

COMPENDIO DE INDICADORES DEL IMPACTO y RESULTADOS INTERMEDIOS



PLAN ESTRATÉGICO DE LA OPS 2014-2019

“En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad”



Octubre 2014

Índice

ÍNDICE	i
INTRODUCCIÓN	1
PLANTILLA DE LOS INDICADORES DEL PLAN ESTRATEGICO DE LA OPS 2014-2019	2
SECCION 1: COMPENDIO DE INDICADORES DEL IMPACTO	3
Meta del impacto 1: Mejorar la salud y el bienestar con equidad.....	3
Meta del impacto 2: Asegurar que los recién nacidos y los menores de 1 año inicien su vida de una manera saludable	5
Meta del impacto 3: Garantizar una maternidad segura	7
Meta del impacto 4: Reducir la mortalidad debida a la baja calidad de la atención de salud.....	10
Meta del impacto 5: Mejorar la salud de la población adulta haciendo hincapié en las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo.....	17
Meta del impacto 6: Reducir la mortalidad por enfermedades transmisibles	19
Meta del impacto 7: Contener la mortalidad debida a la violencia, los suicidios y los accidentes entre adolescentes y adultos jóvenes (15 a 24 años de edad)	25
Meta del impacto 8: Eliminar las enfermedades transmisibles prioritarias en la Región.....	29
Meta del impacto 9: Evitar la muerte, la enfermedad y la discapacidad que surge de emergencias	39
SECCION 2: COMPENDIO DE INDICADORES DE RESULTADOS INTERMEDIOS	41
CATEGORÍA 1. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	41
1.1 VIH/SIDA e ITS	41
1.2 Tuberculosis	47
1.3 Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores (incluidos el dengue y la enfermedad de Chagas).....	51
1.4 Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas	57
1.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación (incluido el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis)	73
CATEGORÍA 2. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y FACTORES DE RIESGO	78
2.1 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	78
2.2 Salud mental y trastornos debidos al consumo sustancias psicoactivas	108
2.3 Violencia y traumatismos	110
2.4 Discapacidades y rehabilitación	114
2.5 Nutrición.....	118
CATEGORÍA 3. DETERMINANTES DE LA SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD A LO LARGO DE TODO EL CICLO DE VIDA	125
3.1 Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva	125

3.2 Envejecimiento y salud	141
3.3 Género, equidad, derechos humanos y etnicidad	144
3.4 Determinantes sociales de la salud	147
3.5 Salud y medioambiente	149
CATEGORÍA 4. SISTEMAS DE SALUD.....	158
4.1 Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud; políticas, estrategias y planes nacionales de salud	158
4.2 Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad	164
4.3 Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria	169
4.4 Información y evidencia en apoyo de los sistemas de salud	176
4.5 Recursos humanos para la salud	182
CATEGORÍA 5. PREPARACIÓN, VIGILANCIA Y RESPUESTA.....	189
5.1 Capacidad de alerta y respuesta (para el RSI).....	189
5.2 Enfermedades epidémicas y pandémicas.....	191
5.3 Gestión de emergencias, riesgos y crisis	193
5.4 Inocuidad de los alimentos	197
5.5 Respuesta a brotes y crisis	199
CATEGORÍA 6. SERVICIOS CORPORATIVOS Y FUNCIONES HABILITADORAS.....	201
6.1 Liderazgo y gobernanza	201
6.2 Transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos.....	207
6.3 Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes.....	208
6.4 Gestión y administración.....	212
6.5 Comunicación estratégica	214
Anexo A. Medición del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019.....	216
Anexo B. Miembros del Grupo de Trabajo de los Países (CWG)	222

INTRODUCCIÓN

En este compendio se brindan las especificaciones técnicas con respecto a los indicadores de los resultados intermedios y del impacto establecidos en el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2014-2019 (modificado en septiembre del 2014). En el compendio se determinan la definición y los criterios de medición de todos los indicadores a fin de facilitar un enfoque sistemático del seguimiento y la presentación de informes sobre el Plan Estratégico por parte de los Estados Miembros y de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina u OSP). Es la primera vez que se prepara un compendio de este tipo para un plan estratégico de la OPS.

En todos los indicadores se utiliza una plantilla estandarizada, adaptada del formato de especificaciones técnicas que se usa en la Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud y Perfiles de País de la OPS. A continuación se incluye la plantilla, junto con la guía, a fin de que sea de fácil consulta. El contenido del compendio está organizado de acuerdo con las metas del impacto y las categorías del Plan Estratégico.

El compendio fue preparado por la Oficina en colaboración con el Grupo de Trabajo de los Países para el Plan Estratégico 2014-2019. Este grupo fue establecido por el Comité Ejecutivo en su 153.^a sesión, de acuerdo con lo dispuesto por el 52.^o Consejo Directivo en la resolución CD52.R8, y estuvo integrado por 12 Estados Miembros: Bahamas, Brasil (presidente), Canadá, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador (vicepresidente), Estados Unidos, Jamaica, México, Paraguay y Perú.

Plantilla de los indicadores del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019¹

Código y título del indicador	<i>Incluye el número y un breve título del indicador de resultado intermedio (RIT), según lo establecido en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019.</i>
Nombre del indicador	<i>Brinda el texto del indicador como se lo ha definido en el Plan Estratégico.</i>
Impacto estimado en la magnitud y la equidad	<i>Incluye los cambios previstos en la salud de la población (como la reducción en la morbilidad y mortalidad o mejoras en el bienestar) y la reducción en la brecha de inequidad en salud.</i>
Definición del indicador	<i>Indica cómo se define el indicador, incluidos los parámetros clave, la línea de base y la meta: Línea de base: de acuerdo con lo establecido en el Plan Estratégico. Meta: de acuerdo con lo establecido en el Plan Estratégico.</i>
Propósito del indicador	<i>Señala por qué es importante usar el indicador propuesto o sus parámetros.</i>
Nota técnica	<i>Describe cómo se calcula el indicador, incluidos el numerador, el denominador y la fórmula correspondiente, según proceda.</i>
Tipo de indicador	<i>Indica si la medición del indicador es absoluta o relativa.</i>
Unidad de medición	<i>Indica la unidad en que se expresa el indicador.</i>
Frecuencia de medición	<i>Explica cada cuánto se recopilan e informan los datos del indicador. Se debe especificar si los datos se recopilan a inicios, mediados o fines del año. De ser posible, se debe indicar la fecha o el mes específicos en los que se dispone de la información para que sea notificada o publicada.</i>
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	<i>Incluye el nombre de la entidad o unidad de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP o la Oficina) responsable de la formulación, el seguimiento y la evaluación del indicador.</i>
Fuente de datos	<i>Indica de dónde provienen los datos del indicador. Se establece la fuente principal de datos, según corresponda.</i>
Limitaciones	<i>Incluye los retos o las restricciones que presenta el indicador para su seguimiento y presentación de informes.</i>
Referencias	<i>Menciona los principales documentos o materiales de referencia con información pertinente con respecto a la definición y las especificaciones técnicas del indicador.</i>

¹ Adaptada de la ficha técnica utilizada para los indicadores de la Iniciativa Regional de Datos Básicos y Perfiles de País de la OPS, Unidad de Información y Análisis de Salud (OPS/CHA/HA).

SECCION 1: COMPENDIO DE INDICADORES DEL IMPACTO**Meta del impacto 1: Mejorar la salud y el bienestar con equidad**

Código y título del indicador	1.1 Esperanza de vida sana (EVS)
Definición del indicador	La esperanza de vida sana es el 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.
Impacto estimado en la magnitud y la equidad²	Un aumento de por lo menos 1,0% en la EVS para la Región de las Américas alcanzado para el 2019 (65,3 años), en comparación con la tasa de la línea de base en el 2014 (64,6 años). <i>Esta información se actualizará una vez que se reciban los datos más recientes del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).</i>
Propósito del indicador	Este indicador es un índice que permite medir los años previstos de supervivencia sin discapacidad. Esta medida de la salud en la población general proporciona una alternativa útil a las mediciones de las brechas de salud, como los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), que a menudo se desglosan por enfermedades y lesiones.
Nota técnica³	<p>Para medir la esperanza de vida sana de una población específica (definida por el sexo, país y 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 el indicador de los años vividos con discapacidad (AVD) por persona en una población. Estos valores promedio se incorporan en una tabla de vida usando el método de Sullivan (véase Sullivan, 1971, en la sección de referencias).</p> <p>Para propósitos del Plan Estratégico 2014-2019, los cálculos necesarios para este índice se harán conjuntamente con el IHME.</p>
Tipo de indicador	Medida relativa
Unidad de medición	Número de años

² Metas orientadas a la equidad se incluyen en los indicadores de impacto 2, 3, 4 y 5, de acuerdo a lo aprobado en la versión modificada del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, septiembre 2014. Para información sobre la medición de la equidad, se puede consultar el anexo A, "Medición del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019", que se encuentra al final de este documento.

³ Véase la sección de referencias en la que se proporcionan los enlaces al material técnico que sirve de guía para los conceptos, las definiciones y los métodos de medición. Esto se aplica a todas las sucesivas especificaciones técnicas.

Frecuencia de medición	La EVS se medirá anualmente con la información recopilada de los Estados Miembros entre enero y diciembre de un año determinado. La información se analizará en junio del año siguiente.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Información y Análisis de Salud (CHA/HA)
Fuente de datos	Datos de mortalidad a nivel regional de la OPS/OMS y bases de datos del IHME.
Limitaciones	Este indicador tiene varios pasos y requiere cálculos intensivos para su cálculo, por lo que se necesita la colaboración del IHME.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Imai K, Soneji S. On the estimation of disability-free life expectancy. <i>J Am Stat Assoc</i> 2007; 102: 1199-1211. 2. Salomon JA, Vos T, Hogan DR, et al. Common values in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the Global Burden of Disease 2010. <i>Lancet</i> 2012; 380: 2129–2143. 3. Salomon JA, Wang H, Freeman MK, et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. <i>Lancet</i> 2012; 380: 2144–2162. 4. Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. <i>HSMHA Health Rep</i> 1971; 86: 347-354. 5. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M et al. Years lived with disability (YLD) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. <i>Lancet</i> 2012; 380: 2163–2196. 6. Wang H, Dwyer-Lindgren L, Lofgren KT, et al. Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970–2010. <i>Lancet</i> 2012; 380: 2071–2094.

SECCION 1: COMPENDIO DE INDICADORES DEL IMPACTO***Meta del impacto 2: Asegurar que los recién nacidos y los menores de 1 año inicien su vida de una manera saludable***

Código y título del indicador	2.1 Tasa de mortalidad infantil ⁴
Definición del indicador	Calcula de manera aproximada el riesgo de morir de un niño antes de alcanzar el primer año de vida.
Impacto estimado en la magnitud y la equidad	<p><i>Meta con respecto a la magnitud:</i></p> <p>Reducción de por lo menos 15% en la razón de la tasa de mortalidad infantil a nivel regional alcanzada para el 2019 (10,5 por 1.000 nacidos vivos), en comparación con el 2014 (12,3 por 1.000 nacidos vivos).</p> <p><i>Metas orientadas a la equidad:</i>⁵</p> <p><i>Reducción relativa de la brecha</i> de por lo menos 10% en la razón de la tasa de mortalidad infantil entre los grupos ubicados en el tope superior y el inferior del índice de necesidades de salud para el 2019, en comparación con el 2014.</p> <p><i>Reducción absoluta</i> de por lo menos 3 muertes de menores de 1 año en exceso por 1.000 nacidos vivos entre el 2014 y el 2019 en todo el gradiente interpaís del índice de necesidades de salud.</p>
Propósito del indicador	Además de medir la supervivencia infantil, la tasa de mortalidad infantil se considera una aproximación importante de la medida de la salud en la población, y refleja la asociación entre las causas de mortalidad infantil y otros determinantes relacionados con la situación de salud de una población, como el desarrollo económico, las condiciones generales de vida, el bienestar social, la calidad ambiental, y la oportunidad y el acceso a la atención médica adecuada, especialmente a los cuidados médicos relativos a la atención perinatal.
Nota técnica	<p>La <i>magnitud</i> de la tasa de mortalidad infantil se calcula al dividir el número de defunciones de menores de 1 año por el número de nacidos vivos en el mismo año y lugar, y se expresa como el número de defunciones de menores de 1 año por 1.000 nacidos vivos.</p> <p>En vista de que muchas veces faltan los datos sobre la incidencia y la prevalencia de las enfermedades, la tasa de mortalidad infantil suministra información importante para identificar los grupos de lactantes en situación de vulnerabilidad.</p>

⁴ Los cálculos de la meta del impacto sobre la tasa de mortalidad infantil se basaron en estimaciones de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. World Population Prospects: The 2012 Revision, Volume I: Comprehensive Tables. New York:UN; 2013. (ST/ESA/SER.A/336).

⁵ Para una explicación más detallada sobre la manera en que se calculan la brecha relativa y la brecha absoluta relativas a la equidad, se puede consultar el anexo A, "Medición del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019", que se encuentra al final de este documento.

	<p>Las <i>brechas de equidad</i> se miden a través de la reducción de la desigualdad de dos maneras: <i>relativa</i> (adimensional, análoga al riesgo relativo) y <i>absoluta</i>, o por medio de un gradiente (con las mismas unidades que la tasa de salud).</p> <p>El indicador de la <i>brecha relativa</i> es el cociente entre la tasa de mortalidad del grupo de países en el estrato con el índice de necesidades de salud más alto y el grupo de países en el estrato con el índice de necesidades de salud más bajo.⁶</p> <p>El indicador de la <i>brecha absoluta</i> es la pendiente de la línea de regresión resultante de aplicar una regresión a la tasa de mortalidad infantil a nivel de país en una escala relativa de posición social a nivel de país, según lo definido en el índice de necesidades de salud de dicho país.</p>
Tipo de indicador	<p>La tasa de mortalidad infantil es una medida relativa.</p> <p>En las mediciones orientadas a la equidad se utiliza tanto una dimensión relativa como una absoluta.</p>
Unidad de medición	<p>La tasa de mortalidad infantil se expresa como el número de muertes de menores de 1 año por 1.000 nacidos vivos a nivel regional.</p>
Frecuencia de medición	<p>Las estimaciones de la tasa de mortalidad infantil que se proporcionan en “Perspectivas de la Población Mundial de las Naciones Unidas” Revisión 2012 (UN World Population Prospects: The 2012 Revision) incluyen estimaciones por país para el período 1950-2100. Se considerará cualquier revisión que se realice entre el 2014 y 2019.</p>
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	<p>Familia, Género y Curso de Vida/Curso de Vida Saludable (FGL/HL), Información y Análisis de Salud (CHA/HA) y Programa Especial, Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (SDE)</p>
Fuente de datos	<p>Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. World Population Prospects: The 2012 Revision, Volume I: Comprehensive Tables. Nueva York: ONU; 2013. (ST/ESA/SER.A/336).</p>
Limitaciones	<p>Del mismo modo que con otros indicadores de mortalidad de la Región de las Américas, es un reto obtener tasas de mortalidad infantil precisas dadas las dificultades que existen para clasificar adecuadamente las muertes, al igual que la prontitud y la cobertura de los registros de recién nacidos, que muchas veces varían de acuerdo con el lugar (urbano, rural) o el grupo específico de población, como la población indígena u otros grupos étnicos.</p>
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. La nota técnica se basa en: Glosario de Indicadores Básicos de la OPS http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23508&Itemid=270&lang=es. 2. Datos: “Level and Trends in Child Mortality, Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, Report 2013” http://data.unicef.org/child-mortality/under-five

⁶ El índice de necesidades de salud que figura en la política del presupuesto de la OPS fue aprobado por la 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2012.

SECCION 1: COMPENDIO DE INDICADORES DEL IMPACTO**Meta del impacto 3: Garantizar una maternidad segura**

Código y título del indicador	3.1 Razón de mortalidad materna (RMM) ⁷
Definición del indicador	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, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.
Impacto estimado en la magnitud y la equidad	<p><i>Meta con respecto a la magnitud:</i></p> <p>Reducción de por lo menos 11% en la razón de mortalidad materna a nivel regional alcanzada para el 2019 (43,6 por 100.000 nacidos vivos), en comparación con el 2014 (48,7 por 100.000 nacidos vivos).</p> <p><i>Metas orientadas a la equidad:</i>⁸</p> <p>Reducción <i>relativa</i> de la brecha de por lo menos 25% en la razón de mortalidad materna entre los grupos de países ubicados en el tope superior y el inferior del índice de necesidades de salud en el 2019, en comparación con el 2014.</p> <p>Reducción <i>absoluta</i> de por lo menos 18 muertes maternas en exceso por 100.000 nacidos vivos entre el 2014 y el 2019 en el gradiente interpaís del índice de necesidades de salud.</p>
Propósito del indicador	El indicador es útil para vigilar la salud materna, evaluar los riesgos obstétricos y medir el avance en el apoyo de los servicios de salud a una

⁷ Los cálculos de la meta del impacto sobre la razón de mortalidad materna se basaron en estimaciones de la mortalidad materna que se encuentran en *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010* (se puede encontrar la referencia bibliográfica completa en la sección de referencias).

⁸ Para una explicación más detallada sobre la manera en que se calcula la brecha relativa y la brecha absoluta, se puede consultar el anexo A, "Medición del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019", que se encuentra al final de este documento.

	maternidad segura.
Nota técnica	<p>La <i>magnitud</i> 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. Bajo la conducción de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 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”.⁹</p> <p>Las <i>brechas de equidad</i> se miden a través de la reducción de la desigualdad de dos maneras: <i>relativa</i> (adimensional, análoga al riesgo relativo) y <i>absoluta</i>, o por medio de un gradiente (con las mismas unidades que la tasa de salud).</p> <p>El indicador de <i>brecha relativa</i> es el cociente entre la tasa de mortalidad del grupo de países en el estrato con el índice de necesidades de salud más alto y el grupo de países en el estrato con el índice de necesidades de salud más bajo.¹⁰ El indicador de la <i>brecha absoluta</i> es la pendiente de la línea de regresión resultante de aplicar una regresión a la razón de mortalidad materna a nivel de país de regresión en una escala relativa de la posición social a nivel de país, según lo definido en el índice de necesidades de dicho país.</p>
Tipo de indicador	<p>La razón de mortalidad materna es una medida relativa.</p> <p>En las mediciones orientadas a la equidad se utiliza tanto una dimensión relativa como una absoluta.</p>
Unidad de medición	La razón de mortalidad materna se expresa como el número de muertes maternas por 100.000 nacidos vivos a nivel regional.
Frecuencia de medición	Las estimaciones de la razón de mortalidad materna se producen cada cinco años, con interpolaciones estadísticas anuales.

⁹ Para obtener datos metodológicos más específicos, se puede consultar el capítulo 3, “Methodology for the 1990-2010 estimates of maternal deaths”, en la publicación *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010* (se puede encontrar la referencia bibliográfica completa en la sección de referencias).

¹⁰ El índice de necesidades de salud que figura en la política del presupuesto de la OPS fue aprobado por la 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2012.

Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Familia, Género y Curso de Vida/Curso de Vida Saludable (FGL/HL), Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (FGL/CLP), Unidad de Información y Análisis de Salud (CHA/HA) y Programa Especial, Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (SDE)
Fuente de datos	Grupo Interagencial para la Estimación de la Mortalidad Materna, integrado por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial
Limitaciones	Resulta un reto obtener razones de mortalidad materna precisas, dadas las limitaciones de la cobertura de los registros de mortalidad y las dificultades para la clasificación adecuada de las muertes. En los lugares con limitaciones graves, se pueden usar los datos provenientes de censos y encuestas como opciones para estimar los niveles de mortalidad materna.
Referencias	1. World Health Organization, World Bank, UNICEF, United Nations Population Fund. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank estimates. Ginebra: OMS; 2012. Se la puede encontrar [en inglés] en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503631_eng.pdf?ua=1 [consultada el 12 de septiembre del 2014].

SECCION 1: COMPENDIO DE INDICADORES DEL IMPACTO**Meta del impacto 4: Reducir la mortalidad debida a la baja calidad de la atención de salud**

Código y título del indicador	4.1 Tasa de mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud
Definición del indicador	La mortalidad por causas evitables o sensibles a la atención de la salud se refiere a las muertes prematuras que podrían haberse evitado si hubiera habido una atención a la salud oportuna y eficaz.
Impacto estimado en la magnitud y la equidad	<p><i>Meta con respecto a la magnitud:</i> Reducción de por lo menos 9% en la tasa de mortalidad por causas sensibles a la atención de la salud lograda en el 2019 (77,2 por 100, 000 habitantes), en comparación con el 2014 (84,7 por 100.000 habitantes).</p> <p><i>Metas orientadas a la equidad:</i>¹¹ Una <i>brecha relativa</i> no mayor de un aumento de 6% en la tasa de mortalidad por causas sensibles a la atención de la salud entre los grupos de países ubicados en el tope superior y el inferior del índice de necesidades de salud para el 2019, en comparación con el 2014.</p> <p>Una <i>brecha absoluta</i> de por lo menos 8 muertes evitables en exceso por 100.000 habitantes entre el 2014 y el 2019 en el gradiente interpaís del índice de necesidades de salud.</p>
Propósito del indicador	El indicador es útil para evaluar la posible repercusión de la atención de la salud en una población, bajo el supuesto de que existe un conjunto de causas de muerte prematura que no deberían ocurrir si hubiera intervenciones médicas oportunas y eficaces. En otras palabras, las causas de estas defunciones se consideran tratables y, por lo tanto, se consideran evitables con la atención médica apropiada.
Nota técnica	<p>La <i>magnitud</i> de la tasa de mortalidad por causas sensibles a la atención de la salud se calcula al dividir el número de causas específicas de muerte (véase el cuadro a continuación, así como la figura 4.1) 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 la Región de las Américas, la tasa regional se ajusta en función de la edad, usando la población estándar de la OMS (véase Ahmad et al, 2001, en la sección de referencias)</p> <p>Las <i>brechas de equidad</i> se miden a través de la reducción de la desigualdad de dos maneras: <i>relativa</i> (adimensional, análoga al riesgo relativo) y <i>absoluta</i>, o por medio de un gradiente (con las mismas unidades que la tasa de salud).</p> <p>El indicador de <i>brecha relativa</i> es el cociente entre la tasa de mortalidad</p>

¹¹ Para una explicación más detallada sobre la manera en que se calcula la brecha relativa y la brecha absoluta, se puede consultar el anexo A, "Medición del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019", que se encuentra al final de este documento.

	del grupo de países en el estrato con el índice de necesidades de salud más alto y el grupo de países en el estrato con el índice de necesidades de salud más bajo. ¹² El indicador de la <i>brecha absoluta</i> es la pendiente de la línea de regresión resultante de aplicar una regresión a la tasa de mortalidad por causas sensibles a la atención de la salud a nivel de país en una escala de posición social a nivel de país, según lo definido en el índice de necesidades de dicho país.
Tipo de indicador	La tasa de mortalidad por causas sensibles a la atención de la salud es una medida relativa. En las mediciones orientadas a la equidad se utiliza tanto una dimensión relativa como una absoluta.
Unidad de medición	La tasa de mortalidad por causas sensibles a la atención de la salud se expresa como el número de muertes prematuras por 100.000 habitantes a nivel regional.
Frecuencia de medición	La tasa de mortalidad por causas sensibles a la atención de la salud se mide anualmente, y la información se recopila de los Estados Miembros entre enero y diciembre de cada año. Esta información luego se analiza en el año siguiente.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Unidad de Información y Análisis de Salud (CHA/HA) y Programa Especial, Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (SDE)
Fuente de datos	Sistema de información de la OPS/OMS sobre mortalidad a nivel regional
Limitaciones	La tasa de mortalidad por causas sensibles a la atención de la salud es una opción conveniente para aproximarse al impacto de la atención de la salud sobre la muerte prematura, pero no debe considerarse como evidencia definitiva de diferencias en la atención de salud eficaz. Es un indicador indirecto de los posibles puntos débiles en los servicios de salud, reconociendo que se necesita una investigación más profunda de este tema. También es importante tener en cuenta que la jerarquización de los países sobre la base de la tasa de mortalidad por causas sensibles a la atención de la salud y otros indicadores como los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) podría diferir sustancialmente, ya que los AVPP consideran la mortalidad por todas las causas y además depende de la edad límite seleccionada para los cálculos. Además, es posible que se subestime la tasa de mortalidad por causas sensibles a la atención de la salud por problemas de calidad de los datos incluyendo la proporción de muertes que no se han registrado y la proporción de causas mal definidas, las cuales difieren de un país a otro. De cualquier manera, este indicador es una opción que suministra información no reflejada directamente en los indicadores de mortalidad generales que se utilizan habitualmente para medir los resultados de los sistemas de salud.

¹² El índice de necesidades de salud que se encuentra en la política del presupuesto de la OPS fue aprobado por la 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2012.

Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. <i>Age standardization of rates: A new WHO standard 2000–2025</i>. Ginebra: OMS; 2001. (GPE discussion paper series 31). 2. Canada, Health Canada (Statistics Canada): <i>Health Indicators 2012: Definitions, Data Sources and Rationale</i>, May 2012. 3. Rutstein DD et al. Measuring the Quality of Medical Care: A Clinical Method. <i>N Engl J Med</i> 1976; 294: 582-588. 4. México, Secretaría de Salud. <i>La Mortalidad en México 2000-2004 - Muertes evitables: magnitud, distribución y tendencias</i>. México, 2006. 5. Nolte E, McKee M. <i>Does health care saves lives? Avoidable mortality revisited</i>. The Nuffield Trust, 2004. 6. Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: updating an earlier analysis. <i>Health Affairs</i>. 2008; 27(1):58-71. 7. Nolte E, McKee M. Variations in amenable mortality—Trends in 16 high-income nations. <i>Health Policy</i> 103 (2011) 47–52. 8. Tobias M, Jackson G. Avoidable mortality in New Zealand, 1981-1997. <i>Aust N Z Public Health</i>. 2001; 25 (1) 12-20. 9. Tobias M, Yeh L. How much does health care contribute to health gain and to health inequality? Trends in amenable mortality in New Zealand 1981–2004. <i>Aust N Z Public Health</i>. 2009; 33:70-78. 10. United Kingdom, Office for National Health Statistics (England & Wales). <i>Avoidable Mortality in England and Wales, 2010. Statistical Bulletins 2010 and 2011</i>.
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

LISTA DE CAUSAS DE MUERTE CONSIDERADAS TRATABLES MEDIANTE LA ATENCIÓN DE SALUD (SEPTIEMBRE DEL 2013)¹³

Causas/categorías	Grupo o nombre de la causa	Edad	Código de la CIE-10
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	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
	Esquistosomiasis, otras infecciones debidas a trematodos, equinococosis, teniasis, cisticercosis, otras infecciones debidas a cestodos, oncocercosis, filariasis, triquinosis, anquilostomiasis, ascariasis, estrogiloidiasis, tricuriasis, enterobiasis, otras helmintiasis intestinales, parasitosis intestinales sin otra especificación, otras helmintiasis, celulitis	0-74	B65-B69, B71, B73-B83, L03
Tumores	Tumor maligno del labio	0-74	C00

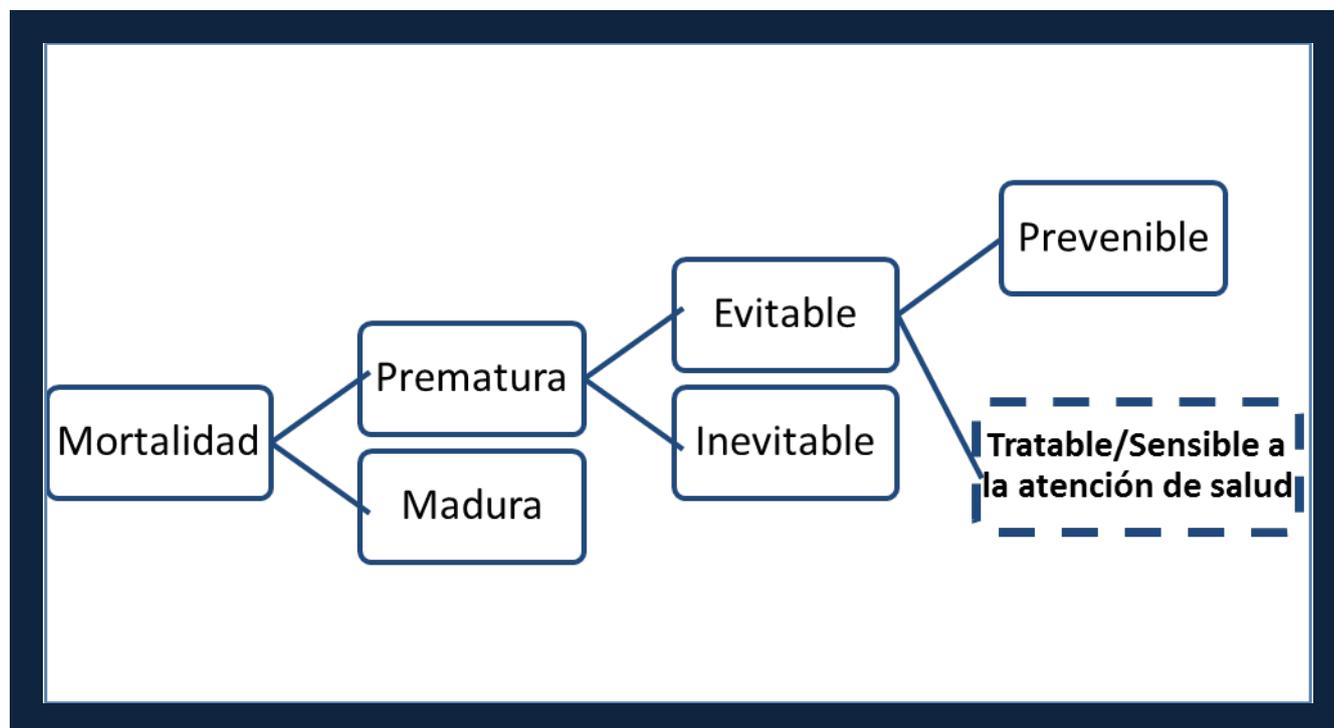
¹³ La mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud ha sido definida como aquellas muertes prematuras que no deberían haber ocurrido si hubiera habido una atención de salud oportuna y eficaz. La lista se basa en propuestas de Inglaterra (Nolte y McKee, 2004, 2008, 2011), Inglaterra y Gales (Reino Unido, 2010), México (México, 2006), Canadá (Canadá, 2012), Nueva Zelandia (Tobias y Jackson, 2001; Tobias y Yeh, 2009) (véanse las referencias bibliográficas completas en la sección de referencias).

Causas/categorías	Grupo o nombre de la causa	Edad	Código de la CIE-10
(neoplasias)	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 del útero 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	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	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
Enfermedades del sistema circulatorio	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 [excepto I24,9 y I25,0]
	Enfermedades cerebrovasculares, aterosclerosis, ¹⁴ enfermedad vascular periférica, no especificada	0-74	I60-I69, I70 I73.9
Enfermedades del sistema respiratorio	Todas las enfermedades respiratorias (sin incluir la neumonía ni la gripe)	1-14	J00-J09, J20-J99
	Gripe	0-74	J10-J11
	Neumonía, asma	0-74	J12-J18, J45-J46

¹⁴ Las muertes por I70 e I73.9 disminuyeron un 50%.

Causas/categorías	Grupo o nombre de la causa	Edad	Código de la CIE-10
Enfermedades del sistema digestivo	Úlcera gástrica, úlcera duodenal, úlcera péptica de sitio no especificado, úlcera gastroyeyunal, gastritis y duodenitis	0-74	K25-K27, K28, K29
	Enfermedades de 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	Enfermedades glomerulares, uropatía obstructiva y por reflujo, insuficiencia renal, cálculo del riñón, 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 de 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
Maternal y perinatal	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
Causas externas	Incidentes ocurridos al paciente durante la atención médica y quirúrgica	Todas	Y60-Y69, Y83-Y84

Figura 4.1. La relación entre diferentes conceptos de la mortalidad evitable y prevenible.



Fuente: Adaptado de Tobias y Yeh, 2009 (véase la referencia bibliográfica completa en la sección de referencias).

La mortalidad **evitable** se refiere a las muertes prematuras que no hubieran ocurrido si hubiera habido 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 posiblemente influida por el sistema de salud.

- La mortalidad posiblemente **evitable**: son las muertes prematuras que podrían posiblemente haberse evitado por medio de todos los niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria).
- La mortalidad por causas **prevenibles**: se refiere a un subconjunto de la mortalidad evitable que sirve de sustento para los esfuerzos encaminados a reducir el número de casos nuevos (es decir, reducción de la incidencia). Por medio de estos esfuerzos, se pueden evitar las muertes al evitar que se produzcan nuevos casos.
- La mortalidad por causas **tratables o sensible a la atención de salud**: es un subconjunto de la mortalidad evitable que sirve de sustento para los esfuerzos encaminados a reducir el número de personas que mueren una vez que se les declara una enfermedad (es decir, reducción de la tasa de letalidad).

Fuente: Adaptado de Tobias y Yeh, 2009, y estadísticas de Canadá (indicadores de salud correspondientes al 2012 del Instituto Canadiense de Información sobre la Salud) (véase la referencia bibliográfica completa en la sección de referencias).

SECCION 1: COMPENDIO DE INDICADORES DEL IMPACTO***Meta del impacto 5: Mejorar la salud de la población adulta haciendo hincapié en las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo***

Código y título del indicador	5.1 Muerte prematura por enfermedades no transmisibles
Definición del indicador	La muerte prematura por enfermedades no transmisibles (ENT) se define como aquellas muertes en personas de 30 a 69 años de edad por las causas incluidas en los siguientes códigos de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10): enfermedades cardiovasculares (I00-I99); tumores malignos (C00-C97), diabetes mellitus (E10-E14) y enfermedades respiratorias crónicas (J30-J98).
Impacto estimado en la magnitud y la equidad	<p><i>Meta con respecto a la magnitud:</i> Reducción de por lo menos 9% en la tasa de mortalidad prematura por ENT a nivel regional lograda en el 2019 (239,6 por 100, 000 habitantes), en comparación con el 2014 (260,8 por 100.000 habitantes).</p> <p><i>Metas orientadas a la equidad:</i>¹⁵ Una <i>brecha relativa</i> no mayor de un aumento de 6% en la razón de mortalidad prematura por ENT entre los grupos de países ubicados en el tope superior y el inferior del índice de necesidades de salud en el 2019, en comparación con el 2014.</p> <p>Una <i>brecha absoluta</i> de por lo menos 18 muertes prematuras por ENT en exceso por 100.000 habitantes entre el 2014 y el 2019 en el gradiente interpaís del índice de necesidades de salud.</p>
Propósito del indicador	Las ENT representan una gran proporción de muertes en la mayoría de los países. Es útil vigilar el progreso de las políticas, los programas y las intervenciones ejecutadas en un país, territorio o zona geográfica que tienen por objeto reducir la muerte prematura debida a las ENT.
Nota técnica	La <i>magnitud</i> de la tasa de mortalidad prematura por ENT se calcula al sumar las muertes por las causas mencionadas más arriba en personas de 30 a 69 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 a nivel regional. Para tener en cuenta las diferentes estructuras demográficas de la Región de las Américas, la tasa regional se ajusta en función de la edad, usando la población estándar de la OMS (véase Ahmad et al., en la sección de referencias).
Tipo de indicador	Medida relativa
Unidad de medición	Se expresa como el número de muertes debidas a las ENT por 100.000 habitantes de 30 a 69 años de edad por año.
Frecuencia de medición	La tasa de mortalidad por las ENT se mide anualmente, y la información se recopila de los Estados Miembros entre enero y diciembre de cada año; la información luego se analiza en el siguiente año.
Unidad de la OSP	Unidad de Información y Análisis de Salud (CHA/HA) y Programa Especial,

¹⁵ Para una explicación más detallada sobre la manera en que se calcula la brecha relativa y la brecha absoluta, se puede consultar el anexo A, "Medición del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019", que se encuentra al final de este documento.

responsable del seguimiento del indicador	Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (SDE)
Fuente de datos	Defunciones: base de datos regional de la OPS, a la que los países de la Región de las Américas proporcionan anualmente los datos de mortalidad. Población: División de Población de las Naciones Unidas. La población del censo puede usarse a nivel de país.
Limitaciones	Una de las limitaciones de este indicador se relaciona con el subregistro de las muertes y las causas mal definidas.
Referencias	1. Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. <i>Age standardization of rates: A new WHO standard 2000–2025</i> . Ginebra: OMS; 2001 (GPE discussion paper series 31).

SECCION 1: COMPENDIO DE INDICADORES DEL IMPACTO**Meta del impacto 6: Reducir la mortalidad por enfermedades transmisibles**

Código y título del indicador	6.1 Tasa de mortalidad por VIH
Definición del indicador	Mide el riesgo de morir de la infección por el VIH, independientemente del sexo y la edad.
Impacto estimado en la magnitud y la equidad	<i>Meta con respecto a la magnitud:</i> Reducción de por lo menos 15% en la tasa de mortalidad por el VIH/sida en el 2019, en comparación con el 2014.
Propósito del indicador	La mortalidad por el VIH/sida es un indicador básico del impacto que mide la eficacia de la respuesta nacional a la epidemia de VIH/sida. El análisis de la mortalidad debida a la infección por el VIH/sida es importante para comprender la carga de morbilidad asociada con la infección por el VIH/sida y el éxito de la respuesta en cuanto a la prevención y el tratamiento.
Nota técnica	<p>La <i>magnitud</i> de la tasa se calcula mediante la suma de todas las defunciones que tienen alguna causa de defunción identificada con cualquiera de los códigos B20 a B24 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a Revisión (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. Para tener en cuenta las diferentes estructuras de población de los países de las Américas, la tasa regional se ajusta según la edad, utilizando la población estándar de la OMS (véase Ahmad et al., 2001 en la sección de referencias.)</p> <p>Numerador: todas las defunciones que tienen una causa básica de defunción identificada con cualquiera de los códigos B20 a B24 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a Revisión (CIE-10), entre todos los grupos de población (independientemente del sexo y la edad)</p> <p>Denominador: la población total en un año y país dado.</p>
Tipo de indicador	Medida relativa: tasa, ajustada según la edad.
Unidad de medición	Se expresa según el número de muertes debidas al VIH por 100.000 habitantes, por año.
Frecuencia de medición	La información se actualizará anualmente, en el segundo semestre de cada año.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual (CHA/HT) y Unidad de Información y Análisis de Salud (CHA/HA)
Fuente de datos	Base de Datos Regional de la OPS.
Limitaciones	Una de las limitaciones de este indicador tiene que ver con la tendencia de los países de no registrar todas las defunciones, en particular las defunciones debidas a la infección por el VIH/sida. La notificación de las muertes debidas a la infección por el VIH/sida es insuficiente, hasta en los

	<p>países que cuentan con sistemas de estadísticas vitales de alta calidad.</p> <p>Otra limitación de los datos de estadísticas vitales es el lapso desde que ocurre un caso hasta que la información está disponible para su uso.</p> <p>Además, es posible que no todos los datos de mortalidad procedentes de las estadísticas vitales sean notificados a la OPS oportunamente; por lo tanto, se usarán los subconjuntos de país-datos para asegurar un análisis de tasas comparables. Para fines de uniformidad, los resultados se triangularán con otras fuentes de información, como los cálculos de Spectrum acerca de las muertes debidas al VIH en la Región.</p> <p>Las metas se basan en las tendencias de las tasas de mortalidad por el VIH en el último quinquenio. Es posible que las tendencias futuras (2014-2019), en una época de cobertura de tratamiento para el VIH más estabilizada y más amplia, sigan modelos diferentes a las tendencias de mortalidad por el VIH/sida observadas en el quinquenio pasado.</p>
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 797 1356 938">1. Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. <i>Age standardization of rates: A new WHO standard 2000–2025</i>. Ginebra: OMS; 2001. (Serie de documentos de discusión GPE, número 31).

Código y título del indicador	6.2 Tasa de mortalidad por dengue
Definición del indicador	Número de defunciones causadas por el dengue y notificadas por los países de la Región de las Américas.
Impacto estimado en la magnitud y la equidad	<i>Meta con respecto a la magnitud:</i> Reducción de por lo menos 30% de la tasa de letalidad por dengue lograda en el 2019 (0,05%), en comparación con el 2012 (0,07%).
Propósito del indicador	Determina el impacto que los países y los territorios han logrado en el diagnóstico y el tratamiento tempranos de los pacientes con dengue después de la aplicación de las recomendaciones que se encuentran en las directrices nuevas sobre el dengue publicadas por la OPS/OMS.
Nota técnica	Ahora el dengue se considera como una sola enfermedad que abarca tanto el dengue como el dengue grave. Por consiguiente, la tasa de letalidad tiene que calcularse utilizando como denominador todos los casos de dengue (probables y confirmados). Esto permitirá medir el progreso de los países en el manejo adecuado de los pacientes.
Tipo de indicador	Medida relativa.
Unidad de medición	Se expresa como el número de muertes debidas al dengue por 100 casos de la enfermedad.
Frecuencia de medición	El indicador se mide mensualmente cuando se actualizan los datos con la información recopilada de los Estados Miembros. Dos veces al año se elaborará un informe regional con la información analizada y se tratará con todos los países.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores (CHA/VT)
Fuente de datos	Informes de los países de la Región a la OPS/OMS.
Limitaciones	El indicador mide el progreso alcanzado por cada país en la ejecución de las directrices recomendadas por la OPS/OMS y el impacto en la reducción de la tasa de letalidad; no obstante, el indicador no puede determinar la cobertura del progreso a nivel nacional.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dengue. Guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control 2009. OMS 2. Estrategia mundial para la prevención y control del dengue, 2012–2020. OMS 3. OPS/OMS. Número de casos notificados de dengue y dengue grave en las Américas, por país: cifras para el 2012. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=21641&lang=es

Código y título del indicador	6.3 Tasa de mortalidad por tuberculosis
Definición del indicador	Mide el riesgo de morir de tuberculosis, independientemente del sexo y la edad.
Impacto estimado en la magnitud y la equidad	<i>Meta con respecto a la magnitud:</i> Reducción de por lo menos 24% en la tasa de mortalidad por tuberculosis lograda en el 2019 (0,8 por 100.000 habitantes), en comparación con el 2014 (1,1 por 100.000 habitantes).
Propósito del indicador	La tuberculosis es una enfermedad prevenible y curable que no debe ser una causa de muerte. El indicador determina el impacto de las intervenciones del programa de control de la tuberculosis que se ejecutan en los sistemas de atención de salud.
Nota técnica	La <i>magnitud</i> 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 Clasificación Internacional de Enfermedades, 10. ^a Revisión (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. Para tener en cuenta las diferentes estructuras de población de los países de las Américas, la tasa regional se ajusta según la edad, utilizando la población estándar de la OMS (véase Ahmad et al., 2001 en la sección de referencias).
Tipo de indicador	Medida relativa.
Unidad de medición	Se expresa como el número de muertes debidas a la tuberculosis por 100.000 habitantes, por año.
Frecuencia de medición	El indicador se mide anualmente con la información recopilada de los Estados Miembros entre enero y diciembre de un año dado. La información luego se analiza el año siguiente.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual (CHA/HT) y Unidad de Información y Análisis de Salud (CHA/HA)
Fuente de datos	Base de Datos Regional de la OPS.
Limitaciones	Una de las limitaciones de este indicador es la tendencia de los países a no registrar todas las defunciones debidas a la tuberculosis.
Referencias	1. Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. <i>Age standardization of rates: A new WHO standard 2000–2025</i> . Ginebra: OMS; 2001. (Serie de documentos de discusión GPE, número 31).

Código y título del indicador	6.4 Mortalidad por malaria
Definición del indicador	La mortalidad anual por malaria se define como el número de defunciones atribuidas a la malaria en un año dado. Este indicador mide la disminución anual de la mortalidad por malaria en la Región, medida en el 2019 en comparación con la mortalidad por malaria anual medida en el 2011.
Impacto estimado en la magnitud y la equidad	<i>Meta con respecto a la magnitud:</i> Reducción de por lo menos 75% del número de muertes por malaria en el 2019 (28 muertes) en comparación con el 2011 (112 muertes).
Propósito del indicador	Este indicador evalúa el desempeño de los programas contra la malaria y la prestación de servicios de salud de los países, en particular su capacidad de dar una respuesta rápida mediante diagnóstico y tratamiento con garantía de calidad, con lo cual se evitan los casos de malaria grave y se reduce la mortalidad por malaria.
Nota técnica	Los formularios que los países utilizan para enviar actualizaciones anuales destinadas al Informe Mundial sobre la Malaria preparado por la OPS/OMS todos los años, facilitan la notificación por los países de conjuntos importantes de datos que sirven para calcular este indicador, como por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • número de defunciones atribuidas a la malaria notificadas en el 2019 • número de defunciones atribuidas a la malaria notificadas en el 2011
Tipo de indicador	Medida absoluta.
Unidad de medición	Se expresa como el número de muertes debidas a la malaria por año.
Frecuencia de medición	Anual. En la mayoría de los países a menudo coincide con el último semestre del año subsiguiente y con la publicación anual programada para fin de año del informe mundial de la OMS sobre el paludismo (los datos del año anterior se publican anualmente en diciembre; por ejemplo, los datos del 2012 se publicarán en diciembre del 2013).
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores (CHA/VT)
Fuente de datos	Informes de país presentados por las autoridades nacionales a las representaciones de la OPS en los países y a la correspondiente unidad técnica.
Limitaciones	Variaciones en los ciclos de presentación de informes de los países; el indicador no incluye necesariamente la cobertura del sector privado, que es importante en el contexto de la eliminación de la malaria; el indicador no mide necesariamente la ejecución de otras políticas importantes sobre la malaria que no se refieren a la mortalidad.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud. <i>Estadísticas interactivas, paludismo (2014)</i>. OPS, Washington, D.C. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2632&Itemid=2130&lang=en (solamente en inglés) 2. Informe anual sobre la malaria en el mundo, Organización Mundial de la Salud 3. Resolución CD51.R9 (2011) del Consejo Directivo de la OPS

SECCION 1: COMPENDIO DE INDICADORES DEL IMPACTO***Meta del impacto 7: Contener la mortalidad debida a la violencia, los suicidios y los accidentes entre adolescentes y adultos jóvenes (15 a 24 años de edad)***

Código y título del indicador	7.1 Tasa de homicidios en jóvenes de 15 a 24 años de edad
Definición del indicador	Mide el riesgo de morir por agresión en jóvenes de 15 a 24 años de edad , independientemente del sexo.
Impacto estimado en la magnitud y la equidad	<i>Meta con respecto a la magnitud:</i> Reducción de por lo menos 6% en la tasa de homicidios lograda en el 2019 (25,7 por 100.000 jóvenes de 15 a 24 años de edad), en comparación con el 2014 (27,3 por 100.000 jóvenes de 15 a 24 años de edad).
Propósito del indicador	La justificación del uso de la tasa de homicidios como indicador proviene de que: 1) el homicidio es la principal causa de muerte en jóvenes de 10 a 24 años de edad en la Región de las Américas; 2) los homicidios en jóvenes reducen o revierten el progreso económico debido a que aumentan los costos de los servicios sociales y de salud, reducen la productividad, disminuyen el valor de la propiedad y perturban una variedad de servicios esenciales; 3) la violencia que afecta a los jóvenes es una de las posibles causas de muerte prematura y está asociada con las lesiones y la discapacidad; y 4) hay evidencia científica del impacto de estos casos en la disminución de la esperanza de vida de un país.
Nota técnica	La <i>magnitud</i> 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 Clasificación Internacional de Enfermedades, 10. ^a Revisión (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. Para tener en cuenta las diferentes estructuras demográficas de los adolescentes y los adultos jóvenes de los países de las Américas, la tasa regional se ajusta según la edad, utilizando la población estándar de la OMS (véase Ahmad et al., 2001 en la sección de referencias).
Tipo de indicador	Medida relativa.
Unidad de medición	Se expresa según el número de defunciones debido a homicidio por 100.000 habitantes de 15 a 24 años, por año.
Frecuencia de medición	El indicador se mide anualmente con la información recopilada de los países miembros entre enero y diciembre en un año dado. La información luego se analiza en el año siguiente.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Familia, Género y Curso de Vida/Curso de Vida Saludable (FGL/HL) y Unidad de Información y Análisis de Salud (CHA/HA)

Fuente de datos	Base de Datos Regional de la OPS.
Limitaciones	Una de las limitaciones de este indicador tiene que ver con la tendencia de los países a no registrar todas las defunciones, en particular las defunciones debidas al homicidio.
Referencias	1. Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. <i>Age standardization of rates: A new WHO standard 2000–2025</i> . Ginebra: OMS; 2001. (Serie de documentos de discusión GPE, número 31).

Código y título del indicador	7.2 Tasa de suicidio en jóvenes de 15 a 24 años de edad.
Definición del indicador	Mide el riesgo de morir por lesiones intencionales autoinflingidas entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad, independientemente del sexo.
Impacto estimado en la magnitud y la equidad	<i>Meta con respecto a la magnitud:</i> Ningún aumento de la tasa de suicidio para el 2019 (7,8 por 100.000 jóvenes de 15 a 24 años de edad), en comparación con el 2014 (7,8 por 100.000 jóvenes de 15 a 24 años de edad).
Propósito del indicador	La justificación para utilizar la tasa de suicidio como un indicador proviene de que: 1) aproximadamente 85.688 jóvenes entre las edades de 15 a 24 años se suicidan cada año en la Región de las Américas; 2) los altos niveles de las tasas de suicidio se han asociado con el estrés social, los traumas históricos que pasan de una generación a otra, la violencia física y sexual por compañeros íntimos y por personas ajenas, y la mala salud mental.
Nota técnica	La <i>magnitud</i> de la tasa se calcula al sumar todas las defunciones que tengan una causa básica de defunción identificada con cualquier código desde X60 hasta X84 en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10. ^a Revisión (CIE-10), entre las población de 15 a 24 años de edad (independientemente del sexo), y dividir las por la población de 15 a 24 años de edad en un año a nivel regional. Para tener en cuenta las diferentes estructuras demográficas de los adolescentes y los adultos jóvenes en los países de las Américas, la tasa regional se ajusta según la edad, utilizando la población estándar de la OMS (véase Ahmad et al., 2001 en la sección de referencias).
Tipo de indicador	Medida relativa.
Unidad de medición	Se expresa según el número de defunciones debidas a suicidio por 100.000 habitantes en la población de 15 a 24 años de edad, por año.
Frecuencia de medición	El indicador se mide anualmente con la información recopilada de los países miembros entre enero y diciembre de un año dado. La información se analiza en el siguiente año.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Familia, Género y Curso de Vida/Curso de Vida Saludable (FGL/HL) y Unidad de Información y Análisis de Salud (CHA/HA)
Fuente de datos	Base de Datos Regional de la OPS.
Limitaciones	Una de las limitaciones de este indicador tiene que ver con la tendencia de los países a no registrar todas las defunciones, en particular las defunciones debidas al suicidio.
Referencias	1. Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. <i>Age standardization of rates: A new WHO standard 2000–2025</i> . Ginebra: OMS; 2001. (Serie de documentos de discusión GPE, número 31).

Código y título del indicador	7.3 Tasa de mortalidad debida a traumatismos causados por el tránsito en jóvenes de 15 a 24 años de edad
Definición del indicador	Mide el riesgo de morir por traumatismos relacionados con el tránsito entre jóvenes de 15 a 24 años, independientemente del sexo.
Impacto estimado en la magnitud y la equidad	<i>Meta con respecto a la magnitud:</i> Ningún aumento o una reducción de por lo menos 1% de la tasa de mortalidad debida a traumatismos causados por el tránsito, lograda para el 2019 (20,3 por 100.000 jóvenes de 15-24 años de edad), en comparación con el 2014 (20,5 por 100.000 jóvenes de 15 a 24 años de edad).
Propósito del indicador	La justificación del uso de la tasa de mortalidad debida a traumatismos causados por el tránsito como indicador proviene del hecho de que, en todo el mundo, las lesiones relacionadas con el transporte son la principal causa de mortalidad en jóvenes de 15 a 29 años de edad, siendo los hombres jóvenes son los más expuestos al riesgo y ha quedado demostrado que esto conlleva enormes consecuencias sociales y económicas.
Nota técnica	La <i>magnitud</i> de la tasa se calcula al sumar todas las defunciones que tienen una causa básica de defunción identificada con cualquier código desde V01 hasta V89 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10. ^a Revisión (CIE-10), entre las población de 15 a 24 años de edad (independientemente del sexo), y dividir las por la población de 15 a 24 años de edad en un año y a nivel regional. Para tener en cuenta las diferentes estructuras demográficas de los adolescentes y los adultos jóvenes en los países de las Américas, la tasa regional se ajusta según la edad, utilizando la población estándar de la OMS (véase Ahmad et al., 2001 en la sección de referencias).
Tipo de indicador	Medida relativa.
Unidad de medición	Se expresa según el número de defunciones debidas a traumatismos causados por el tránsito por 100.000 habitantes.
Frecuencia de medición	El indicador se mide anualmente con la información recopilada de los países miembros entre enero y diciembre de un año dado. La información se analiza en el siguiente año.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Familia, Género y Curso de Vida/Curso de Vida Saludable (FGL/HL), Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental/Factores de Riesgo (NMH/FR) y Unidad de Información y Análisis de Salud (CHA/HA)
Fuente de datos	Base de Datos Regional de la OPS.
Limitaciones	Una de las limitaciones de este indicador tiene que ver con la tendencia de los países a no registrar todas las defunciones, en particular las defunciones debidas a los traumatismos causados por el tránsito.
Referencias	1. Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. <i>Age standardization of rates: A new WHO standard 2000–2025</i> . Ginebra: OMS; 2001. (Serie de documentos de discusión GPE, número 31).

SECCION 1: COMPENDIO DE INDICADORES DEL IMPACTO**Meta del impacto 8: Eliminar las enfermedades transmisibles prioritarias en la Región**

Código y título del indicador	8.1 Eliminación de la transmisión maternoinfantil de la infección por el VIH y la sífilis congénita
Definición del indicador	<p>Este es un indicador compuesto que refleja el compromiso de los Estados Miembros de la OPS con la eliminación dual de la sífilis congénita y la transmisión maternoinfantil del VIH [resolución CD50.R12 (2010)]. La eliminación se refiere a la reducción de la transmisión vertical del VIH y la sífilis a un nivel por debajo de la importancia para la salud pública. Un país o territorio habrá logrado la eliminación una vez que se hayan alcanzado los siguientes subindicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • para el VIH, una reducción de la tasa de transmisión maternoinfantil del VIH a 2% o menos, y una reducción de la incidencia de transmisión maternoinfantil del VIH a 0,3 casos o menos por 1.000 nacidos vivos; • para la sífilis congénita: una reducción de la incidencia de sífilis congénita (incluidos los mortinatos) a 0,5 casos o menos por 1.000 nacidos vivos
Impacto estimado en la magnitud y la equidad	<p><i>Meta con respecto a la magnitud:</i> Eliminación en 16 países y territorios, en comparación con la línea de base de 0 países y territorios en el 2013.</p>
Propósito del indicador	<p>La transmisión vertical del VIH y de la sífilis es prevenible mediante la prevención primaria de la infección por el VIH y la sífilis en mujeres en edad fecunda, la cobertura alta con atención prenatal de calidad, lo que incluye el tamizaje corriente para detectar la infección por el VIH y la sífilis, además del seguimiento eficaz de las mujeres seropositivas y de los menores de 1 año expuestos.</p> <p>En el 2010, los Estados Miembros de la OPS aprobaron la resolución CD50.R12, en la que se comprometían con la eliminación dual en el año 2015. Este indicador mide el progreso hacia esta meta.</p>
Nota técnica	<p>Los tres subindicadores se calculan de la siguiente manera:</p> <p>a) Tasa notificada de transmisión maternoinfantil del VIH —porcentaje de menores de 1 año nacidos de madres seropositivas al VIH, cuyos resultados de la prueba del VIH fueron positivos 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).</p> <p>b) Tasa anual de casos notificados de transmisión maternoinfantil del VIH por 1.000 nacidos vivos Numerador: número de hijos nacidos de mujeres con infección por el VIH con un diagnóstico positivo en un año civil dado. Denominador: número calculado de nacidos vivos en el mismo año civil definido.</p>

	<p>c) Tasa anual de casos notificados de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos</p> <p>Numerador: número de casos notificados de sífilis congénita según la definición nacional de casos en un año dado. La definición nacional de casos debe incluir el número de mortinatos debido a la sífilis.</p> <p>Denominador: Número calculado de nacidos vivos en el mismo período</p>
Tipo de indicador	Medida relativa.
Unidad de medición	<p>Los tres subindicadores se expresan como:</p> <p>a) Porcentaje,</p> <p>b) Tasa anual por 1.000 nacidos vivos,</p> <p>c) Tasa anual por 1.000 nacidos vivos.</p>
Frecuencia de medición	Los datos se notifican generalmente en el segundo trimestre del siguiente año. Una vez que se han depurado y verificado los datos, las actualizaciones están disponibles en la segunda mitad del año siguiente al período de notificación.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual (CHA/HT)
Fuente de datos	<p>Los datos para los tres subindicadores se obtienen de la siguiente manera:</p> <p>a) Tasa notificada de transmisión maternoinfantil del VIH: porcentaje de menores de 1 año nacidos de madres seropositivas al VIH, con resultados positivos a la prueba del VIH</p> <p>Numerador y denominador: registros de asistencia prenatal u otros registros de los establecimientos de salud.</p> <p>b) Tasa anual de casos notificados de transmisión maternoinfantil del VIH por 1.000 nacidos vivos</p> <p>Numerador: registros sobre el VIH y de seguimiento de casos de atención prenatal u otros registros de los establecimientos de salud.</p> <p>Denominador: generado a través de una estimación de la población del número de nacidos vivos en el transcurso de los pasados 12 meses. Esto puede obtenerse a partir de las estadísticas vitales nacionales, de los cálculos de la División de Población de las Naciones Unidas, o a partir del sistema de información sanitaria de la OPS.</p> <p>c) Tasa anual de casos notificados de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos</p> <p>Numerador: en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, la sífilis congénita está sujeta a notificación obligatoria; la fuente de datos es el sistema de registro nacional para los casos de sífilis congénita.</p> <p>Denominador: generado a través de una estimación de la población del número de nacidos vivos en el transcurso de los pasados 12 meses. Esto puede obtenerse a partir de las estadísticas vitales nacionales, de los cálculos de la División de Población de las Naciones Unidas, o a partir del sistema de información sanitaria de la OPS.</p>
Limitaciones	Los países solo se contarán si ha habido alguna validación externa de que los datos notificados proceden de sistemas de estadística vitales de alta calidad. Otra limitación de los datos de estadísticas vitales es el retraso

	que hay desde que ocurre el suceso hasta que la información está disponible para su uso.
Referencias	<ol style="list-style-type: none">1. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y Plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita. 50o Consejo Directivo, 62a Sesión del Comité Regional. CD50/15. OPS, Washington, D.C., 2010. Disponible en:2. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8088&Itemid=

Código y título del indicador	8.2 Eliminación de la oncocercosis
Definición del indicador	Este indicador mide el progreso logrado en los países hacia la eliminación de la oncocercosis.
Impacto estimado en la magnitud y la equidad	<p><i>Meta con respecto a la magnitud:</i> Eliminación en cuatro países. Línea de base 2013 : 1 (COL)</p> <p>Meta 2019:¹⁶ cuatro países (ECU, GUT, MEX)</p>
Propósito del indicador	<p>En el 2008, mediante la resolución CD48.R12 (2008) <i>Hacia la eliminación de la oncocercosis (ceguera de los ríos) en las Américas</i>, los Estados Miembros de la OPS establecieron la meta de la eliminación de la morbilidad ocular y de interrumpir la transmisión del parásito en la Región para el año 2012. Luego, en el 2009, se ratificó esta meta en la resolución CD49.R19 (2009) <i>Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza</i>.</p> <p>Se considera que la ceguera causada por la oncocercosis quedó eliminada en la Región de las Américas desde 1995. Hasta el 2013, se consideraba que 184.310 personas ya no estaban en riesgo,¹⁷ ya que la enfermedad había sido interrumpida o eliminada en 11 de los 13 focos en los 6 países con endemicidad.</p> <p>Este es un indicador del impacto que muestra no solo la eliminación de una enfermedad, sino también el progreso en cuanto al acceso a los servicios de salud por personas que viven en zonas remotas y pobres. Un país tiene que ejecutar varias intervenciones para la oncocercosis por un lapso de unos 16 años (administración en masa de medicamentos, vigilancia epidemiológica y entomológica, educación sanitaria, entre otros). En consecuencia, alcanzar la situación de eliminación es un logro basado en un esfuerzo considerable por parte de los países y las comunidades a lo largo de varios años.</p>
Nota técnica	<p>La eliminación se alcanza una vez que un país con endemicidad notifica que no hay ningún caso nuevo en seres humanos y ningún mosquito simúlido infectado en cada uno de sus focos, luego de finalizado un período de vigilancia postratamiento de tres años (durante este período, se interrumpe la administración en masa de medicamentos).</p> <p>La situación de eliminación para los cuatro países incluidos en la meta de eliminación se calculará de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • México: se alcanzó la eliminación en sus tres focos. Hasta el 2013, México había eliminado la oncocercosis en dos focos. • Guatemala: se alcanzó la eliminación en sus cuatro focos. Hasta el 2013, Guatemala había eliminado la oncocercosis en tres focos. • Ecuador: se alcanzó la eliminación en un foco. El país alcanzó la situación de eliminación en el 2013 y, en el 2014, un Equipo de

¹⁶ La meta para el 2019 incluye a los países mencionados además de los que ya se encuentran en la línea de base.

¹⁷ World Health Organization. Weekly Epidemiological Record. 2013;88(36):381-388

	<p>verificación internacional de la OMS visitará el país.</p> <ul style="list-style-type: none"> Colombia: se alcanzó la eliminación en un foco. En el 2013, el país recibió de la OMS la comprobación de la eliminación.
Tipo de indicador	Absoluto. Un país ha logrado o no la situación de eliminación en todos sus focos.
Unidad de medición	Número de países que logran el estado de eliminación.
Frecuencia de medición	La evaluación de los indicadores epidemiológicos y entomológicos se hace una vez al final de un período de tres años de vigilancia postratamiento. Un equipo internacional de verificación comprueba la situación de eliminación en un país dado una vez que este ha alcanzado el nivel óptimo de los indicadores epidemiológicos y entomológicos. Sobre la base de las recomendaciones formuladas por el equipo internacional a la Directora de la OMS, la Organización decide si se puede otorgar la comprobación al país.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores (CHA/VT)
Fuente de datos	Los informes son presentados por las autoridades nacionales al Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas y por dicho programa a la Unidad de Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores de la OPS.
Limitaciones	Los reglamentos sanitarios vigentes en algunos países para la presentación de muestras a los laboratorios internacionales certificados para el análisis son complicados, lo que da a lugar a retrasos en los resultados de las muestras entomológicas. La recepción de los datos suministrados para evaluar si se ha alcanzado este indicador podría retrasarse debido a los reglamentos sanitarios propios de los países.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> OMS. Certificación de la eliminación de la oncocercosis humana: criterios y procedimientos. Directrices, 2000. OEPA. Guía para la detección de una potencial recrudescencia durante el período de vigilancia epidemiológica postratamiento (VEPT). 2011.

Código y título del indicador	8.3. Eliminación de la enfermedad de Chagas
Definición del indicador	Mide la interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas por el vector principal en un territorio o unidad territorial en riesgo.
Impacto estimado en la magnitud y la equidad	<p><i>Meta con respecto a la magnitud:</i> Eliminación en 21 países con endemidad.</p> <p>Línea de base 2013: 17 (ARG, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, ELS, GUT, GUY, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, URU)</p> <p>Meta 2019¹⁸: 21 (ECU, SUR, FRG, VEN)</p>
Propósito del indicador	La eliminación de la enfermedad de Chagas es un indicador básico del impacto que mide, mediante un componente serológico y entomológico, las actividades de control de vectores y la ausencia de una transmisión vectorial de <i>Trypanosoma cruzi</i> sostenida, constante y doméstica.
Nota técnica	<p>Prevalencia serológica de la infección de <i>Trypanosoma</i> en niños de 0 a 5 años de edad</p> <p>Número de niños seropositivos para la enfermedad de Chagas, dividido por los niños examinados de la muestra, multiplicado por 100</p> <p>Índice de la infestación doméstica por el vector principal: número de casas infestadas, dividido por el número de casas examinadas, multiplicado por 100</p>
Tipo de indicador	Medida absoluta
Unidad de medición	Se expresa como el número de países que han eliminado el vector principal de la enfermedad de Chagas en todo el territorio o unidades territoriales en riesgo, por año.
Frecuencia de medición	La información se actualizará anualmente
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores (CHA/VT)
Fuente de datos	Informe de los programas nacionales contra la enfermedad de Chagas y de los ministerios de salud
Limitaciones	Las limitaciones se deben a la prioridad política y a los recursos que los países asignan a la enfermedad de Chagas.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> Gobiernos de El Salvador, Guatemala, Honduras, Japón y Nicaragua. Buenas Prácticas en el control de la Enfermedad de Chagas en Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua. Tokyo: Ed. JICA; 2014. OPS. Iniciativa de los países de América Central, para la interrupción de la transmisión vectorial y transfusional de la enfermedad de Chagas (IPCA). Historia de 12 años de una iniciativa subregional. Ed. OPS, OPS/HSD/CD/005-11, 87 pp, Tegucigalpa, 2012

¹⁸ La meta para el 2019 incluye a los países mencionados además de los que ya se encuentran en la línea de base.

	<p>http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6143&Itemid=4283</p> <ol style="list-style-type: none">3. Salvatella, R.; Irabedra, P.; Castellanos, L.G.: Interruption of vector transmission by native vectors and “the art of the possible”. Mem. Inst. Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Vol. 109(1): 122-125, febrero del 2014. http://memorias.ioc.fiocruz.br/issues/past-issues/item/1632-interruption-of-vector-transmission-by-native-vectors-and-“the-art-of-the-possible”4. Salvatella,R.; Irabedra,P.; Sánchez,D.; Castellanos, L.G.; Espinal, M.: South-south cooperation for Chagas disease. <i>The Lancet</i>, 382(9890): 395-396, agosto del 2013. http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61671-2/fulltext5. Salvatella, R.; Schmunis, G. Chagas disease. En: Medcalf, A.; Bhattacharya, S. Tropical diseases. Lessons from history. Ed.Orient Black Swan, Ed. I:88-90, Hyderabad, 2014.
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Código y título del indicador	8.4 Eliminación de la malaria
Definición del indicador	Este indicador mide el progreso logrado en los países hacia la eliminación de la malaria para el 2019, según los criterios de eliminación de la OPS/OMS.
Impacto estimado en la magnitud y la equidad	<i>Meta con respecto a la magnitud:</i> Eliminación en por lo menos tres de los siete países en la fase previa a la eliminación (ARG, BLZ, COR, ECU, ELS, MEX, PAR), en comparación con cero países en el 2013.
Propósito del indicador	Para los países cuyo objetivo es eliminar la malaria, este indicador medirá su cumplimiento de los criterios de eliminación de la malaria establecidos por la OPS/OMS y las capacidades instaladas que tienen los países. El indicador es también muy importante para vigilar el progreso de la Región con respecto a las resoluciones del Consejo Directivo de la OPS CD51.R9 (2011) y CD49.R19 (2009).
Nota técnica	Los formularios que los países utilizan para enviar actualizaciones anuales destinadas al Informe Mundial sobre la Malaria elaborado por la OPS/OMS todos los años, facilitan la notificación por los países de conjuntos importantes de datos que sirven para calcular este indicador. Este es un indicador del impacto que expresa una evaluación cualitativa de los logros de un país hacia la eliminación de la malaria
Tipo de indicador	Medida absoluta.
Unidad de medición	Se expresa como el número de países que han eliminada la malaria, por año.
Frecuencia de medición	Anual. En la mayoría de los países a menudo coincide con el último semestre del año subsiguiente y con la publicación anual programada para fin de año del Informe Mundial sobre la Malaria de la OMS (los datos del año anterior se publican anualmente en diciembre; por ejemplo, los datos del 2012 se publicarán en diciembre del 2013).
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del	Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores (CHA/VT)

indicador	
Fuente de datos	Evaluaciones conjuntas de la representación de la OPS, la unidad técnica correspondiente y los interesados directos pertinentes
Limitaciones	Variaciones en los ciclos de evaluación y presentación de informes de los países. Otra limitación es la posibilidad de que haya subjetividad durante la evaluación cualitativa.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estadísticas interactivas, paludismo. Organización Panamericana de la Salud (2014). OPS, Washington, D.C. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2632&Itemid=2130&lang=en 2. WHO. World Malaria Report 2012. 3. Resolución del Consejo Directivo de la OPS CD51.R9 (2011).

Código y título del indicador	8.5 Ningún caso humano de rabia transmitida por el perro en 35 Estados Miembros
Definición del indicador	Este indicador mide el progreso logrado en los países hacia la eliminación de los casos humanos de rabia transmitida por el perro.
Impacto estimado en la magnitud y la equidad	<i>Meta con respecto a la magnitud:</i> Ningún caso humano de rabia transmitida por el perro en 35 Estados Miembros en el 2019, en comparación con 17 Estados Miembros en el 2014.
Propósito del indicador	Medir la capacidad de los países de detectar y controlar la transmisión de la rabia canina en seres humanos.
Nota técnica	Se evaluará el indicador sobre la base de la ausencia de casos notificados por los sistemas nacionales de vigilancia a SIRVERA.
Tipo de indicador	Medida absoluta
Unidad de medición	Número de casos—recuento de casos humanos detectados por los sistemas de vigilancia.
Frecuencia de medición	Anual
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	PANAFTOSA (CHA/AFT)
Fuente de datos	Sistemas de vigilancia de los países y resultados notificados a SIRVERA (base de datos regional para rabia alojada en PANAFTOSA).
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • La elaboración y la ejecución del marco de evaluación quizá no tengan éxito. • No se dispone de datos para alimentar los indicadores sobre epidemiología y los relacionados con el proceso. • La notificación de países a SIRVERA quizá no se hace a tiempo.
Referencias	1. Sistema Regional de Vigilancia Epidemiológica de Rabia en la Américas (SIRVERA).

SECCION 1: COMPENDIO DE INDICADORES DEL IMPACTO**Meta del impacto 9: Evitar la muerte, la enfermedad y la discapacidad que surge de emergencias**

Código y título del indicador	9.1 Tasa bruta de mortalidad en emergencias
Definición del indicador	<p>La tasa bruta de mortalidad calcula la tasa a la cual los miembros de una población han muerto a lo largo de un período de tiempo dado.</p> <p>Las emergencias en este indicador se refieren a una emergencia de Grado 2 o de Grado 3, de acuerdo con el Marco de Respuesta a Emergencias, de la OMS:</p> <p>Emergencia de grado 2: un evento que ocurre en un solo país o en varios con consecuencias moderadas para la salud pública que exigen una respuesta moderada de las representaciones de la OPS/OMS o una respuesta internacional moderada de la OMS.</p> <p>Emergencia de grado 3: un evento que ocurre en un solo país o en varios con consecuencias sustanciales para la salud pública que exigen una respuesta sustancial de las representaciones de la OPS/OMS o una respuesta internacional sustancial de la OMS</p>
Impacto estimado en la magnitud y la equidad	<p><i>Meta con respecto a la magnitud:</i></p> <p>Al menos 70% de emergencias en las cuales la tasa bruta de mortalidad regresa a la línea de base aceptada (niveles anteriores al desastre) en un lapso de tres meses.</p>
Propósito del indicador	Proporciona una indicación de las defunciones atribuibles de desastre causadas por la exposición directa e indirecta a las emergencias y desastres. Esta medida es un sustituto útil para evaluar la eficacia de la gestión de los riesgos de desastres y las políticas y los programas respuesta de los países para proteger la salud de las poblaciones.
Nota técnica	La tasa bruta de mortalidad es el indicador de salud pública más importante para la vigilancia en situaciones de crisis. Una tasa bruta de mortalidad es aplicable a toda una la población, ambos sexos y todos los grupos de edad. En las situaciones de emergencia, el denominador de población y período de tiempo que más se utiliza para la tasa bruta de

	mortalidad es por 10.000 habitantes por día (es decir, el número de defunciones/10.000/día). Sin embargo, también puede expresarse por 1.000 habitantes por año, o por 1.000 habitantes por mes. Es importante señalar que los demógrafos se refieren a este indicador de mortalidad como la tasa bruta de mortalidad (TBM). ¹⁹
Tipo de indicador	Medida relativa
Unidad de medición	Porcentaje de emergencias
Frecuencia de medición	La tasa bruta de mortalidad para cada emergencia se modificará mensualmente después de la emergencia con la información recopilada de los países miembros y los asociados. La información recabada para las emergencias que ocurren entre enero y diciembre de un año dado se analizará en junio del siguiente año.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Unidad de Información y Análisis de Salud (CHA/HA) y PED/EOC
Fuente de datos	Datos sobre mortalidad regional publicados por la OPS/OMS, y las bases de datos del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); estadísticas oficiales del país e informes demográficos; cálculos del Estudio de Carga Mundial de Morbilidad
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Notificación inexacta de defunciones causadas por desastres • Ausencia de información fidedigna sobre la tasa bruta de mortalidad • Retraso en la recepción de información sobre la tasa bruta de mortalidad
Referencias	1. Centro de Investigación sobre Epidemiología de los Desastres (CRED). http://cedat.be/glossary

¹⁹ Puede encontrar más información en la página del glosario del Centro de Investigación sobre Epidemiología de los Desastres. En: <http://cedat.be/glossary>.

SECTION 2: COMPENDIUM OF OUTCOME INDICATORS

CATEGORÍA 1. ENFERMEDADES TRANSMISIBLE

1.1 VIH/SIDA e ITS

Código y título del indicador	RIT 1.1.1 COBERTURA CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL
Nombre del indicador	Número de países y territorios que tienen una cobertura de 80% con el tratamiento antirretroviral en la población que reúne los requisitos ²⁰
Definición del indicador	Este indicador mide la cobertura del acceso al tratamiento antirretroviral. Una cobertura de 80% o mayor de las personas que reúnen las condiciones para recibir tratamiento se define internacionalmente como acceso universal. Línea de base en el 2013: 6 Meta para el 2019: 22
Propósito del indicador	El propósito de este indicador propuesto es vigilar el acceso al tratamiento antirretroviral, elemento clave del proceso continuo de prevención, tratamiento y atención que influye mucho en los resultados de salud pública, entre ellos la reducción de la morbilidad y mortalidad relacionadas con la infección por el VIH y la prevención de la transmisión.
Nota técnica	Cálculo a nivel de país: Para el cálculo a nivel de país, el numerador es el número de personas que reciben tratamiento antirretroviral. Esta cifra se obtiene de los informes proporcionados por los ministerios de salud. El denominador es la estimación del número de personas que necesitan tratamiento antirretroviral ²⁰ . Los denominadores de país, que se generan usando métodos e instrumentos estandarizados de modelación estadística, son proporcionados por el ONUSIDA. Cálculo a nivel regional: Después de calcular el porcentaje de cobertura a nivel de país, se obtiene el indicador regional contando el número de países y territorios con una cobertura de 80% o mayor. Se usan varias fuentes de datos, dado que no todos los países están comprendidos en los diversos informes. La recopilación de datos a nivel de país es continua y la cobertura se calcula a fin de año.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios

²⁰ Hasta mediados del 2013, la población que reunía los requisitos eran las personas con infección por el VIH cuyo número de linfocitos CD4 era de 350/ml o menos. De acuerdo con las nuevas directrices de la OMS publicadas en junio del 2013, el umbral recomendado para iniciar el tratamiento antirretroviral ha aumentado a un número de linfocitos CD4 de 500/ml o menos, lo cual significa que el número de personas que reúne los requisitos (el denominador) va a aumentar.

Frecuencia de medición	Anual, a fin de año
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual (CHA/HT)
Fuente de datos	ONUSIDA y OMS, informes sobre el acceso universal de los países e <i>Informe mundial de avances en la lucha contra el sida</i>
Limitaciones	<p>Hay algunas incertidumbres con respecto a la exactitud del modelo estadístico cuando se lo aplica a países más pequeños con epidemias concentradas.</p> <p>Es muy difícil hacer un cálculo fiable de los denominadores en las poblaciones muy pequeñas. Además, el ONUSIDA no está generando denominadores para todos los países, entre ellos los pequeños estados insulares.</p> <p>El cambio recomendado en los requisitos para recibir tratamiento, pasando de un umbral de 350 linfocitos CD4 por mililitro a 500 por mililitro, llevará a un aumento en el número de personas que reúnen los requisitos (el denominador) y, por consiguiente, a una disminución aparente de la cobertura. Habrá que tener en cuenta las repercusiones de este cambio en el seguimiento del indicador.</p> <p>Este indicador expresa la cobertura general con tratamiento antirretroviral, pero no las inequidades en la cobertura, en particular aquellas relacionadas con poblaciones clave como hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, profesionales del sexo y personas transgénero. Algunas cuestiones locales, como los inmigrantes no documentados, también influirán en la exactitud del indicador. Es fundamental continuar vigilando el acceso de estas poblaciones clave al tratamiento, así como la calidad de la atención que reciben.</p>
Referencias	<p>1. Organización Panamericana de la Salud. Marco de monitoreo del continuo de la atención al VIH. 2014. Anexo al informe de reunión: Consulta Regional en América Latina y el Caribe sobre información epidemiológica de la infección por el VIH. Washington, DC: OPS, abril 2014. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=25752&lang=es [consultado el 4 de septiembre del 2014].</p>

Código y título del indicador	RIT 1.1.2 COBERTURA CON TRATAMIENTO PROFILÁCTICO DEL VIH PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL
Nombre del indicador	Número de países y territorios que tienen por lo menos 95% de cobertura del tratamiento profiláctico del VIH para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el progreso en la administración de tratamiento antirretroviral a las mujeres infectadas por el VIH para prevenir la transmisión vertical.</p> <p>Línea de base en el 2013: 0 Meta para el 2019: 24</p>
Propósito del indicador	<p>En el 2010, los Estados Miembros de la OPS aprobaron la <i>Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita</i> para el 2015 (resolución CD50.R12).</p> <p>El riesgo de transmisión maternoinfantil del VIH puede reducirse considerablemente con la administración de antirretrovirales a las embarazadas infectadas, en combinación con otras medidas, entre ellas la administración de antirretrovirales al lactante expuesto y el empleo de prácticas seguras en el parto y métodos más seguros de alimentación del lactante.</p> <p>Este indicador mide el progreso hacia el logro de las metas de eliminación al vigilar este elemento importante de la cascada de prevención.</p>
Nota técnica	<p>Cálculo a nivel de país:</p> <p>A nivel de país, el numerador es el número de embarazadas infectadas por el VIH que recibieron antirretrovirales para reducir la transmisión maternoinfantil durante los 12 meses anteriores. 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 embarazadas con infección por el VIH.</p> <p>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.</p> <p>El denominador es el número estimado de embarazadas infectadas por el VIH correspondiente a los 12 meses anteriores. Para estimar el denominador se pueden usar dos métodos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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). Usar un modelo de proyección como el proporcionado por el

	<p>software Spectrum (es decir, usar como producto el número de embarazadas que necesitan tratamiento para la prevención de la transmisión materno-infantil). Este método está indicado en los países con epidemias generalizadas. En países donde hay pocas epidemias o las epidemias están concentradas, este método puede presentar un alto grado de incertidumbre.</p> <p>Cálculo a nivel regional: Después de calcular el porcentaje de cobertura a nivel de país, se obtiene el indicador regional contando el número de países y territorios con una cobertura de 95% o mayor.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Anualmente, a fines del año civil
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual (CHA/HT)
Fuente de datos	Sistema de informes sobre el acceso universal
Limitaciones	<p>Este indicador mide los antirretrovirales entregados, pero no los consumidos. En consecuencia, no permite determinar si se ha cumplido el régimen antirretroviral completo ni hacer una distinción entre los diversos regímenes y tratamientos antirretrovirales usados para profilaxis.</p> <p>Podría haber discrepancias entre los denominadores generados por los países y los denominadores generados con modelos de proyección o basados en las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas.</p>
Referencias	<p>1. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita. Estrategia de monitoreo regional. Organización Panamericana de la Salud, 2ª edición. Washington, DC: OPS, 2013. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=22670&lang=es [consultada el 4 de septiembre del 2014].</p>

Código y título del indicador	RIT 1.1.3 COBERTURA DE LAS EMBARAZADAS CON EL TRATAMIENTO PARA LA SÍFILIS
Nombre del indicador	Número de países y territorios que tienen por lo menos 95% de cobertura del tratamiento para la sífilis en embarazadas
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el porcentaje de embarazadas que dieron positivo para la sífilis y que recibieron tratamiento apropiado. El tratamiento apropiado para la sífilis en las embarazadas consiste en por lo menos una dosis de penicilina G por vía intramuscular.</p> <p>Línea de base en el 2013: 0 Meta para el 2019: 22</p>
Propósito del indicador	<p>En 1995, los Estados Miembros de la OPS aprobaron el <i>Plan regional de acción para la eliminación de la sífilis congénita</i> (resolución CD38.R8). En el 2010 renovaron este compromiso con la adopción de la <i>Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita</i> para el 2015 (resolución CD50.R12).</p> <p>La transmisión maternoinfantil de sífilis puede interrumpirse con la administración oportuna de una dosis apropiada de penicilina.</p> <p>Este indicador vigila la cobertura del tratamiento en las embarazadas que han dado positivo para la sífilis.</p>
Nota técnica	<p>Cálculo a nivel de país: A nivel de país, el numerador es el número de embarazadas que dieron positivo para la sífilis durante el embarazo y que recibieron tratamiento apropiado. Se calcula a partir de los registros de los establecimientos de salud.</p> <p>El tratamiento para las mujeres infectadas por sífilis puede proporcionarse en diversos sitios (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.</p> <p>El denominador es el número de embarazadas con serología positiva para sífilis durante el embarazo. Se extrae de los registros del programa nacional, que se forman combinando los registros de los establecimientos de asistencia sanitaria.</p> <p>Nota: 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 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.</p> <p>Cálculo a nivel regional:</p>

	Después de calcular el porcentaje de cobertura a nivel de país, se obtiene el indicador regional contando el número de países y territorios con una cobertura de 95% o mayor.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Anualmente, a fines del año civil
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual (CHA/HT)
Fuente de datos	Ministerios de salud y sistema de informes sobre el acceso universal
Limitaciones	Este indicador refleja la cobertura de las embarazadas sometidas a pruebas para detectar la sífilis. Por consiguiente, no es un indicador basado en la población. Los cálculos basados en una cobertura elevada con la prueba de detección de la sífilis en la atención prenatal se aproximarían a una cobertura basada en la población (véase el método de cálculo precedente).
Referencias	1. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita. Estrategia de monitoreo regional. Organización Panamericana de la Salud, 2ª edición. Washington, DC: OPS, 2013. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=22670&lang=es [consultada el 4 de septiembre del 2014].

CATEGORÍA 1. ENFERMEDADES TRANSMISIBLE**1.2 Tuberculosis**

Código y título del indicador	RIT 1.2.1 PACIENTES CON TUBERCULOSIS TRATADOS CON ÉXITO
Nombre del indicador	Número acumulado de pacientes con tuberculosis confirmada bacteriológicamente tratados con éxito en programas que han adoptado la estrategia recomendada por la OMS desde 1995
Definición del indicador	<p>El indicador mide la suma obtenida a partir de la contribución de cada país de la Región sobre el número de pacientes con tuberculosis confirmada bacteriológicamente tratados con éxito en el programa.</p> <p>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 un paciente curado o que ha terminado 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.²¹</p> <p>Línea de base en el 2013: 1.450.000 pacientes Meta para el 2019: 2.500.000 pacientes</p>
Propósito del indicador	Muestra el esfuerzo en la vigilancia y la aplicación del tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) y la estrategia Alto a la Tuberculosis en todos los países de la Región en los pacientes con tuberculosis confirmada.
Nota técnica	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.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de pacientes
Frecuencia de medición	Anual. Los datos recibidos en mayo corresponden a los datos notificados del año anterior.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento	VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual (CHA/HT)

²¹ Basado en las *Definiciones y marco de trabajo para la notificación de tuberculosis—Revisión 2013*. Ginebra: OMS; 2013.

del indicador	
Fuente de datos	Los datos se obtienen de los informes anuales de los países por medio del sistema mundial de recopilación de datos sobre la tuberculosis, de la OMS.
Limitaciones	El número de casos de tuberculosis que terminaron el tratamiento durante un año determinado está disponible para el análisis dos años después. Este método de notificación causa demoras en la oportunidad para responder y la cooperación técnica del programa regional de tuberculosis.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. World Health Organization. The Stop TB Strategy: Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals. Ginebra: OMS; 2006. La versión completa [en inglés] se puede encontrar en: http://www.who.int/tb/strategy/en/ [consultada el 4 de septiembre del 2014]. Se puede encontrar un resumen en español en: http://www.who.int/tb/strategy/es/. 2. Organización Mundial de la Salud. Definiciones y marco de trabajo para la notificación de tuberculosis-Revisión 2013. Ginebra: OMS; 2013. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/111016/1/9789243505343_spa.pdf?ua=1 [consultado el 4 de septiembre del 2014]. 3. World Health Organization. Global tuberculosis report 2013. Ginebra: OMS; 2013. Se puede encontrar la versión completa [en inglés] en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/ [consultado el 4 de septiembre del 2014]. Se puede encontrar un resumen en español en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/.

Código y título del indicador	RIT 1.2.2 TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE
Nombre del indicador	Número anual de pacientes con tuberculosis multirresistente presunta o confirmada, <u>basado en las definiciones de la OMS (2013)</u> , incluidos los casos resistentes a la rifampicina, que reciben tratamiento para la tuberculosis multirresistente <u>en (la Región de) las Américas</u>
Definición del indicador	Este indicador mide el número total de pacientes con tuberculosis multirresistente (incluidos todos los casos de resistencia a la rifampicina) en la Región que reciben tratamiento en el programa regional de tuberculosis. Línea de base en el 2013: 2.960 pacientes Meta para el 2019: 5.490 pacientes
Propósito del indicador	El propósito del indicador es mostrar el aumento de la detección de casos de multirresistencia en la Región como resultado de las contribuciones y los esfuerzos específicos realizados por cada país junto con la cooperación técnica del programa regional de tuberculosis.
Nota técnica	El indicador se calcula sumando el número de pacientes con tuberculosis multirresistente (incluidos los casos resistentes a la rifampicina) que reciben tratamiento en los países cada año.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de pacientes
Frecuencia de medición	Anual. Los datos recibidos en mayo corresponden a los datos notificados del año anterior.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual (CHA/HT)
Fuente de datos	Los datos se obtienen de los informes anuales de país por medio del sistema mundial de recopilación de datos sobre la tuberculosis, de la OMS.
Limitaciones	El número de pacientes tuberculosos que reciben tratamiento para la tuberculosis multirresistente se sabe solo después de un año. Este método de notificación de las causas demora la oportunidad para responder y la cooperación técnica del programa regional de control de la tuberculosis.
Referencias	1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2013. Ginebra: OMS; 2013. Se puede encontrar la versión completa [en inglés] en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/ [consultado el 4 de septiembre del 2014]. Se puede encontrar un resumen en español en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/ .

Código y título del indicador	RIT 1.2.3 NUEVOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS DIAGNOSTICADA
Nombre del indicador	Porcentaje de nuevos pacientes con tuberculosis diagnosticada en comparación con el total de casos incidentes de tuberculosis
Definición del indicador	Este indicador mide los nuevos casos detectados anualmente por los Estados Miembros en comparación con los casos anuales estimados por la OMS. Línea de base en el 2013: 79% Meta para el 2019: 90%
Propósito del indicador	La finalidad de este indicador es mostrar la efectividad de los esfuerzos de los países para detectar casos y alcanzar la meta de 90% para el 2019.
Nota técnica	Cálculo a nivel regional: El numerador se calcula sumando el número de pacientes con tuberculosis diagnosticada en los países el año anterior. El denominador se calcula sumando el número de casos estimados por la OMS para cada país en el mismo año, multiplicándolo por 100.
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de medición	Anual. Los datos recibidos en mayo corresponden a los datos notificados del año anterior.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual (CHA/HT)
Fuente de datos	Los datos del numerador se obtienen de los informes anuales de país por medio del sistema mundial de recopilación de datos sobre la tuberculosis, de la OMS. Los datos del denominador se obtienen de las estimaciones publicadas en el informe mundial anual de la OMS sobre la tuberculosis.
Limitaciones	El número de pacientes con tuberculosis diagnosticada se sabe solo después de un año. Este método de notificación causa demoras en la oportunidad para responder y la cooperación técnica del programa regional de control de la tuberculosis.
Referencias	1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2013. Ginebra: OMS; 2013. Se puede encontrar la versión completa [en inglés] en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/ [consultado el 4 de septiembre del 2014]. Se puede encontrar un resumen en español en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/ .

CATEGORÍA 1. ENFERMEDADES TRANSMISIBLE**1.3 Malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores (incluidos el dengue y la enfermedad de Chagas)**

Código y título del indicador	RIT 1.3.1 TRATAMIENTO DE LA MALARIA Y POLÍTICA EN LA MATERIA
Nombre del indicador	Porcentaje de casos confirmados de malaria en el sector público que reciben tratamiento con antimaláricos de primera línea de acuerdo con la política nacional (sobre la base de las recomendaciones de la OPS/OMS)
Definición del indicador	Proporción de pacientes diagnosticados con malaria (por microscopia o prueba de diagnóstico rápido) en instituciones del gobierno que recibieron el tratamiento antimalárico correspondiente de acuerdo con la política nacional recomendada por la OPS/OMS.* Línea de base en el 2013: 85% Meta para el 2019: 95%
Propósito del indicador	Este indicador concuerda con el indicador principal utilizado en el Programa Mundial contra el Paludismo, de la OMS, y refleja la importancia de las pruebas, el tratamiento y el seguimiento (es decir, los casos se confirman con una prueba de diagnóstico apropiada, el acceso a antimaláricos eficaces es fiable y el sector público desempeña una función clave o de coordinación en el seguimiento del progreso y la aplicación de políticas relacionadas con la malaria).
Nota técnica	Cálculo a nivel regional: El numerador es el número de casos de malaria confirmados en el sector público que reciben tratamiento antimalárico de primera línea de acuerdo con la política nacional. El denominador es el número total de casos de malaria confirmados en el sector público. El resultado se multiplica por 100.
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de medición	Anual. En la mayoría de los países a menudo coincide con el último semestre del año subsiguiente y con la publicación anual programada para fin de año del informe mundial de la OMS sobre la malaria (los datos del año anterior se publican anualmente en diciembre; por ejemplo, los datos del 2012 se publicarán en diciembre del 2013).
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores (CHA/VT)
Fuente de datos	Informes de país preparados con los formularios para el informe mundial de la OPS/OMS sobre la malaria y presentados por las autoridades nacionales a la representación de la OPS y a la unidad técnica correspondiente.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Variaciones en los ciclos de presentación de informes de los países. • El indicador no incluye necesariamente la cobertura del sector privado, que es importante en el contexto de la eliminación de la malaria.

	<ul style="list-style-type: none">• El indicador no mide necesariamente la ejecución de otras políticas importantes relacionadas con la malaria que no se refieren al tratamiento y el diagnóstico.
Referencias	<ol style="list-style-type: none">1. Resoluciones CD51.R9 y CD49.R9 del Consejo Directivo de la OPS, y las <i>Directrices para el tratamiento de la malaria</i> (OMS, 2011), entre otras.

Código y título del indicador	RIT 1.3.2 ELIMINACIÓN DE LA MALARIA
Nombre del indicador	Número de países y territorios con capacidad instalada para eliminar la malaria
Definición del indicador	Número de países que cumplen los criterios de la OMS para la fase programática de eliminación de la malaria de acuerdo con las directrices de la OMS (2012). Línea de base en el 2013: 10 Meta para el 2019: 21
Propósito del indicador	El cumplimiento de los parámetros necesarios es una medida concreta de la calidad y la solidez del programa nacional de malaria de cada país. Además, el indicador es muy importante para dar seguimiento al progreso de la Región en consonancia con las resoluciones CD51.R9 y CD49.R19 del Consejo Directivo de la OPS.
Nota técnica	Este indicador de resultado intermedio expresa una evaluación cualitativa de la capacidad y las perspectivas de un país para eliminar la malaria. La lista de verificación se basa en las directrices de la OMS (2012), que incluyen criterios relacionados con la carga y los focos de malaria (véase la referencia); la ejecución de intervenciones clave de diagnóstico, tratamiento y vigilancia en los sectores público y privado; otras medidas facilitadoras; el compromiso político de los interesados directos; etc.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Se actualiza una vez al año. En la mayoría de los países a menudo coincide con el último semestre del año anterior y con la publicación anual programada para fin de año del informe mundial de la OMS sobre la malaria (los datos del año anterior se publican anualmente en diciembre; por ejemplo, los datos del 2012 se publicaron en diciembre del 2013).
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores (CHA/VT)
Fuente de datos	Evaluaciones conjuntas de la representación de la OPS, la unidad técnica correspondiente y los interesados directos pertinentes
Limitaciones	Variaciones en los ciclos de evaluación y presentación de informes de los países. Otras limitaciones incluyen la posible subjetividad de las evaluaciones cualitativas y la posibilidad de que los criterios o requisitos relativos a la capacidad también evolucionen y cambien con el tiempo.
Referencias	1. World Health Organization. World Malaria Report 2012. Ginebra: OMS; 2012 [en inglés]. Se puede encontrar un resumen en español en: http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/en/ . (cuadro R.2 en la página 67 de la versión en inglés).

Código y título del indicador	RIT 1.3.3 MANEJO DE PACIENTES CON DENGUE
Nombre del indicador	Número de países y territorios con capacidad instalada para el manejo de todos los casos de dengue
Definición del indicador	Número de países que han actualizado sus guías nacionales sobre el dengue de acuerdo con las guías de la OPS/OMS del 2012 y han capacitado a los médicos clínicos a nivel subnacional. Línea de base en el 2013: 14 Meta para el 2019: 30
Propósito del indicador	Indica el progreso en la implementación de las guías sobre el dengue de la OPS/OMS para el manejo de pacientes a fin de prevenir las muertes causadas por el dengue en la Región de las Américas.
Nota técnica	Se calcula contando los países que demuestran que han actualizado sus guías nacionales sobre el dengue, y que los médicos y las enfermeras, especialmente en el nivel de atención primaria de salud, han sido capacitados por el Programa Regional del Dengue o por el Grupo Técnico de Dengue (GT-Dengue) en el uso de las guías de la OPS/OMS para el manejo de pacientes con dengue.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Semestralmente, una vez por semestre
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores (CHA/VT)
Fuente de datos	Informes de visitas de seguimiento realizadas por expertos internacionales en dengue (GT-Dengue) o informes de país sobre el progreso en la ejecución de la Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y el Control del Dengue (EGI-dengue). Las visitas de expertos internacionales se hacen a solicitud de los países o para responder a brotes.
Limitaciones	Si bien el indicador mide las acciones de cada país para aplicar las guías sobre el dengue recomendadas por la OPS/OMS al capacitar al personal médico y de enfermería a nivel nacional y subnacional, no mide el porcentaje de progreso. Además, la posible introducción de una vacuna nueva contra el dengue plantea nuevos retos y oportunidades para el manejo de casos de dengue. Según la situación, el programa regional del dengue se reserva el derecho a modificar o actualizar las guías sobre el dengue de la OPS/OMS según sea necesario, siguiendo las recomendaciones del GT-Dengue.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud, Programa Especial para la Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales. Dengue: Guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Nueva edición, 2009. Ginebra: OMS; 2009. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44504/1/9789995479213_spa.pdf 2. World Health Organization. Global Strategy for dengue prevention and control, 2012–2020. Ginebra: OMS; 2012. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75303/1/9789241504034_eng.pdf.

Código y título del indicador	RIT 1.3.4 ENFERMEDAD DE CHAGAS
Nombre del indicador	Número de países y territorios donde toda la zona o unidad territorial endémica tiene un índice de infestación doméstica (por la especie principal de vectores de triatomos o por el vector sustituto, según sea el caso) inferior o igual a 1%
Definición del indicador	Número de países y territorios que han alcanzado un índice establecido de infestación doméstica por el vector implícito como resultado de una posible disminución de la transmisión por vectores a los seres humanos. Línea de base en el 2013: 17 Meta para el 2019: 21
Propósito del indicador	Muestra el progreso logrado por el programa de control de vectores (antitriatomos) en un país, territorio o zona geográfica donde la enfermedad de Chagas es endémica, en un momento determinado en que el índice de infestación doméstica (por la especie principal de triatomos vectores o por un vector sustituto, según sea el caso) es inferior o igual a 1%, como resultado de una reducción o de la interrupción de la transmisión por vectores.
Nota técnica	Cálculo a nivel de país: El índice doméstico de infestación (por la especie principal de triatomos vectores o por el vector sustituto, según sea el caso) para cada país se calcula dividiendo el número de viviendas infestadas por el número de viviendas encuestadas en una zona determinada; el resultado se multiplica por 100. Cálculo a nivel regional: El indicador regional se obtiene contando el número de países endémicos donde el índice doméstico de infestación (por la especie principal de triatomos vectores o por el vector sustituto, según sea el caso) es inferior o igual a 1%.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Los datos se obtienen de los informes anuales de los países recibidos para la reunión anual de Iniciativas Subregionales de Prevención, Control y Atención de la Enfermedad de Chagas. También se obtienen datos complementarios de los informes de evaluación en el terreno preparados por misiones internacionales junto con el Programa Regional de Chagas, de la OPS/OMS.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores (CHA/VT)
Limitaciones	Los datos muestran en general solo la situación reflejada en las muestras representativas y las encuestas entomológicas y seroepidemiológicas complementarias.
Referencias	1. Salvatella R, Irabedra P, Sánchez D, Castellanos LG, Espinal M. South-south cooperation for Chagas disease. <i>The Lancet</i> 3 August 2013;382(9890): 395-396, agosto del 2013. http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61671-2/fulltext

	<ol style="list-style-type: none">2. Salvatella R, Schmunis G. Chagas disease. In: Medcalf A, Bhattacharya S. Tropical diseases. Lessons from history. Ed.Orient Black Swan, Ed.I:88-90, Hyderabad, 2014.3. Gobiernos de El Salvador, Guatemala, Honduras, Japón y Nicaragua. Buenas prácticas en el control de la enfermedad de Chagas en Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua. Tokio: Ed. JICA; 2014.4. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa de los países de América Central, para la interrupción de la transmisión vectorial y transfusional de la enfermedad de Chagas (IPCA). Historia de 12 años de una iniciativa subregional 1998-2010. Washington, DC: OPS; 2011 (OPS/HSD/CD/005-11). Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6143&Itemid=4283&lang=es.5. Salvatella, R.; Irabedra, P.; Castellanos, L.G. Interruption of vector transmission by native vectors and “the art of the possible”. Mem. Inst. Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Vol. 109(1): 122-125, febrero del 2014. http://memorias.ioc.fiocruz.br/issues/past-issues/item/1632-interruption-of-vector-transmission-by-native-vectors-and-“the-art-of-the-possible”.
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CATEGORÍA 1. ENFERMEDADES TRANSMISIBLE**1.4 Enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas**

Código y título del indicador	RIT 1.4.1 LEISHMANIASIS
Nombre del indicador	Número de países que han registrado un aumento anual en la proporción de casos diagnosticados y tratados de leishmaniasis, según el tratamiento recomendado en las directrices de la OPS/OMS
Definición del indicador	<p>El diagnóstico temprano y el tratamiento apropiado de la leishmaniasis cutánea, mucocutánea y visceral son esenciales para mitigar las formas graves de la enfermedad que pueden causar deformidades o la muerte, según la forma clínica que se presente. Este indicador muestra el 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.</p> <p>Línea de base en el 2013: 0 Meta para el 2019: 12</p>
Propósito del indicador	El indicador da seguimiento al progreso (cobertura de diagnóstico y tratamiento) del Programa Regional de Leishmaniasis de la OPS/OMS en un país endémico durante un período determinado.
Nota técnica	<p>El indicador se calcula teniendo en cuenta lo siguiente:</p> <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 leishmaniasis visceral. • Hay países con ambos tipos de leishmaniasis y países con un solo tipo. • Hay que calcular: 1) el aumento anual de la proporción de casos diagnosticados según los criterios de laboratorio, y 2) el aumento anual de la proporción de casos tratados como resultado de un aumento de la calidad y la cobertura de la atención médica. <p>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.</p> <p>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 aumento o la disminución de los casos de leishmaniasis diagnosticados según los criterios de laboratorio y tratados en cada país.</p> <p>Este número único final reflejará el aumento o la disminución proporcional de todos los casos de leishmaniasis que se han diagnosticado, tratado y notificado correctamente en cada país de la Región de las Américas.</p> <p>Es importante observar que la OPS mantendrá un registro de los informes</p>

	por país, por tipo de leishmaniasis, y por casos tratados y diagnosticados.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores (CHA/VT)
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Datos sobre los países de los sistemas nacionales o los informes nacionales anuales registrados anualmente en el Sistema Regional de Leishmaniasis
Limitaciones	Debido a que los datos del Sistema Regional de Leishmaniasis solo reflejan la información proporcionada por los países, se desconoce si hay información relacionada con el diagnóstico y el tratamiento de los casos que no se está teniendo en cuenta.
Referencias	1. Organización Panamericana de la Salud. Leishmaniasis en las Américas: recomendaciones para el tratamiento. Washington, DC: OPS, 2013.

Código y título del indicador	RIT 1.4.2 LEPRA
Nombre del indicador	Número de países y territorios endémicos con una carga elevada de lepra que han reducido en 35% la tasa de casos nuevos con discapacidad de grado 2 por 100.000 habitantes en comparación con sus propios datos correspondientes a la línea de base del 2012
Definición del indicador	<p>Las discapacidades en los casos de lepra se deben principalmente al diagnóstico tardío y el tratamiento inadecuado de reacciones leprosas. Este indicador da seguimiento a la reducción de la carga de morbilidad de la lepra.</p> <p>Parámetros clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de casos nuevos con discapacidad de grado 2 por año • Estimaciones de la población del país para mediados del año correspondiente <p>Línea de base en el 2013: 0/10 Meta para el 2019: 10/10</p>
Propósito del indicador	La reducción de la tasa y la prevención de casos nuevos de lepra con discapacidad de grado 2 es uno de los objetivos principales de la <i>Estrategia mundial mejorada para reducir la carga de morbilidad debida a la lepra: 2011-2015</i> , de la OMS. Este indicador es útil para dar seguimiento a la adopción de métodos innovadores de búsqueda de casos a fin de reducir la demora en el diagnóstico de casos de lepra y la aparición de discapacidades de grado 2 en los casos nuevos, entre ellos el examen de contactos familiares de casos en el momento del diagnóstico y la adopción de medidas especiales para mejorar las actividades de control en las poblaciones que viven en zonas suburbanas y de difícil acceso.
Nota técnica	<p>Cálculo a nivel de país:</p> <p>La tasa de casos nuevos con discapacidad de grado 2 entre los casos nuevos por 100.000 habitantes se calcula de la siguiente manera:</p> <p>Número de casos nuevos con discapacidad de grado 2 detectados en un año dado, multiplicado por 100.000; el resultado se divide por la población estimada del país a mitad del año.</p> <p>La reducción de la tasa de casos nuevos con discapacidad de grado 2 por 100.000 habitantes se calcula de la siguiente manera: $100 - [(tasa \text{ de casos nuevos con discapacidad de grado 2 entre los casos nuevos por } 100.000 \text{ habitantes en un país dado en el año meta (2015, 2017 o 2019) / tasa de casos nuevos con discapacidad de grado 2 entre los casos nuevos por } 100.000 \text{ habitantes en el año de la línea de base)} \times 100]$. La reducción se expresa como porcentaje.</p> <p>Cálculo a nivel regional:</p> <p>El indicador regional se obtiene contando el número de países y territorios que redujeron en 35% la tasa de casos nuevos con discapacidad de grado 2 por 100.000 habitantes en comparación con sus propios datos correspondientes a la línea de base del 2012.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios

Frecuencia de medición	Anualmente, a más tardar el 1 de julio del año siguiente (año X + 1) al año sobre el cual se reciben los informes (año X).
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores (CHA/VT)
Fuente de datos	Informes anuales de los directivos de los programas nacionales de eliminación de la lepra al Programa Regional contra la Lepra, de la OPS, por medio de las representaciones de la OPS en los países.
Limitaciones	<p>Los retos principales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la concientización sobre la importancia de evaluar y registrar la discapacidad de grado 2 en todos los casos recién diagnosticados en el momento del diagnóstico; • el seguimiento del porcentaje de casos en los cuales se lleva a cabo esta evaluación; y • la capacitación adecuada y la normalización para evaluar el grado de discapacidad.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. Enhanced global strategy for further reducing the disease burden due to leprosy (2011-2015), Operational Guidelines (updated). Nueva Delhi: OMS/SEARO; 2009. Se puede encontrar en: http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/WHO_Publications/OperationalGuidelines_2011_2015_FINAL.pdf [consultado el 4 de septiembre del 2014]. 2. World Health Organization 2012. WHO expert committee on Leprosy. Eighth report. Ginebra: OMS; 2012 (WHO Technical report series no. 968). Se puede encontrar en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75151/1/WHO_TRS_968_eng.pdf.

Código y título del indicador	RIT 1.4.3 FILARIASIS LINFÁTICA
Nombre del indicador	Número de países endémicos que han logrado la meta de cobertura de <u>tratamiento</u> recomendada (65% o más) de la población en riesgo de contraer filariasis linfática
Definición del indicador	<p>La cobertura de tratamiento es la proporción de la población en riesgo de contraer filariasis linfática que fue tratada (la meta es alcanzar una cobertura de 65% como mínimo). Con este indicador se vigilará el cumplimiento de la cobertura de tratamiento en los países endémicos cuya población todavía necesita la administración masiva de medicamentos para la filariasis linfática (una vez al año).</p> <p>Línea de base en el 2013: 1/4 Meta para el 2019: 4/4</p>
Propósito del indicador	<p>A fin de interrumpir la transmisión por vectores del parásito que causa la filariasis linfática, la OMS (2011) recomienda una cobertura de 65% como mínimo de la población general en riesgo con los medicamentos usados para la administración masiva de medicamentos, administrados anualmente.</p> <p>La medida clave para lograr la eliminación de la filariasis linfática consiste en llegar, cada año durante cinco o más años, a 65% de la población en riesgo que toma el medicamento para reducir la carga de microfilaremia en sangre y, por consiguiente, interrumpir la transmisión. Con este fin, el indicador permitirá dar seguimiento al logro de niveles adecuados de cobertura de tratamiento en la población cada año.</p>
Nota técnica	<p>Se recomienda la cobertura programática o epidemiológica de la población en riesgo en la unidad de implementación o área objetivo. Este indicador permitirá determinar la posibilidad de realizar una encuesta para evaluar la transmisión.</p> <p>La medida general recomendada por la OMS se conoce como la cobertura epidemiológica con medicamentos del programa, que se calcula para cada unidad de implementación de la siguiente manera: el número de personas que tomaron los medicamentos durante la administración masiva de medicamentos se divide por el total de la población de la unidad de implementación y el resultado se multiplica por 100. La meta es 65% o mayor.</p> <p>Además, la cobertura puede medirse en la población meta o que reúne las condiciones para recibir tratamiento, por unidad de implementación. Esta cobertura se define como el número de personas que han tomado los medicamentos durante la administración masiva de medicamentos en las unidades de implementación dividido por el total de las personas que reúnen las condiciones para recibir tratamiento en la unidad de implementación; el resultado se multiplica por 100 (la población que reúne las condiciones para recibir tratamiento generalmente representa alrededor de 85% de la población de una unidad de implementación, ya que no se debe incluir la administración masiva de medicamentos a niños menores de 2 años, embarazadas y personas gravemente enfermas).</p> <p>La cobertura que debe usarse para la adopción de decisiones o la realización de encuestas para evaluar la transmisión es la cobertura programática o</p>

	epidemiológica y no la cobertura de la población destinataria o que reúne las condiciones para recibir tratamiento.
Tipo de indicador	Absoluto. Un país ha logrado la cobertura mínima o no la ha logrado.
Unidad de medición	Número de países
Frecuencia de medición	Anual, tras la conclusión de la ronda anual de administración masiva de medicamentos llevada a cabo por el programa nacional contra la filariasis linfática. Los datos suelen sumarse y notificarse a fin de año.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores (CHA/VT)
Fuente de datos	Información obtenida a partir de los datos compilados por las autoridades sanitarias nacionales y de distrito y por sus colaboradores (ONG y otras organizaciones y entidades) después de cada ciclo de administración masiva de medicamentos
Limitaciones	La compilación, la confirmación y el examen de los datos de cobertura obtenidos en el terreno (a menudo en comunidades diversas o aisladas) llevan mucho tiempo, razón por la cual las autoridades nacionales a veces se demoran involuntariamente en la presentación de datos a la OPS.
Referencias	1. Organización Mundial de la Salud. Monitoreo y evaluación epidemiológica de la administración masiva de medicamentos en el Programa Global de Eliminación de la Filariasis Linfática. Manual para los programas nacionales de eliminación. Ginebra: OMS; 2011. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15814&Itemid .

Código y título del indicador	RIT 1.4.4 ONCOCERCOSIS
Nombre del indicador	Número de países endémicos que han logrado la meta de cobertura de tratamiento recomendada (85% o más para cada ronda de tratamiento) de la población en riesgo de contraer oncocercosis
Definición del indicador	<p>La cobertura de tratamiento es la proporción de la población en riesgo de contraer oncocercosis que reúne las condiciones para recibir tratamiento y que fue tratada (la meta es alcanzar una cobertura de 85% como mínimo en cada ronda de tratamiento). Con este indicador se da seguimiento al cumplimiento de la cobertura de tratamiento en los países endémicos cuya población todavía necesita la administración masiva de medicamentos para la oncocercosis (dos o cuatro veces por año según el nivel de endemicidad).</p> <p>La población que reúne las condiciones para recibir tratamiento incluye los mayores de 5 años que viven en las comunidades afectadas, excluyendo los enfermos crónicos, las embarazadas y los lactantes en su primer año de vida.</p> <p>Línea de base en el 2013: 1/2 Meta para el 2019: 2/2</p>
Propósito del indicador	<p>La cobertura meta recomendada de 85%, lograda por medio de la administración masiva de medicamentos, es la mínima recomendada por la OMS para interrumpir la transmisión por vectores del parásito que causa la oncocercosis.</p> <p>La medida clave para lograr la eliminación de la oncocercosis consiste en tener un número elevado de personas que toman el medicamento para matar el parásito cada año durante aproximadamente 16 años, según las características epidemiológicas locales y la frecuencia anual de las rondas de administración masiva de medicamentos. Por lo tanto, el indicador elegido debe reflejar el número de personas que toman el medicamento cada año y en cada ciclo de tratamiento, es decir, la cobertura.</p>
Nota técnica	<p>En cada foco detectado en el país, se divide el número de personas que reúnen las condiciones para recibir tratamiento que tomaron el medicamento (ivermectina-Mectizán) por el total de la población que reúne las condiciones para recibir tratamiento en el foco; el resultado se multiplica por 100.</p> <p>La cobertura meta mínima es 85% por ronda en cada foco.</p>
Tipo de indicador	Absoluto. Un país o foco ha logrado la cobertura mínima o no la ha logrado.
Unidad de medición	Número de países
Frecuencia de medición	Anual, tras la conclusión de todas las rondas anuales previstas de administración masiva de medicamentos por el programa nacional contra la oncocercosis. Los datos se suman y se notifican a fin de año.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores (CHA/VT)
Fuente de datos	Datos proporcionados por las autoridades nacionales al Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas y por dicho programa a la unidad técnica correspondiente de la OPS/OMS.

Limitaciones	La compilación, la confirmación y el examen de los datos de cobertura obtenidos en el terreno (a menudo en comunidades diversas o aisladas) llevan mucho tiempo, razón por la cual las autoridades nacionales a veces se demoran involuntariamente en la presentación de datos a la OPS.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="403 342 1388 517">1. Organización Mundial de la Salud. Certificación de la eliminación de la oncocercosis humana: criterios y procedimientos. Directrices. Ginebra: OMS; 2000 (documento WHO/CDS/CPE/CEE/2001.18a). Se puede encontrar en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66947/1/WHO_CDS_CPE_CEE_2001.18b_spa.pdf?ua=1 [consultado el 4 de septiembre del 2014].<li data-bbox="403 528 1388 705">2. Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas. Guía para la detección de una potencial recrudescencia durante el período de vigilancia epidemiológica postratamiento (VEPT). OEPA; 2011. Se puede encontrar en: http://www.oepa.net/Documentos/GuiaVEPT/GuiaDeteccionPotencialRecrudescenciaDuranteVEPT.pdf.

Código y título del indicador	RIT 1.4.5 TRACOMA
Nombre del indicador	Número de países endémicos que han logrado la meta de cobertura de tratamiento recomendada (80% o más) de la población en riesgo de contraer tracoma que puede ocasionar ceguera
Definición del indicador	<p>La cobertura de tratamiento es la proporción de la población general en riesgo de contraer tracoma que fue tratada (la meta es alcanzar una cobertura de 80% como mínimo). Con este indicador se dará seguimiento al cumplimiento de la cobertura de tratamiento en los países endémicos cuya población todavía necesita la administración masiva de medicamentos para el tracoma causante de ceguera (una vez al año).</p> <p>La población en riesgo consiste en toda persona que viva en municipios y comunidades donde la prevalencia inicial de la inflamación tracomatosa folicular o inflamación tracomatosa intensa es de 10% o mayor en los niños de 1 a 9 años.</p> <p>Línea de base en el 2013: 0/3 Meta para el 2019: 3/3</p>
Propósito del indicador	<p>A fin de reducir la prevalencia del tracoma folicular y eliminar el tracoma causante de ceguera, la OMS recomienda una cobertura de 80% como mínimo (con los medicamentos administrados de forma masiva) en cada ronda anual de administración masiva de medicamentos a la población general en riesgo.</p> <p>La medida clave para lograr la eliminación de la ceguera debida al tracoma consiste en tener, cada año durante tres o más años, con la administración masiva de medicamentos (azitromicina y tetraciclina en ungüento oftálmico) o un tratamiento focalizado, un número elevado de personas que toman el medicamento para matar la bacteria causante. Por esa razón, el indicador debe reflejar el número de personas que toman el medicamento cada año, es decir, la cobertura.</p>
Nota técnica	En cada comunidad se debe lograr una cobertura de 80% como mínimo con cada ronda anual de administración masiva de medicamentos. Esta cobertura se define como el número de personas tratadas con los medicamentos recomendados dividido por el número de residentes de la zona endémica y multiplicado por 100 (a fin de expresarlo como porcentaje).
Tipo de indicador	Absoluto. Un país ha logrado la cobertura mínima o no la ha logrado.
Unidad de medición	Número de países
Frecuencia de medición	Anual, tras la conclusión de la ronda anual de administración masiva de medicamentos o del tratamiento focalizado llevado a cabo por la campaña nacional contra el tracoma. Los datos suelen sumarse y notificarse a fin de año.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores (CHA/VT)
Fuente de datos	Información obtenida a partir de los datos compilados por las autoridades sanitarias nacionales y de distrito después de cada ciclo de administración masiva de medicamentos o de un tratamiento focalizado.
Limitaciones	La compilación, la confirmación y el examen de los datos de cobertura obtenidos en el terreno (a menudo en comunidades diversas o aisladas) llevan mucho

	tiempo, razón por la cual las autoridades nacionales a veces se demoran involuntariamente en la presentación de datos a la OPS.
Referencias	<ol style="list-style-type: none">1. Organización Mundial de la Salud, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, e Iniciativa Internacional contra el Tracoma. Control del tracoma. Guía para gerentes de programa. Ginebra: OMS; 2006. Se puede encontrar en: https://pftp.paho.org/Public/MEX/Estudio%20Tracoma%202014/Para%20protocolo/Trachoma%20guia%20OMS%20español%20mayo%202011%20(2).pdf.

Código y título del indicador	RIT 1.4.6 ESQUISTOSOMIASIS
Nombre del indicador	Número de países endémicos que han logrado la meta de cobertura de <u>tratamiento</u> recomendada (<u>75% o más</u>) de la población en riesgo de contraer esquistosomiasis
Definición del indicador	<p>La cobertura de tratamiento es la proporción de niños en edad escolar en riesgo de contraer esquistosomiasis que fue tratada (la meta es alcanzar una cobertura de 75% como mínimo). Con este indicador se vigilará el cumplimiento de la cobertura de tratamiento en los países endémicos cuya población todavía necesita la administración masiva de medicamentos para la esquistosomiasis (una vez al año si la prevalencia inicial es de 50% o mayor; una vez cada dos años si la prevalencia inicial es de 10% o mayor pero menor de 50%, y una vez cada tres años si la prevalencia inicial de la infección es inferior a 10%).</p> <p>Línea de base en el 2013: 0/2 Meta para el 2019: 2/2</p>
Propósito del indicador	<p>La cobertura meta recomendada de 75% es la mínima recomendada por la OMS para reducir la morbilidad a nivel de la población causada por estos parásitos intestinales en los niños en edad escolar. La población destinataria para el tratamiento son los niños en edad escolar que viven en zonas en riesgo, las cuales se convierten en áreas de intervención con la administración masiva de medicamentos (prazicuantel) o un tratamiento focalizado según el nivel de prevalencia, que generalmente se hace por medio de una campaña. Otros grupos de la población pueden recibir tratamiento y beneficiarse, pero no están incluidos en esta medida de cobertura.</p> <p>La medida clave para lograr el control o la eliminación de la esquistosomiasis consiste en tener cada año, hasta que se alcancen las metas de prevalencia deseadas, un número elevado de personas que toman el medicamento (prazicuantel) para eliminar el parásito y los huevos maduros. Por lo tanto, el indicador elegido debe reflejar el número de personas que toman el medicamento cada año, es decir, la cobertura.</p>
Nota técnica	<p>El indicador se calcula dividiendo el número de niños en edad escolar que reciben el medicamento por el total de niños en edad escolar en el área de intervención y multiplicando el resultado por 100.</p> <p>La cobertura meta mínima es 75%.</p>
Tipo de indicador	Absoluto. Un país ha logrado la cobertura meta mínima o no la ha logrado.
Unidad de medición	Número de países
Frecuencia de medición	Anual, después de que el programa nacional de la esquistosomiasis o las autoridades nacionales han completado una ronda anual de administración masiva de medicamentos dirigida a los niños en edad escolar. Los datos se suman y se notifican a fin de año.
Unidad de la OSP responsable del	Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores (CHA/VT)

seguimiento del indicador	
Fuente de datos	Información obtenida a partir de los datos compilados por las autoridades sanitarias nacionales y de distrito después de cada ciclo de administración masiva de medicamentos o del tratamiento focalizado.
Limitaciones	<p>La compilación, la confirmación y el examen de los datos de cobertura obtenidos en el terreno (a menudo en comunidades diversas o aisladas) llevan mucho tiempo, razón por la cual las autoridades nacionales a veces se demoran involuntariamente en la presentación de datos a la OPS.</p> <p>Algunos países endémicos tienen que ajustar los sistemas de información a fin de hacer una distinción entre los datos sobre el tratamiento individual y el tratamiento colectivo en los informes.</p>
Referencias	<p>1. World Health Organization. Helminth control in school-age children: a guide for managers of control programmes, 2nd ed. Ginebra: OMS; 2011. Se puede encontrar en:</p> <p>http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548267_eng.pdf.</p>

Código y título del indicador	RIT 1.4.7 GEOHELMINTIASIS
Nombre del indicador	Número de países endémicos que han logrado la meta de cobertura de tratamiento recomendada (75% o más) de la población en riesgo de contraer geohelmintiasis
Definición del indicador	<p>La cobertura de tratamiento es la proporción de la población en riesgo de contraer geohelmintiasis que ha sido tratada (la meta es alcanzar una cobertura de 75% como mínimo). Con este indicador se vigilará el cumplimiento de la cobertura de tratamiento en los países endémicos cuya población todavía necesita la administración masiva de medicamentos para las geohelmintiasis (una o dos veces al año). Las poblaciones en riesgo son las que viven en zonas donde la prevalencia inicial de geohelmintiasis es de 20% o mayor; si no hay datos sobre la prevalencia, las poblaciones en riesgo son las que viven en zonas con poco acceso a instalaciones de saneamiento mejoradas. Los grupos etarios prioritarios para el tratamiento de las geohelmintiasis son los preescolares (de 1 a 4 años) y los niños en edad escolar (de 5 a 14 años); las embarazadas en el segundo y tercer trimestre, y los trabajadores de los sectores de la agricultura y la minería pueden incluirse también. Se debe calcular la cobertura de cada grupo de población en riesgo y para cada ronda de tratamiento.</p> <p>Línea de base en el 2013: 5/24 Meta para el 2019: 16/24</p>
Propósito del indicador	<p>La cobertura meta con antihelmínticos de 75% es la mínima recomendada por la OMS para reducir la morbilidad a nivel de la población causada por estos parásitos intestinales en los niños en edad preescolar y en edad escolar. La población destinataria del tratamiento es los preescolares y los niños en edad escolar que viven en zonas en riesgo, las cuales se convierten en áreas de intervención con la administración masiva de medicamentos (albendazol o mebendazol) o un tratamiento focalizado, que generalmente se hace una o dos veces al año por medio de una campaña.</p> <p>La medida clave para lograr el control de las geohelmintiasis consiste en tener cada año, hasta que se alcancen las metas de prevalencia deseadas, un número elevado de personas que toman el medicamento para matar el parásito. Por lo tanto, el indicador elegido debe reflejar el número de personas que toman el medicamento cada año, es decir, la cobertura.</p>
Nota técnica	<p>El indicador se calcula dividiendo el número de niños en edad preescolar o escolar que reciben los medicamentos por el total de niños en edad preescolar o escolar en el área de intervención y multiplicando el resultado por 100 (para expresarlo en porcentaje).</p> <p>Es importante señalar que el universo de países endémicos puede cambiar cada año.</p>
Tipo de indicador	Absoluto. Un país ha logrado la cobertura meta mínima o no la ha logrado.
Unidad de medición	Número de países
Frecuencia de medición	Anual, tras la conclusión de una o más rondas de administración masiva de medicamentos dirigida a los niños en edad escolar llevadas a cabo por el programa nacional contra las geohelmintiasis. Los datos se suman y se notifican

	a fin de año.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores (CHA/VT)
Fuente de datos	Información obtenida a partir de los datos compilados por las autoridades sanitarias nacionales y de distrito después de cada ciclo de administración masiva de medicamentos o del tratamiento focalizado.
Limitaciones	La compilación, la confirmación y el examen de los datos de cobertura obtenidos en el terreno (a menudo en comunidades diversas o aisladas) llevan mucho tiempo, razón por la cual las autoridades nacionales a veces se demoran involuntariamente en la presentación de datos a la OPS. Los ministerios de salud generalmente no proporcionan datos a la OPS de otras entidades que administran antihelmínticos, como las ONG, de manera que es posible que se subestime el total de la población que recibe tratamiento.
Referencias	1. World Health Organization. Helminth control in school-age children: a guide for managers of control programmes, 2nd ed. Ginebra: OMS; 2011. Se puede encontrar en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548267_eng.pdf .

Código y título del indicador	RIT 1.4.8 RABIA HUMANA TRANSMITIDA POR EL PERRO
Nombre del indicador	Número de países y territorios con capacidad establecida y procesos eficaces para eliminar la rabia humana transmitida por el perro
Definición del indicador	<p>Este indicador mide la capacidad de los países para eliminar la rabia humana transmitida por el perro, desde el punto de vista tanto de la salud pública como de la sanidad animal, sobre la base de una estructura modelo (que se está elaborando actualmente). Con relación a la salud pública, el modelo abarca seis capacidades (análisis de riesgos, profilaxis pre-exposición, profilaxis posexposición, actividades de control relacionadas con casos, educación y vigilancia). En cuanto a la sanidad animal, en el modelo se consideran seis capacidades (análisis de riesgos, vacunación, control de poblaciones, control de importaciones, vigilancia y actividades de control relacionadas con casos). Para cada capacidad hay hasta tres niveles de desempeño que deben evaluarse.</p> <p>La evaluación del desempeño con relación a cada capacidad tiene lugar como parte de las evaluaciones regulares del programa nacional contra la rabia. El objetivo es colocar la herramienta en línea a fin de que los países puedan evaluar sus capacidades continuamente.</p> <p>Línea de base en el 2013: 28 Meta para el 2019: 35</p>
Propósito del indicador	<p>Este indicador muestra el progreso del país con el fortalecimiento de las capacidades básicas para la eliminación de la rabia humana transmitida por el perro.</p> <p>Un país puede usar estos resultados para fundamentar la asignación de recursos del programa contra la rabia (por ejemplo, inversiones en una capacidad específica cuyo rendimiento es insuficiente). La herramienta puede presentar el perfil de inversiones óptimo.</p>
Nota técnica	<p>Cálculo a nivel de país: A fin de evaluar las mejoras en la capacidad, se examinan los puntajes ponderados correspondientes a cada capacidad, por país, obtenidos por medio del modelo a fin de asignar un puntaje global al país.</p> <p>Cálculo a nivel regional: El indicador regional se calcula contando los países que han mejorado sus capacidades y que se han comprometido a eliminar la rabia humana transmitida por el perro.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Anual, a fines del año calendario
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Centro Panamericano de Fiebre Aftosa: PANAFOSA (CHA/AFT)
Fuente de datos	Ministerios de salud (resultados de evaluaciones de los programas de control de la rabia)
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> No todos los países proporcionan la información necesaria a tiempo para

	<p>usarla en el cálculo del indicador.</p> <ul style="list-style-type: none">• La notificación y el seguimiento del indicador dependen de una estructura modelo que todavía está en preparación y no estará lista hasta mediados del 2014.
Referencias	<ol style="list-style-type: none">1. Del Rio Vilas VJ, Burgeño A, Montibeller G, Clavijo A, Vigilato MA, Cosivi O. Prioritization of capacities for dog mediated human rabies in the Americas: building the framework. <i>Pathogens and Global Health</i> 2013; 107(7):340-345.

CATEGORÍA 1. ENFERMEDADES TRANSMISIBLE**1.5 Enfermedades prevenibles mediante vacunación (incluido el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis)**

Código y título del indicador	RIT 1.5.1 Cobertura con tres dosis de la vacuna DPT
Nombre del indicador	Promedio de la cobertura regional con tres dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DPT)
Definición del indicador	Número 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, expresado como porcentaje de la población ²² a mediados del año correspondiente, durante un año dado, en un país, territorio, o zona geográfica determinado. Línea de base en el 2013: 92% Meta para el 2019: 94%
Propósito del indicador	Muestra una organización eficiente, un entorno económico y jurídico favorable y el compromiso político con la inmunización como prioridad.
Nota técnica	Cálculo a nivel de país: Número de niños menores de 1 año que han recibido tres dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DPT) dividido por el total de niños menores de 1 año en un país, territorio o zona geográfica en momento determinado. Cálculo a nivel regional: Después de obtener los datos de los países, se calcula un promedio ponderado para los niños menores de 1 año en la Región. La cobertura de 100% se notifica como 99%.
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Proporcional
Frecuencia de medición	Anual. Los datos notificados corresponden a fines del año anterior y se reciben en abril del año siguiente.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Inmunización Integral de la Familia (FGL/IM)
Fuente de datos	Los datos se obtienen de los informes anuales presentados por los países a la Unidad de Inmunización Integral de la Familia, de la OPS, por medio del formulario de notificación conjunta de la OPS/OMS y el UNICEF, así como de <i>World Population prospects: the 2012 revisions</i> , de la División de Población de las Naciones Unidas.
Limitaciones	Los datos reflejan solo la cobertura administrativa, que puede variar si los datos de población son obsoletos o si hay mucha migración.
Referencias	1. Organización Panamericana de la Salud. Inmunización en las Américas, Resumen 2013. Washington, DC: OPS; 2013. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=a

²² El denominador corresponde a las estimaciones de la población obtenidas de la División de Población de las Naciones Unidas (véanse más detalles en la sección sobre la fuente de datos) y se calcula a mediados del año.

	rticle&id=3573&Itemid=2573&lang=es [consultado el 5 de septiembre del 2014].
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Código y título del indicador	RIT 1.5.2 SARAMPIÓN Y RUBÉOLA
Nombre del indicador	Número de países y territorios donde se ha reanudado la transmisión endémica del virus del sarampión y de la rubéola
Definición del indicador	Número de países donde hay una cadena de transmisión de una cepa de virus que sigue ininterrumpida durante más de 12 meses en una zona geográfica definida. Línea de base en el 2013: 0 Meta para el 2019: 0
Propósito del indicador	Muestra la capacidad de los programas nacionales de vacunación para mantener la eliminación con el transcurso del tiempo.
Nota técnica	Se calcula como el número de países con reanudación de la transmisión endémica del virus del sarampión y de la rubéola en un año dado, para un determinado país, territorio o zona geográfica.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Semanal
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Inmunización Integral de la Familia (FGL/IM)
Fuente de datos	Los datos se obtienen de los informes semanales de los países a la Unidad de Inmunización Integral de la Familia, de la OPS, por medio de MESS-ISIS.
Limitaciones	Los datos dependen de la calidad del sistema de vigilancia y de la capacidad en materia de laboratorios.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la documentación y verificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas. Washington, DC.: OPS; 2011. 2. Organización Panamericana de la Salud. Boletín Semanal de Sarampión/Rubéola. Washington, DC: OPS. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view%20=article&id=730&Itemid=39426&lang=es.

Código y título del indicador	RIT 1.5.3 INTRODUCCIÓN DE NUEVAS VACUNAS
Nombre del indicador	Número de países y territorios que han introducido una o varias vacunas nuevas
Definición del indicador	Número de países donde se ha agregado una vacuna nueva, ²³ o más de una, al esquema nacional de vacunación y se la ha usado durante un período sostenido de 12 meses como mínimo (sin contar las que se usen solo en el sector privado que no se hayan incluido en el esquema de vacunación nacional; se cuentan las vacunas incluidas en el esquema nacional pero para uso selectivo en poblaciones en riesgo, como la vacuna contra la gripe estacional). Línea de base en el 2013: 34 Meta para el 2019: 51
Propósito del indicador	Muestra el progreso en la introducción de vacunas nuevas apropiadas en los programas nacionales de vacunación.
Nota técnica	Este indicador se calcula como el número de países donde se ha agregado una vacuna nueva, o más de una, al esquema nacional de vacunación.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Anual. Los datos notificados corresponden a fines del año anterior y se reciben en abril del año siguiente.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Inmunización Integral de la Familia (FGL/IM)
Fuente de datos	Los datos se obtienen de los informes anuales presentados por los países a la Unidad de Inmunización Integral de la Familia, de la OPS, por medio del formulario de notificación conjunta de la OPS/OMS y el UNICEF.
Limitaciones	Los datos reflejan solo los informes administrativos basados en los datos proporcionados sistemáticamente por los países a la OPS; los datos incompletos y los problemas con la calidad de los datos son motivo de preocupación.
Referencias	1. Organización Panamericana de la Salud. Introducción e implementación de nuevas vacunas. Guía práctica. Washington, DC: OPS; 2010 (Publicación Científica y Técnica No. 632). Se puede encontrar en: http://www1.paho.org/spanish/ad/fch/im/GuiaPractica_NuevasVacunas.pdf?ua=1

²³ Por vacuna nueva se entiende una vacuna que no ha pasado a formar parte del esquema oficial de vacunación en el país.

Código y título del indicador	RIT 1.5.4 POLIOMIELITIS
Nombre del indicador	Número de países y territorios que notificaron casos de parálisis debida al poliovirus salvaje o a la circulación del poliovirus derivado de la vacuna en los 12 meses anteriores
Definición del indicador	Número de países y territorios que notificaron casos de parálisis debida al poliovirus salvaje o al poliovirus circulante de origen vacunal (cVDPV) en los 12 meses anteriores. Línea de base en el 2013: 0 Meta para el 2019: 0
Propósito del indicador	Muestra que la Región sigue permanentemente libre de poliomiélitis y que la inversión en la erradicación de la poliomiélitis fortalece la salud pública y los programas de vacunación.
Nota técnica	Países que notificaron casos de parálisis debida al poliovirus salvaje o al poliovirus circulante de origen vacunal (cVDPV) en los 12 meses anteriores.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Semanal
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Inmunización Integral de la Familia (FGL/IM)
Fuente de datos	Los datos se obtienen de los informes semanales presentados por los países a la Unidad de Inmunización Integral de la Familia de la OPS por medio de PESS-ISIS.
Limitaciones	Los datos dependen de la calidad del sistema de vigilancia y de la capacidad en materia de laboratorios.
Referencias	1. Organización Panamericana de la Salud. Boletín Semanal de Polio. Washington, DC: OPS. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=295&Itemid=3626&lang=es .

CATEGORÍA 2. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y FACTORES DE RIESGO**2.1 Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo**

Código y título del indicador	RIT 2.1.1 CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL 2.1.1a. Consumo por habitante en los mayores de 15 años
Nombre del indicador	Total (registrado y sin registrar) del consumo de alcohol por habitante entre personas mayores de 15 años de edad en un año calendario, en litros de alcohol puro, según corresponda, en el contexto nacional
Definición del indicador	Consumo de alcohol puro (etanol) en personas mayores de 15 años en un año calendario. Línea de base en el 2013: 8,4 litros Meta para el 2019: reducción de 5%
Propósito del indicador	La reducción de la carga de morbilidad atribuible al alcohol es una prioridad mundial de la salud pública, tal como se señala en la <i>Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol</i> . En esa estrategia, el consumo nocivo de alcohol se define como el consumo que tiene consecuencias perjudiciales para la salud y la vida social del bebedor (consumo nocivo de alcohol), las personas que lo rodean y la sociedad en general, así como los hábitos relacionados con la bebida que están asociados con un mayor riesgo de resultados adversos en materia de salud (consumo peligroso de alcohol). Se calcula que 2,3 millones de muertes al año, o 3,8% de las muertes que se producen en todo el mundo, pueden atribuirse al consumo de alcohol. De estas muertes, más de la mitad se deben a ENT tales como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. El riesgo de padecer la mayoría de los trastornos de salud atribuibles al alcohol está correlacionado con el nivel general de consumo de alcohol, y no hay datos probatorios de un efecto umbral para el cáncer y la hipertensión. El consumo de alcohol per cápita es un indicador sensible a los cambios de política, está correlacionado con la mortalidad general y con la mortalidad específica por consumo de alcohol, y depende de la prevalencia de bebedores que presentan episodios de consumo excesivo de alcohol y bebedores dependientes.
Nota técnica	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 (FAOSTAT), que pueden incluir también estimaciones del consumo de alcohol no registrado. En cuanto a las principales categorías de

	<p>bebidas alcohólicas, la “cerveza” se refiere a las cervezas de malta, el “vino” se refiere al vino hecho a partir de la uva, los “licores” son todas las bebidas destiladas y “otros” se refiere a una o varias bebidas alcohólicas de otros tipos, como las bebidas fermentadas hechas de sorgo, maíz, mijo o arroz, la sidra, el vino de frutas, el vino fortificado, etc. 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 (FAOSTAT) y de otras fuentes, como la aduana y la policía, así como en la opinión de expertos.</p> <p>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.</p> <p>La OMS utiliza toda la información disponible en la región y a nivel de país para proporcionar estimaciones del consumo per cápita por país y para la Región.</p>
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Litros de alcohol puro (etanol) por persona de 15 años o más
Frecuencia de medición	Los datos se miden anualmente. La OMS utiliza el promedio de tres años (por ejemplo, los datos para el 2010 son el promedio de los datos del 2008, 2009 y 2010) para los informes mundiales que incluyen los promedios regionales y estimaciones correspondientes a cada país.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Salud mental y Uso de Sustancias (NMH/MH)
Fuente de datos	Las fuentes de datos son los sistemas administrativos de notificación del consumo de alcohol per cápita registrado; los datos de encuestas son la fuente preferida sobre el consumo de alcohol per cápita no registrado. En su ausencia, se usan conjuntos de datos de la FAO y de la Oficina de Estadística de las Naciones Unidas, así como opiniones de expertos sobre el consumo de alcohol no registrado. La OMS, que también usa fuentes de información pública de la industria del alcohol, hace estimaciones para todos los países y las envía a los respectivos ministerios de salud para su aprobación. La OMS tiene estimaciones para todos los países de la Región en el Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud (GISAH), que tiene una interfaz con el Sistema Regional de Información sobre Alcohol y Salud de las Américas (AMRISAH), el sistema que se utiliza en la Región de las Américas. El informe de la OMS sobre la situación mundial con respecto al alcohol y la salud del 2014 es la fuente de los datos para la línea de base de este indicador y se basa en la última encuesta mundial de Estados Miembros realizada en el 2012, a la cual respondieron puntos focales designados oficialmente en cada ministerio de salud. Los datos demográficos para el informe se obtuvieron principalmente de la División de Población de las Naciones Unidas y se refieren a los mayores de 15 años, con datos sobre hombres y mujeres desglosados en los casos en que era posible.
Limitaciones	La mayoría de los países de la Región actualmente no proporcionan datos

	<p>sobre ventas de bebidas alcohólicas. Por consiguiente, la OMS basa sus estimaciones en datos de la FAO y de la industria del alcohol (operadores económicos). Los datos sobre el consumo de alcohol no registrado se basan en gran medida en investigaciones empíricas y en la opinión de expertos.</p> <p>Algunas posibles limitaciones son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • registros administrativos incompletos; • sesgo que pueda tener la autonotificación, incluida la subnotificación del consumo de alcohol; • interpretación errónea de preguntas o del tamaño de una bebida estándar, y validez limitada de los instrumentos de encuestas.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra: OMS; 2010. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_13-sp.pdf. 2. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Ginebra: OMS; 2009. Se puede encontrar en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf. 3. Rehm J. et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease—an overview. <i>Addiction</i>, 2010, 105(5).817-843. <p>Enlaces conexos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. http://apps.who.int/gho/data/view.main?showonly=GISAH 2. http://apps.who.int/gho/data/?showonly=GISAH&theme=main-amro

Código y título del indicador	RIT 2.1.1 CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL 2.1.1b Prevalencia de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol
Nombre del indicador	Prevalencia de los trastornos por consumo de alcohol entre adolescentes y adultos, según corresponda, dentro del contexto nacional
Definición del indicador	<p>Personas de 15 años o más que sufren trastornos atribuibles al consumo de alcohol (según la CIE-10: F10.1 Uso nocivo de alcohol; F10.2 Alcoholismo) durante un año calendario dado.</p> <p>El consumo nocivo de alcohol consiste en un hábito de consumo de alcohol que causa perjuicios para la salud. El daño puede ser físico (como en los casos de cirrosis hepática) o mental (como en los casos de episodios depresivos secundarios tras el consumo excesivo de alcohol).</p> <p>El alcoholismo (también conocido como síndrome de dependencia del alcohol) consiste en un conjunto de fenómenos conductuales, cognoscitivos y fisiológicos que se producen tras el consumo repetido de alcohol y que generalmente incluyen un fuerte deseo de consumir alcohol, dificultades para controlar su uso, persistencia en su uso a pesar de las consecuencias perjudiciales, asignación de mayor prioridad al consumo de alcohol que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia y, a veces, un estado de abstinencia fisiológica.</p> <p>Línea de base en el 2013: 6,0% para ambos códigos de la CIE-10 (2,6% para el uso nocivo y 3,4% para el alcoholismo) en el 2010</p> <p>Meta para el 2019: reducción relativa de 5% respecto de la línea de base</p>
Propósito del indicador	Es importante captar el alcance de las consecuencias para la salud relacionadas con el consumo de alcohol en una población. Los trastornos debidos al consumo de alcohol abarcan una variedad de trastornos atribuibles al alcohol y, por consiguiente, revelan una proporción importante de una población que sufre el impacto directo del alcohol.
Nota técnica	La prevalencia de cada código de la CIE-10 se calcula como porcentaje de las personas de 15 años o más. El diagnóstico se obtiene por medio de cuestionarios estandarizados y validados que se usan en encuestas de la población general, como los cuestionarios AUDIT (Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol), ASSIST (prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias) u otros instrumentos validados utilizados en alguna encuesta particular. Cada instrumento validado tiene un algoritmo específico (por ejemplo, la suma de puntos según las respuestas a las preguntas) para llegar a un diagnóstico (presencia o ausencia). Sobre la base de las respuestas, el número de personas clasificadas en las categorías F10.1 o F10.2 se divide por el número de mayores de 15 años. Al usarse los algoritmos especificados en los instrumentos validados se puede determinar la presencia o ausencia de consumo nocivo de alcohol o de alcoholismo. Si está presente una de las dos categorías de enfermedad, se asigna un puntaje a los trastornos debidos al consumo de alcohol. Las estimaciones de la carga mundial de morbilidad son la fuente primaria de datos, así como las encuestas nacionales de cada país, de haberlas.
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de	Porcentaje de trastornos debidos al consumo de alcohol según los códigos F10.1 y

medición	F10.2 de la CIE-10 en la población general de personas de 15 años o más.
Frecuencia de medición	Al menos cada cinco años
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Salud mental y Uso de Sustancias (NMH/MH)
Fuente de datos	<p>Se puede encontrar información actualizada sobre las encuestas basadas en la población (preferentemente representativas a nivel nacional) realizadas con instrumentos validados en: http://apps.who.int/gho/data/view.main?showonly=GISAH.</p> <p>Otros sistemas de notificación de servicios de salud pueden suministrar información complementaria o confirmatoria con respecto a la frecuencia y la gravedad de los trastornos debidos al consumo de alcohol.</p> <p>Los datos sobre la prevalencia de personas con trastornos debidos al consumo de alcohol se modelaron usando los modelos de regresión de la OMS. Se usaron los datos originales de la encuesta sobre medidas de interés (consumo nocivo de alcohol y alcoholismo), en los casos en que estaban disponibles, en vez de las estimaciones previstas. En los modelos de regresión se usaron datos recopilados mediante una búsqueda sistemática de todos los datos de encuestas de medidas de interés desde el 2000 en adelante y se tuvieron en cuenta el consumo per cápita, la estructura de la población, el tamaño de la población musulmana en el país, la zona del país y el año en el cual se obtuvieron los datos de la encuesta. Se determinó la validez de las estimaciones previstas comparándolas con los datos de la encuesta.</p>
Limitaciones	<p>Algunas posibles limitaciones son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sesgo de la autonotificación, incluida la subnotificación; • interpretación errónea de preguntas; y • validez limitada de los instrumentos de encuestas.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health, 2014. Ginebra: OMS; 2014. Se puede consultar en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1. 2. Organización Mundial de la Salud. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria. Ginebra: OMS; 2010. Se puede encontrar en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf. 3. Babor T., Higgins Biddle J., Saunders J. and Monteiro M. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): guidelines for use in primary care. 2ª edición. Ginebra: OMS; 2001. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf?ua=1. <p>Enlaces conexos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/en/ 2. http://apps.who.int/gho/data/view.main?showonly=GISAH

Código y título del indicador	RIT 2.1.1 CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL 2.1.1c Episodios de consumo excesivo de alcohol
Nombre del indicador	Prevalencia estandarizada según la edad de episodios de consumo excesivo de alcohol
Definición del indicador	Los episodios de consumo excesivo de alcohol en las personas de 15 años o más consisten en el consumo notificado de seis tragos estándares (60 g) o más en una sola ocasión al menos una vez por mes. Línea de base en el 2013: 13,7% Meta para el 2019: reducción de 5%
Propósito del indicador	La prevalencia de episodios de consumo excesivo de alcohol se considera como el mejor indicador para describir el patrón de consumo de alcohol asociado con varios resultados negativos en materia de salud. La cantidad de alcohol consumido en una sola ocasión es importante para muchas consecuencias agudas, como la intoxicación por alcohol, lesiones y violencia; además es importante dondequiera que la intoxicación sea objeto de reprobación social. Los episodios de consumo excesivo de alcohol están asociados con consecuencias perjudiciales aunque el nivel promedio de consumo de la persona del caso sea relativamente bajo.
Nota técnica	Para calcular la prevalencia normalizada según la edad de los episodios de consumo excesivo de alcohol se aplican las tasas de prevalencia específicas para la edad de los episodios de consumo excesivo de alcohol a la población mundial estándar de la OMS sumada en todas las edades (personas de 15 años o más). También se puede calcular el porcentaje de episodios de consumo excesivo de alcohol correspondiente a las personas de 15 a 19 años, como porcentaje de los bebedores solamente en las personas de 15 años o más. El Sistema Mundial de Información sobre el Alcohol y la Salud proporciona estos indicadores, con intervalos de confianza de 95%.
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje de la población total de personas de 15 años o más que dicen que han tenido un episodio de consumo excesivo de alcohol al menos una vez al mes, por sexo.
Frecuencia de medición	Al menos cada cinco años
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Salud mental y Uso de Sustancias (NMH/MH)
Fuente de datos	Encuesta basada en la población (preferentemente representativa a nivel nacional)
Limitaciones	Algunas posibles limitaciones son las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • sesgo de la autonotificación, incluida la subnotificación del consumo de alcohol; • interpretación errónea de preguntas o del tamaño de una bebida estándar; y • validez limitada de los instrumentos de encuestas.
Referencias	1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health, 2014. Ginebra: OMS; 2014. Se puede encontrar en:

	<p>http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1.</p> <p>2. Organización Mundial de la Salud. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria. Ginebra: OMS; 2010. Se puede encontrar en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf.</p> <p>3. Babor T., Higgins Biddle J., Saunders J. and Monteiro M. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): guidelines for use in primary care. 2ª edición. Ginebra: OMS; 2001. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO_MSD_MSB_01_6a.pdf?ua=1.</p> <p>Enlaces conexos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/en/ 2. http://apps.who.int/gho/data/view.main?showonly=GISAH
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Código y título del indicador	RIT 2.1.2 CONSUMO DE TABACO 2.1.2a Consumo de tabaco por adolescentes
Nombre del indicador	Prevalencia de consumo de tabaco actual entre adolescentes de 13 a 15 años de edad
Definición del indicador	Estimación de la prevalencia del consumo actual de tabaco en la Región de las Américas. Adolescentes de 13 a 15 años que dicen que han usado cualquier producto de tabaco (ya sea para fumar o sin humo) durante los 30 días anteriores a la encuesta. Línea de base en el 2013: Por determinarse Meta para el 2019: Por determinarse
Propósito del indicador	Este indicador permite dar seguimiento al consumo de tabaco en los adolescentes de 13 a 15 años en la Región de las Américas. Se ha seleccionado el grupo de 13 a 15 años debido a la necesidad de comprender la iniciación del consumo de tabaco y los patrones de consumo en esta población joven.
Nota técnica	<p>Porcentaje de los adolescentes de 13 a 15 años que dicen que han usado cualquier producto de tabaco (ya sea para fumar²⁴ o sin humo²⁵) durante los 30 días anteriores a la encuesta, ya sea diariamente o de manera ocasional.</p> <p>Cálculo a nivel de país:</p> $\begin{array}{l} \text{Cálculo de la} \\ \text{prevalencia en} \\ \text{adolescentes de 13 a} \\ \text{15 años para el país X} \end{array} = \frac{\text{Número total de consumidores actuales de} \\ \text{tabaco de 13 a 15 años en el país X}}{\text{Población total encuestada en el país X} \\ \text{(consumidores de tabaco y no consumidores)}}$ <p>Cálculo a nivel regional:</p> $\begin{array}{l} \text{Cálculo de la} \\ \text{prevalencia en} \\ \text{adolescentes de 13 a} \\ \text{15 años para la} \\ \text{Región} \end{array} = \frac{\text{Número total de consumidores actuales de} \\ \text{tabaco de 13 a 15 años en la Región}}{\text{Número de adolescentes de 13 a 15 años en la} \\ \text{población encuestada (consumidores de tabaco} \\ \text{y no consumidores) en la Región}}$ <p>Esta información proviene de una encuesta que recopila datos por medio de una muestra que se pondera para representar toda la población del país.</p> <p>Definición del rango etario de 13 a 15 años de edad: En la Región de las Américas, 32 de los 35 Estados Miembros de la OPS han producido información por medio de la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes. Esta encuesta se aplica a la población de 13 a 15 años. La metodología y el cuestionario han sido validados y aplicados en 180 países de todo el mundo. Se seleccionó el grupo de 13 a 15 años debido a la necesidad de comprender la iniciación y el patrón de consumo en esta población joven.</p>

²⁴ Los productos de tabaco para fumar incluyen los cigarrillos fabricados, bidis, cigarros, pipas, pipa de agua (narguile, hookah, shisha), cigarrillos enrollados a mano, kreteks y cualquier otro tipo de tabaco para fumar.

²⁵ El tabaco sin humo es el tabaco que no se quema; se puede mascar, aplicar o aspirar por la nariz. Incluye el tabaco para mascar, el tabaco para uso oral, el tabaco para escupir, el rapé, el snus, el chimó y el dip.

	<p>La ampliación del rango etario a fin de incluir el grupo de 13 a 17 años, como se presenta en la versión de mayo del 2014 del marco mundial de vigilancia, plantea un reto para los países que notifican el consumo de tabaco, por las siguientes razones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pocos países han proporcionado información actualizada sobre el consumo de tabaco por los adolescentes de 13 a 17 años. Dado que solo unos pocos países pueden informar sobre este rango etario, es preferible, por consiguiente, usar el rango de 13 a 15 años a fin de que más países puedan participar. 2) La mejor forma de captar información sobre este rango etario es las 3) encuestas de hogares. Además, recopilar datos por medio de encuestas escolares puede ser difícil, en particular porque en muchos países de las Américas los estudiantes tienden a abandonar la escuela cuando tienen entre 16 y 17 años. 4) Si la mayoría de los países han recopilado datos sobre los adolescentes de 13 a 15 años y el rango etario sobre el cual se debe informar se amplía al grupo de 13 a 17 años, no será posible elaborar el indicador. <p>Por estas razones, la OPS y el área técnica de la OMS que se ocupa del control del tabaco recomiendan que se notifique el indicador del consumo de tabaco en los jóvenes correspondiente al grupo de 13 a 15 años.</p> <p>Los Estados Miembros de la OPS han solicitado a la OPS y la OMS que establezcan, en el futuro, una metodología para recopilar datos sobre los adolescentes de 16 y 17 años.</p>
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Prevalencia
Frecuencia de medición	Al menos cada cinco años
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Factores de Riesgo (NMH/FR)
Fuente de datos	<p>Encuestas escolares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes • Encuesta Mundial de Salud a Escolares • Encuestas sobre el abuso de drogas <p>Eventualmente podrían usarse encuestas nacionales de hogares basadas en la población, como las encuestas nacionales de salud, las encuestas nacionales sobre el abuso de drogas, etc.</p>
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Diferentes encuestas utilizan distintos rangos etarios • Variaciones en la muestra utilizada (nacional, subnacional) • Variaciones metodológicas en las encuestas (encuestas escolares, encuestas

	<p>de hogares)</p> <ul style="list-style-type: none"> • No siempre se recopila información sobre el consumo de tabaco sin humo. Del mismo modo que ocurre con todas las encuestas basadas en la auto notificación, los datos tienen limitaciones, ya que los encuestados pueden subnotificar o sobrenotificar el consumo de tabaco.
<p>Referencias</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Centers for Disease Control and Prevention. Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group. Global Youth Tobacco Survey (GYTS): Sample Design and Weights, Version 1.0. Atlanta, GA: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 2013. 2. Centers for Disease Control and Prevention. Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group. Global Youth Tobacco Survey (GYTS): Implementation Instructions, Version 1.1. Atlanta, GA: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 2012. 3. Centers for Disease Control and Prevention. Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group. Global Youth Tobacco Survey (GYTS): Indicator Definitions, Version 1.0. Atlanta, GA: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 2013. 4. Centers for Disease Control and Prevention. Global Tobacco Surveillance System GTSS Data. Global Youth Tobacco Survey (GYTS). Atlanta, GA: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades Se puede encontrar en: http://nccd.cdc.gov/gtssdata/Ancillary/Documentation.aspx?SUID=1&DOCT=1

Código y título del indicador	RIT 2.1.2 CONSUMO DE TABACO 2.1.2b Consumo de tabaco en los adultos
Nombre del indicador	Prevalencia estandarizada según la edad del consumo de tabaco actual (mayores de 18 años)
Definición del indicador	Estimación de la prevalencia estandarizada según la edad del consumo actual de tabaco en la Región de las Américas. Mayores de 18 años que dicen que han usado 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. Línea de base en el 2013: 21% Meta para el 2019: 17% (a fin de alcanzar la meta mundial de una reducción de 30% en el 2025)
Propósito del indicador	Este indicador permite dar seguimiento al consumo de tabaco en las personas de 18 años y más en la Región de las Américas.
Nota técnica	<p>Porcentaje de la población de 18 años o más que dice que ha usado cualquier producto de tabaco (ya sea para fumar²⁶ o sin humo²⁷) durante los 30 días anteriores a la encuesta, ya sea diariamente o de manera ocasional.</p> <p>Cálculo a nivel de país:</p> $\text{Cálculo de la prevalencia estandarizada según la edad en la población de 18 años o más para el país X} = \frac{\text{Número total de consumidores actuales de tabaco de 18 años o más en el país X}}{\text{Población total del país X}}$ <p>Cálculo a nivel regional:</p> $\text{Cálculo de la prevalencia estandarizada según la edad en la población de 18 años o más para la Región} = \frac{\text{Número total de consumidores actuales de tabaco de 18 años o más}}{\text{Población estándar mundial de 18 años o más}}$ <p>A fin de ayudar a los países en sus esfuerzos por dar seguimiento a los indicadores y las metas del marco mundial de vigilancia relacionados con el tabaco, la OMS está elaborando un método para ajustar los datos recopilados por los países a un modelo binomial negativo jerárquico bayesiano. Actualmente se está probando y refinando el modelo. Se presentará un artículo con una descripción del método a una revista con revisores externos. Los resultados de la revisión externa se darán a conocer a los países antes de la publicación. Uno de los resultados de este trabajo será las tasas específicas de consumo de tabaco por edades, que se necesitarán para obtener las estimaciones resumidas de la prevalencia estandarizada según la edad.</p>
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Prevalencia
Frecuencia de medición	Al menos cada cinco años

²⁶ Los productos de tabaco para fumar incluyen los cigarrillos fabricados, bidis, cigarros, pipas, pipa de agua (narguile, hookah, shisha), cigarrillos enrollados a mano, kreteks y cualquier otro tipo de tabaco para fumar.

²⁷ El tabaco sin humo es el tabaco que no se quema; se puede mascar, aplicar o aspirar por la nariz. Incluye el tabaco para mascar, el tabaco para uso oral, el tabaco para escupir, el rapé, el snus, el chimó y el dip.

Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Factores de Riesgo (NMH/FR)
Fuente de datos	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Adultos • Encuestas nacionales sobre factores de riesgo (STEPS o similar) • Otras encuestas nacionales, incluidas las preguntas sobre el tabaco destinadas a encuestas: encuestas nacionales de salud, encuestas nacionales sobre el abuso de drogas, etc.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de un sistema de vigilancia para dar seguimiento de manera sistemática y periódica a la epidemia de tabaquismo en la población adulta en la mayoría de los países de la Región • Diferentes rangos etarios en diferentes encuestas • Representatividad limitada de la muestra (nacional, subnacional) • Uso de metodologías diferentes para las encuestas (encuestas de hogares, encuestas telefónicas) • Diferentes preguntas en las encuestas; no todas las encuestas incluyen todos los productos de tabaco ni en todas se informa sobre el consumo diario y ocasional. • Acceso limitado a datos desglosados para producir estimaciones estandarizadas • Del mismo modo que ocurre con todas las encuestas basadas en la autonotificación, los datos tienen limitaciones, ya que los encuestados pueden subnotificar o sobrenotificar el consumo de tabaco.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Centers for Disease Control and Prevention. Global Tobacco Surveillance System. GTSS Data. Global Adult Tobacco Survey (GATS). Atlanta, GA: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Se puede encontrar en: http://nccd.cdc.gov/gtssdata/Ancillary/Documentation.aspx?SUID=4&DOCT=1. 2. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Grupo de Colaboración de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos. Preguntas sobre tabaco destinadas a encuestas. Serie de preguntas básicas de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (conocida internacionalmente como Global Adult Tobacco Survey o GATS). 2ª edición. Atlanta, GA: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 2011. Se puede encontrar en: http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/tqs_es_final.pdf?ua=1. 3. Centers for Disease Control and Prevention. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. Global Adult Tobacco Survey (GATS): Sample Design Manual, Version 2.0. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2010. 4. Centers for Disease Control and Prevention. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. <i>Global Adult Tobacco Survey (GATS): Core Questionnaire with Optional Questions, Version 2.1</i>. Atlanta, GA: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 2014. 5. Centers for Disease Control and Prevention. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. Global Adult Tobacco Survey (GATS): Indicator definitions. Atlanta, GA: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 2012.

Código y título del indicador	RIT 2.1.3 ACTIVIDAD FÍSICA INSUFICIENTE 2.1.3a. Actividad física insuficiente en los adolescentes
Nombre del indicador	Prevalencia de la actividad física insuficiente en adolescentes de 13 a 17 años
Definición del indicador	Prevalencia de adolescentes de 13 a 17 años que participan en menos de 60 minutos de actividad física de intensidad moderada a enérgica diariamente. Línea de base en el 2013: Los últimos datos de prevalencia sobre actividad física insuficiente notificados por el país entre el 2009 y el 2012. Meta para el 2019: Una reducción de 5% con respecto al valor de la línea de base de la prevalencia para el país en el período 2016-2019
Propósito del indicador	Seguimiento del progreso de cada país en lo que se refiere a los niveles de actividad física en los adolescentes de 13 a 17 años. La actividad física redundante en beneficios fundamentales para la salud de los niños y los jóvenes, entre ellos un mejor estado cardiovascular y más fuerza muscular, menos grasa corporal y un perfil de riesgo mejor con respecto a las enfermedades cardiovasculares y metabólicas. La actividad física también reduce el estrés y los síntomas de depresión.
Nota técnica	Autonotificación mediante el Cuestionario Mundial sobre Actividad Física o el Cuestionario Internacional de Actividad Física. ²⁸ 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. Cálculo regional: países que han logrado una reducción de 5% de sus propios valores de línea de base.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Numérico
Frecuencia de medición	Al menos cada cinco años, aunque es aconsejable dar seguimiento a la inactividad física cada año por medio de una encuesta telefónica.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Factores de Riesgo (NMH/FR)
Fuente de datos	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta Mundial de Salud a Escolares²⁹ Encuestas nacionales representativas: los países realizan este tipo de encuestas cada cuatro o cinco años; proporcionan mediciones exactas y también muestras nacionales representativas Datos de vigilancia frecuente, como el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Conductuales (CDC) y el sistema Vigitel de Brasil
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> Los encuestadores (censistas) deben recibir buena capacitación antes de hacer encuestas. Representatividad limitada de la muestra (nacional, subnacional). Acceso limitado a datos desglosados para obtener estimaciones estandarizadas.

²⁸ Véase http://www.who.int/chp/steps/resources/GPAQ_Analysis_Guide.pdf [en inglés].

²⁹ Véase http://new.paho.org/saludyescuelas/index.php?option=com_k2&view=item&id=145&Itemid=190&lang=es.

Referencias	<ol style="list-style-type: none">1. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra: OMS; 2010. Se puede encontrar en http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf.2. World Health Organization. Global Recommendation on Physical Activity for Health. 5-17 years old. Se puede encontrar [en inglés] en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-5-17years.pdf?ua=13. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud [internet]. Ginebra: OMS; 2004. Se puede encontrar en http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spa_nish_web.pdf.
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Código y título del indicador	RIT 2.1.3 ACTIVIDAD FÍSICA INSUFICIENTE 2.1.3b Actividad física insuficiente en adultos (AFI>18)
Nombre del indicador	Prevalencia estandarizada según la edad de actividad física insuficiente en adultos
Definición del indicador	Prevalencia de adultos ≥ 18 años de edad y más que no realizan al menos 150 minutos de actividad física de intensidad moderada por semana. Línea de base en el 2013: Los últimos datos de prevalencia sobre actividad física insuficiente notificados por el país entre el 2009 y el 2012. Meta para el 2019: Una reducción de 5% con respecto al valor de la línea de base de la prevalencia del país en el período 2016-2019.
Propósito del indicador	Vigila el progreso de cada país en sus niveles de actividad física en los adultos. La actividad física redundante en beneficios fundamentales para la salud, entre ellos un mejor estado de salud cardiovascular, reducción de la grasa corporal y un perfil favorable con respecto al riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas. La actividad física también reduce el estrés y los síntomas de depresión.
Nota técnica	Método de autonotificación con el Cuestionario Mundial sobre Actividad Física ³⁰ (GPAQ). 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. Estandarización según la población estándar mundial de la OMS Cálculo regional: países que han logrado una reducción de 5% de sus propios valores de la línea de base.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número
Frecuencia de la medición	Al menos cada cinco años, aunque es aconsejable dar seguimiento a las mediciones de inactividad física cada año con un método de encuesta telefónica.
Unidad de la OSP responsable de la seguimiento del indicador	Factores de Riesgo NMH/FR
Fuente de datos	Encuestas nacionales representativas Se trata de encuestas que los países realizan cada 4 a 5 años, que proporcionan mediciones exactas y muestras nacionales representativas. Datos de vigilancia frecuente como el Sistema de vigilancia de factores de riesgo conductual, de los CDC, y el sistema Vigitel de Brasil.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Los encuestadores deben recibir formación integral antes de realizar las encuestas. • Representatividad limitada de la muestra (nacional, subnacional). • Acceso limitado a datos desglosados para producir los cálculos

³⁰ Véase la guía (GPAQ) en http://www.who.int/chp/steps/resources/GPAQ_Analysis_Guide.pdf) o el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) en <http://www.ipaq.ki.se/ipaq.htm>), ambos estandarizados

	estandarizados.
Referencias	<ol style="list-style-type: none">1. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra: OMS; 2010. Se puede encontrar en http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf.2. World Health Organization. Global Recommendation on Physical Activity for Health. 18-64 years old. Se puede encontrar en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-18-64years.pdf?ua=1.3. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2004. Se puede encontrar en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/es/.

Código y título del indicador	RIT 2.1.4 CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN A NIVEL DE LA POBLACIÓN
Nombre del indicador	Porcentaje de hipertensión controlada a nivel de la población (<140/90mmHg) en personas de 18 años o más
Definición del indicador	Porcentaje de hipertensión controlada a nivel de población (<140/90mmHg) en personas mayores 18 años o más. Línea de base en el 2013: 15% Meta para el 2019: 35%
Propósito del indicador	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.
Nota técnica	A. El numerador es el número total de personas con hipertensión controlada (personas con tensión arterial sistólica medida de < 140 mmHg y tensión arterial diastólica de < 90 mmHg). B. El denominador es el número total de personas con hipertensión (definida como personas con tensión arterial sistólica medida de \geq 140 mmHg o tensión arterial diastólica de \geq 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). (A/B) x 100 (prevalencia ponderada por edad, expresada en porcentaje). Cálculo regional: Según la calidad de los datos y la armonización de los métodos de cálculo del país, la OPS puede calcular una tasa regional de control. De lo contrario, proporcionará una gama de control para aquellos países que envíen informes en el plazo establecido.
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de la medición	Cada cuatro o cinco años, junto con la encuesta de factores de riesgo. Cabe prever que los países podrán presentar los datos sobre este indicador seis meses después de la conclusión de la encuesta.
Unidad de la OSP responsable de la seguimiento del indicador	Enfermedades no Transmisibles y Discapacidades (ND/NMH)
Fuente de datos	Encuestas nacionales. Cabe prever que los países usarán el método STEPS de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de ENT. Los países pueden optar por usar otro método para la vigilancia de los factores de riesgo de ENT, lo que exigiría un examen adicional de la OPS.
Limitaciones	Basado en el plan de acción sobre las ENT vigente. Se prevé que los países realicen encuestas cada cuatro o cinco años, aunque eso no ha sucedido en el pasado.
Referencias	1. Chobanian AV. The Hypertension Paradox—More Uncontrolled Disease despite Improved Therapy. <i>N Engl J Med</i> . 2009;361:878-887. DOI: 10.1056/NEJMx090045

	<ol style="list-style-type: none">2. Ordúñez García P, Pérez Flores E, Hospedales J. Más allá del ámbito clínico en el cuidado de la hipertensión arterial. <i>Rev Panam Salud Publica</i> 2010;28(4):311–8.3. Burroughs Peña MS, Abdala CVM, Silva LC, Ordúñez P. Usefulness for surveillance of hypertension prevalence studies in Latin America and the Caribbean: the past 10 years. <i>Rev Panam Salud Publica</i>. 2012;32(1):15–21.4. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. <i>Lancet</i> 2012;380: 2224–60.5. Go AS, Bauman MA, Coleman King SM, Fonarow GC, Lawrence W, Williams KA, Sanchez E. An effective approach to high blood pressure control: a science advisory from the American Heart Association, the American College of Cardiology, and the Centers for Disease Control and Prevention. <i>J Am Coll Cardiol</i> 2014;63:1230–8.6. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). <i>JAMA</i>. 2014;311(5):507-520. doi:10.1001/jama.2013.284427.7. The Lancet. Editorial. Hypertension: an urgent need for global control and prevention. <i>Lancet</i> 2014: 383: 1861
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Código y título del indicador	RIT 2.1.5 HIPERGLUCEMIA/DIABETES
Nombre del indicador	Prevalencia estandarizada según la edad de glucemia elevada y diabetes entre personas mayores de 18 años
Definición del indicador	<p>Porcentaje de personas de 18 años o más con hiperglucemia, diabetes o en tratamiento con medicamentos para la hiperglucemia o diabetes.</p> <p>Línea de base en el 2013: 18,8% (Fuente: Diabetes Atlas 2012, http://www.idf.org/diabetesatlas.)</p> <p>Meta para el 2019: 18,8% (el mismo nivel que la línea de base a fin de contribuir a la meta mundial de detener el aumento de la diabetes y la obesidad para el 2025).</p>
Propósito del indicador	Expresa la prevalencia de la hiperglucemia y la diabetes. Los dos trastornos representan un alto riesgo de complicaciones crónicas como enfermedades cardiovasculares, nefropatía diabética, amputación y ceguera.
Nota técnica	<p>Cálculo a nivel de país:</p> <p>(A) Numerador: número total de personas de 18 años o más con diabetes (glucosa plasmática en ayunas >125mg/dl o 7,0 mmol/l o glucosa plasmática al cabo de 2 horas \geq 11,1mmol/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 en el país X.</p> <p>(B) Denominador: número total de habitantes de 18 años o más en el país X.</p> <p>Cálculo: (A/B) x 100 (expresado como porcentaje)</p> <p>Cálculo regional:</p> <p>(A) Numerador: número total de personas de 18 años o más con diabetes (glucosa plasmática en ayunas >125mg 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 en la Región.</p> <p>(B) Denominador: población de 18 años o más en la Región.</p> <p>Cálculo: (A/B) x 100 (expresado como porcentaje)</p>
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de la medición	Cada cuatro o cinco años, junto con la encuesta de factores de riesgo.
Unidad de la OSP responsable de la	Enfermedades no Transmisibles y Discapacidades (ND/NMH)

seguimiento del indicador	
Fuente de datos	Encuestas nacionales. Se prevé que los países usarán el método STEPS de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de ENT. Los países pueden optar por usar otro método para la vigilancia de los factores de riesgo de ENT, lo que exigiría un examen adicional de la OPS.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de periodicidad de las encuestas. • Según la calidad de los datos y la armonización de los métodos de cálculo a nivel de país, la OPS puede calcular una tasa regional de control. De lo contrario, proporcionará una gama de control para aquellos países que envíen informes en el plazo establecido.
Referencias	<p>1. World Health Organization, International Diabetes Federation. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation. Ginebra: OMS; 2006. Se puede encontrar [en inglés] en:</p> <p>http://www.who.int/diabetes/publications/Definition%20and%20diagnosis%20of%20diabetes_new.pdf</p>

Código y título del indicador	RIT 2.1.6 SOBREPESO Y OBESIDAD EN ADOLESCENTES
Nombre del indicador	2.1.6a Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes de 13 a 17 años de edad de edad.
Definición del indicador	<p>Porcentaje de adolescentes de 13 a 17 años con sobrepeso u obesidad.</p> <p>Línea de base en el 2013: A determinarse según el marco mundial de la OMS de vigilancia de las ENT.</p> <p>Meta para el 2019: A determinarse según el marco mundial de la OMS de vigilancia de las ENT.</p>
Propósito del indicador	<p>Vigila las tendencias de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los adolescentes de edad 13 a 17 años.</p> <p>El sobrepeso y la obesidad durante la adolescencia guardan relación con un mayor riesgo de obesidad en la edad adulta, que puede conducir a una variedad de discapacidades y enfermedades como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Los adolescentes con sobrepeso corren el riesgo de sufrir acoso y tener poca autoestima.</p> <p>Este indicador está en consonancia con los indicadores del marco mundial de la OMS de vigilancia de las ENT y el plan de acción de la OPS sobre la prevención de la obesidad en los niños y adolescentes para el período 2014-2019.</p>
Nota técnica	<p>Mediciones: Peso y talla por edad y sexo en los adolescentes (de 13 a 17 años de edad) medidos según las normas de la OMS.</p> <p>Índice de masa corporal (IMC): peso (kg)/talla (m²), de acuerdo con las referencias de crecimiento de los niños de edad escolar y los adolescentes, de la OMS. A pesar de que tiene limitaciones, el IMC es el indicador sobre el cual es más fácil recopilar información y es el más aceptado para medir la grasa corporal.</p> <p>Sobrepeso: 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/m² a los 19 años).</p> <p>Obesidad: 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/m² a los 19 años).</p> <p>Cálculo a nivel de país: No corresponde³¹</p> <p>Cálculo regional: métodos estadísticos de la OMS estandarizados.</p> <p>La OMS mantiene la base mundial de datos sobre el índice de masa corporal, que incluye encuestas basadas en la población, las cuales satisfacen una serie de criterios. Se comprueban la validez y la coherencia de los datos, y se</p>

³¹ Esta línea de base del indicador no es aplicable porque se trata de un indicador nuevo. Los indicadores nuevos son los que se miden por primera vez en el Plan Estratégico y sin los datos de la línea de base actual.

	analizan los conjuntos de datos sin elaborar después de un procedimiento normal para obtener resultados comparables.
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de la medición	Cada cinco años.
Unidad de la OSP responsable de la seguimiento del indicador	Grupo de Trabajo sobre Obesidad (FGL/NMH).
Fuente de datos	Encuesta mundial de salud escolar, encuesta nacional de nutrición y salud.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Tradicionalmente la Encuesta Mundial de Salud a Escolares ha incluido a niños de 13 a 15 años; sin embargo, cabe prever que las nuevas encuestas incluirán al grupo de 13 a 17 años. • No se dispone de encuestas representativas a nivel nacional para todos los países, y la frecuencia varía según las políticas y la disponibilidad del financiamiento de cada país. • Por lo general, los sistemas nacionales de vigilancia no son fiables debido a la debilidad de los procedimientos de recopilación de datos. Los desastres naturales pueden impedir la finalización de las encuestas. • Transcurre un tiempo entre la recopilación de los datos y su publicación.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud [internet]. Base mundial de datos sobre el índice de masa corporal. Global database on body mass index http://apps.who.int/bmi/index.jsp. 2. World Health Organization. <i>Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks</i>. Ginebra: OMS; 2009. Se puede encontrar en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf. 3. World Health Organization. Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide. Ginebra: OMS; 2012. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44397/1/9789241599955_eng.pdf?ua=1. 4. Organización Panamericana de la Salud. <i>Plan de acción para la prevención de obesidad en la niñez y la adolescencia</i>. Washington, DC: OPS; 2014 (documento CD53/9).

Código y título del indicador	RIT 2.1.6 SOBREPESO Y OBESIDAD EN ADULTOS
Nombre del indicador	2.1.6b Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos (hombres y mujeres mayores de 18 años).
Definición del indicador	<p>Porcentaje de adultos (hombres y mujeres de 18 años o más) con sobrepeso u obesidad.</p> <p>Línea de base en el 2013: A determinarse según el marco mundial de la OMS de vigilancia de las ENT.</p> <p>Meta para el 2019: A determinarse según el marco mundial de la OMS de vigilancia de las ENT.</p>
Propósito del indicador	<p>El indicador dará seguimiento a las tendencias de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en adultos (hombres y mujeres 18 años de edad o más).</p> <p>El sobrepeso y la obesidad en los adultos guardan relación con mayor prevalencia de las enfermedades y la discapacidad, como la diabetes, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.</p>
Nota técnica	<p>Mediciones: peso y talla por edad y sexo en adultos (hombres y mujeres mayores de 18 años de edad o más) medidos según las normas de la OMS.</p> <p>Índice de masa corporal (IMC): peso (kg)/talla (m²) según las referencias de crecimiento de los adultos, establecidas por la OMS. A pesar de que tiene limitaciones, el IMC es el indicador sobre el cual es más fácil recopilar información y es el más aceptado para medir la grasa corporal.</p> <p>Sobrepeso: IMC \geq 25,0.</p> <p>Obesidad: IMC \geq 30,0.</p> <p>Cálculo a nivel de país: No corresponde³²</p> <p>Cálculo regional: métodos estadísticos de la OMS estandarizados.</p> <p>La OMS mantiene la base mundial de datos sobre el índice de masa corporal, que incluye encuestas basadas en la población, las cuales satisfacen una serie de criterios. Se comprueban la validez y la coherencia de los datos, y se analizan los conjuntos de datos sin elaborar después de un procedimiento normal para obtener resultados comparables.</p>
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de la medición	Cada cinco años.
Unidad de la OSP responsable de la seguimiento del indicador	Grupo de Trabajo sobre Obesidad (FGL/NMH)

³² Esta línea de base del indicador no es aplicable porque se trata de un indicador nuevo. Los indicadores nuevos son los que se miden por primera vez en el Plan Estratégico y sin los datos de la línea de base actual.

Fuente de datos	Encuestas nacionales de nutrición y salud.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Pocos países de la Región tienen información sobre la prevalencia del sobrepeso y de la obesidad en los hombres y mujeres adultos (de 18 años de edad o más). La mayoría de las encuestas representativas a nivel nacional incluyen solo mujeres de 15 a 49 años de edad. • No se dispone de encuestas representativas a nivel nacional para todos los países. • Por lo general, las encuestas representativas a nivel nacional se realizan cada cinco años. Sin embargo, tal frecuencia varía según las políticas y la disponibilidad del financiamiento de cada país. • Por lo general, los sistemas nacionales de vigilancia no son fiables debido a la debilidad de los procedimientos de recopilación de datos. Los desastres naturales pueden impedir la finalización de las encuestas. • También transcurre un tiempo entre la recopilación de los datos y su publicación.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud. Marco mundial de vigilancia integral de las enfermedades no transmisibles, incluido un conjunto de indicadores. indicadores [internet]. Ginebra: OMS; 2013. 2. Global database on body mass index Global database on body mass index. http://apps.who.int/bmi/index.jsp. 3. United States, Department of Health and Human Services, National Institutes of Health; National Health, Lung and Blood Institute; and North American Association for the Study of Obesity. The Practical Guide Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. Bethesda, MD: NIH; 2000. (NIH Publication No. 00-4084). Se puede encontrar en: https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/prctgd_c.pdf. 4. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. <i>Bulletin of the World Health Organization</i> 2007;85:660–667.. 5. Organización Mundial de la Salud. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: OMS; 1995 (Serie de Informes Técnicos 854). 6. World Health Organization. <i>Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks</i>. Ginebra: OMS; 2009. Se puede encontrar en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf 7. Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide. OMS. Octubre del 2012. http://www.who.int/nutrition/nlis_interpretationguide_isbn9789241599955/en/.

Código y título del indicador	RIT 2.1.7 CONTROL DEL CONSUMO DE SAL
Nombre del indicador	Consumo promedio de sal (cloruro de sodio) por día, en gramos, estandarizado según la edad en la población de personas mayores de 18 años
Definición del indicador	Este indicador mide la ingesta promedio de sal (cloruro de sodio) en la población. Línea de base en el 2010: 11,5 g Meta para el 2019: 7 g (a fin de alcanzar la meta mundial de una reducción relativa de 30% para el 2025).
Propósito del indicador	Expresa la ingesta promedio de sal/sodio en la población; guarda una relación directa con la tensión arterial en la población. La reducción del consumo excesivo de sal es la medida de intervención más eficaz en función de los costos para prevenir la hipertensión en la población, que es el factor de riesgo principal de sufrir un episodio cardiovascular y morir por causa del mismo.
Nota técnica	Medición de la excreción de sal/sodio en la orina. El patrón oro para calcular el consumo de sal es la recolección de orina en un período de 24 horas; sin embargo, también se aceptan otros métodos como la recolección casual y cronometrada de orina y las encuestas de frecuencia de consumo de alimentos, ya que puede ser más factible realizarlas a nivel de la población. Cálculo a nivel de país: (A) Numerador: la suma de todos los niveles de sodio en la orina de 24 horas en la población adulta participante en el estudio de la población. (B) Denominador: todos los participantes en el estudio. Cálculo: A/B (expresado en g/persona/día). La OPS tiene un protocolo disponible para determinar el nivel de sodio en la orina de 24 horas, que los países pueden incluir en los estudios nacionales de factores de riesgo, principalmente PanAm STEPs (Método Panamericano Progresivo para la Vigilancia de los Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas). Cálculo regional: Para calcular la ingesta promedio de sal (cloruro de sodio) en la población, al día en gramos en personas de 18 años de edad o más, normalizada según la edad, se debe aplicar la ingesta promedio de sal específica por edad en la población a la población estándar mundial de la OMS, consolidada para todas las edades. El proceso de normalización según la edad será realizado por la OPS a nivel regional. A partir de los datos de la Región proporcionados por la OPS, la sede de la OMS hace los cálculos estimativos del porcentaje mundial de ingesta promedio de sal en la población.
Tipo de indicador	Absoluta
Unidad de medición	Gramos de sal según la cantidad de sodio (Na) en la orina de 24 horas por persona por día.
Frecuencia de la medición	Cada cuatro o cinco años, junto con la encuesta de factores de riesgo.

Unidad de la OSP responsable de la seguimiento del indicador	Enfermedades no Transmisibles y Discapacidades (NMH/ND)
Fuente de datos	Encuestas nacionales (PanAm STEPs o estudio nacional de nutrición).
Limitaciones	Frecuencia de notificación: cuatro o cinco años si el país finaliza su encuesta nacional.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. World Health Organization. Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies: report of a joint technical meeting held by WHO and the Food Standards Agency, United Kingdom. Ginebra: OMS; 2010. 2. World Health Organization. Prevention of cardiovascular disease: pocket guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Ginebra: OMS; 2007. 3. Brown IJ et al. Salt intakes around the world: implications for public health. <i>International Journal of Epidemiology</i> 2009;38:791-813. 4. Cappuccio F et al. Policy options to reduce population salt intake. <i>British Medical Journal</i> 2011;343:d499. 5. He FJ, MacGregor GA. A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. <i>Journal of Human Hypertension</i>, 2009, 23:363-384. 6. World Health Organization. Strategies to monitor and evaluate population sodium consumption and sources of sodium in the diet. Report of a joint technical meeting convened by WHO and the Government of Canada, Canadá. Octubre del 2010. Ginebra: OMS; 2011. Se puede encontrar en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501699_eng.pdf

Código y título del indicador	RIT 2.1.8 CÁNCER CERVICOUTERINO
Nombre del indicador	Número de países y territorios que tienen un programa de tamizaje para la detección del cáncer cervicouterino que alcanza una cobertura del 70%, medida por la proporción de mujeres de 30 a 49 años que han sido examinadas para detectar cáncer cervicouterino por lo menos una vez o más a menudo, y para los grupos de mujeres más jóvenes o mayores, según los programas o políticas nacionales, en el 2019
Definición del indicador	<p>Este indicador cuenta el número de países y territorios con un programa de tamizaje de cáncer cervicouterino que logra una cobertura de 70%, expresada como 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 (VPH). También incluirá el número de países que hayan logrado una cobertura con métodos de detección de cáncer cervicouterino de 70% para el 2019 en mujeres de grupos de menor o mayor edad, de conformidad con lo definido por su programa o política nacional.</p> <p>Línea de base en el 2013: 5</p> <p>Meta para el 2019: 15</p>
Propósito del indicador	El cáncer cervicouterino es el cáncer femenino más común en los países de ingresos bajos y medianos. En el 2008, hubo unos 530.000 casos mundiales de cáncer cervicouterino y 270.000 defunciones mundiales por esa enfermedad, y más de 80% de esas cifras se registraron en los países de ingresos bajos y medianos. Los programas de tamizaje en los países de ingresos altos han dado lugar a una notable disminución de la mortalidad por cáncer cervicouterino durante los tres últimos decenios. La elevada cobertura del tamizaje es un elemento necesario para reducir la mortalidad en un programa determinado y es uno de los indicadores empleados para evaluar la calidad de ese programa. La OMS ha establecido una meta de cobertura del tamizaje de 70% para los programas de detección del cáncer.
Nota técnica	<p>Cálculo a nivel de país:</p> <p>(A) Numerador: 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.</p> <p>(B) Denominador: número total de mujeres de ese grupo de edad en la población del país.</p> <p>Cálculo: A/B</p> <p>Cálculo regional:</p> <p>Se suma el número total de países que notifican una cobertura del tamizaje de 70%, como mínimo, de las mujeres de 30 a 49 años que se han sometido a la prueba por lo menos una vez (o con mayor frecuencia y en grupos de menor o mayor edad según se defina en la políticas nacional de tamizaje).</p>
Tipo de indicador	Absoluto

Unidad de medición	Número de países y territorios.
Frecuencia de la medición	No se ha establecido un sistema de notificación sistemática y la frecuencia varía enormemente en la Región: algunos países miden este indicador anualmente, pero todavía hay muchos que no lo miden en absoluto. Cada país vigila independientemente su propia cobertura del tamizaje del cáncer cervicouterino, ya sea por medio del sistema de seguimiento y evaluación del programa nacional o por medio de encuestas basadas en la población.
Unidad de la OSP responsable de la seguimiento del indicador	Enfermedades no Transmisibles y Discapacidades (NMH/ND)
Fuente de datos	La fuente de datos es la encuesta (preferentemente representativa del nivel nacional) basada en la población sobre el tamizaje del cáncer cervicouterino, cuando está disponible.
Limitaciones	<p>Es difícil mantener la calidad y el carácter integral de la medición de la cobertura del tamizaje, ya que se requiere un sistema de información y un método sistemático y bien definido para captar información sobre las mujeres sometidas al tamizaje (en comparación con las pruebas realizadas). La principal limitación probablemente sea que la mayoría de los países no dan seguimiento de manera ordinaria y sistemática a la cobertura del tamizaje. Las posibles limitaciones de los datos autorrecopilados incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el sesgo de la autonotificación, incluso la suposición errónea de que cualquier examen vaginal es una prueba para el cáncer cervicouterino, y • la validez limitada de los instrumentos de la encuesta.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud. Marco mundial de vigilancia integral de las enfermedades no transmisibles, incluido un conjunto de indicadores. Ginebra: OMS; 2013. 2. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regional para la prevención y el control del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 2008. Se puede encontrar en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2011/PAHO_Cervical_Cancer_Strategy_En.pdf 3. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. Ginebra: OMS; 2013. Se puede encontrar en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/es/. 4. Pan American Health Organization. Cervical Cancer Prevention and Control Programs: A rapid assessment in 12 countries of Latin America. Washington, DC: OPS; 2010. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16119&Itemid=. 5. Pan American Health Organization. Situational Analysis of Cervical Cancer Prevention and Control in the Caribbean. Washington. DC: OPS; 2013. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23829&Itemid=.

Código y título del indicador	RIT 2.1.9 ENFERMEDAD RENAL TERMINAL TRATADA
Nombre del indicador	Número de países y territorios con una tasa de prevalencia del tratamiento de la enfermedad renal terminal de por lo menos 700 pacientes por millón de habitantes
Definición del indicador	Este indicador mide la suma de países y territorios que notifican un punto de prevalencia del tratamiento de la sustitución de la función renal de por lo menos 700 pacientes por 1.000.000 de habitantes. Línea de base en el 2013: 8 Meta para el 2019: 17
Propósito del indicador	Este indicador es importante para evaluar el nivel del acceso a los servicios y el tratamiento (diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante) para los pacientes con enfermedad renal terminal que necesitan tratamiento sustitutivo de la función renal.
Nota técnica	Cálculo a nivel de país: (A) Numerador: el número total de pacientes con enfermedad renal terminal que reciben tratamiento sustitutivo de la función renal (diálisis peritoneal, hemodiálisis o pacientes con trasplante funcional de riñón) al 31 de diciembre de cada año calendario. (B) Denominador: población total del país al 31 de diciembre de cada año. Cálculo: $(A/B) \times 1.000.000$ de habitantes (prevalencia puntual, expresada como número de pacientes tratados por enfermedad renal terminal por millón de habitantes). Cálculo regional: Se suma el número total de países que han logrado una tasa de prevalencia puntual del tratamiento de la nefropatía terminal de por lo menos 700 pacientes por 1.000.000 de habitantes.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios.
Frecuencia de la medición	Anual. Se prevé que los países presentarán los datos sobre este indicador seis meses después de la finalización del año calendario anterior.
Unidad de la OSP responsable de la seguimiento del indicador	Enfermedades no Transmisibles y Discapacidades (NMH/ND).
Fuente de datos	Registros y expedientes nacionales de diálisis y trasplante.
Limitaciones	Teniendo en cuenta la estrategia y el plan de acción de la OPS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles vigentes, se prevé que los países podrán fortalecer la calidad de sus registros e informar anualmente. Eso no había sucedido hasta ahora, ya que los registros, administrados por las sociedades de nefrología en la mayoría de los casos, han sido voluntarios hasta la fecha. Los datos dependerán de la existencia de registros nacionales de diálisis y trasplantes de buena calidad, completos y actualizados.

Referencias	<ol style="list-style-type: none">1. Lugon JR, Strogoff de Matos JP. Disparities in end-stage renal disease care in South America. <i>Clin Nephrol</i>. 2010 Nov;74 Suppl 1:S66-71.2. United States. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. U.S. Renal Data System, USRDS 2013 Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States. Bethesda, MD:NIH; 20133. Rosa-Diez G, Gonzalez-Bedat M, Pecoits-Filho R et al. Renal replacement therapy in Latin American end-stage renal disease. <i>Clin Kidney J</i> 2014;0: 1–6.4. Vanholder R, Biesen WV, Lameire N. Renal replacement therapy: how can we contain the costs? <i>Lancet</i> 2014: 383: 1783-1785.
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CATEGORÍA 2. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y FACTORES DE RIESGO**2.2 Salud mental y trastornos debidos al consumo sustancias psicoactivas**

Código y título del indicador	RIT 2.2.1 TRATAMIENTO EN ESTABLECIMIENTOS AMBULATORIOS DE SALUD MENTAL
Nombre del indicador	Número de países y territorios que han aumentado la tasa de consultas en establecimientos ambulatorios de salud mental por encima del promedio regional de 975 por 100.000 habitantes
Definición del indicador	El indicador mide el establecimiento de servicios ambulatorios de salud mental. Línea de base en el 2013: 19 Meta para el 2019: 30
Propósito del indicador	Este indicador es fundamental para dar seguimiento a la transformación de la atención de salud mental y se basa en la estrategia regional y plan de acción de la OPS y el <i>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.
Nota técnica	Cálculo a nivel de país: A. Numerador: el número de consultas de salud mental en establecimientos ambulatorios en un año. B. Denominador: la población total (población general) Cálculo: $(A/B) \times 100.000$ En el cálculo no se deben contar los pacientes hospitalizados, incluidos quienes 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 de la OMS para Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS). ³³ Cálculo regional: Se suma el número de países que han aumentado la tasa de usuarios tratados por establecimientos ambulatorios de salud mental por encima del promedio regional de 975 por 100.000 habitantes. Fuente: IESM-OMS. WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe (véase la referencia bibliográfica completa en la sección de referencias).
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios.
Frecuencia de la medición	Bienal (la OPS solicitará información a los países previstos cada dos años).

³³ http://www.who.int/mental_health/evidence/WHOAIMS_Spanish.pdf?ua=1.

Unidad de la OSP responsable de la seguimiento del indicador	Salud Mental y Uso de Sustancias (NMH/MH).
Fuente de datos	Informes de país. La línea de base (tasa por país) y la tasa regional se establecen sobre la base de los informes de evaluación de los sistemas de salud mental de los países, que se elaboran con la cooperación técnica de la OPS; 34 países y territorios han realizado las evaluaciones con el IESM de la OMS.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Las limitaciones principales están relacionadas con las deficiencias de los sistemas nacionales de información sanitaria, en particular con respecto a datos sobre pacientes ambulatorios, tales como servicios de diagnóstico y de especialistas, lo cual lleva a la subnotificación. • La OPS y la OMS recomiendan que se actualice el IESM-OMS cada cinco años (algunos países de la Región ya lo han hecho). No obstante, esta es una iniciativa voluntaria que depende de los países. La OPS promueve esta actualización periódica pero no tiene poder de decisión en ese sentido.
Referencias	<p>1. Organización Panamericana de la Salud. WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 2013. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf</p>

CATEGORÍA 2. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y FACTORES DE RIESGO**2.3 Violencia y traumatismos**

Código y título del indicador	RIT 2.3.1 SEGURIDAD VIAL: USO DE CINTURONES DE SEGURIDAD
Nombre del indicador	Número de países y territorios por lo menos con 70% de uso de los cinturones de seguridad por todos los pasajeros.
Definición del indicador	Número de países y territorios por lo menos con 70% de uso de los cinturones de seguridad por todos los pasajeros. Línea de base en el 2013: 4 Meta para el 2019: 7
Propósito del indicador	Tras la promulgación de las leyes sobre el uso de cinturones de seguridad en los asientos delanteros en muchos países de la Región, la medición del uso de cinturones de seguridad en los asientos traseros indica un avance hacia una legislación integral. Este indicador concuerda con el plan de acción de la OPS sobre seguridad vial del 2011 y es un buen instrumento de promoción de la causa para incorporar este tema en la agenda de salud pública.
Nota técnica	El indicador se calcula sobre la base del porcentaje informado por los países que respondieron el cuestionario para el informe de la OMS sobre la situación mundial de la seguridad vial. Cálculo regional: la suma de los países que han logrado 70% o más de uso de los cinturones de seguridad por todos los pasajeros.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios. (Nota: no se dispone de datos para los territorios.)
Frecuencia de la medición	Los datos se recopilan cada tres años por medio de un cuestionario en una reunión de consenso nacional. Los datos más recientes (2010) pueden encontrarse en el <i>Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial 2013</i> . ³⁴ La siguiente ronda de recopilación de datos comenzó a principios de 2014.
Unidad de la OSP responsable de la seguimiento del indicador	Factores de Riesgo (NMH//FR).
Fuente de datos	Informe de la OMS sobre la situación mundial de la seguridad vial; información recopilada a partir de cuestionarios nacionales sobre la seguridad vial.
Limitaciones	Como hasta la fecha se han utilizado métodos diferentes para los dos informes mundiales sobre la seguridad vial elaborados por la OMS, los datos no son comparables. Además, los cuestionarios se basan en la percepción del equipo nacional que los llena y, por consiguiente, los datos se ven influidos por los antecedentes de los participantes. Se han encontrado datos de calidad deficiente en muchos países.

³⁴ Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial 2013. Se puede encontrar el resumen en español y el informe completo en inglés en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/report/es/.

Referencias	1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción de seguridad vial. Washington, DC: OPS; 2011 (documento CD51/7, Rev. 1). Se puede encontrar en: <a data-bbox="480 304 1329 367" href="http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=docview&gid=20497&Itemid=">http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=docview&gid=20497&Itemid=
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Código y título del indicador	RIT 2.3.2 PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA
Nombre del indicador	Número de países y territorios que usan una perspectiva de salud pública como parte de un enfoque integrado de prevención de la violencia.
Definición del indicador	Número de países que incluyen al menos cuatro recomendaciones del Informe mundial de la OMS sobre la violencia y la salud del 2002 en su plan de acción nacional o al menos en un plan de acción subnacional para la prevención de la violencia en los niños, los jóvenes y las mujeres y que las ponen en práctica sistemáticamente y en gran escala. ³⁵ Línea de base en el 2013: 3 Meta para el 2019: a ser determinada según el informe de la OMS sobre la situación mundial de prevención de la violencia del 2014.
Propósito del indicador	El indicador muestra la forma en que los países de la Región de las Américas han avanzado en la inclusión y puesta en práctica sistemática y en gran escala de la perspectiva de salud pública en su plan de acción nacional o al menos en un plan de acción subnacional para la prevención de la violencia en los niños, los jóvenes y las mujeres.
Nota técnica	La OPS contará el número de países que incluyen y ponen en práctica al menos cuatro recomendaciones del <i>Informe mundial sobre la violencia y la salud del 2002</i> en su plan de acción nacional o al menos en un plan de acción subnacional para la prevención de la violencia en los niños, los jóvenes y las mujeres. Las recomendaciones del informe mundial de la OMS son las siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Crear, ejecutar y vigilar un plan nacional de acción para la prevención de la violencia. 2. Mejorar la capacidad de recopilación de datos sobre la violencia. 3. Definir las prioridades relacionadas con las causas, las consecuencias y los costos de la violencia y la prevención de la misma, y apoyar la investigación al respecto. 4. Promover las respuestas de prevención primaria. 5. Fortalecer las respuestas dirigidas a las víctimas de la violencia. 6. Integrar la prevención de la violencia en las políticas sociales y educativas y promover, de ese modo, la igualdad social y en asuntos de género. 7. Ampliar la colaboración y el intercambio de información sobre la prevención de la violencia. 8. Promover y vigilar la observancia de los tratados internacionales, las leyes y otros mecanismos de protección de los derechos humanos. 9. Buscar respuestas prácticas y acordadas en el ámbito internacional con respecto al comercio mundial de drogas y al comercio mundial de armas.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios.
Frecuencia de la medición	Los datos se actualizarán cada dos años a fines del segundo año.
Unidad de la OSP	Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (SDE)

³⁵ En gran escala significa más del 30% de la población pertinente en el territorio seleccionado (nacional o subnacional).

responsable de la seguimiento del indicador	
Fuente de datos	Los datos se obtendrán de informes de las representaciones de la OPS/OMS a la sede de la OPS (SDE) como parte del proceso de preparación y actualización de los informes mundiales sobre la prevención de la violencia.
Limitaciones	Los datos incluirán información solo sobre aquellos países que participaron en el informe mundial sobre la situación de la prevención de la violencia que se publicará en el 2014. Además, los datos no reflejarán la calidad del plan de acción ni de las medidas tomadas.
Referencia	1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Informe mundial de la OMS sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS; 2003 (Publicación Científica y Técnica 588). Se puede encontrar en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf?ua=1 .

CATEGORÍA 2. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y FACTORES DE RIESGO**2.4 Discapacidades y rehabilitación**

Código y título del indicador	RIT 2.4.1 COBERTURA DE ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
Nombre del indicador	Número de países que han alcanzado por lo menos 12% de acceso a servicios de habilitación y rehabilitación y a servicios sociales para personas con discapacidades
Definición del indicador	Número de países y territorios que han alcanzado una cobertura de 12% de servicios de rehabilitación en el sector de salud para las personas con discapacidades. Línea de base en el 2013: 0 Meta para el 2019: 16
Propósito del indicador	Muestra el número de países que han alcanzado una cobertura mínima de 12% de acceso a servicios de habilitación y rehabilitación en el sector de salud para las personas con discapacidades. En vista de la baja cobertura del acceso a servicios de rehabilitación para las personas con discapacidades (el promedio mundial es de 6% según el informe de la OMS), el indicador propuesto mide el avance en la mejora de la cobertura del acceso a servicios de salud.
Nota técnica	Cálculo a nivel de país: (A) 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 X. (B) Denominador: número total calculado de personas discapacitadas en el país X. Cálculo: $(A/B) \times 100$ Cálculo regional: Se cuenta el número de países con acceso superior al 12% a los servicios de habilitación y rehabilitación.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de la medición	Anual (a fin de cada año). La información se recopila a diario, se procesa cada mes y se promedia a fines de cada año.
Unidad de la OSP responsable de la seguimiento del indicador	Enfermedades no Transmisibles y Discapacidades (NMH/ND).
Fuente de datos	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.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Datos obsoletos sobre personas con discapacidades. • Subnotificación de las personas con discapacidades que asisten a los servicios de rehabilitación en el sector de la salud. • Si se emplean encuestas multiuso, las respuestas se basan en

	<p>percepciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> Pocos países tienen un registro de esta información
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> Organización Mundial de la Salud; Banco Mundial. Informe mundial sobre la discapacidad [Internet]. Ginebra: OMS; 2011. Se puede encontrar en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_NMH_VIP_11.03_spa.pdf?ua=1. Organización Panamericana de la Salud. La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos relacionados. 47º Consejo directivo de la OPS, 58.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2006; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2006 (documento CD47.15) http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/CD47-15-s.pdf. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, edición 2012. Washington (DC): OPS; 2012. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/ Organización Panamericana de la Salud. Aplicación de la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud en las Américas. Washington (DC): OPS; 2012. Se puede encontrar en: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/informeCIF.pdf

Código y título del indicador	RIT 2.4.2 TASA DE CIRUGÍA DE CATARATAS
Nombre del indicador	Número de países y territorios cuya tasa de cirugía de cataratas llega a 2.000 por millón de habitantes al año
Definición del indicador	Este indicador proporciona una medida cuantificable de la cirugía de cataratas en los países y territorios de la Región. Se basa en el número total de países y territorios de la Región de las Américas que declaran que han alcanzado una tasa de cirugía de cataratas de 2.000 por 1.000.000 de habitantes en un año determinado. Línea de base en el 2013: 19 Meta para el 2019: 25
Propósito del indicador	Las cataratas son la principal causa de ceguera. La deficiencia visual y la ceguera causada por cataratas son evitables porque hay un tratamiento seguro y eficaz para restaurar la visión. La tasa de cirugía de cataratas es una medida cuantificable de la prestación de servicios de cirugía de catarata. También se suele utilizar como indicador indirecto para medir la prestación de servicios generales de atención oftalmológica.
Nota técnica	Cálculo a nivel de país: (A) Numerador: número total de intervenciones quirúrgicas de cataratas en el país (por año calendario). (B) Denominador: población total del país. Cálculo: $(A/B) \times 1.000.000$ Cálculo regional: Una vez obtenida la tasa de cirugía de cataratas de los países, se calcula el indicador al sumar el número de países que han alcanzado 2.000 intervenciones quirúrgicas para cataratas por 1.000.000 de habitantes por año calendario.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios.
Frecuencia de la medición	Anual. Durante los últimos 10 años, los datos sobre la tasa de cirugía de cataratas se han obtenido de los Ministerios de Salud o los comités nacionales de salud ocular cada año. Se recopilan los datos al final de cada año calendario y se informan en abril del año siguiente. Los datos se publicarán en junio de cada año.
Unidad de la OSP responsable de la seguimiento del indicador	Curso de Vida Saludable (FGL/HL)
Fuente de datos	Los datos se obtienen de los informes anuales de los países (ministerios de salud o coordinadores de los comités nacionales para la prevención de la ceguera) y se presentan al Programa Regional de Salud Ocular, de la OPS/OMS.
Limitaciones	Este indicador es útil solamente cuando incluye todas las intervenciones quirúrgicas para cataratas realizadas en un país, incluso en los

	establecimientos gubernamentales, no gubernamentales y privados.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de plan de acción para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables 2014-2019. Salud ocular universal: un plan de acción mundial para 2014-2019 [Internet]. 66.ª Asamblea Mundial de la Salud; del 20 al 28 de mayo de 2013; Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2013 (documento A66/11) [consultada el 25 de noviembre del 2013]. Se puede encontrar en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_11-sp.pdf. 2. Batlle, JF, Lansingh VC, Silva JC, Eckert KA, Resnikoff S, Cataract Situation in Latin America: Barriers to Cataract Surgery, <i>American Journal of Ophthalmology</i> (2014), doi: 10.1016/j.ajo.2014.04.019. 3. Lewallen S, Pérez-Straziota C, Lansingh V, Limburg H, Silva JC. Variation in Cataract Surgery Needs in Latin America. <i>Arch Ophthalmol.</i> 2012 Dec;130(12):1575-8. doi: 10.1001/archophthalmol.2012.2147 4. Lansingh VC, Resnikoff S, Tingley-Kelley K, Nano ME, Martens M, Silva JC, Duerksen R, Carter MJ. Cataract surgery rates in Latin America: a four-year longitudinal study of 19 countries. <i>Ophthalmic Epidemiol.</i> 2010 Mar; 17(2):75-81.

CATEGORÍA 2. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y FACTORES DE RIESGO**2.5 Nutrición**

Código y título del indicador	RIT 2.5.1 NIÑOS QUE PADECEN RETRASO DEL CRECIMIENTO
Nombre del indicador	Porcentaje de menores de 5 años que padecen retraso del crecimiento
Definición del indicador	<p>Porcentaje de menores de 5 años cuya talla para la edad es inferior a -2 desviaciones estándar de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS.</p> <p>Línea de base en el 2010: 13,5% Meta para el 2019: 7,5%</p>
Propósito del indicador	El retraso del crecimiento es el resultado de la privación nutricional a largo plazo; es un factor de riesgo de mortalidad infantil y a menudo da lugar a retraso del desarrollo mental, bajo rendimiento escolar y reducción de la capacidad intelectual.
Nota técnica	<p>Mediciones: peso y talla de los niños de 0 a 5 años de edad. El peso y la talla de los niños se miden con el método recomendado por la OMS, por ejemplo, los menores de 24 meses se miden en posición supina, mientras que los mayores de 24 meses se miden cuando están de pie.</p> <p>Retraso del crecimiento: menores de cinco años de edad con una talla para la edad inferior a -2 desviaciones estándar de la mediana de los Patrones de crecimiento infantil de la OMS.</p> <p>Cálculo de la prevalencia a nivel de país: No corresponde³⁶</p> <p>Cálculo regional: La OMS mantiene la Base de datos mundiales sobre crecimiento y malnutrición infantiles, que incluye encuestas basadas en la población, las cuales cumplen una serie de criterios. Se comprueban la validez y la coherencia de los datos, y se analizan los conjuntos de datos sin elaborar después de un procedimiento normal para obtener resultados comparables. Se presenta la prevalencia por debajo y por encima de los valores límite definidos para el peso para la edad, la talla para la edad, el peso para la talla y el índice de masa corporal (IMC) para la edad, en niños preescolares, con puntuaciones z basadas en los Patrones de crecimiento infantil de la OMS.</p> <p>En un artículo publicado en el 2003 en el <i>International Journal of Epidemiology</i> (de Onis y Blössner, 2003) se ofrece una descripción detallada de la metodología y los procedimientos de la base de datos, que abarca las fuentes de datos, los criterios para inclusión, el control de la calidad de los datos y la secuencia de operaciones de la base de datos.</p> <p>Tipo predominante de estadísticas: ajustado. Se ha publicado una metodología bien establecida para calcular las</p>

³⁶ Esta línea de base del indicador no es aplicable porque se trata de un indicador nuevo. Los indicadores nuevos son los que se miden por primera vez en el Plan Estratégico y sin los datos de la línea de base actual.

	tendencias mundiales y regionales y pronosticar las tendencias futuras (de Onis et al., 2004a, 2004b).
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de la medición	Cada cinco años.
Unidad de la OSP responsable de la seguimiento del indicador	Curso de Vida Saludable (FGL/HL).
Fuente de datos	Encuestas nacionales de nutrición, encuestas de demografía y salud, encuesta de indicadores múltiples por conglomerados (MICS) y sistemas nacionales de vigilancia.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • No se hacen encuestas representativas a nivel nacional en todos los países. • Si bien las encuestas representativas a nivel nacional se realizan generalmente cada cinco años, la frecuencia puede variar según las políticas y la disponibilidad del financiamiento de cada país. • Por lo general, los sistemas nacionales de vigilancia no son fiables debido a la debilidad de los procedimientos de recopilación de datos. Los desastres naturales pueden impedir la finalización de las encuestas. • También transcurre un tiempo entre la recopilación de los datos y su publicación.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. de Onis, M. and Blössner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications; International Journal of Epidemiology 2003; 32:518-26. Se puede encontrar en: http://www.who.int/nutgrowthdb/publications/methodology/en/. 2. de Onis, M. Garza, et al. For the WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2004a): The WHO Multicentre Growth Reference Study: Rationale, Planning, and Implementation. Se puede encontrar en: http://www.sprs.com.br/templates/sprs/pdf/download/oms_curvas.pdf. 3. de Onis, M. Garza, et al. For the WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2004b): The WHO Multicentre Growth Reference Study: Planning, study design, and methodology. Se puede encontrar en: http://www.ingentaconnect.com/content/nsinf/fnb/2004/0000025/A00101s1/art00003. 4. World Health Organization. Nutrition. Global targets 2025 to improve maternal, infant and young child nutrition. Ginebra: OMS [internet]. Se puede encontrar en: http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/en/. 5. Organización Mundial de la Salud. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: OMS; 1995 (Serie de Informes Técnicos 854). 6. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. UNICEF-WHO-World Bank Joint Child Malnutrition Estimates. (UNICEF, Nueva York; OMS, Ginebra; Banco Mundial, Washington, DC; 2012). Se puede encontrar en: http://www.who.int/nutgrowthdb/jme_unicef_who_wb.pdf?ua=1

	<p>7. Joint child malnutrition estimates (UNICEF-WHO-WB): Global and regional trends by UN Regions, 1990-2025 Stunting: 1990-2025. http://apps.who.int/gho/data/view.main.NUTUNSTUNTINGv?lang=en.</p> <p>8. World Health Organization. Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide. Ginebra: OMS; 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44397/1/9789241599955_eng.pdf?ua=1.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Código y título del indicador	RIT 2.5.2 ANEMIA EN LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL
Nombre del indicador	Porcentaje de mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) con anemia
Definición del indicador	Porcentaje de mujeres en edad fértil no embarazadas (de 15 a 49 años de edad) con hemoglobina inferior a 12 g/dl. Línea de base en el 2010: 22,5% Meta para el 2019: 18%
Propósito del indicador	Vigila las tendencias de la prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años de edad). La anemia guarda relación con un mayor riesgo de mortalidad materna. La anemia ferropénica es la carencia de micronutrientes más prevalente, que reduce la capacidad de trabajo de las personas y de poblaciones enteras, con graves consecuencias para la economía y el desarrollo nacional.
Nota técnica	Anemia en las mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años): valor de hemoglobina inferior a 12 g/dl, ajustado por altitud. Cálculo a nivel de país: No corresponde ³⁷ Cálculo regional: La OMS mantiene la base de datos de micronutrientes del Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales (VMNIS), un instrumento para cotejar la información sobre el estado de suficiencia de diversos nutrientes en la población a nivel mundial. A partir de esta información, la OMS ha publicado las estimaciones mundiales de la prevalencia de anemia y de carencia de vitamina A y yodo. Se emplearon los datos de la encuesta nacional más reciente en lugar de los de las encuestas subnacionales. Para los países sin datos de la encuesta, la OMS calculó su prevalencia con la elaboración de un modelo de regresión en el cual empleó indicadores de la condición de salud de la población como covariantes.
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de la medición	Cada cinco años.
Unidad de la OSP responsable de la seguimiento del indicador	Curso de Vida Saludable (FGL/HL).
Fuente de datos	Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales (VMNIS), encuestas nacionales de salud o de nutrición, encuestas de demografía y salud (DHS), encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS).
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> No se dispone de encuestas representativas a nivel nacional en todos los países. Si bien las encuestas representativas a nivel nacional se realizan generalmente cada cinco años, la frecuencia puede variar según las políticas y la disponibilidad del financiamiento de cada país.

³⁷ Esta línea de base del indicador no es aplicable porque se trata de un indicador nuevo. Los indicadores nuevos son los que se miden por primera vez en el Plan Estratégico y sin los datos de la línea de base actual.

	<ul style="list-style-type: none"> • Por lo general, los sistemas nacionales de vigilancia no son fiables debido a la debilidad de los procedimientos de recopilación de datos. Los desastres naturales pueden impedir la finalización de las encuestas. • También transcurre un tiempo entre la recopilación de los datos y su publicación.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. World Health Organization, United States Centers for Disease Control and Prevention. Methodological approaches to estimating global and regional prevalence of vitamin and mineral deficiencies. Report on the Joint World Health Organization/US Centers for Disease Control and Prevention Technical Consultation. Atlanta (EE.UU.), del 7 al 9 de diciembre del 2010. Ginebra: OMS; 2014. Se puede encontrar en. http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/methodological_estimates_global_vitamin/en/ 2. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 1. Definitions Conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington, DC, USA. Ginebra: OMS; 2017. Se puede encontra en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf 3. World Health Organization. Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide. Ginebra: OMS; 2012. Se puede encontrar en. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44397/1/9789241599955_eng.pdf?ua=1.

Código y título del indicador	RIT 2.5.3 NIÑOS CON SOBREPESO
Nombre del indicador	Porcentaje de menores de cinco años que tienen sobrepeso
Definición del indicador	Porcentaje de menores de cinco años de edad que tienen sobrepeso. Línea de base en el 2008-2012: 7% Meta para el 2016-2019: 7%
Propósito del indicador	Vigila las tendencias de obesidad en menores de cinco años de edad. El sobrepeso en la niñez guarda relación con una mayor probabilidad de sobrepeso en la edad adulta, que puede llevar a una variedad de discapacidades y enfermedades, como diabetes y enfermedades cardiovasculares. Los niños con sobrepeso corren el riesgo de sufrir acoso y tener poca autoestima.
Nota técnica	<p>Mediciones: peso y talla de los niños 0 a 5 años de edad. El peso y la talla de los niños se miden con el método recomendado por la OMS, por ejemplo, los menores de 24 meses se miden en posición supina, mientras que los mayores de 24 meses se miden cuando están de pie.</p> <p>Sobrepeso y obesidad en los niños de 0 a 5 años de edad: peso para la talla mayor de dos desviaciones estándar de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS.</p> <p>Cálculo a nivel de país: No corresponde³⁸</p> <p>Cálculo regional: La OMS mantiene la Base de datos mundiales sobre crecimiento y malnutrición infantiles, que incluye encuestas basadas en la población, las cuales cumplen una serie de criterios. Se comprueban la validez y la coherencia de los datos, y se analizan los conjuntos de datos sin elaborar después de un procedimiento normal para obtener resultados comparables. Se presenta la prevalencia por debajo y por encima de los valores límite definidos para el peso para la edad, la talla para la edad, el peso para la talla y el índice de masa corporal (IMC) para la edad, en niños preescolares, con puntuaciones z basadas en los Patrones de crecimiento infantil de la OMS.</p> <p>En un artículo publicado en el 2003 en el International Journal of Epidemiology (de Onis y Blössner, 2003) se ofrece una descripción detallada de la metodología y los procedimientos de la base de datos, que abarca las fuentes de datos, los criterios para inclusión, el control de la calidad de los datos y la secuencia de operaciones de la base de datos. Tipo predominante de estadísticas: ajustado.</p> <p>Se ha publicado una metodología bien establecida para calcular las tendencias mundiales y regionales y pronosticar las tendencias futuras (de Onis et al., 2004a, 2004b).</p>
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de la	Cada cinco años.

³⁸ Esta línea de base del indicador no es aplicable porque se trata de un indicador nuevo. Los indicadores nuevos son los que se miden por primera vez en el Plan Estratégico y sin los datos de la línea de base actual.

medición	
Unidad de la OSP responsable de la seguimiento del indicador	Curso de Vida Saludable (FGL/HL).
Fuente de datos	Encuestas nacionales de nutrición, encuestas de demografía y salud (DHS), encuesta de indicadores múltiples por conglomerados (MICS) y sistemas nacionales de vigilancia.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • No se dispone de encuestas representativas a nivel nacional en todos los países. • Si bien las encuestas representativas a nivel nacional se realizan generalmente cada cinco años, la frecuencia puede variar según las políticas y la disponibilidad del financiamiento de cada país. • Por lo general, los sistemas nacionales de vigilancia no son fiables debido a la debilidad de los procedimientos de recopilación de datos. Los desastres naturales pueden impedir la finalización de las encuestas. • También transcurre un tiempo entre la recopilación de los datos y su publicación.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. de Onis, M. and Blössner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications; International Journal of Epidemiology 2003; 32:518-26. Se puede encontrar en: http://www.who.int/nutgrowthdb/publications/methodology/en/. 2. de Onis, M. Garza, et al. For the WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2004a): The WHO Multicentre Growth Reference Study: Rationale, Planning, and Implementation. Se puede encontrar en: http://www.sprs.com.br/templates/sprs/pdf/download/oms_curvas.pdf. 3. de Onis, M. Garza, et al. For the WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2004b): The WHO Multicentre Growth Reference Study: Planning, study design, and methodology. Se puede encontrar en: http://www.ingentaconnect.com/content/nsinf/fnb/2004/00000025/A00101s1/art00003. 4. Organización Mundial de la Salud. Nutrition. Global targets 2025 to improve maternal, infant and young child nutrition. Ginebra: OMS [internet]. Se puede encontrar en: http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/en/ 5. Organización Mundial de la Salud. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: OMS; 1995. (Serie de Informes Técnicos 854). 6. De Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. <i>Bulletin of the World Health Organization</i> 2007;85:660–667. 7. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. UNICEF/WHO-World Bank Joint Child Malnutrition Estimates. (UNICEF, Nueva York; OMS, Ginebra; Banco Mundial, Washington, DC; 2012). http://www.who.int/nutgrowthdb/jme_unicef_who_wb.pdf?ua=1 8. World Health Organization. Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide. Ginebra: OMS; 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44397/1/9789241599955_eng.pdf?ua=1.

CATEGORÍA 3. DETERMINANTES DE LA SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD A LO LARGO DE TODO EL CICLO DE VIDA

3.1 Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva

Código y título del indicador	RIT 3.1.1 NECESIDADES INSATISFECHAS CON RESPECTO A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Nombre del indicador	Porcentaje de necesidad insatisfecha con respecto a los métodos modernos de planificación familiar
Definición del indicador	<p>Las necesidades insatisfechas con respecto a la planificación familiar son el porcentaje de mujeres en edad fecunda (de 15 a 49 años de edad) que son sexualmente activas, que no usan ningún método anticonceptivo y que afirman que no desean más hijos o que desean demorar el próximo embarazo.³⁹</p> <p>La necesidad insatisfecha se expresa como un porcentaje basado en las mujeres en edad fecunda (de 15 a 49 años de edad) que están casadas o en unión consensual.</p> <p>Línea de base en el 2013: 15% Meta para el 2019: 11%</p>
Propósito del indicador	<p>En vista de que la satisfacción de las necesidades relacionadas con la planificación familiar es una de las inversiones más eficaces en función de los costos para mitigar la pobreza y mejorar la salud, este indicador mide la adopción de las directrices correspondientes de la OMS o de políticas innovadoras para ampliar el acceso a la planificación familiar.</p> <p>El concepto de necesidades insatisfechas se concentra en la brecha entre las intenciones reproductivas de las mujeres y su comportamiento en cuanto al uso de un método anticonceptivo.</p>
Nota técnica	<p>A pesar de los tratados y acuerdos internacionales para promover los derechos humanos y reproductivos, persisten necesidades insatisfechas en el ámbito de la planificación familiar. Las tasas en América Latina y el Caribe son muy variables y presentan además una diferencia muy grande entre el quintil más rico y el quintil más pobre.</p> <p>Para la mayoría de las estimaciones de las necesidades insatisfechas en relación con la planificación familiar, como las del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), que es el organismo de las Naciones Unidas que se ocupa de este tema, se emplea el método adoptado en las encuestas de demografía y salud. El indicador propuesto es más apropiado para la OPS/OMS, ya que representa mejor la función de la Organización en la adopción de estrategias concebidas para ampliar el acceso a la planificación familiar de conformidad con las directrices y resoluciones.</p> <p>La definición estándar de necesidades insatisfechas con respecto a la</p>

39

http://interwp.cepal.org/sisgen/SisGen_MuestraFicha_puntual.asp?id_aplicacion=1id_estudio=4&indicador=2183&idoma=e

	<p>planificación familiar incluye:</p> <p>(A) Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todas las embarazadas (casadas o en unión consensual) cuyos embarazos fueron indeseados 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 indeseado o inoportuno. • Todas las mujeres en edad fecunda (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 por dos años o no saben cuándo desean tener a otro hijo (espacio) y no usan ningún método anticonceptivo. <p>(B) Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de mujeres en edad fecunda (de 15 a 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 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 cinco años o más y • no han tenido un parto en los últimos cinco años y • no están embarazadas actualmente y • no han usado métodos anticonceptivos en los últimos cinco años (o, si se desconoce la fecha de la última vez que usaron anticonceptivos, o si nunca han usado ningún tipo anticonceptivo) o • ellas mismas declaran que son estériles por causa de 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 mujeres casadas o en unión consensual son sexualmente activas. Si se prevé incluir a las mujeres solteras en el cálculo de la necesidad insatisfecha (en los informes nacionales de vigilancia complementarios sobre los ODM), 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>Cálculo: $(A/B) \times 100$; en un país y un año determinados.</p> <p>Cálculo regional: la media regional ponderada</p> <p>Según la definición estándar, no se considera que las mujeres que usan un método anticonceptivo tradicional tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar.⁴⁰ Puesto que los métodos tradicionales pueden ser mucho menos eficaces que los métodos modernos, a menudo se emplean análisis adicionales para distinguir entre los métodos tradicionales y los modernos.</p> <p>Véase una lista de los principales métodos tradicionales y modernos de planificación familia en el siguiente enlace de la OMS: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/.</p>
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de la medición	Bienal
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Centro Latinoamericano de Perinatología (FGL-CLAP/SMR)
Fuente de datos	<p>Plantilla de extracción de datos para el estudio teórico y la evaluación cualitativa del indicador.</p> <p>La información acerca de la necesidad insatisfecha de planificación familiar se recoge a través de las encuestas de viviendas, coordinadas en el ámbito internacional, como la 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.</p> <p>Estas encuestas tienden a realizarse cada tres a cinco años.</p> <p>Para más información sobre las fuentes de datos para cada punto de información, véase:</p> <ul style="list-style-type: none"> • http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Products%2fProgressReports.htm, y • http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx.

⁴⁰ Para una definición de las necesidades insatisfechas de planificación familiar, se puede consultar: <http://dhsprogram.com/Topics/Unmet-Need.cfm>.

Limitaciones	<p>Para la mayoría de las estimaciones de las necesidades insatisfechas en relación con la planificación familiar, como las del UNFPA, se emplea el procedimiento adoptado en las encuestas de demografía y salud.</p> <p>Puede haber diferencias de la definición usada en algunas encuestas. Esas diferencias se marcan con las notas en las series de datos. Puesto que las necesidades insatisfechas calculadas se ven afectadas por los cambios en la definición, las tendencias deben interpretarse con precaución. Se debe evitar una comparación estricta entre los cálculos basados en diferentes definiciones.</p>
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bradley SEK, Croft TN, Fishel JD, Westoff CF. <i>Revising Unmet Need for Family Planning</i>. Maryland: ICF International; 2012. (DHS Analytical Studies, 25) Se puede encontrar en: http://dhsprogram.com/pubs/pdf/AS25/AS25[12June2012].pdf [consultado el 14 de agosto del 2014]. 2. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. <i>Model-based estimates and projections of family planning indicators 2014</i>. Nueva York: Naciones Unidas; 2014. Se puede encontrar en: http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.shtml [consultado el 14 de agosto del 2014]. 3. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. <i>2014 Update for the MDG database: Unmet Need for Family Planning (POP/DB/CP/B/MDG2014)</i>. Nueva York: Naciones Unidas, 2014. Se puede encontrar en: http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/index.shtml [consultada el 14 de agosto del 2014]. 4. Organización de las Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. División de Población. <i>Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2014</i>. Nueva York: Naciones Unidas, 2014. Se puede encontrar en: http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2014/Spanish2014.pdf [consultada el 14 de agosto del 2014].

Código y título del indicador	RIT 3.1.2 PORCENTAJE DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL DE SALUD CAPACITADO
Nombre del indicador	Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado.
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de partos atendidos por personal de salud capacitado en un año específico y en un determinado país, territorio o zona geográfica.</p> <p>Línea de base en el 2013: 95%</p> <p>Meta para el 2019: 97%</p>
Propósito del indicador	Este indicador procura mostrar el acceso de las mujeres a parteras competentes en las instituciones de salud. Procura también dar seguimiento a las desigualdades existentes en los países, a medida que estos últimos mejoran la recopilación de esta información desglosada por grupos específicos de la población (rural, periurbana, indígena, personas de ascendencia africana, adolescentes, etc.).
Nota técnica	<p>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. El personal capacitado comprende a 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.</p> <p>Cálculo a nivel de 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.</p> <p>(A) Numerador: partos atendidos por personal capacitado en un año específico.</p> <p>(B) Denominador: número total de partos en ese mismo año.</p> <p>Cálculo: $(A/B) \times 100$</p> <p>Cálculo a nivel regional: Para la Región en su totalidad, se calcula como la media regional ponderada. El valor para cada país se multiplica por el factor de ponderación correspondiente, que es la proporción de la población de cada país de la Región, considerando que la media regional ponderada no puede ser mayor de 1. Posteriormente, se obtiene la media regional</p>

	ponderada por la suma de todos los valores de los países. Línea de base: la línea de base corresponde a una proporción regional (no de países) de 95% y se estableció con arreglo a los datos disponibles en la situación de salud en la Región de las Américas de los indicadores básicos de salud correspondientes al 2013.
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de la medición	Anual. El cálculo se actualizará anualmente, sobre la base de los datos recopilados de enero a diciembre del año anterior; el cálculo estimativo de cada año anterior se conocerá en septiembre del año siguiente.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP/FGL), en colaboración con la Unidad de Información y Análisis de Salud del Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud (HA/CHA)
Fuente de datos	Los cálculos estimativos son proporcionados por el Ministerio de Salud de cada país, basándose en los datos recopilados sistemáticamente por el sistema nacional de información u obtenidos por medio de encuestas.
Limitaciones	El principal reto estriba en que la mayoría de los países todavía carecen de datos corrientes sobre este indicador, los datos disponibles no siempre están completos y la cobertura suele presentar grades variaciones. La información es aún más escasa en relación con los grupos que con mayor frecuencia carecen de acceso a personal de salud competente. Además de la calidad de los datos proporcionados, las demoras en la presentación de los datos de algunos países y territorios y la falta de notificación por otros dificulta el cómputo del promedio regional. Hay otras dificultades relacionadas con la normalización de la definición de personal de salud competente. Finalmente, es posible que este indicador no capte debidamente el acceso de las mujeres a atención de buena calidad.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. World Health Organization, International Confederation of Midwives, International Federation of Gynecology and Obstetrics. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO. Ginebra: OMS, 2004. Se puede encontrar en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591692.pdf?ua=1 [consultado el 15 de agosto del 2014]. 2. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas: indicadores básicos 2012. Washington, DC: OPS; 2012. Se puede encontrar en: http://ais.paho.org/chi/brochures/2012/BI_2012_SPA.pdf [consultado el 15 de agosto del 2014].

Código y título del indicador	RIT 3.1.3 ATENCIÓN POSPARTO
Nombre del indicador	Porcentaje de madres y recién nacidos que reciben atención posparto dentro de los siete días siguientes al parto
Definición del indicador	<p>Este indicador intenta medir el acceso a la atención posparto de las madres y los recién nacidos en el nivel de los establecimientos de salud, después del egreso, o en las mujeres que tuvieron un parto en la casa.</p> <p>Porcentaje de madres y recién nacidos que recibieron atención posparto y posnatal, respectivamente, dentro de los siete días siguientes al parto, expresado como porcentaje del total de nacidos vivos en el mismo año, en un determinado país, territorio o zona geográfica.</p> <p>Línea de base en el 2013: 40%</p> <p>Meta para el 2019: 60%</p>
Propósito del indicador	Vigila y evalúa el progreso en lo que se refiere al compromiso de los Estados Miembros de mejorar el acceso tanto a la atención posparto como a la atención posnatal, con el fin de detectar las condiciones de riesgo que requieren intervenciones tempranas.
Nota técnica	<p>Datos proporcionados de la línea de base del <i>Plan para la aceleración de la reducción de la mortalidad materna y de la morbilidad materna grave</i>.</p> <p>Aunque la mayoría de las muertes de madres y recién nacidos se producen cerca de la fecha del parto y en el puerperio, la atención posparto ha sido un campo relativamente descuidado de la prestación de servicios de maternidad. Las directrices recientes de la OMS recomiendan que la primera consulta posparto tenga lugar en la primera semana, preferentemente dentro de los primeros dos o tres días, con otra entre cuatro y seis semanas después. En esa consulta se debe hacer un examen para la detección temprana y el tratamiento de complicaciones y la atención preventiva tanto de la madre como del bebé.</p> <p>La atención posparto y posnatal requieren un conjunto de servicios, en vez de una única intervención. Como no hay una definición operativa ampliamente aceptada de atención posparto y posnatal, y en vista de que el contenido y la calidad de la atención probablemente varíen de un lugar a otro, es posible que la similitud de las tasas de cobertura de los países no refleje niveles similares de atención.</p> <p>Además, después del parto, la madre y el recién nacido necesitan una atención muy distinta. En las estadísticas de la atención posparto se debe aclarar si la atención se proporcionó principalmente a la madre o al bebé, o a ambos, porque eso podría ser difícil de determinar en retrospectiva. En ese sentido, algunas encuestas de gran alcance, como las encuestas de demografía y salud, recopilan</p>

	<p>sistemáticamente datos sobre la atención posparto. Es posible que los sistemas de información sanitaria también recopilen datos, aunque históricamente más programas han recopilado datos sobre la atención posnatal del recién nacido (para la cobertura de vacunación) en comparación con los de la atención de la madre.</p> <p>Como se entiende que puede ser complejo tener datos sobre la atención de la madre y del recién nacido, se proponen dos variables indirectas para este indicador con las siguientes formas de medición:</p> <p>Variable indirecta A: porcentaje de madres que recibieron atención posparto dentro de los siete días siguientes al parto (vaginal o por cesárea), expresado como porcentaje del número total de nacidos vivos en el mismo año, en un determinado país, territorio o zona geográfica.</p> <p>Variable indirecta B: porcentaje de recién nacidos que recibieron atención posnatal dentro de los siete días siguientes al parto, expresado como porcentaje del número total de nacidos vivos en el mismo año, en un determinado país, territorio o zona geográfica.</p>
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de la medición	Bianual. El cálculo se actualizará cada dos años, según los datos recogidos de enero a diciembre de los dos años anteriores. En otras palabras, el cálculo estimativo para cada bienio se dará a conocer en septiembre.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP/FGL), en colaboración con la Unidad de Información y Análisis de Salud del Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud (HA/CHA).
Fuente de datos	Informes de los países con cálculos corrientes para dar seguimiento a sus propios planes o, si no los hay, datos de encuestas.
Limitaciones	Este indicador se utiliza por primera vez como parte de los indicadores a los cuales se dará seguimiento en el Plan Estratégico de la OPS. Dado que la mayoría de los países no recopilan sistemáticamente estos datos, se debe prestar particular atención a establecer los mecanismos de recopilación de datos en todos los países.
Referencias	<p>1. United Nations. Every Woman Every Child. Keeping promises, measuring results: report of the Commission. NY: UN, 2011 (sólo en inglés). Se puede encontrar en:</p> <p>http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/Commission_Report_advance_copy.pdf</p>

Código y título del indicador	RIT 3.1.4 LACTANCIA MATERNA
Nombre del indicador	Porcentaje de niños de menos de 6 meses alimentados exclusivamente mediante la lactancia materna
Definición del indicador	<p>Porcentaje de menores de 6 meses alimentados exclusivamente con leche materna.</p> <p>Línea de base en el 2013: 18% Meta para el 2019: 45%</p>
Propósito del indicador	Vigila las tendencias regionales de la lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses de edad.
Nota técnica	<p>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 (SRO), gotas y jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos).</p> <p>La lactancia materna exclusiva es una forma sin igual de proporcionar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo saludable de los menores de 1 año; es también una parte integrante del proceso reproductivo, con importantes repercusiones para la salud de las madres.</p> <p>La leche materna es el primer alimento natural para los lactantes. Proporciona toda la energía y los nutrientes que necesita el bebé en los primeros meses de vida, y sigue cubriendo hasta la mitad o más de las necesidades nutricionales de un niño durante el segundo semestre del primer año de vida y hasta un tercio durante el segundo año de vida.</p> <p>Cálculo a nivel de país: No corresponde⁴¹</p> <p>Cálculo regional: información recabada de las encuestas nacionales de 19 países.</p>
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de la medición	Cada cinco años.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Curso de Vida Saludable (FGL/HL).
Fuente de datos	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).
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • No se dispone de encuestas representativas a nivel nacional para todos los países. • Por lo general, las encuestas representativas a nivel nacional se realizan cada

⁴¹ Esta línea de base del indicador no es aplicable porque se trata de un indicador nuevo. Los indicadores nuevos son los que se miden por primera vez en el Plan Estratégico y sin los datos de la línea de base actual.

	<p>cinco años. Sin embargo, esta frecuencia puede variar según las políticas y la disponibilidad del financiamiento de cada país.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por lo general, los sistemas nacionales de vigilancia no son fiables debido a la debilidad de los procedimientos de recopilación de datos. Los desastres naturales pueden impedir la finalización de las encuestas. • También transcurre un tiempo entre la recopilación de los datos y su publicación. • Este indicador capta solo el comportamiento en las últimas 24 horas y a veces en los últimos 3 días anteriores a la intervención.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. The WHO Global Data Bank on Infant and Young Child Feeding. http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/en/ 2. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA. http://nutritioncluster.net/?s=infant+and+young+child+feeding+practices.

Código y título del indicador	RIT 3.1.5 TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICOS PARA LA NEUMONÍA
Nombre del indicador	Porcentaje de niños de 0 a 59 meses con neumonía presunta que reciben antibióticos
Definición del indicador	El indicador se calcula dividiendo el número de niños de 0 a 59 meses con neumonía presunta (es decir, con signos de respiración rápida y un diagnóstico de neumonía en un servicio de salud) que están recibiendo el tratamiento correcto con antibióticos de administración oral según las normas nacionales, divididas por el número total de niños de 0 a 59 meses con neumonía presunta. Línea de base en el 2013: 29% Meta para el 2019: 40%
Propósito del indicador	Muestra el progreso (la cobertura) de los servicios de salud que tratan correctamente los casos de neumonía con antibióticos apropiados en un país, territorio o zona geográfica en un momento determinado.
Nota técnica	Aunque es uno de los indicadores de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño, no se recopila sistemáticamente en los servicios de salud. Por lo general, las fuentes de datos son las encuestas de demografía y salud (DHS), las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS) u otros procesos de recopilación (por ejemplo, "Countdown to 2015"). La mortalidad por neumonía en los menores de 1 año en la Región de las Américas es inferior a 10%, según los datos de la OPS correspondientes al 2012. La OMS y los Estados Miembros consideran que la recopilación sistemática de este indicador constituye una manera de fortalecer los sistemas y servicios de salud.
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de la medición	Anual, con un proceso estandarizado de recopilación o encuestas de establecimientos de salud.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Curso de Vida Saludable (FGL/HL).
Fuente de datos	Las fuentes de datos son generalmente las encuestas de demografía y salud (DHS), las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS) u otros procesos de recopilación (por ejemplo, "Countdown to 2015").
Limitaciones	Los sistemas de salud no registran habitualmente los datos de este indicador.
Referencias	1. United Nations. Every Woman Every Child. Keeping promises, measuring results: report of the Commission. NY: UN, 2011 (sólo en inglés). Se puede encontrar en: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/Commission_Report_advance_copy.pdf

Código y título del indicador	RIT 3.1.6 TASA DE FECUNDIDAD EN LAS MUJERES DE 15 A 19 AÑOS
Nombre del indicador	Tasa de fecundidad específica en las mujeres de 15 a 19 años.
Definición del indicador	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 en la Región de las Américas. Línea de base en el 2013: 60 por 1.000 Meta para el 2019: 52 por 1.000
Propósito del indicador	Este indicador revela el progreso de la salud sexual y reproductiva del adolescente en un país, territorio o zona geográfica en un momento determinado. La reducción de la fecundidad en las adolescentes ayuda a mejorar su salud, así como la salud materna y neonatal; a reducir la mortalidad infantil; a disminuir la pobreza y aumentar el crecimiento económico. La fecundidad en las adolescentes implica grandes costos médicos, sociales y económicos para la sociedad, y contribuye a la transmisión intergeneracional de la pobreza, ya que las hijas de madres adolescentes tienen mayores probabilidades de ser madres en la adolescencia.
Nota técnica	La tasa de fecundidad de las adolescentes específica para la edad se calcula en forma de razón. El numerador es el número de nacidos vivos de madres adolescentes de 15 a 19 años durante un período determinado; el denominador es el número de adolescentes de 15 a 19 años durante el mismo período, generalmente multiplicado por 1.000. Se recomienda desglosar los cálculos por etnicidad y ubicación geográfica (rural o urbana), si se encuentran disponibles los datos pertinentes, a fin de medir las inequidades y su repercusión sobre la fecundidad dentro de la población adolescente.
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Tasa por 1.000 adolescentes de 15 a 19 años de edad.
Frecuencia de la medición	Anual. Los datos notificados corresponden a fines del año anterior y se reciben en abril del año siguiente.
Fuente de datos	Los datos se obtienen de informes anuales de los países, de las Naciones Unidas y de informes de censos.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Curso de Vida Saludable (FGL/HL)
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> En lo que se refiere al registro civil, las tasas tienen limitaciones porque dependen del carácter integral de la inscripción de nacimientos, la forma en que se manejan los nacidos vivos que mueren antes de ser inscritos en el registro o dentro de las primeras 24 horas de vida, la calidad de la información notificada en relación con la edad de la madre y la inclusión de nacimientos de períodos anteriores. Los cálculos de la población pueden tener limitaciones relacionadas con la notificación errónea de la edad y la cobertura. Cuando se usan datos de encuestas y censos, tanto el numerador como el denominador provienen de la misma población. Las limitaciones principales consisten en la notificación errónea de la edad, la omisión de los nacimientos,

	la información errónea sobre la fecha de nacimiento del niño y la variabilidad del muestreo en el caso de las encuestas.
Referencias	<ol style="list-style-type: none">1. World Bank, "Youth at Risk in Latin America and the Caribbean: Understanding the Causes, Realizing the Potential", 2008. Se puede encontrar en: http://siteresources.worldbank.org/INTLACREGTOPLABSOCPRO/Resources/YouthatriskinLAC.pdf2. United Nations Department of Economic and Social Affairs, "Millennium Development Goals Indicators: Adolescent Fertility". Se puede encontrar en: http://www.un.org/en/development/desa/population/

Código y título del indicador	RIT 3.1.7 EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES PERIÓDICAS
Nombre del indicador	Número de países y territorios que cumplen con la recomendación de la OPS de realizar evaluaciones médicas ocupacionales periódicas para la población de trabajadores adultos (de 18 a 65 años de edad)
Definición del indicador	<p>Este es un indicador (atrasado) del proceso que describe el incremento del número de países que cumplen con la recomendación de la OPS orientada a abordar la salud de los adultos dentro del ciclo de vida. Esta recomendación consiste en establecer mecanismos para que los trabajadores informales puedan obtener acceso a evaluaciones médicas ocupacionales periódicas en los servicios de atención primaria de salud o en regímenes solidarios de protección social, y que se las puedan realizar; y que los trabajadores formales puedan hacer lo mismo en los sistemas de seguro de atención de salud o por medio de los sistemas de indemnización de los trabajadores durante su vida laboral.</p> <p>Línea de base en el 2013: 3 Meta para el 2019: 10</p>
Propósito del indicador	<p>Este indicador aborda la salud de los hombres y las mujeres durante su período económicamente activo, a mediados del curso de vida. La realización de evaluaciones médicas ocupacionales periódicas en los adultos de 18 a 65 años de edad contribuye claramente a detectar y abordar de una manera sencilla y eficaz las diversas necesidades de salud de las poblaciones de mediana edad. Estos grupos a menudo están expuestos a diferentes modos de vida poco saludables y a hábitos como fumar, beber, un estilo de vida y de trabajo sedentario, una alimentación deficiente, etc., además de condiciones de trabajo y de empleo peligrosas que pueden contribuir a poner en peligro su salud y bienestar.</p> <p>Habida cuenta de que en este grupo etario ocurren enfermedades ocupacionales y enfermedades no transmisibles (ENT), las evaluaciones médicas ocupacionales realizadas en el lugar de trabajo y en los servicios de atención primaria de salud representan una gran oportunidad de llevar a cabo actividades conjuntas, prácticas, accesibles y eficaces que permitan la detección y el control oportunos de dichas enfermedades, lo cual contribuye a disminuir su frecuencia. Esta iniciativa también contribuye a evitar la necesidad de atención a largo plazo y a reducir los elevados costos sociales y de atención de salud, lo que resulta particularmente útil para el sector de la salud dado que los costos generados por las enfermedades ocupacionales pasarían entonces a estar sufragados por programas de indemnización de los trabajadores en lugar de los servicios de salud pública.</p> <p>En consecuencia, la protección y promoción de la salud y el bienestar de los adultos contribuirán a reducir la carga de morbilidad y mortalidad causada por las enfermedades ocupacionales y las ENT, e ayudarán a aumentar la productividad y el bienestar de las personas, de las familias y a nivel nacional.</p>
Nota técnica	Con este indicador, la OPS procura dejar constancia de los esfuerzos realizados por los países para abordar y evaluar el estado de salud de los hombres y mujeres de 18 a 65 años en el lugar de trabajo, al igual que para prevenir diversas morbilidades y trastornos que podrían evolucionar a una enfermedad ocupacional o ENT, al detectarlas y controlarlas de manera temprana y oportuna.

	<p>El término “evaluaciones médicas ocupacionales periódicas”⁴² se refiere a las evaluaciones médicas sistemáticas que se realizan a los trabajadores una vez que se han incorporado a la fuerza laboral.⁴³ Aunque estas evaluaciones pueden formar parte de sistemas específicos de vigilancia relacionados con riesgos ocupacionales conocidos, también pueden combinarse con actividades concebidas para mejorar la protección y la promoción de la salud y el bienestar de los trabajadores en el lugar de trabajo. La OPS, al recomendar su uso, pretende que los países conozcan el estado de salud general de los trabajadores al realizar actividades como campañas de sensibilización, pruebas de detección, promoción de hábitos y estilos de vida y de trabajo saludables y, al mismo tiempo, detecten las variaciones en la salud y el bienestar de los trabajadores tras comenzar la exposición ocupacional peligrosa.</p> <p>Estas evaluaciones médicas ocupacionales periódicas pueden obtenerse a partir de los servicios básicos de salud (ocupacional) de los trabajadores y los equipos públicos de atención primaria de salud; y de los servicios que proporcionan seguros de salud o de los sistemas de indemnización de los trabajadores. Las evaluaciones médicas ocupacionales periódicas pueden ser realizadas por los servicios básicos de salud (ocupacional) de los trabajadores o por los profesionales de atención primaria de salud y, en el caso de un diagnóstico presunto de enfermedad ocupacional o ENT, se puede remitir posteriormente al trabajador a un servicio especializado de atención de salud o de medicina del trabajo según las necesidades de salud de los trabajadores.</p> <p>Para evaluar este indicador, que permite llevar un registro del número de países que realizan las evaluaciones médicas ocupacionales periódicas, cada país debe indicar si:</p> <ol style="list-style-type: none"> realiza actividades conjuntas de promoción de la salud y lugares de trabajo saludables; presta servicios de atención primaria de salud y servicios de salud (ocupacional) de los trabajadores a la fuerza laboral informal; presta servicios de atención primaria de salud y servicios de salud (ocupacional) de los trabajadores a la fuerza laboral formal; y lleva a cabo todas las actividades mencionadas en los apartados anteriores. <p>Para las opciones <i>b</i> y <i>c</i>, los países pueden recopilar el número de evaluaciones médicas ocupacionales periódicas distribuidas por edad, sexo y sector económico, si se dispone de esos datos.</p> <p>Se prevé que en la primera fase de ejecución (dos años) se informe sobre el tipo de actividades realizadas y, en lo posible, se recopile e informe voluntariamente el número de evaluaciones médicas ocupacionales periódicas realizadas para la fuerza laboral informal y formal. Cualquier resultado al respecto se considerará exitoso. Se ajustará posteriormente para definir la frecuencia, el impacto y las</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

⁴² Las evaluaciones se refieren a un conjunto de exámenes y pruebas que se realizan para determinar la salud y el bienestar de los trabajadores. Pueden incluir exámenes de detección, pruebas de diagnóstico o evaluaciones de seguimiento para asegurar que las condiciones de salud de los trabajadores no afecten su vida ni su desempeño laboral.

⁴³ No son evaluaciones preocupacionales, es decir, las que se realizan antes de comenzar un trabajo para determinar el estado de salud inicial de los trabajadores. Tampoco son evaluaciones posocupacionales, como las realizadas después de la jubilación para determinar si el trabajo deterioró o perjudicó la salud y el bienestar de los trabajadores.

	tendencias.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios.
Frecuencia de la medición	Promedio bianual (esto se perfeccionará de conformidad con el plan de acción regional de la OPS sobre la salud de los trabajadores, el plan de acción para prevenir las ENT, y los documentos sobre la atención primaria de salud y la cobertura universal de salud, teniendo en cuenta los estratos de edad y los niveles de riesgo para la salud de los hombres y las mujeres)
Fuente de datos	Encuestas anuales realizadas e informadas por los países, de conformidad con el diseño y la asistencia del Programa de Salud de los Trabajadores (SDE), con un enfoque interdepartamental.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (SDE)
Limitaciones	Se trata de un indicador NUEVO y, por consiguiente, los sistemas de salud no están haciendo un seguimiento sistemático de él, aunque muchos países realizan evaluaciones médicas preventivas similares. Dado que los servicios de salud (ocupacional) de los trabajadores se delegan a menudo al empleador y el sector del empleo se encarga de que se cumplan, se deben acordar y llevar adelante iniciativas intersectoriales para mejorar y fortalecer los sistemas de información de salud de los trabajadores con el liderazgo y la vigilancia del Ministerio de Salud, de acuerdo con los principios de la salud en todas las políticas.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Res. 2346 de 2007 por la cual se regula la práctica de las evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales. Se puede encontrar en: http://fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/Normatividad/Resoluciones/Res-2346-2007.pdf. 2. Organización Panamericana de la Salud. Salud de los trabajadores. Washington, DC: OPS; 1999 (resolución CD41.R13). Se puede encontrar en: http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd41_fr.pdf. 3. World Health Organization. Global Strategy on Occupational Health for All: The Way to Health at Work. Ginebra: OMS; 1995. Se puede encontrar en: http://www.who.int/occupational_health/en/oehstrategy.pdf?ua=1.

CATEGORÍA 3. DETERMINANTES DE LA SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD A LO LARGO DE TODO EL CICLO DE VIDA

3.2 Envejecimiento y salud

Código y título del indicador	RIT 3.2.1 ACCESO A PROGRAMAS DE SALUD DE LA COMUNIDAD PARA ADULTOS MAYORES
Nombre del indicador	Número de países y territorios con por lo menos un programa de autocuidado basado en la evidencia para adultos mayores que viven con múltiples trastornos crónicos
Definición del indicador	<p>Aumento del acceso a intervenciones basadas en la evidencia para que los adultos mayores puedan llevar una vida independiente.</p> <p>Línea de base en el 2013: No está disponible (nuevo indicador). Meta para el 2019: 15</p>
Propósito del indicador	Demuestra el progreso regional en el fortalecimiento de la capacidad de los programas de atención primaria de salud para apoyar la atención de las enfermedades crónicas en entornos comunitarios de autocuidado a partir de la evidencia. El mayor acceso a programas comunitarios de autocuidado multisectoriales se refleja en un aumento del número de programas de autocuidado y servicios comunitarios de apoyo de este tipo que están al alcance de los adultos mayores.
Nota técnica	<p>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>.</p> <p>En la Región de las Américas, la esperanza de vida aumentó más de 20 años en el último medio siglo. La mayor esperanza de vida ha producido un aumento de la enfermedad crónica, la discapacidad y la dependencia, con lo cual ha crecido la carga de la atención. Los retos resultantes afectan enormemente a los adultos mayores, en particular a las mujeres.</p> <p>El modelo de atención de las enfermedades crónicas promueve la incorporación de servicios comunitarios y programas de autocuidado basados en datos probatorios en la atención primaria de salud como método integral para atender las diversas necesidades de salud de las personas con enfermedades crónicas. A medida que los problemas de salud han pasado de las enfermedades agudas a las enfermedades crónicas, el apoyo comunitario y el autocuidado han adquirido particular importancia. Además, los servicios de salud de por sí no pueden responder a las exigencias de la atención a las enfermedades crónicas, particularmente en la población de más edad. Por esta razón se necesita un enfoque multisectorial que integre los recursos de la comunidad para la ejecución de intervenciones que promuevan las aptitudes de autocuidado como una manera de controlar eficazmente las afecciones crónicas.</p> <p>La evidencia actual indica que las personas y las familias que cuidan su propia salud pueden mejorar los resultados. En el informe mundial publicado por la OMS en el 2002 con el título de <i>Cuidado innovador para las</i></p>

	<p><i>condiciones crónicas: agenda para el cambio</i> se propuso un nuevo modelo de atención para los pacientes mayores con enfermedades crónicas que afirmó la función central del autocuidado en la atención de estas enfermedades (véase OMS, 2002 en la sección de referencias). Los adultos mayores que participan en programas de autocuidado basados en datos probatorios adquieren las aptitudes y los conocimientos necesarios para mantener su independencia por más tiempo. El mayor acceso a programas comunitarios y de autocuidado basados en datos probatorios refleja la acción para mejorar la atención de las enfermedades crónicas, evitando así la necesidad de atención a largo plazo y reduciendo los costos sanitarios y sociales.</p> <p>Cálculo a nivel de país: El registro a nivel nacional, subnacional y local del número de intervenciones de autocuidado de enfermedades crónicas basadas en datos probatorios.</p> <p>Cálculo regional: Registro regional y recopilación de datos de todas las intervenciones de autocuidado de enfermedades crónicas basadas en datos probatorios a nivel de país.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios.
Frecuencia de la medición	Anual
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Curso de Vida Saludable (FGL/HL).
Fuente de datos	Estudio teórico de los informes de país y evaluación cualitativa (entrevistas con los principales homólogos nacionales).
Limitaciones	Los servicios de salud de por sí no pueden resolver todas las necesidades de salud de los adultos mayores, y hay que tener en cuenta la política y los sistemas de apoyo social al medir el progreso de los países en la prolongación de la independencia de los adultos mayores.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable (documento CD49/8). Washington, DC: OPS; 2009. Se puede encontrar en: 2. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2582&Itemid=&lang=es 3. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable (resolución CD49.R15). Washington, DC: OPS; 2009. Se puede encontrar en: 4. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3096&Itemid=&lang=es 5. Organización Mundial de la Salud. Fortalecimiento de las políticas relativas a las enfermedades no transmisibles para fomentar un envejecimiento activo (documento EB130.R6). Ginebra: OMS; 2012. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/26573/1/B130_R6-

	<p>sp.pdf?ua=1</p> <ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="422 235 1339 403">6. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. <i>World Population Prospects: The 2012 Revision, Volume II: Demographic Profiles</i>. Nueva York, NY: Naciones Unidas; 2012. Se puede encontrar en http://esa.un.org/wpp/Demographic-Profiles/pdfs/904.pdf<li data-bbox="422 414 1339 660">7. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, DC: OPS/OMS; 2013. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22257+&Itemid=999999&lang=es.<li data-bbox="422 672 1339 759">8. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Cuidado innovador para las condiciones crónicas: Agenda para el cambio. Washington, D.C.: OPS; 2003.
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CATEGORÍA 3. DETERMINANTES DE LA SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD A LO LARGO DE TODO EL CICLO DE VIDA

3.3 Género, equidad, derechos humanos y etnicidad

Código y título del indicador	RIT 3.3.1 GÉNERO, EQUIDAD, DERECHOS HUMANOS Y ETNICIDAD
Nombre del indicador	Número de países y territorios con una respuesta institucional que aborda las inequidades en salud: género, equidad, derechos humanos y etnicidad
Definición del indicador	Número de países y territorios que implementan políticas, programas y leyes en el ámbito de la salud que apoyan el logro de la equidad en género, la equidad en salud, el derecho a la salud y la equidad étnica. Línea de base en el 2013: 32 Meta para el 2019: 39
Propósito del indicador	Mide el adelanto gradual de los Estados Miembros de la OPS en la formulación y la implementación de políticas, planes y leyes para reducir las inequidades en salud en un marco de género, derechos humanos y etnicidad.
Nota técnica	<p>Número de países que cumplen los siguientes criterios: Dado que se trata de un indicador combinado, se propone la evaluación de los temas individuales antes que la del indicador completo. Si por lo menos dos de los cuatro temas cumplen con los criterios descritos a continuación para cada tema transversal, se considerará que se ha cumplido con lo mínimo del indicador.</p> <p>Género Cuando los países satisfacen tres de los siguientes criterios de medición se considerará que han adoptado una respuesta institucional mínima a la integración de la perspectiva de género en salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tienen una unidad (u oficina) de género con un punto focal designado; • tienen una política de género en el ámbito de la salud; • tienen actividades de creación de capacidad en materia del género y la salud; • tienen publicaciones, folletos, informes, hojas informativas sobre género y salud con desglose y análisis de datos; • tienen proyectos e iniciativas específicos sobre género y salud; • tienen un mecanismo o informes de vigilancia y evaluación de género y salud; • tienen un presupuesto operativo para asuntos de género y salud. <p>Equidad Cuando los países satisfacen dos de los siguientes criterios de medición se considerará que han adoptado una respuesta institucional mínima a la equidad en salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • existe personal de análisis de equidad en salud en el Ministerio de Salud; • han integrado de la equidad en salud en los sistemas de información

	<p>sanitaria;</p> <ul style="list-style-type: none"> • tienen actividades de fortalecimiento de la capacidad de medición, análisis, y vigilancia en materia de equidad en salud; • tienen notificación periódica y sistemática de brechas de equidad en salud y del estado de los gradientes; • tienen colaboración interinstitucional e intersectorial en la formulación de políticas sociales y de equidad en salud. <p>Derechos Humanos</p> <p>Cuando los países satisfacen dos de los siguientes criterios de medición se considerará que han adoptado una respuesta institucional mínima a los derechos humanos en materia de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hay colaboración entre el sector de salud y las autoridades nacionales de derechos humanos para evaluar y vigilar la aplicación de los instrumentos de derechos humanos; • el sector de salud participa en la formulación de políticas y planes de salud que integran los instrumentos de derechos humanos; • hay iniciativas de creación de capacidad en materia de derechos humanos y salud para los proveedores de atención de salud; • se adoptaron mecanismos normativos y legislativos para difundir los instrumentos de derechos humanos para la protección del derecho a la salud y otros derechos humanos; • se difunden los instrumentos de derechos humanos relacionados con la salud a la sociedad civil y a otras partes interesadas. <p>Etnicidad</p> <p>Cuando los países satisfacen dos de los siguientes criterios de medición se considerará que han adoptado una respuesta institucional mínima a la etnicidad y a la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tienen una unidad (u oficina) de etnicidad con un punto focal designado; • tienen una política intercultural o declaración normativa para el desarrollo de la salud; • tienen actividades de creación de capacidad en materia de etnicidad y salud dirigidas a los proveedores atención de salud; • tienen iniciativas especiales referentes a poblaciones indígenas, afrodescendientes y otras comunidades étnicas o raciales a fin de generar y sistematizar las publicaciones, folletos, informes y hojas informativas con desglose y análisis de datos. • hay adaptaciones específicas de los sistemas de salud o legislación pertinente para abarcar la salud intercultural (servicios integrados y respeto por la medicina tradicional).
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios.
Frecuencia de la medición	Cada dos años (final del 2014, final del 2016) y evaluación final al terminar el 2019.
Unidad de la OSP	Secretaría de los Temas Transversales (CCTs): Género y Diversidad Cultural

responsable del seguimiento del indicador	(FGL/GD), Oficina del Asesor Jurídico (LEG) y Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (SDE)
Fuente de datos	Los datos se obtendrán de fuentes tales como las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Encuestas autoadministradas. • Observatorios. • Entrevistas clave. • Leyes, políticas o programas sanitarios aprobados por el gobierno. • Informes de país presentados a los órganos creados en virtud de tratados de las Naciones Unidas. • Informes de país de la Comisión de Derechos Humanos. • Examen Periódico Universal del Consejo de Derechos Humanos. • Informes de los defensores de derechos humanos sobre el tema de la salud.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • No hay registros de la información necesaria en los cuatro campos y en todos los países. • La complejidad de unir cuatro temas relacionados, pero diferentes en lo que se refiere al enfoque nacional y metodológico. • Se necesita un análisis cualitativo y cuantitativo para determinar si los países cumplen con los criterios.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hosseinpoor AR [Ed.]. Handbook on Health Inequality Monitoring. Ginebra: OMS, 2013. 2. Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity and Health. Copenhagen: Oficina Regional para Europa, OMS, 1991. 3. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la ejecución de la política en materia de igualdad de género. Washington, DC: OPS, 2009 (resolución CD49.R12). Se puede encontrar en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R12%20(Esp.).pdf 4. Organización Panamericana de la Salud. La salud y los derechos humanos. Washington, DC: OPS, 2010 (resolución CD50.R8). Se puede encontrar en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R8-s.pdf. 5. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los pueblos indígenas de las Américas. Washington, DC: OPS, 2006 (resolución CD47/13). Se puede encontrar en: http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/CD47-13-s.pdf. 6. Organización Panamericana de la Salud. Grupo étnico y salud. Washington, DC: OPS, 2003 (documento CE132/16). Se puede encontrar en: http://www1.paho.org/spanish/gov/ce/ce132-16-s.pdf.

Nota: Para el resultado 3.3.1, los indicadores se relacionan con todos los demás indicadores técnicos y con algunos indicadores institucionales; específicamente, este resultado se relaciona con los cuatro primeros indicadores de impacto del Plan Estratégico.

CATEGORÍA 3. DETERMINANTES DE LA SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD A LO LARGO DE TODO EL CICLO DE VIDA

3.4 Determinantes sociales de la salud

Código y título del indicador	RIT 3.4.1 DECLARACIÓN POLÍTICA DE RÍO
Nombre del indicador	Número de países y territorios que están ejecutando al menos dos de los cinco pilares de la Declaración Política de Río sobre los determinantes sociales de la salud
Definición del indicador	<p>El indicador se refiere al número de países que han ejecutado al menos dos de los cinco pilares de la Declaración Política de Río.</p> <p>Línea de base en el 2013: 13</p> <p>Meta para el 2019: 27</p>
Propósito del indicador	Este indicador muestra el progreso logrado por los países en la ejecución de la Declaración Política de Río sobre los determinantes sociales de la salud, incluidos la formulación y el mantenimiento de políticas públicas eficaces que aborden los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud con un enfoque particular en la reducción de las inequidades en salud.
Nota técnica	<p>El indicador se basa en la Declaración Política de Río, que fue adoptada por los Estados Miembros y respaldada por la Asamblea Mundial de la Salud. La Declaración Política de Río tiene cinco pilares, a saber:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la gobernanza para abordar las causas fundamentales de las inequidades sanitarias: implementación de medidas sobre los determinantes sociales de la salud; 2. el fomento de la participación: liderazgo de las comunidades para la acción sobre los determinantes sociales de la salud; 3. la función del sector de salud, incluidos los programas de salud pública, en la reducción de las inequidades sanitarias; 4. la acción mundial sobre los determinantes sociales de la salud: alineación de prioridades e interesados directos; y 5. la vigilancia del progreso: medición y análisis para fundamentar la formulación de políticas que reforzará la rendición de cuentas sobre los determinantes sociales de la salud. <p>Se usarán diferentes modelos e instrumentos para vigilar cada uno de estos cinco pilares. Un ejemplo es el tercer pilar de la Declaración que consiste en “seguir reorientando el sector de la salud con miras a reducir las inequidades sanitarias”. Esto implica la promesa de promover cambios dentro del sector de salud y de integrar la equidad en salud como una prioridad dentro de los sistemas de salud. Se emplean varios modelos al considerar si los servicios de salud existentes exacerban o alivian las inequidades sanitarias, incluido el modelo Tanahashi de prestación y cobertura de los servicios. Los datos obtenidos de los países en relación con los cinco pilares de la Declaración Política de Río sobre los determinantes sociales de la salud se evaluarán de acuerdo con la estrategia y el plan de acción mundial de la OMS sobre los</p>

	determinantes sociales de la salud (2012–2017) y las directrices de la OMS sobre la salud en todas las políticas, que comprende indicadores específicos para medir el progreso dentro de cada uno de los cinco pilares de la Declaración Política de Río.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios.
Frecuencia de la medición	Se medirá una vez al año de acuerdo con el plan de trabajo de la OMS para los determinantes sociales de la salud.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (SDE)-
Fuente de datos	Los datos se obtienen de informes de progreso presentados por los países al Programa Especial de la OPS sobre Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud.
Limitaciones	Las herramientas para documentar y evaluar algunos de los pilares de la Declaración Política de Río no están muy difundidas.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. World Health Organization. 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland 10-14 June 2013. Se puede encontrar en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/en/. 2. The Helsinki Statement on Health in all Policies. Se puede encontrar en: http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf 3. Health in All Policies–Framework for Country Action. Se puede encontrar en: http://www.healthpromotion2013.org/images/HiAP_Framework_Conference_Draft_10_June.pdf 4. Organización Panamericana de la Salud. Recursos sobre la salud en todas las políticas. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9361&Itemid=40176&lang=es. 5. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción sobre salud en todas las políticas. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26798&Itemid=270&lang=es <p>Otros enlaces relevantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • http://dev.un.org/millenniumgoals/beyond2015.shtml • http://www.un.org/apps/news/infocus/sgspeeches/statments_full.asp?statID=1668 • http://ngosbeyond2014.org/articles/2012/8/1/high-level-panel-of-eminant-persons-on-the-post-2015-develop.html • http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/DESA---post-2015-paper---Vandemoortele.pdf • http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/deepak_nayyar_Aug.pdf • http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD47-inf2-s.pdf • http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-14-s.pdf • http://cursos.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=99

CATEGORÍA 3. DETERMINANTES DE LA SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD A LO LARGO DE TODO EL CICLO DE VIDA

3.5 Salud y medioambiente

Código y título del indicador	RIT 3.5.1 ACCESO A FUENTES DE AGUA MEJORADAS
Nombre del indicador	Número de países y territorios con una disparidad significativa (>5%) que han reducido la brecha entre el acceso de la población urbana y la rural a fuentes de agua mejoradas.
Definición del indicador	<p>Número de países que reducen la brecha entre poblaciones urbanas y rurales en términos de acceso a fuentes de agua mejoradas entre el 2012 y el 2019, según el Programa Conjunto de Monitoreo (PCM) de la OMS/UNICEF para el Abastecimiento de Agua y el Saneamiento.</p> <p>El indicador medirá la diferencia en lo que se refiere al acceso a fuentes de agua mejoradas (porcentaje) entre las zonas urbanas y rurales en cada país, y comparará anualmente la reducción de esta brecha.</p> <p>Línea de base en el 2013: 9 Meta para el 2019: 24</p>
Propósito del indicador	Poner en evidencia la reducción de la brecha entre zonas urbanas y rurales de la Región respecto del abastecimiento de agua, entre el 2012 y 2019.
Nota técnica	Según el PCM, una fuente de agua potable mejorada es una fuente que por el tipo de construcción o gracias a la intervención activa protege el agua de la contaminación exterior, en particular de la contaminación por materia fecal. Debido a las características del indicador, el progreso se logrará mediante un abordaje intersectorial de trabajo. Los datos de país sobre el acceso de las poblaciones urbanas y rurales a fuentes de agua mejoradas están disponibles a través del PCM.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios.
Frecuencia de medición	Los datos se actualizan anualmente.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Equipo Técnico Regional de Agua y Saneamiento: ETRAS (CHA/IR)
Fuente de datos	Los datos se obtendrán de los informes anuales del PCM. http://www.wssinfo.org/
Limitaciones	Los datos solo reflejan la cantidad de países que han reducido la brecha entre poblaciones rurales y urbanas respecto del acceso a fuentes de agua mejoradas y no sus operaciones; tampoco evalúan la calidad del agua.
Referencias	1. WHO/UNICEF. Joint Monitoring Program (JMP) for Water Supply and Sanitation. Se puede encontrar en: http://www.wssinfo.org/ .

Código y título del indicador	RIT 3.5.2 INSTALACIONES DE SANEAMIENTO MEJORADAS
Nombre del indicador	Proporción de la población con acceso a servicios mejorados de saneamiento.
Definición del indicador	<p>El indicador se basa en los parámetros fijados por el Programa Conjunto de Monitoreo (PCM) de la OMS/UNICEF para el Abastecimiento de Agua y el Saneamiento. El PCM define instalaciones de saneamiento mejoradas como acceso a instalaciones que impiden por medios higiénicos el contacto de las personas con los excrementos humanos. El PCM usa datos recabados en encuestas de hogares y censos nacionales.</p> <p>Línea de base en el 2013: 88% Meta para el 2019: 92%</p>
Propósito del indicador	El indicador muestra el mayor acceso regional a instalaciones de saneamiento mejoradas, que son un determinante de la salud y un derecho humano.
Nota técnica	<p>El PCM usa distintas encuestas de hogares y censos que pueden estar disponibles en los países. Las instalaciones de saneamiento mejoradas incluyen inodoros con tanque de agua, inodoros en los que se vierte el agua directamente o letrinas conectados al drenaje o a una fosa séptica. Una letrina de pozo ventilada, una letrina de pozo con una losa o plataforma que la cubra o un inodoro con pozo de preparación de abono también se consideran instalaciones mejoradas. Las instalaciones de saneamiento mejoradas reducen el riesgo de contacto directo con excrementos humanos.</p> <p>La proporción de la población que utiliza instalaciones de saneamiento mejoradas se determina dividiendo el número de miembros de hogares que usan instalaciones de saneamiento mejoradas por el número total de miembros en los hogares encuestados.</p>
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Proporción
Frecuencia de medición	Los datos se actualizan anualmente.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Equipo Técnico Regional de Agua y Saneamiento (ETRAS)
Fuente de datos	PCM de la OMS/UNICEF http://www.wssinfo.org/
Limitaciones	El uso de encuestas de hogares y la falta de conocimiento sobre la calidad de los servicios ocultan las inequidades dentro de los países.
Referencias	1. WHO/UNICEF. Joint Monitoring Program (JMP) for Water Supply and Sanitation. Se puede encontrar en: http://www.wssinfo.org/ .

Código y título del indicador	RIT 3.5.3 REDUCCIÓN DEL USO DE COMBUSTIBLES SÓLIDOS
Nombre del indicador	Número de países y territorios en los que se redujo la proporción de población que depende de combustibles sólidos en un 5%
Definición del indicador	<p>El porcentaje de la población que utiliza combustibles sólidos (por ejemplo, madera, estiércol, desechos de cultivos y carbón que se usan para cocinar o para calefacción) se reduce en al menos 5%, en los países donde el porcentaje de uso de combustibles sólidos es >5% en zonas urbanas o rurales según los cálculos realizados por la OMS para el año 2012.</p> <p>Línea de base en el 2013: 14 Meta para el 2019: 20</p>
Propósito del indicador	Vigilar los progresos en materia de reducción sostenida de la proporción de población que depende de los combustibles sólidos para cocinar y calentarse, y sustituir la vigilancia de la reducción del porcentaje de la población expuesta a altos niveles de contaminantes atmosféricos producidos por emisiones domésticas hasta su eliminación ($= < 5\%$).
Nota técnica	Este 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 OMS estima la proporción de la población que depende de los combustibles sólidos sobre la base de informes y encuestas del país. 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. Se considerará que los países lograron progresos sostenidos cuando el porcentaje de reducción del uso de combustibles sólidos sea $\geq 5\%$.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Bienal
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (SDE)
Fuente de datos	Los datos se obtendrán de los informes anuales de país o estimaciones hechas por la OMS basadas en diferentes fuentes confiables, como la Alianza Global para Cocinas Limpias, una iniciativa creada con el apoyo de la OMS, el Banco Mundial y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
Limitaciones	Los datos solo proporcionarán una estimación del número de países con una reducción sostenida de la población que depende de los combustibles sólidos para cocinar y calentarse. Se prevé una mitigación de los efectos sobre la salud, como la reducción de la mortalidad infantil debida a neumonía, aunque este indicador no medirá eso.

	<p>La eliminación del uso de los combustibles sólidos no es una política que pueda definirse y ejecutarse solo desde el sector de la salud. Es necesario el trabajo intersectorial para aplicar los programas y los proyectos que repercutirán en este indicador, como los relativos a energía, ambiente y economía, así como la participación de organismos de desarrollo y la sociedad civil.</p>
<p>Referencias</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bonjour S, Adair-Rohani H, Wolf J, Bruce NG, Mehta S, Prüss-Ustün A, Lahiff M, Rehfuess EA, Mishra V, and Smith KR. Solid Fuel Use for Household Cooking: Country and Regional Estimates for 1980–2010. <i>Environ Health Perspect</i> 2013; 121:784-790. DOI:10.1289/ehp.1205987. 2. Xiaoping Wang X, Franco J, Masera OR, Troncoso K, Rivera Marta X. ¿Qué hemos aprendido del uso de biomasa para cocinar en los hogares de América Central? Washington, DC: Banco Mundial; 2013. Se puede encontrar en: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/05/02/000445729_20130502165927/Rendered/PDF/762220SPANISH000Cookstove000Spanish.pdf 3. Smith KR, Peel JL. Mind the gap. <i>Environ Health Perspect</i> 2010; 118(12):1643–1645. doi: 10.1289/ehp.1002517 4. Pope III CA, Burnett RT, Turner MC, Cohen A, Krewski D, Jerrett M, et al. Lung cancer and cardiovascular disease mortality associated with ambient air pollution and cigarette smoke: shape of the exposure–response relationships. <i>Environ Health Perspect</i> 2011;119(11):1616–1621. doi: 10.1289/ehp.1103639 5. Organización Mundial de la Salud. La salud en la economía verde. Los co-beneficios de la mitigación al cambio climático para la salud. Sector de la vivienda. Ginebra: OMS; 2011. Se puede encontrar en: http://www.who.int/hia/hgebrief_house_sp.pdf?ua=1 6. Institute of Health Metrics and Evaluation. GBD 2010 Results by Risk Factor 1990-2010; Results by Risk and Region: http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-2010-change-leading-causes-and-risks-between-1990-and-2010. 7. World Health Organization (WHO). Indoor smoke from solid fuels: Assessing the environmental burden of disease at national and local levels. Environmental Burden of Disease Series, No. 4. Se puede encontrar en: 8. http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/en/Indoorsmoke.pdf?ua=1 9. Organización Mundial de la Salud. Observatorio Mundial de la Salud. Se puede encontrar en: http://www.who.int/gho/phe/indoor_air_pollution/en/ <p>Otros sitios con información útil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • http://www.who.int/indoorair/publications/fuelforlife_es.pdf?ua=1 • http://www.who.int/indoorair/mdg/esdmodellingsolidfueluse.pdf • http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/9241591358/en • http://apps.who.int/gho/data/node.main.135 • http://www.who.int/bulletin/volumes/86/5/07-044529-ab/es

Código y título del indicador	RIT 3.5.4 CAPACIDAD PARA ABORDAR EL TEMA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES
Nombre del indicador	Número de países y territorios con capacidad para abordar el tema de la salud (ocupacional) de los trabajadores con énfasis en sectores económicos críticos y enfermedades ocupacionales
Definición del indicador	Número de países y territorios que están implantado servicios, capacitación y programas de educación en materia de salud ocupacional, al igual que programas de vigilancia ocupacional focalizados en sectores económicos fundamentales (como el sector informal y los sectores dedicados a la salud, minería, agricultura y ganadería, y construcción), y que efectivamente aumenten las acciones para prevenir, diagnosticar y registrar las enfermedades ocupacionales entre el 2014 y el 2019. Línea de base en el 2014: 11 Meta para el 2019: 24
Propósito del indicador	La “epidemia invisible” de las enfermedades ocupacionales o profesionales a causa del subdiagnóstico y el subregistro de episodios, llama a crear y fortalecer la capacidad de los países para asegurar la detección oportuna, el diagnóstico y el registro; a mejorar los sistemas nacionales de información sobre salud de los trabajadores, y a perseverar en la prevención mediante el control de las condiciones peligrosas en el lugar de trabajo. Mediante la implantación de servicios de salud, educación y capacitación específicos para los trabajadores, de programas de vigilancia ocupacional centrados en los sectores de alto riesgo y de controles adecuados de las condiciones de trabajo peligrosas, se podría disminuir el número, la tendencia y la carga de enfermedades, accidentes, discapacidad y muerte relacionados con el trabajo. Además, las intervenciones de prevención primaria (evaluación de riesgos ocupacionales, controles de ingeniería y administrativos), ahorrarían cuantiosas pérdidas económicas a los trabajadores y sus familias.
Nota técnica	Se ha comprobado que los sistemas de vigilancia que incluyen capacitación y educación son un método eficaz para detectar, controlar o eliminar condiciones de trabajo peligrosas; prevenir enfermedades, lesiones, discapacidad y muerte por causas ocupacionales y reducir la carga de mortalidad causada por todos ellos y, por lo tanto, contribuir a la productividad individual, familiar y del país. Hace tiempo se sabe que las intervenciones de control de riesgos (prevención primaria) son la mejor manera de prevenir las enfermedades crónicas y sus consecuencias, y por lo tanto de evitar la atención a largo plazo que tiene altos costos sanitarios y sociales, en particular para el sector de atención de salud. Estas intervenciones de prevención primaria también hacen que los costos de los riesgos ocupacionales se transfieran a los esquemas de indemnizaciones a los trabajadores. Dado que el enfoque de la salud de los trabajadores es por naturaleza intersectorial, multidisciplinario y multipartito, la práctica llama a incluir al sector del trabajo y a otros sectores clave como los de la minería, la agricultura, el medioambiente, la industria, la construcción, el transporte, etc. El <i>Plan regional de salud de los trabajadores</i> (1999) de la OPS (resolución CD41.R13, http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd41_fr.pdf), a partir del cual se formuló el plan de acción mundial de la OMS y con el que está armonizado,

	<p>está siendo actualizado de acuerdo con lo que se aprobó en el Consejo Directivo (en octubre del 2013). El nuevo plan proporciona las plantillas, las directrices y la cronología para recoger informes de país que difundirán datos sobre el número y las tasas de accidentes, enfermedades, discapacidad y muertes por causas ocupacionales desglosados por sexo, edad y sector económico; los países además informarán sobre los programas de vigilancia, capacitación y educación que han puesto en marcha.</p> <p>Como el sector de la salud es el responsable de proteger la vida y la salud de toda la población, se insta a los ministerios de salud a tomar la delantera e informar sobre lesiones, enfermedades y muertes causadas por el trabajo, en particular aquellas que formen parte de las enfermedades no transmisibles, como los cánceres ocupacionales, las neumoconiosis (asbestosis, silicosis), las enfermedades cardiovasculares y otras pertinentes para un entorno particular de trabajo, como la epidemia de enfermedad renal crónica en Centroamérica.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Anual
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Desarrollo sostenible y equidad en salud (SDE)
Fuente de datos	Los datos se obtendrán de los informes de país anuales en las plantillas definidas por el <i>Plan de acción regional sobre la salud de los trabajadores</i> .
Limitaciones	Los sistemas de salud no monitorean sistemáticamente este indicador. Los datos solo reflejarán el número de países que han fortalecido su capacidad para aumentar los sistemas de vigilancia y los sistemas de salud ocupacionales, pero no especificarán las condiciones peligrosas ni sus efectos sobre la salud de los trabajadores.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud. Salud de los trabajadores. Washington, DC: OPS; 1999 (resolución CD41.R13). Se puede encontrar en: http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd41_fr.pdf. 2. World Health Organization. Global Strategy on Occupational Health for All: The Way to Health at Work. Ginebra: OMS; 1995. Se puede encontrar en: http://www.who.int/occupational_health/en/oestrategy.pdf?ua=1.

Código y título del indicador	RIT 3.5.5 SALUD AMBIENTAL
Nombre del indicador	Número de países y territorios con capacidad de abordar el tema de la salud ambiental
Definición del indicador	Número de países y territorios que ejecutan políticas, estrategias, planes de acción o programas relacionados con la contaminación del aire, el cambio climático y la seguridad química. Línea de base en el 2012: 11 Meta para el 2019: 24
Propósito del indicador	Medir los progresos hacia el logro y el mantenimiento de la capacidad de salud pública básica en salud ambiental en áreas prioritarias
Nota técnica	La capacidad de salud pública se medirá por los hitos que se alcancen en tres áreas prioritarias: contaminación del aire, cambio climático y seguridad química. Este indicador consolidará la información sobre estas tres áreas temáticas prioritarias de salud ambiental, tomando en cuenta el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 aprobado, las estimaciones mundiales de la OMS de la carga de enfermedad causada por el medioambiente y los riesgos ocupacionales, y las resoluciones aprobadas anteriormente y las convenciones internacionales vinculantes. Las tres áreas prioritarias son: A. La capacidad de abordar la contaminación del aire se medirá según la existencia de un marco jurídico nacional para la calidad del aire compatible con las Directrices de Calidad del Aire de la OMS, y los programas de vigilancia que incluyan consejos de salud para diferentes niveles de contaminación del aire. B. La capacidad de abordar el cambio climático se medirá según los indicadores propuestos en el Plan de Acción Regional sobre el Cambio Climático. C. La capacidad de abordar la seguridad química se medirá por el cumplimiento de los aspectos relacionados con la salud en los convenios internacionales (por ejemplo, el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes, el Convenio de Rotterdam sobre el Comercio Internacional de Productos Químicos Peligrosos y el Convenio de Minamata sobre el Mercurio), la aplicación de estrategias (como el enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional) y la existencia de un plan nacional de seguridad química que incluya el sector de la salud.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Bienal
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (SDE)
Fuente de datos	Los datos se obtendrán de los informes de país bienales en las plantillas definidas por cada uno de los programas de la OPS/OMS (contaminación de aire, cambio climático y seguridad química).
Limitaciones	Los datos solo reflejarán la cantidad de países que fortalecen su capacidad para

	<p>aumentar los planes, programas y servicios de salud ambiental, pero no especificarán los cambios relacionados con los riesgos para la salud ni los efectos sobre la salud de las personas.</p> <p>Las políticas que podrían tener efecto sobre la contaminación del aire, el cambio climático y la seguridad química no se pueden definir y ejecutar solo en el sector de la salud. Es necesario un trabajo intersectorial para ejecutar los programas y proyectos que repercutirán en este indicador, por ejemplo con los sectores de energía, transporte, ambiente, economía, y también con el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, otros organismos de las Naciones Unidas y organismos subregionales y la sociedad civil.</p>
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud. Salud y desarrollo sostenible. Ginebra: OMS; 2002 (resolución WHA55.11). Se puede encontrar en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81990/1/swha5511.pdf?ua=1. 2. Organización Panamericana de la Salud. Contaminantes orgánicos persistentes. Washington, DC: OPS; 1999 (resolución CD41.R12): http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1413/CD41.R11sp.pdf?sequence=2. 3. Organización Mundial de la Salud. Enfoque estratégico para la gestión de los productos químicos a nivel internacional: participación de asociados para la salud mundial. Ginebra: OMS; 2003 (resolución WHA56.22). Se puede encontrar en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80215/1/sa56r22.pdf?ua=1 4. Organización Mundial de la Salud. Enfoque estratégico de la gestión de productos químicos a nivel internacional. Ginebra: OMS; 2006 (resolución WHA59.15). Se puede encontrar en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/24621/1/A59_R15-sp.pdf?ua=1. 5. Organización Mundial de la Salud. Mejora de la salud mediante la gestión racional de los plaguicidas y otras sustancias químicas en desuso. Ginebra: OMS; 2010 (resolución WHA63.26). Se puede encontrar en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/5192/1/A63_R26-sp.pdf?ua=1 6. Organización Mundial de la Salud. Mejora de la salud mediante una gestión de desechos segura y ecológicamente racional. Ginebra: OMS; 2010 (resolución WHA 63.25). Se puede encontrar en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/5191/1/A63_R25-sp.pdf?ua=1 7. Organización Mundial de la Salud. Cambio climático y salud. Ginebra: OMS; 2008 (resolución WHA61.19). Se puede encontrar en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/26288/1/A61_R19-sp.pdf?ua=1 8. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre el cambio climático. Washington, DC: OPS; 2011 (resolución CD51.R15). Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5723&Itemid=4139&lang=es#Documentos%20oficiales 9. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana. Washington, DC: OPS; 2011 (documento CD51/5). Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5723&Itemid=4139&lang=es#Documentos%20oficiales. 10. Naciones Unidas. Asamblea General. Documento final de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible: "El futuro que queremos" (resolución A/RES/66/288). Nueva York: Naciones Unidas, 2012. Se puede

	<p><u>encontrar en:</u> http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/66/288.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CATEGORÍA 4. SISTEMAS DE SALUD**4.1 Gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud; políticas, estrategias y planes nacionales de salud**

Código y título del indicador	RIT 4.1.1 AVANCES HACIA EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD
Nombre del indicador	Número de países y territorios que han puesto en práctica medidas para el logro gradual del acceso universal a la salud y a la cobertura universal de salud
Definición del indicador	<p>Número de países y territorios que han implementado acciones en al menos cuatro de los siguientes temas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Avance hacia la definición de los servicios de salud integrales, de calidad, universales y de ampliación progresiva. 2. Avance hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios. 3. Incremento de la inversión en el primer nivel de atención, según corresponda, a fin de mejorar su capacidad resolutive. 4. Fortalecimiento de la capacidad de liderazgo de la autoridad de salud para promover la participación social y el diálogo al interior del sector y con otros sectores relevantes del gobierno. 5. Fortalecimiento de la articulación entre salud y comunidad para abordar los determinantes sociales de la salud. <p>Línea de base: A determinarse en el 2015 Meta para el 2019: 12</p>
Propósito del indicador	El indicador evalúa las áreas prioritarias necesarias para monitorear el avance hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Hay consenso en el sentido de que el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son metas fundamentales pertinentes para todos los Estados Miembros y que su consecución requiere acciones progresivas y sistemáticas a lo largo del tiempo.
Nota técnica	<p>El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fin último que guía el fortalecimiento o la transformación de los sistemas de salud para lograr que todas las personas y comunidades tengan acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad. Se considerará que el indicador ha sido alcanzado cuando los Estados Miembros hayan realizado al menos cuatro de las siguientes acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Avance hacia la definición de los servicios de salud integrales, de calidad, universales y de ampliación progresiva, de acuerdo con las necesidades y prioridades de salud, la capacidad del sistema y el contexto nacional. Estos servicios de salud integrales y de calidad son esenciales para asegurar, según corresponda al contexto nacional, el derecho a la salud y otros derechos relacionados. Por consiguiente estos servicios deben extenderse a todas las personas, sin diferencia en la calidad, independientemente de su capacidad de pago. Además, la definición de

	<p>estos servicios debe considerar las necesidades diferenciadas e insatisfechas de todas las personas, y prestar atención a las necesidades específicas de los grupos en situación de vulnerabilidad. Servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, se refiere a acciones poblacionales y/o individuales, cultural, étnica, y lingüísticamente apropiadas, con enfoque de género, que tomen en consideración las necesidades diferenciadas para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, cuidados paliativos y rehabilitación) y ofrecer los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios.</p> <p>2) Avance hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios, reemplazándolo por mecanismos de mancomunados solidarios, que incluyan impuestos e ingresos fiscales, de acuerdo con el contexto nacional. Esto debe planificarse con sumo cuidado y aumentará la protección financiera y disminuirá la exposición a gastos catastróficos y al empobrecimiento. Esto además permitiría la redistribución de los recursos de las personas saludables a las personas enfermas, de los ricos a los pobres, y de los jóvenes a los adultos mayores.</p> <p>3) Incremento en la inversión en el primer nivel de la atención, según corresponda, a fin de mejorar la capacidad de respuesta, aumentar el acceso y ampliar progresivamente la oferta de servicios para cubrir de manera oportuna las necesidades de salud insatisfechas de la población, en conformidad con los servicios que deben ser accesibles a todos para el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.</p> <p>4) Fortalecimiento de la capacidad de liderazgo de las autoridades de salud mediante el establecimiento de nuevos mecanismos o utilizando los existentes, según corresponda, para la participación social y el diálogo con las autoridades responsables de salud y otros sectores relevantes del gobierno para promover la formulación y ejecución de políticas que sean inclusivas, y garantizar la rendición de cuentas y la transparencia en el camino hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Con el fin de promover la equidad y el bien común, el diálogo y la participación social en el proceso de formulación de las políticas deberían garantizar que todos los grupos estén representados y que no prevalezcan intereses particulares en detrimento de los intereses de salud pública.</p> <p>5) Fortalecimiento de la articulación entre salud y comunidad, mediante la promoción de la participación activa de municipios y organizaciones sociales en las mejoras de las condiciones de vida y en el desarrollo de entornos saludables para vivir, trabajar y jugar. Facilitar el empoderamiento de las personas y las comunidades mediante la capacitación y participación activa y el acceso a la información de miembros de la comunidad, para asumir un papel activo en la formulación de políticas, en las acciones para abordar los determinantes sociales de la salud, y en la promoción y protección de la salud.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidades de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Cada dos años, al final del año

Unidad de la Oficina responsable del seguimiento del indicador	Sistemas y Servicios de Salud, Servicios de Salud y Acceso (HSS/HS)
Fuente de datos	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos de política, estrategia y planes • Estadísticas nacionales • Cuentas nacionales de salud
Limitaciones	La información para evaluar el progreso de los países hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud puede estar dispersa en diferentes fuentes. En consecuencia, se requerirá un análisis integral del progreso hacia al acceso universal a la salud y la cobertura universal por parte de las autoridades nacionales de salud.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. (Proyecto de documento). Septiembre del 2014 2. Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de la salud, más necesaria que nunca.2008 http://www.who.int/whr/2008/summary_es.pdf 3. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud; 6-12 de junio de 1978; Alma Ata, URSS. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004 4. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición. 2007. http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf 5. Organización Mundial de la Salud. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. 2011 http://www.who.int/whr/2010/10_summary_es.pdf?ua=1 6. 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. 2010. http://www.paho.org/uru/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250 7. Organización Mundial de la Salud. Investigaciones para una cobertura de salud universal.2013 http://www.who.int/whr/2013/report/es/ 8. Etienne, C. Equidad en los sistemas de salud. Revista Panamericana de Salud Pública. 2013;33(2):81–82. Washington (DC) http://www.paho.org/director/?page_id=111&lang=es 9. Evans, D. Etienne,C (2010) Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Informe sobre la salud en el mundo 2010. OMS. http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf 10. Sachs JD. Achieving universal health coverage in low-income settings. Lancet. 2012 Sep 8;380(9845):944-7. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61149-0. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22959391 11. Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global: Marco de trabajo, medidas y metas http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112827/1/WHO_HIS_HIA_14.1

	_spa.pdf?ua=1&ua=1
--	----------------------------------------

Código y título del indicador	RIT 4.1.2 GASTO EN SALUD PÚBLICA
Nombre del indicador	Número de países y territorios con un gasto público destinado a la salud de por lo menos 6% del producto interno bruto
Definición del indicador	<p>El indicador mide la proporción de gasto público en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB), como medida relativa de su relevancia en el conjunto de la economía de un país.</p> <p>Línea de base en el 2013: 7 Meta para el 2019: 13</p>
Propósito del indicador	Este indicador es un trazador para medir el progreso hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Un gasto público destinado a la salud de 6% del PIB es una referencia útil, en la mayoría de los casos, y una condición necesaria, aunque no suficiente, para reducir las inequidades y aumentar la protección financiera en el marco del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.
Nota técnica	<p>La evidencia sugiere que el gasto público en salud debería ser del 6% del PIB para garantizar el acceso a servicios de salud de calidad para la población. Por lo tanto, la meta propuesta es que los países lleguen al 6% del gasto público en salud, como porcentaje del PIB.</p> <p>La fórmula para calcular el indicador en cada país es:</p> $\frac{\text{Gasto público en salud} \times 100}{\text{PIB}}$ <p>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 usando datos presupuestarios y administrativos. EL PIB representa una medida de la actividad económica de un país en un año.</p> <p>Una vez hechas las estimaciones para cada país, se suman los países que han cumplido el objetivo fijado para el indicador y se notifican a efectos del seguimiento.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Anual (los datos de países normalmente están disponibles a mediados de año).
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Sistemas de Salud y Servicios, Servicios de Salud y Acceso (HSS/HS)
Fuente de datos	Los datos sobre el gasto en salud del gobierno central y de los gobiernos regionales, provinciales o de los estados, así como de los gobiernos 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

	<p>instituciones de la seguridad social.</p> <p>Los datos sobre el producto interno bruto 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.</p>
Limitaciones	<p>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 el gasto público en salud se midiera usando la misma metodología que se usa para calcular el PIB.</p>
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. OECD, Eurostat, WHO. A System of Health Accounts, 2011 Edition. OECD Publishing. Doi: 10.1787/9789264116016-en 2. Evans D, Etienne C. Health system financing and the path to universal coverage. <i>Bulletin of the World Health Organization</i> 2010;88:402. doi: 10.2471/BLT.10.078741. Se puede encontrar en: http://www.who.int/bulletin/volumes/88/6/10-078741/en/index.html 3. Sachs JD. Achieving universal health coverage in low-income settings. <i>Lancet</i>. 2012 Sep 8;380(9845):944-7. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61149-0. Se puede encontrar en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22959391

CATEGORÍA 4. SISTEMAS DE SALUD**4.2 Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad**

Código y título del indicador	RIT 4.2.1 SERVICIOS DE SALUD CENTRADOS EN LAS PERSONAS y LAS COMUNIDADES
Nombre del indicador	Número de países que han reducido por lo menos en 10% las hospitalizaciones prevenibles por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio
Definición del indicador	<p>Número de países que han reducido por lo menos 10% de las hospitalizaciones por las siguientes 20 condiciones sensibles al cuidado ambulatorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedades prevenibles mediante vacunación 2. Enfermedades prevenibles: fiebre reumática, sífilis, tuberculosis y tuberculosis pulmonar. 3. Gastroenteritis infecciosa y complicaciones 4. Anemia 5. Deficiencias nutricionales 6. Infecciones de oídos, nariz y garganta 7. Neumonía bacteriana 8. Asma 9. Enfermedades de las vías respiratorias inferiores 10. Hipertensión 11. Angina de pecho 12. Insuficiencia cardíaca congestiva 13. Enfermedades cerebrovasculares 14. Diabetes mellitus 15. Epilepsia 16. Infecciones renales y de vías urinarias 17. Infección de la piel y el tejido subcutáneo 18. Enfermedades inflamatorias de órganos pélvicos femeninos 19. Úlcera gastrointestinal 20. Enfermedades del embarazo, parto y puerperio <p>Línea de base en el 2013: 0 Meta para el 2019: 19</p>
Propósito del indicador	Este es un indicador trazador. La hospitalización por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio (CSCA) es un indicador de actividad hospitalaria que resulta útil como medida indirecta del funcionamiento del primer nivel de atención. Un modelo de atención centrado en las personas y las comunidades requiere un primer nivel de atención con capacidad resolutoria suficiente para atender adecuadamente la promoción de la salud, la prevención y el manejo oportuno de condiciones de salud, lo cual resultaría en la disminución de hospitalizaciones evitables e innecesarias, y además puede proveer servicios de rehabilitación y paliativos más cercanos a las comunidades.
Nota técnica	Las CSCA evalúan la capacidad resolutoria del primer nivel de atención en función de las hospitalizaciones evitables siguiendo la lógica de que los

ingresos hospitalarios por condiciones como asma, diabetes o hipertensión, por ejemplo, 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 cuales el primer nivel de atención tiene la capacidad potencial para prevenir hospitalizaciones innecesarias si contara con una adecuada capacidad resolutive.

La evaluación de las CSCA puede informar el proceso de toma de decisiones respecto de la configuración de redes integradas de servicios de salud y contribuye al monitoreo de la efectividad de la atención. Además, la evaluación de las CSCA puede proporcionar evidencia sobre la calidad técnica, efectividad y continuidad de la atención.

Por otro lado, la sostenibilidad a largo plazo de los sistemas de salud es más probable si el ahorro generado por la reducción de las hospitalizaciones se dedica a fortalecer el primer nivel de atención, lo que crea un círculo virtuoso en el cual menos hospitalizaciones, menos costos agregados por hospitalización y mejor calidad de atención se combinan para aumentar la eficiencia de los servicios de salud y la calidad de los resultados en materia de salud.

Las siguientes condiciones son las principales CSCA y su uso como indicadores está respaldado por evidencia científica en la extensa bibliografía internacional:

	Patología	Clasificación según la CIE-10
1	Enfermedades prevenibles mediante vacunación	A33-A37, A95, B16, B05-B06, B26, G00.0, A17.0, A19
2	Afecciones prevenibles incluidas fiebre reumática, sífilis, tuberculosis y tuberculosis pulmonar	A15-A16, A18, A17.1-A17.9, I00-I02, A51-A53, B50-B54, B77
3	Gastroenteritis infecciosa y complicaciones	E86, A00-A09
4	Anemia	D50
5	Deficiencias nutricionales	E40-E46, E50-E64
6	Infecciones de oídos, nariz y garganta	H66, J00-J03, J06, J31
7	Neumonía bacteriana	J13-J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1
8	Asma	J45-J46
9	Enfermedades de las vías respiratorias inferiores	J20, J21, J40-J44, J47
10	Hipertensión	I10-I11
11	Insuficiencia cardíaca congestiva	I20
12	Insuficiencia cardíaca	I50, J81
13	Enfermedades cerebrovasculares	I63-I67, I69, G45-G46
14	Diabetes mellitus	E10-E14
15	Epilepsia	G40-G41
16	Infección renal y de vías urinarias	N10-N12, N30, N34, N39
17	Infección de la piel y el tejido subcutáneo	A46, L01-L04, L08
18	Enfermedades inflamatorias de órganos pélvicos femeninos	N70-N73, N75-N76
19	Úlcera del aparato digestivo	K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2
20	Enfermedades del embarazo, parto y puerperio	O23, A50, P35.0

Tipo de indicador

Absoluto

Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Cada dos años, a fin de año
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Sistemas y Servicios de Salud, Servicios de Salud y Acceso (HSS/HS)
Fuente de datos	Egresos hospitalarios, departamentos estadísticos de los ministerios de salud y estudios de eficiencia de los servicios de salud
Limitaciones	El resultado de este indicador debe interpretarse con relación a la situación en cada país, porque la demanda de hospitalización en algunos lugares puede estar relacionada con la disponibilidad de recursos y las deficiencias del sistema de salud. Por lo tanto, es importante considerar otros elementos que afectan la capacidad resolutive de la red de servicios para evaluar este indicador.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, et al. Ambulatory care sensitive hospitalizations: elaboration of Brazilian list as a tool for measuring health system performance. <i>Cad Saúde Pública</i>. 2009; 25(6): p. 1337-49. 2. Aparicio Llanos, A. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: El caso de Costa Rica. Washington, DC: BID; 2012. Se puede encontrar en: http://publications.iadb.org/handle/11319/5735. 3. Arrieta, A. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: El caso de Perú. Washington, DC: BID; 2012. Se puede encontrar en: http://publications.iadb.org/handle/11319/5734. 4. Arrieta, A y García Prado, A. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: El caso de Chile. Washington, DC: BID; 2012. Se puede encontrar en: http://publications.iadb.org/handle/11319/5733. 5. Caminal J, Sánchez E, Morales M, Peiró R, Márquez S. Avances en España en la investigación con el indicador «Hospitalización por enfermedades sensibles a cuidados de atención primaria». <i>Rev. Esp. Salud Pública</i> [serie en Internet]. Junio del 2002 [consultada el 21 de mayo del 2014]; 76(3): 189-196. 6. Caminal J, Casanova C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por <i>ambulatory care sensitive conditions</i>. Marco conceptual. <i>Aten Primaria</i>. 2003.; 31(1): 61-5. 7. Caminal J, Mundet X, Ponsa JA, Sanchez E, Casanova C. Las hospitalizaciones por <i>ambulatory care sensitive conditions</i>: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. <i>Aten Primaria</i>. 2003; 31(1): p. 6-14. 8. Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Hermosilla E, Martín M. La atención primaria de salud y las hospitalizaciones por <i>ambulatory care sensitive conditions</i>. <i>Rev Clin Esp</i> 2001; 201(9): 501-7. 9. Ciapponi A, Glujovsky D, Daray F y López A. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: Revisión exploratoria de la evidencia de eficacia de la atención primaria en salud en la prevención de hospitalizaciones evitables. Washington, DC: BID; 2012. Se puede encontrar en:

	<p>http://publications.iadb.org/handle/11319/5740.</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Delgado EB, Peribañez JB, Lizaga NM, Abadía B, MV Villaverde. Grupo Atlas VPM. Validación de indicadores de calidad utilizados en el contexto internacional: indicadores de seguridad de pacientes e indicadores de hospitalización evitable. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. 11. Falik M, Needleman J, Wells BL, et al. Ambulatory care sensitive hospitalizations and emergency visits: experiences of Medicaid patients using federally qualified health centers. <i>Med Care</i>. 2001; 551(61). 12. Guanais, FC, Gómez-Suárez R y Pinzón L. Series of Avoidable Hospitalizations and Strengthening Primary Health Care: Primary Care Effectiveness and the Extent of Avoidable Hospitalizations in Latin America and the Caribbean (documento de trabajo). Washington, DC: BID; 2012. Se puede encontrar en: http://publications.iadb.org/handle/11319/5733. 13. Guanais F y Macinko J. Primary Care and Avoidable Hospitalizations: Evidence from Brazil." <i>The Journal of Ambulatory Care Management</i> 32, no. 2 (Junio del 2009): 115–22. doi:10.1097/JAC.0b013e31819942e51. 14. Gill JM, Mainous AG. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. <i>Archives of family medicine</i>. 1998; p. 352-357. 15. Gómez-Suárez R y Guanais FC. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: El caso de Paraguay. Washington, DC: BID; 2012. Se puede encontrar en: http://publications.iadb.org/handle/11319/5732. 16. OECD. Avoidable Hospital Admissions. En <i>Health at a Glance</i>, 108–9. Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo, 2013. Se puede encontrar en: http://www.oecd-ilibrary.org/content/chapter/health_glance-2013-43-en. 17. Macinko J, de Oliveira VB, Turci M, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. <i>Am. J. Public Health</i>. 2011; 101(10). 18. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PdF, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. <i>Health Aff</i>. 2010; 29(12). 19. Macinko J, Dourado I, Guanais F. Chronic Diseases, Primary Care and Health Systems Performance Diagnostics, Tools and Interventions. Noviembre del 2011 (documento de trabajo). 20. Mendonca CS, Harzheim E, Duncan BB, et al. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. <i>Health Policy Plan</i>. 2011;(043). 21. Rodríguez Abrego G, Zurita B, Ramírez Sánchez T, Herrera Rojas y Joaquín J. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: El caso de México. Washington, DC: BID; 2012. Se puede encontrar en: http://publications.iadb.org/handle/11319/5743. 22. Rodríguez, J. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: El caso de Colombia. Washington,
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>DC: BID; 2012. Se puede encontrar en: http://publications.iadb.org/handle/11319/5739.</p> <p>23. Rubinstein A, López A, Caporale J, Valanzasca P, Irazola V y Rubinstein F. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: El caso de Argentina. Washington, DC: BID; 2012. Se puede encontrar en: http://publications.iadb.org/handle/11319/5741.</p> <p>24. Weinberger M, Oddone E Z, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission. <i>N Engl J Med</i>. 1996; 10: p. 1441-7.</p> <p>25. Weissman JS, Gatsonis C, Epstein AM. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. <i>JAMA</i>. 1992.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CATEGORÍA 4. SISTEMAS DE SALUD**4.3 Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria**

Código y título del indicador	RIT 4.3.1 ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES
Nombre del indicador	Número de países que garantizan el acceso a los medicamentos de la lista nacional de medicamentos esenciales, sin ningún pago en el punto de atención, del servicio o de la entrega del medicamento
Definición del indicador	Número de países que han establecido en sus leyes y normas disposiciones para asegurar el acceso a la lista nacional de medicamentos esenciales y sin que se exija algún tipo de pago en el punto de atención. Los medicamentos incluidos en la lista nacional de medicamentos esenciales se seleccionan de acuerdo con los criterios basados en la evidencia recomendados por la OMS (eficacia, seguridad y costo-efectividad). Línea de base en el 2013: 1 Meta para el 2019: 14
Propósito del indicador	Evaluar la mejora de la legislación y las normas de los países que aseguren el acceso a los medicamentos esenciales (eficaces, seguros, costo-efectivos) desde una perspectiva de equidad, como parte del progreso hacia la cobertura universal de salud.
Nota técnica	Para cumplir con el indicador, los países deberán poseer normas y estándares adecuados que: 1. aseguren explícitamente el acceso a la lista nacional de medicamentos esenciales a toda la población en el territorio nacional y la eximan expresamente de cualquier tipo de pago en el punto de atención, prestación del servicio o dispensación del medicamento; 2. definan claramente en el marco jurídico las funciones y responsabilidades del comité de farmacoterapia así como los mecanismos para el suministro, la prescripción, la dispensación y la promoción del uso racional de medicamentos; y 3. definan los mecanismos y las fuentes de financiamiento y sostenibilidad.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países que han instaurado los requisitos legales y las normas descritos
Frecuencia de medición	Bienal (los países tendrán que informar por medio del sistema de seguimiento del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 al final de cada bienio). Evaluación de la actualización del marco jurídico de países.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Sistemas y Servicios de Salud, Medicamentos y Tecnologías Sanitarias (HSS/MT)
Fuente de datos	Datos proporcionados por las autoridades nacionales y perfiles farmacéuticos que los países presentan a la OMS en ciclos bienales,

	complementados con la actualización del marco jurídico de los países.
Limitaciones	Las limitaciones del indicador se relacionan con la metodología elegida para la medición. A pesar de contar con un marco jurídico apropiado, una lista definida de medicamentos esenciales y la garantía explícita de suministro de dichos medicamentos, un país podría fallar en la puesta en práctica de estos instrumentos. No obstante, todos estos elementos se consideran fundamentales y deben existir para asegurar el acceso universal a los medicamentos esenciales dentro de un territorio.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud. Sustancias profilácticas y terapéuticas. Ginebra, OMS; 1975 (resolución WHA28.66). 2. Organización Mundial de la Salud. Selección de medicamentos esenciales. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra: OMS; 1977 (serie de informes técnicos, No. 615). 3. Hogerzeil HV et al. Impact of an essential drugs programme on availability and rational use of drugs. <i>Lancet</i>, 1989, i(8630):141-142. 4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS; 2010. 5. World Health Organization. Options for financing and optimizing medicines in resource poor countries, Kanavos et al. Ginebra: OMS; 2010. 6. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la cobertura universal? Ginebra: OMS; 2012. Se puede encontrar en http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/. 7. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. Washington, DC: OPS; 2013. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8833&Itemid=40033&lang=es#Documentosoficiales. 8. Organización Mundial de la Salud. Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: un marco para la acción colectiva. Ginebra: OMS; 2004 (perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos, No. 008). 9. Organización Mundial de la Salud. Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional, 2ª ed. Ginebra: OMS; 2001. 10. World Health Organization. Development of Country Profiles and monitoring of pharmaceutical situation in countries. Ginebra: OMS [internet]. Se puede encontrar en: http://www.who.int/medicines/areas/coordination/coordination_assessment/en/. 11. Tamblyn, R et al. Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. <i>JAMA</i> 2001 285 (4) 12. Evans, R et al. User Fees for Health Care: Why a Bad Idea Keeps Coming Back (Or, What's Health Got to Do With It?). <i>Canadian Journal of Ageing</i> Vol 14, 1995. 13. Arhin-Tenkorang, D. Mobilizing Resources for Health: The Case for User Fees Revisited. Cambridge, MA: Center for International Development at Harvard University, 2001. (CID working paper 81). Se puede encontrar en: http://www.hks.harvard.edu/var/ezp_site/storage/fckeditor/file/pdfs/centers-programs/centers/cid/publications/faculty/wp/081.pdf.

	<p>14. Lavis, J. et al. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 13: Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking. <i>Health Research Policy and Systems</i> 2009, 7(Suppl 1):S13</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Código y título del indicador	RIT 4.3.2 MAYOR CAPACIDAD REGULATORIA
Nombre del indicador	Número de países y territorios que han alcanzado o aumentado su capacidad regulatoria a fin de alcanzar la condición de entidad regulatoria funcional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias
Definición del indicador	<p>Número de países y territorios que han aumentado su capacidad regulatoria a fin de alcanzar la funcionalidad en al menos tres de estas áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos, • seguridad radiológica, • seguridad de la sangre y • dispositivos médicos. <p>Línea de base en el 2013: 7 Meta para el 2019: 35</p>
Propósito del indicador	El indicador evaluará el fortalecimiento de la funcionalidad regulatoria de tecnologías sanitarias en los países destinatarios. La funcionalidad regulatoria en el área de las tecnologías sanitarias es necesaria para asegurar la disponibilidad de medicamentos y otras tecnologías sanitarias que sean seguros, eficaces y de calidad. El fortalecimiento de la capacidad regulatoria se ha convertido en una prioridad para los países de las Américas en su labor de promoción de la cobertura universal de salud.
Nota técnica	<p>La funcionalidad se considerará aceptable cuando se cumpla el conjunto de indicadores recomendados por la OPS/OMS para cada una de las cuatro áreas antedichas.</p> <p>Se considerará que se ha cumplido el indicador si los Estados Miembros tienen al menos tres de los siguientes componentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pruebas de una mayor capacidad del sistema de regulación de medicamentos: el proceso de análisis y valoración de las autoridades reguladoras nacionales se basa en la comprobación de los indicadores incluidos en la herramienta de recopilación de datos para fortalecer los sistemas reguladores mediante la evaluación del desempeño de sus funciones esenciales, de conformidad con lo definido por la resolución CD50.R9 (véase la sección de referencias). La herramienta de evaluación se basa en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para fortalecer los organismos reguladores. La evaluación de las autoridades reguladoras nacionales se basa en el cumplimiento de indicadores regulatorios fundamentales incluidos en la herramienta de recopilación de datos más actualizada. De acuerdo con el debate mundial sobre las funciones esenciales de regulación de la OMS, se prevé que se debatirá una herramienta común armonizada a través de un proceso de consulta internacional a fines del 2014. <p>Se prevé que los Comités de Expertos de la OMS aprobarán la nueva herramienta de evaluación en el 2015. Entretanto, se propone que se utilicen el parámetro siguiente para determinar el fortalecimiento de los sistemas regulatorios de medicamentos:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de planes de desarrollo institucional y evaluación del nivel de aplicación de los indicadores regulatorios fundamentales incluidos en la herramienta de evaluación para demostrar el fortalecimiento de la capacidad regulatoria. <p>2) Pruebas sobre la existencia de un sistema regulatorio de seguridad radiológica. A fin de que se considere que un país es funcional en lo que se refiere a la seguridad radiológica, debe tener al menos una infraestructura regulatoria que abarque un órgano regulador y leyes o reglamentos adecuados, basados en el documento <i>Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación: Normas básicas internacionales de seguridad</i>, y respaldado mediante la resolución CSP28.R15 de la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana (véase la sección de referencias). Los progresos se medirán de acuerdo con las directrices establecidas por el Grupo de trabajo sobre la aplicación de las normas básicas internacionales (un comité interinstitucional sobre seguridad radiológica).</p> <p>3) Pruebas de la existencia de un sistema regulatorio funcional para la sangre. Se considerará que un país es funcional en lo que se refiere a la reglamentación de los servicios de sangre si posee una unidad o estructura dentro de la autoridad nacional de salud, con asignación presupuestaria apropiada que permita la ejecución de su mandato, y con un marco normativo acorde con las directrices establecidas en la “ley modelo sobre servicios de sangre” y las normas de la OPS/OMS, y que cumpla con los indicadores de desempeño del <i>Plan de acción para el acceso universal a sangre segura</i>, aprobado mediante la resolución CE154.R16. El grado de aplicación y los avances de los países se determinarán y publicarán anualmente, como lo dispone la resolución CD48.R7 (véase la referencia bibliográfica completa en la sección de referencias).</p> <p>4) Pruebas de la existencia de un sistema regulatorio funcional para los dispositivos médicos. Un país se considerará funcional en lo que se refiere a la reglamentación de los dispositivos médicos si se satisfacen la totalidad de los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reglamentación para los dispositivos médicos establecida por ley; • autoridad regulatoria establecida formalmente, con la función de reglamentar los dispositivos médicos; • requisitos regulatorios establecidos según los niveles de riesgo; • requisitos de aprobación previos a la comercialización establecidos para todos los dispositivos médicos; • programas de vigilancia posterior a la comercialización; • requisitos de buenas prácticas de fabricación (BPF). <p>Para verificar si los requisitos anteriores se cumplen, se administrará a los países un cuestionario elaborado por el grupo de trabajo sobre dispositivos médicos.</p>
Tipo de indicador	Absoluto

Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Cada dos años. Se comparará la situación en la línea de base con los resultados observados al final del período comprendido en la evaluación.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Sistemas y Servicios de Salud, Medicamentos y Tecnologías Sanitarias (HSS/MT)
Fuente de datos	<ul style="list-style-type: none"> • Herramientas de evaluación para las entidades regulatorias nacionales relacionadas con los medicamentos y otras tecnologías sanitarias • Mapeo de la situación de la regulación de los dispositivos médicos en la Región de las Américas, 2012 • Evaluación realizada por la OPS o por el OIEA de la infraestructura reglamentaria de la seguridad radiológica, 2012, según las normas básicas internacionales de seguridad • Suministro de sangre para transfusiones en países de América Latina y el Caribe, 2010 y 2011 • Criterios para la evaluación de sistemas regulatorios nacionales de la sangre: información suministrada por las autoridades sanitarias
Limitaciones	Las limitaciones están relacionadas con el establecimiento de una coordinación adecuada con los países para evaluar, recopilar, actualizar y analizar los datos. En el caso de los servicios de sangre, se debe aprobar la nueva estrategia regional que guiará el proceso.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud. Sistema de evaluación de autoridades reguladoras nacionales de medicamentos. Washington, DC: OPS [Internet]. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/HQ/index.php?option=com_content&view=article&id=1615%3Asistema-evaluacion-autoridades-reguladoras-nacionales-medicamentos-&catid=1267%3Ahss-quality-drug-regulation&Itemid=1179&lang=es. 2. Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos. Washington, DC: OPS; 2010 (resolución CD50.R9). Se puede encontrar en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R9-s.pdf. 3. Radiation Protection and Safety of Radiation Sources: International Basic Safety Standards. Se puede encontrar en: http://www-pub.iaea.org/books/IAEABooks/8736/Radiation-Protection-and-Safety-of-Radiation-Sources-International-Basic-Safety-Standards-Interim-Edition-General-Safety-Requirements-Part-3. 4. Organización Panamericana de la Salud. Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación: Normas Básicas Internacionales de Seguridad. Washington, DC: OPS; 2012 (resolución CSP28.R15). Se puede encontrar en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R9-s.pdf. 5. Organización Panamericana de la Salud. Mejoramiento de la disponibilidad de sangre y la seguridad de las transfusiones en las Américas. Washington, DC: OPS; 2008 (resolución CD48.R7). Se puede encontrar en: http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd48.r7-s.pdf?ua=1. 6. Organización Panamericana de la Salud. Ley modelo sobre servicios de sangre. Washington, DC: OPS. Se puede encontrar en:

	<p>http://www1.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/Blood-modelodesangre-ley.pdf.</p> <p>7. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para el acceso universal a sangre segura (resolución CE154.R16). Washington, DC: OPS, 2014.</p> <p>8. Pan American Health Organization. Caribbean Regional Standards for Blood Banks and Transfusion Services. 2da edición. Washington, DC: OPS; 2012. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19529&Itemid.</p> <p>9. Organización Panamericana de la Salud. Estándares de Trabajo para Servicios de Sangre. 3ra Edición. Washington, DC: OPS; 2012. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19531&Itemid.</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CATEGORÍA 4. SISTEMAS DE SALUD**4.4 Información y evidencia en apoyo de los sistemas de salud**

Código y título del indicador	RIT 4.4.1 Cobertura y calidad de los datos de las ESTADÍSTICAS VITALES Y DE SALUD
Nombre del indicador	Número de países y territorios que cumplen las metas de cobertura y calidad establecidas en el <i>Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud</i>
Definición del indicador	<p>Número de países o territorios que han mejorado la cobertura del registro de los nacimientos y las defunciones, y mejorado la calidad de los datos de mortalidad al disminuir el porcentaje de causas de muerte mal definidas en los certificados de defunción.</p> <p>Se prevé que se lograrán mejoras en el marco de la OPS para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud (véase OPS, 2008 en la sección de referencias más abajo) y con un plan estratégico o una hoja de ruta nacional.</p> <p>El plan estratégico o la hoja de ruta de los países debe incluir actividades programadas, tareas, resultados e indicadores cuantitativos para mejorar la cobertura de los nacimientos y las defunciones y reducir el porcentaje de causas mal definidas.</p> <p>Se prevé que este plan estratégico, o la hoja de ruta de los países, sea preparado con la cooperación técnica de la OPS en el marco del Plan Regional para el Fortalecimiento de las Estadísticas Vitales y de Salud (PEVS) y la Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud (RELAC SIS).^a</p> <p>http://www.relacsis.org/</p> <p>Línea de base en el 2013: 14</p> <p>Meta para el 2019: 35</p>
Propósito del indicador	Este indicador muestra los progresos en materia de cobertura y calidad de los datos sobre nacimientos y defunciones proporcionados por el sistema de información de salud, que permite la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas sanitarias nacionales y subregionales.
Nota técnica	<p>Dado que los países y los territorios están en diferente situación en cuanto a la cobertura y la calidad de los datos, se considera que se ha cumplido este indicador si se alcanzan al menos dos de los siguientes, de acuerdo con las recomendaciones internacionales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cobertura de las estadísticas vitales (nacimientos y muertes): <ul style="list-style-type: none"> • La cobertura de nacimientos se medirá a través del cálculo

	<p>del número de nacimientos registrados dividido entre el número de nacimientos estimados según las hipótesis implícitas en las proyecciones vigentes de población de Naciones Unidas, multiplicado por 100, y/o</p> <ul style="list-style-type: none"> • La cobertura de defunciones se medirá a través del cálculo del número de defunciones registradas, divididas entre el número de defunciones estimadas según las hipótesis implícitas en las proyecciones vigentes de población de Naciones Unidas, y multiplicado por 100. <p>2. Calidad de las estadísticas vitales (nacimientos y muertes):</p> <ul style="list-style-type: none"> • El porcentaje de nacimientos sin peso al nacer indicado en el certificado de nacimiento (número de certificados de nacimiento en donde se dejó sin llenar la variable de peso al nacer, dividido por el total de certificados de nacimiento y multiplicado por 100), y/o • El porcentaje de muertes con causas mal definidas (Capítulo XVIII de la CIE-10) indicadas en el certificado de defunción (número de certificados de defunción donde se codifica como causa básica alguno de los códigos del Capítulo XVIII de la CIE-10 dividido entre el total de los certificados de defunción codificados, y multiplicado por 100). <p>3. Estrategia de capacitación sobre estadísticas de mortalidad a través de cursos presenciales o virtuales certificados por un Centro Nacional de Referencia de la Red Latinoamericana de la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (Centro Colaborador de la OMS):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de cursos impartidos en un país en un año dado. • El país mantiene al menos un 50% de los codificadores certificados en la CIE-10 cada año (Número de codificadores certificados en un año dado, dividido entre el total de codificadores existentes en el mismo año y multiplicado por 100), y/o • Porcentaje de codificadores capacitados que continúan en servicio un año después del curso (número de codificadores capacitados en un año específico que continúan trabajando y codificando un año después, dividido entre el número de codificadores capacitados en el año anterior). <p>La línea de base para el 2013 incluirá a los países, que han cumplido las metas de cobertura y de calidad según la información disponible del PEVS y presentada como un informe de progreso (documento CD52/INF/4-H-s_PEVS, 2013). En los años intermedios hasta el 2019, los</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>países que hayan alcanzado la meta se definirán según los procedimientos mencionados, teniendo en cuenta los criterios de comparabilidad definidos por las organizaciones internacionales especializadas.</p> <p>Después de la evaluación de cada país, se determinará el número de países que han alcanzado el indicador.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Anual. Los datos notificados corresponden al final del año anterior y se reciben en mayo del siguiente año.
Fuente de datos	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de país. Informe de seguimiento del plan estratégico u hoja de ruta. • Análisis de las bases de datos enviadas por los países a la OPS
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, Información y Análisis de Salud (CHA/HA)
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad del país para elaborar un plan estratégico u hoja de ruta • Decisión de país de no continuar ejecutando el plan estratégico o la hoja de ruta • Falta de utilización por los países de las normas internacionales recomendadas • Limitaciones a nivel de país para estimar los indicadores según las recomendaciones internacionales
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud. Washington, DC: OPS; 7 agosto 2008. (Documento CD48/9.) Se puede encontrar en http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-09-s.pdf?ua=1. 2. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud. Washington, DC: 16 de julio 2013. (documento CD52-INF4). Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8833&Itemid=40033&lang=es#Documentos%20de%20información

Código y título del indicador	RIT 4.4.2 GOBERNANZA DE LA INVESTIGACIÓN
Nombre del indicador	Número de países y territorios con mecanismos funcionales de gobernanza de la investigación sobre salud
Definición del indicador	<p>La investigación científica ha sido fundamental para el mejoramiento de la salud humana. La gobernanza funcional de la investigación es una característica necesaria de los sistemas nacionales de investigación en salud. Consta de principios, requisitos y normas, junto con mecanismos para establecerlos y para la producción, la difusión y el uso de la investigación y de la evidencia. Número de países y territorios que cumplen con todo lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. prioridades de investigación nacionales definidas; 2. normas éticas para la conducción de la investigación con seres humanos; 3. aumento anual de la proporción de ensayos clínicos registrados prospectivamente ; y 4. proceso establecido de traducción del conocimiento, de modo que el país pueda incrementar la integración sistemática de la evidencia en las políticas y la práctica. <p>Línea de base en el 2013: 5</p> <p>Meta para el 2019: 26</p>
Propósito del indicador	El indicador mide los aspectos clave de la gobernanza de la investigación en un sistema de investigación de salud. Se usará para monitorear las mejoras en la gobernanza de la investigación a nivel de país.
Nota técnica	<p>Definiciones prácticas para cada elemento del indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prioridades de investigación nacionales definidas: Prioridades de investigación actualizadas y disponibles para el público o programas disponibles a nivel nacional con mecanismos de financiamiento sostenibles para investigación y desarrollo (I+D). 2. Normas éticas para la conducción de la investigación con seres humanos: Legislación nacional, reglamentos o directrices dirigidos a garantizar que la investigación con seres humanos se rija por normas éticas. No será suficiente hacer referencia a la investigación con seres humanos en la Ley general de salud o la Constitución. 3. Aumento anual de la proporción de ensayos clínicos registrados prospectivamente: aumento de al menos 10% en el número de ensayos clínicos que se han registrado prospectivamente por año en la Plataforma de Registros Internacionales de Ensayos Clínicos de la OMS u otro registro de ensayos clínicos que cumplan con los

	<p>estándares de la OMS. La meta del 10% se basa en los estudios de las tendencias actuales (Revez, et al., 2012 y 2013; véase la sección de referencias más abajo).</p> <p>4. Proceso instaurado de traducción del conocimiento, de modo que el país pueda incrementar la escala de integración sistemática de la evidencia científica en las políticas y la práctica para la toma de decisiones: mecanismos formales y estandarizados para la traducción de la investigación en políticas y práctica, establecidos a nivel nacional (por ejemplo, programas consolidados para formular directrices basadas en datos probatorios para la práctica y las políticas como la Red de Políticas Basadas en Pruebas Científicas–EVIPnet).</p> <p>Una vez hechas las evaluaciones de cada país, se sumarán los países que tienen mecanismos funcionales para la gobernanza de la investigación de salud y se notificarán a efectos del seguimiento.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Bienal. Los datos de los países se recabarán a fines de cada año calendario.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Departamento de Gestión del Conocimiento, Bioética e Investigación (KBR/RC)
Fuente de datos	<ul style="list-style-type: none"> • Perfiles nacionales en el sitio <i>Health Research Web-Américas</i> de investigación de la salud en las Américas (apoyado conjuntamente por el Consejo de Investigaciones de Salud para el Desarrollo [COHRED] y la OPS y que mantienen actualizado principalmente las autoridades nacionales de salud y de ciencia y tecnología. • Compilación internacional de normas para las investigaciones con seres humanos publicada anualmente por la Oficina de Mecanismos de Protección en las Investigaciones con Seres Humanos (OHRP), del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos, y actualizada con apoyo de la Oficina con información de los Estados Miembros. • Plataforma de Registros Internacionales de Ensayos Clínicos (ICTRP) de la OMS. • Ministerios de salud u otras instituciones responsables de la gobernanza de la investigación
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Es posible que el indicador no sea suficientemente sensible. • La gobernanza funcional de la investigación de salud supone un sistema adaptativo complejo que quizá no logre medirse con los cuatro componentes del indicador (por ejemplo, si no se siguen

	las prioridades o las normas).
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reveiz L, Elias V, Terry RF, Alger J, Becerra-Posada F. Comparación de los métodos de establecimiento de prioridades de investigación nacional de salud y sus características en América Latina y el Caribe, 2002 al 2012. <i>Rev Panam Salud Pública</i>. 2013 Jul;34(1):1-13. 2. Reveiz L, Villanueva E, Iko C, Simera I. Compliance with clinical trial registration and reporting guidelines by Latin American and Caribbean journals. <i>Cad Saude Publica</i>. 2013 Jun;29(6):1095-100 3. Reveiz L, Sangalang S, Glujovsky D, Pinzon CE, Asenjo Lobos C, Cortes M, Cañón M, Bardach A, Bonfill X. Characteristics of randomized trials published in Latin America and the Caribbean according to funding source. <i>PLoS One</i>. 2013;8(2):e56410. doi: 10.1371/journal.pone. 4. United States, Department of Health and Human Services. International Compilation of Human Research Standards. Se puede encontrar en: http://www.hhs.gov/ohrp/international/intlcompilation/intlcompilation.html 5. Organización Panamericana de la Salud. Informe: Evaluación de la Red de Políticas Informadas por Evidencias (EVIPNet). Agosto 2010-Julio 2012. Washington, DC:OPS [Internet]. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/HQ/index.php?option=com_content&view=article&id=8382:report-evaluation-evidence-informed-policy-networks-evipnet-august-2010-july-2012-&Itemid=40301&lang=es

CATEGORÍA 4. SISTEMAS DE SALUD**4.5 Recursos humanos para la salud**

Código y título del indicador	RIT 4.5.1 DISPONIBILIDAD DE PERSONAL EN EL ÁREA DE LA SALUD
Nombre del indicador	Número de países y territorios con por lo menos 25 trabajadores de salud (médicos, enfermeras y parteras) por 10.000 habitantes
Definición del indicador	<p>Este indicador se basa en la densidad del personal de salud. El parámetro fue fijado por la OMS (Informe sobre la salud en el mundo 2006) en 25 médicos, enfermeras y parteras por 10.000 habitantes, que se considera como la cantidad mínima de recursos humanos necesarios para lograr una cobertura de 80% con intervenciones esenciales de salud pública (como vacunación contra el sarampión y partos atendidos por parteras competentes)</p> <p>Línea de base en el 2013: 25</p> <p>Meta para el 2019: 31</p>
Propósito del indicador	Dar seguimiento al progreso de todos los países y territorios de la Región para lograr una densidad de recursos humanos de 25 por 10.000.
Nota técnica	<p>La razón en cada país se calcula dividiendo el total del personal de salud del país (médicos, enfermeras y parteras) por el número de habitantes y multiplicando el resultado por 10.000. Una vez hechos los cálculos para cada país, se suman los países que han logrado la densidad mínima de recursos humanos para la salud y se notifican a efectos del seguimiento.</p> <p>Este indicador forma parte de las metas regionales en materia de recursos humanos para la salud. La recopilación de datos varía de un país a otro según el ciclo de planificación nacional. El Departamento de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS ha colaborado en dos evaluaciones de las metas regionales en materia de recursos humanos para la salud en 24 países en un período de cuatro años. La medición final está programada para el 2015.</p> <p>Para este indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La categoría "enfermera profesional" incluye a profesionales de la salud con 1) una licenciatura en enfermería o 2) un certificado o diploma técnico de al menos tres años en enfermería. • La categoría ocupacional de "parteras" incluye a profesionales de la salud con 1) una licenciatura en enfermería y obstetricia 2) un certificado o grado técnico de al menos tres años en partería.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	De tres a cuatro años (según la información presentada por los países por medio del Observatorio de Recursos Humanos para la Salud)

Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Sistemas y Servicios de Salud, Recursos Humanos para la Salud (HSS/HR)
Fuente de datos	Ministerios de salud o autoridades sanitarias nacionales y censo de población de cada país.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Muchos países no tienen bases de datos actualizadas, fidedignas y completas sobre el personal de salud disponible o mecanismos sistemáticos para recopilar y analizar información. • En algunos casos, los datos se limitan a los médicos, las enfermeras y las parteras que trabajan en el sector público. • Hay diferencias entre países en relación con las categorías del personal de enfermería y el que atiende los partos (parteras).
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pan American Health Organization, Health Canada and Ontario Ministry of Health. Llamado a la acción de Toronto: 2006-2015. Hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas. Toronto, Canadá, octubre del 2005. 2. Organización Panamericana de la Salud. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015. Washington, DC:OPS;2007 (documento CSP27/10). 3. Organización Mundial de la Salud. Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud. Declaración Política de Recife sobre Recursos Humanos para la Salud: un compromiso renovado en favor de la cobertura sanitaria universal. Recife, Brasil. 2013 4. The President and Fellows of Harvard College. Human Resources for Health: Overcoming the Crisis. Joint Learning Initiative. 2004. 5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: Colaboremos por la salud. Ginebra:OMS;2006 6. Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud. http://www.observatoriorh.org/.

Código y título del indicador	RIT 4.5.2 COMPETENCIAS DE SALUD PÚBLICA
Nombre del indicador	Número de países y territorios con programas nacionales de capacitación sobre salud pública y competencias interculturales para los trabajadores de atención primaria de salud
Definición del indicador	<p>El indicador mide el número de países y territorios que han establecido programas nacionales para capacitar a los trabajadores de atención primaria en salud pública y competencias interculturales tal como se define en el Marco regional de competencias esenciales en salud pública para las Américas (véase OPS 2013, en la sección de referencias más abajo).</p> <p>Línea de base en el 2013: 8</p> <p>Meta para el 2019: 23</p>
Propósito del indicador	<p>Este indicador será una medida trazadora del nivel apropiado de competencias interculturales y de salud pública del personal de salud, en particular de los trabajadores de atención primaria (personal del primer nivel de atención de la salud). Las competencias de salud pública son esenciales para la prestación de servicios de salud integrales que incluyan los aspectos de prevención de la enfermedad, promoción y protección de la salud, y la ejecución de programas prioritarios de salud pública con un criterio centrado en la población. Las competencias interculturales son complementarias y responden a la diversidad cultural y lingüística de nuestras poblaciones. Las competencias culturales contribuyen a reducir las inequidades en salud de las comunidades vulnerables o minoritarias y las barreras para el acceso real a los servicios de salud. Ambos dominios de competencia son importantes para todo el personal de salud; sin embargo, el indicador evalúa el compromiso de las autoridades nacionales de salud con el apoyo a un sistema de capacitación permanente para los trabajadores del primer nivel de atención. El indicador está en consonancia con la resolución CD50.R7, <i>Estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria de la salud</i>, aprobada por los Estados Miembros en el 2010 Véase.</p>
Nota técnica	<p>El Marco regional de competencias esenciales en salud pública de la OPS basado en las funciones esenciales de salud pública, identifica 65 competencias genéricas organizadas en 6 dominios y que incluyen competencias interculturales; a menos que un país haya desarrollado su propio conjunto de competencias de salud pública, se sugiere que este marco regional se use como indicador de referencia.</p> <p>Para alcanzar los objetivos fijados para el indicador, un país o territorio debe satisfacer los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los programas de capacitación están al alcance de los trabajadores de atención primaria de salud en todas las jurisdicciones del país o el territorio;

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Los programas de capacitación abordan un problema o prioridad de salud pública nacional o forman parte de un plan para fortalecer las funciones básicas de salud pública; 3. Los objetivos de aprendizaje, el contenido y la evaluación de los programas de capacitación están claramente determinados; 4. Las competencias para los programas de capacitación están identificadas en el documento sobre competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas u otro marco sobre competencias en materia de salud pública formulado a nivel nacional; 5. Los programas de capacitación fueron impartidos y su monitoreo está en curso.
Tipo de indicador	Absoluto.
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Bienal (los países tendrán que informar por medio del sistema de seguimiento del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 al final de cada bienio).
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Sistemas y Servicios de Salud, Recursos Humanos para la Salud (HSS/HR)
Fuente de datos	La recopilación de datos (evaluaciones) en cada país es responsabilidad de las unidades de recursos humanos de los ministerios de salud y de instituciones académicas, con el apoyo de la red del Campus Virtual de la Salud Pública.
Limitaciones	Inexistencia de un mecanismo estándar para evaluar los programas actuales en los países y territorios.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. Washington, DC:OPS; 2010 (documento CD50R.7) 2. Organización Panamericana de la Salud. Educación en salud pública: tendencias, desafíos y recursos de aprendizaje. Informe de la reunión en Lima, Perú. Noviembre del 2012. 3. Organización Panamericana de la Salud. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. Washington, DC:OPS;2013. http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2014/competencias_sp.pdf 4. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los pueblos indígenas en las Américas. Washington, DC:2006. (Documento CD47.R18)

Código y título del indicador	RIT 4.5.3 DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD
Nombre del indicador	Número de países y territorios que han reducido en 50% la brecha en la densidad de trabajadores de salud (médicos, enfermeras y parteras) entre jurisdicciones subnacionales (provincia, estado, departamento, territorio, distrito, etc.) que tienen una densidad menor de trabajadores de salud con respecto a la densidad nacional
Definición del indicador	<p>Este indicador mide la reducción de al menos 50% de la brecha en el número de trabajadores de salud (médicos, enfermeras y parteras) entre las jurisdicciones a nivel subnacional que tienen una menor densidad de trabajadores de salud que la densidad nacional.</p> <p>Línea de base en el 2012: 11</p> <p>Meta para el 2019: 19</p>
Propósito del indicador	<p>Dar seguimiento a los progresos en la distribución del personal de salud, en particular en el primer nivel de la atención. La cobertura universal de salud requiere una distribución adecuada del personal de salud, especialmente en el primer nivel de la atención, para garantizar el acceso adecuado según las necesidades. Las dificultades para reclutar y retener al personal del primer nivel de atención a menudo son geográficas (zonas rurales, poblaciones dispersas, distancia de los centros metropolitanos) y culturales (es decir, poblaciones autóctonas). Por ejemplo, en algunos países la razón de médicos por habitantes es 8 veces mayor en zonas urbanas que en zonas rurales (o no metropolitanas).</p>
Nota técnica	<p>Para calcular este indicador, los países tienen que determinar y monitorear la densidad de personal de salud (médicos, enfermeras y parteras) en el nivel nacional y en cada jurisdicción subnacional. Para el indicador, se agrupan las jurisdicciones con una densidad de personal de salud por debajo de la nacional, y la densidad resultante se usa para determinar la reducción de 50% de la brecha respecto de la densidad nacional. El indicador servirá para identificar el número de países y territorios que hayan reducido en un 50% la brecha al final del período, en comparación con la línea de base.</p> <p>Ejemplo del cálculo:</p> <p><i>Nacional:</i></p> <p>Número total de médicos, enfermeras y parteras en el país en un año dado, dividido por la población total en el mismo año y el resultado se multiplica por 10.000.</p> <p><i>Jurisdicción:</i></p> <p>Número total de médicos, enfermeras y parteras en la jurisdicción en un año dado, dividido por la población total de la jurisdicción en el mismo año y el resultado se multiplica por 10.000.</p>

	<p><i>Grupos de jurisdicciones:</i></p> <p>Número total de médicos, enfermeras y parteras en jurisdicciones con densidades inferiores a la nacional en un año dado, dividido por la población total de esas jurisdicciones en el mismo año y el resultado se multiplica por 10.000.</p> <p>Ejemplo: un país tiene diez estados. La densidad de personal de salud (médicos, enfermeras y parteras) en toda la nación es 80/10.000. La medición de la densidad de personal de salud en cada uno de los 10 estados permite identificar tres estados con una densidad inferior a 80/10.000. Se suma el número de médicos, enfermeras y parteras en los tres estados, y se determina una nueva densidad de personal de salud usando como denominador la población total de los tres estados y multiplicando por 10.000. A modo de ejemplo, supongamos que los estados tienen la misma población de 10.000 y que un estado tiene 20 trabajadores de salud (médicos, enfermeras y parteras), el otro tiene 40 y el tercer estado, 60. La densidad resultante para los tres estados es 120/30.000 habitantes, que es 40/10.000, lo que deja una brecha de 40/10.000 con respecto a la densidad nacional (80-40). Reducir la brecha en 50% implica aumentar la densidad de personal de salud en los tres estados agrupados a 60/10.000 al final del período.</p> <p>Para este indicador: La categoría "enfermera profesional" incluye a profesionales de la salud con 1) una licenciatura en enfermería o 2) un certificado o una calificación técnica de al menos tres años en enfermería.</p> <p>La categoría ocupacional de las "parteras" incluye a profesionales de la salud con 1) una licenciatura en enfermería y partería o 2) un certificado o un diploma técnico de al menos tres años en partería.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Bienal. Los países informarán al sistema de seguimiento del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 al final de cada bienio.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Sistemas y Servicios de Salud, Recursos Humanos para la Salud (HSS/HR)
Fuente de datos	Sistemas nacionales de información sobre recursos humanos, registros de profesionales de la salud, datos del censo de población y encuesta nacional de hogares
Limitaciones	La limitación principal de este indicador es la disponibilidad de datos fidedignos y válidos sobre el número de médicos, enfermeras y parteras a nivel nacional y en cada jurisdicción subnacional.
Referencias	1. Organización Panamericana de la Salud. Recursos humanos para la salud: aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. 52.º Consejo Directivo. 65.º sesión del Comité Regional (resolución CD52.R13).

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Organización Panamericana de la Salud. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud. 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana; 59.^a sesión del Comité Regional (documento CSP27/10). Washington, DC.; 2007. 3. Nunez Vergara, Manuel. Second assessment of the regional goals for human resources for health. PAHO/WHO. 2014 (de próxima publicación) 4. Organización Mundial de la Salud. Seguimiento de la Declaración Política de Recife sobre Recursos Humanos para la Salud: un compromiso renovado en favor de la cobertura sanitaria universal. 67.^a Asamblea Mundial de la Salud (documento A67/34). 5. Global Health Workforce Alliance/Organización Mundial de la Salud: Una verdad universal: no hay salud sin agentes sanitarios, 2013.
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CATEGORÍA 5. PREPARACIÓN, VIGILANCIA Y RESPUESTA**5.1 Capacidad de alerta y respuesta (para el RSI)**

Código y título del indicador	RIT 5.1.1 IMPLEMENTACIÓN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL
Nombre del indicador	Número de Estados Partes ^a que tienen y mantienen las capacidades básicas previstas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005)
Definición del indicador	Número de Estados Partes que informan a la OMS que han alcanzado y mantienen las capacidades básicas descritas en los artículos 5 y 13 del RSI. Línea de base en el 2013: 6/35 Meta para el 2019: 35/35
Propósito del indicador	Los 35 Estados Miembros de la OPS (*definidos como Estados Partes, en el RSI) están obligados por el RSI (mediante la resolución WHA58.3) a tener o a establecer capacidades básicas mínimas, según se describen en los artículos 5 y 13 del Reglamento. La finalidad y el alcance del Reglamento son: prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y dar una respuesta de salud pública, al tiempo que se evitan las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales. Este indicador procura mostrar el progreso de los Estados Partes de la Región hacia la aplicación del RSI.
Nota técnica	El indicador se ajusta plenamente a la medición mundial de la OMS y se calcula usando el informe anual de los Estados Partes a la Asamblea Mundial de la Salud. La Secretaría de la OMS envía a los Estados Partes un cuestionario diseñado para facilitar la presentación de informes sobre la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) a la Asamblea Mundial de la Salud. El principal objetivo de esta herramienta de monitoreo es proporcionar a los países asesoramiento técnico para la evaluación de la implementación del RSI y el desarrollo de las capacidades básicas del RSI. El proceso de monitoreo del RSI incluye la evaluación, basada en una lista de verificación de 20 indicadores diseñados para monitorear cada una de las capacidades básicas, de: <ul style="list-style-type: none"> • estado de implementación de las ocho capacidades básicas; • creación de capacidad en los puertos de entrada; y • creación de capacidad en relación con cuatro riesgos pertinentes para el RSI (zoonosis, inocuidad de los alimentos, riesgos químicos y radionucleares).
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de Estados Partes en la Región de las Américas
Frecuencia de	Anual, con fecha límite que coincide con la Asamblea Mundial de la

medición	Salud.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	RSI, Alerta y Respuesta ante Epidemias, y Enfermedades Transmitidas por el Agua (CHA/IR)
Fuente de datos	Informes de los Estados Partes sobre el estado de la implementación del RSI presentados a la Asamblea Mundial de la Salud y resumidos sistemáticamente en el informe sobre los progresos respecto del RSI a la Asamblea Mundial de la Salud (actualizados anualmente y pueden encontrarse en los sitios web de la OMS y la OPS: http://apps.who.int/gb/ ; http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=42&Itemid=189&lang=es).
Limitaciones	Las diferencias en lo que se refiere a la capacidad intrínseca de los Estados Partes, los mecanismos de gobernanza, las estructuras orgánicas, el grado de conciencia del alcance y la finalidad del RSI, y los conocimientos técnicos especializados plantean retos diferentes para la implementación del RSI a nivel nacional para el 15 de junio del 2014 (plazo establecido por la OMS para contar con las capacidades básicas, con la opción de solicitar una segunda prórroga hasta el 15 de junio del 2016). Asimismo, a nivel regional todavía queda trabajo por hacer para mejorar la colaboración intrasectorial e intersectorial, optimizar el uso de los recursos ya disponibles para acelerar el establecimiento del RSI, y asegurar la sostenibilidad de las capacidades básicas alcanzadas.
Referencias	1. Organización Mundial de la Salud. <i>Reglamento Sanitario Internacional (2005)</i> , 2da. edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. Se puede encontrar en: http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf?ua=1

^a Treinta y cinco Estados Miembros de la OPS son Estados Partes del Reglamento Sanitario Internacional.

CATEGORÍA 5. PREPARACIÓN, VIGILANCIA Y RESPUESTA**5.2 Enfermedades epidémicas y pandémicas**

Código y título del indicador	RIT 5.2.1 RESPUESTA A EPIDEMIAS Y PANDEMIAS
Nombre del indicador	Número de países con capacidad instalada para responder eficazmente a epidemias y pandemias graves
Definición del indicador	<p>La capacidad instalada para responder eficazmente a epidemias y pandemias significa contar con sistemas nacionales de salud pública fuertes que puedan mantener la vigilancia epidemiológica activa de enfermedades y eventos de salud pública, investigar rápidamente los eventos detectados, evaluar y notificar el riesgo para la salud pública, intercambiar información, y adoptar medidas de control de salud pública.</p> <p>Línea de base en el 2013: 6</p> <p>Meta para el 2019: 35</p>
Propósito del indicador	Medir y llevar a cabo un seguimiento de la capacidad de los países y los territorios para responder a las epidemias y las pandemias graves y garantizar un intercambio rápido de información acerca de amenazas inminentes para la salud pública y, en consecuencia, aumentar la confianza entre todas las partes.
Nota técnica	El indicador se calcula a partir de los informes anuales de los Estados Partes al Reglamento Sanitario Internacional para ser presentados a la Asamblea Mundial de la Salud. La Secretaría de la OMS envía a los Estados Partes un cuestionario diseñado para facilitar la presentación de informes sobre la implementación del Reglamento Sanitario Internacional a la Asamblea Mundial de la Salud. El principal objetivo de esta herramienta de monitoreo es proporcionar a los países asesoramiento técnico para la evaluación de la implementación del RSI y del desarrollo de las capacidades básicas. El proceso de monitoreo de la implementación del RSI incluye la evaluación basada en una lista de verificación de 20 indicadores diseñados para monitorear cada una de las capacidades básicas. El cumplimiento de este indicador se evaluará sobre la base del informe que certifique el establecimiento de las capacidades básicas por cada Estado Parte.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Anual, con fecha límite que coincide con la Asamblea Mundial de la Salud
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del	RSI, Alerta y Respuesta ante Epidemias, y Enfermedades Transmitidas por el Agua (CHA/IR)

indicador	
Fuente de datos	<p>Los Estados Partes informan acerca de su situación en cuanto a la implementación del RSI en informes resumidos del progreso que se presentan a la Asamblea Mundial de la Salud (actualizados anualmente y disponibles en el sitio web de los Cuerpos Directivos de la OPS:</p> <p>http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=42&Itemid=189&lang=es).</p>
Limitaciones	<p>La naturaleza diversa de cada epidemia y pandemia plantea nuevos desafíos a los países y territorios y, por lo tanto, hay una necesidad constante de fortalecer los sistemas sensibles de vigilancia y de capacitar recursos humanos en las amenazas externas y emergentes para la salud pública. Además de las características intrínsecas y el financiamiento propio de cada país o territorio para establecer y mantener la capacidad instalada, estos desafíos podrían constituir limitaciones para el logro de las metas fijadas para este indicador.</p>
Referencias	<p>1. Organización Mundial de la Salud. <i>Reglamento Sanitario Internacional (2005)</i>, 2da. edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. Se puede encontrar en: http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf?ua=1</p>

CATEGORÍA 5. PREPARACIÓN, VIGILANCIA Y RESPUESTA**5.3 Gestión de emergencias, riesgos y crisis**

Código y título del indicador	RIT 5.3.1 Preparativos para casos de desastre y capacidad de respuesta
Nombre del indicador	Número de países y territorios que cumplen con las capacidades mínimas, o las superan, para controlar los riesgos para la salud pública asociados con las emergencias
Definición del indicador	<p>Número de países y territorios que informan a la OPS que tienen un programa de preparativos para desastres en el sector de la salud con personal de tiempo completo y un presupuesto específico para poner en práctica preparativos para casos de desastre y planes de respuesta.</p> <p>Los preparativos para situaciones de emergencia y los planes de respuesta deben basarse en una evaluación del riesgo y las vulnerabilidades, ser sensibles a las cuestiones de género y tener en cuenta los grupos y las comunidades vulnerables.</p> <p>Línea de base en el 2012: 19</p> <p>Meta para el 2019: 36</p>
Propósito del indicador	Muestra el progreso de los países de la Región hacia la autosuficiencia y los preparativos previstos a nivel nacional para responder a los desastres ocasionados por riesgos de toda clase.
Nota técnica	<p>El indicador se calcula a partir de los datos recopilados con una herramienta aprobada por la OPS para evaluar los preparativos y la capacidad de respuesta frente a desastres ocasionados por cualquier amenaza. Entre las herramientas ya disponibles o en preparación se encuentra una encuesta regional sobre la respuesta a situaciones de emergencia y el manejo de crisis adaptada de la encuesta mundial y la herramienta de autoevaluación de la reducción de riesgos de desastre en el sector de la salud. La finalidad de estos instrumentos es determinar la situación en cuanto a puntos clave de referencia para la reducción de riesgos y la respuesta a desastres en el sector de la salud. Las reuniones de los coordinadores de preparativos para desastres sanitarios, que se celebran cada dos años, también pueden proporcionar información útil para este indicador.</p> <p>La encuesta sobre la respuesta a situaciones de emergencia y el manejo de crisis se efectúa cada dos años, mientras que la autoevaluación de la reducción de riesgos de desastre en el sector de la salud se hace cada tres a cinco años.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de	Bienal, al final del año

medición	
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Departamento de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre (PED)
Fuente de datos	Informe de la encuesta de los países y territorios, herramientas de autoevaluación y reunión de coordinadores de preparativos para desastres en el sector de la salud
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Aunque ya está listo el instrumento para la encuesta regional sobre la respuesta a situaciones de emergencia y el manejo de crisis, todavía no se ha logrado el consenso a nivel mundial. La calidad de los datos depende de la selección de los interesados directos que son encuestados. • Aunque la herramienta de autoevaluación de la reducción de riesgos de desastre en el sector de la salud, ya está lista, por el momento, solo se encuentra en inglés. • La “fatiga de la evaluación” en muchos países podría influir en el proceso de recopilación de datos, incluida la proporción de respuestas obtenidas. • No hay un modelo de preparativos ni planes de respuesta para casos de desastre acordados a nivel mundial o regional.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud. Reporte de avances en salud 2006: Preparativos y respuesta para desastres http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=989&Itemid=925&lang=es 2. Herramienta de autoevaluación para la reducción del riesgo de desastre en el sector de la salud: http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=1375&Itemid=1&lang=es

Código y título del indicador	RIT 5.3.2 Reducción de riesgos de desastres
Nombre del indicador	Número de países y territorios que ejecutan intervenciones de reducción de los riesgos de desastres para los establecimientos de salud
Definición del indicador	<p>Este indicador representa el número de países que han alcanzado por lo menos cuatro de las seis metas incluidas en el <i>Plan de acción de hospitales seguros</i>.</p> <p>En octubre del 2010, el 50.º Consejo Directivo de la OPS mediante su resolución CD50.R15 (2010), aprobó el <i>Plan de acción de hospitales seguros (doc. CD50/10)</i>. Con este Plan se busca facilitar la adopción por los Estados Miembros de la política de hospitales seguros frente a los desastres como política nacional de reducción de riesgos y la logren la meta de que todos los hospitales nuevos se construyan con un nivel de protección que garantice mejor su capacidad de seguir funcionando en las situaciones de desastre. Asimismo, se busca que adopten las medidas adecuadas de mitigación para mejorar la seguridad de los establecimientos de salud existentes.</p> <p>Asegurar que los establecimientos de salud sean seguros es una manera importante de gestionar y reducir el riesgo de desastres. Se deben integrar diferentes elementos, como se refleja en las seis metas del Plan de Acción: políticas, códigos, diferentes actores, un enfoque de red de servicios de salud, propuestas de diferentes intervenciones que deben ser financiadas cuando se hagan nuevas inversiones, propuestas para los establecimientos existentes y seguimiento del progreso.</p> <p>Línea de base en el 2012: 11</p> <p>Meta para el 2019: 35</p>
Propósito del indicador	Mostrar el progreso de los países hacia el <i>Plan de acción de hospitales Seguros 2010-2015</i>
Nota técnica	<p>Se deberán alcanzar al menos cuatro de las seis metas, entre ellas el número 4, del <i>Plan de acción de hospitales seguros</i> (mencionadas a continuación).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los países habrán establecido un programa nacional de hospitales seguros. 2. Los países tendrán un sistema de información sobre la construcción de hospitales nuevos o el mejoramiento de los existentes. 3. Los países de la Región habrán establecido mecanismos para la supervisión de las obras de construcción de hospitales y otras inversiones en establecimientos de salud. 4. Los países habrán incorporado medidas que aseguren el funcionamiento de los establecimientos de salud en casos de desastre en todos los proyectos nuevos de inversión en salud. 5. Los países tendrán normas actualizadas de diseño, construcción y funcionamiento de nuevos establecimientos de salud seguros. 6. Los países habrán mejorado la seguridad de los establecimientos de salud existentes frente a desastres. <p>La medida de cada meta es una autoevaluación de los países de acuerdo con</p>

	el indicador y las acciones específicas para cada meta, establecidas en el plan de acción.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Bienal, al final del año.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Departamento de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre (PED)
Fuente de datos	Informes de países, base de datos en línea del índice de seguridad hospitalaria, reunión de coordinadores de desastres en el sector de la salud y misiones de cooperación técnica.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Aunque muchos países están asignando fondos considerables para las medidas correctivas a fin de aumentar la seguridad de los establecimientos de salud, sigue siendo un reto comunicar estas prioridades al sector financiero y a los niveles políticos y decisorios superiores. • A pesar del progreso realizado, sigue siendo un reto importante garantizar que todos los establecimientos de salud nuevos sean seguros frente a los desastres y aumentar la seguridad de los establecimientos existentes (meta 4). Por lo tanto, la cooperación técnica es esencial para cumplir con los objetivos de este indicador.
Referencias	1. Resolución CD50.R15, <i>Plan de acción de hospitales seguros</i> , aprobada en octubre del 2010 http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R15-s.pdf

CATEGORÍA 5. PREPARACIÓN, VIGILANCIA Y RESPUESTA**5.4 Inocuidad de los alimentos**

Código y título del indicador	RIT 5.4.1 INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS
Nombre del indicador	Número de países y territorios que tienen mecanismos adecuados a fin de prevenir o mitigar los riesgos para la inocuidad de los alimentos y responder a brotes, incluso en las poblaciones marginadas
Definición del indicador	Países y territorios que cuentan con mecanismos de gestión de la inocuidad de los alimentos basada en los riesgos, con servicios de inspección basados en los riesgos, procedimientos de devolución al fabricante, monitoreo de alimentos y vigilancia de enfermedades transmitidas por alimentos para evitar la contaminación química, microbiológica o física de los alimentos y cualquier otra práctica que pueda inducir a error al consumidor Línea de base en el 2012: 4 Meta para el 2015: 20
Propósito del indicador	Muestra el progreso en la adopción del enfoque de la inocuidad de los alimentos basado en el riesgo, con la finalidad de asegurar la inocuidad de los alimentos en un país o territorio.
Nota técnica	Se calcula contando los países y territorios que tienen un mecanismo reglamentario obligatorio, como buenas prácticas de fabricación, procedimientos operativos para las normas de higiene, análisis de riesgos y puntos críticos de control, sistemas de devolución al fabricante, monitoreo de los alimentos y vigilancia de las enfermedades transmitidas por alimentos aplicado por las autoridades nacionales o locales, para proteger a los consumidores y asegurar que todos los alimentos, en las etapas de producción, manipulación, almacenamiento, procesamiento y distribución sean inocuos, nutritivos y aptos para consumo humano, y estén etiquetados con exactitud de acuerdo con lo dispuesto por ley.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Anual. Los datos notificados corresponden al fin del año anterior y se reciben en marzo del año siguiente
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Centro Panamericano de Fiebre Aftosa: PANAFTOSA (CHA/AFT)
Fuente de datos	Los datos se obtienen de los informes anuales presentados por los países a la Unidad de Salud Pública Veterinaria/Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) por medio de la herramienta Desempeño, visión y estrategia para la medición del desempeño, o de otras fuentes tales como

	encuestas, bases de datos sobre legislación, etc..
Limitaciones	Los datos reflejan los informes de autoevaluación de las mediciones cualitativas. Se deben complementar con otras mediciones del desempeño, como el número de enfermedades transmitidas por los alimentos notificadas y las encuestas a los consumidores sobre asuntos relacionados con la inocuidad de los alimentos.
Referencias	1. PAHO/WHO and IICA. Desempeño, Visión y Estrategia (DVE) para los Sistemas y Servicios Nacionales de Control de Inocuidad de Alimentos, 3era Edición, 2012; PAHO/WHO and IICA, 2012. Se puede encontrar en: http://bvs1.panaftosa.org.br/local/file/textoc/DVE-inocuidad-2012.pdf

CATEGORÍA 5. PREPARACIÓN, VIGILANCIA Y RESPUESTA**5.5 Respuesta a brotes y crisis**

Código y título del indicador	RIT 5.5.1 RESPUESTA A BROTES Y CRISIS
Nombre del indicador	Porcentaje de países y territorios que han demostrado una respuesta adecuada ante una situación de emergencia ocasionada por cualquier tipo de peligro, con una evaluación inicial coordinada y un plan de respuesta del sector de la salud en las 72 horas siguientes al inicio de la emergencia
Definición del indicador	<p>Porcentaje de países y territorios que 1) han hecho una evaluación inicial con la participación de actores pertinentes del sector de la salud y 2) han preparado un plan de respuesta del sector de la salud en las 72 horas siguientes al inicio de TODA emergencia de nivel 1, 2 o 3 (de acuerdo con el Marco de respuesta a las emergencias de la OMS).</p> <p>Emergencia de nivel 2: un evento o varios en un país, con consecuencias moderadas para la salud pública y que requiere una respuesta moderada de las representaciones de la OPS/OMS en el país o una respuesta internacional moderada de la OMS. Emergencia de nivel 3: un evento o varios en un país, con consecuencias considerables para la salud pública y que requiere una respuesta sustancial de las representaciones de la OPS/OMS en el país o una respuesta internacional sustancial de la OMS.</p> <p>Línea de base en el 2013: No corresponde⁴⁴</p> <p>Meta para el 2019: 100%</p>
Propósito del indicador	Muestra la capacidad de los países para responder adecuadamente a brotes y crisis ocasionados por cualquier tipo de peligro, tanto natural como antropogénico, que afecte a la salud.
Nota técnica	<p>Se calcula contando el número de países y territorios que efectuaron una evaluación inicial coordinada y prepararon un plan de acción para la respuesta del sector de la salud en las 72 horas siguientes al inicio de TODA emergencia de nivel 2 o de nivel 3 (de acuerdo con el Marco de respuesta a emergencias de la OMS).</p> <p>Numerador: Número total de países y territorios que realizaron una evaluación inicial coordinada y prepararon una plan de respuesta del sector de la salud en las 72 siguientes al inicio de TODA emergencia de nivel 2 o nivel 3 que los haya afectado.</p> <p>Denominador: Número total de países y territorios afectados por una o más emergencias o desastres durante el año.</p>
Tipo de indicador	Relativo

⁴⁴ Esta línea de base del indicador no es aplicable porque se trata de un indicador nuevo. Los indicadores nuevos son los que se miden por primera vez en el Plan Estratégico y sin los datos de la línea de base actual.

Unidad de medición	Porcentaje de países y territorios
Frecuencia de medición	Anualmente, a final del año
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Departamento de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre (PED)
Fuente de datos	Informes luego del desastre de: ministerios de salud, organismos nacionales de manejo de emergencias, informes de la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) de las Naciones Unidas y de la OPS/OMS.
Limitaciones	Actualmente no hay un modelo establecido de común acuerdo para el plan de respuesta del sector de la salud.
Referencias	1. Organización Panamericana de la Salud. Centro de Conocimiento en Salud Pública y Desastres. http://www.saludydesastres.info/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=142&Itemid=1042&lang=es

CATEGORÍA 6. SERVICIOS CORPORATIVOS Y FUNCIONES HABILITADORAS**6.1 Liderazgo y gobernanza**

Código y título del indicador	RIT 6.1.1 LIDERAZGO DE LA OPS/OMS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD
Nombre del indicador	Nivel de satisfacción de los interesados directos con la función de la OPS/OMS en la conducción de los asuntos de salud mundiales y regionales
Definición del indicador	<p>Este indicador mide la percepción de los interesados directos con respecto al trabajo de la Organización y su función de posicionar los temas regionales de salud pública en el más alto nivel (político, estratégico y técnico).</p> <p>Línea de base en el 2013: Alto (sobre la base de la clasificación compuesta de la encuesta de percepción de los interesados directos de noviembre del 2012).</p> <p>Meta para el 2019: Alto (sobre la base de la encuesta de percepción de los interesados directos del 2019)</p>
Propósito del indicador	Evaluar el nivel de satisfacción de los interesados directos con el desempeño de la Organización en términos de liderazgo en materia de salud.
Nota técnica	<p>El nivel de satisfacción se calcula usando una clasificación compuesta basada en la encuesta de interesados directos efectuada por la OMS en todas las regiones. Esta encuesta es un ejercicio de percepción a nivel mundial que procura efectuar una evaluación ampliamente representativa, circunscrita a un plazo, cuantitativa y creíble sobre la percepción del valor de la OMS para los interesados directos clave. Estos últimos son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. interesados directos externos (ministerios de salud, organismos gubernamentales de desarrollo, organismos de las Naciones Unidas, ONG, sociedades de salud, fundaciones, medios de comunicación y centros colaboradores de la OMS), e 2. interesados directos internos (personal de la OMS). <p>La encuesta se lleva a cabo durante seis semanas mediante dos cuestionarios en línea, uno para los interesados directos externos y otro para el personal de la OMS. El indicador informará solo sobre el nivel de satisfacción de los interesados directos externos.</p>
Tipo de indicador	Relativo (nivel)
Unidad de medición	Escala (de bajo a alto)

Frecuencia de medición	Cada dos a tres años
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Oficina de la Directora (DIR) y Departamento de Planificación y Presupuesto (PBU)
Fuente de datos	Los datos se obtienen de una encuesta realizada en nombre de la OMS por la oficina de Bélgica de Grayling Public Relations, una agencia de comunicación internacional independiente
Limitaciones	<p>La calidad de los datos depende de la selección de los interesados directos que se entrevistarán y del número real de personas que responden a la encuesta. La encuesta se lleva a cabo en todas las regiones de la OMS y el desglose de los datos por región puede ser limitado. Participa un número limitado de países de cada región. La percepción general con respecto a la OMS posiblemente no refleje las opiniones sobre la OPS.</p> <p>Reconociendo las limitaciones de esta encuesta, por recomendación del Grupo de Trabajo de los Países, la OPS iniciará el diálogo con la OMS para abordar las principales inquietudes planteadas por la Oficina Regional para las Américas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las respuestas de los ministros de salud deben tener más peso que los otros de otros interesados directos. • La encuesta debe incluir criterios y estrategias para mejorar la tasa de respuesta. • La encuesta debe permitir el subanálisis y la comparación de respuestas por categoría de interesados directos (Estados Miembros, ONG, etc.) y por país y región. • Se podría ampliar la lista de interesados directos encuestados para incluir escuelas de medicina y asociaciones médicas profesionales.
Referencias	1. World Health Organization. Stakeholder Perception Survey, Global Communication Strategy Review. WHO, 2013. Se puede encontrar en: http://www.who.int/about/who_perception_survey_2012.pdf

Código y título del indicador	RIT 6.1.2 CONVERGENCIA DE LAS PRIORIDADES NACIONALES Y REGIONALES
Nombre del indicador	Número de países que reflejan en sus planes o estrategias nacionales de salud o de desarrollo las prioridades regionales de salud definidas en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de áreas programáticas del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 incluidas como prioridades en las estrategias, planes o instrumentos de planificación equivalentes de los Estados Miembros de la OPS, según el contexto nacional.</p> <p>Línea de base en el 2013: No corresponde⁴⁵</p> <p>Meta para el 2019: 20/35</p>
Propósito del indicador	Este indicador tiene por objeto monitorear cómo colabora la Oficina con los Estados Miembros en la definición de prioridades nacionales de salud para contribuir conjuntamente al logro de las prioridades colectivas definidas en el Plan Estratégico de la OPS para la Región, de acuerdo con lo aprobado por los Estados Miembros.
Nota técnica	<p>El grado de incorporación de las prioridades del Plan Estratégico de la OPS se determinará sobre la base del número de estrategias o planes nacionales de salud formulados o revisados recientemente que incluyan por lo menos 13 de las 25 áreas programáticas del Plan Estratégico de la OPS.</p> <p>Esta mayoría simple refleja el número mínimo de áreas programáticas que son pertinentes en todos los países.</p> <p>La Oficina efectuará un examen con las autoridades sanitarias nacionales para determinar las áreas programáticas identificadas en las estrategias o los planes nacionales de salud, o en el instrumento de planificación de salud equivalente. Se aplicará una metodología estándar para todos los Estados Miembros a fin de garantizar la congruencia del examen y el análisis de la información disponible.</p> <p>La línea de base se fija en cero después de la aprobación del Plan Estratégico de la OPS con las nuevas prioridades para el período 2014-2019. La meta fijada muestra los países con planes que necesitan actualización o desarrollo durante el período de seis años del Plan Estratégico de la OPS (de acuerdo con las evaluaciones de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas, 2012).</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países
Frecuencia de	Bienal (como parte de la evaluación de fin de bienio del Programa y

⁴⁵ Esta línea de base del indicador no es aplicable porque se trata de un indicador nuevo. Los indicadores nuevos son los que se miden por primera vez en el Plan Estratégico y sin los datos de la línea de base actual.

medición	Presupuesto)
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Departamento de Planificación y Presupuesto (PBU) en colaboración con todas las representaciones de la OPS/OMS
Fuente de datos	Estrategias o planes nacionales de salud, o instrumentos de planificación de salud equivalentes
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Uniformidad limitada en el contenido • Variación en el ciclo de vida de los procesos de planificación nacionales
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, OPS, 2013. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8833&Itemid=40033&lang=es#Documentosoficiales. 2. Evaluación de mitad de período de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 2012. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18689&Itemid=270&lang=es. 3. Estrategia de cooperación con el país.

Código y título del indicador	RIT 6.1.3 IMPULSO A LAS PRIORIDADES DE SALUD EN LA REGIÓN
Nombre del indicador	Número de iniciativas o planes de acción regionales de los sistemas interamericano y de las Naciones Unidas que se refieren a la salud y el desarrollo formulados o ejecutados con el apoyo de la OPS para impulsar las prioridades de salud en la Región
Definición del indicador	<p>Este indicador mide la capacidad de la OPS de trabajar de manera multisectorial y colaborar con diferentes interesados directos del sistema interamericano y el sistema de las Naciones Unidas para posicionar las prioridades de salud de la Región. Las prioridades de salud son las definidas en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, que apoyan la puesta en práctica de las iniciativas y los planes de acción pertinentes, con énfasis en la salud y el desarrollo.</p> <p>Línea de base en el 2013: No corresponde⁴⁶</p> <p>Meta para el 2019: 8</p>
Propósito del indicador	Este indicador se propone medir la función de liderazgo de la Organización mediante la inclusión de las prioridades de salud regionales en las iniciativas o los planes de acción.
Nota técnica	<p>Para medir este indicador, la OPS efectuará un estudio teórico de las iniciativas y los planes de acción regionales, según fueron definidos anteriormente, para identificar aquellos en los que se le reconoce a la Organización:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) un papel protagónico en el diseño o la ejecución b) una función de apoyo en el diseño o la ejecución <p>Para este indicador, las iniciativas y los planes de acción regionales son los que incluyen a un grupo de países pero no necesariamente a todos los países de la Región. Se incluirán como tales las iniciativas y los planes de acción subregionales. Se tendrán en cuenta las iniciativas asociadas con los mecanismos de integración regionales y subregionales.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número
Frecuencia de medición	Bienal
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del	Relaciones Externas, Alianzas y Movilización de Recursos

⁴⁶ Esta línea de base del indicador no es aplicable porque se trata de un indicador nuevo. Los indicadores nuevos son los que se miden por primera vez en el Plan Estratégico y sin los datos de la línea de base actual.

indicador	
Fuente de datos	Los datos se obtienen del examen de los planes de acción y las iniciativas regionales de los sistemas interamericano y de las Naciones Unidas, y los mecanismos de integración regionales y subregionales.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • La evaluación del indicador depende principalmente de un análisis cualitativo. • La ausencia de información para la línea de base.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 2. Planes de trabajo bienales de la OPS 3. Estrategias de cooperación subregional de la OPS 4. Sistema interamericano <ul style="list-style-type: none"> ○ Planes de acción de las cumbres de la Organización de los Estados Americanos (OEA) www.oas.org/es/ ○ Planes de acción de las Cumbres Iberoamericanas 5. Sistema de las Naciones Unidas: www.un.org/es/ <ul style="list-style-type: none"> ○ Iniciativas y planes de trabajo del Grupo de Desarrollo de las Naciones Unidas, América Latina y el Caribe ○ Iniciativas y planes de acción de la Asamblea General de las Naciones Unidas ○ Iniciativas programáticas conjuntas de las Naciones Unidas ○ Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) ○ Marco de Presupuesto Unificado, Resultados y Responsabilidad (UBRAF) 6. Mecanismos de coordinación subregionales, planes de salud y desarrollo, orden del día de las reuniones <ul style="list-style-type: none"> ○ Comunidad del Caribe: www.caricom.org ○ Consejo sobre Desarrollo Humano y Social (COHSOD) http://www.caricom.org/jsp/community_organs/cohsod.jsp?menu=cob ○ Sistema de Integración Centroamericana (SICA) ○ Unión de Naciones Sudamericanas (UNASUR): www.unasursg.org 7. Cumbre de las Américas: http://www.summit-americas.org/defaults.htm

CATEGORÍA 6. SERVICIOS CORPORATIVOS Y FUNCIONES HABILITADORAS**6.2 Transparencia, rendición de cuentas y gestión de riesgos**

Código y título del indicador	RIT 6.2.1 GESTIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES
Nombre del indicador	Proporción de riesgos institucionales con planes de respuesta aprobados y ejecutados
Definición del indicador	Evaluaciones de riesgos institucionales identificadas y clasificadas por prioridad, y planes de respuesta ejecutados para mitigar los riesgos Línea de base en el 2012: 0% Meta para el 2019: 100%
Propósito del indicador	Identificar los pasos que la Organización está dando para evaluar y mitigar la repercusión de los riesgos institucionales programáticos y operativos, a fin de garantizar una ejecución eficaz y eficiente de la cooperación técnica de la OPS. Esto contribuirá al logro de los resultados fijados en el Programa y Presupuesto y el Plan Estratégico de la OPS.
Nota técnica	Examen anual de las actividades ejecutadas de conformidad con los planes de mitigación de los riesgos institucionales para evaluar el grado de ejecución. Esto se hará de acuerdo con la Política de Gestión de Riesgos Institucionales de la OPS.
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Proporción
Frecuencia de medición	Anual
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Oficina del Director de Administración
Fuente de datos	Informes del Comité de Riesgos Institucionales
Limitaciones	Aceptación por los directores de gestión de riesgos institucionales como una herramienta útil que se debe mantener y actualizar.
Referencias	1. Política de gestión de los riesgos institucionales de la OPS

CATEGORÍA 6. SERVICIOS CORPORATIVOS Y FUNCIONES HABILITADORAS**6.3 Planificación estratégica, coordinación de recursos y presentación de informes**

Código y título del indicador	RIT 6.3.1 FINANCIAMIENTO DEL PROGRAMA Y PRESUPUESTO
Nombre del indicador	Porcentaje del presupuesto aprobado de la OPS que se ha financiado
Definición del indicador	Mide la disponibilidad de recursos financieros para financiar el programa y presupuesto de la OPS. Incluye el presupuesto ordinario y otras fuentes, tanto de la OPS como de la OMS Línea de base en el 2013: 90% (basado en la evaluación del Programa y Presupuesto 2012-2013) Meta para el 2019: 100%
Propósito del indicador	Muestra los progresos en el financiamiento del presupuesto aprobado por la OPS.
Nota técnica	Se calcula como razón entre fondos disponibles y presupuesto aprobado para el bienio. El nivel de financiamiento por áreas o prioridades programáticas se determinará como parte del seguimiento y la evaluación constantes de los resultados inmediatos establecidos en los documentos vigentes del programa y presupuesto para cada bienio.
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de medición	Anual
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Departamento de Planificación y Presupuesto (PBU/PB)
Fuente de datos	Evaluaciones de fin del bienio de Programa y Presupuesto, a partir de la información obtenida del Sistema de información Gerencial de la Oficina Sanitaria Panamericana.
Limitaciones	La recesión financiera mundial ha tenido una repercusión negativa sobre el financiamiento de los programas de salud por los Estados Miembros y los donantes. Las fluctuaciones en el flujo de contribuciones voluntarias a la OPS pueden obstaculizar el logro de este objetivo. No obstante, la OPS continuará trabajando para lograr presupuestos y programas

	plenamente financiados.
Referencias	1. Documentos aprobados del Programa y Presupuesto.

Código y título del indicador	RIT 6.3.2 SEGUIMIENTO DEL PLAN ESTRATÉGICO
Nombre del indicador	Porcentaje de las metas de los indicadores de los resultados intermedios del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 logrado
Definición del indicador	<p>Este indicador procura medir los progresos hacia la obtención de los resultados del Plan Estratégico 2014-2019.</p> <p>Línea de base en el 2013: 91%⁴⁷ (234/256 metas de los indicadores de los resultados previstos a nivel regional cumplidas en el Plan Estratégico de la OPS 2008-2013)</p> <p>Meta para el 2019: Al menos 90%⁴⁸ (72/80 metas del indicador de resultados del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019)</p>
Propósito del indicador	Muestra los progresos respecto de los resultados aprobados por la Organización, según se detallan en el Plan Estratégico 2014-2019.
Nota técnica	<p>La tasa de logro de las metas de los indicadores de resultado se calcula dividiendo el número de metas de indicadores de resultados logrados a fines del bienio entre el número total de metas de indicadores de resultados aprobadas en el Plan Estratégico de la OPS.</p> <p>La evaluación de las metas de indicador exige vigilancia conjunta y notificación por los Estados Miembros y la Oficina.</p> <p>El seguimiento y el análisis de los indicadores de resultado se harán a través del sistema de seguimiento del Plan Estratégico de la OPS.</p> <p>Se utilizarán los siguientes criterios para clasificar el desempeño de los indicadores de resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En curso: Tasa de cumplimiento de las metas del indicador del 90% al 100%; no se prevén impedimentos ni riesgos que puedan afectar considerablemente el progreso; • En riesgo: Tasa de ejecución de las metas del indicador del 75% al 89%; el progreso está en peligro y se necesitan medidas para superar retrasos, impedimentos y riesgos, y • En problemas: Tasa de cumplimiento de las metas del indicador inferior al 75%; el progreso corre grave peligro debido a obstáculos o riesgos que podrían impedir la consecución de las metas. <p>Al final del bienio las metas de los indicadores de resultado se valorarán como logradas o no logradas.</p>
Tipo de indicador	Relativo

⁴⁷ La línea de base se determinó utilizando la evaluación final del Plan Estratégico 2008-2013

⁴⁸ El universo de 80 metas del indicador supone que se miden los dos indicadores definidos para tabaco y obesidad. En todos los demás objetivos la medición es una.

Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de medición	Bienal
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Departamento de Planificación y Presupuesto (PBU)
Fuente de datos	Los datos se obtienen de la evaluación de los indicadores de resultados de los informes provisionales del bienio. Los datos finales del bienio se obtendrán de la base de datos sobre indicadores básicos, alimentada por los Estados Miembros, o de la información de la Oficina.
Limitaciones	Los datos provisionales son limitados debido a la posible subjetividad de los resúmenes de la evaluación, y los datos finales se limitarán a la información suministrada por los Estados Miembros
Referencias	1. Informe final sobre el Plan Estratégico de la OPS 2008-2013 y evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto 2012-2013. Se puede encontrar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774&Itemid=41062&lang=es

CATEGORÍA 6. SERVICIOS CORPORATIVOS Y FUNCIONES HABILITADORAS**6.4 Gestión y administración**

Código y título del indicador	RIT 6.4.1 GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN
Nombre del indicador	Proporción lograda de métricas de gestión y administración (como las desarrolladas en los acuerdos sobre el nivel de los servicios)
Definición del indicador	<p>La Organización establecerá y mantendrá acuerdos sobre el nivel de los servicios de gestión y administración en línea con las mejores prácticas y las normas de industria. Los acuerdos sobre el nivel de los servicios de gestión y administración incluyen acuerdos sobre el nivel de servicios específicos para las áreas de gestión financiera y de recursos humanos, de tecnología de la información, de adquisiciones y suministros, así como de operaciones de servicios generales. Para cada una de estas áreas se han establecido indicadores clave de desempeño en el nivel de producto, en el Programa y Presupuesto de la OPS.</p> <p>Línea de base en 2013: Este indicador no se mide actualmente</p> <p>Meta para el 2019: 95%</p>
Propósito del indicador	Procurar que la Organización se ciña a las normas de la industria y las mejores prácticas en todos los aspectos de la gestión y la administración.
Nota técnica	Los indicadores clave de desempeño a nivel de producto se ponderan según su importancia y se agrupan en el acuerdo sobre el nivel de los servicios de gestión y administración, que es el nivel de resultado. Ejemplos de áreas que miden los indicadores clave de desempeño son, entre otras: apoyo a los Estados Miembros a través de la gestión financiera de los fondos para adquisiciones, para maximizar el acceso equitativo de todas las personas a las vacunas; medición de la respuesta general de los servicios de tecnología de la información a las solicitudes de servicio recibidas de la comunidad de usuarios; duración del ciclo de pedido (desde el momento en que se recibe el pedido hasta que se expide la orden de compra), y consumo de electricidad por metro cuadrado (edificio principal de la sede).
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Proporcional
Frecuencia de medición	Siempre que sea posible, los datos se recopilan en tiempo real y se notifican cada seis meses.
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Oficina del Director de Administración (AM)
Fuente de datos	Múltiples fuentes de datos:

	<ul style="list-style-type: none"> • Actualmente, Sistema de Información para la Contabilidad Financiera y la Gestión-Gestión de Recursos Financieros (FAMIS-FRM), Sistema de Planificación y Evaluación del Desempeño (SPED-e), Sistema de Administración de Personal (PAS) y Sistema de Seguimiento de los Recursos Humanos-Área de Gestión de los Recursos Humanos (HRT-HRM), Sistema Avanzado de Compras y Control de Inventario-Área de Gestión de Compras y Suministros (ADPICS-PRO), Sistema de Gestión de Programas y Presupuestación /Sistema de Información Gerencial-Área de Operaciones de Servicios Generales (AMPES/OMIS-GSO), SRES-ITS, etc. • Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS) una vez que se aplique.
Limitaciones	<p>La Organización está actualmente implementando un sistema de planificación de recursos empresariales, que internamente se denomina PMIS y que reemplazará los sistemas antiguos. Esto le permitirá generar informes automatizados para la mayoría de los acuerdos sobre el nivel de los servicios incluidos indicadores clave de desempeño. Se prevé que la aplicación del PMIS estará finalizada el 1 de enero del 2016. Hasta ese momento, los datos que se recopilen con los sistemas antiguos serán limitados y, por lo tanto, los acuerdos sobre el nivel de los servicios que puedan medirse también lo serán.</p>
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Documentos de los acuerdos sobre el nivel de los servicios

CATEGORÍA 6. SERVICIOS CORPORATIVOS Y FUNCIONES HABILITADORAS**6.5 Comunicación estratégica**

Código y título del indicador	RIT 6.5.1 EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LA OPS/OMS
Nombre del indicador	Porcentaje de Estados Miembros y otros representantes de los interesados directos que evalúan el desempeño de la OPS/OMS como excelente o bueno.
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el desempeño de la OPS/OMS a través de una encuesta de percepción de los interesados directos. La encuesta también ayudará a determinar la eficacia y la dirección de la comunicación de la OPS/OMS.</p> <p>Línea de base en el 2013: 77%</p> <p>Meta para el 2019: 100%</p>
Propósito del indicador	Muestra la evaluación del desempeño de la OPS/OMS
Nota técnica	<p>La evaluación del desempeño de la OPS/OMS se lleva a cabo mediante una encuesta de percepción de los interesados directos administrada por la OMS en todas las regiones.</p> <p>Esta encuesta es un ejercicio de percepción a nivel mundial que procura efectuar una evaluación ampliamente representativa, circunscrita a un plazo, cuantitativa y confiable acerca de la percepción del valor de la OMS para los interesados directos externos clave. También se administra al personal de la OMS pero los resultados se desglosan en dos grupos (personal e interesados directos externos).</p> <p>La encuesta se lleva a cabo durante seis semanas mediante dos cuestionarios en línea, uno para los interesados directos externos y otro para el personal de la OMS. La encuesta para los interesados directos externos incluye a representantes de los ministerios de salud, organismos gubernamentales de desarrollo, organismos de las Naciones Unidas, ONG, alianzas para la salud, fundaciones, medios de comunicación y centros colaboradores de la OMS.</p>
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de medición	Bienal

Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Unidad de Comunicaciones Institucionales (CMU)
Fuente de datos	Los datos se obtienen a partir de una encuesta efectuada en nombre de la OMS por la oficina de Bélgica de Grayling Public Relations, una agencia de comunicación internacional independiente
Limitaciones	Los datos de que se dispone hasta el momento reflejan solo una muestra de la Región de las Américas.
Referencias	1. World Health Organization. Stakeholder Perception Survey, Global Communication Strategy Review. WHO, 2013. Preparada por Grayling para la Organización Mundial de la Salud. OMS, 2013. Se puede encontrar en: http://www.who.int/about/who_perception_survey_2012.pdf

Anexo A. Medición del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019

El Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 propone nueve metas del impacto:

1. Mejorar la salud y el bienestar con equidad
2. Asegurar que los recién nacidos y los menores de 1 año inicien su vida de una manera saludable
3. Garantizar una maternidad segura
4. Reducir la mortalidad debida a la baja calidad de la atención de salud
5. Mejorar la salud de la población adulta haciendo hincapié en las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo
6. Reducir la mortalidad por enfermedades transmisibles
7. Contener la mortalidad debida a la violencia, los suicidios y los accidentes entre adolescentes y adultos jóvenes (15 a 24 años de edad)
8. Eliminar las enfermedades transmisibles prioritarias en la Región
9. Evitar las muertes, las enfermedades y las discapacidades resultantes de situaciones de emergencia

Para medir el impacto del Plan Estratégico 2014-2019 a nivel regional, se propone un conjunto de 26 indicadores con sus metas correspondientes para el 2019 (los indicadores y las metas para el objetivo 1 están pendientes).

Hay dos tipos de indicadores del impacto:

1. indicadores que miden las tasas regionales promedio de mortalidad o de morbilidad, e
2. indicadores que miden la brecha de equidad en la mortalidad regional (para las metas 1 a 5).

Medición de las tasas regionales promedio de mortalidad

Los datos recabados de la Iniciativa regional de datos básicos de salud y perfiles de país se han utilizado para:

- modelar las tendencias de mortalidad por país para el período anterior al Plan Estratégico,
- modelar *las tasas o razones previstas* por país (2014-2019),
- calcular la tasa promedio regional para cada indicador (ponderado).

El análisis exploratorio de los datos suministró información sobre las distribuciones y el comportamiento de las variables a lo largo del tiempo, así como orientación para la posible transformación de los datos. Algunos modelos se sometieron a prueba y se seleccionaron aquellos basados en la transformación de los registros. Las tasas transformadas de los registros se usaron como una variable dependiente y el tiempo (en años) como la variable independiente; también se calcularon los intervalos de confianza de 95%.

Ejemplo: Tasa de mortalidad infantil

Meta propuesta: *Una reducción de 15% de la tasa regional de mortalidad infantil en el 2019, en comparación con el 2014.*

Se hizo el análisis considerando los datos de 352 país-años (32 países y 11 años de datos completos). Las tasas regionales de mortalidad infantil previstas fueron modeladas desde el 1990 hasta el 2019 por

quinquenios (incluidos los intervalos de confianza de 95%). La tasa regional de mortalidad infantil para el 2014 se calculó en 12,3 defunciones de menores de 1 año por 1.000 nacidos vivos que, para el 2019, fue de 10,5. El porcentaje de variación para este cambio es -14,6%, que es la meta propuesta.

Medición de las metas orientadas a la equidad

Para evaluar las brechas de equidad se propone el uso de dos indicadores: una brecha relativa y una brecha absoluta o indicadores del gradiente.

El indicador de la brecha relativa compara cuántas veces más (o cuántas veces menos) existe un riesgo de muerte en el estrato de países con el índice de necesidades de salud más alto con respecto al estrato de países con el índice de necesidades de salud más bajo. Los estratos del índice de necesidades de salud se definen en la política del presupuesto de la OPS aprobada por la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2012 (que figura en el cuadro siguiente).

La brecha absoluta o el indicador del gradiente expresa el cambio total en la tasa de mortalidad regional atribuible a la desigualdad social (de conformidad con lo definido por el índice de necesidades de salud) existente a través de toda la población. En otras palabras, la brecha absoluta expresa la mortalidad en exceso a nivel regional explicada por la desigualdad socioeconómica entre los países. Esta mortalidad en exceso representa la carga de mortalidad que podría evitarse si todos los países de la Región tuviesen la posición social del país ubicado actualmente en la mejor posición.

Las metas propuestas para las brechas relativa y absoluta para el 2019 se definirán aplicando la magnitud del cambio (relativo y absoluto, respectivamente) observado para el ciclo de planificación anterior (es decir, 2008-2012), y proyectando este cambio para el período de seis años del Plan Estratégico (2014-2019).

Las metas de la brecha relativa se expresan como el porcentaje de cambio entre los indicadores de la brecha relativa para 2010 y 2019; es decir, (brecha relativa del 2019 – brecha relativa del 2010) / brecha relativa del 2010. Las metas de la brecha absoluta se expresan como la diferencia entre los indicadores de la brecha absoluta del 2010 y el 2019; es decir, brecha absoluta 2010- brecha absoluta 2019.

De acuerdo al mismo ejemplo, en el 2005 la tasa de mortalidad infantil en el estrato más alto del índice de necesidades de salud de los países fue de 38,1 defunciones de menores de 1 año por 1.000 nacidos vivos y de 6,8 en el estrato más bajo del índice de necesidades de salud; por consiguiente, la brecha relativa fue de 5,6. En el 2010, la tasa de mortalidad infantil en el estrato más alto del índice de necesidades de salud de los países fue de 33,1 defunciones de menores de 1 año por 1.000 nacidos vivos y de 6,5 en el estrato más bajo del índice de necesidades de salud; por consiguiente, la brecha relativa fue de 5,1. La tasa de cambio en la brecha relativa entre el 2005 y el 2010 fue de 10%, que es la meta propuesta para el 2019.

Una reducción de la brecha relativa de por lo menos 10% en la razón de la tasa de mortalidad infantil entre los estratos extremos de los países según su índice de necesidades de salud en el 2019 con respecto a la línea de base del 2010.

De igual manera, la brecha absoluta en el 2005 fue de -23,8 defunciones de menores de 1 año por 1.000 nacidos vivos y en el 2010 fue de -20,6. La diferencia está cerca de 3 defunciones de menores de 1 año por 1.000 nacidos vivos, que es la meta propuesta para el 2019.

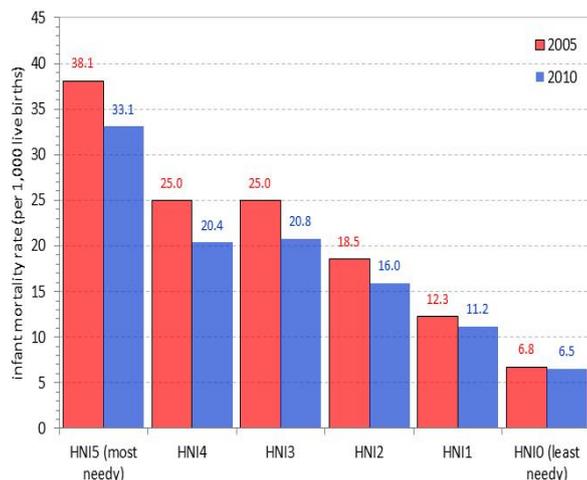
Una reducción absoluta de la desigualdad de por lo menos 3 muertes de menores de 1 año en exceso (evitadas) por 1.000 nacidos vivos entre el 2010 y el 2019 en el gradiente interpaís del índice de necesidades de salud.

Los datos necesarios para evaluar estas metas y los indicadores se obtuvieron de los Datos Básicos de Salud de la OPS, por ejemplo:

country	code	HNI		live birth population		infant mortality rate		relative weight	
		value	stratum	2005	2010	2005	2010	2005	2010
Haiti	HAI	0.000	5	265,937	265,965	65.7	60.2	0.1637	0.1608
Bolivia	BOL	0.335	5	262,515	264,214	49.6	42.7	0.1616	0.1598
Honduras	HON	0.428	5	198,963	203,842	29.5	25.4	0.1225	0.1233
Guyana	GUY	0.432	5	14,395	13,583	44.5	38.8	0.0089	0.0082
Nicaragua	NIC	0.433	5	138,521	137,678	23.5	19.6	0.0853	0.0832
Guatemala	GUT	0.485	5	441,748	470,491	33.5	27.8	0.2720	0.2845
Ecuador	ECU	0.527	5	302,080	298,059	22.6	19.9	0.1860	0.1802
Cuba	CUB	0.539	4	126,528	111,743	5.5	5.0	0.1017	0.0921
Suriname	SUR	0.545	4	9,933	9,635	22.6	20.5	0.0080	0.0079
Grenada	GRE	0.563	4	1,967	2,021	15.4	13.7	0.0016	0.0017
Dominican Republic	DOR	0.585	4	217,204	215,404	31.8	24.8	0.1746	0.1774
Peru	PER	0.594	4	607,177	592,043	24.8	19.4	0.4881	0.4877
Paraguay	PAR	0.606	4	152,547	157,106	33.4	29.2	0.1226	0.1294
El Salvador	ELS	0.608	4	128,682	125,938	23.5	20.0	0.1034	0.1037
Jamaica	JAM	0.637	3	53,201	50,482	25.4	23.0	0.0158	0.0163
Belize	BLZ	0.642	3	7,448	7,702	18.4	16.6	0.0022	0.0025
St. Lucia	SAL	0.647	3	3,013	3,037	13.7	12.6	0.0009	0.0010
Brazil	BRA	0.660	3	3,294,700	3,032,648	25.0	20.8	0.9805	0.9796
St. Vincent & Grenadines	SAV	0.683	3	1,965	1,846	24.9	22.0	0.0006	0.0006
Colombia	COL	0.689	2	915,809	909,631	19.6	17.6	0.2360	0.2396
Venezuela	VEN	0.691	2	590,978	596,931	17.7	16.0	0.1523	0.1572
Panama	PAN	0.729	2	70,296	69,853	19.2	17.0	0.0181	0.0184
Trinidad and Tobago	TRT	0.743	2	19,447	19,511	27.5	25.3	0.0050	0.0051
Mexico	MEX	0.789	2	2,284,457	2,201,202	18.2	15.1	0.5886	0.5797
Bahamas	BAH	0.804	1	5,042	5,286	16.8	14.9	0.0047	0.0049
Uruguay	URU	0.807	1	51,484	49,718	13.6	12.3	0.0482	0.0465
Chile	CHI	0.848	1	247,245	245,453	7.5	7.0	0.2314	0.2297
Argentina	ARG	0.850	1	686,819	691,822	14.1	12.8	0.6428	0.6473
Costa Rica	COR	0.864	1	74,890	73,514	10.1	9.5	0.0701	0.0688
Barbados	BAR	0.970	1	2,959	2,972	14.0	12.8	0.0028	0.0028
Puerto Rico	PUR	0.975	0	51,949	49,409	7.8	7.4	0.0113	0.0104
Netherlands territories	NET	1.109	0	3,932	3,892	14.8	13.5	0.0009	0.0008
French territories	FRT	1.117	0	17,385	16,983	9.9	9.1	0.0038	0.0036
Canada	CAN	1.153	0	356,007	384,044	5.2	5.0	0.0773	0.0806
United States of America	USA	1.164	0	4,178,348	4,307,745	6.9	6.6	0.9068	0.9046

Las siguientes cifras ilustran las brechas relativas y absolutas para la mortalidad infantil según se han descrito anteriormente. El mismo enfoque se usará para los otros indicadores.

Brecha relativa de equidad en salud



Razón relativa de Kuznets (enterrar razón extrema del quintil):

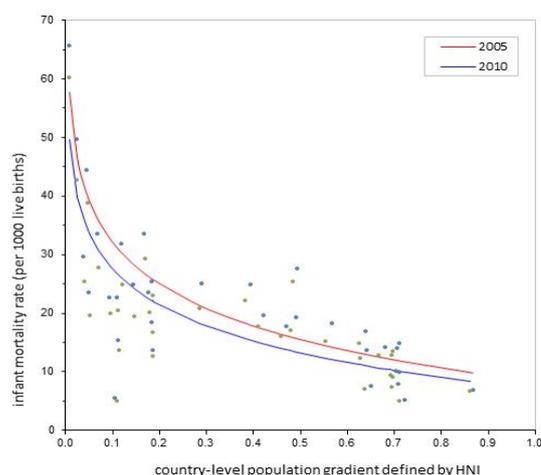
2005: 5.6 (más necesitado a mínima personas sin recursos)

2010: 5.1 (más necesitado a mínima personas sin recursos)

Referencias principales:

- EpiDat 4.0 Medición de Desigualdades en Salud—Guía de Ayuda al Usuario. Xunta de Galicia y la OPS; Washington, D.C., 2012.
- Harper S, Lynch J. Methods for measuring cancer disparities: using data relevant to *Healthy People 2010* cancer-related objectives. National Cancer Institute, NIH. Bethesda: 2005.
- Harper S, Selected comparisons of measures of health disparities. NCI Cancer Surveillance Monograph Series Number 7. National Cancer Institute, NIH. Bethesda: 2008.
- Hosseinpoor AD [Coordinador]. Handbook on Health Inequality Monitoring. Organización Mundial de la Salud; Ginebra: 2013.
- Keppel K, Pamuk E, Lynch J et al. Methodological issues in measuring health disparities. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 2005; 2(141).
- Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socioeconomic inequalities in health. *Soc Sci Med* 1997;44(6):757-71
- Schneider MC, Castillo C, Bacallao J, Loyola E, Mujica OJ, Roca A. Métodos de medición de las desigualdades de salud. *Pan Am J Public Health* 2002;12(6):398-415.
- Wagstaff A, Paci P, Van Doorslaer E. On the measurement of inequalities in health. *Soc Sci Med* 1991;33(5):545-57

Brecha absoluta de equidad en salud



A continuación figuran las metas del impacto y sus indicadores establecidos en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, con sus correspondientes metas,^a de acuerdo con lo aprobado por el 52.º Consejo Directivo. Cabe señalar que los indicadores para las metas del impacto 1 a 5 son las que incorporan la medición de las brechas en la equidad.

1. Mejorar la salud y el bienestar con equidad

- 1.1. Un aumento de por lo menos 1,0% en la Esperanza de Vida Sana (EVS) para las Américas alcanzado en el 2019 (65,3 años), en comparación con la tasa de la línea de base en el 2014 (64,6 años). *(Esta información se actualizará una vez que se reciban los datos más recientes del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)).*

2. Asegurar que los recién nacidos y los menores de 1 año inician su vida de manera saludable

- 2.1. Reducción de por lo menos 15% en la razón de la tasa de mortalidad infantil alcanzada en el 2019 (10,5 por 1.000 nacidos vivos), en comparación con el 2014 (12,3 por 1.000 nacidos vivos).
- 2.2. Reducción relativa de la brecha de por lo menos 10% en la razón de la tasa de mortalidad infantil entre los grupos de países ubicados en el tope superior y el inferior del índice de necesidades de salud en el 2019, en comparación con el 2014.
- 2.3. Reducción absoluta de por lo menos 3 muertes de menores de 1 año en exceso por 1.000 nacidos vivos entre el 2014 y el 2019 en el gradiente interpaís del índice de necesidades de salud.

3. Garantizar una maternidad segura

- 3.1. Reducción de por lo menos 11% en la razón de mortalidad materna regional alcanzada en el 2019 (43,6 por 100.000 nacidos vivos), en comparación con el 2014 (48,7 por 100.000 nacidos vivos).
- 3.2. Reducción relativa de la brecha de por lo menos 25% en la razón de mortalidad materna entre los grupos de países ubicados en el tope superior y el inferior del más altos e inferiores del índice de necesidades de salud en el 2019, en comparación con el 2014.
- 3.3. Reducción absoluta de por lo menos 18 muertes maternas en exceso por 100.000 nacidos vivos entre el 2014 y el 2019 en el gradiente interpaís del índice de necesidades de salud.

4. Reducir la mortalidad debida a la baja calidad de la atención de salud

- 4.1. Reducción de por lo menos 9% en la tasa regional de mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud** lograda en el 2019 (77,2 por 100.000 habitantes), en comparación con el 2014 (84,7 por 100.000 habitantes).
- 4.2. Una brecha relativa no mayor de un aumento de 6% en la mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud entre los grupos de países ubicados en el tope superior y el inferior más altos e inferiores del índice de necesidades de salud en el 2019, en comparación con el 2014.
- 4.3. Una reducción absoluta de por lo menos 8 muertes evitables en exceso por 100.000 habitantes entre el 2014 y el 2019 en el gradiente interpaís del índice de necesidades de salud.

5. Mejorar la salud de la población adulta haciendo hincapié en las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo

- 5.1. Reducción de por lo menos 9% en la tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles lograda en el 2019 (239,6 por 100.000 habitantes) en comparación con el 2014 (260,8 por 100.000 habitantes).
- 5.2. Una brecha relativa no mayor de un aumento de 6% en la razón de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles entre los grupos de países ubicados en el tope superior y el inferior del índice de necesidades de salud en el 2019, en comparación con el 2014.
- 5.3. Una reducción absoluta de por lo menos 18 muertes prematuras por enfermedades no transmisibles en exceso por 100.000 habitantes entre el 2014 y el 2019 en el gradiente interpaís del índice de necesidades de salud.

6. Reducir la mortalidad por enfermedades transmisibles

- 6.1. Reducción de por lo menos 15% en la tasa de mortalidad por VIH/sida en el 2019, en comparación con el 2014.
- 6.2. Reducción de por lo menos 30% de la tasa de letalidad por dengue lograda en el 2019 (0,05%), en comparación con el 2012 (0,07%).
- 6.3. Reducción de por lo menos 24% en la tasa de mortalidad por tuberculosis lograda en el 2019 (0,8 por 100.000 habitantes), en comparación con el 2014 (1,1 por 100.000 habitantes).
- 6.4. Reducción de por lo menos 75% del número de muertes por malaria en el 2019 (28 muertes), en comparación con el 2011 (112 defunciones).

7. Contener la mortalidad debida a la violencia, los suicidios y los accidentes entre adolescentes y adultos jóvenes (15 a 24 años de edad)

- 7.1. Reducción de por lo menos 6% en la tasa de homicidios lograda en el 2019 (25,7 por 100.000 jóvenes de 15 a 24 años de edad), en comparación con el 2014 (27,3 por 100.000 jóvenes de 15 a 24 años de edad).
- 7.2. Ningún aumento en la tasa de suicidios lograda en el 2019 en comparación con el 2014 (7,8 por 100.000 jóvenes de 15 a 24 años de edad).
- 7.3. Ningún aumento en la tasa de mortalidad debida a traumatismos causados por el tránsito en el 2019 en comparación con el 2014 (20,5 por 100.000 jóvenes de 15 a 24 años de edad).

8. Eliminar las enfermedades transmisibles prioritarias en la Región

- 8.1. Eliminación de la transmisión maternoinfantil de la infección por el VIH y de la sífilis congénita en 16 países y territorios.
- 8.2. Eliminación de la oncocercosis en cuatro países.
- 8.3. Eliminación de la transmisión de la enfermedad de Chagas en 21 países endémicos.
- 8.4. Eliminación de la malaria en por lo menos tres de los siete países endémicos en la fase de preeliminación.
- 8.5. Ningún caso humano de rabia transmitida por el perro en 35 Estados Miembros.

9. Evitar las muertes, las enfermedades y las discapacidades resultantes de situaciones de emergencias

- 9.1. Por lo menos 70% de emergencias en las cuales la tasa bruta de mortalidad regresa a la línea de base aceptable (niveles antes del desastre) dentro de los tres meses siguientes.

* Estas metas representan el compromiso colectivo de los países de la Región. Las definiciones, incluidas las especificaciones técnicas para los indicadores de los objetivos con respecto al impacto, constan en el compendio de indicadores del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, que se encuentra en el sitio web de la OPS.

** La mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud consiste en las muertes que podrían haberse evitado con atención médica apropiada. Son las "muertes prematuras que no deberían producirse en presencia de atención de salud oportuna y eficaz", ya que se deben a "trastornos para los cuales existen intervenciones clínicas eficaces".

Anexo B. Miembros del Grupo de Trabajo de los Países (CWG)

País	Nombre	Cargo
Bahamas	Keva Thompson	Directora Adjunta de Políticas y Planificación, Autoridad de Hospitales Públicos
Brasil	Alberto Kleiman	Asesor Principal, Oficina de Relaciones Internacionales, Ministerio de Salud
	Juliana Vallini	Jefa Alternativa de la Oficina de Asesoría Internacional, Ministerio de Salud
Canadá	Bernard Choi	Científico Principal de Investigación, Agencia de Salud Pública de Canadá (PHAC)
Chile	Odette Urrutia	Profesional, Departamento de la Estrategia Nacional de Salud, Ministerio de Salud
Costa Rica	Rosibel Vargas Gamboa	Directora interina, Departamento Estratégico Institucional, Ministerio de Salud
Ecuador	Cristina Luna Rivadeneira	Analista, Oficina de Cooperación y Relaciones Internacionales, Ministerio de Salud Pública
El Salvador	Nadia Patricia Rodríguez Villalta	Directora, Región Metropolitana de Salud, Ministerio de Salud
	Matías Villatoro	Coordinador, Gestión de Servicios de Salud, Ministerio de Salud
Jamaica	Michele Roofe	Directora, Informática de Salud, Ministerio de Salud
México	Laura Elena Gloria Hernández	Directora General, Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud
	Martha Caballero	Directora de Cooperación Bilateral y Regional, Departamento de Relaciones Internacionales, Secretaría de Salud
Paraguay	Patricia Giménez León	Directora General, Planificación y Evaluación, Ministerio de Salud

	Juan Carlos Coronel	Oficial, Departamento de Relaciones Internacionales, Ministerio de Salud
Estados Unidos de América	Jay McAuliffe	Asesor, Coordinación Regional y Estratégica Oficina del Director Asociado de Políticas, Centro para la Salud Global