



SERIE SALUD UNIVERSAL

MARCO DE MONITOREO PARA LA SALUD UNIVERSAL EN LAS AMÉRICAS

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

MARCO DE MONITOREO PARA LA SALUD UNIVERSAL EN LAS AMÉRICAS

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Washington, D.C.

2021

Marco de monitoreo para la salud universal en las Américas

© Organización Panamericana de la Salud, 2021

ISBN: 978-92-75-32270-3

eISBN: 978-92-75-32271-0

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales 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 con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica a continuación. 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.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descarga junto con la forma de cita propuesta: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descarga junto con la forma de cita propuesta: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

Forma de cita propuesta: *Marco de monitoreo para la salud universal en las Américas*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, véase www.publications.paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/permissions.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como 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 descarga generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, 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 OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

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.

HSS/HS-2021

ÍNDICE

Reconocimientos.....	iv
Acerca de este documento	iv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. MARCO DE MONITOREO PARA LA SALUD UNIVERSAL	5
1.1. Definición de la salud universal	5
1.2. Consideraciones especiales.....	7
1.3. Proceso de elaboración del marco de monitoreo	7
1.4. Descripción del marco de monitoreo.....	8
1.5. Componentes del marco de monitoreo.....	10
Resultados de impacto.....	10
Resultados intermedios	10
Resultados inmediatos.....	11
Acciones estratégicas.....	28
CAPÍTULO 2. UTILIZACIÓN DEL MARCO DE MONITOREO PARA LA SALUD UNIVERSAL	31
Fase 1: Análisis del contexto del sistema de salud.	32
Fase 2: Análisis de las acciones estratégicas.	32
Fase 3: Análisis de resultados inmediatos, intermedios y de impacto.....	33
Fase 4: Socialización de resultados y formulación de recomendaciones.	33
CAPÍTULO 3. RECOMENDACIONES FINALES.....	35
REFERENCIAS	37
GLOSARIO.....	41
APÉNDICE A. Organizaciones participantes en la elaboración del Marco de Monitoreo para la salud universal	49
APÉNDICE B. Análisis de las acciones estratégicas: cuestionario cualitativo.....	52
APÉNDICE C. Fichas técnicas de indicadores cuantitativos	68

RECONOCIMIENTOS

Los autores de este trabajo son Ernesto Báscolo, Asesor en Gobernanza en Salud, Liderazgo, Políticas y Planificación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington, D.C. y Natalia Houghton, Especialista en Monitoreo, Evaluación y Análisis de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS, y se realizó bajo la supervisión de Amalia Del Riego, Jefa de la Unidad de Servicios de Salud y Acceso de la OPS.

El documento se elaboró tomando en consideración la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* aprobada en octubre del 2014 en el 53.º Consejo Directivo de la OPS. Su contenido incorpora las contribuciones procedentes del taller de expertos realizado en Santiago de Chile, en abril del 2015, y de las numerosas consultas nacionales realizadas durante el período de junio del 2015 a febrero del 2018.

Además, este documento se nutre de la revisión y los aportes técnicos de Ximena Aguilera, Directora del Centro de Epidemiología y Políticas de Salud Pública de la Universidad del Desarrollo de Chile, y de Giselle Almeida, quien estuvo a cargo de la coordinación del diseño y de los estudios piloto de las versiones iniciales de este documento.

Valoramos especialmente la revisión y los aportes de Camilo Cid, Asesor en Economía de la Salud y Financiamiento de la OPS en Washington, D.C.; de Ricardo Fábrega, Asesor de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS en Perú; de Reynaldo Holder, Consultor Internacional de la OPS; de Cristián Morales-Fuhrmann, Representante de la OPS en México; de Claudia Pescetto, Asesora en Economía de la Salud y Financiamiento de la OPS en Washington D.C., y de Hernán Sepúlveda, Asesor de Recursos Humanos para la Salud, de la OPS.

Se agradece también la participación de los expertos de las siguientes unidades y departamentos de la OPS: Unidad de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias (HSS/MT), Unidad de Recursos Humanos para la Salud (HSS/HR), Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida (FPL), Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud (CDE) y Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental (NMH).

Reconocemos además la importante contribución de los Ministerios de Salud de Chile, de Cuba, de Jamaica, de Panamá y de Perú en la organización de algunas de las consultas mencionadas anteriormente.

ACERCA DE ESTE DOCUMENTO

Este trabajo se elaboró por encargo de los Estados Miembros. Su finalidad es apoyar las actividades de seguimiento y generación de evidencia para informar sobre el progreso y el desempeño de las políticas y planes de acción implementados por los Estados Miembros para avanzar hacia la salud universal y dar lugar a la rendición de cuentas y a la introducción de mejoras.

El presente documento se mantiene en actualización constante con el fin de reflejar los cambios en las necesidades de monitoreo y la naturaleza dinámica y progresiva de los procesos de cambio hacia la salud universal. En total, 314 expertos y expertas de 20 países, incluidos representantes de las autoridades nacionales de salud, instituciones académicas y asociaciones gremiales, participaron en la revisión, actualización y desarrollo de este marco.

INTRODUCCIÓN

Los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobaron el año 2014 la resolución CD53.R14, *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (1)*. El objetivo era definir un conjunto de intervenciones estratégicas para guiar el diseño y la ejecución de políticas de fortalecimiento o de transformación de los sistemas de salud y lograr el acceso equitativo a la salud (1).

Este conjunto de intervenciones se articularon alrededor de cuatro líneas estratégicas simultáneas e interdependientes: 1) ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y en las comunidades, 2) fortalecer la rectoría y la gobernanza, 3) aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios, y 4) fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud (1).

Siguiendo los principios de Alma-Ata y de la atención primaria de salud (APS), la resolución reconoce el derecho a la salud, a la equidad y a la solidaridad como valores fundamentales. También explicita la necesidad de un modelo de atención centrado en las personas y en las comunidades como eje principal de la transformación de los sistemas de salud, así como de un abordaje intersectorial que permita garantizar condiciones de acceso equitativo a dichos sistemas (1). Los Estados Miembros de la OPS consideraron además fundamental que en la Estrategia se diferenciara el acceso universal a la salud de la cobertura universal de salud como elementos distintivos y complementarios de un sistema de salud equitativo.

Para garantizar la rendición de cuentas al avanzar hacia los objetivos de la Estrategia, los Estados Miembros se comprometieron a establecer mecanismos formales de participación y diálogo para promover la elaboración y ejecución de políticas inclusivas y planes de acción. Al mismo tiempo, pidieron a la OPS que priorizara aquellas líneas de cooperación técnica que los ayudaran a avanzar, y medir sus avances hacia los objetivos de la Estrategia.

Este enfoque renovado en la necesidad de transformar los sistemas de salud en la Región de las Américas expone la necesidad de contar con un marco de referencia regional que permita medir los avances de las políticas orientadas al fortalecimiento de los sistemas de salud y el logro de la salud universal. Para dar respuesta a este mandato, el Departamento de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS (HSS) inició en octubre de 2014 el desarrollo del presente marco para el monitoreo de políticas orientadas a alcanzar la salud universal.

Este documento es resultado del consenso de expertos técnicos de las autoridades nacionales de salud (ANS), instituciones académicas y asociaciones gremiales de los Estados Miembros de la OPS. El marco de monitoreo se desarrolla con el objetivo de apoyar el análisis del progreso y desempeño de las políticas públicas, la generación de evidencia y la toma de decisiones para



transformar o fortalecer los sistemas de salud. Se concibe con la idea de ser parte integral de los procesos nacionales de planificación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del progreso de los Estados Miembros en la implementación de las intervenciones explicitadas en la resolución CD53.R14. Se espera que la aplicación de este marco contribuya a mejorar las políticas, así como al trabajo colaborativo y al aprendizaje en la Región.

Para ello, el trabajo ofrece pautas genéricas para que las unidades técnicas de las ANS las adapten según su propio contexto y necesidades. Las actividades propuestas podrían implementarse de manera integrada con el trabajo de cooperación técnica y herramientas desarrolladas por la OPS a fin de fortalecer las capacidades de monitoreo, evaluación y análisis de los procesos de transformación de los sistemas de salud para avanzar hacia la salud universal en la Región de las Américas.

Se ha dividido este trabajo en tres secciones: 1) presentación del marco de monitoreo y conjunto de indicadores trazadores, incluidas sus definiciones y sus métodos de recolección y análisis; 2) propuesta metodológica que ilustra cómo puede utilizarse el marco de monitoreo para informar y guiar la implementación de políticas y otras acciones para avanzar hacia la salud universal, y 3) recomendaciones finales sobre el uso del presente marco.



CAPÍTULO 1



MARCO DE MONITOREO PARA LA SALUD UNIVERSAL

1.1. Definición de la salud universal

Contar con una definición de salud universal consensuada para la Región de las Américas ha sido fundamental para delimitar las dimensiones de análisis y las métricas del marco de monitoreo para la salud universal. La salud universal, con sus distintos elementos de acceso universal a la salud y cobertura universal de salud, fue definida por los Estados Miembros de la OPS de la siguiente forma:

El acceso a la salud se define como “la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan” y el acceso universal a la salud como “la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud” (1).

Por otra parte, la cobertura de salud se entiende como “la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluye medicamentos) y financiamiento” y la cobertura universal de salud como “la existencia de mecanismos de organización y financiación suficientes para cubrir a toda la población” (1).

Asimismo, se ha explicitado que el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud “constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar” y “requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud” (1). El término “salud universal” fue aprobado más tarde por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como abreviatura aceptable para referirse al acceso y a la cobertura universal de salud (2).

A partir de esta definición, el monitoreo para la salud universal comprende el uso de métricas que permitan la medición simultánea y complementaria del acceso y la cobertura universal de salud. Por una parte, el monitoreo de la cobertura universal de salud se basa en el uso de métricas que dan cuenta de la disponibilidad equitativa de recursos críticos del sistema (recursos humanos, financiamiento, tecnologías), de la adecuada organización de los servicios, y del abordaje intersectorial de los determinantes sociales de la salud. Por otra parte, el monitoreo del acceso universal a la salud se basa en métricas que reflejan la equidad en la utilización de servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, así como del acceso a intervenciones intersectoriales con impacto en salud y en las diferentes barreras de acceso a los servicios de salud.

Ampliar las condiciones de cobertura y acceso es necesario para mejorar el estado de salud y el bienestar. Por ello, incluir indicadores trazadores del estado de salud es de fundamental importancia para monitorear la salud universal.

Es importante resaltar aquí la distinción entre el monitoreo de la salud universal adoptada en el presente marco y la medición global de cobertura universal de salud (UHC, por sus siglas en inglés) adoptada en el marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (3). La UHC mide en qué grado todas las personas acceden a los servicios de salud sin que ello suponga dificultades financieras (4) y está enfocada en medir la cobertura de la población con servicios de salud esenciales de calidad y la cobertura de la población con protección financiera (4-6).

Si bien las métricas usadas para el monitoreo de la UHC proporcionan un entendimiento comprensivo de la calidad, la pertinencia y la asequibilidad financiera de los servicios de salud, por sí solas no ofrecen un panorama completo de las diferentes barreras de acceso a los servicios de salud. Tampoco informan sobre el tipo de intervenciones necesarias para mejorar las condiciones de acceso (7, 8). La incorporación de métricas que den cuenta de las barreras de acceso es fundamental para guiar el diseño y ejecución de políticas necesarias para mejorar el acceso a la salud (7, 8). A su vez, hay que integrar en las actividades de monitoreo el análisis de los procesos (políticas y planes de acción) a través de los que se consiguen cambios en los mecanismos organizacionales y financieros del sistema de salud. De esta manera, las ANS puedan evaluar explícitamente el avance y profundidad de las transformaciones que permiten progresar en salud universal, e interpretar en ese contexto las tendencias.

Para lograr armonizar los diferentes esfuerzos globales, esta propuesta integra el marco de trabajo para el monitoreo global de UHC (3, 4). Además presenta una propuesta regional para las Américas que considera los mecanismos institucionales, políticos e intersectoriales propios de los procesos de transformación del sistema de salud, y que permiten interpretar el impacto de esos esfuerzos en la salud universal. Estas constituyen las consignas a partir de las cuales se construye el presente marco de monitoreo para la salud universal.

1.2. Consideraciones especiales

- Esta propuesta proporciona un marco común de análisis que debería utilizarse como una de las funciones de rectoría de las ANS, idealmente, durante los procesos nacionales de monitoreo y evaluación, los ciclos de planificación, el inicio de formulación o revisión de políticas o planes nacionales de salud, el inicio de gestión de gobierno y los demás procesos que impliquen cambios en las prioridades.
- Los resultados obtenidos deberán ayudar consolidar datos de líneas de base que sirvan de insumo para el análisis y la medición de las metas nacionales en salud universal, así como de identificación de aquellas áreas que necesiten una mayor atención, o de evaluaciones futuras, con el fin de identificar las causas de los problemas y las posibles medidas correctivas.
- La creación de este marco consensuado para la Región de las Américas es importante para entender las implicaciones de las transformaciones introducidas en el sistema de salud, y por tanto, para facilitar el aprendizaje y la colaboración regional. Sin embargo, la comparación entre países no es el objetivo primordial de este marco. Lo más importante es la comparación histórica al interno de cada país del progreso y de los resultados de la implementación de acciones para la salud universal.
- Dado que los Estados Miembros han utilizado distintos abordajes y formas de organización de sus sistemas de salud, se espera que adapten este instrumento, sus contenidos e indicadores a su propio contexto social, económico, político, legal, histórico y cultural, al igual que los propios retos actuales y futuros en materia de salud.
- Este marco podrá acompañar actividades de cooperación técnica de la OPS para avanzar hacia la salud universal. Específicamente, los resultados obtenidos servirán de insumo para la elaboración de hojas de ruta para la salud universal y apoyarán los procesos de evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) u otros procesos de cooperación técnica con miras al fortalecimiento de la rectoría, en el marco de la agenda de salud universal.

1.3. Proceso de elaboración del marco de monitoreo

El marco de monitoreo se realizó entre abril del 2015 y febrero del 2018, y los indicadores se actualizaron en julio del 2019. El proceso se inició con una revisión de propuestas metodológicas y modelos conceptuales relacionados con la salud, los sistemas de salud, la cobertura universal de salud, el acceso universal a la salud, la equidad en salud y los determinantes sociales de la salud. Se identificaron veinticinco artículos de revistas indexadas (5, 9-32), catorce informes de agencias de las Naciones Unidas (33-46) y tres informes de agencias de cooperación bilateral (47-49). También se identificó un listado inicial de quinientos indicadores a partir de un mapeo de bases de datos y otros marcos de monitoreo relacionados con la salud universal (50-58).

A partir de esta documentación se desarrolló el primer borrador del documento. La propuesta se sometió a varias rondas de consulta de expertos entre noviembre del 2014 y abril del 2015. Un total de noventa y dos actores involucrados en procesos de cooperación técnica y toma de decisiones habituales sobre los sistemas de salud participaron en las consultas (Apéndice A). Se invitó a participar a nueve países a fin de garantizar la diversidad de experiencias y representación regional: Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Panamá, Perú y Uruguay. El proceso requirió, además de las rondas de consulta, el procesamiento intermedio de opiniones e informe al grupo de expertos.

En cada fase de consulta, los expertos recibieron un borrador de la propuesta. Su contenido, incluidos las dimensiones de análisis, los indicadores y la metodología, se sometió a la valoración del grupo de expertos. A esta consulta siguieron consultas de seguimiento virtual o presencial con los miembros del grupo de expertos. Los comentarios de las sesiones previas se compartieron durante las sesiones posteriores. Después de cada sesión de trabajo, el instrumento se siguió adaptando continuamente en respuesta a los comentarios recibidos.

Posteriormente, la validez del marco de monitoreo se estudió a través de seis estudios piloto realizados en Chile, Cuba, Jamaica, Panamá, Perú y Trinidad y Tabago. Se congregó en estos países a oficiales del gobierno, la sociedad civil y a otros actores del sistema de salud. El objetivo de este ejercicio fue evaluar la validez y la factibilidad de los indicadores y la metodología del marco de monitoreo. Los grupos de trabajo fueron liderados por cinco expertos en provisión de servicios de salud, rectoría y gobernanza en salud, financiamiento en salud, acción intersectorial y monitoreo y evaluación de políticas en salud.

Las observaciones y las sugerencias que prestaron los participantes se utilizaron para mejorar el instrumento. Un total de doscientos veintidós actores nacionales participaron durante las sesiones de trabajo organizadas, incluidos ciento treinta y tres oficiales de las divisiones técnicas de las ANS; treinta y cinco investigadores y académicos en sistemas y servicios de salud, trece representantes de las oficinas de estadística y cuarenta y un representantes de los gremios del sistema de salud.

El desarrollo del marco de monitoreo concluyó con una fase de consulta por correo electrónico realizada en febrero del 2018. En total, trescientos catorce expertos y expertas de veinte países participaron en una o más fases del proceso de construcción del marco de monitoreo (Apéndice A).

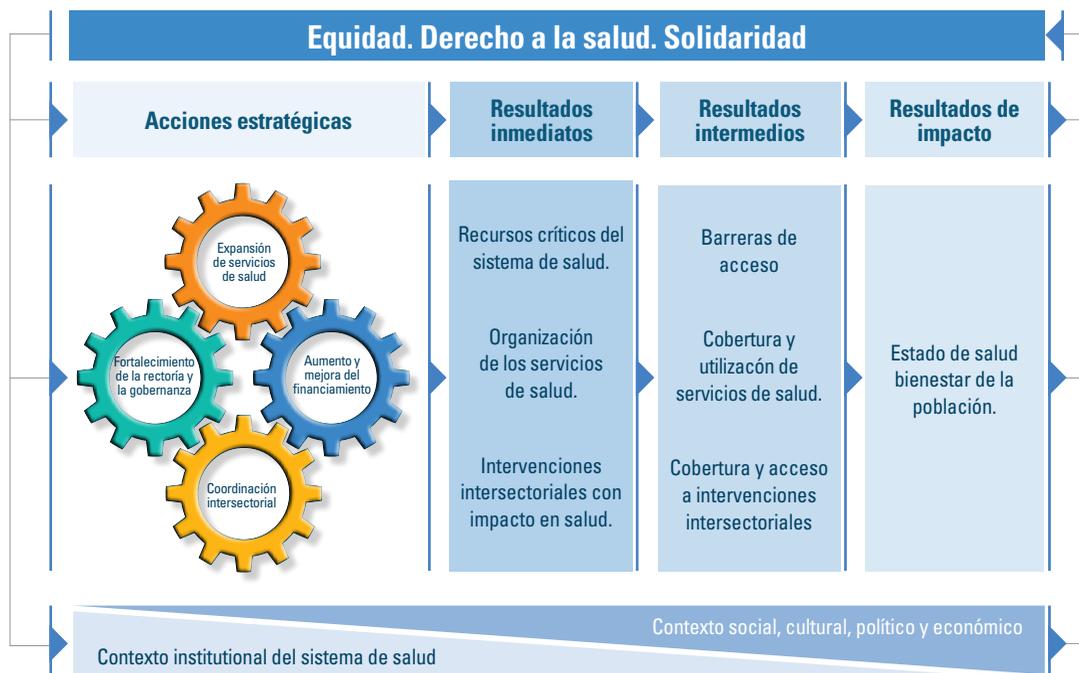
El listado de indicadores se actualizó posteriormente en el 2019 para reflejar los indicadores priorizados en el Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (44).

1.4. Descripción del marco de monitoreo

En la figura 1 se representan las cuatro dimensiones de análisis incluidas en el marco de monitoreo para la salud universal: 1) resultados de impacto (estado de salud y bienestar), 2) resultados intermedios (acceso universal a la salud), 3) resultados inmediatos (cobertura universal de salud) y 4) acciones estratégicas (políticas, planes, programas). Los valores de derecho a la salud, solidaridad y equidad constituyen elementos transversales del marco de monitoreo por ser estos esenciales para el avance progresivo hacia la salud universal (véase figura 1). La clasificación de estas cuatro dimensiones se acordó conforme al mandato de la resolución CD53.R14 aprobada por los Estados Miembros de la OPS (1) e incorpora la lógica de la cadena de resultados del Plan Estratégico de la OPS aprobado por los Estados Miembros para los periodos 2014-2019 y 2020-2025 (44). En estos documentos se plantea que el alcance del acceso equitativo y universal a servicios de salud integrales y de calidad tiene como objetivo explícito influir de manera significativa sobre el estado de salud y el bienestar de toda la población. Asimismo, el acceso a la salud y la cobertura en salud son requisitos fundamentales para alcanzar el estado máximo de salud y bienestar de la población (1).

A partir de lo anterior, la figura 1 muestra una descripción de cómo los resultados de impacto en salud retroalimentan el desarrollo de acciones estratégicas. Al mismo tiempo, la acción integrada y conjunta de estas acciones estratégicas repercute en los resultados inmediatos, intermedio y de impacto. La relación entre estas dimensiones refleja la teoría y los supuestos que respaldan la necesidad de formular y ejecutar de forma integrada políticas relacionadas con cada uno de los distintos elementos de los sistemas de salud, para tener un efecto sobre las condiciones de cobertura y acceso, y su posterior impacto en el estado de salud y bienestar de la población (59, 60).

Figura 1. Marco de monitoreo para la salud universal



Fuente: Elaboración propia.

En este marco de monitoreo, los resultados de impacto incluyen indicadores que trazan el estado de salud y bienestar de la población. Los resultados intermedios se centran en medir los avances en el acceso universal a la salud a través de un conjunto de indicadores trazadores de la magnitud y la equidad en las barreras de acceso a los servicios de salud, la utilización de servicios de salud y el acceso a intervenciones intersectoriales con impacto en salud. Estos resultados se analizan con una perspectiva de equidad, con resultados que van más allá de promedios y que permiten identificar y analizar las necesidades de salud de las poblaciones en situación de vulnerabilidad. Los resultados inmediatos constituyen los avances en la cobertura universal de salud e incluyen indicadores trazadores de la disponibilidad de recursos críticos del sistema de salud, de su organización y del abordaje intersectorial de los determinantes sociales de la salud.

Las acciones estratégicas constituyen las intervenciones (planes, políticas, o programas) mediante las cuales las ANS procuran fortalecer o transformar los sistemas de salud para alcanzar la salud universal. Dichas acciones se agrupan en cuatro líneas estratégicas conforme a la resolución CD53.R14 (1): 1) Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados

en las personas y las comunidades, 2) fortalecer la rectoría y la gobernanza, 3) aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios, y 4) fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

Estas acciones son simultáneas e interdependientes, lo que indica que el alcance de los resultados en salud universal requiere un abordaje integrado e integral. La integralidad de estos procesos es fundamental para robustecer la ampliación de la cobertura de los recursos críticos del sistema, para garantizar el acceso a los servicios de salud y para generar impacto en los resultados en salud (59, 60).

El marco de monitoreo también enfatiza el grado de influencia del sector salud sobre los resultados en salud universal. Las acciones estratégicas y los resultados inmediatos son áreas en las que el sector salud tiene mayor grado de intervención, mientras que su influencia disminuye en la medida en que se avanza desde las acciones estratégicas a los resultados de impacto (véase figura 1). En el contexto de la salud universal, las acciones estratégicas y su efecto en los resultados inmediatos son aquellos en los cuales el sector salud es mayoritariamente responsable, aunque incluso estos resultados son también influenciados por factores externos y el contexto del sistema de salud. Los resultados intermedios y de impacto son más fuertemente influenciados por factores que van más allá del sector salud, razón por la cual los sistemas de salud también requieren la formulación e implementación de políticas y acciones con un abordaje intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y la equidad.

1.5. Componentes del marco de monitoreo

Como muestra la figura 1, el marco de monitoreo está constituido por cuatro componentes o dimensiones. Estos son 1) los resultados de impacto, 2) los resultados intermedios, 3) los resultados inmediatos y 4) las acciones estratégicas. Estos componentes se describen a continuación.

Resultados de impacto

Este marco propone un total de veintitrés indicadores trazadores de impacto tomados a partir del Plan Estratégico 2020-2025 de la OPS y del listado de indicadores de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2030 dadas su relevancia, calidad y validez para los Estados Miembros (cuadro 1). El objetivo de estos indicadores trazadores es ofrecer un panorama general y objetivo del grado de cumplimiento con los objetivos en salud. Sin embargo, el listado no pretende ser exhaustivo y se reconoce que existen múltiples indicadores del estado de salud y de las necesidades y prioridades de salud que pueden variar entre países. Por tanto, se espera que los Estados Miembros puedan adaptar este listado a sus necesidades en salud.

Resultados intermedios

Los resultados intermedios representan los avances en el acceso universal a la salud, según la definición expuesta en la página 3. En total, se seleccionaron veintinueve indicadores cuantitativos agrupados en tres categorías para dar cuenta de la influencia de los resultados inmediatos sobre las condiciones de acceso: barreras de acceso, cobertura y utilización de servicios de salud y cobertura y acceso a intervenciones intersectoriales (cuadro 2).

Resultados inmediatos

Los resultados inmediatos representan los avances en cobertura y cobertura universal de salud, según la definición de la página 3 de este documento. Se acordaron un total de quince indicadores de resultados inmediatos relacionados con la planificación, la regulación y la organización de recursos críticos del sistema de salud (recursos humanos en salud, financiamiento y tecnologías en salud), la organización y el modelo de atención de los servicios de salud y el abordaje intersectorial de los determinantes sociales (cuadro 3). Estos indicadores cuantitativos dan cuenta del efecto conjunto e integrado de las acciones estratégicas.

Cuadro 1. Indicadores de los resultados de impacto en salud universal

Indicador	Definición	Numerador	Denominador	Desagregación	Fuente de datos
Esperanza de vida sana	Número de años que una persona de determinada edad puede esperar vivir con buena salud, teniendo en cuenta la mortalidad y la morbilidad específicas para la edad y el estado de salud funcional	No aplicable	No aplicable	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Datos de mortalidad por región de la OPS/OMS y bases de datos del Insitute for Health Metrics and Evaluation (IHME)
Tasa de mortalidad neonatal	Probabilidad de que un recién nacido muera en los primeros 28 días de vida (0-27 días) en un año o periodo específicos. Se ajusta por edad y se expresa por 1.000 nacidos vivos	Número de muertes neonatales (muertes entre nacidos vivos durante los primeros 28 días de vida)	Número de recién nacidos vivos	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Registros civiles y estadísticas vitales. También encuestas poblacionales de hogar
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	Calcula de manera aproximada el riesgo de morir de un niño entre los 0-4 años de vida	Número de defunciones de niños de 0-4 años de edad por 1.000 nacidos vivos	Número de nacidos vivos en el mismo año y lugar	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población

Cuadro 1. Continuación

Indicador	Definición	Numerador	Denominador	Desagregación	Fuente de datos
Razón de mortalidad materna	Calcula de manera aproximada el riesgo de morir de una mujer mientras está embarazada o en los 42 días siguientes a la terminación del embarazo	Número de defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos	Número de nacidos vivos en un año y lugar determinados	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Grupo Interagencial para la Estimación de la Mortalidad Materna, integrado por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial
Tasa de mortalidad atribuible a la baja calidad de la atención de salud	Mide la tasa por muertes prematuras que podrían haberse evitado si hubiera habido una atención a la salud oportuna y eficaz	Número de causas específicas de muerte (algunas enfermedades infecciosas y parasitarias, neoplasias, endocrinas, nutricionales y metabólicas, del sistema nervioso, circulatorio, respiratorio, digestivo, genitourinario, muertes materna y perinatal y causas externas)	Población total en un año específico, ajustada en función de la edad, usando la población estándar de la OMS	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Sistema de información de mortalidad de la OPS a nivel regional
Probabilidad de morir entre los 30 y 70 años por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas	Probabilidad de morir entre los 30 y 70 años por las causas incluidas en los siguientes códigos del CIE-11: 100-199, C00-C97, E10-E14 y J30-J98	Suma de las muertes por las causas mencionadas en personas de 30 a 70 años en un año determinado por 100.000 habitantes	Población total en un año específico	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Bases de datos del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)
Mortalidad por hepatitis viral crónica	Tasa de mortalidad de carcinoma hepatocelular, cirrosis o enfermedad crónica del hígado atribuible a infección por HBV o HCV	Muertes estimadas por la infección con HBV y HCV en un año determinado por 100.000 habitantes	Población total en un año determinado	No aplica	Bases de datos del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) y estimados de mortalidad del Global Burden of Disease (GBSD)

Cuadro 1. Continuación

Indicador	Definición	Numerador	Denominador	Desagregación	Fuente de datos
Tasa de mortalidad relacionada con el sida	Número total de muertes por causas relacionadas con el sida por cada 100.000 personas	Número total de defunciones que tienen alguna causa de defunción identificada con cualquiera de los códigos B20 a B24 de la CIE-10 entre todos los grupos de población (independientemente del sexo y la edad)	Población total en un año específico	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Sistema de información de mortalidad de la OPS por región
Tasa de mortalidad por tuberculosis	Número de muertes debidas a la tuberculosis por 100.000 habitantes, por año	Número total de defunciones con una causa básica de defunción identificada con cualquiera de los códigos A15 a A19 de la CIE-10	Población total en un año específico	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Sistema de información de mortalidad de la OPS por regiones
Tasa de sífilis congénita	Tasa anual de casos notificados de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos	Número de casos notificados de sífilis congénita según la definición nacional de casos en un año dado	Número calculado de nacidos vivos en el mismo período	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Sistema de registro nacional para los casos de sífilis congénita, estadísticas vitales nacionales, de los cálculos de la División de Población de las Naciones Unidas
Tasa de transmisión materno-infantil de la infección por el VIH	Porcentaje de menores de 1 año nacidos de madres seropositivas al VIH, cuyos resultados de la prueba del VIH fueron positivos	Número de menores de 1 año nacidos de madres seropositivas al VIH en un año civil dado que fueron diagnosticados como positivos al VIH	Número notificado de menores de 1 año nacidos de madres seropositivas al VIH en un año civil dado, con un diagnóstico definitivo (positivo al VIH o seronegativo al VIH)	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Registros sobre VIH y de asistencia prenatal u otros registros de los establecimientos de salud, estadísticas vitales nacionales, de los cálculos de la División de Población de las Naciones Unidas

Cuadro 1. Continuación

Indicador	Definición	Numerador	Denominador	Desagregación	Fuente de datos
Tasa de homicidios en jóvenes de 15 a 24 años de edad	Número de defunciones debido a homicidio por 100.000 habitantes de 15 a 24 años por año	Número de defunciones con una causa básica de defunción identificada con cualquiera de los códigos X85 a Y09 (agresiones) e Y35 (intervenciones legales) de la CIE-10, entre la población de 15 a 24 años de edad	Población de 15 a 24 años de edad en un año	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Sistema de información de mortalidad de la OPS por región
Tasa de muerte por suicidio por 100.000 habitantes	Número de defunciones debidas a suicidio por 100.000 habitantes en la población, por año	Todas las defunciones que tengan una causa básica de defunción identificada con cualquier código desde X60 hasta X84 en la CIE-10, entre la población	Población en año correspondiente	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Sistema de información de mortalidad de la OPS por región
Tasa de mortalidad debida a traumatismos causados por el tránsito	Número de defunciones debidas a traumatismos causados por el tránsito por 100.000 habitantes	Defunciones que tienen una causa básica de defunción identificada con cualquier código desde V01 hasta V89 de la CIE-11	Población en un año a nivel regional	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Sistema de información de mortalidad de la OPS por región
Prevalencia de sobrepeso y obesidad	Porcentaje de la población con sobrepeso y obesidad	Número total de adolescentes y adultos con índice de masa corporal para la edad $\geq 25,0$ kg/m ²	Número total de adolescentes y adultos	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Encuesta nacional de nutrición y salud

Cuadro 1. Continuación

Indicador	Definición	Numerador	Denominador	Desagregación	Fuente de datos
Proporción de adultos mayores con dificultad en actividades de la vida diaria	Porcentaje de personas mayores de 60 o de 80 años con dificultad en actividades de la vida diaria	Número total de personas mayores de 60 o de 80 años que refirieren dificultad en las siguientes actividades de la vida diaria: 1) Cruzar un cuarto caminando 2) Vestirse (incluido ponerse los zapatos y los calcetines) 3) Bañarse (incluido salir y entrar de la bañera) 4) Comer (incluido cortar la comida, llenar los vasos) 5) Acostarse o erguirse en la cama 6) Usar el baño (incluido levantarse y sentarse del inodoro)	Número total de personas mayores de 60 o de 80 años encuestadas	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)
Proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer (<2.500 g)	Número de recién nacidos con peso inferior a 2.500 gramos, medio al momento del nacimiento o dentro de las primeras horas de vida, antes que de la significativa pérdida de peso natal haya ocurrido, expresado por 100 nacidos vivos	Número de recién nacidos con peso inferior a 2.500 gramos, medio al momento del nacimiento o dentro de las primeras horas de vida	Número total correspondiente de recién nacidos, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Sistemas nacionales de información en salud, estadísticas vitales nacionales
Prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años	Porcentaje de casos de deficiencia nutricional crónica en niños menores de 5 años detectados durante un año dado	Número de niños menores de 5 años detectados durante un año dado, con una razón talla para la edad inferior a menos de dos desviaciones estándar (-2DE) de la mediana de referencia	Población correspondiente a mitad de año dado, para un determinado país, territorio o área geográfica	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Sistemas nacionales de información en salud

Cuadro 1. Continuación

Indicador	Definición	Numerador	Denominador	Desagregación	Fuente de datos
Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de edad	Número anual de nacimientos en los que la madre es una adolescente de 15 a 19 años por 1.000 adolescentes de 15 a 19 años	Número de nacidos vivos de madres adolescentes de 15 a 19 años durante un período determinado	Número de adolescentes de 15 a 19 años durante el mismo período	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Informes anuales de los países, de las Naciones Unidas y de informes de censos
Prevalencia de violencia infligida por la pareja	Porcentaje de niñas y mujeres entre los 15 y 49 años de edad que han sufrido violencia física, sexual o psicológica infligida por su pareja actual o pasada en los últimos 12 meses	Número total de mujeres de 15 a 49 años que reportan haber sufrido violencia física, sexual o psicológica infligida por su pareja actual o pasada en los últimos 12 meses	Número total de mujeres mayores de 15 a 49 años de edad entrevistadas que tienen o tuvieron una pareja en los últimos 12 meses	Edad, ubicación geográfica (área rural y urbana), tipo de violencia (física, sexual, psicológica), estado socioeconómico (quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio)	Encuestas poblacionales sobre violencia contra la mujer o encuestas poblacionales con un módulo especial sobre la violencia contra la mujer
Tasa de mortalidad atribuible a la polución ambiental y del hogar	Tasa de mortalidad por las siguientes condiciones: infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. Para adultos mayores de 25 años: enfermedades cerebrovasculares, enfermedad isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y cáncer de pulmón.	Número de muertes por las condiciones listadas por 100.000 habitantes	Número total de habitantes	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	OMS, disponible en http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=2259 y en http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_paf/en/
Tasa de mortalidad atribuible a la falta de agua potable, de alcantarillado o de higiene	Tasa de mortalidad por las siguientes condiciones: tipos de diarrea, infecciones por nematodos y malnutrición	Número de muertes por las condiciones listadas por 100.000 habitantes	Número total de habitantes	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Oficinas de estadística nacional, datos administrativos
Tasa de mortalidad por desastres	Número de personas que mueren por causa directa de desastres por 100.000 habitantes	Número muertes atribuible a desastres por 100.000 habitantes	Número total de habitantes	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Oficinas de estadística nacional, datos administrativos

Las fichas técnicas completas para estos indicadores pueden ser encontrados en el Apéndice C.

Cuadro 2. Indicadores de resultados intermedios en salud universal

BARRERAS DE ACCESO					
Indicador	Definición	Numerador	Denominador	Desagregación	Fuente de datos
Porcentaje de la población que reporta barreras de acceso a la salud de tipo cultural, institucional (aceptabilidad, conveniencia, disponibilidad, tiempo de espera), económico o geográfico	Porcentaje de personas que necesitaron asistencia médica y no la recibieron y causas principales por no haberla recibido	Número de personas que necesitaron asistencia médica y no la recibieron	Número total de personas que necesitaron asistencia médica	Tipo de enfermedad <i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Encuestas de hogar con módulo especial en salud
Proporción del gasto de bolsillo en salud con respecto al gasto total en salud	Gastos realizados en el momento que el individuo o el hogar obtienen el servicio de salud	Gastos directos de utilización de servicios de salud: gastos en atención médica, dental, oftalmológica, otros profesionales de la salud, medicamentos recetados y otros bienes y servicios de salud	Gasto total en salud, que es la suma del gasto del gobierno general (o público) y del gasto privado en salud	No aplicable	Cuentas de salud de cada país, consultando la información del gasto en salud. Encuestas de hogar con módulo especial de consumo privado total de los hogares
Porcentaje de hogares que realiza gastos de bolsillo en salud catastróficos	Porcentaje de hogares cuyos gastos de bolsillo en salud representan una proporción sustancial de sus ingresos o su capacidad de pago	Número total de hogares que incurren en gastos de bolsillo en salud que exceden un umbral en relación a sus ingresos o capacidad de pago	Número total de hogares que incurren en gastos de bolsillo en salud	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Cuentas de salud de cada país, consultando la información del gasto en salud. Encuestas de hogar con módulo especial de consumo privado total de los hogares
Porcentaje de hogares que incurren en gastos de bolsillo que provocan su empobrecimiento	Porcentaje de hogares cuyos gastos de bolsillo en salud los empuja por debajo de la línea de pobreza	Número total de hogares que incurren en gastos de bolsillo en salud que los empuja por debajo de la línea de pobreza	Número total de hogares que incurren en gastos de bolsillo en salud	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Cuentas de salud de cada país, consultando la información del gasto en salud. Encuestas de hogar con módulo especial de consumo privado total de los hogares

Cuadro 2. Continuación

COBERTURA Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD					
Indicador	Definición	Numerador	Denominador	Desagregación	Fuente de datos
Cobertura con tres dosis de la vacuna DPT en el primer año de vida	Porcentaje de niños que, al completar su primer año de vida, han recibido tres dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina	Número de niños menores de 1 año que han recibido tres dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina	Total de niños menores de 1 año en un país, territorio o zona geográfica en momento determinado	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Formulario de notificación conjunta de la OPS/OMS y el UNICEF
Proporción de mujeres de 30 a 49 años de edad que declaran haberse sometido a detección del cáncer cervicouterino	Proporción de mujeres de 30 a 49 años de edad que declaran haberse sometido a detección del cáncer cervicouterino por lo menos una vez en la vida con cualquiera de los siguientes métodos: inspección visual ácido acético, frotis de Papanicolaou y prueba de detección del virus del papiloma humano	Número total de mujeres del grupo de edad especificado en la política nacional de tamizaje que se someten a una prueba de detección de cáncer cervicouterino en el período especificado en la política nacional	Número total de mujeres de ese grupo de edad en la población del país	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Encuesta nacional sobre tamizaje del cáncer cervicouterino
Porcentaje de mujeres en edad reproductiva que han satisfecho sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos	Porcentaje de mujeres en edad fecunda de 15 a 49 años sexualmente activas que afirman no desear más hijos o que desean demorar el próximo embarazo, y que usan algún método anticonceptivo moderno	Número total de mujeres en edad fecunda (casadas o en unión consensual) que no están embarazadas, sin amenorrea posparto y que no desean más hijos (límite) o que desean aplazar el nacimiento de un hijo al menos dos años o no saben cuándo desean tener otro hijo (espacio) y usan algún método anticonceptivo moderno	Número de mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) casadas o en unión consensual	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Encuestas de hogar, encuesta de demografía y salud (DHS), encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS), encuestas de salud reproductiva (RHS) y las encuestas nacionales basadas en métodos similares

Cuadro 2. Continuación

Indicador	Definición	Numerador	Denominador	Desagregación	Fuente de datos
Proporción de población gestante atendida por personal cualificado durante el embarazo (%)	Número de mujeres gestantes que han recibido al menos cuatro consultas de atención de salud durante el embarazo proporcionada por un profesional de la salud cualificado	Número de mujeres gestantes que asisten al menos a una consulta de atención de salud durante el embarazo a los servicios de control y monitoreo del embarazo o la atención ambulatoria por morbilidad asociada	Población de nacidos vivos, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Ministerio de salud de cada país, basándose en los datos recopilados sistemáticamente por el sistema nacional de información u obtenidos por medio de encuestas
Porcentaje de partos atendidos por personal de salud calificado	Porcentaje de partos atendidos por personal de salud calificado en un año específico y en un determinado país, territorio o zona geográfica	Partos atendidos por personal calificado en un año específico	Número total de partos en ese mismo año	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Ministerio de salud de cada país, a partir de los datos recopilados sistemáticamente por el sistema nacional de información u obtenidos por medio de encuestas
Porcentaje de la población que acude al menos una visita de salud preventiva al año	Número de personas con al menos una visita de salud preventiva en un año, expresado como el porcentaje de la población total encuestada	Número de personas que declara haber tenido al menos una visita de salud preventiva en un año específico	Número total de personas encuestadas	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Encuestas de hogar con módulo especial en salud y registros de establecimientos de salud
Acceso a programas de salud de la comunidad para adultos mayores	Número de intervenciones de autocuidado basadas en la evidencia para que los adultos mayores puedan llevar una vida independiente	Número de programas de autocuidado y servicios comunitarios de apoyo de este tipo que están al alcance de los adultos mayores	No aplicable	No aplicable	Registros nacionales, subnacionales y locales del número de intervenciones de autocuidado de enfermedades crónicas basadas en datos probatorios
Cobertura de atención de las personas con discapacidad	Porcentaje de personas discapacitadas con acceso a servicios de habilitación y rehabilitación y a servicios sociales	Número de personas con una discapacidad de cualquier clase tratada en los servicios de habilitación y rehabilitación en el sector de salud en el país	Número total calculado de personas discapacitadas en el país	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Informes de los servicios de salud de los ministerios de salud, complementados con encuestas multiuso de los ministerios de salud o los programas de desarrollo social de cada país

Cuadro 2. Continuación

Indicador	Definición	Numerador	Denominador	Desagregación	Fuente de datos
Porcentaje de hipertensión controlada a nivel de población en personas mayores 18 años o más	Porcentaje de hipertensión controlada a nivel de población (<140/90 mmHg) en personas mayores 18 años o más	Número total de personas con hipertensión controlada (con tensión arterial sistólica medida de <140 mmHg y tensión arterial diastólica de <90 mm Hg)	Número total de personas con hipertensión (tensión arterial sistólica medida de ≥ 140 mmHg o tensión arterial diastólica de ≥ 90 mmHg (medida), o que declaran que un profesional de la salud les ha diagnosticado hipertensión o que afirman que toman medicamentos para el tratamiento de la hipertensión	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Encuestas nacionales de salud, informes de los servicios de salud de los ministerios de salud, registros clínicos de establecimientos de salud
Porcentaje de diabetes controlada a nivel de población en personas mayores de 18 años	Porcentaje de diabetes controlada a nivel de población (100-125 mg/dl) en personas mayores de 18 años	Número total de personas mayores de 18 años con diabetes controlada (glucosa plasmática normal (100-125mg/dl).	Número total de personas con diabetes (definida como personas con glucosa plasmática en ayunas >125 mg o $7,0$ mmol/l o glucosa plasmática al cabo de 2 horas $\geq 11,1$ mmol/l o 200 mg/dl o $A1c \geq 6,5\%$) o hiperglucemia (glucemia en ayunas de 100-125 mg/dl) o tratadas con medicamentos para la hiperglucemia/diabetes	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Encuestas nacionales de salud, informes de los servicios de salud de los ministerios de salud, registros clínicos de establecimientos de salud
Tratamiento en establecimientos de salud mental	Tasa de consultas en establecimientos ambulatorios de salud mental	Número de consultas de salud mental en establecimientos ambulatorios en un año	Población total (población general)	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Informes de país

Cuadro 2. Continuación

Indicador	Definición	Numerador	Denominador	Desagregación	Fuente de datos
Porcentaje de cobertura con tratamiento antirretroviral	Mide la cobertura del acceso al tratamiento antirretroviral	Número de personas que reciben tratamiento antirretroviral	Estimación del número de personas que necesitan tratamiento antirretroviral	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Informes proporcionados por los ministerios de salud, ONUSIDA
Porcentaje de cobertura con tratamiento profiláctico del VIH para la prevención de la transmisión maternoinfantil	Mide el progreso en la administración de tratamiento antirretroviral a las mujeres infectadas por el VIH para prevenir la transmisión vertical	Número de embarazadas infectadas por el VIH que recibieron antirretrovirales para reducir la transmisión maternoinfantil durante los 12 meses anteriores.	Número estimado de embarazadas infectadas por el VIH correspondiente a los 12 meses anteriores	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Registros del programa nacional, que consolidan los registros de los establecimientos de salud
Porcentaje de cobertura de las embarazadas con el tratamiento para la sífilis	Porcentaje de embarazadas que dieron positivo para la sífilis y que recibieron tratamiento apropiado (por lo menos una dosis de penicilina G por vía intramuscular).	Número de embarazadas que dieron positivo para la sífilis durante el embarazo y que recibieron tratamiento apropiado	Número de embarazadas con serología positiva para sífilis durante el embarazo	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Registros del programa nacional, que se forman combinando los registros de los establecimientos de asistencia sanitaria.
Número de pacientes con tuberculosis tratados con éxito	Número de pacientes con tuberculosis confirmada bacteriológicamente tratados con éxito en el programa	Número de pacientes con tuberculosis confirmada bacteriológicamente tratados con éxito en los países cada año	No aplicable	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Registros del programa nacional, que se forman combinando los registros de los establecimientos de asistencia sanitaria

Cuadro 2. Continuación

Indicador	Definición	Numerador	Denominador	Desagregación	Fuente de datos
Oportunidad en la detección y el tratamiento de la malaria	Proporción de casos de malaria detectados que comenzaron el tratamiento en las primeras 72 horas de iniciados los síntomas, por tipo de vigilancia (búsqueda activa y pasiva). En países con muy pocos casos: mediana del número de días que transcurren entre el inicio de los síntomas y el inicio de tratamiento	Número de casos de malaria que iniciaron el tratamiento en las primeras 72 horas tras el inicio de los síntomas	Número total de casos detectados	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio <i>Tipo de vigilancia (activa y pasiva)</i> <i>Grupos de riesgo</i> <i>Tiempo (mes, año)</i> <i>Tipo de proveedor</i>	Registros del programa nacional, que se forman combinando los registros de los establecimientos de asistencia sanitaria o que funcionan a partir de registros individuales electrónicos en sistemas en línea
Porcentaje de casos diagnosticados y tratados de leishmaniasis	Número de personas diagnosticadas según los criterios de laboratorio y tratadas debidamente como resultado de un aumento de la calidad y la cobertura de la atención médica	Número de casos diagnosticados y tratados según los criterios de laboratorio, por tipo de leishmaniasis: 1) cutánea y mucocutánea (conjuntamente) y 2) visceral	Número de casos diagnosticados según los criterios de laboratorio, por tipo de leishmaniasis: 1) cutánea y mucocutánea (conjuntamente) y 2) visceral	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Sistemas nacionales o los informes nacionales anuales registrados anualmente en el Sistema Regional de Leishmaniasis
Porcentaje de cobertura con tratamiento de hepatitis viral	Proporción de personas diagnosticadas con infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) que empezaron el tratamiento durante un periodo de tiempo específico (por ejemplo, 12 meses)	Número de personas diagnosticadas de infección crónica por VHC (definido como RNA VHC positivo o Ag VHC) que iniciaron tratamiento durante un periodo de tiempo especificado (por ejemplo, 12 meses)	Número de personas diagnosticadas con infección crónica por VHC (definido como RNA VHC positivo o Ag VHC)	Edad <i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Registros de programas nacionales y registros clínicos de establecimientos de salud

Cuadro 2. Continuación

COBERTURA Y ACCESO A INTERVENCIONES INTERSECTORIALES					
Indicador	Definición	Numerador	Denominador	Desagregación	Fuente de datos
Porcentaje de la población que depende de combustibles sólidos	Proporción de la población que depende de combustibles sólidos que se usan para cocinar o para calefacción	Población que depende de combustibles sólidos (por ejemplo, madera, estiércol, desechos de cultivos y carbón) que se usan para cocinar o para la calefacción	Población correspondiente	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Encuestas de hogar e informes sobre la aplicación de las políticas
Consumo de alcohol por habitante en los mayores de 15 años	Consumo de alcohol puro (etanol) en personas mayores de 15 años en un año calendario	Suma del consumo de alcohol puro correspondiente a cada tipo de bebida (cerveza, vino, licores y otros) durante un año calendario	Población correspondiente durante un año calendario	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres	Estadísticas del gobierno relativas a las ventas de bebidas alcohólicas o datos sobre la producción, la exportación y la importación de alcohol en diferentes categorías de bebidas
Consumo de tabaco en adolescentes	Prevalencia de consumo actual de tabaco entre adolescentes de 13 a 17 años de edad	Número total de consumidores actuales de tabaco de 13 a 17 años	Población total encuestada en el país (consumidores no consumidores de tabaco)	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres	Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes Encuesta Mundial de Salud a Escolares Encuestas sobre el abuso de drogas Encuestas nacionales de hogares basadas en la población
Consumo de tabaco en adultos	Prevalencia estandarizada según la edad del consumo actual de tabaco (mayores de 18 años)	Número total de consumidores actuales de tabaco de 18 años o más	Población total encuestada en el país (consumidores de tabaco y no consumidores)	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres	Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes Encuesta Mundial de Salud a Escolares Encuestas sobre el abuso de drogas Encuestas nacionales de hogares basadas en la población

Cuadro 2. Continuación

Indicador	Definición	Numerador	Denominador	Desagregación	Fuente de datos
Actividad física insuficiente en los adolescentes	Prevalencia de adolescentes de 13 a 17 años que realizan menos de 60 minutos de actividad física de intensidad moderada a enérgica diariamente	Número de adolescentes de 13 a 17 años que no realizan el tiempo recomendado de actividad física	Número de adolescentes de 13 a 17 años encuestados	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Cuestionario Mundial sobre Actividad Física o el Cuestionario Internacional de Actividad Física
Actividad física insuficiente en adultos mayores a 18 años de edad	Prevalencia de adultos ≥ 18 años de edad que no realizan al menos 150 minutos de actividad física de intensidad moderada por semana	Número de personas mayores de 18 años de edad que no cumplen el tiempo recomendado de actividad física	Número total de personas mayores de 18 años de edad encuestadas	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio, etnia y estado migratorio	Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ)
Lactancia materna en menores de 6 meses	Porcentaje de menores de 6 meses alimentados exclusivamente con leche materna	Número de menores de 6 meses con alimentación que no proporciona ningún alimento ni bebida, ni siquiera agua, que no sea leche materna	Número total de menores encuestados	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Banco de datos mundial de la OMS sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño (GDBIYCF), encuestas nacionales de salud o de nutrición, encuestas de demografía y salud (DHS), encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS)

Notas: DPT, vacuna triple bacteriana (tétanos, difteria y tos ferina); VIH, virus de la inmunodeficiencia humana.

Las fichas técnicas completas para estos indicadores pueden consultarse en el Apéndice C.

Cuadro 3. Indicadores de resultados inmediatos en salud universal

RECURSOS CRÍTICOS DEL SISTEMA DE SALUD					
Indicador	Definición	Numerador	Denominador	Desagregación	Fuente de datos
Disponibilidad de personal en el área de la salud	Número de personal de salud (médicos, enfermeras y parteras) que, en un determinado año, trabajan a tiempo completo en establecimientos de salud públicos o privados, expresado en una tasa por cada 10.000 habitantes	Número de médicos más enfermeras más parteras en un año determinado	Total de la población en un año determinado	Jurisdicción: subnacional (provincia, estado, departamento, territorio, distrito, etc.) <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total Geográfica: por región del país y área rural/urbana	Ministerios de salud o autoridades nacionales de salud y censo de población de cada país
Porcentaje de equipos de profesionales de salud o especialistas médicos que reciben remuneración con pago por desempeño	Porcentaje de profesionales de salud con pago por desempeño con incentivos específicamente diseñados para incrementar el acceso y calidad de servicios de salud	Número de profesionales de la salud o especialistas médicos con remuneración con pago por desempeño	Número total de profesionales de salud o especialistas médicos con remuneración basado en salario	<i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total	Datos administrativos de los Ministerios de salud o autoridades nacionales de salud
Gasto público y privado per cápita (dólares estadounidenses) en productos farmacéuticos	Suma de los gastos en salud públicos y privados, como proporción de la población total. Abarca la prestación de servicios farmacéuticos designados para la salud	Suma de los gastos en salud públicos y privados designados para la prestación de servicios farmacéuticos por 100. Datos en dólares estadounidenses a precios actuales	Población total	No aplicable	Base de datos de cuentas nacionales de la OMS
Número de unidades de teleterapia de alta energía (cobalto-60 y aceleradores lineales) por millón de habitantes	Número de unidades de teleterapia de alta energía por millón de habitantes	Suma total de unidades de teleterapia de alta energía (cobalto-60 y aceleradores lineales)	Población total	<i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total	Directorio de Centros de Radioterapia (DIRAC) publicado por el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) y la OMS
Tasa de donación de sangre por 1.000 personas	La tasa de donación de sangre es un indicador de la disponibilidad general de sangre en un país	Número de donaciones en un año específico	Total de habitantes en un año específico	No aplicable	Datos sobre suministro de sangre para transfusiones

Cuadro 3. Continuación

Indicador	Definición	Numerador	Denominador	Desagregación	Fuente de datos
Cobertura poblacional por esquemas de financiamiento de la salud	Proporción de la población que se encuentra cubierta por los esquemas de financiamiento de la salud existentes en el país	Número de personas cubiertas por tipo de esquema de financiamiento de la salud	Población total correspondiente	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Encuestas de hogar con módulo especial en salud
Proporción de gasto público destinado a la salud en relación al producto interno bruto	Proporción de gasto público destinado a la salud en relación al producto interno bruto	Gasto público en salud	Producto Interno Bruto	No aplicable	Base de datos de cuentas nacionales de la OMS
Porcentaje del gasto público en el primer nivel de atención con respecto al producto interno bruto	Mide el gasto público en el primer nivel de atención expresado en relación al producto interno bruto	Gasto público en el primer nivel de atención (establecimientos y servicios)	Producto Interno Bruto	No aplicable	Datos del presupuesto nacional proporcionados por los ministerios de salud, y datos presupuestarios y de estados financieros proporcionados por instituciones de la seguridad social
Porcentaje de hospitales que cuentan con financiamiento prospectivo basado en productos sanitarios	Mide el número de hospitales que tienen financiamiento del presupuesto del presupuesto prospectivo basado en la casuística expresado como porcentaje del número total de hospitales	Número de hospitales con financiamiento del presupuesto prospectivo basado en la casuística por 100	Número total de hospitales	<i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total	Datos del presupuesto nacional proporcionados por los ministerios de salud, y datos presupuestarios y de estados financieros proporcionados por instituciones de la seguridad social

Cuadro 3. Continuación

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD					
Indicador	Definición	Numerador	Denominador	Desagregación	Fuente de datos
Porcentaje de hospitalizaciones prevenibles por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio	Hospitalizaciones por condiciones para las cuales el primer nivel de atención tiene la capacidad potencial de prevenir si contara con una adecuada capacidad resolutive	Hospitalizaciones prevenibles por 20 condiciones sensibles al cuidado ambulatorio	Hospitalizaciones por todas las causas	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Egresos hospitalarios, departamentos estadísticos de los ministerios de salud y estudios de eficiencia de los servicios de salud
Incidencia de pacientes con infecciones asociadas a la atención en salud	Incidencia de infecciones asociadas a dispositivos invasivos en unidades de cuidados intensivos	Número de días/pacientes con dispositivo invasivo en unidades de cuidados intensivos (pacientes en ventilación mecánica, catéter urinario permanente y catéter venoso centra) con infección asociada a dispositivo, confirmada con base en los criterios de la definición de caso	Número de días/pacientes con dispositivo invasivo en unidades de cuidados intensivos (pacientes en ventilación mecánica, catéter urinario permanente y catéter venoso centra)	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Edad</i> <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Registros de temperatura, uso de antibióticos, cultivos y evolución del paciente; indicaciones médicas y de enfermería y registro de la sospecha de infección por el personal clínico a cargo de la atención del paciente
Porcentaje de establecimientos de primer nivel de atención con población a cargo en base territorial	Porcentaje de establecimientos de primer nivel de atención con asignación clara de la población y territorio a cargo con base territorial expresado	Número de establecimientos de primer nivel de atención con población a cargo en base territorial	Número total de establecimientos de primer nivel de atención	<i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total	Departamentos estadísticos de los ministerios de salud
Porcentaje de la población nacional que tiene cobertura por redes integradas por servicios de salud	Porcentaje de la población nacional que tiene cobertura de servicios de salud integrales por redes integradas de servicio de salud en un mismo territorio geográfico	Número de habitantes cubiertos por redes de servicios de salud	Población total a nivel nacional	<i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total	Departamentos estadísticos de los ministerios de salud

Cuadro 3. Continuación

INTERVENCIONES INTERSECTORIALES CON IMPACTO EN SALUD					
Indicador	Definición	Numerador	Denominador	Desagregación	Fuente de datos
Proporción de la población con acceso a servicios de agua potable	Porcentaje de la población con acceso a servicios de agua potable en un año dado	Población con conexión domiciliaria a sistemas de agua potable o acceso razonable a la fuente pública de agua no mayor a 200 metros	Correspondiente población a mitad de año, en un determinado país, territorio o área geográfica	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Encuestas de hogar
Proporción de la población que utiliza una instalación de saneamiento mejorada	Porcentaje de la población con acceso a servicios de eliminación de excretas en un año dado	Población con acceso directo a través de conexión domiciliaria a sistemas públicos de alcantarillado o a través de tanque séptico o letrina	Población correspondiente a mitad de año, en un determinado país, territorio o área geográfica	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio	Encuestas de hogar

Notas: Las fichas técnicas completas para estos indicadores pueden consultarse en el Apéndice C.

Acciones estratégicas

En el cuadro 4 se muestra el listado de acciones estratégicas. Se han formulado a partir de las intervenciones (planes, políticas o programas) identificadas por los Estados Miembros en la resolución CD53.R14 (1). Dicho listado se ha mejorado de forma continua como respuesta a los comentarios recibidos durante los ejercicios y las sesiones de trabajo que se sostuvieron con diferentes expertos de la Región de las Américas.

En la primera línea estratégica, el análisis aborda los avances en la provisión de servicios integrales, integrados y centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, con especial énfasis en la capacidad resolutoria del primer nivel de atención y organización de los servicios en redes integradas. La segunda línea analiza la capacidad política y técnica de las ANS para conducir procesos de cambio de los sistemas de salud, así como también de formular, regular y fiscalizar el cumplimiento de los marcos normativos y regulatorios alineados a los valores de la salud universal.

Cuadro 4. Acciones estratégicas para la salud universal

Línea estratégica 1. Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades	
AE 1.1.	Definir e implementar los atributos del modelo de atención centrado en las personas, las familias y las comunidades
AE 1.2.	Aumentar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, priorizando las zonas con población en situación de vulnerabilidad
AE 1.3.	Fortalecer la organización y la gestión de los servicios de salud a través de redes integradas de servicios de salud
AE 1.4.	Establecer mecanismos para incluir la participación del usuario de servicios, su familia y la comunidad en la toma de decisiones para mejorar la calidad de los cuidados
Línea estratégica 2. Fortalecer la rectoría y la gobernanza	
AE 2.1.	Desarrollar normas y estándares para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud
AE 2.2.	Asegurar la disponibilidad, distribución equitativa y calidad de los recursos humanos para la salud
AE 2.3.	Definir los procesos que mejoren la disponibilidad y regulación de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias
AE 2.4.	Facilitar el empoderamiento de las personas y las comunidades y garantizar la representación de todos los grupos de la población en el proceso de formulación e implementación de las políticas
AE 2.5.	Fortalecer los sistemas de monitoreo e información para identificar las necesidades de salud, las inequidades en salud y barreras de acceso
AE 2.6.	Priorizar la investigación sobre salud universal en la agenda nacional de investigación
Línea estratégica 3. Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios	
AE 3.1.	Utilizar la reglamentación fiscal como instrumento para promover la movilización y la asignación de recursos financieros para la salud
AE 3.2.	Avanzar hacia la complementariedad de los recursos para la salud entre diversas fuentes
AE 3.3.	Avanzar hacia la eliminación del peso de los esquemas de recuperación de costos y pago directo de bolsillo
Línea estratégica 4. Fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de la cobertura universal	
AE 4.1.	Establecer o fortalecer la capacidad de la autoridad nacional de salud para implementar con éxito políticas públicas intersectoriales

Notas: AE, acción estratégica.

En la tercera línea estratégica se analiza el aumento y la optimización del financiamiento público de la salud, el fortalecimiento de la protección financiera, la minimización del pago directo de servicios y la mancomunidad solidaria de fondos a fin de fortalecer el modelo de atención y asegurar el acceso universal. Por último, en la cuarta línea se estudia la articulación y la integración de los servicios de salud con diferentes sectores sociales, así como los mecanismos de regulación en la producción, la comercialización y el consumo de bienes y servicios con influencia sobre la salud de la población

CAPÍTULO 2



UTILIZACIÓN DEL MARCO DE MONITOREO PARA LA SALUD UNIVERSAL

El marco de monitoreo para la salud universal se concibe para ser parte integral de los procesos nacionales de planificación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del progreso de los Estados Miembros en la implementación de acciones para avanzar hacia la salud universal. El análisis de este avance se basa en la medición de las inequidades de las condiciones de acceso y cobertura, así como en la colección de evidencia sobre el grado de ejecución de las actividades necesarias y fundamentales para el avance progresivo hacia la salud universal.

El monitoreo centrado de forma exclusiva en el seguimiento de tendencias, sin estar asociado a información contextual de los procesos de transformación del sistema de salud, no suele informar adecuadamente sobre la efectividad de las políticas de gobierno (64, 65). Por lo tanto, es necesario complementar el seguimiento con información cualitativa recolectada mediante procesos sistemáticos, y que permita analizar las características y la profundidad de los cambios introducidos en el sistema de salud (65). Para responder a esta necesidad, los expertos acordaron una metodología para el uso del marco de monitoreo que vincule el análisis de equidad con el de políticas.

Para ello se contempla la desagregación de indicadores según diferentes variables socioeconómicas, así como la colección de información cualitativa que informe sobre el grado de ejecución de políticas clave de transformación del sistema de salud. Para el análisis de datos cuantitativos, se espera que las ANS seleccionen, dentro del listado de sesenta y seis indicadores, los más relevantes al propio contexto nacional, teniendo en cuenta la disponibilidad de información y las prioridades del sistema de salud, incluido el perfil epidemiológico y las necesidades de políticas de transformación del sistema de salud. El objetivo del abordaje cualitativo es complementar

el análisis de datos cuantitativos a través de información contextual que dé cuenta de las características y profundidad de los cambios introducidos por las políticas del sistema de salud, e identificar opciones de políticas para abordar las brechas y desafíos encontrados (66-68). Se propone que el proceso se desarrolle en cuatro fases que no son necesariamente excluyentes.

Fase 1: análisis del contexto del sistema de salud

Este paso propone analizar la información contextual relevante que permita interpretar los datos de los resultados en salud universal a la luz de otros factores importantes del sistema de salud. Dicha información incluye la descripción y el análisis de la estructura institucional, organizacional y de los actores del sistema de salud. Puede ser colectada y analizada a través de un formato estandarizado preparado por la OPS para el desarrollo de perfiles de sistemas de salud (69).

Fase 2: análisis de las acciones estratégicas

El análisis de las acciones estratégicas se realizará a través de entrevistas con informantes claves e información documental oficial del país usando un cuestionario no estructurado que permita la colección de información cualitativa (Apéndice B). El objetivo es que dicha información ayude a dar contexto y explicar el efecto de las políticas y los planes diseñados para avanzar hacia la salud universal. Para ello, cada acción estratégica se analizará en función de cuatro temas:

1. Intervenciones (políticas, planes y estrategias) utilizadas para mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud a las necesidades de salud de la población.
2. Aspectos institucionales, relacionados con los marcos regulatorios y los mecanismos de asignación de recursos (financieros, tecnológicos y humanos), que han favorecido el fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sistema de salud.
3. Aspectos políticos, relacionados con las acciones por parte de la ANS y otros actores, que han hecho posible introducir cambios en los marcos regulatorios y los mecanismos de asignación de recursos, a fin de fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de salud.
4. Intervenciones intersectoriales que han facilitado procesos de cambio en los marcos regulatorios y en los mecanismos de asignación de recursos (Apéndice B).

Estos temas se basan en la dinámica y la naturaleza propia de los procesos de transformación de los sistemas de salud. Los cambios en los sistemas de salud integran mecanismos institucionales, políticos e intersectoriales para la regulación de los recursos críticos y la organización de los servicios. La integración de todos estos componentes debe ser liderada por las ANS en alianza con otros actores institucionales y sociales (59, 60). Asimismo, la promoción de un marco legal para la salud universal comprende la generación de intervenciones (políticas, planes y estrategias) relacionadas a cada uno de las cuatro líneas estratégicas, incluidos la organización de los servicios, la fuerza de trabajo en salud, el financiamiento, los medicamentos y tecnologías y la acción intersectorial. Estos elementos se consideran ejes críticos de las transformaciones necesarias de los sistemas de salud para garantizar las condiciones de acceso y cobertura de salud (59, 60).

Es importante resaltar que no se pretende que el cuestionario sea auto cumplimentado. Por tanto, como dinámica del ejercicio se propone que la ANS defina un grupo de facilitadores nacionales responsables de la colección de la información. Este grupo deberá ser constituido por responsables del país en cada una de las líneas estratégicas para la salud universal: servicios de salud, gobernanza, financiamiento y acción intersectorial. El grupo de facilitadores estará a cargo de planificar y conducir el taller y asegurar la participación de profesionales y oficiales de la salud, representantes de los pacientes, y otros expertos y actores del sistema de salud. La colección de datos deberá llevarse a cabo a través de un ejercicio colegiado y altamente participativo en el que se congregue a trabajadores y a expertos de la salud y a otros actores del sistema de salud. Durante el ejercicio se formarán grupos de trabajo en los que se distribuirán profesionales de acuerdo con su perfil. Cada grupo contará con el apoyo de un facilitador local para concertar una respuesta de grupo, y también con el apoyo de un secretario encargado de seguir el recuento de las respuestas y de ratificar el nivel de consenso por parte del grupo. Si hay diferencias de opinión, se tomará nota de ello. Un instructor externo de la OPS ayudará a recopilar las observaciones y las sugerencias de los participantes para apoyar el proceso de análisis.

Fase 3: análisis de resultados inmediatos, intermedios y de impacto

La ANS definirá un grupo de trabajo para medir y analizar los indicadores de resultados inmediatos, intermedios y de impacto (Apéndice C). Este paso contempla la medición y el análisis de la equidad. El monitoreo de las inequidades en salud es fundamental para alcanzar progresivamente la salud universal pues permite realizar comparaciones entre diferentes poblaciones en el tiempo, lo que facilita la definición de metas y asegura que las distintas políticas no dejen de lado a los grupos en estado de vulnerabilidad. La inequidad es multicausal y, por tanto, se recomienda que el monitoreo de la salud universal se diseñe para incorporar las diferentes dimensiones de inequidad con el fin de identificar el tipo de intervención que mejor responda al tipo de inequidad observada (70-72). La OPS ha ofrecido guía técnica sobre cómo medir y monitorear inequidades en salud, con especial énfasis en las características de las diferentes métricas y métodos de medición y análisis. Los asesores técnicos de la OPS podrán ofrecer apoyo técnico en las metodologías de medición e interpretación de datos sobre la equidad.

Fase 4: socialización de resultados y formulación de recomendaciones

La información recogida en los pasos 2 y 3 debería ser socializada con oficiales del gobierno, sociedad civil y otros actores del sistema de salud a través de un ejercicio colegiado y altamente participativo en el que se congregue a todos los actores relevantes. Se espera que los resultados, los comentarios y las recomendaciones del análisis de los resultados se traduzcan en insumos para el gobierno, el público y otros actores, que sirvan para guiar la formulación o actualización de políticas.

CAPÍTULO 3



COMENTARIOS FINALES

Esta propuesta presenta un marco para el monitoreo de la salud universal. Su objetivo fundamental es fortalecer las capacidades de análisis y toma de decisiones para catalizar procesos de cambio que permitan mejoras en las condiciones de acceso equitativo. A continuación se mencionan recomendaciones para su uso efectivo:

- La aceptabilidad de las herramientas de monitoreo es un elemento clave para facilitar procesos de cambio hacia la salud universal (5). La construcción consensuada de esta propuesta permitió generar un instrumento en el que diferentes actores estuvieron de acuerdo con las dimensiones de análisis, así como con la relevancia, la validez y la factibilidad de las métricas y metodología elegidas.
- Incluir las distintas dimensiones de análisis (acciones estratégicas, resultados inmediatos, resultados intermedios y resultados de impacto) permite un abordaje mixto, con métodos cualitativos y cuantitativos, para explicar mejor el efecto de las intervenciones (planes, política y programas) en las condiciones de acceso y cobertura.
- Este abordaje metodológico también debería guiar el diseño y el desarrollo de procesos de evaluación más profundos sobre el efecto de las políticas de transformación del sistema de salud, incluidos los procesos, los factores contextuales y la causalidad.
- Si bien la existencia de un marco consensuado para la Región de las Américas facilita el aprendizaje regional sobre las implicaciones y los efectos de las transformaciones del sistema de salud, el desarrollo del marco no se concibió para hacer comparaciones entre países. La principal intención es apoyar el seguimiento de las metas nacionales de cada país e identificar áreas que necesitan mayor atención y la introducción de medidas correctivas.

- La aplicación del marco de monitoreo no está exenta de desafíos. Uno de ellos se basa en la dificultad de analizar el listado completo de indicadores y acciones estratégicas, así como en la escasa disponibilidad de datos desagregados por variables socioeconómicas, lo que dificulta el monitoreo de la equidad. Al mismo tiempo, el listado de indicadores incluidos podría no ser exhaustivo para el contexto particular de algunos países. Sin embargo, es más práctico elegir un conjunto de indicadores trazadores que los países puedan adaptar en función de sus necesidades en salud. Para ello, los expertos recomendaron que cada país priorice los indicadores y las acciones estratégicas que sean más relevantes y factibles para su contexto particular.
- El análisis de los dominios incluidos en el marco de monitoreo puede ser relativamente complejo para países grandes donde la responsabilidad de la ejecución de políticas recae sobre diferentes autoridades federales, estatales y locales. Esto representa un desafío a la hora de interpretar el análisis de políticas a niveles subnacionales. Por ello, el desarrollo de un instrumento robusto permite que las autoridades de salud puedan seleccionar las dimensiones y los indicadores más relevantes para su contexto nacional.
- El desarrollo del marco de monitoreo presentado es solo un insumo inicial. Para producir, analizar y utilizar la información sobre la salud universal es necesario fortalecer los sistemas de monitoreo nacionales. Para fortalecer la gobernanza de los sistemas de monitoreo, además de una mayor inversión, es esencial cubrir las necesidades de análisis y seguimiento de las políticas para la salud universal, así como las de otros programas y actividades del sistema de salud. Se requiere fortalecer los sistemas de información nacionales que integren datos de encuestas de hogares e instituciones de salud y que permitan un adecuado flujo de datos. Estos y otros elementos relacionados con la construcción de sistemas nacionales de monitoreo necesitan esfuerzos adicionales.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD53.R14. 53.o Consejo Directivo de 2014. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington, D.C.: OPS; 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R14-s.pdf>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Dos palabras que recordar. Disponible en: <https://intra.paho.org/Pages/abreviando.aspx>.
3. Asamblea General de la Naciones Unidas. Resolución A/RES/71/313. Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nueva York: ONU; 2017. Disponible en: https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework_A.RES.71.313%20Annex.Spanish.pdf.
4. Organización Mundial de la Salud, Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report: OMS/BIRF/BM, 2017.
5. PLOS Medicine Editors. Monitoring universal health coverage collection: managing expectations. *PLoS Med.* 2014;11(9):e1001732.
6. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels: framework, measures and targets. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112824/1/WHO_HIS_HIA_14.1_eng.pdf?ua=1.
7. Thorpe JM, Thorpe CT, Kennelty KA, Pandhi N. Patterns of perceived barriers to medical care in older adults: a latent class analysis. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:181. doi: 10.1186/1472-6963-11-181.
8. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2004;20(S2):S190-S198.
9. Aguilera X, Castillo-Laborde C, Ferrari MN-D, Delgado I, Ibañez C. Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Chile. *PLoS Med.* 2014;11(9): e1001676. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001676>.
10. Albala C, Lebrano ML, Leon Diaz, Han-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Pública* 2005;17(5/6):307-322.
11. Anbrasi E, Olubukola P, Oldja L. Core Health Systems Performance Assessment Conceptual Model and Framework for the Region of the America (borrador). Washington, D.C.: OPS, John Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2011.
12. Aranibar P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Serie Población y Desarrollo. Santiago de Chile: CELADE. 2001;21:28-29.
13. Boerma, T, AbouZahr, C, Evans, D, and Evans, T. Monitoring intervention coverage in the context of universal health coverage. *PLoS Med.* 2014; 11: e1001728.
14. Boerma T, Eozenou P, Evans D, Evans T, Kieny MP, Wagstaff A. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. *PLoS Med.* 2014; 11:e1001731.
15. Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. [Internet] *Bulletin of the World Health Organization.* 2013; 91(11):853-863. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3853950>.
16. Gravelle H, Sutton M. Inequality in the geographical distribution of general practitioners in England and Wales 1974-1995. *J Health Serv Res Policy.* 2001;6(1):6-13.
17. Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. *Rev Panam Salud Publica.* 2009;26(5):377-384.

18. Hogan DR, Stevens GA, Hosseinpoor AR, Boerma T. Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services. *Lancet Global Health*. 2017. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30472-2.
19. Hosseinpoor AR, Bergen N, Koller T, Prasad A, Schlottheuber A, Valentine N, et al. Equity-Oriented Monitoring in the Context of Universal Health Coverage. *PLoS Med*. 2014;11(9): e1001727. doi: 10.1371/journal.pmed.1001727.
20. Leegwater A, Wong W, Avila C. A concise, health service coverage index for monitoring progress towards universal health coverage. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:230.
21. Magill SS, Edwards JR, Bamberg W, Beldavs ZG, Dumyati G, Kainer MA. Multistate Point-Prevalence Survey of Health Care Associated Infections. *N Engl J Med*. 2014;370:1198-208. doi:10.1056/NEJMoa1306801.
22. Magill SS, Hellinger W, Cohen J, Kay R, Bailey C, Boland B, et al. Prevalence of healthcare-associated infections in acute care hospitals in Jacksonville, Florida. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2012;33:283-291.
23. Penchansky R, Thomas JW. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*. 1981;19, 127-140.
24. Melzer D. Socioeconomic status and the expectation of disability in old age: estimates for England. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54:286.
25. Nolte E, McKee M. Does health care saves lives? Avoidable mortality revisited. The Nuffield Trust, 2004.
26. Ng M, Fullman N, Dieleman JL, Flaxman AD, Murray CJ, Lim SS. Effective coverage: a metric for monitoring universal health coverage. *PLoS Med*. 2014;11:e1001730.
27. Nolte E, McKee CM. Measuring the health of nations: updating an earlier analysis. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27:58-71.
28. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG III, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the Quality of Medical Care: A Clinical Method. *N Engl J Med*. 1976;294:582-588.
29. Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Rep* 1971;86:347-354.
30. Tobias M, Jackson G. Avoidable mortality in New Zealand, 1981-1997. *Aust N Z Public Health*. 2001;25(1):12-20.
31. Victora CG, Barros AJ, Axelson H, Bhutta ZA, Chopra M, França GV, et al. How changes in coverage affect equity in maternal and child health interventions in 35 Countdown to 2015 countries: an analysis of national surveys. *Lancet*. 2012;380:1149-1156.
32. Wagstaff A, Dmytraczenko T, Almeida G, Buisman L, Hoang-Vu Eozenou P, Bredenkamp C, et al. Assessing Latin America's progress toward achieving universal health coverage. *Health Aff (Millwood)*. 2015;34:1704-1712.
33. Wagstaff A, Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. *Health Econ*. 2003;12:921-933. doi: 10.1002/hec.776.
34. Wehrmeister FC, Restrepo-Mendez MC, Franca GV, Victora CG, Barros AJ. Summary indices for monitoring universal coverage in maternal and child health care. *Bull World Health Organ*. 2016;94:903-912.
35. Yavich N, Bascolo EP, Haggerty J. Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria de la salud para Latinoamérica. *Salud pública Méx [online]*. 2010;52(1):39-45.
36. Dmytraczenko T, Almeida G. Toward universal health coverage and equity in Latin America and the Caribbean: Evidence from selected countries. *Directions in Development*. Washington, D.C.: BM/OPS; 2015. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/22026/9781464804540.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

37. Organización Mundial de la Salud. Health in All Policies Framework for Country Action. 8.a Global Conference on Health Promotion, OMS, Ministerio de Salud y de Asuntos Sociales, Helsinki (Finlandia), 10 de junio de 2013. Disponible en: <https://www.who.int/healthpromotion/frameworkforcountryaction/en>.
38. Organización Mundial de la Salud. Primer borrador del Marco Conceptual a nivel de País para la Acción Intersectorial en Salud y Equidad en Salud, segundo documento de discusión de la OMS, 2015. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/events/WHO-discussion-paper2.pdf?ua=1&ua=1>.
39. Organización Mundial de la Salud. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf.
40. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global: Marco de trabajo, medidas y metas. Washington, D.C.: BM/OPS; 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112827/1/WHO_HIS_HIA_14.1_spa.pdf?ua=1.
41. Organización Mundial de la Salud. Monitoring and evaluation of health systems strengthening: An operational framework. Ginebra: OMS; 2009. http://www.who.int/healthinfo/HSS_MandE_framework_Nov_2009.pdf.
42. Organización Mundial de la Salud. The Health Systems in Transition (HiT): Template for authors. WHO/European Observatory on Health Systems and Policies. Dinamarca: OMS, Oficina Regional para Europa, 2010.
43. Organización Panamericana de la Salud. Manual de medición y monitoreo de indicadores de metas regionales de recursos humanos para la salud: un compromiso compartido. Washington, D.C.: OPS; 2013.
44. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.o 4. Washington, D.C.: OPS, 2010.
45. Organización Mundial de la Salud. Toolkit on monitoring health systems strengthening: Health Systems Governance. Washington, D.C.: OMS; 2008. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/EN_PDF_Toolkit_HSS_Governance.pdf.
46. Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf.
47. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. 52.o Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, 65.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento 345); del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013. Washington, D.C.: OPS; 2013. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23052&Itemid=270&lang=en.
48. Organización Panamericana de la Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie La renovación de la atención primaria de salud en las Américas, n.o 4. Washington, D.C.: OPS; 2011. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/PHC_IHSD-2011Serie4.pdf.
49. Organización Panamericana de la Salud. Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos. Washington, D.C.: OPS, 2016. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/manual-moni-desig-sociales-salud-2016.pdf>.
50. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Health Systems in South America: challenges to the universality, integrity and equity. Río de Janeiro: ISAGS, 2012.
51. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. Health at a glance 2015: OECD indicators. París: OCDE; 2015. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22177en/s22177en.pdf>.

52. Observatório Ibero-Americano de Políticas e Sistemas de Saúde. Matriz analítica. Brasília: OIAPSS; 2018. Disponible en: http://oiapss.icict.fiocruz.br/matriz.php?ling=2&fbclid=IwAR1ZZPCnUbuIIER-hwBHvdEyOkvc40SGeTvBiBIy_eRfWfG0tvPTaIRQU3tk
53. Organización Mundial de la Salud. 2015 Global Reference List of 100 Core Health Indicators. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/>.
54. Banco Mundial. Datos de libre acceso del Banco Mundial. <https://datos.bancomundial.org>.
55. Organización Mundial de la Salud. The Global Health Observatory. UHC Data Portal. OMS; 2017. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/portal/gho.jsp?lang=es>.
56. Organización Mundial de la Salud. Datos del Observatorio Mundial de la Salud. Datos y estadísticas de la OMS. Datos y análisis para los Objetivos de Desarrollo Sostenibles relativos a la salud. Disponible en: <http://www.who.int/gho/en/>.
57. Organización Mundial de la Salud. The Global Health Observatory. Health Equity Monitor. Disponible en: http://www.who.int/gho/health_equity/en/#.
58. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_tabs&view=article&id=2151&Itemid=3632&lang=es.
59. Organización Panamericana de la Salud. Glosario de Indicadores Básicos de la OPS. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=23508&lang=es.
60. Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información en Salud de las Américas. Disponible en: <http://www.paho.org/data/index.php/es/>.
61. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. Datos. Disponible en: <https://data.oecd.org/home/>.
62. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2017: Rectoría y gobernanza hacia la salud universal. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=309&lang=es.
63. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2017: Transformaciones de los sistemas de salud hacia la salud universal. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=305&lang=es.
64. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2017: La búsqueda de la salud universal: resumen de los indicadores sobre el desempeño de los sistemas de salud. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=305&lang=es.
65. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud. Ginebra: OMS; 2006. Disponible en: http://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf?ua=1.
66. Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bulletin of the World Health Organization* 2013;91(11):853-863.
67. Obermann K, Chanturidze T, Richardson E, Tanirbergenov S, Shoranov M, Nurgozhaev A. Data for development in health: a case study and monitoring framework from Kazakhstan. *BMJ Global Health*. 2016;1(1):e000003. doi:10.1136/bmjgh-2015-000003.
68. Adler ES, Clark R. How it's done: an invitation to social research. Belmont: Wadsworth; 2008.
69. Bernard HR. Social research methods: qualitative and quantitative approaches. Thousand Oaks: Sage; 2000.
70. Miles M, Huberman M. Qualitative data analysis. Thousand Oaks: Sage; 1994.
71. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall MN. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ*. 2003;326(7393):816-819.
72. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el desarrollo de perfiles de sistemas de salud. Documento de trabajo. Washington, D. C: OPS; 2017.
73. Organización Mundial de la Salud. Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries. Ginebra: OMS; 2013.

GLOSARIO

Acceso: capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad en el momento en que se necesitan.

(Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD53.R14. 53.o Consejo Directivo de 2014. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington, D.C.: OPS; 2014).

Acceso universal a la salud: ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud y disfruten una vida saludable que permita su desarrollo humano y su bienestar

(Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD53.R14. 53.o Consejo Directivo de 2014. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington, D.C.: OPS; 2014).

Acción intersectorial: intervención coordinada de más de un sector social en acciones destinadas al mejoramiento de la salud y el bienestar de la población. Se refiere a políticas, programas y proyectos llevados a cabo por dos o más ministerios o agencias del gobierno. Esta incluye tanto la acción puramente horizontal entre ministerios y agencias, como acciones entre diferentes niveles del gobierno. Tradicionalmente, el sector salud ha liderado acciones entre sectores para salud y equidad en salud, por ejemplo, a través de Salud en todas las políticas y Abordaje de Gobierno conjunto.

(Organización Mundial de la Salud. Primer borrador del Marco Conceptual a nivel de País para la Acción Intersectorial en Salud y Equidad en Salud, segundo documento de discusión de la OMS, 2015. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/events/WHO-discussion-paper2.pdf?ua=1&ua=1>).

Análisis de las necesidades de salud: método de revisión sistemática de los problemas de salud de una población que conduce a consensuar prioridades y a la asignación de recursos para mejorar la salud y reducir inequidades.

(Cavanag S, Chadwick K. Health needs assessment: A practical guide. UK National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005. Disponible en: <http://www.publichealth.nice.org.uk/page.aspx?o=513203>).

Áreas desatendidas: áreas con una densidad menor de trabajadores de salud por 10.000 habitantes respecto a la densidad nacional de trabajadores de salud por 10.000 habitantes. Lo sustancial es que con este concepto pueda compararse el volumen de población que vive en cada jurisdicción subnacional (provincia, estado, departamento, territorio, distrito, etc.) y así determinar el número de recursos humanos en salud que existe en esa jurisdicción geográfica.

(Organización Panamericana de la Salud. Manual de medición y monitoreo de indicadores de metas regionales de recursos humanos para la salud: un compromiso compartido. Washington, D.C.: OPS; 2013).

Atención primaria de salud (APS): enfoque amplio para la organización y la operación de sistemas de salud que hacen del derecho a disfrutar del nivel de salud más alto posible su principal objetivo, al tiempo que maximizan la equidad y la solidaridad. Un sistema de tal naturaleza sigue los principios propios de la APS, como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientarse hacia la calidad, la responsabilidad y la rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la sostenibilidad, la participación y la intersectorialidad.

(Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C.; 2007).

Autocuidado (o cuidado personal): es lo que las personas hacen por sí mismas para establecer y mantener su salud, prevenir las enfermedades y lidiar con ellas. Es un concepto muy amplio que incluye la higiene (personal y general, la nutrición (tipo y calidad de alimentación), el estilo de vida (actividad física, placer, etc.), los factores ambientales (condiciones de vida, hábitos sociales, etc.), los factores socioeconómicos (nivel de ingreso, creencias culturales, etc.) y la automedicación. *(Organización Mundial de la Salud, Report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist. La Haya: OMS, 1998).*

Autoridad nacional en salud: custodia el bien público en salud. Su objetivo primordial es la protección y la promoción de la salud de la población. Se expresa como la potestad del Estado para incidir sobre las funciones, las responsabilidades, y las competencias sustantivas que le son propias e indelegables, para velar efectivamente por el bien público en materia de salud. *(Organización Panamericana de la Salud. La función rectora de la autoridad sanitaria nacional en acción: lecciones aprendidas. Washington, D. C.: OPS; 2007. Disponible en inglés en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Steering_Role_NHA.pdf).*

Calidad de los servicios de salud: grado en que los servicios de atención en salud 1) incrementan la probabilidad de alcanzar un resultado deseado en salud y 2) son consistentes con conocimientos profesionales actualizados. A esta definición se le debe agregar el componente subjetivo de la calidad, que corresponde a la calidad percibida por parte de los usuarios. *(Organización Panamericana de la Salud. Política y Estrategia Regional para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, incluyendo la Seguridad del Paciente. CSP 27/16, 2007).*

Capacidad resolutive: capacidad de los servicios de salud de brindar cuidado integral capaz de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a largo del tiempo y durante todo el ciclo vital. *(Modificado de Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.o 4. Washington, D.C.: OPS, 2010).*

Cobertura de salud: capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población. Ello incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluidos los medicamentos) y financiamiento. *(Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD53.R14. 53.º Consejo Directivo de 2014. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington, D.C.: OPS; 2014).*

Cobertura universal de salud: existencia de mecanismos de organización y financiación suficientes para cubrir a toda la población. *(Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD53.R14. 53.o Consejo Directivo de 2014. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington, D.C.: OPS; 2014).*

Cuidado apropiado: atención ajustada a las necesidades en salud de toda la población; atención efectiva y basada en la mejor evidencia científica disponible; intervenciones seguras y que no causen daños o perjuicios de ningún tipo y en las que las prioridades respecto a la asignación y la organización de los recursos se establecen según criterios de equidad y de eficiencia económica (por ejemplo, costo-efectividad). *(Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C., 2007. En: Organización Panamericana de la*

Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.o 4. Washington, D.C.: OPS, 2010. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3270>.

Curso de vida: enfoque basado en un modelo que sugiere que los resultados en salud, de las personas y la comunidad dependen de la interacción de múltiples factores protectores y de riesgo durante la vida. Por tanto, cada etapa de la vida influye sobre la siguiente. Dichos factores se refieren a características ambientales, biológicas, conductuales, psicológicas y acceso a servicios de salud. Este enfoque aporta una visión más comprehensiva de la salud y de sus determinantes, que exhorta al desarrollo de servicios más centrados en las necesidades de sus usuarios en cada etapa de su vida. *(Modificado de Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.o 4. Washington, D.C.: OPS, 2010. En: Lu M, Halfon N. Racial and Ethnic Disparities in Birth Outcomes: A Life-Course Perspective. Mat and Chil Health J 2003; Vol 7, No. 1:13-30).*

Eficiencia: utilización óptima de recursos para alcanzar objetivos sociales determinados. *(Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD53.R14. 53.o Consejo Directivo de 2014. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington, D.C.: OPS; 2014).*

Enfoque de salud familiar y comunitaria: el cuidado aborda los problemas del individuo en el contexto de sus circunstancias familiares, de sus redes sociales y culturales, y de las circunstancias en que vive y trabaja. Significa también que las familias y las comunidades son, en sí mismas, receptoras y en ocasiones prestadoras de servicios de salud (por ejemplo, cuidados en el hogar), respetando las diversidades de género, culturales, étnicas y de otro tipo que pudieran existir en la comunidad.

(Modificado de Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.o 4. Washington, D.C.: OPS, 2010).

Equidad en salud: ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, así como en el trato que se recibe en el sistema de salud y en otros servicios sociales.

(Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C.: OPS; 2007).

Equipos multidisciplinarios de primer nivel de atención: a grandes rasgos, puede incluir cualquiera de los siguientes profesionales y agentes comunitarios (las tres primeras categorías de profesiones de la salud generalmente representan el núcleo mínimo del equipo de primer nivel de atención): médicos generales, enfermeras, parteras profesionales u obstetricias, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, psicólogos, nutricionistas, farmacéuticos, odontólogos, gerentes de primera línea y administradores, agentes sanitarios de la comunidad, auxiliares de enfermería, asistentes médicos y tecnólogos médicos.

(Organización Panamericana de la Salud. Manual de medición y monitoreo de indicadores de metas regionales de recursos humanos para la salud: un compromiso compartido. Washington, D.C.: OPS; 2013).

Establecimientos del primer nivel de atención: establecimientos de atención que cuentan con camas, pero no con especialistas o centros que tiene especialistas, pero no camas. (Concepto adoptado en este documento a sugerencia de los expertos)

Estrategia nacional: basado en una política nacional, es un conjunto de decisiones que incluyen de forma general las líneas de acción requeridas en todos los sectores involucrados para hacer efectiva la política nacional de salud. Identifica los problemas y la manera de abordarlos.

(Organización Mundial de la Salud. A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons, Japan: OPS; 2004. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68896/WHO_WKC_Tech.Ser_04.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Fragmentación (de los servicios de salud): coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial. Otras definiciones alternativas son: a) servicios que no cubren toda la gama de servicios de fomento, prevención, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo; b) servicios de distintos niveles de atención que no se coordinan entre sí; c) servicios que no continúan a lo largo del tiempo, y d) servicios que no se ajustan a las necesidades de las personas.

(Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.o 4. Washington, D.C.: OPS, 2010. En: Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007. Vol. I, p. 319. Washington, D.C.: OPS; 2007).

Gobernanza: arreglos institucionales que regulan los actores y los recursos críticos con influencia sobre las condiciones de cobertura y el acceso a los servicios de salud.

(Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2017. Washington, D.C.: OPS; 2017).

Grupos en situación de vulnerabilidad: sectores de la población con necesidades especiales y capacidades limitadas o que tienen un mayor riesgo de pobreza o exclusión social que la población general. Incluyen a las mujeres, las niñas y los niños, las minorías étnicas, las poblaciones indígenas y afrodescendientes, los migrantes, los pacientes con enfermedades crónicas o incapacitantes y los adultos mayores, entre otros. En este contexto, se refiere a esos grupos con mayor riesgo de padecer mala salud y un acceso limitado a dichos servicios debido a factores étnicos, religiosos, culturales o socioeconómicos.

(Comisión Europea. The European Social Fund and Social Inclusion, Belgica: CE; 2010. Disponible en: http://ec.europa.eu/employment_social/esf/docs/sf_social_inclusion_en.pdf).

Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria: infecciones que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del ingreso en la institución. Se asocian a varias causas, entre las que incluye, aunque no solamente, el uso de dispositivos médicos, las complicaciones posquirúrgicas, la transmisión entre pacientes y trabajadores de la salud o el resultado del consumo frecuente de antibióticos. Además, pueden estar causadas por diversos agentes infecciosos, entre ellos bacterias, hongos y virus. Se consideran un evento adverso resultado de una atención en salud que provoca algún daño al paciente de forma no intencionada, y que puede catalogarse como prevenible o no prevenible. De acuerdo a la información de la OMS/OPS, esta definición reemplazará a otras utilizadas antes en otros subsistemas, como infección nosocomial o intrahospitalaria o infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS).

(Instituto Nacional de Salud de Colombia. Qué son las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. Disponible en <http://www.ins.gov.co/iaas/Paginas/que-son-las-iaas.aspx>)

Mancomunación solidaria de fondos: unificación en un fondo único de todos los estamentos del financiamiento (seguridad social, presupuesto estatal, contribuciones individuales y otros fondos), con carácter solidario, es decir, cada quien aporta según su capacidad y recibe servicios según su necesidad. En este esquema, el presupuesto público asume las contribuciones para los individuos que carecen de capacidad para aportar (pobres e indigentes).

(Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD53.R14. 53.o Consejo Directivo de 2014. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington, D.C.: OPS; 2014).

Médico o médica de primer nivel de atención: en la mayoría de los países se les conoce como médicos de atención primaria. Persona certificada en la profesión médica que presta servicios de atención primaria en salud en el ámbito público o privado, en el primer nivel de atención, en unidades sin internación, en lugares distintos de hospitales de atención aguda o de estadía prolongada. Esta definición no se refiere exclusivamente a graduados o especialistas en atención primaria en salud o salud comunitaria.

(Organización Panamericana de la Salud. Manual de medición y monitoreo de indicadores de metas regionales de recursos humanos para la salud: un compromiso compartido. Washington, D.C.: OPS; 2013).

Necesidades en salud insatisfechas: “la diferencia entre los servicios que se juzgan necesarios para abordar apropiadamente los problemas de salud y los servicios que son recibidos”. Son la consecuencia de barreras de acceso relacionadas con la accesibilidad, la disponibilidad y la aceptabilidad.

(Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos A, Tountas Y, Niakas D. Investigating Unmet Health Needs in Primary Health Care Services in a Representative Sample of the Greek Population. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2013;10(5):2017-2027. <http://doi.org/10.3390/ijerph10052017>).

Pagos directos de bolsillo (o pagos directos): honorarios o cargos que se cobran por las consultas o los procedimientos médicos o diagnósticos, para pagar los medicamentos y otros tratamientos. En función del país, pueden recaudarlo las organizaciones gubernamentales, los centros de salud religiosos y los privados. A veces se establecen oficialmente y otras no. A pesar de estar cubiertos por un seguro, los usuarios deben compartir estos gastos (normalmente en forma de coseguros, copagos o deducibles) y pagar de su propio bolsillo en el momento de utilizar el servicio, ya que estos gastos no están cubiertos por el plan de seguros.

(Modificado de Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS; 2010).

Plan nacional de acción: plan maestro intersectorial amplio para atender los objetivos nacionales en salud a través de la implementación de una estrategia. Este indica qué debe hacerse, quién tiene que hacerlo, en qué periodo y con qué recursos. Es el marco de referencia que conduce a la programación más detallada, a la generación de presupuesto, a la implementación y a la evaluación. El plan especifica en términos operacionales los pasos que hay que seguir de acuerdo a la estrategia, teniendo en cuenta los diferentes objetivos y metas que deben alcanzarse, así como los programas para hacerlo.

(Organización Mundial de la Salud. A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons, Japan: OPS; 2004. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68896/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Política nacional de salud: declaración o procedimiento formal llevado a cabo en una institución (por lo general, el gobierno) que define los objetivos, las prioridades y los parámetros de acción para dar respuesta a las necesidades en salud, dentro del contexto de los recursos disponibles.

(Organización Mundial de la Salud. A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons, Japan: OPS; 2004. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68896/WHO_WKC_Tech.Ser_04.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Primer nivel de atención: provisión de servicios integrados y accesibles por personal de salud responsable de resolver la mayoría de las necesidades de salud de las personas, que desarrolla una relación sostenida con la gente y que practica en el contexto de la familia y la comunidad.

(Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.o 4. Washington, D.C.: OPS, 2010).

Proveedores de salud públicos, privados u otros: los términos “público” y “privado, aunque no son precisos, se usan con frecuencia como descriptores de los sistemas de salud. En general, “público” se refiere a la propiedad del gobierno, ya sea nacional, regional, estatal o local, mientras que “privado” se refiere al involucramiento de negocios, organizaciones caritativas o individuos. Aunque los sectores público y privado son entidades separadas, con frecuencia están estrechamente relacionados. Por ejemplo, incluso cuando los servicios de salud los prestan organizaciones caritativas (sector privado), la responsabilidad de hacerlo suele ser de proveedores del gobierno (sector público). Igualmente, los gobiernos con frecuencia regulan el sector privado o pueden prestar financiamiento adicional. En el contexto de este documento, los proveedores públicos son aquellos sin ánimo de lucro del sector público que ofrecen servicios de salud en establecimientos de propiedad pública y con fondos procedentes del sector público. Los proveedores privados son proveedores comerciales o sin ánimo de lucro que ofrecen servicios de salud en establecimientos de propiedad privada. Los fondos para estos servicios pueden provenir del sector público o del privado. Por “otros” proveedores se entiende los que, por su naturaleza, no pueden considerarse exclusivamente públicos o privados ya que tanto su propiedad como su administración implica una coparticipación del sector gubernamental y no gubernamental. En algunos países, existen centros de salud o instalaciones del sector de la seguridad social que son ejemplos de esta última modalidad.

(Kawiorska D. Guidelines for the Delineation into Public and Private Units. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos; 2018. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/health-systems/40191715.pdf>).

Rectoría: capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita crear, fortalecer o cambiar las estructuras de gobernanza del sistema de salud, así como el ejercicio de la regulación y la fiscalización.

(Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2017. Washington, D.C.: OPS; 2017).

Recursos humanos en salud: con fines de comparación internacional y dada la disparidad de datos disponibles para muchas profesiones, se usa la definición de la OMS, que incluye a médicos, enfermeras y parteras. Sin perjuicio de ello, se alienta a los países a recolectar información sobre todas las profesiones relevantes del equipo de salud.

(Organización Panamericana de la Salud. Manual de medición y monitoreo de indicadores de metas regionales de recursos humanos para la salud: un compromiso compartido, Washington, D.C.: OPS; 2013).

Redes integradas de servicios de salud: red de organizaciones que presta o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.

(Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.o 4. Washington, D.C.: OPS; 2010).

Resolutividad del primer nivel de atención: capacidad de un centro del primer nivel de atención de diagnosticar y tratar correcta y eficazmente a los usuarios que acudan con problemas de salud y que corresponda al nivel de recursos humanos y materiales disponibles en la atención primaria. Esta capacidad se mide a partir de la evaluación de problemas de salud seleccionados como indicadores y por el desempeño de los clínicos, según las definiciones de las guías de práctica clínica.

(Modificado de Peñaloza B, Leisewitz T, Bastías G, Zárate V, Depaux R, Villarroel L, et al. Metodología para la evaluación de la relación costo-efectividad en centros de atención primaria de Chile. Revista Panamericana de Salud Pública. 2010;28(5):376-387).

Salud en todas las políticas: enfoque encaminado a mejorar la salud y el bienestar. Se trata de un enfoque de las políticas públicas en todos los sectores que sistemáticamente tenga en cuenta las implicaciones de las decisiones sobre la salud, busque sinergias y evite efectos sanitarios nocivos para mejorar la salud de la población y la equidad en materia de salud.

(Modificado de Organización Mundial de la Salud. Health in All Policies Framework for Country Action http://www.healthpromotion2013.org/images/HiAP_Framework_Conference_Draft_10_June.pdf).

Segmentación (de los sistemas de salud): sistemas de salud caracterizados por la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno de ellos “especializado” en diferentes estratos de la población de acuerdo a su inserción laboral, nivel de ingresos, capacidad de pago y posición social. Este tipo de organización institucional consolida y profundiza la inequidad en el acceso a los servicios de salud entre los diferentes grupos de la población. En términos organizativos, coexisten una o varias entidades públicas (dependiendo del grado de descentralización o desconcentración), la seguridad social (representada por una o varias entidades) y diversos financiadores/aseguradores y proveedores privados de servicios (dependiendo del grado de introducción de mecanismos de mercado y de gestión empresarial durante las reformas sectoriales).

(Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007. Vol. I, p. 319, Washington, D.C.: OPS; 2007. En: Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.o 4. Washington, D.C.: OPS, 2010).

Servicios de salud centrados en las personas y la comunidad: se enfocan en “la persona como un todo”, es decir, el cuidado considera las dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales de la persona durante todo su curso de vida. También significa que los servicios de salud incorporan enfoques interculturales, de género y de poblaciones vulnerables al cuidado de la salud. Todo ello implica el grado de conocimiento que el personal de salud tiene sobre la persona; que el cuidado se adapte a las necesidades específicas del individuo, que exista empatía, respeto y confianza y que el proceso de decisión clínica sea compartido entre el proveedor y la persona. Significa facultar a las

personas para que gestionen mejor su salud mediante estrategias como la educación para la salud, el autocuidado y la autogestión de la enfermedad. El cuidado centrado en la persona se asocia también al enfoque centrado en los derechos (y en ocasiones en los deberes) de las personas o los pacientes con respecto a la atención sanitaria, que en algunos países se ha plasmado en las denominadas “cartas de los pacientes”.

(Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.o 4. Washington, D.C.: OPS; 2010).

Servicios del primer nivel de atención: suelen incluir, aunque no solamente, la prevención y el tratamiento de enfermedades, los servicios de emergencias de primer contacto que contemplan la estabilización del paciente y la referencia a otro centro, la continuidad del tratamiento y la coordinación con otros tipos y niveles de atención (como hospitales y servicios de especialistas), la atención de salud mental, el tratamiento paliativo y los cuidados de última etapa, la promoción de la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño sano, la atención materna, los servicios de rehabilitación y otros que correspondan al modelo de atención de cada país o al nivel de desarrollo del sistema de salud.

(Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.o 4. Washington, D.C.: OPS; 2010).

Servicios de salud integrales: gestión y prestación de servicios de salud de modo que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida.

(Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.o 4. Washington, D.C.: OPS; 2010).

Sistema de salud: conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar o mejorar la salud.

(Organización Mundial de la Salud. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Ginebra: OPS; 2000).

Trabajadores comunitarios de salud: proporcionan educación, referencia, seguimiento, manejo de casos y servicios de visitas al hogar de grupos vulnerables, a menudo de mujeres que están en alto riesgo por nacimientos con resultados desfavorables, en particular bajo peso y mortalidad infantil. Generalmente los servicios los proporcionan funcionarios que residen en la comunidad o están familiarizados con ella. Están capacitados para prestar a familias y comunidades educación básica de salud, referencia a una amplia gama de servicios, apoyo y asistencia para utilizar los servicios comunitarios y de salud.

(Organización Panamericana de la Salud. Manual de medición y monitoreo de indicadores de metas regionales de recursos humanos para la salud: un compromiso compartido, Washington, D.C.: OPS; 2013).

APÉNDICE A

ORGANIZACIONES PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL MARCO DE MONITOREO PARA LA SALUD UNIVERSAL

País	Agencia	Departamento, localización	Especialidad
Bahamas	Organización Panamericana de la Salud	Sistemas y Servicios de Salud	Políticas de fortalecimiento y transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal
Brasil	Ministerio de Salud de Brasil	Asesoría Internacional	Asesoría internacional
Brasil	Organización Panamericana de la Salud	Sistemas y Servicios de Salud	Políticas de fortalecimiento y transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal
Chile	Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)	Oficina de Asuntos de Población	Definición de indicadores del Plan Estratégico de la OPS
Chile	Universidad del Desarrollo de Chile	Centro de Epidemiología y Políticas de Salud (CEPS)	Análisis de políticas en sistemas de salud
Chile	Universidad del Desarrollo de Chile	Centro de Epidemiología y Políticas de Salud (CEPS)	Investigación y docencia en políticas de salud
Chile	Ministerio de Salud de Chile	División de Gestión Redes Asistenciales	Organización y gestión de redes asistenciales
Chile	Ministerio de Salud de Chile	Departamento de Desarrollo Estratégico	Planificación estratégica
Chile	Ministerio de Salud de Chile	Departamento de la Estrategia Nacional	Definición de prioridades en salud
Chile	Ministerio de Salud de Chile	Sub-departamento de Plan de Beneficios	Planificación institucional de prestaciones en salud
Chile	Ministerio de Salud de Chile	División de Atención Primaria	Fortalecimiento del primer nivel de atención
Chile	Ministerio de Salud de Chile	División de Planificación Sanitaria	Planificación, monitoreo y evaluación en salud
Chile	Organización Panamericana de la Salud	Sistemas y Servicios de Salud	Asuntos regulatorios de medicamentos y tecnologías en salud
Chile	Organización Panamericana de la Salud	Sistemas y Servicios de Salud	Políticas de fortalecimiento y transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal
Colombia	Organización Panamericana de la Salud	Sistemas y Servicios de Salud	Políticas de fortalecimiento y transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal
Costa Rica	Ministerio de Salud de Costa Rica	Unidad de Servicios de Salud	Organización y prestación de servicios de salud
Costa Rica	Organización Panamericana de la Salud	Sistemas y Servicios de Salud	Políticas de fortalecimiento y transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal
Cuba	Centro de Investigaciones sobre Envejecimiento, Longevidad y Salud (CITED)	Dirección	Tercera edad
Cuba	Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP)	Departamento de Doctorado	Salud pública, sistemas de salud
Cuba	Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP)	Departamento Docente de Bioestadística	Estadística y docencia

País	Agencia	Departamento, localización	Especialidad
Cuba	Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP)	Departamento de Doctorado	Economía de la salud
Cuba	Ministerio de Salud Pública	Departamento Nacional de Rehabilitación	Rehabilitación en salud
Cuba	Ministerio de Salud Pública	Departamento Nacional de Atención Primaria de Salud	Fortalecimiento del primer nivel de atención
Cuba	Ministerio de Salud Pública	Departamento Nacional de Estadísticas	Colección y análisis de información e indicadores en salud
Cuba	Ministerio de Salud Pública	Grupo Nacional de Pediatría	Salud infantil
Cuba	Ministerio de Salud Pública	Dirección Relaciones Internacionales	Relaciones internacionales
Cuba	Ministerio de Salud Pública	Programa Nacional de Enfermedades no Transmisibles	Enfermedades no transmisibles
Cuba	Ministerio de Salud Pública	Dirección Jurídica	Legislación en salud
Cuba	Ministerio de Salud Pública	Departamento Nacional de Estomatología	Enfermedades transmisibles y emergencias en salud
Cuba	Ministerio de Salud Pública	Departamento de Innovación de la Dirección Nacional de Ciencia y Tecnología	Investigación en salud
Cuba	Ministerio de Salud Pública	Departamento Nacional de Enfermería	Recursos humanos para la salud
Cuba	Organización Panamericana de la Salud	Sistemas y Servicios de Salud	Políticas de fortalecimiento y transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal
Cuba	Organización Panamericana de la Salud	Consultor Epidemiología	Salud pública y epidemiología
El Salvador	Organización Panamericana de la Salud	Sistemas y Servicios de Salud	Políticas de fortalecimiento y transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal
Estados Unidos de América	Organización Panamericana de la Salud	Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Sociales de la Salud (CDE)	Análisis de salud e información, plataforma regional de datos básicos de la OPS, políticas para vigilancia, prevención, control, eliminación o reducción de las enfermedades transmisibles, zoonosis y amenazas medioambientales a la salud
Estados Unidos de América	Organización Panamericana de la Salud	Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental (NMH)	Políticas prevención y control de las enfermedades no transmisibles, factores de riesgo, discapacidades y trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias
Estados Unidos de América	Organización Panamericana de la Salud	Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida (FPL)	Inmunización integral de la familia, curso de vida saludable, perinatología, salud de la mujer y reproductiva, promoción de la salud y determinantes sociales

País	Agencia	Departamento, localización	Especialidad
Estados Unidos de América	Organización Panamericana de la Salud	Unidad de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias (HSS-MT)	Regulación, plataformas de colaboración y observatorios de medicamentos y tecnologías en salud
Estados Unidos de América	Organización Panamericana de la Salud	Unidad de Recursos Humanos para la Salud (HSS-HR)	Regulación y planificación de recursos humanos en salud
Estados Unidos de América	Organización Panamericana de la Salud	Unidad de Servicios y Acceso (HSS/HS)	Análisis de sistemas de salud
Estados Unidos de América	Organización Panamericana de la Salud	Unidad de Servicios y Acceso (HSS/HS)	Economía y financiamiento en salud
Estados Unidos de América	Organización Panamericana de la Salud	Unidad de Servicios y Acceso (HSS/HS)	Gobernanza de salud, liderazgo, política y planificación
Estados Unidos de América	Organización Panamericana de la Salud	Unidad de Servicios y Acceso (HSS/HS)	Monitoreo y evaluación de políticas de salud
Estados Unidos de América	Organización Panamericana de la Salud	Unidad de Servicios y Acceso (HSS/HS)	Prestación de servicios integrales de salud, modelo de atención y organización de servicios
Estados Unidos de América	Organización Panamericana de la Salud	Unidad de Servicios y Acceso (HSS/HS)	Calidad de servicios de salud
Estados Unidos de América	Organización Panamericana de la Salud	Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (SDE)	Monitoreo, evaluación y análisis de equidad en salud
México	Organización Panamericana de la Salud	Sistemas y Servicios de Salud	Políticas de fortalecimiento y transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal
Panamá	Ministerio de Salud de la República de Panamá	Dirección de Planificación	Planificación estratégica, definición e implementación de políticas en salud
Panamá	Organización Panamericana de la Salud	Sistemas y Servicios de Salud	Políticas de fortalecimiento y transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal
Paraguay	Organización Panamericana de la Salud	Sistemas y Servicios de Salud	Políticas de fortalecimiento y transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal
Perú	Ministerio de Salud del Perú	Despacho Ministerial	Monitoreo y evaluación
Perú	Ministerio de Salud del Perú	Despacho Viceministerial de Salud Pública	Gestión en salud pública y sistemas de salud
Perú	Organización Panamericana de la Salud	Sistemas y Servicios de Salud	Políticas de fortalecimiento y transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal
Perú	Organización Panamericana de la Salud	Sistemas y Servicios de Salud	Recursos humanos para la salud
Suriname	Organización Panamericana de la Salud	Sistemas y Servicios de Salud	Políticas de fortalecimiento y transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal
Uruguay	Organización Panamericana de la Salud	Sistemas y Servicios de Salud	Políticas de fortalecimiento y transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal

APÉNDICE B

ANÁLISIS DE LAS ACCIONES ESTRATÉGICAS: CUESTIONARIO CUALITATIVO

Línea Estratégica 1. Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades.

Acción Estratégica 1.1. Definir e implementar los atributos del modelo de atención centrado en las personas, las familias y las comunidades.

Pregunta 1: ¿Qué estrategias y normas existentes recogen los requerimientos¹ de un modelo de atención centrado en las personas, las familias y las comunidades? Estas normas y estrategias ¿están vinculadas a prioridades específicas en salud? ¿Qué mejoras han sido promovidas por estas estrategias y normas en la organización del sistema de salud y la expansión del acceso a los servicios de salud?

Pregunta 2: ¿Qué mecanismos regulatorios y de asignación de recursos (financieros, tecnológicos y humanos) han favorecido el desarrollo de este modelo de atención? Considere lo siguiente:

- Mecanismos para definir los servicios y beneficios para la salud que están garantizados y permiten avanzar hacia su ampliación progresiva.
 - Mecanismos para organizar y gestionar los servicios y resultados en salud en red.
 - Mecanismos para definir cómo se asignan los recursos para financiar estos servicios.
-
-

Pregunta 3: ¿Qué estructuras y agencias dentro de la autoridad nacional de salud responsables de crear, fortalecer y fiscalizar los mecanismos regulatorios y de asignación de recursos han facilitado el desarrollo del modelo de atención?

Pregunta 4: ¿Quiénes han sido los actores que, junto con la autoridad nacional de salud, han hecho posible estos cambios en los mecanismos regulatorios y la asignación de recursos para el desarrollo del modelo de atención?

¹ Requerimientos del modelo de atención centrado en las personas: 1) foco en las necesidades de salud de la población y del territorio asignado a través de visitas de atención individual, familiar y comunitaria; 2) enfoque biopsicosocial individual y familiar, promoción y prevención con enfoque de riesgo familiar, determinantes sociales de la salud y salud en todas las políticas; 3) atención en el momento de la consulta y seguimiento familiar e individual a través del curso de vida, continuidad de la atención en RISS y políticas públicas de los determinantes sociales de la salud; 4) equipos de salud con responsabilidad de las familias asignadas, del territorio asignado y de la equidad; 5) planes integrales e integrados para usuarios que se convierten en familias e individuos saludables, empoderados con su salud.

Pregunta 5: ¿Qué intervenciones intersectoriales han facilitado cambios en el desarrollo del modelo de atención centrado en las personas, las familias y las comunidades?

Pregunta 6: En relación a las preguntas 1 a 5, ¿cuáles han sido los desafíos y los conflictos políticos, así como las barreras organizacionales asociados con el cumplimiento de las actividades mencionadas?

Acción Estratégica 1.2. Aumentar la capacidad resolutive del primer nivel de atención, priorizando las zonas con población en situación de vulnerabilidad.

Pregunta 1: ¿Qué estrategias y normas existentes han logrado fortalecer el primer nivel de atención?

Pregunta 2: ¿Qué mecanismos regulatorios y de asignación de recursos (financieros, tecnológicos y humanos) han favorecido el desarrollo del primer nivel de atención (PNA)? Considere lo siguiente:

- Mecanismos para priorizar la inversión en el PNA, considerando la sustentabilidad y gradualidad de los futuros incrementos.
 - Mecanismos para mejorar las infraestructuras y los equipamientos del PNA.
 - Mecanismos para que el PNA asuma una responsabilidad territorial de la salud de la población con atención nominada.
 - Mecanismos para mejorar la disponibilidad y la distribución de equipos multidisciplinares en el PNA.
 - Mecanismos para incorporar en el quehacer del PNA todas las prioridades sanitarias, evitando la acción fragmentada.
 - Mecanismos para definir la cartera de servicios del PNA y avanzar en su ampliación progresiva.
 - Mecanismos para definir los problemas de salud pública que son responsabilidad del PNA y cuáles de otros niveles de gestión del sistema de salud.
-
-

Pregunta 3: ¿Qué estructuras y agencias dentro de la autoridad nacional de salud, responsables de crear, fortalecer y fiscalizar los mecanismos regulatorios y de asignación de recursos han facilitado el fortalecimiento del primer nivel de atención?

Pregunta 4: ¿Quiénes han sido los actores que, junto con la autoridad nacional de salud, han hecho posibles estos cambios en los mecanismos regulatorios y la asignación de recursos para fortalecer el primer nivel de atención?

Pregunta 5: ¿Qué intervenciones intersectoriales han facilitado el fortalecimiento del primer nivel de atención? Considere lo siguiente:

- Coordinación del PNA con otros actores públicos y privados, sectores del desarrollo, gobiernos locales, etcétera.
 - Identificación por parte del PNA de prioridades de acción intersectorial donde el equipo de salud pueda actuar haciendo abogacía o respaldando las demandas de la comunidad.
 - Capacitación del equipo de salud del PNA en promoción de la salud, e integración de este enfoque a su quehacer.
 - Explicitación de la promoción de la salud en la cartera de servicios y del tiempo destinado al equipo de salud al contacto con las personas.
-
-

Pregunta 6: En relación a las preguntas 1 a 5, ¿cuáles han sido los desafíos y los conflictos políticos, así como las barreras organizacionales asociados con el cumplimiento de las actividades mencionadas?

Acción Estratégica 1.3. Fortalecer la organización y la gestión de los servicios de salud a través de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

Pregunta 1: ¿Qué estrategias y normas existentes han logrado fortalecer la organización y la gestión de los servicios de salud a través de RISS?

Pregunta 2: ¿Qué mecanismos regulatorios y de asignación de recursos (financieros, tecnológicos y humanos) han favorecido la organización y la gestión de los servicios de salud a través de RISS? Considere lo siguiente:

- Mecanismos para incluir diferentes tipos de establecimientos en la red (primer nivel, segundo nivel, tercer nivel).
 - Mecanismos para crear protocolos de atención que aseguren explícitamente que los usuarios del sistema estén registrados y permanezcan inscritos a la red.
 - Mecanismos de pago a la red, con un techo presupuestario capitado y con diferentes modalidades que se adecuen a las características de la población asignada.
 - Mecanismos de control de referencias desde el primer nivel de atención para consultas a especialistas dentro las RISS.
 - Mecanismos de articulación y gestión de redes, incluidos gestores con funciones y roles definidos para cada una de las RISS.
 - Sistema de registro único de salud al interior de la RISS.
-
-

Pregunta 3: ¿Qué estructuras y agencias dentro de la autoridad nacional de salud a cargo de crear, fortalecer y fiscalizar los mecanismos regulatorios y de asignación de recursos han facilitado la organización y la gestión de los servicios de salud a través de RISS?

Pregunta 4: ¿Quiénes han sido los actores, que junto con la autoridad nacional de salud, han hecho posible estos cambios en los mecanismos regulatorios y la asignación de recursos para fortalecer la organización y la gestión de los servicios de salud a través de RISS?

Pregunta 5: ¿Qué intervenciones intersectoriales han facilitado el fortalecimiento de la organización y la gestión de los servicios de salud a través de RISS?

Pregunta 6: En relación a las preguntas 1 a 5, ¿cuáles han sido los desafíos y los conflictos políticos, así como las barreras organizacionales asociados con el cumplimiento de las actividades mencionadas?

Acción Estratégica 1.4. *Establecer mecanismos para incluir la participación del usuario de servicios, su familia y la comunidad en la toma de decisiones para mejorar la calidad de los cuidados.*

Pregunta 1: ¿Qué mecanismos de participación social han contribuido a mejorar la planificación y la provisión de servicios de salud de calidad, centrados en las personas y en las comunidades?

Pregunta 2: ¿Qué mecanismos regulatorios y de asignación de recursos (financieros, tecnológicos y humanos) han favorecido el establecimiento de mecanismos para incluir la participación del usuario de servicios, su familia y la comunidad en la toma de decisiones para mejorar la calidad de los cuidados?

Pregunta 3: ¿Qué estructuras y agencias dentro de la autoridad nacional de salud a cargo de crear, fortalecer y fiscalizar los mecanismos regulatorios y de asignación de recursos han facilitado el establecimiento de mecanismos para incluir la participación del usuario de servicios, su familia y la comunidad en la toma de decisiones para mejorar la calidad de los cuidados?

Pregunta 4: ¿Quiénes han sido los actores, que junto con la autoridad nacional de salud, han hecho posible estos cambios en los mecanismos regulatorios y la asignación de recursos para establecer mecanismos de participación del usuario de servicios, su familia y la comunidad en la toma de decisiones para mejorar la calidad de los cuidados?

Pregunta 5: ¿Qué intervenciones intersectoriales han facilitado el establecimiento de mecanismos para incluir la participación del usuario de servicios, su familia y la comunidad en la toma de decisiones para mejorar la calidad de los cuidados?

Pregunta 6: En relación a las preguntas 1 a 5, ¿cuáles han sido los desafíos y conflictos políticos, así como las barreras organizacionales asociados con el cumplimiento de las actividades mencionadas?

Línea Estratégica 2. Fortalecer la rectoría y la gobernanza.

Acción Estratégica 2.1. *Desarrollar normas y estándares para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud.*

Pregunta 1: ¿Qué estrategias y normas existentes han logrado mejorar los indicadores de calidad de la atención en salud?

Pregunta 2: ¿Qué mecanismos regulatorios y de asignación de recursos (financieros, tecnológicos y humanos) han mejorado la calidad de la atención en salud? Considere lo siguiente:

- Mecanismos para garantizar la actualización y cumplimiento de guías de prácticas clínicas estandarizadas para las condiciones de salud.
 - Mecanismos para asegurar la vigilancia y notificación de infecciones asociadas a la atención en salud y de eventos adversos.
-
-

Pregunta 3: ¿Qué estructuras y agencias dentro de la autoridad nacional de salud a cargo de crear, fortalecer y fiscalizar los mecanismos regulatorios y de asignación de recursos han contribuido a mejorar la calidad de la atención en salud?

Pregunta 4: ¿Quiénes han sido los actores que, junto con la autoridad nacional de salud, han hecho posible estos cambios en los mecanismos regulatorios y la asignación de recursos para mejorar la calidad de la atención en salud?

Pregunta 5: ¿Qué intervenciones intersectoriales han facilitado mejoras en la calidad de la atención en salud?

Pregunta 6: En relación con las preguntas 1 a 5, ¿cuáles han sido los desafíos y conflictos políticos, así como las barreras organizacionales asociados con el cumplimiento de las actividades mencionadas?

Acción Estratégica 2.2. *Asegurar la disponibilidad, distribución equitativa y calidad de los recursos humanos para la salud.*

Pregunta 1: ¿Qué estrategias y normas existentes han logrado mejorar la disponibilidad, distribución equitativa y calidad de los recursos humanos para la salud?

Pregunta 2: ¿Qué mecanismos regulatorios y de asignación de recursos (financieros, tecnológicos y humanos) han mejorado la disponibilidad, distribución equitativa y calidad de los recursos humanos para la salud? Considere lo siguiente:

- Mecanismos para la planificación de recursos humanos.
 - Creación de incentivos y condiciones laborales atractivas para ampliar opciones de empleo en el primer nivel de atención y en áreas desatendidas.
 - Mecanismos para incorporar el trabajo interdisciplinario y transversal durante la atención.
 - Mecanismos de coordinación organizacional y de la atención mediante redes integradas de servicios de salud.
 - Creación de sistemas de información para la planificación de recursos humanos.
-
-

Pregunta 3: ¿Qué estructuras y agencias dentro de la autoridad nacional de salud a cargo de crear, fortalecer y fiscalizar los mecanismos regulatorios y de asignación de recursos han contribuido a mejorar la disponibilidad, distribución equitativa y calidad de los recursos humanos para la salud?

Pregunta 4: ¿Qué intervenciones intersectoriales han facilitado mejoras en la disponibilidad, distribución equitativa y calidad de los recursos humanos para la salud? Considere lo siguiente:

- Desarrollo de nuevas especialidades (medicina general y salud familiar) para facilitar cambios de los modelos de atención.
 - Cambios regulatorios del mercado de trabajo para mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales (dedicación y carga de trabajo, escala de salarios, condiciones de trabajo decente, responsabilidades).
 - Cambios en la formación y el desempeño de los recursos humanos, generados por el mercado del aseguramiento, los servicios privados de salud y por las tecnologías de salud.
 - Innovaciones introducidas por las agencias compradoras de servicios para influir sobre normas y dimensiones de su desempeño profesional, ya sea través de incentivos económicos como también por normas de atención asumidas en sus contratos.
-
-

Pregunta 5: ¿Quiénes han sido los actores, que junto con la autoridad nacional de salud, han hecho posible estos cambios en los mecanismos regulatorios y la asignación de recursos para mejorar la disponibilidad, distribución equitativa y calidad de los recursos humanos para la salud?

Pregunta 6: En relación a las preguntas 1 a 5, ¿cuáles han sido los desafíos y conflictos políticos, así como las barreras organizacionales asociados con el cumplimiento de las actividades mencionadas?

Acción Estratégica 2.3. *Definir los procesos que mejoren la disponibilidad y regulación de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias.*

Pregunta 1: ¿Qué estrategias y normas existentes han logrado mejorar la disponibilidad y regulación de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias?

Pregunta 2: ¿Qué mecanismos regulatorios y de asignación de recursos (financieros, tecnológicos y humanos) han mejorado la disponibilidad, regulación y acceso a los medicamentos y otras tecnologías sanitarias? Considere lo siguiente:

- Mecanismos para asegurar el acceso a medicamentos y otras tecnologías sanitarias incluidas en las listas nacionales y enfermedades de alto costo.
 - Mecanismos para el uso racional y evaluación de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias.
 - Introducción de sistemas de suministro que garanticen un abastecimiento adecuado a las necesidades de salud.
-
-

Pregunta 3: ¿Qué estructuras y agencias dentro de la autoridad nacional de salud a cargo de crear, fortalecer y fiscalizar los mecanismos regulatorios y de asignación de recursos han contribuido a mejorar la disponibilidad y regulación de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias?

Pregunta 4: ¿Quiénes han sido los actores, que junto con la autoridad nacional de salud, han hecho posible estos cambios en los mecanismos regulatorios y la asignación de recursos para mejorar la disponibilidad y regulación de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias?

Pregunta 5: ¿Qué intervenciones intersectoriales han facilitado mejoras en la disponibilidad y regulación de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias? Considere lo siguiente:

- Mecanismos de regulación que garanticen balancear al mercado de medicamentos y tecnologías sanitarias.
 - Incentivos que promueven la promoción de la innovación (propiedad intelectual), y la competencia (medicamentos genéricos) con las necesidades de salud y los objetivos de la política social con equidad, solidaridad y garantía del derecho a la salud.
 - Mecanismos de negociación de precios de medicamentos adecuados.
-
-

Pregunta 6: En relación a las preguntas 1 a 5, ¿cuáles han sido los desafíos y conflictos políticos, así como las barreras organizacionales asociados con el cumplimiento de las actividades mencionadas?

Acción Estratégica 2.4. *Facilitar el empoderamiento de las personas y las comunidades y garantizar la representación de todos los grupos de la población en el proceso de formulación e implementación de las políticas.*

Pregunta 1: ¿Qué estrategias y normas existentes han facilitado la representación de todos los grupos de la población en el proceso de formulación e implementación de las políticas?

Pregunta 2: ¿Qué mecanismos regulatorios y de asignación de recursos (financieros, tecnológicos y humanos) han mejorado la participación de todos los grupos de la población en el proceso de formulación e implementación de las políticas? Considere lo siguiente:

- Mecanismos para la participación con comunidades y grupos de sociedad civil (por ejemplo, sistemas de diálogo).
-
-

Pregunta 3: ¿Qué estructuras y agencias dentro de la autoridad nacional de salud a cargo de crear, fortalecer y fiscalizar los mecanismos regulatorios y de asignación de recursos han contribuido a mejorar la participación de todos los grupos de la población en el proceso de formulación e implementación de las políticas?

Pregunta 4: ¿Quiénes han sido los actores, que junto con la autoridad nacional de salud, han hecho posible estos cambios en los mecanismos regulatorios y la asignación de recursos para mejorar la participación de todos los grupos de la población en el proceso de formulación e implementación de las políticas?

Pregunta 5: ¿Qué intervenciones intersectoriales han facilitado la participación de todos los grupos de la población en el proceso de formulación e implementación de las políticas?

Pregunta 6: En relación a las preguntas 1 a 5, ¿cuáles han sido los desafíos y conflictos políticos, así como las barreras organizacionales asociados con el cumplimiento de las actividades mencionadas?

Acción Estratégica 2.5. Fortalecer los sistemas de monitoreo e información para identificar las necesidades de salud, desigualdades en salud y barreras de acceso.

Pregunta 1: ¿Qué estrategias y normas existentes han facilitado el fortalecimiento de los sistemas de monitoreo e información sobre las necesidades de salud, las desigualdades en salud y las barreras de acceso?

Pregunta 2: ¿Qué mecanismos regulatorios y de asignación de recursos (financieros, tecnológicos y humanos) han fortalecido los sistemas de monitoreo e información sobre las necesidades de salud, desigualdades en salud y barreras de acceso? Considere lo siguiente:

- Fortalecimiento e integración de sistemas de información para apoyar las actividades de monitoreo.
 - Disponibilidad de datos de calidad y desagregados por variables socioeconómicas que permitan evaluar el impacto de las políticas de gobierno en las condiciones de salud, las barreras de acceso y las inequidades en salud.
-
-

Pregunta 3: ¿Qué estructuras y agencias dentro de la autoridad nacional de salud a cargo de crear, fortalecer y fiscalizar los mecanismos regulatorios y de asignación de recursos han contribuido a mejorar los sistemas de monitoreo e información sobre las necesidades de salud, desigualdades en salud y barreras de acceso?

Pregunta 4: ¿Quiénes han sido los actores que, junto con la autoridad nacional de salud, han hecho posible estos cambios en los mecanismos regulatorios y la asignación de recursos para mejorar los sistemas de monitoreo e información sobre las necesidades de salud, las desigualdades en salud y las barreras de acceso?

Pregunta 5: ¿Qué intervenciones intersectoriales han facilitado el fortalecimiento de los sistemas de monitoreo e información sobre las necesidades de salud, desigualdades en salud y barreras de acceso?

Pregunta 6: En relación a las preguntas 1 a 5, ¿cuáles han sido los desafíos y los conflictos políticos, así como las barreras organizacionales asociados con el cumplimiento de las actividades mencionadas?

Acción Estratégica 2.6. Priorizar la investigación sobre salud universal en la agenda nacional de investigación.

Pregunta 1: ¿Qué estrategias y normas existentes han facilitado la priorización de la investigación sobre salud universal en la agenda nacional de investigación?

Pregunta 2: ¿Qué mecanismos regulatorios y de asignación de recursos (financieros, tecnológicos y humanos) han facilitado la priorización de la investigación sobre salud universal en la agenda nacional de investigación? Considere lo siguiente:

- Inclusión de temas sobre equidad en salud, provisión de servicios de salud, financiamiento, impacto de políticas en sistemas de salud y determinantes sociales.
-
-

Pregunta 3: ¿Qué estructuras y agencias dentro de la autoridad nacional de salud a cargo de crear, fortalecer y fiscalizar los mecanismos regulatorios y de asignación de recursos han facilitado la priorización de la investigación sobre salud universal en la agenda nacional de investigación?

Pregunta 4: ¿Quiénes han sido los actores que, junto con la autoridad nacional de salud, han hecho posibles estos cambios en los mecanismos regulatorios y la asignación de recursos para priorizar la investigación sobre salud universal en la agenda nacional de investigación?

Pregunta 5: ¿Qué intervenciones intersectoriales han facilitado la priorización de la investigación sobre salud universal en la agenda nacional de investigación?

Pregunta 6: En relación a las preguntas 1 a 5, ¿cuáles han sido los desafíos y conflictos políticos, así como las barreras organizacionales asociados con el cumplimiento de las actividades mencionadas?

Línea Estratégica 3. Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios.

Acción Estratégica 3.1. Utilizar la reglamentación fiscal como instrumento para promover la movilización y la asignación de recursos financieros para la salud.

Pregunta 1: ¿Qué estrategias y normas existentes han contribuido a aumentar la recaudación de fondos públicos para salud?

Pregunta 2: ¿Qué mecanismos regulatorios han facilitado la movilización y la asignación de recursos financieros para la salud?

Pregunta 3: ¿Qué estructuras y agencias dentro de la autoridad nacional de salud a cargo de crear, fortalecer y fiscalizar los mecanismos regulatorios y de asignación de recursos han facilitado la movilización y la asignación de recursos financieros para la salud?

Pregunta 4: ¿Quiénes han sido los actores que, junto con la autoridad nacional de salud, han hecho posibles estos cambios en los mecanismos regulatorios y la asignación de recursos para movilizar y la asignar recursos financieros para la salud?

Pregunta 5: ¿Qué intervenciones intersectoriales han facilitado la movilización y la asignación de recursos financieros para la salud?

Pregunta 6: En relación a las preguntas 1 a 5, ¿cuáles han sido los desafíos y los conflictos políticos, así como las barreras organizacionales asociados con el cumplimiento de las actividades mencionadas?

Acción Estratégica 3.2. *Garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos para la salud de diversas fuentes para asegurar la salud universal.*

Pregunta 1: ¿Qué estrategias y normas existentes han contribuido a mejorar la complementariedad de los recursos para la salud de diversas fuentes?

Pregunta 2: ¿Qué mecanismos regulatorios han contribuido a mejorar la complementariedad de los recursos para la salud de diversas fuentes? Considere lo siguiente:

- Mecanismos regulatorios de redistribución en el financiamiento sectorial.
- Mecanismos regulatorios para aumentar el nivel de integración del sistema de financiamiento en salud.

Pregunta 3: ¿Qué estructuras y agencias dentro de la autoridad nacional de salud a cargo de crear, fortalecer y fiscalizar los mecanismos regulatorios y de asignación de recursos han contribuido a mejorar la complementariedad de los recursos para la salud de diversas fuentes?

Pregunta 4: ¿Quiénes han sido los actores que, junto con la autoridad nacional de salud, han hecho posible estos cambios en los mecanismos regulatorios y la asignación de recursos para mejorar la complementariedad de los recursos para la salud de diversas fuentes?

Pregunta 5: ¿Qué intervenciones intersectoriales han mejorado la complementariedad de los recursos para la salud de diversas fuentes?

Pregunta 6: En relación a las preguntas 1 a 5, ¿cuáles han sido los desafíos y conflictos políticos, así como las barreras organizacionales asociados con el cumplimiento de las actividades mencionadas?

Acción Estratégica 3.3. *Avanzar hacia la eliminación del peso de los esquemas de recuperación de costos y pago directo de bolsillo.*

Pregunta 1: ¿Qué estrategias y normas existentes han contribuido a la eliminación del peso de los esquemas de recuperación de costos y pago directo de bolsillo?

Pregunta 2: ¿Qué mecanismos regulatorios y de asignación de recursos (financieros, tecnológicos y humanos) han contribuido a la eliminación del peso de los esquemas de recuperación de costos y pago directo de bolsillo?

Pregunta 3: ¿Qué estructuras y agencias dentro de la autoridad nacional de salud a cargo de crear, fortalecer y fiscalizar los mecanismos regulatorios y de asignación de recursos han contribuido a eliminar el peso de los esquemas de recuperación de costos y pago directo de bolsillo?

Pregunta 4: ¿Quiénes han sido los actores que, junto con la autoridad nacional de salud, han hecho posibles estos cambios en los mecanismos regulatorios y la asignación de recursos para la eliminación del peso de los esquemas de recuperación de costos y pago directo de bolsillo?

Pregunta 5: ¿Qué intervenciones intersectoriales han facilitado avances hacia la eliminación del peso de los esquemas de recuperación de costos y pago directo de bolsillo?

Pregunta 6: En relación a las preguntas 1 a 5, ¿cuáles han sido los desafíos y conflictos políticos, así como las barreras organizacionales asociados con el cumplimiento de las actividades mencionadas?

Línea Estratégica 4. Fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de la cobertura universal.

Acción Estratégica 4.1. Establecer o fortalecer la capacidad de la autoridad nacional de salud para implementar con éxito políticas públicas intersectoriales.

Pregunta 1: ¿Qué políticas públicas o programas intersectoriales han logrado abordar los determinantes sociales y reducir las inequidades en salud? Algunos ejemplos de políticas son la prevención y la respuesta a la violencia, la salud ambiental, los programas de transferencias condicionadas y los esquemas de regulación de la producción y el consumo de bienes masivos (por ejemplo, la industria alimentaria, el uso de pesticidas, la regulación del consumo de alcohol, las drogas y el tabaco, el medio ambiente, etc).

Pregunta 2: ¿Qué mecanismos regulatorios y de asignación de recursos (financieros, tecnológicos y humanos) han facilitado la implementación de políticas públicas o programas intersectoriales?

Pregunta 3: ¿Qué estructuras y agencias dentro de la autoridad nacional de salud a cargo de crear, fortalecer y fiscalizar los mecanismos regulatorios y de asignación de recursos han facilitado la implementación de políticas públicas o programas intersectoriales?

Pregunta 4: ¿Quiénes han sido los actores que, junto con la autoridad nacional de salud, han hecho posibles estos cambios en los mecanismos regulatorios y la asignación de recursos para la implementación de políticas públicas o programas intersectoriales?

Pregunta 6: En relación a las preguntas 1 a 5, ¿cuáles han sido los desafíos y conflictos políticos, así como las barreras organizacionales asociados con el cumplimiento de las actividades mencionadas?

APÉNDICE C

FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES CUANTITATIVOS

Indicadores de resultados de impacto en salud universal

Indicador	Esperanza de vida sana
Definición	Número de años que una persona de determinada edad puede esperar vivir con buena salud, teniendo en cuenta la mortalidad y la morbilidad específicas para la edad y el estado de salud funcional
Dominio	Resultados de impacto en salud
Numerador	No aplicable
Denominador	No aplicable
Cálculo	Para medir la esperanza de vida sana de una población específica (definida por el sexo, el país y el año), el primer paso es calcular la salud promedio de los individuos en esa población dentro de cada intervalo de edad. La información acerca de la prevalencia de todas las secuelas y las ponderaciones asociadas de la discapacidad luego se combinan, lo que representa la comorbilidad. Estos valores promedio de la salud equivalen a 1 menos al indicador de los años vividos con discapacidad por persona en una población. Dichos valores se incorporan a una tabla de vida mediante el método de Sullivan
Observaciones	Este indicador tiene varios pasos y requiere cómputos intensivos para su cálculo, por lo que se necesita la colaboración del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Datos de mortalidad a nivel regional de la OPS/OMS y bases de datos del Insitute for Health Metrics and Evaluation (IHME)
Referencia	Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. HSMHA Health Rep 1971; 86: 347-354. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS; 2013

Indicador	Tasa de mortalidad neonatal
Definición	Probabilidad de que un recién nacido muera en los primeros 28 días de vida (0-27 días) en un año o periodo específicos. Se ajusta por edad y se expresa por 1.000 nacidos vivos
Dominio	Resultados de impacto en salud
Numerador	Número de muertes entre nacidos vivos durante los primeros 28 días de vida
Denominador	Número de nacidos vivos en el mismo año y lugar
Cálculo	La magnitud de la tasa de mortalidad neonatal se calcula dividiendo el número de defunciones de recién nacidos (0-27 días) por el número de nacidos vivos en el mismo año y lugar, y se expresa como el número de defunciones neonatales por 1.000 nacidos vivos
Observaciones	La calidad de los datos reportados depende de la calidad de los sistemas de información nacionales. Algunos países proporcionan valores exactos usando datos de registros cuando se contrastan con los estimados
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Edad:</i> en días y semanas
Peso al nacer	Datos de mortalidad a nivel regional de la OPS/OMS y bases de datos del Insitute for Health Metrics and Evaluation (IHME)
Fuente del dato	Registros civiles y estadísticas vitales, además de encuestas poblacionales de hogar
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2020-2025. Washington, D.C.: OPS; 2019.

Indicador	Tasa de mortalidad en menores de 5 años
Definición	Calcula de manera aproximada el riesgo de morir de un niño entre los 0-4 años de vida
Dominio	Resultados de impacto en salud
Numerador	Número de defunciones de niños de 0-4 años de edad por 1.000 nacidos vivos
Denominador	Número de nacidos vivos en el mismo año y lugar
Cálculo	La magnitud de la tasa de mortalidad infantil se calcula al dividir el número de defunciones de menores de 0-4 años por el número de nacidos vivos en el mismo año y lugar, y se expresa como el número de defunciones de menores de 0-4 años por 1.000 nacidos vivos
Observaciones	A pesar de su nombre, este indicador no debe ser interpretado como una tasa (es decir, número de muertes dividido por el número de la población en riesgo de morir en un periodo determinado), sino como una probabilidad de morir expresada como tasa por 1.000 nacidos vivos
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS; 2013

Indicador	Razón de mortalidad materna
Definición	Calcula de manera aproximada el riesgo de morir que tiene una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo
Dominio	Resultados de impacto en salud
Numerador	Número de defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos
Denominador	Número de nacidos vivos en un año y lugar determinados
Cálculo	La magnitud de la razón de mortalidad materna se calcula al dividir el número de defunciones maternas por el número de nacidos vivos en un año y lugar determinados, y se expresa como el número de defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos
Observaciones	Bajo la conducción de la Organización Mundial de la Salud, el Grupo Interagencial para la Estimación de la Mortalidad Materna utiliza las muertes maternas principalmente de la base de datos de mortalidad de la OMS para el año 1985 en adelante, usando las causas de muerte que se encuentran en el capítulo XI de la CIE-9, Complicaciones de la gestación, parto y puerperio, y en el capítulo XV de la CIE-10, Embarazo, parto y puerperio
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Grupo Interagencial para la Estimación de la Mortalidad Materna, integrado por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS; 2013

Indicador	Tasa de mortalidad atribuible a la baja calidad de la atención de salud		
Definición	Mide la tasa por muertes prematuras que podrían haberse evitado si hubiera habido una atención a la salud oportuna y eficaz		
Dominio	Resultados de impacto en salud		
Numerador	Número de causas específicas de muerte (ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, neoplásicas, endocrinas, nutricionales y metabólicas, del sistema nervioso, circulatorio, respiratorio, digestivo, genitourinario, así como muertes materna y perinatal y por causas externas)		
Denominador	Población total en un año específico, ajustada en función de la edad, usando la población estándar de la OMS		
Cálculo	La magnitud de la tasa de mortalidad por causas sensibles a la atención de la salud se calcula dividiendo el número de causas específicas de muerte (véase el cuadro a continuación) por la población total en un año específico, expresado como el número de muertes por 100.000 habitantes a nivel regional. Para tener en cuenta las diferentes estructuras demográficas de las Américas, la tasa regional se ajusta en función de la edad, usando la población estándar de la OMS		
Observaciones	Este indicador también se conoce como tasa de mortalidad evitable y se refiere a las muertes prematuras que no hubieran ocurrido si hubiera existido una atención de salud oportuna y eficaz, incluidas las medidas de prevención. Sirve para centrar la atención en la parte del logro de la salud de la población que puede verse influida por el sistema de salud		
	Algunas enfermedades infecciosas y parasitarias		
	Grupo o nombre de la causa	Edad	Códigos CIE-10
	Enfermedades infecciosas intestinales	0-14	A00-A09
	Tuberculosis	0-74	A15-A19, B90
	Ciertas zoonosis bacterianas (tularemia, carbunco, brucelosis, muermo y melioidosis, fiebres por mordedura de rata, otras enfermedades zoonóticas bacterianas)	0-74	A21-A26, A28
	Lepra, infecciones debidas a otras micobacterias, listeriosis, tétanos neonatal, tétanos obstétrico, septicemia estreptocócica, otras septicemias, otras enfermedades bacterianas	0-74	A30-A33, A34, A40, A41, A48
	Otras enfermedades infecciosas (difteria, tétanos, poliomielitis)	0-74	A35, A36, A80
	Tos ferina	0-14	A37
	Escarlatina, erisipela, otras enfermedades bacterianas	0-74	A38, A46, A49.1
	Linfogranuloma (venéreo) por clamidias, chancro blando, granuloma inguinal, enfermedad de transmisión sexual no especificada	0-74	A55, A57, A58, A64
	Fiebres recurrentes	0-74	A68
	Sarampión, rubéola (sarampión alemán), infección viral no especificada, caracterizada por lesiones de la piel y de las membranas mucosas	1-14	B05, B06, B09
	Hepatitis aguda tipo A, hepatitis aguda tipo B, otras hepatitis virales agudas (C), hepatitis viral crónica, hepatitis viral sin otra especificación, infección por el VIH/sida	0-74	B15-B19, B20-B24
Malaria debida a <i>Plasmodium falciparum</i> , malaria debida a <i>Plasmodium vivax</i> , malaria debida a <i>Plasmodium malariae</i> , otra malaria confirmada parasitológicamente, malaria no especificada	0-74	B50-B54	

Observaciones	Esquistosomiasis, otras infecciones debidas a trematodos, equinocosis, teniasis, cisticercosis, otras infecciones debidas a cestodos, oncocercosis, filariasis, triquinosis, anquilostomiasis, ascariasis, estromboloidiasis, tricuriasis, enterobiasis, otras helmintiasis intestinales, parasitosis intestinales sin otra especificación, otras helmintiasis, celulitis	0-74	B65-B69, B71, B73-B83, L03
	Tumores (neoplasias)		
	Grupo o nombre de la causa	Edad	Códigos CIE-10
	Tumor maligno del labio	0-74	C00
	Tumor maligno del estómago, tumor maligno del colon, tumor maligno de la unión rectosigmoidea, tumor maligno del recto, tumor maligno del ano y del conducto anal, tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	0-74	C16, C18-C21, C22
	Melanoma maligno de la piel, otros tumores malignos de la piel	0-74	C43, C44
	Tumor maligno de la mama (solo mujeres)	0-74	C50
	Tumor maligno del cuello del útero	0-74	C53
	Tumor maligno del cuello y del cuerpo del útero	0-74	C54, C55
	Tumor maligno del testículo	0-74	C62
	Tumor maligno de la vejiga urinaria	0-74	C67
	Tumor maligno de la glándula tiroides	0-74	C73
	Enfermedad de Hodgkin	0-74	C81
	Leucemia	0-44	C91-C95
	Tumores in situ	0-74	D00-D09
	Tumores benignos	0-74	D10-D36
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas		
	Grupo o nombre de la causa	Edad	Códigos CIE-10
	Trastornos de la glándula tiroides	0-74	E00-E07
	Diabetes mellitus, síndrome de Cushing, trastornos adrenogenitales, otros trastornos de la glándula suprarrenal, enfermedad del almacenamiento de glucógeno, trastorno del metabolismo de la galactosa	0-49	E10-E14, E24, E25, E27, E74.0, E74.2
	Enfermedades del sistema nervioso		
	Grupo o nombre de la causa	Edad	Códigos CIE-10
	Meningitis bacteriana, no clasificada en otra parte, meningitis debida a otras causas y a las no especificadas, encefalitis, mielitis y encefalomielitis, absceso y granuloma intracranial e intrarraquídeo (excepto la meningitis apiógena)	0-74	G00, G03, (excepto G03.0) G04, G06
	Epilepsia	0-74	G40-G41
	Fiebre reumática sin mención de complicación cardíaca, fiebre reumática con complicación cardíaca, corea reumática	0-74	I00-I02
	Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	0-74	I05-I09
	Enfermedades hipertensivas	0-74	I10-I13, I15
	Enfermedades isquémicas del corazón	0-74	I20-I25
	Enfermedades cerebrovasculares, aterosclerosis, enfermedad vascular periférica no especificada	0-74	I60-I69, I70; I73.9

Observaciones	Enfermedades del sistema respiratorio		
	Grupo o nombre de la causa	Edad	Códigos CIE-10
	Todas las enfermedades respiratorias (excepto la neumonía y la gripe)	1-14	J00-J09, J20-J99
	Gripe	0-74	J10-J11
	Neumonía	0-74	J12-J18,
	Asma	0-74	J45-J46
	Enfermedades del sistema digestivo		
	Grupo o nombre de la causa	Edad	Códigos CIE-10
	Úlcera gástrica, úlcera duodenal, úlcera péptica de sitio no especificado, úlcera gastroyeyunal, gastritis y duodenitis	0-74	K25-K27, K28, K29
	Enfermedades del apéndice	0-74	K35-K38
	Hernia	0-74	K40-K46
	Íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia	0-74	K56
	Colelitiasis, colecistitis, otras enfermedades de la vesícula biliar, otras enfermedades de las vías biliares, pancreatitis aguda, otras enfermedades del páncreas	0-74	K80-K86
	Trastornos del sistema digestivo consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte	0-74	K91
	Enfermedades del sistema genitourinario		
	Grupo o nombre de la causa	Edad	Códigos CIE-10
	Enfermedades glomerulares, uropatía obstructiva y por reflujo, insuficiencia renal, cálculo renal, cálculo de las vías urinarias inferiores, cólico renal no especificado, trastornos resultantes de la función tubular renal alterada, riñón contraído no especificado, riñón pequeño de causa desconocida, uretritis no específica, estrechez uretral	0-74	N00-N08, N13, N17-N19, N20, N21, N23, N25-N27, N34.1, N35
	Hiperplasia de la próstata	0-74	N40
	Salpingitis y ooforitis, enfermedad inflamatoria del útero (excepto del cuello uterino), enfermedad inflamatoria del cuello uterino, otras enfermedades pélvicas inflamatorias femeninas, enfermedades de la glándula de Bartholin, otras afecciones inflamatorias de la vagina y la vulva	0-74	N70-N73, N75, N76
	Displasia del cuello uterino, otros trastornos no inflamatorios del cuello del útero, otros trastornos no inflamatorios de la vulva y del perineo	0-74	N87, N88, N90
Estrechez uretral consecutiva a procedimientos	0-74	N99.1	
Muerte materna y perinatal			
Grupo o nombre de la causa	Edad	Códigos CIE-10	
Embarazo, parto y puerperio	Todas	O00-O99	
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0-74	P00-P96	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Todas	Q00-Q99	
Incidentes ocurridos al paciente durante la atención médica y quirúrgica	Todas	Y60-Y69, Y83-Y84	
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio		
Fuente del dato	Sistema de información de mortalidad de la OPS por región		
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS, 2013		

Indicador	Probabilidad de morir entre los 30 y 70 años por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas
Definición	Probabilidad de morir entre los 30 y 70 años por las causas incluidas en los códigos CIE-11 100-199, C00-C97, E10-E14 y J30-J98
Dominio	Resultados de impacto en salud
Numerador	Suma de las muertes por las causas mencionadas en personas de 30 a 70 años en un año determinado por 100.000 habitantes
Denominador	Población total en un año específico
Cálculo	La magnitud de la tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles se calcula al sumar las muertes por las causas mencionadas antes en personas de 30 a 70 años de edad en un año determinado, dividido por la población total en un año específico, expresado como el número de muertes por 100.000 habitantes
Observaciones	Para tener en cuenta las diferentes estructuras demográficas de la Región, la tasa se ajusta en función de la edad, usando la población estándar de la OMS
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Bases de datos del Insitute for Health Metrics and Evaluation (IHME)
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS, 2013

Indicador	Mortalidad por hepatitis viral crónica
Definición	Tasa de mortalidad del carcinoma hepatocelular, de la cirrosis o de la enfermedad crónica del hígado atribuible a una infección por hepatitis B (VHB) o (VHC)
Dominio	Resultados de impacto en salud
Numerador	Muertes estimadas por la infección con HBV y HCV en un año determinado por 100.000 habitantes
Denominador	Población total en un año determinado
Cálculo	La mortalidad por hepatitis viral crónica se calcula al dividir el estimado de muertes por infección con HBV y HCV en un año determinado por la población total en ese mismo período
Observaciones	Dada las limitaciones en el diagnóstico de HBC y HCV, incluido el subregistro y las dificultades para identificar las muertes debido a la hepatitis viral, el indicador se mide usando los estimados del Global Burden of Disease (GBD) del Insitute for Health Metrics and Evaluation (IHME)
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Bases de datos del Insitute for Health Metrics and Evaluation (IHME) y estimados de mortalidad del Global Burden of Disease (GBD)
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS, 2013

Indicador	Tasa de mortalidad relacionada con el sida
Definición	Número total de personas que han muerto por causas relacionadas con el sida por cada 100.000 personas
Dominio	Resultados de impacto en salud
Numerador	Número total de defunciones con alguna causa identificada que coincida con los códigos B20 a B24 de la CIE-10 entre todos los grupos de población (independientemente del sexo y la edad)
Denominador	Población total en un año específico
Cálculo	La magnitud de la tasa se calcula sumando todas las defunciones en las que se ha identificado como causa cualquiera de los códigos B20 a B24 de la CIE-10 entre todos los grupos de población (independientemente del sexo y la edad), dividida por la población total en un año y país dado, multiplicado por 100.000
Observaciones	Para tener en cuenta las diferentes estructuras de población de los países de las Américas, la tasa se ajusta según la edad, utilizando la población estándar de la OMS
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Sistema de información de mortalidad de la OPS por región
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS, 2013. ONUSIDA. Monitoreo Global del Sida 2018: Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2016

Indicador	Tasa de mortalidad por tuberculosis
Definición	Número de muertes debidas a la tuberculosis por 100.000 habitantes por año
Dominio	Resultados de impacto en salud
Numerador	Número total de defunciones con una causa básica de defunción identificada con cualquiera de los códigos A15 a A19 de la CIE-10
Denominador	Población total en un año específico
Cálculo	La magnitud de la tasa se calcula por medio de la suma de todas las defunciones con una causa básica de defunción identificada con cualquiera de los códigos A15 a A19 de la CIE-10, entre todos los grupos de población (independientemente del sexo y la edad), dividida por la población total en un año y país dado, multiplicado por 100.000
Observaciones	Para tener en cuenta las diferentes estructuras de población de los países de las Américas, la tasa se ajusta según la edad, utilizando la población estándar de la OMS
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Sistema de información de mortalidad de la OPS a nivel regional
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS, 2013. ONUSIDA. Monitoreo Global del Sida 2018: Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida, 2016

Indicador	Tasa de sífilis congénita
Definición	Tasa anual de casos notificados de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos.
Dominio	Resultados de impacto en salud
Numerador	Número de casos de sífilis congénita notificados según la definición nacional de casos en un año dado
Denominador	Número calculado de nacidos vivos en el mismo período
Cálculo	La magnitud se calcula a través de la suma de todos los casos notificados de sífilis congénita, dividida entre el número calculado de nacidos vivos en el mismo periodo, multiplicado por 1.000
Observaciones	La definición nacional de casos debe incluir el número de mortinatos debido a la sífilis
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Sistema de registro nacional para los casos de sífilis congénita, estadísticas vitales nacionales, de los cálculos de la División de Población de las Naciones Unidas
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS, 2013

Indicador	Tasa de transmisión maternoinfantil de la infección por el VIH
Definición	Porcentaje de menores de 1 año nacidos de madres seropositivas al VIH, cuyos resultados de la prueba del VIH fueron positivos
Dominio	Resultados de impacto en salud
Numerador	Número de menores de 1 año nacidos de madres seropositivas al VIH en un año civil dado que fueron diagnosticados como positivos al VIH
Denominador	Número notificado de menores de 1 año nacidos de madres seropositivas al VIH en un año civil dado, con un diagnóstico definitivo (positivo al VIH o seronegativo al VIH)
Cálculo	Se divide el número total de menores de 1 año nacidos de madres seropositivas al VIH en un año civil dado que fueron diagnosticados como positivos al VIH, entre el número notificado de menores de 1 año nacidos de madres seropositivas al VIH en un año civil dado, con un diagnóstico definitivo (positivo al VIH o seronegativo al VIH), multiplicado por 100
Observaciones	Este es un indicador refleja el compromiso de los Estados Miembros con la eliminación dual de la sífilis congénita y la transmisión maternoinfantil del VIH
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Registros sobre VIH y de asistencia prenatal u otros registros de los establecimientos de salud, estadísticas vitales nacionales, de los cálculos de la División de Población de las Naciones Unidas
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS, 2013. Organización Panamericana de la Salud. 50.o Consejo Directivo. Resolución CD50.R12. Estrategia y Plan de Acción para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y e la Sífilis Congénita. Washington, D.C.: OPS, 2010

Indicador	Tasa de homicidios en jóvenes de 15 a 24 años de edad
Definición	Número de defunciones causadas por homicidio por 100.000 habitantes de 15 a 24 años, por año
Dominio	Resultados de impacto en salud
Numerador	Número de defunciones con una causa básica de defunción identificada con cualquiera de los códigos X85 a Y09 (agresiones) e Y35 (intervenciones legales) de la CIE-10, entre la población de 15 a 24 años de edad
Denominador	Población de 15 a 24 años de edad en un año
Cálculo	La magnitud de la tasa se calcula por medio de la suma de todas las defunciones con una causa básica de defunción identificada con cualquiera de los códigos X85 a Y09 (agresiones) e Y35 (intervenciones legales) de la CIE-10 entre la población de 15 a 24 años de edad (independientemente del sexo), dividida por la población de 15 a 24 años de edad en un año a nivel regional
Observaciones	Para tener en cuenta las diferentes estructuras demográficas de los adolescentes y los adultos jóvenes de los países de las Américas, la tasa se ajusta según la edad, utilizando la población estándar de la OMS
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Sistema de información de mortalidad de la OPS por región
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS, 2013

Indicador	Tasa de muerte por suicidio por 100.000 habitantes
Definición	Número de defunciones debidas a suicidio por 100.000 habitantes en la población, por año
Dominio	Resultados de impacto en salud
Numerador	Todas las defunciones que tengan una causa básica de defunción identificada con cualquier código desde X60 hasta X84 en la CIE-10, entre la población
Denominador	Población en año correspondiente
Cálculo	La magnitud de la tasa se calcula sumando todas las defunciones que tengan una causa básica identificada con cualquier código desde X60 hasta X84 en la CIE-10, entre la población (independientemente del sexo) y dividiéndolas por la población total en un año
Observaciones	Para tener en cuenta las diferentes estructuras demográficas de los adolescentes y los adultos jóvenes de los países de las Américas, la tasa se ajusta según la edad, utilizando la población estándar de la OMS
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Sistema de información de mortalidad de la OPS por región
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS, 2013

Indicador	Tasa de mortalidad debida a traumatismos causados por el tránsito en jóvenes de 15 a 24 años de edad
Definición	Número de defunciones debidas a traumatismos causados por el tránsito por 100.000 habitantes
Dominio	Resultados de impacto en salud
Numerador	Defunciones con una causa básica identificada con cualquier código desde V01 hasta V89 de la CIE-10, entre las población de 15 a 24 años de edad
Denominador	Población de 15 a 24 años de edad en un año por región
Cálculo	La magnitud de la tasa se calcula al sumar todas las defunciones con una causa básica identificada con cualquier código desde V01 hasta V89 de la CIE-10, entre las población de 15 a 24 años de edad (independientemente del sexo), y dividiéndolas por la población de 15 a 24 años de edad en un año y por región
Observaciones	Para tener en cuenta las diferentes estructuras demográficas de los adolescentes y los adultos jóvenes de los países de las Américas, la tasa se ajusta según la edad, utilizando la población estándar de la OMS
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Sistema de información de mortalidad de la OPS a nivel regional
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS, 2013

Indicador	Prevalencia de sobrepeso y obesidad
Definición	Porcentaje de la población con sobrepeso y obesidad
Dominio	Resultados de impacto en salud
Numerador	Número total de adolescentes y adultos con índice de masa corporal (IMC) para la edad $\geq 25,0$ kg/m ²
Denominador	Número total de adolescentes y adultos
Cálculo	Se calcula el IMC: peso (kg)/talla (m ²), según las normas de la OMS Sobrepeso: IMC $\geq 25,0$ kg/m ² Obesidad: IMC $\geq 30,0$ kg/m ²
Observaciones	Sobrepeso: adolescentes y adultos con un índice de masa corporal para la edad de $>+1$ desviaciones estándar (DE) de la mediana de referencia del 2007 de la OMS (equivalente a un IMC de 25 kg/m ² a los 19 años) Obesidad: adolescentes y adultos con un índice de masa corporal para la edad de $>+2$ desviaciones estándar (DE) de la mediana de referencia del 2007 de la OMS (equivalente a un IMC de 30 kg/m ² a los 19 años)
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Encuesta nacional de nutrición y salud
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS, 2013

Indicador	Proporción de adultos mayores con dificultad en actividades de la vida diaria
Definición	Porcentaje de personas mayores de 60 o de 80 años con dificultad en actividades de la vida diaria
Dominio	Resultados de impacto en salud
Numerador	Número total de personas mayores de 60 o de 80 años que refirieren dificultad en las siguientes actividades de la vida diaria: 1. Para cruzar una habitación caminando 2. Para vestirse (incluido ponerse los zapatos y medias) 3. Para bañarse (incluido salir y entrar de la bañera) 4. Para comer (incluido cortar la comida, llenar los vasos) 5. Para acostarse o levantarse de la cama 6. Para usar el servicio sanitario (incluyendo levantarse y sentarse del inodoro)
Denominador	Número total de personas mayores de 60 o de 80 años encuestadas
Cálculo	Se divide el número total de personas mayores de 60 o de 80 años que refirieren dificultad en las actividades de la vida diaria mencionadas antes, entre el número total de personas mayores de 60 o de 80 años encuestadas, multiplicado por 100
Observaciones	El tipo de actividad de la vida diaria puede variar según la encuesta de país
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)
Referencia	Albala C, Lebano ML, Leon Diaz, Han-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Rev Panam Salud Pública. 2005; 17(5/6):307-322 Aranibar P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Serie Población y Desarrollo, CELADE, Santiago de Chile 2001; 21:28-29 Melzer D. Socioeconomic status and the expectation of disability in old age: estimates for England. J Epidemiol Community Health. 2000; 54:286

Indicador	Proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer (<2.500 g)
Definición	Número de recién nacidos con peso inferior a 2.500 gramos, medio al momento del nacimiento o dentro de las primeras horas de vida, antes que de la significativa pérdida de peso natal haya ocurrido, expresado por 100 nacidos vivos
Dominio	Resultados de impacto en salud
Numerador	Número de recién nacidos con peso inferior a 2.500 gramos, al momento del nacimiento o en las primeras horas de vida
Denominador	Número total correspondiente de recién nacidos, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica
Cálculo	Se divide el número de recién nacidos con peso inferior a 2.500 gramos, al momento del nacimiento o en las primeras horas de vida, antes de que de la pérdida significativa de peso natal haya ocurrido, entre el número de nacidos vivos, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica, multiplicado por 100
Observaciones	Los datos los proporcionan las oficinas de país y los programa técnicos regionales de la OMS/OPS a partir de la información reportada por los sistemas nacionales de información en salud
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Sistemas nacionales de información en salud, estadísticas vitales nacionales
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_tabs&view=article&id=2151&Itemid=3632&lang=es

Indicador	Prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años
Definición	Porcentaje de casos de deficiencia nutricional crónica en niños menores de 5 años detectados durante un año dado
Dominio	Resultados de impacto en salud
Numerador	Número de niños menores de 5 años detectados durante un año dado, con razón talla para la edad inferior a menos de dos desviaciones estándar (-2DE) de la mediana de referencia
Denominador	Población correspondiente a mitad de año dado, para un determinado país, territorio o área geográfica
Cálculo	Se divide el número de niños menores de 5 años con razón talla para la edad inferior a menos de dos desviaciones estándar (-2DE) de la mediana de referencia entre la población correspondiente a mitad de año dado, multiplicado por 100
Observaciones	Se define como la deficiencia nutricional moderada en menores de 5 años a toda la razón talla para la edad inferior a menos de dos desviaciones estándar (-2DE) de la mediana de referencia y resulta del no crecer adecuadamente de longitud/altura con relación a la edad
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Sistemas nacionales de información en salud
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_tabs&view=article&id=2151&Itemid=3632&lang=es

Indicador	Tasa de fecundidad específica en mujeres de 15 a 19 años de edad
Definición	Número anual de nacimientos en los que la madre es una adolescente de 15 a 19 años por 1.000 adolescentes de 15 a 19 años
Dominio	Resultados de impacto en salud
Numerador	Número de nacidos vivos de madres adolescentes de 15 a 19 años durante un período determinado
Denominador	Número de adolescentes de 15 a 19 años durante el mismo período
Cálculo	La tasa de fecundidad de las adolescentes específica para la edad se calcula en forma de razón: número de nacidos vivos de madres de 15 a 19 años de edad durante un periodo determinado, dividido entre el número de mujeres de 15 a 19 años durante el mismo periodo, multiplicado por 1.000
Observaciones	Cuando se usan datos de encuestas y censos, tanto el numerador como el denominador provienen de la misma población
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Informes anuales de los países, de las Naciones Unidas y de informes de censos
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS, 2013

Indicador	Prevalencia de violencia de pareja
Definición	Porcentaje de niñas y mujeres mayores de 15 años de edad que han sufrido violencia física, sexual o psicológica por parte de su pareja actual o pasada, en los últimos 12 meses
Dominio	Resultados de impacto en salud
Numerador	Número total de mujeres mayores de 15 años de edad (o de 15 a 49 años de edad) que reportan haber sufrido violencia física, sexual o psicológica infligida por su pareja actual o pasada, en los últimos 12 meses
Denominador	Número total de mujeres mayores de 15 años de edad (o de 15-49 años de edad) entrevistadas que tienen o tuvieron una pareja en los últimos 12 meses
Cálculo	Las encuestas poblacionales incluyen una serie de preguntas destinadas a las mujeres que tienen una relación o la tuvieron, sobre la experiencia de actos físicos, violencia sexual y abuso psicológico por parte de su pareja. Lo ideal es que dichas preguntas las formulen encuestadores capacitados en las encuestas de hogar dedicados a la medición de la violencia contra las mujeres
Observaciones	Se están realizando esfuerzos metodológicos y de medición para garantizar una definición más amplia del indicador. Teniendo en cuenta los datos disponibles en la actualidad, las estimaciones principalmente miden la “proporción de mujeres de 15 a 49 años de edad que han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja actual en los últimos 12 meses”
Desagregación	<i>Edad</i> <i>Ubicación geográfica:</i> área rural y urbana <i>Tipo de violencia:</i> física, sexual, psicológica <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Encuestas poblacionales sobre violencia contra la mujer o encuestas poblacionales con un módulo especial sobre la violencia contra la mujer
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. 2018 Global reference list of 100 core health indicators (plus health-related SDGs) . Washington, D.C.: OPS, 2018. Disponible en: http://www.who.int/iris/handle/10665/259951

Indicador	Tasa de mortalidad atribuible a la polución ambiental y del hogar
Definición	Tasa de mortalidad por las siguientes condiciones: infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. Para adultos mayores de 25 años: enfermedades cerebrovasculares, enfermedad isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y cáncer de pulmón
Dominio	Resultados de impacto en salud
Numerador	Número de muertes por las condiciones listadas por 100.000 habitantes
Denominador	Número total de habitantes
Cálculo	Este indicador sigue la metodología de la OMS para estimar la carga de enfermedad atribuible a la polución. Esta metodología está bien establecida y se utiliza para medir el objetivo de desarrollo sostenible 3.9.1
Observaciones	El indicador no incluye todas las enfermedades que se asocia con la polución del aire, lo cual puede tener un impacto en poblaciones específicas. Los datos de mortalidad podrían no ser reproducibles debido a subregistros
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Burden of disease attributable to ambient air pollution. Disponible en: http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=2259 Metrics: Population Attributable Fraction. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_paf/en/
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2020-2025. Washington, D.C.: OPS; 2018

Indicador	Tasa de mortalidad atribuible a la falta de agua potable, alcantarillado e higiene
Definición	Tasa de mortalidad por las siguientes condiciones: fracciones de diarrea, infecciones con nematodos y malnutrición
Dominio	Resultados de impacto en salud
Numerador	Número de muertes por las condiciones listadas por 100.000 habitantes
Denominador	Número total de habitantes
Cálculo	Este indicador se calcula al dividir las muertes ocasionadas por agua, saneamiento e higiene (WASH, por sus siglas en inglés) por la población total en el mismo territorio y periodo. El método acordado para la medición
Observaciones	En algunos países, los datos nacionales están incompletos y las estadísticas son ofrecidas por agencias internacionales
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Oficinas de estadística nacional, datos administrativos
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2020-2025. Washington, D.C.: OPS; 2018

Indicador	Tasa de mortalidad por desastres
Definición	Número de personas que mueren por causa directa de desastres por 100.000 habitantes
Dominio	Resultados de impacto en salud
Numerador	Número muertes atribuible a desastres por 100.000 habitantes
Denominador	Número total de habitantes
Cálculo	Este indicador se mide al sumar el número total de personas que mueren durante un desastre, o inmediatamente después, como resultado directo del evento, dividido por la población total y expresado por 100.000 habitantes.
Observaciones	Limitaciones en el cálculo de este indicador incluyen reporte inexacto de muertes causas por desastres, ausencia de información reproducible sobre mortalidad, retrasos en el reporte de la mortalidad
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Oficinas de estadística nacional, datos administrativos
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2020-2025. Washington, D.C.: OPS; 2018

Indicadores de resultados intermedios en salud universal

Indicador	Porcentaje de la población que reporta barreras de acceso a la salud (culturales, institucionales [aceptabilidad, conveniencia, disponibilidad, tiempo de espera], económicas, geográficas)
Definición	Porcentaje de personas que necesitaron asistencia médica y no la recibieron y principales causas de no haberla recibido
Dominio	Barreras de acceso
Numerador	Número de personas que necesitaron asistencia médica y no la recibieron
Denominador	Número total de personas que necesitaron asistencia médica
Cálculo	Se calcula el porcentaje de personas que han necesitado asistencia durante los 30 a 90 días anteriores a la encuesta y no la recibieron en relación al número total de personas encuestadas
Observaciones	El indicador también debe calcularse por tipo de barrera de acceso. Para ello, se calcula el porcentaje de personas que no recibieron la atención médica para cada tipo de barrera en relación al número total de personas que no recibieron la atención médica Se incluyen las siguientes categorías de los tipos de barreras: aceptabilidad (percepción negativa sobre la calidad de la atención y trato del personal); tiempo de espera (demoras en el centro de atención o tiempo de espera para obtener cita); conveniencia (falta de tiempo); disponibilidad (falta de medicamentos o personal de salud); distancia geográfica (falta de atención cercana); económica (incapacidad en el pago por los servicios); culturales (falta de confianza en los médicos, idioma, preferencia por medicina indígena, homeopática o alternativa, o se lo impide un integrante del hogar), el servicio no se considera importante y automedicación.
Desagregación	Tipo de enfermedad <i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Encuestas de hogar con módulo especial en salud
Referencia	Penchansky R, Thomas JW. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. <i>Medical Care</i> . 1981;19:127-140. Thorpe JM., Thorpe CT, Kennelty KA, Pandhi N. Patterns of perceived barriers to medical care in older adults: a latent class analysis. <i>BMC Health Services Research</i> . 2011;11:1-12. doi:10.1186/1472-6963-11-181

Indicador	Proporción del gasto de bolsillo en salud con respecto al gasto total en salud
Definición	Gastos realizados en el momento en que el individuo o el hogar se benefician del servicio de salud
Dominio	Barreras de acceso
Numerador	Gastos directos de utilización de servicios de salud: gastos en atención médica, dental, oftalmológica o en otros profesionales de la salud, en medicamentos recetados y en otros bienes y servicios de salud
Denominador	Gasto total en salud, que es la suma del gasto del gobierno general (o público) y del gasto privado en salud
Cálculo	Se calcula el gasto en salud y el consumo privado total de los hogares en relación al gasto total en salud, que es la suma del gasto del gobierno general (o público) y del gasto privado en salud
Observaciones	La estimación del gasto de bolsillo en salud se obtiene de las cuentas de salud de cada país. A los efectos del cálculo del gasto de bolsillo en salud, se utiliza la sección de los gastos directos por uso de servicios de salud que incluye los gastos en atención médica, dental, oftalmológica, otros profesionales de la salud, medicamentos recetados, y otros bienes y servicios de salud. El gasto del gobierno general en salud incluye: el gasto de todos los niveles de gobierno (central, regional, municipal, etc.) y el gasto obligatorio de la seguridad social en salud. Finalmente, el gasto privado en salud incluye el gasto de aseguradores privados, proveedores privados (clínicas, consultorios, etc.) y el gasto de bolsillo de los hogares
Desagregación	No aplicable
Fuente del dato	Cuentas de salud de cada país, consultando la información del gasto en salud. Encuestas de hogar con módulo especial de consumo privado total de los hogares
Referencia	Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud. Marco de Monitoreo para la Cobertura Universal de Salud, OMS/BM; 2014. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2017: Financiamiento de la salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 2017

Indicador	Porcentaje de hogares con gastos de bolsillo en salud catastróficos
Definición	Porcentaje de hogares cuyos gastos de bolsillo en salud representan una proporción sustancial de sus ingresos o de su capacidad de pago
Dominio	Barreras de acceso
Numerador	Número total de hogares que incurren en gastos de bolsillo en salud que exceden un umbral en relación a sus ingresos o capacidad de pago
Denominador	Número total de hogares que incurren en gastos de bolsillo en salud
Cálculo	Se calcula la fracción de hogares encuestados que incurre en gastos de bolsillo en salud que exceden 10% a 25% de sus ingresos o 30% o 40% de su capacidad de pago
Observaciones	Ingreso de los hogares se mide como gasto total de los hogares. Capacidad de pago se define como el ingreso total de los hogares (medido como gasto total de los hogares) menos el gasto necesario para cubrir necesidades básicas La incidencia de gasto catastrófico puede variar según la metodología utilizada, dado que se usan diferentes umbrales del nivel de ingresos o capacidad de pago
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Cuentas de salud de cada país, consultando la información del gasto en salud. Encuestas de hogar con módulo especial de consumo privado total de los hogares
Referencia	Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud. Marco de Monitoreo para la Cobertura Universal de Salud, OMS/BM; 2014. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2017: Financiamiento de la salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 2017

Indicador	Porcentaje de hogares con gastos de bolsillo que provocan empobrecimiento
Definición	Porcentaje de hogares cuyos gastos de bolsillo en salud los empuja por debajo de la línea de pobreza
Dominio	Barreras de acceso
Numerador	Número total de hogares que incurren en gastos de bolsillo en salud que los empuja por debajo de la línea de pobreza
Denominador	Número total de hogares que incurren en gastos de bolsillo en salud
Cálculo	Se calcula la fracción de hogares encuestados que incurre en gastos de bolsillo en salud que los empuja por debajo de la línea de pobreza
Observaciones	La incidencia de gasto de empobrecimiento puede variar según la metodología utilizada, dado que se usan diferentes líneas de pobreza en cada país y a nivel regional
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Cuentas de salud de cada país, consultando la información del gasto en salud. Encuestas de hogar con módulo especial de consumo privado total de los hogares
Referencia	Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud. Marco de Monitoreo para la Cobertura Universal de Salud, OMS/BM; 2014. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2017: Financiamiento de la salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 2017

Indicador	Cobertura con tres dosis de la vacuna DPT en el primer año de vida
Definición	Número de niños que, al completar su primer año de vida, han recibido tres dosis de la vacuna DPT
Dominio	Cobertura y utilización de servicios de salud
Numerador	Número de niños menores de 1 año que han recibido tres dosis de la vacuna DPT
Denominador	Total de niños menores de 1 año en un país, territorio o zona geográfica en momento determinado
Cálculo	Se calcula el número de niños menores de 1 año que han recibido tres dosis de la vacuna DPT dividido por el total de niños menores de 1 año en un país, territorio o zona geográfica en momento determinado
Observaciones	El denominador corresponde a las estimaciones de la población obtenidas de la División de Población de las Naciones Unidas
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Formulario de notificación conjunta de la OPS/OMS y el UNICEF
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS, 2013

Indicador	Proporción de mujeres de 30 a 49 años de edad que declaran haberse sometido a detección del cáncer cervicouterino
Definición	Proporción de mujeres de 30 a 49 años de edad que declaran haberse sometido a detección del cáncer cervicouterino por lo menos una vez en la vida con cualquiera de los siguientes métodos: inspección visual con ácido acético, frotis de Papanicolaou y prueba de detección del virus del papiloma humano
Dominio	Cobertura y utilización de servicios de salud
Numerador	Número total de mujeres del grupo de edad especificado en la política nacional de tamizaje que se someten a una prueba de detección de cáncer cervicouterino
Denominador	Número total de mujeres de ese grupo de edad en la población del país
Cálculo	Se calcula el número total de mujeres del grupo de edad especificado en la política nacional de tamizaje (que puede variar de un país a otro) que se someten a una prueba de detección de cáncer cervicouterino, en el período especificado en la política nacional, dividido por el número total de mujeres de ese grupo de edad en la población del país, multiplicado por 100
Observaciones	Este indicador identifica la proporción de mujeres de 30 a 49 años de edad que declaran haberse sometido a detección del cáncer cervicouterino por lo menos una vez en la vida con cualquiera de los siguientes métodos: inspección visual con ácido acético, frotis de Papanicolaou y prueba de detección del virus del papiloma humano
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Encuesta nacional sobre tamizaje del cáncer cervicouterino
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS, 2013

Indicador	Porcentaje de mujeres en edad reproductiva que tienen satisfechas sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos
Definición	Porcentaje de mujeres en edad fértil (15-49 años de edad) sexualmente activas que afirman no desear más hijos o que desean demorar el próximo embarazo, y que usan algún método anticonceptivo moderno
Dominio	Cobertura y utilización de servicios de salud
Numerador	Número total de mujeres en edad fértil (casadas o en unión consensual) que no están embarazadas ni tienen amenorrea posparto y que no desean más hijos (límite) o que desean aplazar el nacimiento de un hijo al menos dos años o no saben cuándo desean tener otro hijo (espacio) y usan algún método anticonceptivo moderno
Denominador	Número total de mujeres en edad fértil (15-49 años de edad) casadas o en unión consensual
Cálculo	La necesidad insatisfecha se expresa como un porcentaje basado en las mujeres en edad fértil (15-49 años de edad) que están casadas o en unión consensual
Observaciones	<p>La definición estándar de necesidades insatisfechas con respecto a la planificación familiar incluye:</p> <ol style="list-style-type: none"> Numerador: <ul style="list-style-type: none"> Todas las mujeres embarazadas (casadas o en unión consensual) cuyos embarazos fueron no deseados o inoportunos en el momento de la concepción Todas las mujeres (casadas o en unión consensual) con amenorrea posparto que no usan ningún método de planificación familiar y cuyo último parto fue no deseado o inoportuno Todas las mujeres en edad fértil (casadas o en unión consensual) que no están embarazadas ni tienen amenorrea posparto y que no desean más hijos (límite) o que desean aplazar el nacimiento de un hijo al menos dos años o no saben cuándo desean tener a otro hijo (espacio) y no usan ningún método anticonceptivo Denominador: <ul style="list-style-type: none"> Número de mujeres en edad fértil (15-49 años de edad) casadas o en unión consensual <p>Los resultados se multiplican por 100</p> <p>El numerador excluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> Las mujeres embarazadas con amenorrea cuyo embarazo ocurrió involuntariamente por falla del método anticonceptivo (se supone que estas mujeres necesitan un mejor método anticonceptivo). Las mujeres estériles también se excluyen de la definición <p>Se supone que las mujeres son estériles si:</p> <ul style="list-style-type: none"> Han estado casadas durante 5 años o más No han tenido un parto en los últimos 5 años No están embarazadas actualmente No han usado métodos anticonceptivos en los últimos 5 años (o si se desconoce la fecha de la última vez que usaron anticonceptivos o si nunca han usado ningún tipo anticonceptivo) Ellas mismas declaran que son estériles debido a la menopausia o porque han tenido una histerectomía o (en el caso de las mujeres que no están embarazadas o que tienen amenorrea posparto), si la última menstruación ocurrió más de seis meses antes de la encuesta <p>Se supone que las mujeres casadas o en unión consensual son sexualmente activas. Si se incluirá a las mujeres solteras en el cálculo de la necesidad insatisfecha (en los informes nacionales de vigilancia complementarios sobre los Objetivos del Milenio) es necesario determinar la fecha de la actividad sexual más reciente. Las mujeres solteras ahora se consideran en riesgo de embarazo (y potencialmente en el numerador) si han tenido relaciones sexuales en el mes anterior a la entrevista de la encuesta.</p> <p>Según la definición estándar, no se considera que las mujeres que usan un método anticonceptivo tradicional tengan una necesidad insatisfecha de planificación familiar*. Puesto que los métodos tradicionales pueden ser mucho menos eficaces que los modernos, a menudo se emplean análisis adicionales para distinguir entre los métodos tradicionales y los modernos</p>
Desagregación	<p><i>Ubicación:</i> área rural/urbana</p> <p><i>Sexo:</i> hombres, mujeres</p> <p><i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total</p> <p><i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio</p>
Fuente del dato	Encuestas de hogar, encuesta de demografía y salud (DHS), las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS), las encuestas de salud reproductiva (RHS) y las encuestas nacionales basadas en métodos similares
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS; 2013

* Para una definición de las necesidades insatisfechas de planificación familiar, consúltese <http://dhsprogram.com/Topics/Unmet-Need.cfm>.

Indicador	Proporción de población gestante atendida por personal cualificado durante el embarazo (%)
Definición	Número de mujeres gestantes que han acudido al menos a cuatro consultas de atención de salud durante el embarazo con un profesional de la salud calificado
Dominio	Cobertura y utilización de servicios de salud
Numerador	Número de mujeres gestantes que acuden al menos a una consulta de atención de salud durante el embarazo en los servicios de control y monitoreo del embarazo o la atención ambulatoria por morbilidad asociada
Denominador	Población de nacidos vivos, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica
Cálculo	Se calcula el número de mujeres gestantes que han acudido al menos una consulta de atención de salud durante el embarazo proveída por un profesional de la salud entrenado, expresado como porcentaje de la población de nacidos vivos, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica
Observaciones	Se define como atención de salud durante el embarazo a los servicios de control y monitoreo del embarazo o la atención ambulatoria por morbilidad asociada; no incluye ni las actividades directas de vacunación ni la atención inmediatamente previa al parto. El personal cualificado incluye a médicos obstetras, médicos con entrenamiento en la atención de la gestante, parteras universitarias (obstétricas, obstétrices, matronas) y enfermeras con entrenamiento en la atención a las gestantes y parteras (comadronas) diplomadas. No se incluye a las parteras tradicionales entrenadas o no entrenadas
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	El ministerio de salud de cada país, a partir de los datos recopilados sistemáticamente por el sistema nacional de información o recogidos por medio de encuestas
Referencia	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud/Información y Análisis de Salud. Base de Datos PLISA. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2017. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2017

Indicador	Porcentaje de partos atendidos por personal de salud cualificado
Definición	Porcentaje de partos atendidos por personal de salud cualificado en un año específico y en un determinado país, territorio o zona geográfica
Dominio	Cobertura y utilización de los servicios de salud
Numerador	Partos atendidos por personal cualificado en un año específico
Denominador	Número total de partos en ese mismo año
Cálculo	Se calcula el número de partos atendidos por personal capacitado en un año específico, independientemente del tipo de parto o del sitio donde ocurrió, expresado como un porcentaje del número total de partos en ese mismo año, en un determinado país, territorio o zona geográfica
Observaciones	Cálculo por país: El numerador incluye todos los partos atendidos por personal capacitado en un año específico, independientemente del sitio donde ocurrió, expresado como porcentaje del número total de partos en ese mismo año, en un determinado país, territorio o zona geográfica. El personal capacitado incluye obstetras, médicos capacitados para atender a embarazadas, parteras y enfermeras universitarias capacitadas para atender a embarazadas, y parteras graduadas; no incluye a parteras tradicionales, capacitadas o no.
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	El ministerio de salud de cada país, a partir de los datos recopilados sistemáticamente por el sistema nacional de información o recogidos por medio de encuestas
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS; 2013

Indicador	Porcentaje de la población que recibe al menos una visita de salud preventiva al año
Definición	Número de personas que acude al menos a una visita de salud preventiva en un año, expresado como el porcentaje de la población total encuestada
Dominio	Cobertura y utilización de los servicios de salud
Numerador	Número de personas que declara haber acudido al menos a una visita de salud preventiva en un año específico
Denominador	Número total de personas encuestadas
Cálculo	Este indicador se mide a partir de datos de encuestas de hogar en las que se recoge información sobre el número total de personas que declara haber tenido al menos una visita de consulta preventiva en los 3 a 12 meses anteriores a la encuesta. Este número se expresa como el porcentaje del número total de personas encuestadas
Observaciones	El tipo de consultas preventivas no se especifica para todos los países. En algunos casos, se pregunta a la persona si realizó un control de salud en los últimos 3 a 12 meses sin estar enfermo. En otros casos, se especifica el tipo de consulta, que puede incluir visitas de prevención de enfermedades, control de crecimiento infantil, planificación familiar y vacunación
Desagregación	Edad <i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Encuestas de hogar con módulo especial en salud y registros de establecimientos de salud
Referencia	Dmytraczenko T, Almeida G. Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean: Evidence from Selected Countries. Directions in Development-Human Development. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2015. Disponible en: https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/22026

Indicador	Acceso a programas de salud de la comunidad para adultos mayores
Definición	Número de intervenciones de autocuidado basadas en la evidencia para que los adultos mayores puedan llevar una vida independiente
Dominio	Cobertura y utilización de servicios de salud
Numerador	Número de programas de autocuidado y de servicios comunitarios de apoyo de este tipo que están al alcance de los adultos mayores
Denominador	No aplicable
Cálculo	Se calcula a partir del registro a nivel nacional, subnacional y local el número de intervenciones de autocuidado de enfermedades crónicas basadas en datos probatorios
Observaciones	Este indicador responde a las recomendaciones del documento CD49/8 y de la resolución CD49.R15 <i>Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable</i> , y de la resolución EB130.R6 de la OMS, <i>Fortalecimiento de las políticas relativas a las enfermedades no transmisibles para fomentar un envejecimiento activo</i>
Desagregación	No aplicable
Fuente del dato	Registro nacional, subnacional y local del número de intervenciones de autocuidado de enfermedades crónicas basadas en datos probatorios
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington D.C.: OPS; 2013

Indicador	Cobertura de atención de las personas con discapacidad
Definición	Porcentaje de personas discapacitadas con acceso a servicios de habilitación y rehabilitación y a servicios sociales
Dominio	Cobertura y utilización de servicios de salud
Numerador	Número de personas con una discapacidad de cualquier clase tratada en los servicios de habilitación y rehabilitación en el sector de salud en el país
Denominador	Número total calculado de personas discapacitadas en el país
Cálculo	Se calcula el número de personas con una discapacidad de cualquier clase tratada en los servicios de habilitación y rehabilitación en el sector de salud en el país, dividido por el número total calculado de personas discapacitadas en el país, multiplicado por 100
Observaciones	Pocos países cuentan con un registro de esta información
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Informes de los servicios de salud de los ministerios de salud, complementados con encuestas multiúso de los ministerios de salud o los programas de desarrollo social de cada país
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS; 2013

Indicador	Porcentaje de hipertensión controlada a nivel de población en personas mayores 18 años o más
Definición	Porcentaje de hipertensión controlada a nivel de población (<140/90 mmHg) en personas mayores 18 años o más
Dominio	Cobertura y utilización de servicios de salud
Numerador	Número total de personas con hipertensión controlada (tensión arterial sistólica medida de <140 mmHg y diastólica de <90 mmHg)
Denominador	Número total de personas con hipertensión (tensión arterial sistólica medida de ≥ 140 mmHg o diastólica de ≥ 90 mmHg (medida), o que declaran que un profesional de la salud les ha diagnosticado hipertensión o afirman que toman medicamentos para el tratamiento de la hipertensión
Cálculo	Se calcula el número total de personas con hipertensión controlada (tensión arterial sistólica medida de <140 mmHg y tensión arterial diastólica de <90 mmHg), dividido por el número total de personas con hipertensión (definida como personas con tensión arterial sistólica medida de ≥ 140 mmHg o tensión arterial diastólica de ≥ 90 mmHg (medida), o que declaran que un profesional de salud les ha diagnosticado hipertensión o que afirman que toman medicamentos para el tratamiento de la hipertensión), multiplicado por 100
Observaciones	Este indicador mide el grado de control de la hipertensión (el principal factor de riesgo de sufrir un episodio cardiovascular y morir por esa causa) a nivel de población, como medida de efectividad y eficiencia del desempeño del sistema de salud
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Encuestas nacionales de salud, informes de los servicios de salud de los ministerios de salud y registros clínicos de establecimientos de salud
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS; 2013

Indicador	Porcentaje de diabetes controlada a nivel de población en personas mayores de 18 años
Definición	Porcentaje de diabetes controlada a nivel de población (100-125 mg/dl) en personas mayores de 18 años
Dominio	Cobertura y utilización de servicios de salud
Numerador	Número total de personas mayores de 18 años con diabetes controlada (glucosa plasmática normal (100-125 mg/dl))
Denominador	Número total de personas mayores de 18 años con diabetes (definida como personas con glucosa plasmática en ayunas >125 mg o 7,0 mmol/l o glucosa plasmática al cabo de 2 horas $\geq 11,1$ mmol/l o 200 mg/dl o A1c $\geq 6,5\%$) o hiperglucemia (glucemia en ayunas de 100-125 mg/dl) o tratadas con medicamentos para la hiperglucemia/diabetes
Cálculo	Se calcula el número total de personas mayores de 18 años con diabetes controlada (glucosa plasmática de 100-125 mg/dl), dividido por el número total de personas mayores de 18 años con diabetes, multiplicado por 100
Observaciones	Se prevé que los países usarán el método STEPS de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Encuestas nacionales de salud, informes de los servicios de salud de los ministerios de salud y registros clínicos de establecimientos de salud
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS; 2013. Aguilera X, Castillo-Laborde C, Ferrari MN-D, Delgado I, Ibañez C. Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Chile. PLoS Med 11(9):e1001676. doi. org/10.1371/journal.pmed.1001676

Indicador	Tratamiento en establecimientos de salud mental
Definición	Tasa de consultas en establecimientos ambulatorios de salud mental
Dominio	Cobertura y utilización de servicios de salud
Numerador	Número de consultas de salud mental en establecimientos ambulatorios en un año
Denominador	Población total (población general)
Cálculo	Se calcula el número de consultas de salud mental en establecimientos ambulatorios en un año, divididas por la población total, multiplicadas por 100
Observaciones	En el cálculo no debe contarse a los pacientes hospitalizados, incluidos los que estén en hospitales generales, establecimientos residenciales comunitarios y servicios de hospitalización parcial (internación de día), en consonancia con los criterios operativos del Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (IESM-OMS) Este indicador es fundamental para dar seguimiento a la transformación de la atención de salud mental y se basa en la <i>Estrategia Regional y Plan de acción de la OPS y en el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020</i> de la OMS. Es importante para dar seguimiento a la transición del modelo de asilo-hospital para la atención de las personas con trastornos mentales a un modelo de atención ambulatoria descentralizado, comunitario y vinculado a los servicios de atención primaria de salud
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Informes de país
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS; 2013

Indicador	Porcentaje de cobertura con tratamiento antirretroviral
Definición	Mide la cobertura del acceso al tratamiento antirretroviral
Dominio	Cobertura y utilización de servicios de salud
Numerador	Número de personas que reciben tratamiento antirretroviral
Denominador	Estimación del número de personas que necesitan tratamiento antirretroviral
Cálculo	Para el cálculo, el numerador es el número de personas que reciben tratamiento antirretroviral. El denominador es la estimación del número de personas que necesitan tratamiento antirretroviral
Observaciones	Los denominadores de país, que se generan usando métodos e instrumentos estandarizados de modelación estadística, son proporcionados por el ONUSIDA
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Informes proporcionados por los ministerios de salud y el ONUSIDA
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS; 2013

Indicador	Porcentaje de cobertura con tratamiento profiláctico del VIH para prevenir la transmisión maternoinfantil
Definición	Mide el progreso en la administración de tratamiento antirretroviral a las mujeres infectadas por el VIH para prevenir la transmisión vertical
Dominio	Cobertura y utilización de servicios de salud
Numerador	Número de mujeres embarazadas infectadas por el VIH que recibieron antirretrovirales para reducir la transmisión maternoinfantil durante los 12 meses anteriores
Denominador	Número estimado de mujeres embarazadas infectadas por el VIH correspondiente a los 12 meses anteriores
Cálculo	Se calcula el número de embarazadas infectadas por el VIH que recibieron antirretrovirales para reducir la transmisión maternoinfantil durante los 12 meses anteriores, dividido por el número estimado de mujeres embarazadas infectadas por el VIH correspondiente a los 12 meses anteriores, multiplicado por 100
Observaciones	El numerador se calcula a partir de los registros del programa nacional, que consolidan los registros de los establecimientos de salud. Debe tener alcance nacional y abarcar todos los establecimientos de salud públicos, privados y administrados por ONG que proporcionen antirretrovirales a mujeres embarazadas con infección por el VIH. El numerador consiste en las embarazadas que ya están recibiendo tratamiento para su propia salud. La administración de una dosis única de nevirapina no se considerará como plan válido para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH. Para estimar el denominador se pueden usar dos métodos: 1. Multiplicar el número de mujeres que dieron a luz en los 12 meses anteriores (estos datos puede obtenerse de las estimaciones de nacimientos efectuadas por la oficina central de estadísticas o de las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas) por la estimación nacional más reciente de la prevalencia de la infección por el VIH en las embarazadas (que puede obtenerse de la vigilancia centinela del VIH en los consultorios de atención prenatal) 2. Usar un modelo de proyección como el proporcionado por la aplicación <i>Spectrum</i> (es decir, usar como producto el número de embarazadas que necesitan tratamiento para la prevención de la transmisión maternoinfantil). Este método está indicado en los países con epidemias generalizadas. En donde hay pocas epidemias o estas están concentradas, este método puede presentar un alto grado de incertidumbre
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Registros del programa nacional, que consolidan los registros de los establecimientos de salud
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS; 2013

Indicador	Porcentaje de cobertura de las mujeres embarazadas con el tratamiento para la sífilis
Definición	Porcentaje de mujeres embarazadas que dieron positivo para la sífilis y que recibieron el tratamiento apropiado (por lo menos una dosis de penicilina G por vía intramuscular)
Dominio	Cobertura y utilización de los servicios de salud
Numerador	Número de mujeres embarazadas que dieron positivo para la sífilis durante el embarazo y que recibieron el tratamiento apropiado
Denominador	Número de mujeres embarazadas con serología positiva para sífilis durante el embarazo
Cálculo	Se calcula el número de mujeres embarazadas que dieron positivo para la sífilis durante el embarazo y que recibieron el tratamiento apropiado, dividido por el número de embarazadas con serología positiva para sífilis durante el embarazo, multiplicado por 100
Observaciones	El tratamiento para las mujeres infectadas por sífilis puede proporcionarse en diversos lugares (como consultorios de atención prenatal o de salud sexual y reproductiva) durante el embarazo. Las mujeres no deben contarse en el numerador si no se han sometido a pruebas o a un tratamiento, y se debe hacer una referencia cruzada entre la recopilación de datos y la notificación a fin de reducir al mínimo el riesgo de doble recuento La cobertura de los países basada en la población puede calcularse dividiendo el número de embarazadas con sífilis que recibieron tratamiento apropiado por el número previsto de embarazadas seropositivas. El número previsto de mujeres embarazadas puede estimarse multiplicando el número estimado de mujeres que dieron a luz durante los últimos 12 meses por la estimación nacional más reciente de la prevalencia de sífilis en las embarazadas
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Registros del programa nacional, que se forman combinando los registros de los establecimientos de asistencia sanitaria
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington. D.C.: OPS; 2013

Indicador	Número de pacientes con tuberculosis tratados con éxito
Definición	Número de pacientes con tuberculosis confirmada bacteriológicamente tratados con éxito en el programa
Dominio	Cobertura y utilización de servicios de salud
Numerador	Número de pacientes con tuberculosis confirmada bacteriológicamente que son tratados con éxito en los países cada año
Denominador	No aplicable
Cálculo	El indicador se calcula sumando el número de pacientes con tuberculosis confirmada bacteriológicamente que son tratados con éxito en los países cada año. Se utiliza la suma de los casos nuevos tratados con éxito debido a la gran variabilidad en el número de casos notificados y tratados por los diferentes países de la Región y a la relación con la carga de tuberculosis en cada país
Observaciones	Un caso de tuberculosis bacteriológicamente confirmado es aquel del cual se obtuvo una muestra biológica que dio resultado positivo en una baciloscopia, un cultivo o un medio de diagnóstico rápido aprobado por la OMS (WDR). Por paciente tratado con éxito se entiende el que se ha curado o que ha concluido el tratamiento. Un paciente curado es un paciente con tuberculosis pulmonar confirmada bacteriológicamente al comienzo de tratamiento y con baciloscopia o cultivo negativo en el último mes de tratamiento y al menos en una ocasión anterior. Un paciente que termina el tratamiento es un paciente con tuberculosis que realizó el tratamiento completo sin indicios de fracaso, pero sin un registro de resultado negativo de una baciloscopia o cultivo en el último mes de tratamiento y, por lo menos, en una ocasión anterior
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Registros del programa nacional, que se forman combinando los registros de los establecimientos de asistencia sanitaria
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS; 2013

Indicador	Oportunidad en la detección y tratamiento de la malaria
Definición	Proporción de casos de malaria detectados que iniciaron tratamiento en las primeras 72 horas de iniciados los síntomas, por tipo de vigilancia (búsqueda activa y búsqueda pasiva) En países con muy pocos casos: mediana del número de días que transcurren entre el inicio de los síntomas y el inicio de tratamiento
Dominio	Cobertura y utilización de servicios de salud
Numerador	Número de casos de malaria que iniciaron el tratamiento en las primeras 72 horas de iniciados los síntomas.
Denominador	Número total de casos detectados
Cálculo	Se calcula el número de días que transcurren desde la fecha del inicio de síntomas a la fecha de inicio de tratamiento para cada caso de malaria y se calcula la proporción de casos donde este intervalo es menor de 72 horas
Observaciones	Este indicador evalúa el cumplimiento de la principal acción para la eliminación de la malaria que es el acceso al diagnóstico temprano y el inicio del tratamiento en el menor tiempo posible. En países con muy bajo número de casos puede resultar de más útil usar una medida de tendencia central para la medición de este indicador, en particular el uso de la mediana del número de días que transcurren entre el inicio de los síntomas y el inicio del tratamiento El indicador integra los indicadores sobre oportunidad de la detección y sobre el acceso al tratamiento, incluidos en los marcos técnicos de referencia de la OMS citados
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio <i>Tipo de vigilancia:</i> activa y pasiva <i>Grupos de riesgo</i> <i>Tiempo:</i> mes, año <i>Tipo de proveedor</i>
Fuente del dato	Registros del programa nacional que se forman combinando los registros de los establecimientos de asistencia sanitaria o que funcionan a partir de registros individuales electrónicos en sistemas en línea. Los programas de malaria registran en bases nominales las fechas de inicio de síntomas y de inicio de tratamiento
Referencia	Organización Mundial de la Salud. A Framework for Malaria Elimination. Ginebra: OMS; 2017. Organización Mundial de la Salud. Malaria surveillance, monitoring and evaluation. Ginebra: OMS; 2018

Indicador	Porcentaje de casos diagnosticados y tratados de leishmaniasis
Definición	Número de personas diagnosticadas según los criterios de laboratorio y tratadas debidamente como resultado de un aumento de la calidad y la cobertura de la atención médica
Dominio	Cobertura y utilización de servicios de salud
Numerador	Número de casos diagnosticados y tratados según los criterios de laboratorio, por tipo de leishmaniasis: 1) para la leishmaniasis cutánea y mucocutánea (conjuntamente) y 2) para la leishmaniasis visceral
Denominador	Número de casos diagnosticados según los criterios de laboratorio, por tipo de leishmaniasis: 1) para la leishmaniasis cutánea y mucocutánea (conjuntamente), y 2) para la leishmaniasis visceral
Cálculo	La manera correcta de presentar este indicador consiste en calcular todos los casos de leishmaniasis cutánea, mucocutánea y visceral diagnosticados según los criterios de laboratorio y expresarlos en forma de porcentajes individuales. Este cálculo debe hacerse también en relación con la proporción de casos tratados por tipo de leishmaniasis Los porcentajes obtenidos de casos diagnosticados y tratados de todos los tipos de leishmaniasis se suman y el resultado es una estimación (similar a un indicador aproximado) que refleja el porcentaje de los casos de leishmaniasis diagnosticados según los criterios de laboratorio y tratados en cada país
Observaciones	El indicador se calcula teniendo en cuenta lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Hay que hacer cálculos por tipo de leishmaniasis: 1) para la leishmaniasis cutánea y mucocutánea (conjuntamente), y 2) para la visceral • Hay países con ambos tipos de leishmaniasis y otros con un solo tipo
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Sistemas nacionales o los informes nacionales anuales registrados anualmente en el Sistema Regional de Leishmaniasis
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS; 2013

Indicador	Porcentaje de cobertura con tratamiento de hepatitis viral
Definición	Proporción de personas diagnosticadas con infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) que empezó el tratamiento durante un periodo de tiempo específico (12 meses por ejemplo)
Dominio	Cobertura y utilización de servicios de salud
Numerador	Número de personas diagnosticadas con infección crónica por VHC (definido como RNA VHC positivo o Ag VHC) que iniciaron tratamiento durante un periodo de tiempo especificado (12 meses por ejemplo)
Denominador	Número de personas diagnosticadas con infección crónica por VHC (definido como RNA VHC positivo o Ag VHC)
Cálculo	Se calcula el número total de personas diagnosticadas con infección crónica por VHC que empezó el tratamiento durante un periodo específico (12 meses, por ejemplo), dividido por el total de personas diagnosticadas, multiplicado por 100
Observaciones	Todas las personas que ya están diagnosticadas a la fecha, pero tratadas y curadas deben ser excluidas del cálculo
Desagregación	Edad <i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Registros de programas nacionales y registros clínicos de establecimientos de salud
Referencia	Organización Mundial de la Salud. Monitoring and evaluation for viral hepatitis B and C: Recommended indicators and framework. Informe técnico. Washington, D.C.: OMS; 2016

Indicador	Porcentaje de la población que depende de combustibles sólidos
Definición	Proporción de la población que depende de combustibles sólidos que se usan para cocinar o para calefacción
Dominio	Cobertura y acceso a intervenciones intersectoriales
Numerador	Población que depende de combustibles sólidos (por ejemplo, madera, estiércol, desechos de cultivos y carbón que se usan para cocinar o para calefacción)
Denominador	Población correspondiente
Cálculo	La OMS estima la proporción de la población que depende de los combustibles sólidos sobre la base de informes y encuestas del país
Observaciones	El indicador es un sustituto para estimar la proporción de la población expuesta a la contaminación del aire por emisiones domésticas, a causa de la combustión incompleta de combustibles sólidos usados para cocinar o para calefacción. La información sobre el progreso sostenido se obtendrá por medio del monitoreo de las encuestas del país y de los informes sobre la aplicación de las políticas o los programas para cambiar la matriz energética por combustibles más limpios, o reemplazar cocinas por modelos con menos emisiones de contaminantes atmosféricos en determinados países
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Encuestas de hogar e informes sobre la aplicación de las políticas
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D. D.: OPS; 2013

Indicador	Consumo de alcohol por habitante en los mayores de 15 años
Definición	Consumo de alcohol puro (etanol) en personas mayores de 15 años en un año calendario
Dominio	Cobertura y acceso a intervenciones intersectoriales
Numerador	Suma del consumo de alcohol puro correspondiente a cada tipo de bebida (cerveza, vino, licores y otros) durante un año calendario
Denominador	Población correspondiente durante un año calendario
Cálculo	El consumo per cápita registrado en los adultos se calcula sumando el consumo de alcohol puro correspondiente a cada tipo de bebida (cerveza, vino, licores y otros) durante un año calendario, utilizando datos provenientes de diferentes fuentes. En los cálculos del consumo de alcohol per cápita registrado se da prioridad a las estadísticas del gobierno relativas a las ventas de bebidas alcohólicas durante un año calendario o a los datos sobre la producción, exportación e importación de alcohol en diferentes categorías de bebidas. En los países donde no hay datos del gobierno sobre las ventas o la producción, los cálculos se basan en datos del sector privado que son de dominio público correspondientes al país, incluidos los datos de productores de alcohol, o en los datos correspondientes al país de la base de datos estadísticos de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, que pueden incluir también estimaciones del consumo de alcohol no registrado. Las estimaciones del consumo de alcohol no registrado se basan en gran medida en los datos de encuestas, de la base de datos estadísticos de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y de otras fuentes, como la aduana y la policía, así como en la opinión de expertos. Este indicador se calcula como la suma del consumo de alcohol registrado y no registrado en una población durante un año calendario determinado dividida por el número de residentes de 15 años o más que había a mediados de año en el mismo año calendario. La OMS utiliza toda la información disponible en la Región y en cada país para proporcionar estimaciones del consumo per cápita por país y para la Región
Observaciones	En cuanto a las principales categorías de bebidas alcohólicas, la “cerveza” se refiere a las cervezas de malta, el “vino” se refiere a la bebida alcohólica elaborada con uva, los “licores” son todas las bebidas destiladas y “otros” se refiere a una o varias bebidas alcohólicas de otros tipos, como las fermentadas preparadas con sorgo, maíz, mijo o arroz, la sidra, el vino de frutas, el vino fortificado, etcétera
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres
Fuente del dato	Estadísticas del gobierno relativas a las ventas de bebidas alcohólicas o datos sobre la producción, exportación e importación de alcohol en diferentes categorías de bebidas
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D. D.: OPS; 2013

Indicador	Consumo de tabaco en adolescentes
Definición	Prevalencia de consumo actual de tabaco entre adolescentes de 13 a 17 años de edad
Dominio	Cobertura y acceso a intervenciones intersectoriales
Numerador	Número total de consumidores actuales de tabaco de 13 a 17 años
Denominador	Población total encuestada en el país (consumidores y no consumidores de tabaco)
Cálculo	Se calcula el número total de adolescentes de 13 a 17 años que dicen haber consumido cualquier producto de tabaco (ya sea para fumar o sin humo) durante los 30 días anteriores a la encuesta, ya sea diariamente o de manera ocasional, dividido por la población total encuestada en el país (consumidores y no consumidores de tabaco), multiplicado por 100
Observaciones	Esta información proviene de una encuesta que recopila datos por medio de una muestra que se pondera para representar a toda la población del país
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres
Fuente del dato	Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes Encuesta Mundial de Salud a Escolares Encuestas sobre el abuso de drogas Encuestas nacionales de hogares basadas en la población.
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D. D.: OPS; 2013

Indicador	Consumo de tabaco en adultos
Definición	Prevalencia estandarizada según la edad del consumo actual de tabaco (mayores de 18 años).
Dominio	Cobertura y acceso a intervenciones intersectoriales
Numerador	Número total de consumidores actuales de tabaco de 18 años o más
Denominador	Población total encuestada en el país (consumidores de tabaco y no consumidores)
Cálculo	Se calcula el número total de personas mayores de 18 años que afirma haber consumido cualquier producto de tabaco (ya sea para fumar o sin humo) durante los 30 días anteriores a la encuesta, ya sea diariamente o de manera ocasional, dividido por la población total encuestada en el país (consumidores de tabaco y no consumidores), multiplicado por 100
Observaciones	Esta información proviene de una encuesta que recopila datos por medio de una muestra que se pondera para representar toda la población del país
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres
Fuente del dato	Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes Encuesta Mundial de Salud a Escolares Encuestas sobre el abuso de drogas Encuestas nacionales de hogares basadas en la población
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D. D.: OPS; 2013

Indicador	Actividad física insuficiente en los adolescentes
Definición	Prevalencia de adolescentes de 13 a 17 años que participan en menos de 60 minutos de actividad física de intensidad moderada a enérgica diariamente
Dominio	Cobertura y acceso a intervenciones intersectoriales
Numerador	Número de adolescentes de 13 a 17 años que no realizan la cantidad recomendada de actividad física
Denominador	Número de adolescentes de 13 a 17 años encuestados
Cálculo	Cálculo de la prevalencia de la inactividad física en los países: número de personas que no realizan la cantidad recomendada de actividad física dividido por el número de encuestados; el resultado se multiplica por 100
Observaciones	Los datos se recolectan por autnotificación, mediante el <i>Cuestionario Mundial sobre Actividad Física o el Cuestionario Internacional de Actividad Física</i>
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	<i>Cuestionario Mundial sobre Actividad Física o Cuestionario Internacional de Actividad Física</i>
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS; 2013

Indicador	Actividad física insuficiente en adultos mayores a 18 años de edad.
Definición	Prevalencia de adultos ≥ 18 años de edad que no realizan al menos 150 minutos de actividad física de intensidad moderada por semana
Dominio	Cobertura y acceso a intervenciones intersectoriales
Numerador	Número de personas mayores de 18 años de edad que no cumplen con la cantidad recomendada de actividad física
Denominador	Número total de personas mayores de 18 años de edad encuestadas
Cálculo	Prevalencia de inactividad física: número de personas que no cumplen con la cantidad recomendada de actividad física, dividido por el número total de personas encuestadas, multiplicado por 100
Observaciones	Método de autnotificación con el <i>Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ)</i> . Estandarización según la población estándar mundial de la OMS
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	<i>Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ)</i>
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS; 2013

Indicador	Lactancia materna en menores de 6 meses
Definición	Porcentaje de menores de 6 meses alimentados exclusivamente con leche materna
Dominio	Cobertura y acceso a intervenciones intersectoriales
Numerador	Número de menores de 6 meses de edad alimentados exclusivamente con leche materna
Denominador	Número total de menores de 6 meses de edad
Cálculo	El numerador se obtiene del número de niños o niñas menores de 6 meses de edad alimentados exclusivamente por leche materna, que incluye ser amamantados por una nodriza y alimentación con leche materna extraída. El denominador representa el total de niños y niñas menores de 6 meses de edad
Observaciones	La lactancia materna exclusiva se define como la alimentación del lactante en la que no se proporciona ningún alimento ni bebida, ni siquiera agua, que no sea leche materna (esta última incluye la leche extraída o de una nodriza) durante seis meses, aunque se permite que el bebé reciba solución de rehidratación oral, gotas y jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos)
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Banco de datos mundial de la OMS sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño (GDBIYCF), encuestas nacionales de salud o de nutrición, encuestas de demografía y salud (DHS), encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS)
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D. D.: OPS; 2013

Indicadores de resultados inmediatos en salud universal

Indicador	Disponibilidad de personal en el área de la salud
Definición	Número de personal de la salud (médicos, enfermeras y parteras) que, en un determinado año, trabajan a tiempo completo en establecimientos de salud públicos o privados, expresado en una tasa por cada 10.000 habitantes
Dominio	Recursos críticos del sistema de salud
Numerador	Número de médicos, enfermeras y parteras en un año determinado
Denominador	Total de la población en un año determinado
Cálculo	Se calcula dividiendo el número de recursos humanos contados en determinado año para la población existente en ese mismo año, multiplicado por 10.000. El año en el que se recogen los datos de los recursos humanos debe coincidir con el de la población de ese mismo año
Observaciones	Para calcular brechas en la disponibilidad de personal, los países tienen que determinar y monitorear la densidad de personal de salud en el nivel nacional y en cada jurisdicción subnacional (provincia, estado, departamento, territorio, distrito, etc). Partera, matrona u obstetrix corresponde a una profesión de educación superior de 3 a 5 años. Si es a la vez enfermera, debe ser contabilizada como una persona. En caso de que en el país no exista la profesión de partera, deberá explicarse esto en una nota de pie de página. En algunos países de la Región, los trabajadores de la salud, especialmente los médicos graduados, trabajan en más de una institución, lo que puede llevar a errores de sobreestimación del personal disponible. Esta variable deberá controlarse para contabilizar a cada trabajador una sola vez. Alternativamente, se propone medir las horas totales trabajadas por el personal de salud en cada centro, y calcular a partir de ahí el número de personal disponible según las horas que un médico debería trabajar durante el día
Desagregación	Jurisdicción subnacional (provincia, estado, departamento, territorio, distrito, etc.) <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Geográfica:</i> por región del país y área rural/urbana
Fuente del dato	Ministerios de salud o autoridades sanitarias nacionales y censo de población de cada país
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS; 2013

Indicador	Porcentaje de equipos de profesionales de salud o especialistas médicos que reciben remuneración con pago por desempeño
Definición	Porcentaje de profesionales de salud con pago por desempeño con incentivos específicamente diseñados para incrementar el acceso y la calidad de servicios de salud
Dominio	Recursos críticos del sistema de salud
Numerador	Número de profesionales de salud o especialistas médicos con remuneración con pago por desempeño
Denominador	Número total de profesionales de salud o especialistas médicos con remuneración basado en salario
Cálculo	Se divide el número de profesionales de salud o especialistas médicos con remuneración basada en el desempeño entre el número total de profesionales de salud o especialistas médicos con remuneración basado en salario, multiplicado por 100
Observaciones	La falta de disponibilidad de datos validos sobre el pago de profesionales de salud limita el cálculo de este indicador
Desagregación	<i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total
Fuente del dato	Datos administrativos de los ministerios de salud o autoridades sanitarias nacionales
Referencia	Organización Mundial de la Salud. Informe de salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS; 2010

Indicador	Gasto público y privado <i>per cápita</i> (en dólares estadounidenses) en productos farmacéuticos
Definición	Suma de los gastos en salud públicos y privados, como proporción de la población total.
Dominio	Recursos críticos del sistema de salud
Numerador	Total de gastos en salud públicos o privados designados para la prestación de servicios farmacéuticos por 100. Datos en dólares estadounidenses a precios actuales
Denominador	Población total
Cálculo	Este indicador se mide como parte del gasto público o privado, en dólares estadounidenses a precios actuales per cápita
Observaciones	El gasto farmacéutico cubre los gastos en medicamentos recetados y de automedicación, a menudo denominados productos de venta libre. En algunos países también se incluyen otros productos médicos no duraderos, como jeringas y vendas. Se excluyen los medicamentos que se consumen en hospitales y otros entornos de atención médica (en promedio representan 15% del gasto total en farmacéuticos)
Desagregación	No aplicable
Fuente del dato	Base de datos de cuentas nacionales de la OMS
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2017. La búsqueda de la salud universal: resumen de los indicadores sobre el desempeño de los sistemas de salud. Washington, D.C.: OPS, 2017. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. Health at a glance 2015: OECD indicators. París: OCDE; 2015. Disponible en: http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22177en/s22177en.pdf

Indicador	Número de unidades de teleterapia de alta energía (cobalto-60 y aceleradores lineales) por millón de habitantes
Definición	Disponibilidad de unidades de terapia de alta energía por millón de habitantes.
Dominio	Recursos críticos del sistema de salud
Numerador	Suma total de unidades de teleterapia de alta energía (cobalto-60 y aceleradores lineales)
Denominador	Población total
Cálculo	Se calcula dividiendo el número total de unidades de teleterapia de alta energía (cobalto-60 y aceleradores lineales) que se encuentra en el registro de hospitales e instituciones clínicas del país, en un determinado año, para la población existente en ese mismo año. El total se multiplica por 1.000.000
Observaciones	Desde 1959, la International Atomic Energy Agency mantiene un registro de hospitales e instituciones clínicas que cuentan con máquinas de radioterapia
Desagregación	<i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total
Fuente del dato	Directorio de Centros de Radioterapia 2016, publicado por el Organismo Internacional de Energía Atómica y la OMS
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2017. La búsqueda de la salud universal: resumen de los indicadores sobre el desempeño de los sistemas de salud. Washington, D.C.: OPS, 2017 Organismo Internacional de Energía Atómica/Organización Mundial de la Salud. Directory of Radiotherapy Centres 2016. Disponible en: https://dirac.iaea.org/Data/Country

Indicador	Tasa de donación de sangre por 1.000 personas
Definición	Es un indicador de la disponibilidad general de sangre en un país
Dominio	Recursos críticos del sistema de salud
Numerador	Número de donaciones en un año específico
Denominador	Total de habitantes en un año específico
Cálculo	Se calcula dividiendo el número promedio de donaciones a través del país, en un determinado año, para la población existente en ese mismo año. El total se multiplica por 1.000
Observaciones	La tasa de donación de sangre es un indicador de la disponibilidad de sangre en el país
Desagregación	No aplicable
Fuente del dato	Datos sobre suministro de sangre para transfusiones
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2017. La búsqueda de la salud universal: resumen de los indicadores sobre el desempeño de los sistemas de salud. Washington, D.C.: OPS, 2017

Indicador	Cobertura poblacional por esquemas de financiamiento de la salud
Definición	Proporción de la población que está cubierta por los esquemas de financiamiento de la salud existentes en el país
Dominio	Recursos críticos del sistema de salud
Numerador	Número de personas cubiertas por tipo de esquema de financiamiento de la salud
Denominador	Población total correspondiente
Cálculo	Se calcula dividiendo el número de personas que declara estar cubierta por algún esquema de financiamiento, en un determinado año, para la población encuestada correspondiente, multiplicado por 100
Observaciones	Muchos países en la Región han establecido diferentes esquemas de aseguramiento. Los esquemas que pueden ser incluidos en el cálculo del indicador son: <ul style="list-style-type: none"> • Esquemas públicos de la administración central, regional y local • Esquemas públicos de financiamiento de la salud contributivos de la seguridad social • Esquemas de pago voluntarios de atención a la salud: seguros médicos voluntarios, esquemas de financiamiento de las instituciones sin ánimo de lucro, esquemas de financiamiento de empresas
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Encuestas de hogar con módulo especial en salud
Referencia	Kawiorska D. Guidelines for the Delineation into Public and Private Units; 2008. Disponible en: http://www.oecd.org/health/health-systems/40191715.pdf

Indicador	Proporción de gasto público destinado a la salud en relación al PIB
Definición	Proporción de gasto público destinado a la salud en relación al producto interno bruto (PIB)
Dominio	Recursos críticos del sistema de salud
Numerador	Gasto público en salud
Denominador	PIB
Cálculo	El gasto público en salud comprende los desembolsos de las unidades institucionales de todos los niveles del gobierno: central, estatal, provincial, y local cuando se conoce su monto, más los gastos de la seguridad social relacionados con salud. Se calcula con los datos presupuestarios y administrativos. El PIB representa una medida de la actividad económica de un país en un año
Observaciones	La metodología utilizada para estimar el gasto en salud pública no está estandarizada y recurre a diferentes fuentes según el país. La medición sería más exacta si dicho gasto se midiera siguiendo la misma metodología que se usa para calcular el PIB
Desagregación	No aplicable
Fuente del dato	Base de datos de cuentas nacionales de la OMS. Los datos sobre el gasto en salud del gobierno central y de los regionales, provinciales o de los estados, así como de los locales o municipales de los países de América Latina y el Caribe provienen de la base de datos en línea del Fondo Monetario Internacional sobre estadísticas de finanzas públicas; de datos del presupuesto nacional proporcionados por los ministerios de salud, y de datos presupuestarios y de estados financieros proporcionados por instituciones de la seguridad social. Los datos sobre el PIB y los tipos de cambio provienen de la base de datos en línea del Fondo Monetario Internacional sobre estadísticas de finanzas internacionales. Los datos que faltan de algunos países del Caribe provienen de presentaciones oficiales de autoridades nacionales en eventos internacionales
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS; 2013

Indicador	Porcentaje del gasto público en el primer nivel de atención con respecto al PIB
Definición	Mide el gasto público en el primer nivel de atención expresado en relación al PIB
Dominio	Recursos críticos del sistema de salud
Numerador	Gasto público en el primer nivel de atención (establecimientos y servicios)
Denominador	PIB
Cálculo	Se calcula dividiendo el gasto destinado a los establecimientos y servicios del primer nivel de atención entre el gasto total en salud, multiplicado por 100
Observaciones	Los servicios del primer nivel de atención a menudo incluyen (aunque no se limitan a): la prevención y el tratamiento de enfermedades, los servicios de emergencia de primer contacto que contemplan la estabilización del paciente y la referencia a otro centro, la continuidad de tratamiento y la coordinación con otros tipos y niveles de atención (como hospitales y servicios de especialistas), la atención de salud mental, el tratamiento paliativo y los cuidados de última etapa, la promoción de la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño sano, la atención materna, los servicios de rehabilitación y otros que corresponden al modelo de atención de cada país o al nivel de desarrollo del sistema de salud
Desagregación	<i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total
Fuente del dato	Datos del presupuesto nacional proporcionados por los ministerios de salud, y datos presupuestarios y de estados financieros aportados por instituciones de la seguridad social
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.o 4. Washington, D.C.: OPS, 2010

Indicador	Porcentaje de hospitales que tienen financiamiento prospectivo basado en productos sanitarios
Definición	Mide el número de hospitales que cuentan con financiamiento del presupuesto prospectivo basado en la casuística, expresado como porcentaje del número total de hospitales
Dominio	Organización de los servicios de salud
Numerador	Número de hospitales con financiamiento del presupuesto prospectivo basado en la casuística
Denominador	Número total de hospitales
Cálculo	Se calcula dividiendo el número total de hospitales con financiamiento del presupuesto del presupuesto prospectivo respecto al número total de hospitales, multiplicado por 100
Observaciones	El pago prospectivo es un método de financiamiento mediante el que los hospitales reciben un pago predeterminado por cada miembro de la población que se registra con ellos. A su vez, los hospitales acuerdan prestar servicios específicos a cada miembro de la población definida, según se requiera, durante un periodo estipulado
Desagregación	<i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total
Fuente del dato	Datos del presupuesto nacional proporcionados por los ministerios de salud, y datos presupuestarios y de estados financieros aportados por instituciones de la seguridad social
Referencia	Organización Mundial de la Salud. Informe de salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Ginebra, OMS, 2010 Telyukov A, ABT Associates. Guía para la capitación prospectiva con ejemplos de América Latina. Massachusetts: ABT Associates; 2001

Indicador	Porcentaje de hospitalizaciones prevenibles por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio
Definición	Hospitalizaciones por condiciones para las cuales el primer nivel de atención tiene la capacidad potencial de prevenir si contara con una adecuada capacidad resolutive
Dominio	Organización de los servicios de salud
Numerador	Hospitalizaciones prevenibles por 20 condiciones sensibles al cuidado ambulatorio
Denominador	Hospitalizaciones por todas las causas
Cálculo	<p>Mide el porcentaje de hospitalizaciones prevenibles por las siguientes veinte condiciones sensibles al cuidado ambulatorio (CSCA) según la CIE-10:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afecciones prevenibles, incluidas la fiebre reumática, la sífilis, la tuberculosis y la tuberculosis pulmonar (A15-A16, A18, A17.1-A17.9, I00-I02, A51-A53, B50-B54, B77) • Anemia (D50), deficiencias nutricionales (E40-E46, E50-E64) • Asma (J45-J46) • Diabetes mellitus (E10-E14); epilepsia (G40-G41) • Enfermedades cerebrovasculares (I63-I67, I69, G45-G46) • Enfermedades de las vías respiratorias inferiores (J20, J21, J40-J44, J47) • Enfermedades del embarazo, el parto y el puerperio (O23, A50, P35.0) • Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos (N70-N73, N75-N76) • Enfermedades prevenibles mediante vacunación (A33-A37, A95, B16, B05-B06, B26, G00.0, A17.0, A19) • Gastroenteritis infecciosa y complicaciones (E86, A00-A09) • Hipertensión (I10-I11) • Infección de la piel y el tejido subcutáneo (A46, L01-L04, L08) • Infección renal y de las vías urinarias (N10-N12, N30, N34, N39) • Infecciones de oídos, nariz y garganta (H66, J00-J03, J06, J31) • Insuficiencia cardíaca (I50, J81) • Insuficiencia cardíaca congestiva (I20) • Neumonía bacteriana (J13-J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1) • Úlcera del aparato digestivo (K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2)
Observaciones	Las CSCA evalúan la capacidad resolutive del primer nivel de atención en función de las hospitalizaciones evitables siguiendo la lógica de que los ingresos hospitalarios por condiciones como el asma, la diabetes o la hipertensión se evitarán o se reducirán mediante mejores programas de promoción de la salud, intervenciones específicas para la prevención y atención oportuna en el primer nivel de atención. Las CSCA son condiciones para las que el primer nivel de atención tiene la capacidad potencial de prevenir hospitalizaciones innecesarias si contara con una adecuada capacidad resolutive
Desagregación	<p><i>Ubicación:</i> área rural/urbana</p> <p><i>Sexo:</i> hombres, mujeres</p> <p><i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total</p> <p><i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio</p>
Fuente del dato	Egresos hospitalarios, departamentos estadísticos de los ministerios de salud y estudios de eficiencia de los servicios de salud
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Resolución OD345. Washington, D.C.: OPS; 2013

Indicador	Incidencia de pacientes con infecciones asociadas a la atención en salud
Definición	Incidencia de infecciones asociadas a dispositivos invasivos en unidades de cuidados intensivos
Dominio	Organización de los servicios de salud
Numerador	Número de días/pacientes con dispositivo invasivo en unidades de cuidados intensivos (pacientes en ventilación mecánica, catéter urinario permanente y catéter venoso central) con infección asociada a dispositivo, confirmada a partir de los criterios de la definición de caso
Denominador	Número de días/pacientes con dispositivo invasivo en unidades de cuidados intensivos (pacientes en ventilación mecánica, catéter urinario permanente y catéter venoso central)
Cálculo	Las tasas de infección relacionadas con la atención sanitaria deben ajustarse a la estancia hospitalaria, es decir, el número de infecciones por día/paciente, también llamadas tasas de densidad de incidencia, que proporcionan un cálculo más exacto del riesgo. Para ajustar las tasas de infección relacionadas con la atención sanitaria durante la estancia hospitalaria se recomienda usar el número de días/pacientes como denominador en lugar del número de ingresos o de camas. El profesional de prevención y control de infecciones debidamente capacitado identificará a los pacientes sospechosos de infección asociada a dispositivo y recogerá los datos correspondientes
Observaciones	Las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) se definen como las que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del ingreso en la institución. En los pacientes con sospecha de infección asociada a dispositivo, el profesional de prevención y control de infecciones confirmará dicha infección según los criterios de la definición de caso (ver referencias más adelante), mediante la revisión de los registros del laboratorio, la farmacia, la admisión, el egreso y transferencia del paciente y la radiología (imágenes); las bases de datos de anatomía patológica y los expedientes clínicos que incluyan el interrogatorio, las notas de exploración física y las notas del personal médico y de enfermería. Los datos de la vigilancia del laboratorio no deben usarse solos, a menos que todos los criterios potenciales de diagnóstico de una infección sean determinados exclusivamente por datos de laboratorio
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Edad</i> <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Registros de temperatura, uso de antibióticos, cultivos y evolución del paciente; indicaciones médicas y de enfermería y registro de la sospecha de infección por el personal clínico a cargo de la atención del paciente
Referencia	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de la salud. Módulos I y III: información para gerentes y personal directivo. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2012. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/3270

Indicador	Porcentaje de establecimientos de primer nivel de atención con población a cargo en base territorial
Definición	Porcentaje de establecimientos de primer nivel de atención con asignación clara de la población a cargo con base territorial
Dominio	Organización de los servicios de salud
Numerador	Número de establecimientos de primer nivel de atención con población a cargo en base territorial
Denominador	Número total de establecimientos de primer nivel de atención
Cálculo	Se calcula el número total de establecimientos del primer nivel de atención con población asignada en base territorial dividido por el número total de establecimientos del primer nivel, multiplicado por 100
Observaciones	Para el cálculo de este indicador se propone que los centros de atención que cuenten con camas pero no con especialistas, o con especialistas pero no con camas se cuenten como centros de primer nivel de atención
Desagregación	<i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total
Fuente del dato	Departamentos estadísticos de los ministerios de salud
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Manual de medición y monitoreo de indicadores de metas regionales de recursos humanos para la salud: un compromiso compartido. Washington, D.C.: OPS; 2013. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.º4. Washington, D.C.: OPS, 2010

Indicador	Porcentaje de la población nacional con cobertura por RISS
Definición	Porcentaje de la población nacional que tiene cobertura de servicios de salud integrales por RISS en un mismo territorio
Dominio	Organización de los servicios de salud
Numerador	Número de habitantes cubiertos por redes de servicios de salud
Denominador	Población total a nivel nacional
Cálculo	Se calcula el número de habitantes cubiertos por redes de servicios de salud dividido entre la población total a nivel nacional, multiplicado por 100
Observaciones	Una RISS corresponde a una red de organizaciones que presta o que hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos, así como por el estado de salud de la población a la que sirve
Desagregación	<i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total
Fuente del dato	Departamentos estadísticos de los ministerios de salud
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Manual de medición y monitoreo de indicadores de metas regionales de recursos humanos para la salud: un compromiso compartido. Washington, D.C.: OPS; 2013. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.º4. Washington, D.C.: OPS, 2010

Indicador	Proporción de la población con acceso a servicios de agua potable
Definición	Porcentaje de la población con acceso a servicios de agua potable en un año dado
Dominio	Intervenciones intersectoriales con impacto en salud
Numerador	Población con conexión domiciliaria a sistemas de agua potable o acceso razonable a la fuente pública de agua no mayor a 200 metros
Denominador	Correspondiente población a mitad de año, en un determinado país, territorio o área geográfica
Cálculo	La definición de acceso a servicios de agua potable varía según se aplique a poblaciones urbanas o rurales. En un escenario urbano, se define como el acceso directo a través de conexión domiciliaria a sistemas de agua potable o el acceso razonable a través de fuentes públicas de agua potable. “Acceso razonable a servicios de agua potable en asentamientos urbanos” se define por una distancia de la vivienda a la fuente pública de agua no mayor a 200 metros. Un acceso razonable a servicios de agua potable en asentamientos rurales se define por intervalos de distancia de la vivienda a fuentes individuales o comunes de agua más flexibles, dependiendo de la topografía y otros factores ambientales
Observaciones	Los datos los proporcionan las oficinas de país y los programas técnicos regionales de la OPS/OMS a partir de la información reportada por la autoridad sanitaria nacional
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Encuestas de hogar
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_tabs&view=article&id=2151&Itemid=3632&lang=es

Indicador	Proporción de la población que utiliza una instalación de saneamiento mejorada
Definición	Porcentaje de la población con acceso a servicios de eliminación de excretas en un año dado
Dominio	Intervenciones intersectoriales con impacto en salud
Numerador	Población con acceso directo a través de conexión domiciliaria a sistemas públicos de alcantarillado o a través de tanque séptico o letrina
Denominador	Población correspondiente a mitad de año, en un determinado país, territorio o área geográfica
Cálculo	La definición de acceso a servicios de eliminación de excretas varía según se aplique a poblaciones urbanas o rurales. En un escenario urbano, se define como acceso directo a través de conexión domiciliaria a sistemas públicos de alcantarillado o a través de tanque séptico o letrina como sistemas individuales para la disposición de excretas. En un escenario rural, se define como acceso directo a través de letrina, tanque séptico o drenaje como sistemas individuales para la disposición de excretas
Observaciones	Los datos los proporcionan las oficinas de país y los programas técnicos regionales de la OPS/OMS a partir de la información reportada por la autoridad sanitaria nacional
Desagregación	<i>Ubicación:</i> área rural/urbana <i>Sexo:</i> hombres, mujeres <i>Proveedor:</i> público, seguridad social, privado, total <i>Estado socioeconómico:</i> quintil de ingreso, nivel de educación, etnia y estado migratorio
Fuente del dato	Encuestas de hogar
Referencia	Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_tabs&view=article&id=2151&Itemid=3632&lang=es

IMC, índice de masa corporal; PIB, producto interno bruto; RISS, redes integradas de servicios de salud; VHB, virus de la hepatitis B; VHC, virus de la hepatitis C; VIH, virus de la inmunodeficiencia humana.

La necesidad de transformar los sistemas de salud en la Región de las Américas expone también la necesidad de contar con un marco de referencia regional que permita medir los avances de las políticas orientadas al fortalecimiento de los sistemas de salud y el logro de la salud universal.

El *Marco de monitoreo para la salud universal en las Américas* ha sido elaborado con el objetivo de apoyar el análisis del progreso y el desempeño de las políticas públicas, la generación de evidencia y la toma de decisiones para transformar o fortalecer los sistemas de salud. Asimismo, su finalidad es integrarse en los procesos nacionales de planificación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del progreso de los Estados Miembros en la puesta en práctica de las medidas recogidas en la resolución CD53.R14. Se espera que la aplicación de este marco contribuya a mejorar las políticas, así como al trabajo colaborativo y al aprendizaje en la Región.

Esta publicación ofrece pautas generales para que las unidades técnicas de las autoridades nacionales de salud las adapten según su propio contexto y necesidades. Las actividades propuestas podrían implementarse de manera integrada con el trabajo de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud y las herramientas conexas desarrolladas a fin de fortalecer las capacidades de monitoreo, evaluación y análisis de los procesos de transformación de los sistemas de salud para avanzar hacia la salud universal en la Región de las Américas.

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS Américas

525 Twenty-third Street, NW
Washington, D.C., 20037
Estados Unidos de América
Tel.: +1 (202) 974-3000
www.paho.org

