sus directrices sobre la calidad del aire. Los países de la Región deben redoblar las medidas para acelerar la reducción de la contaminación del aire ambiental y alcanzar el umbral establecido en las directrices.

**Figura 34.** Tendencia de las concentraciones medias de partículas de menos de 2,5 micrómetros de diámetro ( $MP_{2,5}$ ) ponderadas según la población por zona de residencia en la Región de las Américas, 2010-2019



*Fuente:* Organización Mundial de la Salud. Portal de datos sobre las enfermedades no transmisibles. Estimaciones comparables disponibles para el período 2010-2019. Disponible en línea: <https://ncdportal.org/>.



# Notas técnicas

# Antecedentes

En esta publicación se presenta información sobre la frecuencia y la distribución de las enfermedades no transmisibles (ENT) y sus factores de riesgo más comunes en los países de la Región de las Américas. Se incluyen indicadores sobre el porcentaje y el número de muertes por ENT, las tasas de mortalidad estandarizadas según la edad para las cuatro principales ENT (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas) y el riesgo de muerte prematura debida a las mismas cuatro ENT, que es el indicador utilizado para dar seguimiento a la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en materia de ENT. También se presenta información sobre la prevalencia de los factores de riesgo principales y más comunes de las ENT.

Los datos presentados proceden de varias fuentes, cada una de las cuales se explica en las siguientes notas.

## Indicadores de mortalidad

Definiciones de los indicadores:

**Muertes por enfermedades no transmisibles** (2000-2021): número estimado de muertes debidas a ENT por sexo en los países de la Región de las Américas.

**Tasas de mortalidad por 100 000 habitantes estandarizadas según la edad** (2000-2021):

- **Enfermedades no transmisibles:** tasas de mortalidad por ENT por 100 000 habitantes estandarizadas según la edad, por sexo y país.
- **Enfermedades cardiovasculares:** tasas de mortalidad por ECV por 100 000 habitantes estandarizadas según la edad, por sexo y país.
- **Cáncer:** tasas de mortalidad por cáncer por 100 000 habitantes estandarizadas según la edad, por sexo y país.
- **Enfermedades respiratorias crónicas:** tasas de mortalidad por ERC por 100 000 habitantes estandarizadas según la edad, por sexo y país.
- **Diabetes:** tasas de mortalidad por diabetes por 100 000 habitantes estandarizadas según la edad, por sexo y país.
- **Suicidio:** tasas de mortalidad por suicidio por 100 000 habitantes estandarizadas según la edad, en ambos sexos combinados, por país.

**Probabilidad de mortalidad prematura por ENT (%)** (2016): probabilidad no condicionada de morir entre las edades exactas de 30 y 70 años a causa de cualquiera de las cuatro ENT principales (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas), expresada como porcentaje.

## Métodos de estimación

Los indicadores de mortalidad por ENT presentados en esta publicación se calcularon a partir del número estimado de muertes registradas en el conjunto amplio de datos de las estimaciones mundiales de salud de la OMS (GHE, por su sigla en inglés) para el período 2000-2021 (1).

El número estimado de muertes por edad, sexo, causa de la muerte y año en los 35 Estados Miembros de la OPS se obtuvo del conjunto amplio de datos de las GHE correspondientes al 2021 (1). Los métodos y las fuentes de datos de la OMS para las estimaciones correspondientes al 2000 están

documentados en otra publicación (2). De forma resumida, los datos de los sistemas nacionales de estadísticas vitales y de información sobre mortalidad notificados a la OPS y la OMS por las autoridades nacionales fueron la principal fuente. Los datos de mortalidad se corrigieron por lo que respecta a la información faltante sobre el sexo y la edad, y las muertes se reajustaron en función del subregistro. Los problemas relacionados con la calidad de los datos sobre las causas de muerte debidos a la exactitud del diagnóstico y de la codificación se ajustaron utilizando las técnicas demográficas formales denominadas métodos de distribución de la mortalidad. Por ejemplo, las muertes con causas subyacentes a las que se habían asignado códigos mal definidos o vagos (los llamados “códigos basura”) se redistribuyeron asignándolas a causas bien definidas y se estableció la correspondencia con la lista de causas de muerte de las GHE (2).

Las muertes por ENT comprenden todas las muertes con una causa subyacente correspondiente al grupo II de la lista de causas de las GHE. Las cuatro causas principales de muerte por ENT son aquellas cuya causa subyacente está codificada como enfermedades cardiovasculares (I00-I99), cáncer (C00-C97), diabetes (E10-E14) o enfermedades respiratorias crónicas (J30-J98), según la lista de causas de muerte de las GHE (2).

Las tasas de mortalidad estandarizadas según la edad por todas las ENT y por cada una de las cuatro ENT principales, así como las tasas de mortalidad específicas por edad y sexo, en cada país, y para el año 2021, se calcularon utilizando estimaciones de la población tomadas de la base de datos de la revisión de las perspectivas de la población mundial del 2024 (3) para los países con una población de 90 000 habitantes o más. Se utilizó la población mundial estándar de la OMS (4) para ajustar las tasas según los cambios en la distribución de edades de la población utilizando el método directo de estandarización de las tasas.

Las tasas de mortalidad por suicidio por 100 000 habitantes estandarizadas según la edad para ambos sexos combinados se calcularon para cada país a partir de las estimaciones de muertes por suicidio (los códigos de la CIE-10 empleados para el suicidio son X60-X84, Y87.0), utilizando la población mundial estándar de la OMS (4), mediante el método directo.

El riesgo de muerte prematura por las principales ENT se midió como la probabilidad no condicionada de morir entre las edades exactas de 30 y 70 años por cualquiera de las cuatro categorías principales de ENT (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas), la cual se estimó para el período del 2000 al 2021 utilizando las tasas de mortalidad específicas por edad (en grupos etarios de 5 años, es decir, de 30 a 34 hasta 65 a 69, para las personas de entre 30 y 70 años) por las cuatro categorías principales de ENT combinadas, para cada Estado Miembro (1). Usando el método de las tablas de mortalidad, el riesgo de muerte entre las edades exactas de 30 y 70 años por cualquiera de las cuatro causas, y en ausencia de otras causas de muerte, se calculó como se describe a continuación.

Las tasas de mortalidad a cinco años se calcularon con la siguiente ecuación:

$${}_5M_x = \frac{{}_5D_x \text{ por las 4 ENT entre la edad exacta (x) y la edad (x + 5)}}{{}_5P_x}$$

Donde  ${}_5D_x$  indica el número de defunciones entre la edad  $x$  y la edad  $x + 5$ , y  ${}_5P_x$  representa el tamaño de la población entre la edad  $x$  y la edad  $x + 5$ . Luego, las tasas de mortalidad a cinco años se tradujeron a la probabilidad de muerte por cada ENT usando la siguiente fórmula:

$${}_5q_x = \frac{5 \times {}_5M_x}{1 + 2,5 \times {}_5M_x}$$

La probabilidad no condicionada de muerte, para el intervalo de edades de 30 a 70 años, se calculó con la siguiente fórmula:

$${}_{40}q_{30} = 1 - (1 - {}_5q_{30}) \times (1 - {}_5q_{35}) \times \dots \times (1 - {}_5q_{65})$$

## Indicadores de los factores de riesgo

Se presentan estimaciones de la prevalencia de los factores de riesgo comportamentales y metabólicos que se definen a continuación:

**Consumo total de alcohol per cápita (CAPC), en litros de alcohol puro (2019):** cantidad total (la suma del CAPC registrado y el CAPC no registrado) de alcohol consumido por persona (de 15 años o más) durante un año civil, ajustada para tener en cuenta el consumo turístico, en litros de alcohol puro.

**Actividad física insuficiente (2022):** porcentaje de la población de 18 años o más que era físicamente inactiva, definida como la población que no sigue las recomendaciones de la OMS en materia de actividad física para la salud: 150 minutos de actividad física de intensidad moderada por semana o 75 minutos de actividad física de intensidad energética por semana o una combinación equivalente de actividad física de intensidad moderada y de intensidad energética.

**Consumo actual de tabaco para fumar (2022):** porcentaje de la población de 15 o más años que fuma cualquier producto de tabaco.

**Consumo actual de tabaco en la población adolescente (2022):** porcentaje de la población de 13 a 15 años que consumió algún producto de tabaco fumado o sin humo al menos una vez en los 30 días anteriores a la encuesta.

**Prevalencia de la hipertensión (2000-2019):** proporción de personas de 30 a 79 años con hipertensión (presión arterial sistólica  $\geq 140$  mmHg o presión arterial diastólica  $\geq 90$  mmHg, o en tratamiento con antihipertensivos) en la población.

**Tasa de control de la hipertensión en la población (2000-2019):** proporción de personas de 30 a 79 años con hipertensión controlada (presión arterial sistólica  $\leq 140$  mmHg y presión arterial diastólica  $\leq 90$  mmHg) entre las personas de 30 a 79 años con hipertensión.

**Hiperglucemia (2022):** porcentaje de la población de 18 años o más con glucosa plasmática en ayunas  $\geq 7,0$  mmol/L o  $HbA_{1c} \geq 6,5\%$  o uso actual de medicamentos para la diabetes.

**Obesidad (2022):**

- **Obesidad infantil y en adolescentes:** porcentaje de la población en las edades de 5 a 19 años con índice de masa corporal (IMC) superior a 2 desviaciones estándar por encima de la media de la referencia de crecimiento de la OMS.
- **Obesidad en adultos:** porcentaje de la población de 20 años y más que tiene un IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>.

## **Sobrepeso y obesidad (2022):**

- **Sobrepeso y obesidad infantil y en adolescentes:** porcentaje de la población en las edades de 5 a 19 años con IMC superior a 1 desviación estándar por encima de la media de la referencia de crecimiento de la OMS.
- **Sobrepeso y obesidad en adultos:** porcentaje de la población de 20 años y más que tiene un IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>.

**Contaminación del aire ambiental (2019):** concentraciones anuales medias de partículas finas de menos de 2,5 micrómetros de diámetro (MP<sub>2,5</sub>) en el aire ( $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ) ponderadas según la población.

## **Métodos de estimación**

La principal fuente de datos para las estimaciones relativas al consumo total de alcohol per cápita (CAPC) fueron los datos gubernamentales sobre el consumo de alcohol per cápita registrado proporcionados por los respectivos Estados Miembros. Si esos datos no estaban disponibles, se utilizaron datos provenientes de los operadores económicos y de la base de datos estadística de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAOSTAT). El consumo total de alcohol per cápita en el 2016 se calculó a partir de un promedio de tres años del consumo per cápita registrado (2018, 2019 y 2020), y aplicando la proporción no registrada (para el 2019) y el consumo turístico (para el 2019) por parte de los turistas que visitaron el país y los habitantes que visitaron otros países. Respecto del consumo per cápita de los hombres y las mujeres, se utilizaron la proporción de alcohol consumido por los hombres frente a la de las mujeres y las estimaciones poblacionales de la División de Población de las Naciones Unidas (3). Pueden consultarse más detalles sobre los métodos de estimación en el Informe mundial sobre la situación de alcohol y salud, y el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias (5).

En cuanto a las estimaciones de la actividad física insuficiente en la población adulta, se agruparon los datos de encuestas poblacionales que informaban sobre la prevalencia de la actividad física insuficiente, lo que incluía la actividad física declarada por las propias personas en el trabajo, en el hogar, en el transporte y durante el tiempo libre. Se usaron modelos de regresión para ajustar los datos de las encuestas a una definición estandarizada y grupos etarios estandarizados. Para obtener un año normalizado, se estimaron las tendencias temporales usando modelos multinivel de efectos mixtos. Toda la información detallada sobre los métodos se ha presentado en otra publicación (6).

La prevalencia del consumo actual de tabaco se estimó a partir de encuestas nacionales que cumplieran los siguientes criterios: a) que la encuesta proporcionara datos nacionales resumidos en cuanto a una o varias de las cuatro definiciones del consumo de tabaco: fumador diario de tabaco, fumador actual de tabaco, fumador diario de cigarrillos o fumador actual de cigarrillos; b) que la encuesta incluyera a participantes seleccionados aleatoriamente que fueran representativos de la población nacional, y c) que la encuesta presentara tasas de prevalencia por edad y sexo. Los países que no tenían ninguna encuesta o cuyas encuestas eran insuficientes (por ejemplo, que tenían solo una encuesta en total o no habían efectuado ninguna encuesta en los diez años anteriores) se excluyeron del análisis. Se utilizaron modelos de regresión al nivel subregional de las Naciones Unidas a fin de obtener tasas de prevalencia específicas por edad y sexo del consumo actual de tabaco para los años 2010-2025 (7).

La prevalencia de la hipertensión, así como las tasas de conocimiento del diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión, se estimaron utilizando métodos estándares a partir de un análisis conjunto de datos procedentes de estudios poblacionales y representativos a nivel nacional (8).

La prevalencia de la hiperglucemia en ayunas y del tratamiento de la diabetes se estimó utilizando datos de 1108 estudios representativos de la población con 141 millones de participantes de 18 años o más, con mediciones de glucosa en ayunas y glucohemoglobina ( $HbA_{1c}$ ) e información sobre el tratamiento de la diabetes. La diabetes se definió como una glucosa en ayunas de 7,0 mmol/L o más, una  $HbA_{1c}$  de 6,5% o más, o un uso actual de medicamentos para la diabetes. El tratamiento de la diabetes se definió como la proporción de personas con diabetes que usaban medicamentos para esta enfermedad. Se aplicó un modelo de metarregresión jerárquica bayesiana para estimar la prevalencia y el tratamiento de la diabetes (9).

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad se basó en datos agregados proporcionados por los países a la OMS u obtenidos mediante una revisión de la literatura especializada publicada y no publicada. Los criterios de inclusión para el análisis de las estimaciones estipulaban que los datos tenían que provenir de una muestra aleatoria de la población general, y que se debían indicar los métodos de las encuestas y definir los factores de riesgo claramente. Los métodos detallados de las estimaciones ya se han publicado (10).

El indicador de la exposición a la contaminación del aire ambiental (aire en exteriores) se estimó dividiendo la concentración media anual de partículas finas (partículas con un diámetro  $\leq 2,5$  micrómetros) ( $MP_{2,5}$ ) en un país entre el nivel recomendado de concentración media anual de  $MP_{2,5}$  que figura en la actualización mundial de las directrices de la OMS sobre calidad del aire del 2005 (11). Las estimaciones a nivel de país de las  $MP_{2,5}$  se obtuvieron utilizando un modelo matemático que empleó mediciones de partículas finas a nivel del suelo compiladas en la base de datos de la OMS sobre contaminación del aire exterior (12), información obtenida mediante teledetección por satélite y otros datos demográficos (13).



# Referencias

- [1] Organización Mundial de la Salud. Global health estimates: Leading causes of death. Cause-specific mortality, 2000-2021. Ginebra: OMS; 2024 [consultado el 11 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.
- [2] Organización Mundial de la Salud. WHO methods and data sources for global causes of death, 2000-2021. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2021\\_cod\\_methods.pdf?sfvrsn=dca346b7\\_1](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2021_cod_methods.pdf?sfvrsn=dca346b7_1).
- [3] Naciones Unidas. World Population Prospects - 2024 revision. Nueva York: Naciones Unidas; 2024 [consultado el 12 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/>.
- [4] Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, et al. Age standardization of rates: a new WHO standard. GPE Discussion Paper Series No. 31. Ginebra: OMS; 2001. Disponible en: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/gpe\\_discussion\\_paper\\_series\\_paper31\\_2001\\_age\\_standardization\\_rates.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/gpe_discussion_paper_series_paper31_2001_age_standardization_rates.pdf).
- [5] Organización Mundial de la Salud. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>.
- [6] Strain T, Flaxman S, Guthold R, et al. National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022: a pooled analysis of 507 population-based surveys with 5.7 million participants. Lancet Glob Health. 2024;12(8):e1232-e1243. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00150-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00150-5).
- [7] Organización Mundial de la Salud. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2030. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240088283>.
- [8] NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. Lancet. 2024;398(10304):957-980. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01330-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01330-1/fulltext).
- [9] NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes prevalence and treatment from 1990 to 2022: a pooled analysis of 1108 population-representative studies with 141 million participants. Lancet. 2024;404(10467):2077-2093. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)02317-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)02317-1).
- [10] NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. Lancet. 2024;403(10431):1027-1050. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2).
- [11] Organización Mundial de la Salud. Air Quality Guidelines: Global update 2005. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa (EURO); 2006. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SDE-PHE-OEH-06.02>.
- [12] Organización Mundial de la Salud. Ambient air pollution. Ginebra: OMS; 2025 [consultado el 12 de marzo del 2025]. Disponible en: <http://www.who.int/airpollution/data/cities/en/>.
- [13] Organización Mundial de la Salud. Ambient air pollution: A global assessment of exposure and burden of disease. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511353>.



La vigilancia y el monitoreo eficaces de las enfermedades no transmisibles (ENT) y sus factores de riesgo son esenciales para fundamentar políticas de salud pública basadas en la evidencia, abordar las inequidades en materia de salud y garantizar el progreso hacia las metas mundiales y regionales. Al seguir las tendencias de las ENT y sus factores de riesgo modificables, como el consumo de tabaco, las dietas poco saludables, la inactividad física, el consumo nocivo de alcohol y la contaminación del aire, junto con los factores de riesgo biológicos, como el sobrepeso y la obesidad, la presión arterial elevada (hipertensión arterial) y la hiperglucemia (diabetes), los responsables de las políticas pueden reconocer las amenazas incipientes y asignar los recursos de manera eficiente y dirigidos a las poblaciones vulnerables. Los datos fiables también permiten a los países evaluar las intervenciones, ajustar las políticas y fortalecer los sistemas de salud para reducir la carga de las ENT.

En este material se presentan datos sobre la mortalidad por ENT y suicidio, junto con las tendencias por sexo, en la Región de las Américas y en los 35 Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud del 2000 al 2021. También se destaca el progreso hacia las metas mundiales en materia de ENT para el 2025.

Si bien el número de muertes relacionadas con las ENT en la Región aumentó a 6 millones en el 2021, la tasa de mortalidad por ENT estandarizada según la edad disminuyó en un 16,2%, lo que refleja el impacto del crecimiento y el envejecimiento de la población. Sin embargo, la mortalidad prematura por ENT –el indicador clave del Plan de acción mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la prevención y el control de las ENT– solo disminuyó un 0,71% anual entre el 2010 y el 2021, muy por debajo de la reducción anual del 1,92% necesaria para cumplir la meta fijada para el 2025.

Entre los factores de riesgo modificables, el consumo de tabaco mostró la disminución más notable entre el 2000 y el 2021, mientras que la actividad física insuficiente ha ido en aumento. Durante este período, los riesgos metabólicos, entre ellos la hiperglucemia en ayunas, el sobrepeso y la obesidad, mostraron tendencias preocupantes al alza. El control de la hipertensión sigue siendo insuficiente, ya que solo el 36,4% de las personas alcanzan niveles adecuados de presión arterial (por debajo de 140/90 mmHg). Aunque la contaminación del aire ambiental disminuyó ligeramente entre el 2000 y el 2019, los niveles actuales siguen estando por encima de los umbrales recomendados por la OMS.

A fin de alcanzar las metas mundiales y regionales en materia de ENT y mejorar la salud de la población en la Región de las Américas, los países deben dar prioridad a las intervenciones costo-eficaces para reducir la mortalidad por ENT y abordar estos retos persistentes.

**OPS**

[www.paho.org](http://www.paho.org)



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
Región de las Américas