

PLAN ESTRATÉGICO DE LA OPS 2020-2025

“LA EQUIDAD, EL CORAZÓN DE LA SALUD”

Compendio de indicadores de los resultados intermedios

Enero de 2024

Índice

INTRODUCCIÓN.....	3
Resultado Intermedio 1. Acceso a servicios de salud integrales y de buena calidad	4
Resultado Intermedio 2. Salud a lo largo del curso de la vida	12
Resultado Intermedio 3. Atención de buena calidad para las personas mayores	27
Resultado Intermedio 4. Capacidad resolutive ante las enfermedades transmisibles	29
Resultado Intermedio 5. Acceso a servicios de salud relacionados con las ENT y los trastornos de salud mental 46	
Resultado Intermedio 6. Capacidad resolutive ante la violencia y los traumatismos.....	64
Resultado Intermedio 7. Personal de salud.....	68
Resultado Intermedio 8. Acceso a las tecnologías sanitarias	73
Resultado Intermedio 9. Fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza	86
Resultado Intermedio 10. Aumento del financiamiento público destinado a la salud.....	90
Resultado Intermedio 11. Fortalecimiento de la protección financiera	95
Resultado Intermedio 12. Factores de riesgo de las enfermedades transmisibles	103
Resultado Intermedio 13. Factores de riesgo de las ENT.....	111
Resultado Intermedio 14. Malnutrición.....	123
Resultado Intermedio 15. Respuesta intersectorial a la violencia y los traumatismos	138
Resultado Intermedio 16. Acción intersectorial en pro de la salud mental	141
Resultado Intermedio 17. Eliminación de enfermedades transmisibles	143
Resultado Intermedio 18. Determinantes sociales y ambientales.....	155
Resultado Intermedio 19. Promoción de la salud y acción intersectorial.....	178
Resultado Intermedio 20. Sistemas integrados de información para la salud	184
Resultado Intermedio 21. Datos, información, conocimiento y evidencia.....	187
Resultado Intermedio 22. Investigación, ética e innovación en el ámbito de la salud	194
Resultado Intermedio 23. Preparación para las emergencias de salud y reducción de los riesgos.....	199
Resultado Intermedio 24. Prevención y control de epidemias y pandemias	203
Resultado Intermedio 25. Detección y respuesta a las emergencias de salud	207
Resultado Intermedio 26. Temas transversales: equidad, etnicidad, género y derechos humanos.....	211
Resultado Intermedio 27. Liderazgo y gobernanza	213
Resultado Intermedio 28. Gestión y Administración	220

INTRODUCCIÓN

Este compendio contiene las especificaciones técnicas correspondientes a los indicadores de los resultados intermedios del Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025, así como las definiciones y los criterios usados para la medición de todos los indicadores, a fin de facilitar un enfoque sistemático de seguimiento y la presentación de informes sobre la ejecución del Plan Estratégico.

El compendio fue preparado por la Oficina Sanitaria Panamericana (la OSP o la Oficina), en colaboración con el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (SPAG por su sigla en inglés). Este grupo, que fue establecido por el Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su 162.ª sesión, contó con representantes de 21 Estados Miembros de todas las subregiones de la OPS: el Caribe (Antigua y Barbuda, Bahamas, Dominica, Guyana, Santa Lucía y Trinidad y Tabago), Centroamérica (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá), América del Norte (Canadá, Estados Unidos de América y México) y América del Sur (Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador, Paraguay y Venezuela). Panamá fue nombrado para ocupar la presidencia y Bahamas para la vicepresidencia.

La Oficina seguirá revisando los indicadores que se presentan a continuación para mantener la consonancia con los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y los indicadores del marco de impacto del 13.º Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud 2019-2023 (13.º PGT). Asimismo, la Oficina puede aclarar o mejorar las especificaciones para la medición de los indicadores según sea necesario. Las líneas de base y las metas se validarán con información actualizada de los Estados Miembros y la Oficina después de la evaluación final del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019.

La versión actualizada del compendio se publicará en la sección "[Acercas de la OPS](#)" del sitio web de la Organización.

Resultado Intermedio 1. Acceso a servicios de salud integrales y de buena calidad

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 1: Mayor capacidad resolutive de las redes integradas de servicios de salud (RISS), con énfasis en el primer nivel de atención, para mejorar el acceso a servicios de salud integrales y de calidad, que sean equitativos y tengan en cuenta el género y las características culturales, se basen en los derechos y se centren en las personas, las familias y las comunidades, a fin de avanzar hacia la salud universal
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 1.a: Número de países y territorios que muestran una reducción de al menos 10% en las hospitalizaciones por trastornos sensibles al cuidado ambulatorio
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que han reducido las hospitalizaciones por los veinte trastornos sensibles al cuidado ambulatorio que se indican a continuación, expresado como porcentaje del total de las altas hospitalarias:</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 sus complicaciones 4. Anemia 5. Deficiencias nutricionales 6. Infecciones de oído, nariz y garganta 7. Neumonía bacteriana 8. Asma 9. Enfermedades de las vías respiratorias inferiores 10. Hipertensión 11. Angina de pecho 12. Insuficiencia cardíaca 13. Enfermedades cerebrovasculares 14. Diabetes mellitus 15. Epilepsia 16. Infecciones renales y de las vías urinarias 17. Infecciones de la piel y el tejido subcutáneo 18. Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos 19. Úlcera gastrointestinal 20. Enfermedades del embarazo, el parto y el puerperio <p>Línea de base 2019: 12 Meta 2025: 21</p>
Propósito del indicador	Este es un indicador indirecto. Los trastornos sensibles al cuidado ambulatorio son aquellos en relación con los cuales si el primer nivel de atención tiene suficiente capacidad resolutive, se pueden prevenir hospitalizaciones innecesarias. Por lo tanto, las hospitalizaciones por estos trastornos han resultado útiles como medición indirecta del funcionamiento del primer nivel. Un modelo de atención centrado en las personas y en la comunidad requiere una mayor capacidad resolutive en el primer nivel para abordar

	<p>adecuadamente la promoción de la salud y la prevención y el tratamiento oportuno de los problemas de salud. Un primer nivel robusto puede llevar a una disminución de las hospitalizaciones evitables e innecesarias, y también puede proporcionar servicios de rehabilitación y cuidados paliativos más cercanos a las comunidades. El indicador de estos trastornos evalúa la capacidad resolutive del primer nivel de atención en términos de hospitalizaciones evitables, con la lógica de que los ingresos hospitalarios por afecciones como asma, diabetes o hipertensión pueden evitarse o reducirse con mejores programas de promoción de la salud, intervenciones específicas para la prevención y el acceso oportuno al primer nivel de atención. La evaluación de los trastornos sensibles al cuidado ambulatorio puede proporcionar indicios de la calidad técnica, la eficacia y la continuidad de la atención y, de esta forma, servir de base para las decisiones sobre la configuración de las redes integradas de servicios de salud. Cabe señalar que la sostenibilidad a largo plazo de los sistemas de salud es mayor si los ahorros generados por la reducción de las hospitalizaciones se transfieren como incentivos para fortalecer el primer nivel de atención, creando un círculo virtuoso en el cual la combinación de menos hospitalizaciones, menor costo total de las hospitalizaciones y mejor calidad de la atención en el primer nivel aumenta la eficiencia de los servicios de salud y la calidad de los resultados en materia de salud.</p>																																	
<p>Nota técnica</p>	<p>El porcentaje de hospitalizaciones prevenibles por trastornos sensibles al cuidado ambulatorio se calcula de la siguiente manera: (altas hospitalarias de trastornos sensibles a la atención ambulatorio/total de altas hospitalarias) * 100</p> <p>Los siguientes trastornos, designados según el código de la CIE-10, son los principales trastornos sensibles al cuidado ambulatorio. Su uso como indicadores está avalado por amplia evidencia en la bibliografía internacional:</p> <table border="1" data-bbox="431 1234 1494 1892"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Patología</th> <th>Clasificación según la CIE-10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Enfermedades prevenibles mediante vacunación</td> <td>A33-A37, A95, B16, B05-B06, B26, G00.0, A17.0, A19</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Afecciones prevenibles, como fiebre reumática, sífilis, tuberculosis y tuberculosis pulmonar</td> <td>A15-A16, A18, A17.1-A17.9, I00-I02, A51-A53, B50-B54, B77</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Gastroenteritis infecciosa y complicaciones</td> <td>E86, A00-A09</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Anemia</td> <td>D50</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Deficiencias nutricionales</td> <td>E40-E46, E50-E64</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Infecciones de oído, nariz y garganta</td> <td>H66, J00-J03, J06, J31</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Neumonía bacteriana</td> <td>J13-J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Asma</td> <td>J45-J46</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Enfermedades de las vías respiratorias inferiores</td> <td>J20, J21, J40-J44, J47</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Hipertensión</td> <td>I10-I11</td> </tr> </tbody> </table>	No.	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, como 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 oído, 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
No.	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, como 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 oído, 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, el parto y el puerperio	O23, A50, P35.0
Tipo de indicador	Relativo		
Unidad de medición	Número de países y territorios		
Frecuencia de medición	Cada dos años, a fin de año		
Unidad de la OSP	Sistemas y Servicios de Salud / Atención primaria de salud y prestación de servicios integrados (HSS/PH)		
Fuente de los datos	Altas hospitalarias, departamentos de estadísticas de los ministerios de salud y estudios de la eficiencia de los servicios de salud		
Limitaciones	Los resultados de este indicador deben interpretarse teniendo en cuenta la situación de cada país dado que, en algunos lugares, la demanda de hospitalización podría estar relacionada con la disponibilidad de recursos y las deficiencias del sistema de salud. Por lo tanto, al evaluar el indicador, es importante considerar otros aspectos que afecten la capacidad resolutoria de la red de servicios de salud.		
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 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. Aparicio Llanos, A. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: El caso de Costa Rica. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2012. Disponible en http://publications.iadb.org/handle/11319/5735. Arrieta, A. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: El caso de Perú. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2012. Disponible en http://publications.iadb.org/handle/11319/5734. Arrieta, Alejandro y Ariadna García Prado, A. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: El caso de Chile. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2012. Disponible 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”. *Rev. Esp. Salud Pública* 2002; 76(3): 189-196.
6. Caminal J, Casanova C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por *ambulatory care sensitive conditions*. Marco conceptual. *Aten Primaria* 2003; 31(1):61-5.
7. Caminal J, Mundet X, Ponsa JA, Sanchez E, Casanova C. Las hospitalizaciones por *ambulatory care sensitive conditions*: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. *Aten Primaria* 2003; 31(1):6-14.
8. Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Hermosilla E, Martín M. La atención primaria de salud y las hospitalizaciones por *ambulatory care sensitive conditions*. *Rev Clin Esp* 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, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2012. Disponible en <http://publications.iadb.org/handle/11319/5740>.
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. *Med Care* 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. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2012. Disponible en <http://publications.iadb.org/handle/11319/5733>.
13. Guanais F y Macinko J. Primary Care and Avoidable Hospitalizations: Evidence from Brazil. *Journal of Ambulatory Care Management* 2009; 32(2):115-22. doi:10.1097/JAC.0b013e31819942e51.
14. Gill JM, Mainous AG. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Archives of family medicine* 1998; 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, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2012. Disponible en <http://publications.iadb.org/handle/11319/5732>.
16. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. Avoidable Hospital Admissions. En *Health at a Glance*, 108-9. OCDE; 2013. Disponible 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

	<p>hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. <i>Am. J. Public Health</i> 2011; 101(10).</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>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, <i>Brazil. Health Policy Plan.</i> 2011(043).</p> <p>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, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2012. Disponible en http://publications.iadb.org/handle/11319/5743.</p> <p>22. Rodríguez, J. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: El caso de Colombia. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2012. Disponible 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, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2012. Disponible 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; 10:1441-7.</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>
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 1.5 de la ASSA2030 • Indicador de resultado intermedio 4.2.1 (adaptado) del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 1: Mayor capacidad resolutive de las redes integradas de servicios de salud (RISS), con énfasis en el primer nivel de atención, para mejorar el acceso a servicios de salud integrales y de calidad, ^a que sean equitativos y tengan en cuenta el género y las características culturales, se basen en los derechos y se centren en las personas, las familias y las comunidades, a fin de avanzar hacia la salud universal
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 1.b: Número de países y territorios que han aplicado estrategias para fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel de atención
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que han demostrado avances en el fortalecimiento de la capacidad resolutive del primer nivel de atención con las ocho líneas estratégicas básicas que se indican a continuación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adoptar un modelo de atención centrada en las personas, las familias y las comunidades. 2. Asignar equipos básicos de salud que consistan por lo menos en un médico, una enfermera y un trabajador de promoción de la salud o técnico de salud, según criterios de equidad, accesibilidad geográfica, perfil epidemiológico y prioridades de salud. 3. Definir objetivos y metas para el primer nivel de atención en función de las necesidades de la población, el perfil epidemiológico y las prioridades de salud en términos de cobertura, equidad y personas en situación de vulnerabilidad. 4. Establecer el plan de prestaciones o la cartera de servicios integrales de salud que ofrecerá el primer nivel de atención (para las personas, familias y comunidades) según las necesidades de la población, el perfil epidemiológico y las prioridades de salud. 5. Formular planes sectoriales, intersectoriales y comunitarios para el primer nivel de atención dirigidos a la promoción de la salud, los determinantes sociales que intervienen y los factores de riesgo para la salud. 6. Mantener plataformas y programas de gestión del conocimiento para desarrollar las competencias de gestión, clínicas e interdisciplinarias de los recursos humanos en el primer nivel de atención en función de las necesidades de la población, el perfil epidemiológico y las prioridades de salud. 7. Implementar plataformas tecnológicas, de comunicación y de información en el primer nivel de atención que faciliten: <i>a</i>) los sistemas de coordinación, comunicación y referencia; <i>b</i>) la información sobre los pacientes, las familias y las comunidades; <i>c</i>) la programación y coordinación de servicios especializados de diagnóstico y tratamiento y la administración y entrega de medicamentos; <i>d</i>) la coordinación y logística de medicamentos y suministros, y <i>e</i>) la implementación de funciones de salud pública (como la vigilancia y el análisis de las inequidades y las barreras de acceso). 8. Establecer mecanismos y procesos para facilitar: <i>a</i>) el empoderamiento de las personas con respecto a su salud y el autocuidado; <i>b</i>) la participación social en la planificación, la gestión, el seguimiento y la evaluación de los planes e intervenciones de salud; <i>c</i>) la

^a Los servicios de salud integrales, de calidad, apropiados y oportunos son acciones orientadas a grupos y personas que son apropiadas desde el punto de vista cultural, étnico y lingüístico, que tienen un enfoque de género y que tienen en cuenta las necesidades diferenciadas a fin de promover la salud, prevenir enfermedades, proporcionar atención para enfermedades (diagnóstico, tratamiento, cuidados paliativos y rehabilitación) y ofrecer la atención necesaria a corto, mediano y largo plazo.

	<p>promoción de la salud y la vigilancia, la prevención y el control de enfermedades a nivel comunitario, y d) la controlaría social de la salud y la rendición de cuentas.</p> <p>Línea de base 2019: 0 Meta 2025: 34</p>
<p>Propósito del indicador</p>	<p>El primer nivel de atención debe ser el nodo articular de la red de servicios de salud y el primer contacto con el sistema para las personas, las familias y las comunidades. Proporciona atención integral para responder a la mayoría de las necesidades y exigencias de la población en materia de salud a lo largo del tiempo y del curso de vida. La conformación del equipo de salud de primer nivel y su capacidad resolutive pueden variar según la situación de salud, los determinantes sociales y las características demográficas del territorio y la población asignada.</p> <p>En la <i>Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud</i> se define la capacidad resolutive como “la capacidad de los servicios de salud de brindar una atención de salud que se adapte a las necesidades y exigencias de las personas, en consonancia con el conocimiento científico y tecnológico actual, que arroje como resultado una mejora del estado de salud”.</p> <p>La capacidad resolutive del primer nivel de atención implica: a) el cumplimiento de las funciones del primer nivel y del conjunto de acciones y servicios que se consideran necesarios para satisfacer las necesidades de salud de la población; b) la capacidad para responder eficazmente a la demanda de atención y el efecto producido por las acciones del primer nivel en el proceso continuo de atención en la red de servicios de salud, y c) el cumplimiento de los objetivos que contribuyen al logro de los resultados deseados en el estado de salud de la población.</p> <p>La experiencia en la Región ha demostrado que, con acciones estratégicas muy variadas, se puede mejorar la capacidad resolutive del primer nivel de atención, entre ellas: a) la asignación de suficientes recursos humanos con la distribución y las competencias requeridas; b) la asignación de suficientes recursos tecnológicos y financieros; c) medidas para asegurar la disponibilidad efectiva y oportuna de servicios de salud integrales que respondan a la demanda de la población; d) mecanismos para facilitar la acción sectorial e intersectorial; e) el conocimiento de las características y las necesidades de la población y establecimiento de prioridades y objetivos basados en ellas; f) el empoderamiento de las personas y las comunidades para participar en la protección y la promoción de la salud, y g) mecanismos e instrumentos para facilitar la coordinación, la comunicación, la información para la salud, y la logística de los suministros y recursos.</p>
<p>Nota técnica</p>	<p>Este indicador se calcula contando el número de países y territorios que han fortalecido el primer nivel de atención con intervenciones en todas las ocho áreas prioritarias antedichas. La OPS está elaborando un instrumento de autoevaluación, incluidos medios de verificación, que se pondrá a disposición de los países a fines del 2019. Este instrumento permitirá a los países establecer líneas de base y metas para los planes encaminados a fortalecer el primer nivel y dar seguimiento a su ejecución.</p>

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	Sistemas y Servicios de Salud / Atención primaria de salud y prestación de servicios integrados (HSS/PH)
Fuente de los datos	Encuestas respondidas por las partes interesadas en los países y territorios, y datos administrativos proporcionados por las autoridades nacionales
Limitaciones	Los datos se basan en encuestas de autoevaluación y es posible que no incluyan toda la información necesaria para demostrar que se ha fortalecido efectivamente el primer nivel de atención.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Caminal, A, Martin-Zurro, A. Sobre la contribución de la atención primaria a la capacidad resolutive del sistema de salud y su medición. <i>Atención Primaria</i> 2005; 456-461. 2. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS; 2007. Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49660/9275326991_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 3. 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. Washington, D.C.: OPS; 2010. Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31323. 4. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, D.C. Washington, D.C: OPS; 2014. (Documento CD53/5, Rev. 2). Disponible en https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf. 5. Organización Panamericana de la Salud. Fortaleciendo el primer nivel de atención: elementos para la cooperación técnica desde la OPS. Washington, D.C.: OPS; 2019. 6. López, Pedro et al. Procedimiento para medir la capacidad resolutive de los equipos básicos de salud. <i>Revista Cubana de Salud Pública</i> 2014; 40(4):249-262.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Varias metas del ODS 3 • Meta 1.6 de la ASSA2030

Resultado Intermedio 2. Salud a lo largo del curso de la vida

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 2: Vidas más saludables promovidas mediante el acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad para todas las mujeres, los hombres, los niños, las niñas y los adolescentes en la Región de las Américas, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 2.a: Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años) cuyas necesidades de planificación familiar se encuentran satisfechas con métodos modernos
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el porcentaje de mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años) que no quieren tener (más) hijos o que quieren esperar un tiempo antes del próximo embarazo y que usan actualmente un método anticonceptivo moderno.</p> <p>Línea de base 2019: 60%</p> <p>Meta 2025: 68%</p>
Propósito del indicador	<p>Este indicador se encuadra en el indicador 3.7.1 de la meta 3.7 de los ODS, “garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales”. También se encuadra en la meta de la <i>Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)</i>: “Garantizar el acceso universal a los derechos y servicios de salud sexual y reproductiva (incluida la planificación familiar)”.</p> <p>Este indicador es útil para evaluar los niveles generales de cobertura de los programas y servicios de planificación familiar. El acceso a un medio eficaz para prevenir el embarazo y su uso permiten que la mujer y su pareja ejerzan su derecho a decidir de manera libre y responsable el número y el espaciamiento de los nacimientos, y cuenten con la información y los medios para hacerlo. Satisfacer la demanda de planificación familiar con métodos modernos contribuye a la salud materna e infantil al prevenir los embarazos no planificados y los embarazos muy frecuentes, que presentan un mayor riesgo de resultados obstétricos deficientes, y es una de las inversiones más costo-efectivas para aliviar la pobreza y mejorar la salud.</p>
Nota técnica	<p>Numerador: Número de mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años) que usan actualmente al menos un método anticonceptivo moderno o cuya pareja sexual lo usa.*</p> <p>Denominador: Demanda total de planificación familiar, definida como la suma de la prevalencia de anticonceptivos (cualquier método) y la necesidad insatisfecha de planificación familiar.**</p> <p>Las estimaciones se refieren a mujeres que están casadas o en pareja.</p> <p>* Según la definición de la OMS, los métodos anticonceptivos modernos son las pastillas anticonceptivas orales, los implantes, los anticonceptivos inyectables, los parches, los anillos vaginales, los dispositivos intrauterinos (DIU), la esterilización femenina y masculina, los preservativos masculinos y femeninos, el método de amenorrea de la lactancia, las pastillas</p>

	<p>anticonceptivas de urgencia, el método estándar de los días, el método de la temperatura basal, el método de dos días y el método sintotérmico.</p> <p>** La prevalencia del uso de anticonceptivos es el porcentaje de mujeres que actualmente usan al menos un método anticonceptivo o cuya pareja sexual lo usa, independientemente del método utilizado.</p> <p>La necesidad no satisfecha de planificación familiar es el porcentaje de mujeres en edad reproductiva, ya sean casadas o en pareja, que no quieren tener más hijos o que quieren retrasar la maternidad, pero no están usando ningún método anticonceptivo.</p>
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de medición	Anual
Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador	Sistemas y Servicios de Salud / Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (HSS/CLAP)
Fuente de los datos	Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. Datos sobre el uso de anticonceptivos en el mundo.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> Las diferencias en el diseño y la ejecución de las encuestas, así como en la forma en que se formulan y administran los cuestionarios, pueden afectar la comparabilidad de los datos. Las diferencias más comunes se relacionan con la gama de métodos anticonceptivos incluidos y las características (edad, sexo, estado civil o condición de pareja) de las personas para las cuales se estima la prevalencia del uso de anticonceptivos (población base). El período utilizado para evaluar la prevalencia de los anticonceptivos también puede variar. En la mayoría de las encuestas no se define lo que se entiende por “usar actualmente” un método anticonceptivo. La variabilidad del muestreo también puede ser un problema, especialmente cuando se mide la prevalencia de anticonceptivos en un subgrupo específico (según el método, el grupo etario, el nivel de escolaridad, el lugar de residencia, etc.) o al analizar tendencias a lo largo del tiempo. Se debe evitar la comparación estricta entre estimaciones basadas en definiciones diferentes.
Referencias	<p>1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la salud de la mujer, el niño la niña y adolescentes 2018-2030. 56.º Consejo Directivo de la OPS, 70.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 23 al 27 de septiembre del 2018; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2018 (documento CD56/8, Rev. 1). Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=document&alias=46460-</p>

	<p>cd56-8-s-pda-mna&category_slug=56-directing-council-spanish-9965&Itemid=270&lang=es.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Naciones Unidas, División de Estadísticas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Proporción de mujeres en edad de procrear (entre 15 y 49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos (3.7.1). 3. Organización Panamericana de la Salud. Compendio de indicadores de impacto y resultados intermedios. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. Octubre del 2014. Indicador de resultado intermedio 3.1.1. Necesidad insatisfecha con respecto a la planificación familiar. 4. Naciones Unidas. World Contraceptive Use 2018 (POP/DB/CP/Rev2017). 5. Alkema, LA et al. (2013). National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: A systematic and comprehensive analysis. The Lancet, Volume 381, Issue 9878, pp. 1642-1652. Véase también el apéndice en la web, que contiene detalles técnicos.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 1.4 de la ASSA2030 • Indicador 3.7.1 de los ODS • Marco de impacto del 13.º PGT

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 2: Vidas más saludables promovidas mediante el acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad para todas las mujeres, los hombres, los niños, las niñas y los adolescentes en la Región de las Américas, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 2.b: Tasa de fecundidad en las mujeres de 10 a 19 años (desglosada por mujeres de 10 a 14 y de 15 a 19 años) en América Latina y el Caribe
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número anual de nacimientos en niñas adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años por 1.000 niñas adolescentes en estos grupos etarios. Solía aplicarse solo al grupo de 15 a 19 años, pero el indicador 3.7.2 de los ODS ahora requiere que se mida también en el grupo de 10 a 14 años.</p> <p>Línea de base 2019: 66,5 nacimientos por 1.000 niñas adolescentes Meta 2025: 59,9 nacimientos por 1.000 niñas adolescentes</p>
Propósito del indicador	<p>Este indicador muestra el progreso en la mejora de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en un país, territorio, zona geográfica o subgrupo en un período determinado.</p> <p>Es importante desde la perspectiva del curso de la vida, ya que el embarazo en la adolescencia afecta profundamente la trayectoria de salud y desarrollo de la madre y sus hijos. El embarazo en la adolescencia contribuye a resultados de salud deficientes y a un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad maternoinfantiles. Muchas niñas que quedan embarazadas no van a la escuela o se ven obligadas a abandonarla, lo cual tiene un gran impacto a largo plazo en sus oportunidades de educación y empleo. En consecuencia, el embarazo en la adolescencia contribuye a la persistencia de ciclos intergeneracionales de pobreza, exclusión y resultados de salud deficientes.</p> <p>Este indicador se encuadra en el indicador 3.7.2 de los ODS: “Tasa de fecundidad de las adolescentes (de 10 a 14 años y de 15 a 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad”. También es un indicador de la <i>Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)</i>.</p>
Nota técnica	<p>La tasa de fecundidad específica de las adolescentes se calcula como una razón. El numerador es el número de nacimientos vivos de adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años durante un período determinado, y el denominador es el número de niñas adolescentes de la misma edad durante el mismo período, multiplicado por 1.000. El numerador y el denominador se establecen de manera diferente cuando se usan datos del registro civil, de encuestas y del censo, como se explica a continuación.</p> <p><i>Datos del registro civil:</i> El numerador es el número de nacidos vivos inscritos en el registro civil nacidos de mujeres de 10 a 19 años durante un año dado, y el denominador es la población estimada o enumerada de mujeres de 10 a 19 años.</p> <p><i>Datos de encuestas:</i> El numerador es el número de nacidos vivos obtenido de los historiales de nacimientos retrospectivos de las mujeres entrevistadas que tenían entre 10 y 19 años en el momento de los nacimientos durante un período de referencia anterior a la entrevista. El</p>

	<p>denominador son los años-persona vividos entre las edades de 10 y 19 años por las mujeres entrevistadas durante el mismo período de referencia. El año de observación notificado corresponde a la mitad del período de referencia. Para algunas encuestas sin datos sobre historiales de nacimientos retrospectivos, el cálculo de la tasa de nacimientos en la adolescencia se basa en la fecha del último nacimiento o en el número de nacimientos en los 12 meses anteriores a la encuesta.</p> <p><i>Datos del censo:</i> El indicador se calcula sobre la base de la fecha del último nacimiento o del número de nacimientos en los 12 meses precedentes a la enumeración. El censo proporciona tanto el numerador como el denominador para las tasas. En algunos casos, las tasas basadas en los censos se ajustan en función del subregistro con métodos de estimación indirectos.</p> <p>Las estimaciones mundiales y regionales, efectuadas regularmente por la División de Población de las Naciones Unidas sobre la base de promedios ponderados según la población, se expresan por lo general en forma de tasas para un período determinado (por ejemplo, 2010-2015).</p> <p>Las posibles categorías para el desglose que deben considerarse para revelar las inequidades son el lugar de residencia, la raza o el origen étnico, el nivel de escolaridad y el nivel de ingresos.</p>
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Razón
Frecuencia de medición	Anual si se usan datos del registro civil; cada cinco años si se usan estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas
Unidad de la OSP	Sistemas y Servicios de Salud / Curso de Vida (HSS/HL)
Fuente de los datos	Registro civil de los países y estimaciones de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando se usan datos del registro civil, en las tasas podrían influir la integridad del registro de nacimiento, el trato que se dé a los bebés nacidos vivos que murieron antes de su inscripción o dentro de las primeras 24 horas de vida, la calidad de la información proporcionada sobre la edad de la madre y la inclusión de nacimientos de períodos anteriores. Las estimaciones poblacionales pueden verse afectadas por la notificación errónea de la edad y la cobertura incompleta. • Cuando se usan datos de encuestas y censos, tanto el numerador como el denominador provienen de la misma población. Las principales limitaciones consisten en información errónea sobre la edad, omisiones de nacimientos, información errónea sobre la fecha de nacimiento del niño y la variabilidad de la muestra en el caso de las encuestas.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. División de Población de las Naciones Unidas. Tasa de fecundidad de las adolescentes (3.7.2). 2. Organización Mundial de la Salud. Global Health Observatory. Indicator Metadata Registry. Adolescent Birth Rate.

	<p>3. Organización Panamericana de la Salud. Compendio de indicadores de impacto y resultados intermedios. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. Octubre del 2014. Indicador de resultado intermedio 3.1.6: Tasa de fecundidad específica en las mujeres de 15 a 19 años.</p> <p>4. Naciones Unidas. Handbook on the Collection of Fertility and Mortality Data. United Nations Publication, Sales No. E.03.XVII.11. Disponible en https://unstats.un.org/unsd/demographic/standmeth/handbooks/Handbook_Fertility_Mortality.pdf.</p>
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Indicador 3.7.2 de los ODS • Meta 1.4 de la ASSA2030 • Indicador de resultado intermedio 3.1.6 (adaptado) del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 • <i>Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030</i>

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 2: Vidas más saludables promovidas mediante el acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad para todas las mujeres, los hombres, los niños, las niñas y los adolescentes en la Región de las Américas, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 2.c: Proporción de partos atendidos en establecimientos de salud
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el porcentaje de partos que tienen lugar en un hospital u otro establecimiento de salud (“nacimientos institucionales” o “partos institucionales”).</p> <p>Línea de base 2016: 93,7%</p> <p>Meta 2025: 95,6%</p>
Propósito del indicador	<p>Para reducir la mortalidad maternoinfantil, el objetivo óptimo a largo plazo es que todos los nacimientos tengan lugar en establecimientos de salud (o muy cerca de ellos) donde se puedan tratar las complicaciones obstétricas cuando surjan. La finalidad de este indicador es mostrar el acceso de las mujeres a establecimientos de salud para el parto.</p> <p>Cabe señalar que dar a luz en un establecimiento de salud no asegura necesariamente una atención de buena calidad o un buen resultado obstétrico. Este indicador no capta información sobre la disponibilidad de equipo o personal calificado para la atención del parto. Por lo tanto, es posible que se necesite información adicional sobre la calidad de la atención.</p>
Nota técnica	<p>Numerador: Número de nacimientos registrados en los establecimientos de salud en una zona y en un año determinado.</p> <p>Denominador: Número previsto de nacidos vivos en la misma zona y el mismo año. El denominador se calcula multiplicando el total de la población de la zona por la tasa de natalidad bruta de la misma zona. Las oficinas nacionales de estadísticas tienden a basar las proyecciones de población en los resultados de su censo más reciente o en encuestas recientes como las encuestas de demografía y salud. En los casos en que sea posible, se deben usar estimaciones para la zona geográfica específica en vez de aplicar la tasa bruta de natalidad nacional a todas las regiones.</p> <p>Este indicador se expresa como porcentaje para la Región, pero también puede calcularse para una zona dada.</p> <p>* Los establecimientos de salud son lugares donde se proporciona atención de salud: hospitales, clínicas, centros de atención ambulatoria y centros de atención especializada, como centros de maternidad. En este caso, el numerador se calculará considerando solo los nacimientos que se produzcan en establecimientos de salud que cuenten con los recursos necesarios para proporcionar una atención materna segura.</p>
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje

Frecuencia de medición	Anual
Unidad de la OSP	Sistemas y Servicios de Salud / Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (HSS/CLAP)
Fuente de los datos	Los datos, que son proporcionados por las autoridades nacionales de salud, se basan en los datos recopilados sistemáticamente por el sistema de información nacional (epidemiología, vigilancia, unidades estadísticas, departamentos o institutos) u obtenidos por medio de encuestas.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Las principales limitaciones son la confiabilidad y la disponibilidad oportuna de los datos. • Este indicador mide el acceso a establecimientos de salud, pero no capta adecuadamente el acceso de las mujeres a una atención de buena calidad.
Referencias	1. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49511 .
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Indicador 3.1.2 de los ODS • Meta 1.3 de la ASSA2030 • Indicadores básicos de la OPS

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 2: Vidas más saludables promovidas mediante el acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad para todas las mujeres, los hombres, los niños, las niñas y los adolescentes en la Región de las Américas, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 2.d: Proporción de partos atendidos por personal de salud capacitado
Definición del indicador	<p>Este indicador mide la proporción de partos atendidos por personal de salud capacitado para proporcionar atención en el parto (según la definición de la OMS), independientemente del lugar donde tenga lugar el parto, expresada como porcentaje del total de nacidos vivos en un año dado y en un país o territorio dado. El personal capacitado consiste en médicos obstetras, médicos capacitados para atender el parto, parteras con formación universitaria y enfermeras con capacitación en la atención del parto. No incluye las parteras tradicionales, aunque estén capacitadas.</p> <p>Línea de base 2016: 96,4% Meta 2025: 98,3%</p>
Propósito del indicador	Para reducir la mortalidad maternoinfantil, el objetivo óptimo a largo plazo es que todos los partos sean atendidos por personal capacitado que pueda manejar de manera segura partos normales, embarazos de alto riesgo y complicaciones graves del parto.
Nota técnica	<p>Numerador: Número de partos atendidos por personal capacitado en una zona dada y en un año dado</p> <p>Denominador: Número previsto de nacidos vivos en la misma zona y el mismo año. El denominador se calcula multiplicando el total de la población de la zona por la tasa de natalidad bruta de la misma zona. Las oficinas nacionales de estadísticas tienden a basar las proyecciones de población en los resultados de su censo más reciente o en encuestas recientes, como las encuestas de demografía y salud. En los casos en que sea posible, se deben utilizar estimaciones para la zona geográfica específica en vez de aplicar la tasa bruta de natalidad nacional a todas las regiones.</p>
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de medición	Anual
Unidad de la OSP	Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud / Análisis de Salud y Equidad (EIH/HA)
Fuente de los datos	Los datos, que son proporcionados por las autoridades nacionales de salud, son los recopilados sistemáticamente por el sistema nacional de información u obtenidos por medio de encuestas.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> El indicador es la medida de la capacidad de un sistema de salud para proporcionar atención adecuada durante el parto, que es un período de mortalidad elevada y riesgo de morbilidad tanto para la madre como para el recién nacido. Sin embargo, no es el único. Es posible que este indicador no capte de manera adecuada el acceso de las mujeres a una

	<p>atención de buena calidad, especialmente cuando surgen complicaciones. Para reducir las muertes maternas, el personal de salud especializado debe contar con el equipo necesario y opciones adecuadas para la remisión de pacientes. Es impensable que un profesional aislado que no cuente con esos recursos, aunque posea excelentes conocimientos técnicos, pueda obtener regularmente resultados excelentes en caso de complicaciones obstétricas graves.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La estandarización de la definición de personal de salud especializado a veces es difícil debido a las diferencias en la capacitación del personal en los distintos países. Aunque se ha tratado de estandarizar las definiciones de médicos, enfermeras, parteras y parteras auxiliares utilizadas en la mayoría de las encuestas de hogares, es probable que persistan diferencias en la clasificación que dificulten la comparación entre países. • Los errores de rememoración son otra posible fuente de sesgos en los datos. En las encuestas de hogares, se pregunta a la persona entrevistada sobre cada nacido vivo durante un período de hasta cinco años antes de la entrevista. La persona puede o no saber o recordar las calificaciones de la persona que atendió el parto. • En la mayoría de los países se usan los datos de los establecimientos de salud para los informes. Sin embargo, estos datos podrían sobrestimar la proporción de partos atendidos por personal de salud calificado, ya que es posible que el denominador no capte todas las mujeres que dan a luz fuera de los establecimientos de salud.
Referencias	<p>1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Propuesta de fichas de metadatos de los indicadores para el seguimiento regional del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Grupo de trabajo ad hoc encargado de elaborar una propuesta de indicadores para el seguimiento regional del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, 7 de agosto del 2017. Disponible en https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42335/S1700724_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y.</p>
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Indicador 3.1.2 de los ODS • Meta 1.3 de la ASSA2030 • Indicador de resultado intermedio 3.1.2 (adaptado) del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 • Marco de impacto del 13.º PGT

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 2: Vidas más saludables promovidas mediante el acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad para todas las mujeres, los hombres, los niños, las niñas y los adolescentes en la Región de las Américas, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 2.e: Número de países y territorios con capacidad de ejecutar y dar seguimiento a políticas o estrategias nacionales para mejorar la salud y el desarrollo de los niños pequeños fundamentadas en el marco de la OMS y la UNICEF sobre el cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que tienen una política o estrategia nacional para mejorar la salud y el desarrollo de los niños pequeños por medio de la ejecución y el seguimiento de acciones estratégicas multisectoriales coherentes con las recomendadas en el documento de la OMS y el UNICEF titulado “Cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia: un marco que vincula sobrevivir y prosperar para transformar la salud y el potencial humano”. Este marco, basado en la experiencia de los países de la región, fue presentado a los Estados Miembros en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2018.</p> <p>Línea de base 2019: 19 Meta 2025: 23</p>
Propósito del indicador	<p>De acuerdo con el marco de la OMS y el UNICEF sobre el cuidado cariñoso y sensible, el desarrollo de un niño es un resultado que se logra con aportes que varían según el contexto: nutrición adecuada, cuidado receptivo, protección contra riesgos ambientales y contra la violencia, oportunidades para el aprendizaje temprano y servicios de prevención de enfermedades, tratamiento y rehabilitación. A fin de crear las condiciones para que cada niño prospere, se necesita la acción coordinada de diversos sectores y niveles del gobierno, así como de la sociedad civil, la familia y la comunidad. Ningún sector puede por sí solo asegurar que cada niño alcance su pleno potencial de desarrollo.</p> <p>El propósito de este indicador es dar seguimiento al progreso de los países en la formulación o el fortalecimiento de una respuesta nacional multisectorial con el objetivo de mejorar la salud y el desarrollo de los niños pequeños. Los países de la Región se encuentran en diferentes niveles de progreso en esta área. Algunos ya tienen estrategias o políticas nacionales, pero enfrentan desafíos en términos de calidad de los servicios y acceso para quienes más lo necesitan. Otros todavía no han decidido cuál es el momento adecuado para formular una política o estrategia de este tipo.</p> <p>En este indicador, los niños pequeños se definen como los menores de 5 años, incluidos los que todavía se encuentran en el útero. Se reconoce que algunos países podrían incluir niños de otros grupos etarios o no incluir el embarazo. Por esta razón, el seguimiento y la notificación de este indicador incluirán una descripción de las características de la población objetivo como se indica en los documentos oficiales.</p>
Nota técnica	<p>Este indicador se calcula contando el número de países que tienen una política o estrategia nacional que cumpla todos los criterios siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La población objetivo son los niños pequeños y sus familias.

	<p>2. La política o estrategia es multisectorial: el sector de la salud y al menos otro sector gubernamental han definido un mecanismo formal de coordinación y colaboración.</p> <p>3. Se centra en la familia: se reconoce explícitamente la función de los cuidadores; los servicios y el apoyo abordan las necesidades de los niños y los cuidadores; se promueve la participación de la familia y la comunidad.</p> <p>4. Está impulsada por la equidad y orientada explícitamente a los grupos más vulnerables.</p> <p>5. Se basa en datos: se definen metas y un mecanismo para medir el progreso.</p> <p>La OPS recopilará documentos oficiales y revisará el contenido para determinar si tienen dichas características. Se contactará a la unidad técnica responsable de la aplicación de la política o estrategia nacional para que proporcione información y confirme la evaluación final.</p> <p>La OPS informará sobre el número de países que tengan una política o estrategia nacional y proporcionará una descripción cualitativa de sus características principales.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Anual
Unidad de la OSP	Sistemas y Servicios de Salud / Curso de Vida (HSS/HL)
Fuente de los datos	<ul style="list-style-type: none"> • En el 2018 se realizó la quinta ronda de la encuesta mundial de la OMS sobre la política de salud reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente, en la que participaron 30 países de la Región que proporcionaron varios documentos oficiales. Esta base de datos se utilizará para recopilar los documentos pertinentes para este indicador. La OMS actualizará periódicamente la base de datos de la encuesta mundial. • Otra fuente de datos será el sitio web oficial de los ministerios pertinentes. Estos sitios web se consultarán periódicamente para descargar documentos oficiales. • En el caso de aquellos países donde las fuentes de datos anteriores indiquen que no se ha formulado una estrategia o política nacional, se contactará a las unidades técnicas de los ministerios pertinentes a fin de que confirmen la información.
Limitaciones	No se prevé ninguna.
Referencias	<p>1. Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia: un marco que vincula sobrevivir y prosperar para transformar la salud y el potencial humano. Disponible en https://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/draft2-nurturing-care-framework-es.pdf.</p> <p>2. Organización Mundial de la Salud. Maternal, newborn, child and adolescent health: Policy monitoring and action. Disponible en https://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/policy-monitoring-action/en/.</p>

Compendio de indicadores de los resultados intermedios del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (enero 2024)

	3. Organización Mundial de la Salud. 2018-2019 Global reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health policy survey. Disponible en https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent/national-policies?selectedTabName=Documents .
Vínculo	No corresponde.

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 2: Vidas más saludables promovidas mediante el acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad para todas las mujeres, los hombres, los niños, las niñas y los adolescentes en la Región de las Américas, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 2.f: Número de países y territorios que elaboran, ejecutan y dan seguimiento a políticas o estrategias que abordan la salud de los hombres desde un enfoque integrado
Definición del indicador	Este indicador mide el número de países y territorios que tienen políticas o estrategias específicas que apoyan enfoques integrados, centrados en la persona, para asegurar que se aborden las brechas en cuanto a la salud de los hombres, es decir, los resultados en materia de salud de los hombres en la población. Línea de base 2019: 5 Meta 2025: 5
Propósito del indicador	En lo que se refiere a algunos aspectos de la salud, los resultados siguen siendo peores para los hombres que para las mujeres. Para mejorar la salud de los hombres en la Región, es importante saber el número de países y territorios que han abordado este asunto con un enfoque integrado.
Nota técnica	Se hará un inventario de recursos financieros, humanos (profesionales y no profesionales) y de infraestructura para la salud de los hombres. Con ese fin se realizarán consultas en los países con funcionarios gubernamentales, responsables de la formulación de políticas y médicos de atención primaria con objeto de determinar si cuentan con la infraestructura necesaria para proporcionar a los hombres una atención de salud adecuada que aumente su esperanza de vida sana.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Cada cinco años
Unidad de la OSP	Sistemas y Servicios de Salud / Curso de Vida (HSS/HL)
Fuente de los datos	Encuestas de interesados en los países y territorios; sistemas administrativos de información de salud
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Este indicador no mide si la salud de los hombres está mejorando o no; solo muestra si hay estrategias y políticas para abordar las brechas. • Los datos para este indicador se basarán en las respuestas de los interesados en los países. Por lo tanto, son subjetivos y podrían estar incompletos.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud. Global Health Observatory. Indicator Metadata Registry. 2. Baker P, Dworkin S, Tong S, Banks I, Shand T, Yamey G. (2013). The men's health gap: men must be included in the global health equity agenda. <i>Bulletin of the World Health Organization</i> 2014; 92:618-620. Disponible en

	https://www.who.int/bulletin/volumes/92/8/13-132795/en/ .
Vínculo	No corresponde.

Resultado Intermedio 3. Atención de buena calidad para las personas mayores

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 3: Mayor capacidad resolutive del sistema de salud para proporcionar atención integral, integrada y de calidad a las personas mayores a fin de superar los obstáculos para el acceso, prevenir la dependencia de la atención y responder a las demandas actuales y futuras
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 3.a: Número de países y territorios con capacidad para prevenir la dependencia de los cuidados
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que han demostrado que tienen la capacidad necesaria para prevenir la dependencia de los cuidados. Por dependencia de los cuidados se entiende la necesidad constante de una persona de recibir apoyo parcial o completo de otros para realizar actividades básicas de la vida diaria (por ejemplo, comer, bañarse, vestirse, arreglarse, movilizarse, ir al baño y retener las heces o la orina) debido a una disminución del funcionamiento que resulta en una pérdida de capacidad de autocuidado independiente. El cuidado puede proporcionarse en entornos formales (por ejemplo, cuidado residencial) o en el hogar, y puede estar a cargo de profesionales o familiares.</p> <p>Línea de base 2019: 6 Meta 2025: 6</p>
Propósito del indicador	<p>El indicador mide el avance progresivo de los Estados Miembros de la OPS en el aumento de la capacidad de los sistemas de salud para responder a las necesidades de una población que está envejeciendo. El objetivo es mejorar la funcionalidad de las personas mayores (de 65 años o más) para reducir su dependencia de otros y asegurar que se satisfagan sus necesidades.</p> <p>La funcionalidad es una interacción dinámica entre el estado de salud de una persona y factores contextuales pertinentes (es decir, las circunstancias ambientales y personales). La pérdida de funcionalidad por discapacidad puede interferir en las actividades básicas de la vida diaria y llevar a la persona a depender del cuidado de otros. Esa dependencia aumenta la demanda de atención a largo plazo, lo cual, a su vez, aumenta el estrés de las familias, las comunidades y el sistema social, económico y de salud del país. Las estrategias para prevenir la dependencia de cuidados abarcan la ampliación del acceso equitativo a la atención de salud de buena calidad y a los servicios sociales y comunitarios que ayuden a las personas a mantener su funcionalidad y su capacidad para interactuar de forma autónoma con la comunidad.</p>
Nota técnica	<p>Para lograr el indicador, el país debe haber demostrado que tiene la capacidad necesaria para prevenir la dependencia de los cuidados porque ha realizado por lo menos dos de las intervenciones siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ejecutar una política nacional para apoyar evaluaciones integrales de las personas mayores. 2. Recopilar datos para medir la funcionalidad de las personas mayores. 3. Adoptar planes o políticas basados en la evidencia para aumentar la funcionalidad de las personas mayores.

	4. Aumentar el número de profesionales capacitados para abordar la disminución de la funcionalidad de las personas mayores. Los profesionales capacitados pueden incluir especialistas en rehabilitación (por ejemplo, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales), trabajadores sociales y geriatras.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Cada tres años
Unidad de la OSP	Sistemas y Servicios de Salud / Curso de Vida (HSS/HL)
Fuente de los datos	Datos obtenidos de encuestas y sistemas administrativos de información de salud.
Limitaciones	Este indicador no se mide regularmente y requiere respuestas de los países.
Referencias	1. Harwood RH, Sayer AA, Hirschfeld M. Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. <i>Bull WHO</i> 2004; 82(4):251–8. Disponible en https://www.who.int/bulletin/volumes/82/4/251.pdf .
Vínculo	No corresponde.

Resultado Intermedio 4. Capacidad resolutive ante las enfermedades transmisibles

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 4: Mayor capacidad resolutive de las redes integradas de servicios de salud (RISS) para la prevención, la vigilancia, la detección temprana, el tratamiento y la atención de las enfermedades transmisibles, incluidas las enfermedades prevenibles mediante vacunación
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 4.a: Porcentaje de personas con infección por el VIH que han sido diagnosticadas
Definición del indicador	Este indicador mide el porcentaje de personas con infección por el VIH que han tenido acceso a la prueba del VIH y han recibido el diagnóstico de que tienen la infección. Línea de base 2019: 77% Meta 2025: 90%
Propósito del indicador	Este indicador, con el cual se mide el progreso hacia el aumento de la proporción de personas con infección por el VIH que conocen su estado, refleja la eficacia de las intervenciones para realizar las pruebas de detección del VIH. Con estas pruebas, las personas pueden saber si tienen la infección y recibir sin demora los servicios necesarios de prevención y tratamiento.
Nota técnica	Numerador: Número de personas con infección por el VIH que conocen su estado en América Latina y el Caribe. Denominador: Número de personas con infección por el VIH en América Latina y el Caribe. Para el numerador: En los países con sistemas de vigilancia de casos de infección por el VIH que funcionan correctamente, el número de personas con la infección por el VIH que conocen su estado es igual al número de personas diagnosticadas con la infección por el VIH y notificadas al sistema de vigilancia que siguen vivas. (Si el sistema de vigilancia no capta los datos vitales actualizados, habrá que ajustar las cifras restando el número estimado de muertes). Para el denominador: Los modelos de estimación como Spectrum son la fuente preferida para obtener el número de personas con infección por el VIH.
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de medición	Anual
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, unidad de VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual (CDE/HT)
Fuente de los datos	ONUSIDA, OMS y los informes de país de Monitoreo Global del Sida
Limitaciones	Las limitaciones son la escasez de datos y la mala calidad de los datos notificados si los sistemas de vigilancia no dan seguimiento a los datos vitales. Es posible que haya un

	recuento doble de casos. Las estimaciones modelizadas de personas con la infección por el VIH reflejan la incertidumbre de las estimaciones.
Referencias	1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Monitoreo Global del Sida 2019. Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2016. Disponible en http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf .
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 10.1 de la ASSA2030 • <i>Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021</i> (documento CD55/14), adaptado

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 4: Mayor capacidad resolutive de las redes integradas de servicios de salud (RISS) para la prevención, la vigilancia, la detección temprana, el tratamiento y la atención de las enfermedades transmisibles, incluidas las enfermedades prevenibles mediante vacunación
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 4.b: Cobertura del tratamiento antirretroviral en las personas con infección por el VIH
Definición del indicador	<p>Este indicador mide la cobertura del acceso al tratamiento antirretroviral de todas las personas con infección por el VIH. Una cobertura de 80% o más se considera como acceso universal en el ámbito internacional y concuerda con las metas internacionales para la atención y el tratamiento de la infección por el VIH (90-90-90). Desde el 2015, la Organización Mundial de la Salud recomienda el tratamiento antirretroviral para todas las personas con VIH, independientemente del recuento de linfocitos CD4 (política de “tratar a todos”).</p> <p>Línea de base 2019: 61%</p> <p>Meta 2025: 90%</p>
Propósito del indicador	El indicador propuesto da seguimiento al acceso y la cobertura del tratamiento antirretroviral, elemento clave del proceso continuo de prevención, tratamiento y atención que tiene un fuerte impacto en los resultados de salud pública, ya que ayuda a reducir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el VIH y a prevenir la transmisión.
Nota técnica	<p>Cálculo a nivel de país (expresado como porcentaje):</p> <p>Numerador: Número de personas que reciben tratamiento antirretroviral, derivado de los informes proporcionados por los ministerios de salud.</p> <p>Denominador: Número estimado de personas con infección por el VIH en el país, independientemente del recuento de linfocitos CD4. ONUSIDA genera los denominadores de país usando métodos y herramientas de modelización estadística estandarizada.</p> <p>Cálculo a nivel regional:</p> <p>Suma de los numeradores de los países dividida por la suma de los denominadores de los países, multiplicada por 100.</p>
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de medición	Anual
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, Unidad de VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual (CDE/HT)
Fuente de los datos	ONUSIDA, OMS y los informes de país de Monitoreo Global del Sida (GAM)
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> Hay cierto grado de incertidumbre con respecto a la precisión de la modelización estadística cuando se aplica a países más pequeños con epidemias concentradas.

	<ul style="list-style-type: none"> • Con este indicador se mide la cobertura general del tratamiento antirretroviral. No se miden las desigualdades en la cobertura, particularmente en relación con la perspectiva de género y con los grupos de población clave como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los trabajadores sexuales y las personas transgénero. Los problemas locales, como la presencia de inmigrantes indocumentados, también influirán en la precisión del indicador. Es fundamental continuar dando seguimiento al acceso al tratamiento antirretroviral y la cobertura desde una perspectiva de género y equidad, prestando especial atención a los grupos de población clave y a la calidad de la atención que reciben.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 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, D.C.: OPS; 2014. Disponible en https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/2014-cha-continuo-atencion-vih.pdf. 2. Organización Mundial de la Salud. Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. 2015. 3. Organización Mundial de la Salud. Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance. 2017. Disponible en inglés en: https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-151263-3
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 10.1 de la ASSA2030 • Indicador de resultado intermedio 1.1.1 (adaptado) del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 • <i>Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021</i> (documento CD55/14), adaptado

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 4: Mayor capacidad resolutive de las redes integradas de servicios de salud (RISS) para la prevención, la vigilancia, la detección temprana, el tratamiento y la atención de las enfermedades transmisibles, incluidas las enfermedades prevenibles mediante vacunación
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 4.c: Número de países y territorios con una cobertura de al menos 95% del tratamiento de la sífilis en embarazadas
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios donde al menos 95% de las mujeres que tuvieron un resultado seropositivo para la sífilis durante el embarazo recibieron tratamiento adecuado. El tratamiento adecuado para la sífilis en las embarazadas consiste como mínimo en una dosis de penicilina G benzatínica por vía intramuscular.</p> <p>Línea de base 2019: 19 Meta 2025: 29</p>
Propósito del indicador	<p>En 1995, los Estados Miembros de la OPS adoptaron el plan de acción regional para la <i>Eliminación de la sífilis congénita en las Américas</i> (resolución CD38.R8). Este compromiso se renovó en el 2010 con la adopción de la <i>Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita</i> (resolución CD50.R12) y nuevamente en el 2016 con el <i>Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021</i> (resolución CD55.R5).</p> <p>A los efectos de este indicador, la documentación de una dosis única de penicilina es suficiente para demostrar que se proporcionó tratamiento. El tratamiento de las embarazadas con resultado seropositivo para la sífilis con una sola inyección de 2,4 millones de unidades de penicilina G benzatínica antes de las 24 semanas de edad gestacional es suficiente para evitar que la sífilis se transmita de madre a hijo. Sin embargo, se recomiendan tres inyecciones con intervalos semanales para tratar la sífilis latente y prevenir la sífilis terciaria en la madre.</p> <p>También es un indicador del proceso para evaluar la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis.</p>
Nota técnica	<p>Este indicador da seguimiento a la cobertura del tratamiento en las embarazadas con resultado seropositivo para la sífilis.</p> <p>Cálculo a nivel de país:</p> <p>Numerador: Número de embarazadas que tuvieron un resultado seropositivo para la sífilis durante el embarazo y que recibieron tratamiento apropiado. Este número se obtiene de los registros de los establecimientos de salud. Las mujeres con sífilis pueden recibir tratamiento en diversos sitios (por ejemplo, consultorios prenatales o clínicas de salud sexual y reproductiva) durante el embarazo. No deben incluirse en el numerador si no han sido evaluadas o tratadas, y se deben cotejar los datos del sistema de recopilación de datos y de informes para reducir al mínimo el riesgo de recuento doble.</p>

	<p>Denominador: Número de mujeres con resultado seropositivo para la sífilis durante el embarazo. Se extrae de los registros del programa nacional, que se basan en una consolidación de los registros de los establecimientos.</p> <p>Nota: Otra posibilidad es calcular la cobertura poblacional por país usando el número de embarazadas que tienen sífilis y que recibieron un tratamiento apropiado, dividido por el número previsto de embarazadas seropositivas. El número previsto de embarazadas seropositivas puede estimarse multiplicando el número estimado de mujeres que dieron a luz en los últimos 12 meses por la estimación nacional más reciente de la prevalencia de sífilis en embarazadas.</p> <p>Cálculo a nivel regional:</p> <p>Una vez calculada la cobertura a nivel de país, el indicador regional se obtiene contando el número de países y territorios que han alcanzado una cobertura de 95% o más.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Anualmente, a fines del año calendario
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, Unidad de VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual (CDE/HT)
Fuente de los datos	Autoridades nacionales de salud que informan sobre el proceso de Monitoreo Global del Sida
Limitaciones	Este indicador refleja la cobertura de las embarazadas que se sometieron a una prueba de sífilis. Por lo tanto, no es un indicador poblacional. Los cálculos basados en la cobertura alta de las pruebas de sífilis en los consultorios prenatales se aproximarían a una cobertura poblacional.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud. Strategy and Plan of Action for Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis. Regional Monitoring Strategy, 3rd Edition. Washington, D.C.: OPS; 2013. Disponible en https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-plan-accion-para-eliminacion-transmision-maternoinfantil-vih-sifilis. 2. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Monitoreo Global del Sida 2019. Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2016. Ginebra: ONUSIDA; 2018. Disponible en https://www.unaids.org/es/resources/documents/2018/Global-AIDS-Monitoring.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 10.3 de la ASSA2030 • Indicador de resultado intermedio 1.1.3 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 • <i>Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021</i> (documento CD55/14)

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 4: Mayor capacidad resolutive de las redes integradas de servicios de salud (RISS) para la prevención, la vigilancia, la detección temprana, el tratamiento y la atención de las enfermedades transmisibles, incluidas las enfermedades prevenibles mediante vacunación
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 4.d: Cobertura del tratamiento de la tuberculosis
Definición del indicador	Este indicador mide el número de casos nuevos y recidivantes que se notificaron y trataron, dividido por el número estimado de casos incidentes de tuberculosis en un año determinado, expresado como porcentaje para la Región. Línea de base 2019: 81% Meta 2025: 90%
Propósito del indicador	Este indicador se usa para mostrar el progreso en la detección y el tratamiento de la tuberculosis con el propósito de lograr el objetivo de la Estrategia Fin de la Tuberculosis para el 2025. Es uno de los diez indicadores prioritarios principales de la estrategia.
Nota técnica	Numerador: Número de pacientes con tuberculosis diagnosticados y tratados en un año determinado. Denominador: Número de casos estimados de tuberculosis en el mismo año. El resultado se multiplica por 100 para obtener el porcentaje regional.
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de medición	Anual
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud Unidad de VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual (CDE/HT)
Fuente de los datos	Sistema mundial de la OMS de recopilación de datos sobre la tuberculosis
Limitaciones	El número de personas con tuberculosis diagnosticadas y tratadas se conoce solo después de un año.
Referencias	1. Organización Mundial de la Salud. Global tuberculosis report 2018. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/ . 2. Organización Mundial de la Salud. Implementación de la Estrategia Fin de la TB: aspectos esenciales. Ginebra: OMS; 2015.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 10.2 de la ASSA2030 • <i>Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis</i> (documento 54/11, Rev. 1), adaptado

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 4: Mayor capacidad resolutive de las redes integradas de servicios de salud (RISS) para la prevención, la vigilancia, la detección temprana, el tratamiento y la atención de las enfermedades transmisibles, incluidas las enfermedades prevenibles mediante vacunación
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 4.e: Número de países y territorios con endemividad que tienen >70% de los casos de malaria diagnosticados y tratados dentro de las 72 horas siguientes a la aparición de los síntomas
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios donde la malaria es endémica en los que se diagnostica y trata por lo menos 70% de los casos de malaria dentro de las 72 horas siguientes al inicio de los síntomas. El tratamiento de la malaria está indicado solo en personas con diagnóstico parasitológico mediante microscopía o prueba rápida.</p> <p>Línea de base 2017: 5 de 19 países Meta 2025: 9 de 19 países</p>
Propósito del indicador	El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno es la forma principal de prevenir las complicaciones clínicas de la malaria. El tratamiento temprano es también la principal forma de reducir el reservorio humano del parásito y la transmisión. El tratamiento debe iniciarse inmediatamente después del diagnóstico. El acceso al diagnóstico y al tratamiento temprano depende de la organización de las redes de servicios de salud en las áreas endémicas. Por lo tanto, el indicador tiene como fin evaluar la capacidad del sistema de salud para llegar a las comunidades en riesgo de malaria.
Nota técnica	<p>Los sistemas de información de los países con malaria endémica registran de forma sistemática las fechas de inicio de los síntomas y del tratamiento. La información sobre la malaria en bases de datos nominales indica si el tratamiento comenzó dentro de las 72 horas siguientes al inicio de los síntomas. El indicador se calcula contando el número de casos que cumplen esta condición en el numerador y el total de casos notificados en el denominador.</p> <p>Numerador: Número de casos de malaria (autóctonos o total) diagnosticados y tratados dentro de las 72 horas siguientes al inicio de los síntomas.*</p> <p>Denominador: Total de casos de malaria (autóctonos o total) notificados.*</p> <p>* Los casos importados de otros países suelen ser difíciles de detectar en los primeros días siguientes al inicio de los síntomas, período durante el cual es posible que la persona infectada haya permanecido en el exterior. Por lo tanto, se prevé que, en situaciones en que la mayoría de los casos notificados sean casos importados (como en los países que están acercándose a la eliminación), el indicador sea bajo, a pesar de que haya buenos procesos de vigilancia. Por esta razón, siempre que el sistema de información lo permita, especialmente en países con pocos casos, el indicador se limitará a los casos de transmisión local (autóctonos).</p>
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Número de países y territorios

Frecuencia de medición	Anual, a fin de año
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, Unidad de Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores (CDE/VT)
Fuente de los datos	Informes de país sobre la malaria
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • En países con una alta proporción de casos importados, podría haber demoras en la detección de la mayoría de los casos porque la infección fue contraída en otro país. Eso afecta el desempeño general del indicador, incluso en los países que cuentan con procesos de vigilancia adecuados. • En países con muy pocos casos autóctonos, la demora de la detección, incluso de unos pocos casos, puede afectar negativamente el indicador. • Los errores sistemáticos en el registro o la notificación de las fechas de inicio de los síntomas o del tratamiento en los municipios con una carga elevada pueden afectar mucho la medición. • En algunos países se ha observado un ajuste intencional de las fechas a nivel subnacional para mejorar el desempeño del indicador.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud. Manual de referencia para la vigilancia, el seguimiento y la evaluación de la malaria. Ginebra: OMS; 2018. 2. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la malaria en la Región de las Américas, 2000-2016. Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=datos-estadisticos-mapas-8110&alias=45343-situacion-malaria-region-americas-2000-2016-343&Itemid=270&lang=en.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 10.6 de la ASSA2030

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 4: Mayor capacidad resolutive de las redes integradas de servicios de salud (RISS) para la prevención, la vigilancia, la detección temprana, el tratamiento y la atención de las enfermedades transmisibles, incluidas las enfermedades prevenibles mediante vacunación
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 4.f: Número de países y territorios con capacidad para realizar una vigilancia integrada de los casos de arbovirosis
Definición del indicador	Este indicador mide el número de países y territorios que realizan una vigilancia epidemiológica integrada de las enfermedades arbovirales. Línea de base 2019: 0 Meta 2025: 20
Propósito del indicador	El indicador refleja la capacidad del país o territorio para generar datos con el fin de guiar medidas oportunas de prevención y control de las enfermedades arbovirales.
Nota técnica	El indicador se calcula contando los países y territorios que demuestran que sus programas de vigilancia de las enfermedades arbovirales pueden generar datos de buena calidad para guiar medidas oportunas de prevención y control.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Semestral, a mediados de año y a fin de año
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, Unidad de Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores (CDE/VT)
Fuente de los datos	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de visitas de seguimiento e informes de los puntos focales de la OPS/OMS • Información epidemiológica enviada a la OPS/OMS
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Los países y territorios podrían decidir no proporcionar información epidemiológica sobre enfermedades arbovirales a la OPS/OMS o no colocar esa información en sitios de dominio público. • La vigilancia integrada de los arbovirus no garantiza que la vigilancia sea representativa de los virus en circulación.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud. IMS-arbovirus (publicación prevista para el 2019). 2. Organización Panamericana de la Salud. Tool for the evaluation of IMS-arbovirus (publicación prevista para el 2019). 3. Organización Panamericana de la Salud. Guidance/protocol for the integrated epidemiological surveillance of arboviral diseases (publicación prevista para el 2019).
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 10.10 de la ASSA2030

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 4: Mayor capacidad resolutive de las redes integradas de servicios de salud (RISS) para la prevención, la vigilancia, la detección temprana, el tratamiento y la atención de las enfermedades transmisibles, incluidas las enfermedades prevenibles mediante vacunación
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 4.g: Número de países y territorios que notifican una cobertura de al menos 95% a nivel nacional de la segunda dosis de la vacuna contra el sarampión y la rubéola
Definición del indicador	Este indicador mide el número de países que notifican una cobertura nacional promedio de al menos 95% con la segunda dosis de la vacuna contra el sarampión y la rubéola. Línea de base 2017: 11 Meta 2025: 16
Propósito del indicador	El indicador muestra el progreso hacia una cobertura alta y uniforme con la segunda dosis de vacuna contra el sarampión y la rubéola, recomendada como parte de una serie de dos dosis, para reducir el riesgo de brotes de estas enfermedades en adolescentes y adultos.
Nota técnica	El indicador se calcula contando el número de países y territorios que han alcanzado una cobertura nacional promedio de al menos 95% con la segunda dosis de vacuna contra el sarampión y la rubéola. Además, esta información puede compararse con el número de países de la Región que han incluido la segunda dosis de esta vacuna en sus programas.
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 abril del año siguiente.
Unidad de la OSP	Inmunización Integral (CIM)
Fuente de los datos	Los datos se obtienen de los informes anuales que los países presentan a la Unidad de Inmunización Integral de la Familia de la OPS por medio del formulario conjunto de la OPS/OMS y el UNICEF.
Limitaciones	Los datos reflejan solo la cobertura administrativa, que puede variar de un año a otro si los datos poblacionales están desactualizados o si hay mucha migración.
Referencias	1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023 [Internet]. 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana; del 25 al 29 de septiembre del 2018; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2017 [consultado el 15 de enero del 2019]. Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34254/CE160-r2-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y .
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 10.4 de la ASSA2030 • Marco de impacto del 13.º PGT

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 4: Mayor capacidad resolutive de las redes integradas de servicios de salud (RISS) para la prevención, la vigilancia, la detección temprana, el tratamiento y la atención de las enfermedades transmisibles, incluidas las enfermedades prevenibles mediante vacunación
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 4.h: Número de países y territorios que notifican una cobertura de al menos 95% de las tres dosis de vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT3) en 80% de las municipalidades
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que notifican una cobertura de al menos 95% de los menores de 1 año con tres dosis de vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT) en un año determinado, expresado como porcentaje de la población correspondiente a mitad del año por lo menos en 80% de los municipios, los distritos o las jurisdicciones similares.</p> <p>Línea de base 2017: 7 Meta 2025: 27</p>
Propósito del indicador	El indicador muestra si un país tiene un programa de inmunización altamente funcional como parte de un sistema de salud integral que funcione correctamente y con planes de inmunización técnicamente sólidos dirigidos a grupos poblacionales difíciles de alcanzar para aumentar la cobertura de vacunación en todos los niveles, incluidas las municipalidades, los distritos o las jurisdicciones similares.
Nota técnica	<p>La cobertura se calcula dividiendo el número de menores de 1 año que han recibido tres dosis de la vacuna DPT por la población total de menores de 1 año de un país, territorio o zona geográfica en un momento determinado.</p> <p>El indicador se refiere a las unidades subnacionales del segundo nivel administrativo, como los municipios, los distritos o las jurisdicciones similares.</p>
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 abril del año siguiente.
Unidad de la OSP	Inmunización Integral (CIM)
Fuente de los datos	Los datos se obtienen de los informes anuales que los países presentan a la Unidad de Inmunización Integral de la Familia de la OPS por medio del formulario conjunto de la OPS/OMS y el UNICEF.
Limitaciones	Los datos reflejan solo la cobertura administrativa, que puede presentar problemas de calidad de los datos y puede variar si los datos poblacionales están desactualizados o si hay mucha migración.
Referencias	1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre inmunización [Internet]. 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015; Washington, D.C.

	Washington, D.C.: OPS; 2015 (resolución CD54.R8). Disponible en https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R8-s.pdf .
Vínculo	<ul style="list-style-type: none">• Meta 5.2 de la ASSA2030• Indicador de resultado intermedio 1.5.1 (adaptado) del Plan Estratégico de la OPS 2014–2019• <i>Plan de acción sobre inmunización</i> (documento 54/7, Rev. 2), adaptado

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 4: Mayor capacidad resolutive de las redes integradas de servicios de salud (RISS) para la prevención, la vigilancia, la detección temprana, el tratamiento y la atención de las enfermedades transmisibles, incluidas las enfermedades prevenibles mediante vacunación
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 4.i: Número de países y territorios que notifican una cobertura de al menos 95% de las tres dosis de la vacuna antineumocócica a nivel nacional
Definición del indicador	Este indicador mide el número de países y territorios que notifican una cobertura de al menos 95% de los menores de 2 años con tres dosis de vacuna antineumocócica conjugada en un año determinado, expresado como porcentaje de la población correspondiente a mitad del año, en un país, territorio o zona geográfica determinada. Línea de base 2017: 5 Meta 2025: 14
Propósito del indicador	Aunque cada año se autorizan e introducen vacunas nuevas, seguras y eficaces en el mercado internacional, algunas todavía no forman parte del plan oficial de vacunación de muchos países. En algunos países que han introducido vacunas nuevas, la cobertura no es tan alta como lo es con las vacunas “tradicionales”. Este indicador ayuda a dar seguimiento a la introducción de vacunas nuevas como medio importante para fortalecer los programas de inmunización en la Región de las Américas. El plan para esta vacuna consiste en la administración de tres dosis a los menores de 2 años.
Nota técnica	Este indicador se calcula dividiendo el número de menores de 2 años que han recibido tres dosis de vacuna antineumocócica (según el plan nacional de vacunación) por la población total de niños que tienen por lo menos 1 año y menos de 2 años de edad, en un territorio o zona geográfica determinados en un momento específico. Después que se hayan obtenido datos de los países, se calculará un promedio ponderado de la población de menores de 2 años en la Región. La cobertura de 100% o más se notifica como 99%.
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 abril del año siguiente.
Unidad de la OSP	Inmunización Integral (CIM)
Fuente de los 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 conjunto de la OPS/OMS y el UNICEF.
Limitaciones	Para la mayoría de los países y territorios, los datos reflejan solo la cobertura administrativa, que puede presentar problemas de calidad de los datos y puede variar si los datos de población están desactualizados o si hay mucha migración.
Referencias	1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre inmunización [Internet]. 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2015 (resolución CD54.R8). Disponible en https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R8-s.pdf .

Vínculo	• Meta 10.4 de la ASSA2030
----------------	----------------------------

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 4: Mayor capacidad resolutive de las redes integradas de servicios de salud (RISS) para la prevención, la vigilancia, la detección temprana, el tratamiento y la atención de las enfermedades transmisibles, incluidas las enfermedades prevenibles mediante vacunación
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 4,j: Número de países y territorios que han incorporado las vacunas contra el VPH en su programa nacional de vacunación
Definición del indicador	Este indicador mide el número de países y territorios que han introducido la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) en su programa de vacunación sistemática por lo menos en una cohorte de la población objetivo (niñas y adolescentes de 9 a 14 años). Línea de base 2017: 34 Meta 2025: 44
Propósito del indicador	El VPH es sumamente común y se estima que 90% de las personas contraerán la infección en algún momento de su vida, lo que las expone al riesgo de graves problemas de salud, como el cáncer cervicouterino en las mujeres. La OMS estima que, a partir del 2017, la prevalencia mundial del VPH en las mujeres ha sido de 11,7%. América Latina y el Caribe tienen una prevalencia de 16,1%, la segunda prevalencia más alta después del África subsahariana (24%). Actualmente hay tres vacunas en el mercado que se pueden usar para prevenir los tipos de VPH de alto riesgo. Dado el importante beneficio para la salud de la vacunación contra el VPH, y con el fin de eliminar el cáncer cervicouterino, el Grupo de Expertos de la OMS en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE por su sigla en inglés) y el Grupo Técnico Asesor de la OPS sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación recomiendan a los Estados Miembros que introduzcan la vacuna en los planes de vacunación sistemática si todavía no lo han hecho. La vacuna contra el VPH debe administrarse a las niñas de 9 a 14 años antes de que comiencen a tener relaciones sexuales.
Nota técnica	Con este indicador se cuenta el número de países y territorios que tienen la vacuna contra el VPH en sus planes de vacunación. Todas las vacunas contra el VPH son sumamente eficaces para prevenir la infección por virus de los tipos 16 y 18, que, combinados, son la causa de alrededor de 70% de los casos de cáncer cervicouterino en todo el mundo. Las vacunas son también sumamente eficaces para prevenir lesiones precancerosas del cuello uterino causadas por estos tipos de virus. Los datos de ensayos clínicos y de la farmacovigilancia inicial realizada en varios continentes muestran que las tres vacunas son seguras.
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 abril del año siguiente.
Unidad de la OSP	Inmunización Integral (CIM)
Fuente de los datos	Los datos se obtienen de los informes anuales presentados por los países a la Unidad de Inmunización Familiar Integral de la OPS por medio del formulario de informe conjunto de la OPS/OMS-UNICEF.

Limitaciones	En la mayoría de los países y territorios, los datos reflejan solo la cobertura administrativa, que puede presentar problemas de calidad de los datos y puede variar si los datos poblacionales están desactualizados o si hay mucha migración.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre inmunización [Internet]. 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2015 (resolución CD54.R8). Disponible en https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R8-s.pdf. 2. Organización Panamericana de la Salud. Informes del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades prevenibles por Vacunación. Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1862:reports-technical-advisory-group-vaccine-preventable-diseases&Itemid=39430&lang=es.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 10.4 de la ASSA2030 • <i>Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030</i> (documento CD56/9), adaptado

Resultado Intermedio 5. Acceso a servicios de salud relacionados con las ENT y los trastornos de salud mental

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 5: Ampliación del acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad para la prevención, la vigilancia, la detección temprana, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos de las enfermedades no transmisibles (ENT) y los trastornos de salud mental
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 5.a: Número de países y territorios que alcanzan la meta mundial relativa a las ENT para el 2025 de detener el aumento de la diabetes determinada sobre la base de la prevalencia normalizada según la edad de hiperglucemia o diabetes en adultos mayores de 18 años
Definición del indicador	Este indicador mide el número de países y territorios que han alcanzado la meta mundial relativa a las ENT para el 2025 de detener el aumento de la diabetes. A nivel de país se le puede dar seguimiento calculando el porcentaje de personas mayores de 18 años con hiperglucemia o diabetes o que toman medicamentos para la glucemia y comparando los datos con la línea de base del 2010 para la meta mundial relativa a las ENT. Línea de base 2019: 14 Meta 2025: 14
Propósito del indicador	La diabetes es una de las principales causas de muerte prematura por enfermedades no transmisibles. El indicador refleja la prevalencia de la hiperglucemia o la diabetes en la población adulta y los cambios con el tiempo. Indica la magnitud del problema en lo que se refiere a la población adulta que necesita servicios de salud y tratamiento para controlar la diabetes.
Nota técnica	Cálculo a nivel de país (expresado como porcentaje): Numerador: Número de personas mayores de 18 años con un nivel de glucemia en ayunas de 7,0 mmol/l (126 mg/dl) o más, o que informan que están tomando medicamentos para la hiperglucemia. Denominador: Población total de mayores de 18 años. Se considera que los países y territorios que no presentan un aumento de la prevalencia de hiperglucemia o diabetes en los adultos desde el año de la línea de base hasta el año meta (2025) han cumplido este indicador.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Los Estados Miembros realizan encuestas poblacionales (preferiblemente representativas a nivel nacional) que miden la diabetes y la hiperglucemia (por ejemplo, encuestas STEPS), generalmente cada cuatro o cinco años.
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Prevención de ENT, Violencia y Traumatismos (NMFH/NV)

Fuente de los datos	Encuestas nacionales de salud basadas en la población. La OPS apoya a los Estados Miembros en el uso de la encuesta STEPS, que es una metodología afianzada y estandarizada de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las ENT.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Las encuestas nacionales basadas en la población que miden las ENT y sus factores de riesgo no se realizan con la frecuencia recomendada. Por lo tanto, los datos nacionales y regionales para este indicador a menudo están incompletos o tienen varios años de antigüedad. • Otras limitaciones podrían ser errores de medición, la falta de datos sobre la glucemia en ayunas o la validez limitada de los instrumentos de medición.
Referencias	1. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en http://www.paho.org/data/index.php/es/indicadores.html .
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 9.1 de la ASSA2030 • Indicador de resultado intermedio 2.1.5 (adaptado) del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 • <i>Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles</i> (documento CD52/7, Rev.1)

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 5: Ampliación del acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad para la prevención, la vigilancia, la detección temprana, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos de las enfermedades no transmisibles (ENT) y los trastornos de salud mental
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 5.b: Número de países y territorios que alcanzan una meta de 35% de prevalencia de la hipertensión controlada a nivel de la población (<140/90mmHg) en personas mayores de 18 años con hipertensión
Definición del indicador	Este indicador mide el número de países y territorios que tienen al menos un 35% de prevalencia de hipertensión controlada a nivel de la población (<140/90mmHg) en las personas hipertensas mayores de 18 años. Línea de base 2019: 3 Meta 2025: 12
Propósito del indicador	La hipertensión es el principal factor de riesgo de morbilidad y mortalidad por un evento cardiovascular. Con este indicador se mide el control de la hipertensión a nivel poblacional, utilizando datos de STEPS o de encuestas similares, como medida de la eficacia y la eficiencia del desempeño del sistema de salud.
Nota técnica	Cálculo a nivel país (expresado como porcentaje): Numerador: Número de personas con hipertensión controlada (personas con presión arterial sistólica inferior a 140 mmHg y presión arterial diastólica inferior a 90 mmHg, medida en ambos casos). Denominador: Total de personas con hipertensión (personas con presión arterial sistólica medida de 140 mmHg o más o presión arterial diastólica de 90 mmHg o más) o que informan que están tomando medicamentos para la hipertensión prescritos por un profesional de la salud. Cálculo a nivel regional: Una vez obtenida la prevalencia de la hipertensión controlada en los países con datos de STEPS o de encuestas similares, el indicador regional será el número de países y territorios que han alcanzado la meta establecida de 35% de prevalencia de la hipertensión controlada.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Cada cuatro o cinco años, al mismo tiempo que la encuesta sobre factores de riesgo (véase la fuente de datos más abajo). Se prevé que los países podrán presentar datos sobre este indicador seis meses después que concluya la encuesta.
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Prevención de ENT, Violencia y Traumatismos (NMH/NV)
Fuente de los datos	STEPS o encuestas nacionales similares. Se prevé que los países utilicen el enfoque STEPS, que es una metodología de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de

	las ENT. Los países pueden usar otra metodología para la vigilancia de los factores de riesgo de las ENT, pero para eso se requerirá una revisión adicional por la OPS.
Limitaciones	De acuerdo con el actual <i>Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles</i> (documento CD52/7, Rev.1), se prevé que los países realicen encuestas cada cuatro o cinco años, aunque eso no se ha hecho regularmente.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud. Noncommunicable diseases in the Region of the Americas: facts and figures. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/51483. 2. Organización Panamericana de la Salud. Monitoring and evaluation framework for hypertension control programs. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34877.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 9.1 de la ASSA2030 • Marco de impacto del 13.º PGT • Indicador de resultado intermedio 2.1.4 (adaptado) del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 5: Ampliación del acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad para la prevención, la vigilancia, la detección temprana, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos de las enfermedades no transmisibles (ENT) y los trastornos de salud mental
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 5.c: Número de países y territorios con programas de detección del cáncer cervicouterino que alcanzan una cobertura de al menos 70% de exámenes de detección en las mujeres de 30 a 49 años o en el grupo etario definido por la política nacional
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que informan que tienen un programa de detección del cáncer cervicouterino con una cobertura de por lo menos 70% de las mujeres de 30 a 49 años o del grupo etario definido en su política nacional. Se considera que las mujeres han sido evaluadas si se han sometido a una prueba de detección del cáncer cervicouterino al menos una vez en la vida o con mayor frecuencia, utilizando cualquiera de los siguientes métodos: inspección visual con ácido acético, prueba de Papanicolaou o prueba del virus del papiloma humano (VPH).</p> <p>Línea de base 2019: 6 Meta 2025: 12</p>
Propósito del indicador	El cáncer cervicouterino se encuentra entre los principales tipos de cáncer en la Región de las Américas y se puede prevenir mediante la vacunación contra el VPH y la detección y el tratamiento de las lesiones precancerosas. Este indicador medirá la cobertura a nivel poblacional del programa de detección en el grupo etario de las mujeres con mayor riesgo de cáncer cervicouterino. Es uno de los indicadores que se usa normalmente para medir la calidad de un programa de detección. La OPS/OMS recomienda una cobertura de 70% como mínimo con los exámenes de detección, seguidos de un tratamiento oportuno, para que los programas de detección del cáncer sean efectivos.
Nota técnica	Cada país hace seguimiento de forma independiente de su propia cobertura de detección del cáncer cervicouterino por medio del sistema de información del programa nacional o de encuestas poblacionales que incluyen medidas para la detección del cáncer cervicouterino. No se ha establecido un sistema de informes sistemáticos, y la calidad y la integridad de los datos sobre la cobertura de los exámenes de detección varían mucho según el país. Los Estados Miembros proporcionan información sobre la cobertura de detección estimada de su programa contra el cáncer por medio de la encuesta de la OPS/OMS sobre la capacidad de los países para hacer frente a las ENT.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	La encuesta de la OPS/OMS sobre la capacidad de los países para hacer frente a las ENT, que es la principal fuente de datos para este indicador, se realiza cada dos años.
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Prevención de ENT, Violencia y Traumatismos (NMH/NV)
Fuente de los datos	Encuesta de la OPS/OMS sobre la capacidad de los países para hacer frente a las ENT; encuestas nacionales basadas en la población que incluyen medidas para la detección del cáncer cervicouterino (si las hay).

Limitaciones	La principal limitación es la calidad y la integridad de los datos sobre la cobertura de los exámenes de detección. Esto sigue planteando dificultades, ya que requiere un sistema de información y un método sistemático y bien definido para captar regularmente información sobre las mujeres examinadas (a diferencia de las pruebas realizadas).
Referencias	1. OPS. <i>Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018–2030</i> . Washington, D.C.: OPS, 2018.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 9.1 de la ASSA2030 • Indicador de resultado intermedio 2.1.7 (adaptado) del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 • <i>Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles</i> (documento CD52/7, Rev.1) • <i>Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030</i> (documento CD56/9), adaptado

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 5: Ampliación del acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad para la prevención, la vigilancia, la detección temprana, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos de las enfermedades no transmisibles (ENT) y los trastornos de salud mental
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 5.d: Número de países y territorios que aumentan el acceso a los cuidados paliativos, determinado sobre la base del aumento del consumo de analgésicos opioides equivalentes a la morfina (excluida la metadona)
Definición del indicador	Este indicador mide el número de países y territorios donde ha aumentado el consumo de analgésicos opioides potentes equivalentes a la morfina (excluida la metadona) como indicador indirecto del acceso a los cuidados paliativos. Línea de base 2019: 0 Meta 2025: 6
Propósito del indicador	Miles de personas con ENT, especialmente cáncer, necesitan cuidados paliativos para aliviar el dolor y el sufrimiento o, cuando el tratamiento curativo no es una opción, para asegurar la mejor calidad de vida posible. A pesar de que los cuidados paliativos se consideran como parte integral de la cobertura universal de salud y el acceso universal a la salud, la mayoría de las personas que los necesitan no tienen acceso a servicios adecuados y apropiados y, en consecuencia, sufren innecesariamente. Con este indicador se mide el consumo de analgésicos opioides potentes como indicador indirecto del acceso a servicios de cuidados paliativos.
Nota técnica	Los niveles de consumo de sustancias psicotrópicas de diversos grupos se expresan con fines estadísticos como dosis diarias definidas (DDD) por mil habitantes al día. Son calculados por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) sobre la base de las estadísticas de fabricación y comercio proporcionadas por los Estados Miembros de la OPS. El equivalente de morfina es un parámetro de medición para estandarizar las dosis de opioides potentes y se toma de las proporciones de las DDD. Los datos sobre consumo de opioides se toman de los informes anuales de la JIFE.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Anual
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Prevención de ENT, Violencia y Traumatismos (NMH/NV)
Fuente de los datos	Informes anuales de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes sobre el consumo de estupefacientes
Limitaciones	Una de las posibles limitaciones es la mala calidad de los datos notificados a la JIFE.
Referencias	1. Report of the International Narcotics Control Board for 2017 (Internet). Disponible en https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2017.html .
Vínculo	Indicador 3.2.2 (adaptado) del <i>Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles</i> (documento CD52/7, Rev.1)

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 5: Ampliación del acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad para la prevención, la vigilancia, la detección temprana, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos de las enfermedades no transmisibles (ENT) y los trastornos de salud mental
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 5.e: Número de países y territorios cuyos sistemas de vigilancia tienen la capacidad de notificar sobre los indicadores clave del marco mundial de vigilancia de las enfermedades no transmisibles
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que han fijado metas nacionales con un plazo concreto para las enfermedades no transmisibles y que tienen capacidad para hacer el seguimiento de estas metas e informar al respecto de conformidad con las metas y los indicadores del marco mundial de vigilancia de la OMS para la prevención y el control de las ENT.</p> <p>Línea de base 2019: 24 Meta 2025: 35</p>
Propósito del indicador	<p>Para evaluar la capacidad de vigilancia de las ENT, se determina si los países han establecido metas nacionales y producen datos de calidad; si analizan e informan sobre la mortalidad por ENT; si han realizado una encuesta poblacional por lo menos en los últimos cinco años, y si tienen un registro de cáncer y un sistema de información sólido en el nivel de atención primaria de salud. El propósito de este indicador es registrar la capacidad de los países de dar seguimiento a un conjunto mínimo de nueve metas y 25 indicadores del marco mundial de vigilancia e informar al respecto.</p> <p>Este indicador está en consonancia con el indicador 1 de la OMS para informar a las Naciones Unidas sobre el progreso en relación con las ENT: “El Estado Miembro ha establecido metas nacionales sujetas a plazos basadas en las orientaciones de la OMS”. Los diez indicadores de seguimiento del progreso se usan para monitorear la ejecución de políticas e intervenciones presentadas en el <i>Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020</i>, de la OMS.</p>
Nota técnica	<p>La información que se necesita para evaluar este indicador se recopila cada dos años por medio de la encuesta de la OMS sobre la capacidad de los países en materia de ENT.</p> <p>Para alcanzar este indicador, el país debe: <i>a)</i> responder “sí” a la pregunta sobre si tiene un conjunto de metas nacionales con plazos establecidos, relativas a las ENT y basadas en las nueve metas mundiales voluntarias del marco mundial de la OMS para la vigilancia de las ENT, y <i>b)</i> presentar la documentación de apoyo necesaria. Las metas deben tener un plazo concreto, basarse en las nueve metas mundiales y abordar la mortalidad por ENT, así como los principales factores de riesgo que existan en el país o en su sistema de salud.</p> <p>Se solicita a los países que presenten una copia de sus planes, metas e indicadores cuando remitan su respuesta a la encuesta sobre la capacidad de los países en materia de ENT. Cuando se observan discrepancias, se las remite al país para su aclaración y modificación.</p> <p>Las nueve metas voluntarias del marco mundial de vigilancia de la OMS son:</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. una reducción relativa de 25% de la mortalidad general por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas; 2. una reducción relativa de al menos 10% del consumo nocivo de alcohol, según corresponda, en el contexto nacional; 3. una reducción relativa de 10% de la prevalencia de la actividad física insuficiente; 4. una reducción relativa de 30% de la ingesta media de sal o sodio en la población; 5. una reducción relativa de 30% de la prevalencia del consumo actual de tabaco; 6. una reducción relativa de 25% de la prevalencia de la hipertensión o contención de la prevalencia de la hipertensión, según las circunstancias nacionales; 7. interrupción del aumento de la diabetes y la obesidad; 8. al menos 50% de las personas que reúnen los criterios reciben farmacoterapia y orientación (con control glucémico) para prevenir los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares; 9. 80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles, incluidos los medicamentos genéricos necesarios para tratar las principales enfermedades no transmisibles en establecimientos tanto públicos como privados.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Cada dos años
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Prevención de ENT, Violencia y Traumatismos (NMH/NV)
Fuente de los datos	Encuesta de la OMS sobre la capacidad de los países en materia de ENT
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Como la información es autonotificada, los datos podrían presentar sesgos o reflejar una interpretación errónea de las preguntas. • La validez de los instrumentos de la encuesta podría variar.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. OMS, 2013. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Disponible en https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236. 2. OPS, 2013. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019. Disponible en https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/NCD-SP-low.pdf. 3. OPS, 2019. Plan Estratégico de la OPS 2020-2025: La equidad, el corazón de la salud. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/52717 4. OMS, 2015. Nota Técnica (1). How WHO will report in 2017 to the United Nations General Assembly on the progress achieved in the implementation of commitments included in the 2011 UN Political Declaration and 2014 UN Outcome Document on NCDs. Mayo 2015. Disponible en: https://www.who.int/nmh/events/2015/technical-note-en.pdf. 5. OMS, 2020. Monitoreo de avances en materia de las enfermedades no transmisibles 2020. Disponible en https://apps.who.int/iris/handle/10665/330805.

	<p>6. OMS. Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework: Indicator Definitions and Specifications. Disponible en: http://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators/GMF_Indicator_Definitions_Version_NOV2014.pdf</p>
<p>Vínculo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 (OMS)</i> • <i>Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019</i> • Indicadores de la ONU de las ENT • Marco mundial de vigilancia de la OMS para la prevención y el control de las ENT • Objetivos del Desarrollo Sostenible de la ONU

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 5: Ampliación del acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad para la prevención, la vigilancia, la detección temprana, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos de las enfermedades no transmisibles (ENT) y los trastornos de salud mental
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 5.f: Número de países y territorios que tienen centros de atención terciaria en los cuales hay equipos multidisciplinarios que prestan servicios de rehabilitación para traumatismos complejos
Definición del indicador	Este indicador mide el número de países y territorios que tienen equipos multidisciplinarios de rehabilitación en todos los establecimientos de salud de nivel terciario o de tercer nivel que manejan traumatismos complejos. Línea de base 2019: 6 Meta 2025: 15
Propósito del indicador	Este indicador se usa para dar seguimiento a la cobertura de los servicios de rehabilitación. Todos los establecimientos terciarios que reciben pacientes con traumatismos complejos deben tener un equipo de rehabilitación. Se supone que, si un país tiene un servicio de ese tipo, podrá ofrecer rehabilitación para personas con necesidades complejas después de un traumatismo. El logro de este indicador también puede reflejar la disponibilidad de servicios para otras necesidades de salud en el nivel terciario (por ejemplo, accidentes cerebrovasculares).
Nota técnica	Cálculo a nivel de país (expresado como porcentaje): Numerador: Número de establecimientos terciarios o de tercer nivel* que atienden traumatismos complejos** y tienen equipos multidisciplinarios de rehabilitación.*** Denominador: Total de establecimientos terciarios o de tercer nivel. Cálculo a nivel regional: Se cuenta el número de países y territorios que cumplen el indicador en un 100%. * Los establecimientos terciarios o de tercer nivel pueden definirse de manera diferente según el país, pero en todos los casos se entiende que pueden proporcionar atención sumamente especializada. Por lo general tienen de 300 a 1.500 camas y pueden contar con instalaciones para la enseñanza; a menudo se los denomina hospitales nacionales, centrales o docentes. A efectos de este indicador, son los que admiten o tratan a personas con traumatismos complejos, que se definen a continuación. ** Los traumatismos complejos son lesiones traumáticas que causan importantes o múltiples afecciones de salud que tienen un impacto en varias áreas del funcionamiento. Si no se recopilan regularmente datos sobre la medida del funcionamiento, hay que tener en cuenta los siguientes traumatismos: lesión de la médula espinal, lesión cerebral traumática y quemaduras graves.

	<p>*** La rehabilitación multidisciplinaria abarca por lo menos tres de las siguientes profesiones en el campo de la rehabilitación: medicina de rehabilitación (fisiatría), enfermería de rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional, foniatría y terapia del lenguaje, prótesis y ortesis, y psicología.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Anual
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias (NMH/MH)
Fuente de los datos	Datos de ministerios y establecimientos de salud; datos de servicios de rehabilitación, incluidas las evaluaciones STAR de la OMS; bases de datos regionales y distritales sobre traumatismos
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Este es un indicador ambicioso y no se han compilado datos completos. • El supuesto básico es que todas las personas con necesidades complejas después de sufrir un traumatismo tendrán contacto con un establecimiento de salud (probablemente de nivel terciario). • La disponibilidad de servicios no implica el acceso, al cual se debe dar seguimiento por separado. • No hay una norma mundial para las profesiones en el campo de la rehabilitación; en algunos lugares es posible que esas funciones sean desempeñadas por otras profesiones. • El indicador no capta la disponibilidad de servicios de rehabilitación en el nivel secundario o primario, que también son vitales para atender las necesidades.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud (2018). Rehabilitation indicator menu: A Component of the Framework for Rehabilitation Monitoring and Evaluation (FRAME) Tool, Version 1 (inédito). 2. Organización Mundial de la Salud (2017). Rehabilitation 2030: A call to action. Disponible en https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030. 3. Organización Mundial de la Salud (2019). Universal Health Coverage Index and Tracer Indicators. 4. Organización Mundial de la Salud (2017). Rehabilitation in health systems. WHO Press, Ginebra.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 9.3 de la ASSA2030

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 5: Ampliación del acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad para la prevención, la vigilancia, la detección temprana, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos de las enfermedades no transmisibles (ENT) y los trastornos de salud mental
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 5.g: Número de países y territorios que han aumentado la capacidad para tratar los trastornos de salud mental en el primer nivel de atención
Definición del indicador	Este indicador mide el número de países y territorios en los que ha aumentado la capacidad para tratar trastornos de salud mental en el primer nivel de atención. Línea de base 2019: 0 Meta 2025: 19
Propósito del indicador	Con este indicador se mide el grado de integración de la salud mental en la atención primaria de salud, de conformidad con los objetivos del <i>Plan de acción sobre salud mental 2015-2020</i> de la OPS y el <i>Plan de acción de salud mental 2013-2020</i> de la OMS. El indicador es importante para dar seguimiento a la transición de un modelo de atención de trastornos mentales sumamente centralizado, basado en especialistas, a un modelo descentralizado basado en la comunidad y vinculado a los servicios de atención primaria de salud.
Nota técnica	Cálculo a nivel de país: Para cumplir este indicador, el país debe informar que sus planes de acción sobre salud mental están actualizados y que cumple los dos criterios siguientes para demostrar el aumento de su capacidad: <ul style="list-style-type: none"> a) aumento del porcentaje del personal de atención primaria que ha recibido capacitación sobre salud mental de acuerdo con la norma de la Guía de intervención mhGAP; y b) aumento del número de personas con trastornos mentales que son atendidas en el primer nivel de atención.** <p>Se requiere una evaluación anual y secuencial de ambos criterios.</p> <p>* De acuerdo con el atlas de salud mental 2017, se incluye solo la formación en el servicio (un día de capacitación equivale a seis horas como mínimo). La capacitación sobre la Guía de intervención del Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP) es un ejemplo.</p> <p>** El primer nivel de atención consiste en prestadores no especializados, entre ellos médicos, enfermeras y otros trabajadores de salud, en entornos de atención general o no especializada. Deben excluirse los servicios especializados de salud mental y su personal.</p> <p>Cálculo a nivel regional:</p>

	El indicador regional se calcula contando el número de países y territorios que cumplen los criterios antedichos.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Bienal. La OPS solicitará información a los países cada dos años por medio del atlas de salud mental de la OMS.
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias (NMH/MH)
Fuente de los datos	Se consultarán los informes de las autoridades nacionales de salud y los datos más recientes del atlas. Los datos de <i>Salud en las Américas</i> mostrarán el total del personal de atención primaria de salud en cada país.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de información sistemática y confiable en muchos países sobre los procesos de capacitación en la atención primaria de salud. • Seguimiento y evaluación limitados de la Guía de intervención mhGAP y de otros tipos de capacitación sobre salud mental, y supervisión limitada de los prestadores de atención primaria de salud que han recibido capacitación de ese tipo. • La OPS y la OMS sugieren que los países actualicen el Atlas de Salud Mental de la OMS cada dos años (algunos países de la Región ya lo han hecho). No obstante, se trata de una iniciativa voluntaria que depende de los países; la OPS promueve esta actualización periódica, pero no tiene poder de decisión en ese sentido.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud. (2017). Mental Health ATLAS 2017. Ginebra: OMS. 2. Organización Mundial de la Salud. (2016). Guía de intervención mhGAP: Versión 2.0. Ginebra: OMS. Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 9.6 de la ASSA2030 • Atlas de salud mental 2017 de la OMS

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 5: Ampliación del acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad para la prevención, la vigilancia, la detección temprana, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos de las enfermedades no transmisibles (ENT) y los trastornos de salud mental
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 5.h: Número de países y territorios que han aumentado la tasa de personas ingresadas con trastornos mentales en hospitales generales
Definición del indicador	Este indicador mide el número de países y territorios que han aumentado la proporción de personas con trastornos mentales que ingresan en hospitales generales en vez de hospitales psiquiátricos. Línea de base 2019: 10 Meta 2025: 23
Propósito del indicador	Si bien los servicios basados en la comunidad son considerados ampliamente como la mejor forma de proporcionar tratamiento y atención de salud mental, muchos países de la Región de las Américas asignan la mayor parte de sus recursos de salud mental a hospitales psiquiátricos. Este indicador es fundamental para dar seguimiento a la transición de los países de la prestación de servicios de salud mental en unidades centralizadas para pacientes hospitalizados, como los hospitales psiquiátricos, a servicios de hospitales generales basados en la comunidad.
Nota técnica	Cálculo a nivel de país: Numerador: Tasa de personas con trastornos mentales ingresadas en hospitales generales durante el último año. Denominador: Tasa de personas con trastornos mentales ingresadas en hospitales psiquiátricos durante el último año. Cálculo a nivel regional: El indicador regional se calcula contando el número de países donde una proporción mayor de personas con trastornos mentales ingresó en hospitales generales durante el último año que en hospitales psiquiátricos. Los hospitales generales abarcan establecimientos públicos y privados sin fines de lucro y con fines de lucro. La frase puede referirse a una sala o unidad de psiquiatría en un hospital general o a una unidad de hospitalización psiquiátrica basada en la comunidad para niños y adolescentes, para ancianos o para otro grupo específico. No se incluyen en la definición los hospitales psiquiátricos, los establecimientos residenciales comunitarios y los establecimientos que solo tratan a personas con trastornos de abuso de alcohol o sustancias psicoactivas o con discapacidad intelectual.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios

Frecuencia de medición	Bienal. La OPS solicitará información a los países cada dos años por medio del atlas de salud mental.
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias (NMH/MH)
Fuente de los datos	Se utilizarán los datos más recientes del atlas de salud mental de la OMS. Además, se consultará a los ministerios de salud y los informes de los países.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Las deficiencias en los sistemas nacionales de información sobre la salud constituyen una limitación importante. • La OPS y la OMS sugieren que los países actualicen el atlas de salud mental de la OMS cada dos años (algunos países de la Región ya lo han hecho). No obstante, se trata de una iniciativa voluntaria que depende de los países; la OPS promueve esta actualización periódica, pero no tiene poder de decisión en ese sentido.
Referencias	1. Organización Mundial de la Salud. Mental Health ATLAS 2017. Ginebra: OMS.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 9.6 de la ASSA 2030 • Atlas de Salud Mental 2017 de la OMS

<p>Código y título del resultado intermedio</p>	<p>Resultado intermedio 5: Ampliación del acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad para la prevención, la vigilancia, la detección temprana, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos de las enfermedades no transmisibles (ENT) y los trastornos de salud mental</p>
<p>Código y título del indicador</p>	<p>Indicador del resultado intermedio 5.i: Número de países y territorios que han aumentado la tasa de personas que reciben intervenciones terapéuticas (tratamiento farmacológico, intervenciones psicosociales y servicios de rehabilitación y asistencia posteriores al tratamiento) para los trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas en la red de servicios de salud</p>
<p>Definición del indicador</p>	<p>Este indicador mide el número de países y territorios en los que ha aumentado la cobertura de las intervenciones terapéuticas (tratamiento farmacológico, intervenciones psicosociales y servicios de rehabilitación y asistencia posteriores al tratamiento) para los trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas. La cobertura se mide sobre la base de la proporción de personas que necesitan tratamiento para trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas y tienen acceso a dichos servicios.</p> <p>Nota: Se ha tratado de lograr la mayor consonancia posible con el indicador 3.5.1 de los ODS, que todavía está en estudio. Se prevé que la metodología actualizada estará disponible cuando los Estados Miembros en la Comisión de Estupefacientes aprueben la versión actualizada del cuestionario para los informes anuales de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) en marzo del 2020.</p> <p>Línea de base 2019: 6 Meta 2025: 14</p>
<p>Propósito del indicador</p>	<p>Para reducir el impacto en la salud de los trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas, es necesario fortalecer la respuesta del sistema de salud en todos los niveles, incluida la atención primaria de salud. Eso implica la formulación de políticas, directrices y leyes sobre consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, y el aumento de la capacidad de los prestadores de servicios de salud para aplicar estrategias e intervenciones basadas en la evidencia a fin de prevenir el consumo de sustancias psicoactivas y tratar los trastornos conexos en la red de servicios de salud, haciendo hincapié en los grupos en situación de vulnerabilidad.</p> <p>La mayoría de los países carecen de información actualizada sobre el consumo de sustancias psicoactivas y los trastornos que causa, de modo que es casi imposible obtener datos confiables a corto plazo para establecer una línea de base de las necesidades terapéuticas. El tratamiento de estos trastornos se ofrece principalmente por medio de organizaciones no gubernamentales y prestadores independientes que tienen pocos vínculos con el sector de la salud y poca supervisión. La integración del tratamiento de estos trastornos en todos los niveles del sistema de atención de salud pública, incluidos el primer nivel y las intervenciones basadas en la comunidad, es un paso fundamental para mejorar su cobertura y calidad.</p>

	<p>Los países han avanzado en el proceso de regulación y control del tratamiento para la población con trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas. Muchos de ellos preparan informes anuales sobre la población en tratamiento, con bases de datos administradas por observatorios nacionales sobre drogas que dependen de las autoridades nacionales de control de drogas. La mayoría de las personas con trastornos de este tipo que buscan atención en la red de servicios de salud pública lo hacen por medio de los servicios de salud mental.</p>
Nota técnica	<p>Cálculo a nivel de país (expresado como porcentaje):</p> <p>Numerador: Número de personas que han tenido contacto con servicios para el tratamiento de trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas durante el último año.</p> <p>Denominador: Total de personas que necesitan tratamiento para trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas.</p> <p>Siempre que sea posible, la cobertura del tratamiento debe desglosarse por dos grupos de sustancias psicoactivas (sustancias ilícitas, y alcohol y otras sustancias psicoactivas), así como por tipo de intervención terapéutica (tratamiento farmacológico, intervenciones psicosociales, y servicios de rehabilitación y asistencia posteriores al tratamiento).</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Bienal. Los datos para el indicador se recopilan y se presentan al final del bienio y se dan a conocer al comienzo del bienio siguiente.
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias (NMH/MH)
Fuente de los datos	Cuestionario para los informes anuales de UNODC, informes nacionales (de los observatorios nacionales de drogas) y de los ministerios de salud.
Limitaciones	Las deficiencias de los sistemas nacionales de información sobre trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas, así como las disparidades entre países en cuanto a la notificación de la cobertura y la calidad de la información proporcionada, podrían afectar la disponibilidad y la calidad de los datos.
Referencias	1. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública [Internet]. 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010. Washington, D.C.: OPS; 2010 (documento CD50/18, Rev. 1). Disponible en https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-18-s.pdf .
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Indicador 3.5.1 (adaptado) de los ODS • Marco de impacto del 13.º PGT

Resultado Intermedio 6. Capacidad resolutive ante la violencia y los traumatismos

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 6: Mejor capacidad resolutive de los servicios de salud integrales y de calidad ante la violencia y los traumatismos
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 6.a: Número de países y territorios que reducen al mínimo el intervalo entre que suceden las colisiones de tránsito y que se prestan los primeros cuidados profesionales de urgencia
Definición del indicador	Este indicador mide el número de países y territorios que han establecido y alcanzado metas para reducir al mínimo el intervalo transcurrido entre una colisión de tránsito que ocasiona traumatismos graves y el momento en que se proporcionan los primeros cuidados profesionales de urgencia. Línea de base 2019: 0 Meta 2025: 5
Propósito del indicador	Este indicador facilita el seguimiento del número de países y territorios que proporcionan servicios apropiados para las víctimas de traumatismos no fatales causados por colisiones de tránsito.
Nota técnica	Este indicador es proporcionado por los mecanismos nacionales de coordinación de los servicios de atención de urgencia.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	El indicador se mide anualmente con información obtenida de los países.
Unidad de la OSP	<ul style="list-style-type: none"> • Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental (NMH) • Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS)
Fuente de los datos	Datos recopilados por los mecanismos de coordinación nacional de los servicios de atención prehospitalaria y de urgencias.
Limitaciones	Una de las limitaciones es la dificultad para recopilar datos de todos los servicios de atención prehospitalaria y de urgencias.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud. Global road safety performance targets. Disponible en https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/12GlobalRoadSafetyTargets.pdf?ua=1. 2. Organización Mundial de la Salud. Developing voluntary global performance targets for road safety risk factors and service delivery mechanisms. 2017. Disponible en https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/WHO_Discussion_Paper_Developing_voluntary_global_performance_targets_for_road_safety_ES.pdf?ua=1.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 9.5 de la ASSA2030 • Metas mundiales de desempeño en materia de seguridad vial

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 6: Mejor capacidad resolutive de los servicios de salud integrales y de calidad ante la violencia y los traumatismos
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 6.b: Número de países y territorios que prestan servicios integrales de atención posteriores a la violación en los servicios de atención de urgencia, en consonancia con las directrices de la OMS
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que han integrado la atención posterior a la violación* en los servicios de urgencias, de conformidad con las directrices de la OMS. Para cumplir este indicador, el país debe tener servicios de atención de urgencias que cumplan los cinco criterios aplicables que se indican a continuación (véase la nota técnica).</p> <p>Línea de base 2019: 13 Meta 2025: 18</p>
Propósito del indicador	<p>Este indicador muestra si los países y territorios han integrado la atención posterior a la violación en los servicios de urgencias, de conformidad con las normas internacionales de derechos humanos y las directrices de la OMS, para medir los cambios en la disponibilidad de este tipo de atención en los servicios de urgencias para sobrevivientes de actos de violencia sexual.</p> <p>El indicador usa la atención posterior a la violación como sustituto de una respuesta integral de los servicios de salud a la violencia en todas sus formas, debido a la disponibilidad de datos. Se reconoce que diversas formas de violencia afectan a la Región de las Américas, a menudo combinadas. Por consiguiente, la OPS seguirá apoyando los esfuerzos de los Estados Miembros para fortalecer la prestación de servicios de salud en los establecimientos médicos para víctimas de todas las formas de violencia, entre ellas la violencia contra la mujer, la violencia contra los niños, la violencia juvenil, los actos de violencia perpetrados con armas de fuego y el maltrato de ancianos.</p> <p>En la <i>Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer</i> (documento CD54/9, Rev. 2), aprobada por los Estados Miembros en el 2015, se describe esta área de trabajo como una prioridad y utiliza este indicador para medir el progreso. En el <i>Plan de acción mundial de la OMS para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general</i> (documento A69/9), se propone un indicador similar.</p>
Nota técnica	<p>De acuerdo con las directrices de la OMS y con la estrategia y plan de acción de la OPS aprobada por los Estados Miembros, la atención integral posterior a la violación abarca lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> apoyo de primera línea y primeros auxilios psicológicos; anticoncepción de urgencia para mujeres que acuden en busca de atención dentro de los cinco días siguientes;

	<p>c. remisión para un aborto seguro si la mujer queda embarazada como consecuencia de la violación, cuando dichos servicios estén permitidos en la legislación nacional;</p> <p>d. profilaxis posterior a la exposición a las ITS o al VIH, según los protocolos aplicables;</p> <p>e. vacunación contra la hepatitis B.</p> <p>En el 2013, la OMS publicó una serie de directrices basadas en la evidencia sobre la forma en que debería responder el sector de la salud a las sobrevivientes de la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres, con el título <i>Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres: directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas</i>. En el 2014, la OMS publicó <i>Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual: manual clínico</i>, que contiene orientación para los prestadores de atención de salud. Si desea más detalles e información, consulte estos documentos (véanse las referencias más abajo).</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Cada dos años
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Prevención de ENT, Violencia y Traumatismos (NMH/NV)
Fuente de los datos	<ul style="list-style-type: none"> • La OPS ha recopilado datos sobre este indicador cada tres años (a partir del 2015) como parte de los requisitos para la presentación de informes vinculados a la <i>Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer</i> (documento CD54/9, Rev. 2). • En los informes de la OMS sobre los progresos realizados en la respuesta del sector de la salud al VIH y en la publicación <i>Monitoreo global del Sida</i>, de ONUSIDA, se recopilan un indicador parecido que contribuirá a la presentación de informes. • También se tratará de fortalecer las fuentes de la información y los datos sobre las mejoras en la prestación de servicios de salud en establecimientos médicos en cada unidad territorial o administrativa para las víctimas de todas las formas de violencia.
Limitaciones	La existencia de servicios de atención posterior a la violación en los servicios de urgencia no garantiza que los servicios sean de buena calidad o que todos los sobrevivientes que necesitan atención tengan acceso a la misma.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud. <i>Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer</i> (2015). Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18386/CD549Rev2_esp.pdf?sequence=8&isAllowed=y. 2. Organización Mundial de la Salud. <i>Plan de acción mundial de la OMS para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general</i> (2016). Disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_9-sp.pdf.

	<p>3. Organización Mundial de la Salud, 2013. <i>Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas</i>. Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7705/WHORHR13_10_esp.pdf?ua=1.</p> <p>4. Organización Mundial de la Salud, 2014. <i>Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o sexual. Manual clínico</i>. Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31381/OPSFGL16016-spa.pdf?ua=1.</p>
<p>Vínculo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 9.4 de la ASSA2030 • <i>Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer</i>

Resultado Intermedio 7. Personal de salud

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 7: Disponibilidad y distribución adecuadas de personal de salud competente
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 7.a: Número de países y territorios que han reducido la brecha en la densidad del personal médico, de enfermería y de partería, y han alcanzado la cifra de al menos 25 trabajadores de salud por 10.000 habitantes en zonas subatendidas, teniendo presente la meta mundial de 44,5 para el 2030
Definición del indicador	Este indicador mide el número de países y territorios que han reducido la brecha en la densidad del personal médico, de enfermería y de partería, y han alcanzado la cifra de al menos 25 trabajadores de salud por 10.000 habitantes en zonas subatendidas. Línea de base 2019: 7 Meta 2025: 16
Propósito del indicador	La densidad y la distribución del personal de salud son cruciales en lo que respecta a la capacidad de los sistemas de salud para proveer servicios de buena calidad a la población con equidad. Los datos sobre disponibilidad, distribución, calidad y desempeño del personal de salud son esenciales para la elaboración de políticas y planes nacionales en materia de recursos humanos para la salud. Este indicador apoya la planificación estratégica de los recursos humanos para la salud orientada a la meta mundial de 44,5 trabajadores de salud por 10.000 habitantes en el 2030 y, en términos más generales, a la salud universal en la Región.
Nota técnica	Numerador: Número de trabajadores de salud* basado en la dotación de personal Denominador: Población total** de las zonas subatendidas El número de trabajadores de salud se estima por 10.000 habitantes. Se recomienda desglosarlo por ocupación, nivel de actividad y nivel nacional o subnacional (es decir, región, provincia, departamento o municipio, según el país). * Los trabajadores de salud abarcan: a) los médicos titulados (incluidos los médicos generales y los especialistas) que trabajan en entornos públicos y privados en el país; b) las enfermeras profesionales tituladas que trabajan en entornos públicos y privados (incluidas las enfermeras tituladas y los técnicos de enfermería, pero no el personal auxiliar y sin licencia), y c) las parteras profesionales tituladas que trabajan en los sectores público y privado del país. La partera profesional es “una persona que ha completado un programa de capacitación en la práctica de partería reconocido en el país, basado en las competencias esenciales para la práctica básica de partería de la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y en el marco de los Estándares globales para la formación de partería de la ICM; que ha obtenido las calificaciones requeridas para registrarse o para obtener una licencia para ejercer la partería legalmente y usar el título de 'partera', y que demuestra competencia en el ejercicio de la partería”.

	<p>** Población total estimada por la División de Estadísticas de las Naciones Unidas. Si se usa otra metodología, la OPS/OMS calcula nuevamente las densidades de acuerdo con los datos sobre población de las estadísticas de las Naciones Unidas para armonizar las densidades y asegurar la comparabilidad.</p> <p>Se están elaborando las especificaciones de este indicador junto con los Estados Miembros como parte de la ejecución del <i>Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023</i>.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Números de países y territorios
Frecuencia de medición	Anual
Unidad de la OSP	Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud / Análisis de Salud y Equidad (EIH/HA)
Fuente de los datos	Los datos provendrán de los ministerios de salud u organismos de salud de los países. Otras posibles fuentes de datos son los registros o bases de datos de personal de salud; datos consolidados de establecimientos de salud (registros administrativos de rutina, sistema de gestión de la información sobre la salud, censo o encuesta de sistemas distritales de información sobre la salud); registros de consejos, cámaras o asociaciones profesionales; encuestas del personal; datos del censo de población y datos sobre población de la División de Estadísticas de las Naciones Unidas.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • En la mayoría de los países hay poca información actualizada sobre el personal de salud del sector privado que sea de dominio público. • Los sistemas de información sobre recursos humanos para la salud están poco desarrollados en algunos países. • En algunos países no hay personal especializado en sistemas de información sobre servicios humanos para la salud. • No se invierte lo suficiente en sistemas de tecnología de la información y desarrollo.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y cobertura universal de salud [Internet]. 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2017; Washington D.C. Washington, D.C.: OPS; 2017 (documento CSP29/10). Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=41533&Itemid=270&lang=es. 2. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y cobertura universal de salud [Internet]. 56.^o Consejo Directivo, 70.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 23 al 27 de septiembre del 2018; Washington D.C. Washington, D.C.: OPS; 2018 (documento CD56/10, Rev. 1) [consultado el 12 de febrero del 2019]. Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=45773&Itemid=270&lang=es. 3. Organización Mundial de la Salud (2016). National health workforce accounts: a handbook. Versión preliminar para consulta.

Vínculo	<ul style="list-style-type: none">• Indicador 3.c.1 de los ODS• Meta 3.1 de la ASSA2030• Indicador 2.1.3 del <i>Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023</i> (documento CD56/10, Rev. 1).• Indicadores básicos de la OPS• Indicadores 1-01 y 1-02 de Cuentas Nacionales del Personal de Salud• Marco de impacto del 13.º PGT• Indicador de resultado intermedio 4.5.1 (adaptado) del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019
----------------	--

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 7: Disponibilidad y distribución adecuadas de personal de salud competente
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 7.b: Número de países y territorios que tienen un equipo de salud interprofesional en el primer nivel de atención, compatible con su modelo de atención
Definición del indicador	Este indicador mide el número de países y territorios que tienen una norma técnica oficial, junto con un modelo nacional de atención basado en equipos interprofesionales en el primer nivel de atención, compatible con su modelo de atención. Línea de base 2019: 12 Meta 2025: 21
Propósito del indicador	Este indicador promueve la distribución y la retención equitativas de los trabajadores de salud por medio de una política de incentivos económicos y profesionales que considera la perspectiva de género y es compatible con las necesidades específicas de cada comunidad, especialmente en zonas subatendidas. La existencia de normas y leyes es un criterio crítico para evaluar la capacidad de los sistemas y servicios de salud para desplegar equipos interprofesionales en la atención primaria de salud.
Nota técnica	Se están elaborando las especificaciones de este indicador junto con los Estados Miembros como parte de la ejecución del <i>Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023</i> . Criterios propuestos: 1. Normas técnicas (o leyes) aprobadas oficialmente en las cuales se definen la composición y el alcance de la práctica de los equipos interprofesionales en la atención primaria de salud. 2. Modelos nacionales de atención aprobados y establecidos oficialmente, basados en equipos multidisciplinarios que trabajan en la atención primaria de salud y en redes integradas.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Semestral
Unidad de la OSP	Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, Unidad de Recursos Humanos para la Salud (HSS/HR)
Fuente de los datos	Los datos provendrán de los ministerios de salud u organismos de salud de los países. Otras posibles fuentes de datos son los registros o bases de datos de personal de salud; datos consolidados de establecimientos de salud (registros administrativos de rutina, sistema de gestión de la información sobre la salud, censo o encuesta de sistemas distritales de información sobre la salud); registros de consejos, cámaras o asociaciones profesionales; encuestas del personal; datos del censo de población y datos sobre población de la División de Estadísticas de las Naciones Unidas.

Limitaciones	La definición de equipo interprofesional (composición y alcance de la práctica), primer nivel de atención y redes integradas varía de un país a otro según el modelo de atención adoptado. Eso podría afectar la comparabilidad de los datos obtenidos para este indicador.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y cobertura universal de salud [Internet]. 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2017; Washington D.C. Washington, D.C.: OPS; 2017 (documento CSP29/10). Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=41533&Itemid=270&lang=es. 2. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y cobertura universal de salud [Internet]. 56.^o Consejo Directivo, 70.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 23 al 27 de septiembre del 2018; Washington D.C. Washington, D.C.: OPS; 2018 (documento CD56/10, Rev. 1) [consultado el 12 de febrero del 2019]. Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=45773&Itemid=270&lang=es. 3. Organización Mundial de la Salud (2016). National health workforce accounts: a handbook. Versión preliminar para consulta
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Indicador 2.2.1 del <i>Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023</i> (documento CD56/10, Rev. 1)

Resultado Intermedio 8. Acceso a las tecnologías sanitarias

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 8: Incremento del acceso equitativo a medicamentos esenciales, vacunas y otras tecnologías sanitarias que sean seguros, asequibles, clínicamente efectivos, costo-efectivos y tengan garantía de calidad, así como del uso racional de los medicamentos, con sistemas regulatorios fortalecidos que contribuyan a alcanzar el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 8.a: Número de países y territorios que aseguran que los productos incluidos en la lista de medicamentos esenciales estén disponibles sin necesidad de pago directo en el lugar de atención
Definición del indicador	Este indicador mide el número de países y territorios que cuentan con marcos jurídicos, estrategias y programas que aseguran que la población tenga acceso a los productos incluidos en la lista nacional de medicamentos esenciales sin necesidad de pago directo en el lugar de atención. Línea de base 2019: 4 Meta 2025: 10
Propósito del indicador	Este indicador ayuda a evaluar componentes críticos del acceso a los medicamentos. En los países y territorios que alcanzan el indicador, la población cuenta con medicamentos esenciales y con protección financiera para evitar una carga económica que obstaculice el acceso, en particular de los grupos poblacionales que se encuentran en situación de vulnerabilidad, los pacientes con enfermedades crónicas y los pacientes cuyo tratamiento requiera productos de alto costo.
Nota técnica	Para verificar el cumplimiento del indicador, se considerarán los siguientes tipos de documentos: leyes, decretos, resoluciones y otras normas emitidas por instituciones gubernamentales en el ejercicio de las funciones legislativas delegadas.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Anual
Unidad de la OSP	Innovación, Acceso a Medicamentos y Tecnologías Sanitarias (IMT)
Fuente de los datos	Marcos jurídicos nacionales, análisis de la organización de los sistemas y servicios de salud y, en algunos casos, estudios del acceso con medicamentos marcadores.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • La principal limitación es que un marco jurídico no garantiza la implementación o la disponibilidad de medicamentos gratuitos en el lugar de atención, pero es un buen indicador indirecto. • Otro reto será medir el indicador en sistemas de salud fragmentados. Los estudios de acceso son más informativos y precisos, pero son onerosos de realizar.
Referencias	1. Organización Panamericana de la Salud. Acceso y uso racional de medicamentos estratégicos y de alto costo y otras tecnologías de salud. Washington, D.C.: OPS; 2016 (documento CD55/10).
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Indicador 3.b.1 de los ODS

	<ul style="list-style-type: none">• Meta 5.1 de la ASSA2030• Indicador de resultado intermedio 4.3.1 (adaptado) del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019
--	---

<p>Código y título del resultado intermedio</p>	<p>Resultado intermedio 8: Incremento del acceso equitativo a medicamentos esenciales, vacunas y otras tecnologías sanitarias que sean seguros, asequibles, clínicamente efectivos, costo-efectivos y tengan garantía de calidad, así como del uso racional de los medicamentos, con sistemas regulatorios fortalecidos que contribuyan a alcanzar el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud</p>
<p>Código y título del indicador</p>	<p>Indicador del resultado intermedio 8.b: Número de países y territorios con sistemas regulatorios que llegan al nivel 3 de acuerdo con la herramienta de evaluación comparativa mundial de la OMS</p>
<p>Definición del indicador</p>	<p>Este indicador evalúa la capacidad nacional para regular las tecnologías sanitarias usando la herramienta de evaluación comparativa mundial de la OMS. Asimismo, establece el número de países y territorios con sistemas regulatorios que llegan al nivel 3 de acuerdo con la herramienta de evaluación comparativa mundial de la OMS.</p> <p>Línea de base 2019: 8 Meta 2025: 15</p>
<p>Propósito del indicador</p>	<p>Los sistemas regulatorios desempeñan un papel decisivo para asegurar la calidad, la seguridad y la eficacia de los productos médicos. Los sistemas regulatorios eficaces son un componente esencial de los sistemas de salud y contribuyen a los resultados deseados de salud pública y a la innovación. Este indicador es útil para medir la capacidad de los sistemas regulatorios nacionales y subregionales para asegurar la calidad, la seguridad y la efectividad de las tecnologías sanitarias, incluidos los medicamentos y las vacunas, a lo largo de la vida útil de los productos. En la herramienta recomendada se explican las funciones regulatorias específicas, así como los indicadores y los subindicadores, según el contexto.</p>
<p>Nota técnica</p>	<p>Las autoridades regulatorias nacionales protegen la seguridad, la calidad y la eficacia de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias, y desempeñan un papel crucial para determinar el ritmo al cual se introducen nuevos productos. El sector farmacéutico y de las tecnologías sanitarias desempeña una función esencial en la promoción y protección de la salud al asegurar que los productos y las tecnologías que se ofrecen al público por medio de los sistemas de salud cumplan las normas internacionales de calidad y seguridad. La función del gobierno, en particular el ministerio de salud, junto con otros interesados, es crear un entorno regulatorio que asegure la calidad a lo largo de la vida útil de un producto, garantice la protección del paciente y optimice los resultados en materia de salud.</p> <p>En el 50.º Consejo Directivo de la OPS, celebrado en el 2010, los Estados Miembros de la OPS reafirmaron su compromiso con el fortalecimiento de la capacidad regulatoria de las tecnologías sanitarias mediante la resolución CD50.R9, <i>Fortalecimiento de las Autoridades Regulatorias Nacionales para medicamentos y productos biológicos</i>. La Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (documento CSP29/6, Rev. 3, 2017) propone el 2030 como plazo para que una autoridad regulatoria nacional de medicamentos tenga una capacidad de nivel 3 según la herramienta de evaluación comparativa mundial de la OMS.</p>

	<p>La herramienta abarca todas las funciones regulatorias recomendadas a los Estados Miembros. La herramienta y su metodología de evaluación comparativa permiten a las autoridades regulatorias establecer los puntos fuertes y las áreas que deben mejorarse; facilitar la formulación de un plan de desarrollo institucional para aprovechar los puntos fuertes y abordar las brechas indicadas; priorizar las intervenciones del plan de desarrollo institucional, y dar seguimiento al progreso y sus logros. La evaluación de la capacidad regulatoria está a cargo de homólogos de otras autoridades regulatorias, bajo la dirección de la sede de la OMS, sus oficinas regionales y sus representaciones.</p> <p>Para cada función regulatoria, la herramienta especifica los indicadores y subindicadores necesarios para alcanzar el nivel 1, 2, 3 o 4. Se tienen en cuenta el contexto del país y sus especificidades, y hay notas descriptivas para guiar a los países en el cumplimiento de los indicadores. El grado de cumplimiento de los indicadores (no implementado, implementado parcialmente o en curso, o implementado) definirá el grado de madurez alcanzado por el sistema regulatorio.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	<p>Los países deben evaluar su capacidad regulatoria periódicamente como parte de sus sistemas de gestión de la calidad. Cuando se fortalece la capacidad y se alcanza el nivel 3, se recomienda volver a evaluar la capacidad regulatoria cada tres años para asegurar que el sistema siga funcionando y mejore continuamente.</p> <p>Cada año se actualiza el perfil regulatorio del país y se da a conocer por medio de la Plataforma Regional sobre Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias (PRAIS).</p>
Unidad de la OSP	Innovación, Acceso a Medicamentos y Tecnologías Sanitarias (IMT)
Fuente de los datos	Plataformas regionales y mundiales que compilan los resultados de la evaluación comparativa del fortalecimiento del sistema regulatorio; datos nacionales proporcionados por la autoridad regulatoria a través de procesos de autoevaluación y planes de desarrollo institucional.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Aunque los Estados Miembros han refrendado el fortalecimiento del sistema regulatorio, la evaluación de la capacidad regulatoria es voluntaria y requiere el compromiso político de cada Estado Miembro. Eso podría limitar el logro y la notificación del indicador. • También hay limitaciones relacionadas con las diferentes categorías de productos incluidas en la versión actual de la herramienta de evaluación comparativa mundial de la OMS, en particular los medicamentos y las vacunas. Se espera que, en versiones futuras, se aborden también los productos sanguíneos (sangre entera, componentes sanguíneos y productos medicinales derivados del plasma) y los dispositivos médicos, incluidos los medios de diagnóstico. Se han desarrollado versiones beta de estas herramientas y se prevé que la OMS las termine en el 2019.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud. Global Benchmarking Tool (GBT). 2. Organización Mundial de la Salud. Fortalecimiento del sistema de reglamentación de los productos médicos.

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos (documento CD50/20 y resolución CD50.R9). 4. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (documento CD53/5 y resolución CD53.R14). 5. Organización Panamericana de la Salud. El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo (documento CD55/10, Rev. 1 y resolución CD55.R12). 6. Organización Panamericana de la Salud. Funciones esenciales de salud pública (documento CD42/15). 7. Organización Panamericana de la Salud. Armonización de la reglamentación farmacéutica en las Américas (documento CD42/13 y resolución CD42.R11).
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 5.3 de la ASSA2030 • Indicador de resultado intermedio 4.3.2 (adaptado) del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 8: Incremento del acceso equitativo a medicamentos esenciales, vacunas y otras tecnologías sanitarias que sean seguros, asequibles, clínicamente efectivos, costo-efectivos y tengan garantía de calidad, así como del uso racional de los medicamentos, con sistemas regulatorios fortalecidos que contribuyan a alcanzar el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 8.c: Número de países y territorios que aumentan el número de unidades de sangre disponibles para transfusión por 1.000 habitantes al menos en un 5% al año hasta llegar a la meta de 30 unidades de sangre disponibles para transfusión por 1.000 habitantes
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios en los que ha aumentado las unidades de sangre disponibles para transfusión al menos en un 5% al año. La meta para los países es 30 unidades de sangre para transfusión. Sin embargo, el indicador se cumplirá cuando los países aumenten ese número en un 5% al año y lleguen al menos a 20 unidades de sangre para transfusión.</p> <p>Línea de base 2019: 7 Meta 2025: 16</p>
Propósito del indicador	Con este indicador se mide la disponibilidad real de sangre y componentes sanguíneos, ya que tiene en cuenta no solo las unidades recolectadas, sino también la pérdida o el desperdicio de unidades de sangre por causas como infecciones transmitidas por transfusiones, problemas de calidad y caducidad de la sangre almacenada. La disponibilidad real es un indicador indirecto de la eficiencia de la organización de los servicios de recolección y transfusión de sangre en un país, de acuerdo con el plan regional de la OPS de acceso a la sangre para el 2014-2019.
Nota técnica	<p>Para calcular el indicador, cada país tiene que calcular las unidades de sangre disponibles para transfusión por 1.000 habitantes en un año dado y luego medir la variabilidad porcentual de las unidades de sangre disponibles para transfusión el año siguiente.</p> $\left(\frac{N^* \text{ de unidades de sangre recolectadas} - N^* \text{ de unidades desechadas}}{\text{Población (número de habitantes)}} \right) \times 1.000 = \text{unidades por 1.000 habitantes al año}$ <p>Unidades de sangre disponibles para transfusión: unidades de glóbulos rojos y sangre entera disponibles en el país para atender las necesidades ordinarias de 1.000 habitantes en un año dado.</p> <p>N* de unidades de la sangre recolectadas: total de unidades recolectadas en el país ese año.</p> <p>N* de unidades desechadas: unidades desechadas por cualquiera de las siguientes causas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • infecciones transmitidas por transfusiones: unidades de sangre desechadas porque dieron resultado positivo en pruebas con reactivos; • calidad: unidades de sangre desechadas por problemas de almacenamiento, interrupción de la cadena de frío u otras fallas del sistema de control de calidad; • vencimiento: unidades de sangre desechadas porque estaban vencidas. <p>Población: número de habitantes del país en ese año</p>
Tipo de indicador	Absoluto

Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Anual
Unidad de la OSP	Innovación, Acceso a Medicamentos y Tecnologías Sanitarias (IMT)
Fuente de los datos	Los Estados miembros presentan estos datos anualmente como parte de su compromiso con el <i>Plan de acción para el acceso universal a sangre segura</i> (resolución CD53.R6).
Limitaciones	Existe la posibilidad de que los países no informen.
Referencias	1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para el acceso universal a sangre segura. Washington D.C.: OPS; 2014 (resolución CD53.R6).
Vínculo	Meta 5.6 de la ASSA2030

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 8: Incremento del acceso equitativo a medicamentos esenciales, vacunas y otras tecnologías sanitarias que sean seguros, asequibles, clínicamente efectivos, costo-efectivos y tengan garantía de calidad, así como del uso racional de los medicamentos, con sistemas regulatorios fortalecidos que contribuyan a alcanzar el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 8.d: Número de países y territorios que tienen reglamentos y mecanismos de supervisión que aseguran el acceso a servicios radiológicos seguros y de buena calidad
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que tienen un sistema de normas y capacidad para supervisar los servicios radiológicos de acuerdo con lo dispuesto en <i>Protección radiológica y la seguridad de las fuentes de radiación: Normas básicas internacionales de seguridad</i>. Estas normas fueron elaboradas y avaladas por la Comunidad Europea, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, el Organismo Internacional de Energía Atómica, la Organización Internacional del Trabajo, la Agencia para la Energía Nuclear de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, la Organización Mundial de la Salud, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la OPS (resolución CSP28.R15).</p> <p>Línea de base 2019: 0 Meta 2025: 13</p>
Propósito del indicador	Para asegurar la calidad y la seguridad de los servicios radiológicos, es necesario cumplir los requisitos aplicables de las normas básicas internacionales. El indicador da seguimiento al progreso de la Región hacia el cumplimiento de estas normas.
Nota técnica	Si bien las normas básicas internacionales abarcan todas las situaciones de exposición a la radiación, para el cumplimiento de este indicador se deben tener en cuenta solamente los requisitos aplicables a todos los servicios médicos que usan radiación ionizante (servicios radiológicos). Como parte de esos requisitos, los gobiernos deben establecer una autoridad o un sistema de autoridades facultadas legalmente para llevar a cabo el proceso regulatorio, incluida la autorización de los servicios. Esto significa que el país debe cumplir los requisitos generales (2.1 a 2.52) de las normas básicas internacionales y los requisitos relativos a situaciones de exposición planificadas (3.1 a 3.184).
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Anual
Unidad de la OSP	Innovación, Acceso a Medicamentos y Tecnologías Sanitarias (IMT)
Fuente de los datos	Sistemas de información de los países y sistemas de información de la OPS y el OIEA.
Limitaciones	Algunos países no tienen un sistema formal para regular y supervisar los servicios radiológicos. Otros países tienen un sistema, pero no han actualizado las normas a fin de que se ciñan a las normas básicas internacionales o la capacidad de supervisión es limitada. Durante el proceso de creación de esta capacidad, habrá muchos países que lograrán

	parcialmente el indicador. Solo los países que cumplan en medida suficiente los requisitos antedichos habrán alcanzado el indicador.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organismo Internacional de Energía Atómica. Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación: Normas básicas internacionales de seguridad. Viena: OIEA, 2014. Disponible en https://www-pub.iaea.org/MTCD/Publications/PDF/SupplementaryMaterials/SupM_Pub1531_Spanish.pdf. 2. Organización Panamericana de la Salud. Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación: Normas básicas internacionales de seguridad. Washington, D.C.: OPS; 2012 (resolución CSP28.R15). Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18936&Itemid=270&lang=es. 3. Organismo Internacional de Energía Atómica. Radiation protection and safety in medical uses of ionizing radiation. Viena: OIEA; 2018. Disponible en https://www-pub.iaea.org/books/IAEABooks/11102/Radiation-Protection-and-Safety-in-Medical-Uses-of-Ionizing-Radiation.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 5.5 de la ASSA2030

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 8: Incremento del acceso equitativo a medicamentos esenciales, vacunas y otras tecnologías sanitarias que sean seguros, asequibles, clínicamente efectivos, costo-efectivos y tengan garantía de calidad, así como del uso racional de los medicamentos, con sistemas regulatorios fortalecidos que contribuyan a alcanzar el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 8.e: Número de países y territorios que tienen reglamentos y mecanismos de supervisión que aseguran la disponibilidad de servicios farmacéuticos de buena calidad
Definición del indicador	Este indicador mide el número de países y territorios que tienen disposiciones que aseguran que los servicios farmacéuticos sean una parte integral de los servicios de salud y cumplan las normas y las funciones bajo la supervisión de farmacéuticos profesionales. Línea de base 2019: 3 Meta 2025: 7
Propósito del indicador	El indicador es fundamental para apoyar el desarrollo, la colaboración y la integración de los servicios farmacéuticos como parte de los servicios de atención de salud.
Nota técnica	Para cumplir el indicador, el país debe tener disposiciones oficiales vigentes que establezcan el papel de los servicios farmacéuticos integrados y las normas que se les apliquen, bajo la supervisión de un farmacéutico, en la red integrada de servicios de salud. Las normas deben ceñirse a las recomendaciones de los documentos de referencia mundiales (véanse las referencias). Las disposiciones jurídicas o las normas oficiales deben establecer o requerir todo lo siguiente: 1) Los servicios farmacéuticos requieren la presencia o la supervisión de un farmacéutico. 2) Los servicios farmacéuticos cumplen las normas nacionales o locales de la práctica en relación con: <i>a)</i> los procedimientos obligatorios para el manejo de productos médicos; <i>b)</i> la función de los servicios farmacéuticos en las actividades de prevención y promoción; <i>c)</i> la información que se brinda al paciente sobre los medicamentos; <i>d)</i> la participación en la notificación de farmacovigilancia; <i>e)</i> el seguimiento de la farmacoterapia de los pacientes, y <i>f)</i> la coordinación interprofesional con el médico u otros profesionales de la salud cuando sea necesario.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Cada dos años
Unidad de la OSP	Innovación, Acceso a Medicamentos y Tecnologías Sanitarias (IMT)
Fuente de los datos	Legislación nacional, normas y regulaciones.
Limitaciones	Una disposición jurídica no garantiza necesariamente la calidad de los servicios, pero se la utiliza como un indicador indirecto.
Referencias	1. Organización Mundial de la Salud. WHO Technical Report Series, No. 961, 2011, Annex 8: Joint FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice: standards for quality of pharmacy services.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo de la práctica de farmacia centrada en la atención del paciente. OMS/FIF, 2006. Disponible en https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s14094s/s14094s.pdf. 3. Organización Panamericana de la Salud. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C.: OPS; 2006. Disponible en https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/SerieRAPSANo6-2013.pdf.
Vínculo	Ninguno

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 8: Incremento del acceso equitativo a medicamentos esenciales, vacunas y otras tecnologías sanitarias que sean seguros, asequibles, clínicamente efectivos, costo-efectivos y tengan garantía de calidad, así como del uso racional de los medicamentos, con sistemas regulatorios fortalecidos que contribuyan a alcanzar el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 8.f: Número de países y territorios que han aplicado marcos y estrategias institucionales o marcos jurídicos para la evaluación, la selección y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias, incluidos los antibióticos
Definición del indicador	Este indicador mide el número de países y territorios que han establecido un marco y estrategias con mecanismos basados en la evidencia para evaluar y seleccionar medicamentos y dispositivos médicos, incorporarlos en el sistema de salud y elaborar guías clínicas y estrategias para dar seguimiento al uso de medicamentos y dispositivos médicos, incluidos los antibióticos. Línea de base 2019: 3 Meta 2025: 10
Propósito del indicador	El indicador apoya el uso de un enfoque integrado y completo de la evaluación y el uso de medicamentos y otras tecnologías sanitarias, incluidos los productos farmacéuticos, los productos biológicos, los dispositivos médicos y los medios de diagnóstico. El objetivo es asegurar el acceso a productos de salud costo-efectivos y eficaces, y la asignación racional de recursos para promover la sostenibilidad del sistema de salud y mejorar los resultados.
Nota técnica	Para cumplir el indicador, el país debe contar con decretos, resoluciones, normas o regulaciones oficiales y válidos que establezcan estructuras y mecanismos basados en la evidencia para evaluar y seleccionar medicamentos y otras tecnologías sanitarias e incorporarlos en el sistema de salud, así como indicadores para evaluar su uso de acuerdo con las guías clínicas.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Cada dos años
Unidad de la OSP	Innovación, Acceso a Medicamentos y Tecnologías Sanitarias (IMT)
Fuente de los datos	Marcos jurídicos y disposiciones del país
Limitaciones	Una disposición jurídica no garantiza necesariamente su implementación verdadera, pero se la usa como indicador indirecto.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud. Progresos realizados en el uso racional de los medicamentos. Resolución WHA60.16. Disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/S/reso-60-sp.pdf. 2. Organización Mundial de la Salud. Acceso a los medicamentos esenciales. Resolución WHA67.22. Disponible en http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21453es/s21453es.pdf. 3. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud. Resolución CSP28.R9. Disponible en

	<p>https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18921&Itemid=270&lang=es.</p> <p>4. Organización Panamericana de la Salud. El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo. Resolución CD55.R12. Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=36466&Itemid=270&lang=es.</p>
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 5.4 de la ASSA2030 • Marco de impacto del 13.º PGT

Resultado Intermedio 9. Fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 9: Fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza de las autoridades nacionales de salud para guiar la transformación de los sistemas de salud y desempeñar las funciones esenciales de salud pública a fin de avanzar hacia la salud universal
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 9.a: Número de países y territorios que, en comparación con el 2020, para el año 2025 han logrado una reducción de al menos en 10 puntos porcentuales en la población que informa sobre obstáculos de acceso a los servicios de salud
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que, para el 2025, logren una reducción de al menos 10 puntos porcentuales en la población que notifica la presencia de obstáculos para el acceso a los servicios de salud en comparación con el 2020. Los obstáculos para el acceso podrían ser culturales, institucionales, organizacionales, económicos o geográficos.</p> <p>Línea de base 2019: 0 Meta 2025: 12</p>
Propósito del indicador	La medición de este indicador ayudará a comprender los factores que influyen en el acceso a la atención de salud en la Región de las Américas y la eficacia de las medidas que estén tomando los países para que el acceso sea más equitativo. Para lograr la equidad en el acceso se necesitan intervenciones que aborden los determinantes modificables del acceso a los servicios de salud, entre ellos las características del sistema de salud (por ejemplo, institucionales) y las características de las personas o los grupos poblacionales (por ejemplo, conocimientos y comunicación). Los sistemas de salud pueden aumentar las inequidades en materia de salud si no tienen en cuenta las necesidades y la situación socioeconómica de los grupos subatendidos.
Nota técnica	<p>El porcentaje de la población que notifica la presencia de obstáculos es el porcentaje de personas que dicen que tuvieron un problema de salud en los 30 a 90 días precedentes y que no buscaron servicios de salud formales, en relación con el total de personas encuestadas que dicen que tuvieron un problema de salud en el mismo período.</p> <p>Numerador: Número de personas que dicen que tuvieron un problema de salud en los 30 a 90 días anteriores a la encuesta y que no buscaron servicios de salud formales por razones culturales, institucionales, económicas o geográficas.</p> <p>Denominador: Total de personas que dicen que tuvieron un problema de salud en los 30 a 90 días anteriores a la encuesta.</p> <p>Los obstáculos al acceso se clasifican en las siguientes categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> • institucionales: esperas prolongadas, falta de resolución del problema de salud, escasez de recursos (medicamentos o personal), estigma y discriminación; • geográficos: falta de servicios de salud cercanos; • económicos: incapacidad para pagar los servicios;

	<ul style="list-style-type: none"> culturales: diferencias de idioma; preferencia por la medicina indígena, homeopática o alternativa; interferencia de un miembro de la familia que impide el acceso a la atención de salud.
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	Sistemas y Servicios de Salud / Atención primaria de salud y prestación de servicios integrados (HSS/PH)
Fuente de los datos	Encuestas de hogares con un módulo especial de salud; datos administrativos de establecimientos de salud.
Limitaciones	La búsqueda de atención está relacionada con las percepciones generales de las personas sobre su estado de salud, la gravedad de la enfermedad y las consecuencias de no tratarla. Además, puede reflejar creencias sobre la calidad de los servicios o la capacidad para superar los obstáculos de acceso percibidos. Para evaluar este indicador, es importante comprender mejor las razones por las cuales las personas no buscan servicios de salud.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> Báscolo E, Houghton N, del Riego A. Construcción de un marco de monitoreo para la salud universal. <i>Rev Panam Salud Pública</i> 2018; 42:e81. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.81. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de la transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultado en acceso y cobertura de salud. <i>Rev Panam Salud Pública</i> 2018; 42:e126. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126. Penchansky, R, Thomas, JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. <i>Medical Care</i> 1981 (19):127-140.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> Meta 2.1 de la ASSA2030

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 9: Fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza de las autoridades nacionales de salud para guiar la transformación de los sistemas de salud y desempeñar las funciones esenciales de salud pública a fin de avanzar hacia la salud universal
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 9.b: Número de países y territorios que han alcanzado al menos el 60% de su capacidad para desempeñar las funciones esenciales de salud pública
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que han alcanzado al menos 60% de su capacidad para ejercer las siguientes funciones esenciales de salud pública (FESP):</p> <ul style="list-style-type: none"> • seguimiento y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño de los sistemas de salud; • vigilancia de la salud pública, control y gestión de riesgos para la salud y emergencias; • promoción y gestión de la investigación y el conocimiento para la salud; • formulación, aplicación y supervisión de leyes, políticas y marcos regulatorios en el ámbito de la salud; • participación y movilización social, incluidos los agentes estratégicos y la transparencia; • desarrollo de recursos humanos para la salud; • acceso y calidad de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias; • financiamiento para la salud; • acceso equitativo a servicios de salud de calidad; • acceso equitativo a intervenciones poblacionales y comunitarias para promover la salud y prevenir enfermedades; • gestión y promoción de intervenciones para abordar los determinantes sociales de la salud. <p>Línea de base 2019: 0 Meta 2025: 19</p>
Propósito del indicador	Con este indicador se evaluará el progreso en el fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de salud para aplicar medidas integrales e integradas de salud pública. La mejora del desempeño de las FESP se ha convertido en una estrategia fundamental para que los sistemas de salud puedan abordar la complejidad y la multicausalidad de los problemas de salud pública en la Región de las Américas.
Nota técnica	<p>La capacidad para aplicar medidas integrales e integradas de salud pública se considerará aceptable cuando el país cumpla un conjunto de indicadores recomendados por la OPS/OMS para cada una de las FESP antedichas. Para verificar que se cumplen los requisitos, se administrará a los países un cuestionario preparado por la OPS.</p> <p>La OPS está actualizando la metodología para medir las FESP, en consonancia con la revisión del marco conceptual realizada en el 2017-2018. Esta metodología tiene dos elementos: primero, la elaboración de una lista de las estructuras estatales responsables del desempeño de las FESP; segundo, el análisis del desempeño de las once FESP descritas anteriormente, basado en una combinación de métodos cuantitativos y cualitativos. Esta metodología promoverá la participación de diversos interesados, entre ellos el sector académico, la sociedad civil y entidades estatales responsables de la salud pública, y será</p>

	suficientemente flexible para que pueda aplicarse a nivel tanto nacional como subnacional. La metodología y las herramientas estarán listas para fines del 2019, y la Oficina facilitará la orientación y capacitación de los Estados Miembros en su aplicación. Se prevé que los países establezcan su línea de base en el 2020, elaboren un plan para mejorar el desempeño, incluida la definición de metas, y realicen revisiones periódicas.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Cada dos años, comparando la línea de base con el fin del período de evaluación.
Unidad de la OSP	Sistemas y Servicios de Salud / Atención primaria de salud y prestación de servicios integrados (HSS/PH)
Fuente de los datos	<ul style="list-style-type: none"> Herramienta de la OPS/OMS para evaluar las funciones esenciales de salud pública (versión 2019) Herramientas de los Estados Miembros para evaluar las funciones esenciales de salud pública
Limitaciones	Para que el indicador sea exacto, se requiere una coordinación adecuada con los países para realizar la evaluación, la recopilación de datos actualizados y el análisis.
Referencias	1. Organización Panamericana de la Salud. Marco conceptual y metodológico de las funciones esenciales de salud pública. Washington, D.C.: OPS; 2018.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> Meta 2.2 de la ASSA2030

Resultado Intermedio 10. Aumento del financiamiento público destinado a la salud

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 10: Aumento y mejora del financiamiento público sostenible para la salud, con equidad y eficiencia
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 10.a: Número de países y territorios que han aumentado el gasto público destinado a la salud en al menos 6% del producto interno bruto
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que han aumentado el gasto público general en salud al 6% de producto interno bruto (PIB).</p> <p>Línea de base 2019: 7 Meta 2025: 15</p>
Propósito del indicador	El indicador refleja el progreso de los países hacia un mayor gasto público destinado a la salud, de manera eficiente y con equidad, para avanzar hacia la salud universal. La evidencia sugiere que el gasto público en salud debe ser por lo menos el 6% del PIB para asegurar el acceso a servicios de salud de buena calidad para la población.
Nota técnica	<p>El gasto público en salud incluye los desembolsos de las unidades institucionales en todos los niveles gubernamentales (central, estatal, provincial y local), más los gastos obligatorios de seguridad social relacionados con la salud. Se calcula utilizando datos presupuestarios y administrativos. El PIB representa una medida de la actividad económica de un país en un año dado.</p> <p>El gasto público en salud de un país se calcula dividiendo ambos componentes y multiplicando el producto por 100. La fórmula es la siguiente:</p> $\text{Gasto público en salud como porcentaje del PIB} = \frac{\text{gasto público en salud}}{\text{PIB}} * 100$ <p>donde PIB es el producto interno bruto.</p> <p>Se considerará que los países y territorios cuyo gasto público en salud llegue por lo menos al 6% del PIB habrán cumplido el indicador.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	El indicador se recopila anualmente con un retraso de aproximadamente dos años (por ejemplo, en diciembre del 2018 se contaba con datos correspondientes al 2016).
Unidad de la OSP	Sistemas y Servicios de Salud / Atención primaria de salud y prestación de servicios integrados (HSS/PH)
Fuente de los datos	Los datos sobre el gasto en salud del gobierno central y los gobiernos regionales, provinciales, estatales, 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 los presupuestos nacionales proporcionados por los

	<p>ministerios de salud, y de los datos presupuestarios y los estados financieros proporcionados por las instituciones de seguridad social. Los datos sobre el PIB y los tipos de cambio provienen de la base de datos en línea del Fondo Monetario Internacional sobre estadísticas financieras internacionales.</p> <p>La OMS encabeza el proceso de recolección de datos y los publica anualmente en su base de datos mundiales sobre el gasto en salud. La Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos publica el mismo indicador y también recopila datos. La OPS, el Banco Mundial y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe publican todos los datos de esas fuentes, o algunos, en diferentes formatos.</p>
Limitaciones	<p>El Sistema de Cuentas de Salud 2011 admite diferentes interpretaciones en algunos casos específicos con respecto a lo que constituye el gasto público, lo cual podría llevar a resultados diferentes en esos casos.</p>
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cid Pedraza C, Matus-López M, Báscolo E. Espacio fiscal para salud en las Américas: ¿es suficiente el crecimiento económico? <i>Rev Panam de Salud Pública</i> 2018; 42:e86. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.86. 2. Cid Pedraza C, Pagano JP, Pescetto C, Prieto L. Espacio fiscal para el financiamiento sostenible de los sistemas de salud y la salud universal. <i>Rev Panam Salud Pública</i> 2018; 42:e197. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.197 3. Etienne CF. Investing in universal health in the Americas. <i>Rev Panam Salud Pública</i> 2018; 42:e90. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.90. 4. Matus-López M, Prieto Toledo L, Cid Pedraza C. Evaluación del espacio fiscal para la salud en Perú. <i>Rev Panam Salud Pública</i> 2016; 40(1):64–69. 5. Matus-López M, Cansino Pozo D, Cid Pedraza C, Valdés Romero W. Evaluación del espacio fiscal para salud en Bolivia. <i>Rev Panam Salud Pública</i> 2018; 42:e4. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.4. 6. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. <i>Documento Oficial 345</i>. Washington D.C.: OPS; 2013. 7. Organización Panamericana de la Salud. Espacio fiscal para la salud en América Latina y el Caribe. Serie Salud Universal, Washington, D.C.: OPS; 2018. 8. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2014. (Documento CD53/5, Rev. 2). Disponible en https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf. 9. Organización Panamericana de la Salud. Financiamiento de la salud en las Américas. Salud en las Américas 2017. Washington, D.C.: OPS; 2017. 10. Prieto Toledo L, Montañez Ginocchio V, Cid-Pedraza C. Espacio fiscal para salud en Honduras. <i>Rev Panam Salud Pública</i> 2018; 42:e8. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.8. 11. Rathe M, Hernández P, Van Mosseveld C, Pescetto C, Van de Maele N. Health accounts from past to present for a political arithmetic. <i>Rev Panam Salud Pública</i> 2018; 42:e89. doi: https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.8. 12. Organización Mundial de la Salud. Global Health Expenditure Database. Disponible en http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en.

	<p>13. 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.</p> <p>14. Xu K, Sakena P, Jowett M, Indikadhena Ch, Kutzin J, Evans D. Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk. World health report 2010, Background Paper No. 19.</p>
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 4.1 de la ASSA2030 • Indicadores básicos de la OPS • Indicador de resultado intermedio 4.1.2 (adaptado) del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 • Marco de impacto del 13.º PGT

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 10: Aumento y mejora del financiamiento público sostenible para la salud, con equidad y eficiencia
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 10.b: Número de países y territorios que han asignado al menos 30% del gasto público en salud al primer nivel de atención
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que han asignado por lo menos 30% del gasto público en salud a intervenciones en el primer nivel de atención. La metodología para calcular el valor de 30% puede variar según el contexto nacional, según la estructura del primer nivel de atención en cada país.</p> <p>Línea de base 2019: 0 Meta 2025: 8</p>
Propósito del indicador	<p>El gasto en el primer nivel de atención refleja los recursos financieros utilizados para pagar todos los insumos y las funciones que son necesarios para prestar servicios en el primer nivel de atención (recursos humanos, medicamentos y tecnologías sanitarias, infraestructura, mejora de la calidad, servicios de salud pública, gestión y coordinación, acción intersectorial, etc.). La estrategia para la salud universal propone que, al aumentar el gasto público en salud por lo menos al 6% del PIB, una asignación equitativa y eficiente de los recursos debe priorizar el primer nivel de atención, buscando mejorar su capacidad resolutoria y su capacidad para organizar la prestación de servicios de salud de manera integrada. Hay consenso en que el fortalecimiento del primer nivel de atención mejorará los resultados en materia de salud y la eficiencia del gasto en atención de salud. El gasto en el primer nivel de atención es, por lo tanto, un parámetro decisivo para determinar si los recursos financieros se asignan de manera eficiente. El seguimiento del nivel de dicho gasto es esencial para fundamentar la formulación de políticas, las decisiones y la planificación para mejorar el desempeño de los sistemas de salud con equidad, eficiencia y sostenibilidad.</p>
Nota técnica	<p>Para medir el porcentaje del gasto público de un país destinado a la salud que se asigna al primer nivel de atención, se necesita del aporte mayor de los expertos de los Estados Miembros. La OPS consultará a expertos para elaborar una metodología específica basada en las clasificaciones del Sistema de Cuentas de Salud 2011. Esta metodología abordará las diferentes funciones de salud (salud individual y salud pública colectiva), los sistemas de financiamiento de la salud pública y los prestadores de atención de primer nivel. El indicador está en elaboración y hay que afinarlo como parte de estas consultas.</p> <p>La fórmula es:</p> $GPPN \text{ como porcentaje del gasto público en salud} = \frac{GPPN}{\text{gasto público en salud}} * 100$ <p>donde GPPN es el gasto público en salud asignado al primer nivel de atención.</p> <p>Se considerará que los países y territorios cuyo GPPN llegue por lo menos al 30% del gasto público en salud habrán cumplido el indicador.</p>

Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Los datos se recopilan y se publican anualmente en la base de datos mundiales de la OMS sobre el gasto en salud en la primera mitad de diciembre de cada año, con un retraso de dos años (t-2).
Unidad de la OSP	Sistemas y Servicios de Salud / Atención primaria de salud y prestación de servicios integrados (HSS/PH)
Fuente de los datos	Los datos se publican en la base de datos mundiales de la OMS sobre el gasto en salud.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • La definición de servicios de atención primaria representa un reto, ya que los países podrían tener diferentes definiciones según su propio modelo de atención y el grado de desarrollo de su sistema de salud. • El indicador se obtiene utilizando los datos del Sistema de Cuentas de Salud 2011. Sin embargo, actualmente hay datos actualizados sobre la clasificación de la atención de salud (gasto por función) solo de cinco países de la Región; otros seis tienen datos de este tipo correspondientes a años anteriores. Es necesario sensibilizar a los países sobre la necesidad de producir cuentas de salud de manera continua, y se requiere apoyo técnico para desarrollar la capacidad nacional para producir y mantener cuentas nacionales de salud.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud. Global Health Expenditure Database. Disponible en http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/es. 2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008. 3. Organización Mundial de la Salud. Measuring primary health care expenditure in low and middle-income countries. Conference paper 25-26 October 2018. Disponible en https://improvingphc.org/sites/default/files/Primary%20health%20care%20expenditure-full-2018-10-19_0.pdf. 4. OCDE. Deriving preliminary estimates of primary care spending under the SHA2011 framework. Disponible en https://www.oecd.org/health/health-systems/Preliminary-Estimates-of-Primary-Care-Spending-under-SHA-2011-Framework.pdf. 5. Friedberg, MW, Hussey PS, y EC Schneider (2010). Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. <i>Health Affairs</i> (29):766-72. Disponible en https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2010.0025.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 4.1 de la ASSA2030

Resultado Intermedio 11. Fortalecimiento de la protección financiera

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 11: Fortalecimiento de la protección contra riesgos y dificultades financieras relacionados con la salud para todas las personas
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 11.a: Número de países y territorios en los que ha disminuido en 20% el porcentaje de personas en hogares que registran gastos directos catastróficos en salud
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios donde ha disminuido en 20% el porcentaje de personas en hogares que experimentan un gasto catastrófico en salud como consecuencia de los pagos directos (gastos de bolsillo) en el lugar de servicio. El gasto en salud de los hogares se considera “catastrófico” cuando representa una gran parte de su ingreso o su consumo.</p> <p>Línea de base 2019: 0 Meta 2025: 12</p>
Propósito del indicador	<p>El acceso a la atención en salud debe basarse en la necesidad, en vez de la capacidad de pago. La falta de protección financiera se considera como uno de los obstáculos más importantes para el acceso a los servicios de salud y una de las principales fuentes de inequidades en la salud. Los pagos directos se consideran como la manera menos equitativa de financiar la atención de salud, dado que pueden limitar la calidad y el alcance de la atención recibida. Los gastos directos también pueden representar una fuente de ineficiencia, ya que desincentivan el acceso a los servicios de salud cuando se los necesita, lo cual puede llevar a las personas a demorar la atención hasta que el problema se agrave y el tratamiento sea más costoso o menos eficaz. La estrategia de salud universal propone que el aumento de la protección financiera reducirá la inequidad en el acceso a la salud y que los países deberían avanzar progresivamente hacia la eliminación de los pagos directos en el lugar de servicio como fuente de financiamiento. La disminución de los pagos catastróficos es un indicador de protección financiera, aunque no el único.</p>
Nota técnica	<p>A efectos de este indicador, el gasto en salud se considera catastrófico cuando excede el 25% del consumo de los hogares. El consumo de los hogares equivale al ingreso total de los hogares. La capacidad de pago es el ingreso total del hogar menos el gasto no discrecional necesario para cubrir las necesidades básicas del hogar (más allá del gasto en alimentos).</p> <p>La fórmula es:</p> $PDC \text{ como porcentaje del total de hogares} = \frac{PDC}{\text{total de hogares}} * 100$ <p>donde PDC es el número de hogares que realizan pagos directos catastróficos en salud.</p> <p>A continuación se explica el método con más detalles. Usando las encuestas, Wagstaff y van Doorslaer (2003) miden la incidencia de gastos catastróficos como porcentaje de la</p>

	<p>población que realiza gastos directos en salud que representan 25% o más del gasto total del hogar. Desarrollan conceptualmente la medición del gasto catastrófico en salud de la siguiente manera:</p> $O_i^x = \frac{T_i}{x_i} - z_{cat}^x$ <p>donde:</p> <p>O_i^x: gastos directos en salud del hogar per cápita por encima del umbral de la persona i</p> <p>T_i: gastos directos en salud del hogar per cápita de la familia de la persona i</p> <p>x_i: gasto total del hogar per cápita de la persona i</p> <p>z_{cat}^x: umbral del gasto catastrófico en salud (25% %)</p> <p>Entonces, el indicador de las personas que realizaron gastos catastróficos de salud es:</p> $E_i^x = \begin{cases} 1 & \text{if } O_i^x > 0 \\ 0 & \text{if } O_i^x \leq 0 \end{cases}$ <p>Por último, el porcentaje de personas que realizaron gastos catastróficos en salud se calcula de la siguiente forma:</p> $H_{cat} = \frac{\sum_{i=1}^N E_i^x}{N}$ <p>donde N es el total de personas.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Los datos se obtienen de encuestas de hogares que se realizan regularmente cada cinco a diez años.
Unidad de la OSP	Sistemas y Servicios de Salud / Atención primaria de salud y prestación de servicios integrados (HSS/PH)
Fuente de los datos	Los institutos nacionales de estadística de los países suelen hacer encuestas de hogares.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • El indicador no capta la atención de salud a la cual se renunció, sino la atención que era necesaria, pero no se recibió porque era inasequible. • La incidencia de gastos catastróficos es sensible a la metodología utilizada siempre que los umbrales de ingresos y de capacidad de pago utilizados sean diferentes.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cid C, Pescetto C, Pagano JP, Del Riego A, Fitzgerald J. Health Financing and Financial Protection in the Americas. Documento de trabajo de la Oficina Regional de la OMS para las Américas (AMRO). Ginebra: OMS; 2017. 2. Deaton A, Zaidi S. Guidelines for constructing consumption aggregates for welfare analysis. Living Standards Measurement Study Working Paper, no. 135. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2002. 3. Ferreira FHG. A global count of the extreme poor in 2012: data issues, methodology and initial results. <i>Journal of Economic Inequality</i> 2016; 14(2):141-72. 4. Flores G, Krishnakumar J, O'Donnell O, van Doorslaer E. Coping with health-care costs: implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty. <i>Health Econ.</i>, 17 de diciembre del 2008, (12):1393-412.

5. Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, Méndez O, Bitrán R, Campino AC et al. Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean countries. *Salud Pública de México* 2011; 53:S85–S95. 22.
6. O'Donnell, O. Financial protection against medical expense. Borrador. Septiembre del 2018.
7. Organización Panamericana de la Salud. Gasto catastrófico y empobrecedor en países de América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2017.
8. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, D.C. Washington, D.C: OPS; 2014. (Documento CD53/5, Rev. 2). Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>.
9. Peticara M. Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2008.
10. Petrerá Pavone M, Jiménez Sánchez E. Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud públicos en Perú, 2010-2014. *Rev Panam Salud Pública* 2018; 42:e20. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.20>.
11. Thomson S, Evetovits T, Cylus J, Jakab M. Monitoring financial protection to assess progress towards universal health coverage in Europe. *Public Health Panorama* 2016; 2(3):357-66.
12. United Nations. SDG indicators metadata repository. Disponible en <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-08-02.pdf>.
13. Wagstaff A, van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. *Health Economics* 2003; 12(11):921-34.
14. Wagstaff A, Eozenou P. CATA meets IMPOV: a unified approach to measuring financial protection in health. Policy Research Working Paper 6861. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2014.
15. Wagstaff A, Flores G, Smitz M-F, Hsu J, Chepynoga K, Eozenou P. Progress on impoverishing health spending: results for 122 countries. A retrospective observational study. 2017. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30486-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30486-2).
16. Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz M-F, Chepynoga K, Buisman LR et al. Progress on catastrophic health spending: results for 133 countries. A retrospective observational study. *Lancet Global Health* 2017. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30429-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1).
17. Wagstaff, A. et.al. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *Lancet* 6 (febrero del 2018). Disponible en <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2817%2930429-1>.
18. 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.
19. Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Ginebra, 2017.

	<p>20. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. <i>Lancet</i> 2003; 362(9378):111-7.</p> <p>21. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. <i>Health Aff</i> (Millwood) 2007; 26(4):972-83.</p> <p>22. A measured approach to ending poverty and boosting shared prosperity: concepts, data and the twin goals. Policy Research Report. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2015.</p>
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Indicador 3.8.2 de los ODS • Meta 4.2 de la ASSA2030

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 11: Fortalecimiento de la protección contra riesgos y dificultades financieras relacionados con la salud para todas las personas
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 11.b: Número de países y territorios en los que ha disminuido en 10% el porcentaje de personas en hogares que han sufrido empobrecimiento debido a gastos directos en salud
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios donde ha disminuido en 10% el porcentaje de personas en hogares cuyos gastos directos en salud los empujan por debajo de la línea de pobreza.</p> <p>Línea de base 2019: 0 Meta 2025: 12</p>
Propósito del indicador	Con este indicador se mide el progreso de los países hacia la eliminación del pago directo por atención de salud en el lugar donde se proporciona el servicio. Esto es fundamental porque estos pagos constituyen un obstáculo para el acceso y son una causa de empobrecimiento de las familias.
Nota técnica	<p>El indicador se calcula buscando la relación entre los hogares encuestados que realizan gastos directos en salud que los empujan por debajo de la línea de pobreza (el numerador) y el total de hogares que realizan gastos directos en salud (el denominador).</p> <p>La fórmula es:</p> $HEGD \text{ como porcentaje del THGD} = \frac{HEGD}{THGD} * 100$ <p>donde HEGD es el número de hogares que sufren empobrecimiento debido a gastos directos en salud y THGD es el número de hogares que realizan gastos directos en salud.</p> <p>A continuación se explica el método con más detalles. Usando las encuestas, Wagstaff y van Doorslaer (2003) proponen usar la línea de pobreza absoluta internacional (o un conjunto de estas líneas de acuerdo con la clasificación del país en términos de ingresos), como la línea internacional de US\$1,90 per cápita al día, medida en dólares internacionales constantes del 2011 ajustados por paridad del poder adquisitivo (PPA), en adelante, \$int (PPA, 2011).</p> <p>Wagstaff y van Doorslaer (2003) definen el número de personas pobres antes del pago de la siguiente manera:</p> $H_{pov}^{pre} = \frac{\sum_{i=1}^N P_i^{pre}}{x_i} = \mu_{pov}^{pre}$ <p>donde:</p> <p>H_{pov}^{pre}: número de personas situadas por debajo de la línea de pobreza antes del pago</p> $P_i^{pre} = \begin{cases} 1 & x_i < z_{pov}^{pre} \\ 0 & x_i \geq z_{pov}^{pre} \end{cases}$ <p>P_i^{pre}: indicador de pobreza de la persona i</p>

	<p>x_i: gasto total per cápita del hogar de la persona i</p> <p>z_{pov}^{pre}: línea de pobreza antes del pago</p> $g_i^{pre} = x_i - z_{pov}^{pre}$ <p>donde:</p> <p>g_i^{pre}: brecha de pobreza antes del pago de la persona i</p> $G_{pov}^{pre} = \frac{\sum_{i=1}^N g_i^{pre}}{N} = \mu_{g^{pre}}$ <p>donde:</p> <p>G_{pov}^{pre}: brecha de pobreza promedio antes del pago</p> <p>Normalización:</p> $NG_{pov}^{pre} = \frac{G_{pov}^{pre}}{z_{pov}^{pre}}$ <p>y la brecha de pobreza promedio positiva es:</p> $MPG_{pov}^{pre} = \frac{\sum_{i=1}^N g_i^{pre}}{\sum_{i=1}^N p_i^{pre}} = \frac{\mu_{g^{pre}}}{\mu_{p^{pre}}}$ <p>de manera que:</p> $\mu_{g^{pre}} = \mu_{p^{pre}} \cdot MPG_{pov}^{pre}$ $PI^H = H_{pov}^{post} - H_{pov}^{pre}$ $PI^G = G_{pov}^{post} - G_{pov}^{pre}$ <p>Considerando la línea de pobreza de \$int 1,90 al día:</p> $z_{pov}^{pre} = z_{pov}^{post} = \$int 1,90 \cdot 365 \text{ días} \cdot TC_{\$int}^{MN} (PPA, 2011) \cdot h_{size}$ <p>donde:</p> <p>$TC_{\\$int,PPA,2011}^{MN}$: tipo de cambio de la moneda nacional por \$int (PPA, 2011)</p> <p>$h_{size}$: tamaño del hogar</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	La frecuencia con que se calculan los datos depende de la frecuencia con que se realizan las encuestas sobre el gasto de los hogares en los países. Algunos países lo hacen cada año, otros cada tres, cada cinco años y algunos lo hacen hasta cada diez años.

Unidad de la OSP	Sistemas y Servicios de Salud / Atención primaria de salud y prestación de servicios integrados (HSS/PH)
Fuente de los datos	El país puede calcular y proporcionar el indicador (ministerio de salud o instituto de estadísticas).
Limitaciones	El indicador muestra cuántos hogares caen en la pobreza debido al gasto en salud y cuántos ya no viven en la pobreza, pero no proporciona información sobre hogares pobres que se vuelven aún más pobres debido al gasto en salud. Tampoco proporciona información sobre quienes no tienen acceso a servicios de salud porque no tienen dinero y, por lo tanto, no tienen gastos empobrecedores en salud.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cid Pedraza C, Prieto Toledo L. El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007. <i>Revista Panamericana de Salud Pública</i> 2012; 31(4):310-316. 2. Cid C, Pescetto C, Pagano JP, Del Riego A, Fitzgerald J. Health Financing and Financial Protection in the Americas. Documento de trabajo de la Oficina Regional de la OMS para las Américas (AMRO). Ginebra: OMS; 2017. 3. Deaton A, Zaidi S. Guidelines for constructing consumption aggregates for welfare analysis. Living Standards Measurement Study Working Paper, no. 135. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2002. 4. Ferreira FHG. A global count of the extreme poor in 2012: data issues, methodology and initial results. <i>Journal of Economic Inequality</i> 2016; 14(2):141-72. 5. Flores G, Krishnakumar J, O'Donnell O, van Doorslaer E. Coping with health-care costs: implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty. <i>Health Econ.</i>, 17 de diciembre del 2008 (12):1393-412. 6. Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, Méndez O, Bitrán R, Campino AC et al. Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean countries. <i>Salud Pública de México</i> 2011; 53:S85-S95. 22. 7. Organización Panamericana de la Salud. Gasto catastrófico y empobrecedor en países de América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2017. De próxima publicación. 8. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, D.C. Washington, D.C: OPS; 2014. (Documento CD53/5, Rev. 2). Disponible en https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf. 9. Peticara M. Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2008. 10. Petrerá Pavone M, Jiménez Sánchez E. Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud públicos en Perú, 2010-2014. <i>Rev Panam Salud Pública</i> 2018; 42:e20. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.20. 11. Thomson S, Evetovits T, Cylus J, Jakab M. Monitoring financial protection to assess progress towards universal health coverage in Europe. <i>Public Health Panorama</i> 2016; 2(3):357-66. 12. Naciones Unidas. SDG indicators metadata repository. Disponible en https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-08-02.pdf. 13. Wagstaff A, van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993- 1998. <i>Health Economics</i> 2003; 12(11):921-34.

	<ol style="list-style-type: none"> 14. Wagstaff A, Eozenou P. CATA meets IMPOV: a unified approach to measuring financial protection in health. Policy Research Working Paper 6861. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2014. 15. Wagstaff A, Flores G, Smitz M-F, Hsu J, Chepynoga K, Eozenou P. Progress on impoverishing health spending: results for 122 countries. A retrospective observational study. 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30486-2. 16. Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz M-F, Chepynoga K, Buisman LR et al. Progress on catastrophic health spending: results for 133 countries. A retrospective observational study. <i>Lancet Global Health</i> 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1. 17. Wagstaff, A. et.al. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. <i>Lancet</i> 6 (febrero del 2018). Disponible en https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2817%2930429-1. 18. 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. 19. Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: Informe de monitoreo global 2017. Ginebra, 2018. 20. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. <i>Lancet</i> 2003; 362(9378):111-7. 21. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. <i>Health Aff (Millwood)</i> 2007; 26(4):972-83. 22. A measured approach to ending poverty and boosting shared prosperity: concepts, data and the twin goals. Policy Research Report. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2015.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Indicador 3.8.2 de los ODS • Meta 4.2 de la ASSA2030

Resultado Intermedio 12. Factores de riesgo de las enfermedades transmisibles

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 12: Reducción de los factores de riesgo de las enfermedades transmisibles al abordar los determinantes de la salud por medio de la acción intersectorial
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 12.a: Número de países y territorios que notifican datos sobre discriminación en los servicios de salud experimentada por hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en los 12 meses anteriores
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que presentan información actualizada por medio del proceso de Monitoreo Global del Sida sobre el porcentaje de hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que sufrieron discriminación en los servicios de salud en los últimos doce meses. Se considerará que los países que presenten información sobre los tres años anteriores habrán cumplido el indicador.</p> <p>Línea de base 2019: 9 Meta 2025: 11</p>
Propósito del indicador	<p>En el 2013, los Estados Miembros de la OPS reconocieron que el estigma y la discriminación que enfrentan las personas LGBT a menudo les impide tener acceso a los servicios de atención necesarios, entre ellos los de salud mental y muchos otros, y que esta y otras formas de exclusión social y cultural conducen a la inequidad en la salud, la desigualdad y una mayor vulnerabilidad a resultados adversos para la salud. En la resolución CD52.R6, <i>Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans</i>, se instó a los Estados Miembros de la OPS a que: <i>a) promovieran la prestación de servicios de salud; b) promulgaran políticas, planes y leyes para promover la igualdad de acceso a los servicios, adaptada a las necesidades y los obstáculos específicos que enfrentan las personas LGBT, y c) recopilaran datos acerca del acceso de esta población a la atención y a los establecimientos de salud.</i></p> <p>Además, la discriminación exagera los riesgos y priva a las personas de sus derechos y prestaciones, exacerbando así la epidemia de la infección por el VIH, entre otros problemas de salud. El estigma relacionado con la infección por el VIH se refiere a creencias, sentimientos y actitudes negativas hacia las personas con VIH, los grupos asociados a personas con VIH (por ejemplo, sus familiares) y otros grupos de población clave con mayor riesgo de infección por el VIH, como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.</p> <p>Este indicador es importante para medir el número de países que dan seguimiento a la proporción de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que dijeron que habían sufrido discriminación en los servicios de salud, incluso en las pruebas de VIH, la atención médica y el tratamiento.</p>
Nota técnica	Se solicita a los países que informen sobre los indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida, del 2016, lo que se

	hace anualmente. Se considerará que los países que estén dando seguimiento al LAC2.3.1b (en el conjunto de indicadores regionales para países de América Latina y el Caribe) y que proporcionen datos nuevos cumplen el indicador 12.a del Plan Estratégico.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Cada tres años
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud/VIH, Unidad de Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual (CDE/HT)
Fuente de los datos	El ONUSIDA, la OMS y los informes de país del Monitoreo Global del Sida
Limitaciones	Este indicador se usa como indicador indirecto de los esfuerzos de los países para reducir la estigmatización y la discriminación en los servicios de salud. Como estos datos se basan en encuestas o en entrevistas de salida a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, no se recopilan regularmente y es posible que no sean representativos del país.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Monitoreo Global del Sida 2019. Disponible en https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf. 2. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Orientación adicional para los países de América Latina y el Caribe – GAM 2019. Disponible en https://www.unaids.org/es/resources/documents/2018/gam-lac-progress-zero-discrimination. 3. Organización Panamericana de la Salud. Informe del Director sobre el abordaje de las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans. Documento CD56/INF/11, Corr. Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=46077&Itemid=270&lang=es.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo Global del Sida, indicador 2.3.1.b de América Latina y el Caribe

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 12: Reducción de los factores de riesgo de las enfermedades transmisibles al abordar los determinantes de la salud por medio de la acción intersectorial al abordar los determinantes de la salud por medio de la acción intersectorial
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 12.b: Número de países y territorios donde toda la zona o unidad territorial endémica (por transmisión vectorial) tiene un índice de infestación doméstica (por la especie principal de vectores de triatominos o por el vector sustituto, según sea el caso) inferior o igual a 1%
Definición del indicador	Este indicador mide el número de países y territorios que han alcanzado un índice determinado de infestación doméstica por el vector implícito, como expresión de una posible disminución de la transmisión vectorial a los seres humanos. Línea de base 2019: 17 Meta 2025: 21
Propósito del indicador	El indicador muestra el progreso realizado durante un período determinado por el programa de control de vectores (antitriatominos) en un país, territorio o zona geográfica donde la enfermedad de Chagas es endémica y donde el índice de infestación doméstica (por la especie principal del vector triatomino o por un vector sustituto, según el caso) es menor o igual a 1% como resultado de una reducción o detención de la transmisión vectorial.
Nota técnica	Cálculo a nivel de país: El índice de infestación doméstica (por la principal especie de vector triatomino o por un vector sustituto, según el caso) se calcula para cada país dividiendo el número de viviendas infestadas por el número de viviendas encuestadas en una zona determinada y multiplicando el resultado por 100. Cálculo a nivel regional: El indicador regional se obtiene contando el número de países endémicos donde el índice de infestación doméstica (por la especie principal del vector triatomino o por un vector sustituto, según el caso) es igual o inferior a 1%.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Anual
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, Unidad de Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores (CDE/VT)
Fuente de los datos	Los datos se obtienen de los informes anuales de los países recibidos para la reunión anual de la Iniciativa Subregional de Chagas. También se obtienen datos complementarios de informes de evaluaciones de campo realizadas por misiones internacionales, junto con el Programa Regional de Chagas de la OPS/OMS.

Limitaciones	En general, los datos muestran situaciones que se reflejan solo en muestras representativas y encuestas entomológicas seroepidemiológicas complementarias.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salvatella R, Irabedra P, Sánchez D, Castellanos LG, Espinal M. South-south cooperation for Chagas disease. <i>Lancet</i>, 3 de agosto del 2013; 382(9890): 395-396. http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61671-2/fulltext. 2. 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. 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 el control de la transmisión vectorial, transfusional y la atención médica de la enfermedad de Chagas (IPCA). Historia de 12 años de una iniciativa subregional, 1998-2010. Washington, D.C.: OPS; 2011 (OPPS/HSD/CD/005-11). Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6143:2011-iniciativa-paises-america-central-control-transmision-vectorial-transfusional-chagas-ipca&Itemid=4283&lang=es. 5. Salvatella R, Irabedra P, Castellanos LG. Interruption of vector transmission by native vectors and “the art of the possible”. <i>Mem Inst Oswaldo Cruz</i>, Rio de Janeiro, Vol. 109(1): 122-125, febrero del 2014. Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4005527/.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 10.7 de la ASSA2030 • Indicador de resultado intermedio 1.3.4 (adaptado) del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 12: Reducción de los factores de riesgo de las enfermedades transmisibles al abordar los determinantes de la salud por medio de la acción intersectorial
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 12.c: Número de países y territorios con mayor capacidad de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos para guiar las intervenciones de salud pública a fin de reducir el riesgo y prevenir la propagación de infecciones multirresistentes mediante la acción intersectorial
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que tienen un sistema nacional de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos que proporciona datos de calidad sobre los perfiles de resistencia de las bacterias, incluida la información epidemiológica del paciente (sexo, edad, infección contraída en un hospital o en la comunidad). Los datos se analizan y se notifican para guiar las intervenciones de salud pública encaminadas a reducir el riesgo y prevenir la propagación de infecciones multirresistentes.</p> <p>Línea de base 2019: 24 Meta 2025: 25</p>
Propósito del indicador	<p>El propósito del indicador es demostrar el progreso en la ejecución de planes de acción nacionales sobre la resistencia a los antimicrobianos en los países y territorios, específicamente para alcanzar el segundo objetivo del <i>Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos</i>: “reforzar los conocimientos a través de la vigilancia y la investigación”.</p> <p>La ejecución de los planes de acción nacionales debe llevar a una mayor capacidad de vigilancia para responder a la amenaza de la resistencia a los antimicrobianos y darle seguimiento. Los Estados Miembros deben establecer o fortalecer su capacidad de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos, partiendo de una sólida capacidad de laboratorio e incluyendo la recopilación de los datos epidemiológicos pertinentes. Esto permitirá a los países usar los datos de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos para guiar y medir las intervenciones, fundamentar las directrices para el tratamiento, apoyar los programas de control y prevención de infecciones y participar en el Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos (conocido como GLASS por su sigla en inglés).</p>
Nota técnica	<p>El indicador se calcula contando el número de países y territorios con la capacidad necesaria para vigilar la resistencia a los antimicrobianos, como se definió anteriormente.</p> <p>Un país ha alcanzado el objetivo si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cuenta con análisis de datos e informes a nivel nacional para guiar las intervenciones de salud pública, incluida la información de laboratorio y epidemiológica; • realiza anualmente una evaluación externa de la calidad de las pruebas de susceptibilidad a los antimicrobianos de los laboratorios que participan en la red nacional de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos; • presenta los datos a la OPS por medio de la plataforma mejorada de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos para las infecciones del torrente sanguíneo.
Tipo de indicador	Absoluto

Unidad de medición	Número de países
Frecuencia de medición	Anual
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud (CDE), Programa Especial de Resistencia Antimicrobiana
Fuente de los datos	Los datos se obtienen de los formularios anuales de recopilación de datos presentados oficialmente por los países a la OPS y de otras fuentes, como encuestas, bases de datos publicadas e informes de dominio público.
Limitaciones	Los datos dependen de la calidad del sistema de vigilancia y de la capacidad de los laboratorios para detectar la resistencia a los antimicrobianos. Además, la consonancia con el GLASS planteará un reto para la coordinación a nivel de país a fin de asegurar que se cuente con los datos epidemiológicos y los sistemas de información necesarios.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud. Datos sobre la resistencia a los antimicrobianos publicados en PLISA.. 2. Organización Mundial de la Salud. Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos. Manual para la primera fase de implementación. Este manual aborda la primera fase de implementación del GLASS, que se centra en la vigilancia de la resistencia de patógenos bacterianos humanos comunes..
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 10.8 de la ASSA2030 • Indicador de resultado intermedio 1.6.1 (adaptado) del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 12: Reducción de los factores de riesgo de las enfermedades transmisibles al abordar los determinantes de la salud por medio de la acción intersectorial
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 12.d: Número de países y territorios que tienen mecanismos adecuados para prevenir o mitigar los riesgos para la inocuidad de los alimentos
Definición del indicador	Este indicador mide el número de países y territorios que tienen mecanismos intersectoriales adecuados de control de los alimentos para prevenir o mitigar los riesgos con respecto a la inocuidad de los alimentos. Línea de base 2019: 5 Meta 2025: 22
Propósito del indicador	El indicador muestra el progreso en la aplicación de un enfoque basado en riesgos para fortalecer la inocuidad de los alimentos en un país o territorio.
Nota técnica	Este indicador se calcula contando los países y territorios que han establecido o están estableciendo mecanismos de regulación intersectoriales obligatorios basados en los riesgos, sistemas de seguimiento de los alimentos y vigilancia de las enfermedades transmitidas por alimentos y cualquier otra práctica que pueda proteger la salud de los consumidores contra enfermedades de transmisión alimentaria por medio de la aplicación de controles más robustos durante la producción, la manipulación, el almacenamiento, el procesamiento y la distribución de alimentos, con el enfoque de una sola salud. Tales mecanismos deben incluir los siguientes cinco componentes de un programa de inocuidad de los alimentos, así como cualquier otra práctica que pueda proteger contra las enfermedades de transmisión alimentaria: <ol style="list-style-type: none"> 1. leyes, normas y políticas sobre inocuidad de los alimentos; 2. autoridades competentes; 3. vigilancia y control; 4. inspección; 5. educación. <p>Se debe prestar especial atención a los riesgos asociados con los grupos en situación de vulnerabilidad, en particular los niños, y en situación de alto riesgo, como los entornos donde no hay servicios de inspección formales.</p>
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 marzo del año siguiente.
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) (CDE/AFT)
Fuente de los datos	Los datos se obtienen de los informes anuales presentados por las autoridades nacionales de sanidad y agricultura y ganadería a PANAFTOSA por medio de la herramienta <i>Desempeño, visión y estrategia</i> , y de otras fuentes como encuestas, bases de datos de leyes, etc.

Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Los datos reflejan informes de autoevaluación de mediciones cualitativas. Deben complementarse con otras mediciones del desempeño, incluido el número de enfermedades de transmisión alimentaria notificadas y las encuestas de consumidores sobre temas relacionados con la inocuidad de los alimentos. • El indicador además depende de diferentes autoridades, de acuerdo con los mecanismos nacionales de gobernanza.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud e Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura. Desempeño, visión y estrategia (DVE) para los sistemas y servicios nacionales de control de inocuidad de alimentos, 3.ª Edición 2012; OPS/OMS e IICA, 2012.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 10.9 de la ASSA2030 • Indicador de resultado intermedio 1.7.1 (adaptado) del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019

Resultado Intermedio 13. Factores de riesgo de las ENT

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 13: Reducción de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles al abordar los determinantes de la salud por medio de la acción intersectorial
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 13.a: Prevalencia estandarizada por la edad del consumo actual de tabaco en personas de 15 años o más
Definición del indicador	<p>Este indicador mide la prevalencia estandarizada por la edad del consumo actual de tabaco en la población de 15 años o más que dice que consumió un producto de tabaco de cualquier tipo (para fumar o sin humo) durante los 30 días anteriores a la encuesta, incluido el uso diario y no diario.</p> <p>Línea de base 2018: 18,6% *</p> <p>Meta 2025: 16,2%</p> <p>* Prevalencia estandarizada por edad del consumo actual de tabaco entre personas de 15 años o más, ambos sexos, estimaciones de 2018 y proyección para 2025 disponibles en: WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, third edition; Geneva: WHO, 2019. https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition.</p>
Propósito del indicador	Este indicador permite dar seguimiento al consumo de tabaco en la población de 15 años o más en la Región de las Américas.
Nota técnica	<p>Cálculo a nivel de país (expresado como porcentaje):</p> <p>Numerador: Total de consumidores actuales de tabaco* de 15 años o más en el país o territorio.</p> <p>Denominador: Población total de 15 años o más en el país o territorio.</p> <p>Cálculo a nivel regional:</p> <p>Numerador: Total de consumidores actuales de tabaco* de 15 años o más en la Región.</p> <p>Denominador: Población estándar total de 15 años o más en la Región.</p> <p>* Los consumidores actuales de tabaco son las personas que dicen que han consumido cualquier producto de tabaco (para fumar o sin humo) durante los 30 días precedentes a la encuesta, incluido el consumo diario y no diario. Los productos de tabaco para fumar consisten en cigarrillos fabricados, <i>bidis</i>, puros, pipas, pipas de agua (narguile, hookah), tabaco liado a mano, <i>kreteks</i> y cualquier otro tipo de tabaco para fumar. El tabaco sin humo es el tabaco que no se quema y se puede masticar, aplicar o inhalar. Los productos de tabaco sin humo son el tabaco para mascar o tabaco oral, tabaco para escupir, rapé, snus, chimó y <i>dip</i>.</p>
Tipo de indicador	Relativo

Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de medición	Al menos cada cinco años
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Factores de Riesgo y Nutrición (NMH/RF)
Fuente de los datos	Encuesta mundial sobre el tabaco en adultos (GATS por su sigla en inglés); encuestas nacionales de factores de riesgo (STEPS o similar); otras encuestas nacionales, incluidas las preguntas sobre tabaco destinadas a encuestas, las encuestas nacionales de salud y las encuestas nacionales sobre el abuso de drogas.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de los países de la Región no tienen un sistema nacional de vigilancia para hacer el seguimiento de la epidemia de consumo de tabaco en la población adulta de manera sistemática y periódica. • Es posible que se usen diferentes rangos de edades en las distintas encuestas. • Es posible que la muestra de la encuesta (nacional, subnacional) sea poco representativa. • Podrían usarse diferentes metodologías de encuesta (encuestas de hogares, encuestas telefónicas). • Podrían usarse diferentes preguntas en la encuesta; no todas las encuestas incluyen todos los productos de tabaco ni todos los encuestados notifican el consumo diario y no diario. • Hay pocos datos desglosados para producir estimaciones estandarizadas. • Al igual que con todas las encuestas autoadministradas, los datos están sujetos a sesgos, ya que es posible que los encuestados subestimen o sobreestimen su consumo de tabaco.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos. Global Tobacco Surveillance System. GTSS Data. Global Adult Tobacco Survey (GATS). Atlanta, GA: CDC. Disponible en http://nccd.cdc.gov/gtssdata/Ancillary/Documentation.aspx?SUID=4&DOCT=1. 2. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos. 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), 2.ª edición. Atlanta, GA: CDC; 2011. Disponible en https://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/tqs_es_final.pdf?ua=1. 3. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos. Grupo de Colaboración de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos. Global Adult Tobacco Survey (GATS): Sample Design Manual, Version 2.0. Atlanta, GA: CDC; 2010. 4. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos. Grupo de Colaboración de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos. Global Adult Tobacco Survey (GATS): Core Questionnaire with Optional Questions, Version 2.1. Atlanta, GA: CDC; 2014.

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos. Grupo de Colaboración de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos. Global Adult Tobacco Survey (GATS): Indicator definitions. Atlanta, GA: CDC; 2012. 6. Organización Mundial de la Salud. Datos del Observatorio mundial de la salud. Disponible en https://www.who.int/gho/es/. 7. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos. Grupo de Colaboración de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos. Tobacco Question for Surveys: A subset of key questions from the Global Adult Tobacco Survey (GATS). Segunda edición. Atlanta, GA: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2011.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Indicador 3.a.1 de los ODS • Meta 9.2 de la ASSA2030 • Indicador de resultado intermedio 2.1.2 (adaptado) del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 • Marco de impacto del 13.º PGT

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 13: Reducción de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles al abordar los determinantes de la salud por medio de la acción intersectorial
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 13.b: Consumo total (registrado y no registrado) de alcohol por habitante en personas de 15 años o más en un año civil, expresado en litros de alcohol puro, ajustado en función del consumo por turistas
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el consumo total (registrado y no registrado) de alcohol por habitante en personas de 15 años o más en un año civil, expresado en litros de alcohol puro, ajustado en función del consumo por turistas.</p> <p>Línea de base 2019: 8,0 litros*</p> <p>Meta 2025: 8,0 litros**</p> <p>* OMS, Global Information System on Alcohol and Health (GISAH), Regional alcohol per capita (15+) consumption by WHO region, 2018.</p> <p>** La OMS prevé que, para el 2025, el consumo aumentará si no se hace nada. La meta es que no haya un aumento, para lo cual se necesitarían cambios en las políticas de los Estados Miembros.</p>
Propósito del indicador	<p>Reducir la carga de enfermedad atribuible al alcohol es una prioridad mundial de salud pública, como se señala en la <i>Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol</i>, de la OMS. Según la estrategia, el consumo nocivo de alcohol es el que tiene consecuencias perjudiciales para la salud y la vida social del bebedor (consumo nocivo), para las personas que lo rodean y para la sociedad en general, así como el consumo de alcohol relacionado con un mayor riesgo de resultados adversos para la salud (consumo peligroso). Se estima que 2,3 millones de muertes al año, o 3,8% de todas las muertes del mundo, pueden atribuirse al consumo de alcohol, y más de la mitad de estas muertes se deben a ENT, entre ellas cáncer y enfermedades cardiovasculares. El grado de riesgo de la mayoría de los problemas de salud atribuibles al alcohol se correlaciona con el nivel general de consumo de alcohol, pero no hay pruebas de que se produzca un efecto de umbral para el cáncer y la hipertensión.</p> <p>El consumo de alcohol por habitante es un indicador sensible a los cambios de política; se correlaciona con la mortalidad general y con la mortalidad específica por alcohol, según la prevalencia del consumo excesivo episódico y la dependencia del alcohol.</p>
Nota técnica	<p>El consumo registrado por habitante en los adultos es la suma del consumo de alcohol puro correspondiente al tipo de bebida (cerveza, vino, licores y aguardientes, y otras) durante un año civil dado, según datos de diversas fuentes. En los cálculos se da prioridad a las estadísticas del gobierno sobre la venta de bebidas alcohólicas durante un año civil o a los datos sobre la producción, exportación e importación de alcohol en diferentes categorías de bebidas. En los países donde no se dispone de datos sobre ventas o producción del gobierno, los cálculos se basan en datos específicos del país y en datos públicos del sector privado, incluidos los productores de alcohol, o en datos específicos del país provenientes de la base de datos estadísticos de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAOSTAT), que también puede incluir estimaciones del consumo de alcohol</p>

	<p>no registrado. En las categorías principales de bebidas alcohólicas, “cerveza” incluye las cervezas de malta, “vino” incluye el vino elaborado con uvas, “licores y aguardientes” incluye todas las bebidas destiladas y “otras” incluye muchas otras bebidas alcohólicas, como las bebidas fermentadas hechas de sorgo, maíz, mijo y arroz, así como sidra, vino de frutas y vino fortificado. Las estimaciones del consumo de alcohol no registrado se basan en gran medida en datos de encuestas, de FAOSTAT y de otras fuentes, como informes aduaneros o policiales y opiniones de expertos.</p> <p>El indicador es la suma del alcohol registrado y no registrado consumido en una población durante un año civil dado, dividida por la población de 15 años o más a mitad del año en el mismo año civil. El consumo de alcohol no registrado es el porcentaje del consumo total de alcohol. Las proporciones a nivel de país del consumo de alcohol no registrado se estiman con un análisis de regresión y sobre la base de juicios de expertos y encuestas de vigilancia STEPwise (STEPS).</p> <p>Las estimaciones del consumo por turistas se obtienen del Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME), que basa su cálculo en los datos de la Organización Mundial del Turismo (OMT). Las estimaciones de los litros de alcohol consumidos por los turistas en un país se basan en el número de turistas que visitan el país, el tiempo que pasan en el país en promedio y la cantidad que estas personas beben en promedio en su país de origen (estimada sobre la base del consumo de alcohol registrado y no registrado por habitante en el país de origen). Estas estimaciones parten de los siguientes supuestos: <i>a</i>) que las personas beben la misma cantidad de alcohol en viajes de turismo que en sus países de origen, y <i>b</i>) que el consumo mundial por turistas es igual a 0 (y, por lo tanto, el consumo por turistas puede ser neto negativo o positivo neto).</p> <p>El consumo total por habitante se calcula sumando el consumo de alcohol registrado y no registrado, y ajustando el resultado en función del consumo de alcohol por turistas.</p> <p>La OMS utiliza toda la información disponible a nivel regional y nacional para proporcionar estimaciones del consumo por habitante por país y para la Región.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Litros de alcohol puro (etanol) por persona de 15 años o más por año.
Frecuencia de medición	Anual. La OMS utiliza un promedio de tres años (por ejemplo, los datos del 2016 son el promedio de los datos del 2014, el 2015 y el 2016) para los informes mundiales que incluyen promedios regionales y estimaciones por país.
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias (NMH/MH)
Fuente de los datos	Para el consumo registrado de alcohol por habitante, se usan los sistemas de informes administrativos; para el consumo no registrado de alcohol por habitante, se prefieren los datos de encuestas. En su ausencia, se usan conjuntos de datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Oficina de Estadística de las Naciones Unidas, así como opiniones de expertos sobre el consumo de alcohol no

	<p>registrado. La OMS también utiliza fuentes de información pública de la industria del alcohol y hace una estimación para cada país, que luego se envía para su aprobación a las autoridades nacionales de salud. La OMS tiene estimaciones para todos los países de la Región en el Sistema Mundial de Información sobre Alcohol y Salud (GISAH), que tiene una interfaz con el Sistema Regional de Información sobre Alcohol y Salud de las Américas (AMRISAH). El <i>Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018</i>, de la OMS, es la fuente de datos para la línea de base de este indicador. Su punto de partida es la última iteración realizada con los Estados Miembros en el 2016 por medio de una encuesta mundial a la cual respondieron los puntos focales designados oficialmente en cada país. Los datos de población para el informe se obtuvieron principalmente de la División de Población de las Naciones Unidas y se refieren a la población total de 15 años o más; los datos para hombres y mujeres se presentan por separado cuando es posible.</p>
<p>Limitaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En la actualidad, la mayoría de los países de la Región no proporcionan datos sobre la venta de bebidas alcohólicas. Por lo tanto, la OMS hace una estimación con datos de la FAO y la industria del alcohol. Los datos sobre el consumo de alcohol no registrado se basan en gran medida en investigaciones empíricas, en la opinión de expertos y en un modelo de regresión. • Los registros administrativos suelen estar incompletos. • La subestimación del consumo por los encuestados podría afectar los datos. • La falta de suficientes datos podría imponer limitaciones metodológicas.
<p>Referencias</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44486/9789243599939_spa.pdf;jsessionid=A2D72BF058794C541E268756E55833C6?sequence=1. 2. Organización Mundial de la Salud. Global Status report on Alcohol and Health, Ginebra: OMS; 2018. 3. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease - an overview. <i>Addiction</i> 2010; 105(5): 817-843. 4. Global Burden of Disease 2016. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016, <i>Lancet</i> 2018; 392: 1015-35. 5. Organización Mundial de la Salud. Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). Disponible en http://apps.who.int/gho/data/view.main?showonly=GISAH. 6. Organización Mundial de la Salud. Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) (Region of the Americas). Disponible en http://apps.who.int/gho/data/?showonly=GISAH&theme=main-amro.
<p>Vínculo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indicador 3.5.2 de los ODS • Meta 9.1 de la ASSA2030 • Indicador de resultado intermedio 2.1.1a (adaptado) del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 • Marco de impacto del 13.º PGT

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 13: Reducción de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles al abordar los determinantes de la salud por medio de la acción intersectorial
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 13.c: Consumo promedio de sal (cloruro de sodio) por día, en gramos, estandarizado por la edad, en personas de 18 años o más
Definición del indicador	<p>Este indicador mide la ingesta promedio de sal (cloruro de sodio) en gramos por día en las personas de 18 años o más.</p> <p>Línea de base 2019: 3,6 g de sodio al día (Canadá y Estados Unidos), 3,2 g de sodio al día (América Latina y el Caribe)</p> <p>Meta 2025: < 2,0 g de sodio al día</p>
Propósito del indicador	El consumo promedio de sal o sodio en la población está directamente relacionado con el nivel promedio de presión arterial en la población. Reducir el consumo excesivo de sal es la intervención más costo-efectiva para prevenir la hipertensión arterial, que es el principal factor de riesgo de morbilidad y mortalidad por un evento cardiovascular.
Nota técnica	<p>La prueba de oro para estimar la ingesta de sal es la recolección de orina a lo largo de un período de 24 horas para determinar la excreción de sodio o sal en la orina. Sin embargo, otros métodos, como las pruebas de orina al azar y las encuestas sobre la frecuencia del consumo de alimentos, pueden ser más fáciles de usar a nivel poblacional.</p> <p>Cálculo a nivel de país (expresado en gramos por persona al día):</p> <p>Numerador: Suma de todos los niveles de sodio en la orina obtenidos a lo largo de un período de 24 horas en la población adulta de 18 años o más que participa en el estudio poblacional, nivel de sodio en la orina a lo largo de un período de 24 horas estimado con pruebas de orina al azar de acuerdo con el protocolo STEPS Panamericano O ingesta de sodio estimada por medio de encuestas sobre la frecuencia del consumo de alimentos o múltiples rememoraciones en un período de 24 horas, en gramos.</p> <p>Denominador: Todos los participantes en el estudio.</p> <p>La OPS tiene un protocolo para determinar los niveles de sodio en la orina a lo largo de un período de 24 horas, basado en pruebas de orina al azar y la ecuación INTERSALT. Los países pueden incluirlo en sus estudios nacionales de factores de riesgo, principalmente por medio del protocolo STEPS Panamericano.</p> <p>Cálculo a nivel regional:</p> <p>Para calcular el consumo promedio de sal (cloruro de sodio) en gramos por día, estandarizado por la edad, en las personas de 18 años o más, hay que aplicar el consumo promedio de sal de la población por edad a la población estándar mundial de la OMS, que suma a las personas de todas las edades. La OPS se ocupa de la estandarización según la</p>

	edad a nivel regional. Sobre la base de los datos regionales proporcionados por la OPS, la OMS estima el porcentaje mundial del consumo promedio de sal en la población.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Gramos de sal por persona al día, sobre la base de la excreción de sodio en la orina a lo largo de un período de 24 horas, de pruebas de orina al azar, de encuestas sobre la frecuencia del consumo de alimentos o de múltiples rememoraciones en un período de 24 horas.
Frecuencia de medición	Cada cuatro o cinco años, al mismo tiempo que la encuesta de factores de riesgo.
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Factores de Riesgo y Nutrición (NMH/RF)
Fuente de los datos	Encuestas nacionales (STEPS Panamericano o encuestas nacionales de nutrición)
Limitaciones	Este indicador podría notificarse con poca frecuencia: cada cuatro o cinco años, aproximadamente, si el país realiza la encuesta nacional.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud. 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. Organización Mundial de la Salud. 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. Organización Mundial de la Salud. 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, Canada. Octubre de 2010. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501699_eng.pdf.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 9.1 de la ASSA2030 • Indicador de resultado intermedio 2.1.7 (adaptado) del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 13: Reducción de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles al abordar los determinantes de la salud por medio de la acción intersectorial
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 13.d: Número de países y territorios que han eliminado los ácidos grasos trans de producción industrial
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que han promulgado leyes de aplicación obligatoria que limitan la cantidad de ácidos grasos trans producidos industrialmente en los aceites y en todos los alimentos al 2% de la grasa total o que prohíben los aceites parcialmente hidrogenados. De esta forma también se facilita el seguimiento del porcentaje de la población que está protegida (indicador del marco de impacto del 13.º PGT), según se explica en la sección “Propósito del indicador”.</p> <p>Línea de base 2019: 3 Meta 2025: 25</p>
Propósito del indicador	El propósito del indicador es dar seguimiento al porcentaje de la población de la Región de las Américas que vive en países donde hay normas obligatorias que limitan la cantidad de ácidos grasos trans de producción industrial en los alimentos.
Nota técnica	Se considera que los países y territorios han cumplido este indicador si han promulgado leyes de aplicación obligatoria que limitan la cantidad de ácidos grasos trans de producción industrial en los aceites y en todos los alimentos al 2% de la grasa total o que prohíben los aceites parcialmente hidrogenados.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Cada dos o tres años
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Factores de Riesgo y Nutrición (NMH/RF)
Fuente de los datos	Sistema de seguimiento interno de la OPS para el <i>Plan de acción para eliminar los ácidos grasos trans de producción industrial 2020-2025</i> .
Limitaciones	Podría llevar mucho tiempo aplicar las normas tras su adopción, de modo que es posible que una población no esté protegida de inmediato cuando se adopte una norma.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud. 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. Organización Mundial de la Salud. 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.

	<p>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.</p> <p>6. Organización Mundial de la Salud. 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, Canada. Octubre del 2010. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501699_eng.pdf.</p>
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 9.1 de la ASSA2030 • Marco de impacto del 13.º PGT

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 13: Reducción de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles al abordar los determinantes de la salud por medio de la acción intersectorial
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 13.e: Prevalencia estandarizada por la edad de personas de 18 años o más con un nivel insuficiente de actividad física
Definición del indicador	<p>Este indicador mide la prevalencia de adultos de 18 años o más (estandarizada por la edad) que realizan menos de 150 minutos de actividad física de intensidad moderada por semana o menos de 75 minutos de actividad física intensa vigorosa por semana o su equivalente.</p> <p>Línea de base 2016: 39,3% Meta 2025: 35%</p>
Propósito del indicador	Este indicador sirve para dar seguimiento al progreso de cada país en la mejora de la actividad física de los adultos. La actividad física redundará en beneficios fundamentales para la salud, entre ellos un mejor estado cardiovascular, una reducción de la grasa corporal y un perfil favorable de riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas. La actividad física también reduce el estrés y los síntomas de depresión.
Nota técnica	<p>Cálculo a nivel de país (expresado como porcentaje):</p> <p>Numerador: Personas de 18 años o más que no realizan la cantidad recomendada de actividad física.</p> <p>Denominador: Total de personas de 18 años o más encuestadas.</p> <p>Las estimaciones se basan en la actividad física autoinformada, captada con el Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ), el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) o un cuestionario similar que abarque la actividad en el trabajo y en el hogar, el transporte y el tiempo libre. Si es necesario, se hacen ajustes en función de la definición notificada (en caso de que sea diferente de la definición del indicador), de la sobrenotificación de la actividad o de limitaciones de la cobertura geográfica de la encuesta (como ocurre cuando la encuesta abarca solo zonas urbanas) y de las edades abarcadas (en los casos en que la gama de edades sea más estrecha que los adultos mayores de 18 años). No se producen estimaciones para países sobre los cuales no hay datos.</p> <p>Hay una guía para el uso del método autoinformado con el Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ) en http://www.who.int/chp/steps/resources/GPAQ_Analysis_Guide.pdf.</p> <p>Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ).</p> <p>Para la normalización se usa la población estándar de la OMS.</p>
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje

Frecuencia de medición	Al menos cada cinco años, aunque sería aconsejable que se diera seguimiento a las mediciones de la inactividad física cada año por medio de una encuesta telefónica.
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Factores de Riesgo y Nutrición (NMH/RF)
Fuente de los datos	Los datos se obtienen del repositorio de datos del Observatorio Mundial de la Salud (OMS). El repositorio contiene encuestas nacionales representativas realizadas cada cuatro o cinco años por los países, que proporcionan mediciones precisas y muestras nacionales representativas.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Algunas muestras son poco representativas (nacionales, subnacionales). • Hay poco acceso a datos desglosados para producir estimaciones normalizadas. • Las estimaciones se basan en datos autonotificados. • Algunas estimaciones presentan incertidumbre (que se refleja en amplios intervalos de confianza) debido a la falta de datos de buena calidad.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/. 2. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud de 18 a 64 años. Disponible en https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/es/. 3. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2004. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/21211/A57_9-sp.pdf?sequence=1.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 9.1 de la ASSA2030 • Indicador de resultado intermedio 2.1.3b (adaptado) del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 • Indicador 13 de la meta 7 del marco mundial de vigilancia de la OMS para la prevención y el control de las ENT • <i>Plan de acción mundial de la OMS sobre actividad física 2018-2030</i>

Resultado Intermedio 14. Malnutrición

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 14: Reducción de la malnutrición en todas sus formas
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 14.a: Prevalencia de retraso del crecimiento en menores de 5 años
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el porcentaje de menores de 5 años con retraso del crecimiento, definido como una estatura para la edad de más de dos desviaciones estándar por debajo de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.</p> <p>Línea de base 2018: 6,5% Meta 2025: 3,9%* * La meta es una reducción de 40%.</p>
Propósito del indicador	Este indicador pertenece a un conjunto de indicadores que tienen como propósito medir el desequilibrio nutricional y la malnutrición que ocasiona desnutrición (es decir, peso inferior al normal, retraso en el crecimiento y emaciación) y sobrepeso en niños pequeños. El retraso en el crecimiento, definido como una estatura baja para la edad, es consecuencia de una privación nutricional a largo plazo. Es un factor de riesgo de mortalidad infantil y, con frecuencia, genera retraso en el desarrollo mental, rendimiento escolar bajo y reducción de la capacidad intelectual.
Nota técnica	<p>El indicador se calcula usando las medidas de peso y estatura en niños de 0 a 59 meses de edad. El peso y la estatura se miden utilizando el método recomendado por la OMS, es decir, los menores de 24 meses se miden en posición supina y los de 24 meses en adelante se miden de pie. Se considera que tienen retraso en el crecimiento los niños con una estatura para la edad de más que dos desviaciones estándares por debajo de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.</p> <p>Cálculo a nivel de país (expresado como porcentaje):</p> <p>Numerador: Número de niños de 0 a 59 meses con una estatura para la edad de más de dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS.</p> <p>Denominador: Total de niños de 0 a 59 meses que fueron medidos.</p> <p>Cálculo a nivel regional:</p> <p>La OMS mantiene la base de datos mundial sobre el crecimiento y la malnutrición infantiles, la cual incluye encuestas poblacionales que cumplen una serie de criterios. Se verifican los datos para determinar su validez y congruencia, y los conjuntos de datos sin procesar se analizan siguiendo un procedimiento estándar para obtener resultados comparables. Se presentan los niveles de prevalencia por debajo y por encima de los puntos de corte definidos para cuatro índices (peso para la edad, estatura para la edad, peso para la estatura e índice de masa corporal o IMC para la edad) de los niños en edad preescolar utilizando las puntuaciones z basadas en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.</p> <p>En un artículo publicado por De Onis y Blössner (2003) en el <i>International Journal of Epidemiology</i> se da una descripción detallada de la metodología y los procedimientos de la</p>

	<p>base de datos, incluidas las fuentes de datos, los criterios de inclusión, el control de la calidad de los datos y el flujo de trabajo de la base de datos.</p> <p>Tipo de método estadístico predominante: ajustado.</p> <p>Se ha publicado un método bien establecido para generar tendencias mundiales y regionales y proyectar tendencias futuras (De Onis et al., 2004a, 2004b).</p>
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de medición	Cada cinco años
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Factores de Riesgo y Nutrición (NMH/RF)
Fuente de los datos	Repositorio de datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS. En las estimaciones conjuntas sobre malnutrición infantil (UNICEF-OMS-Banco Mundial) se utilizan datos de encuestas poblacionales, como las encuestas nacionales de nutrición, las encuestas de demografía y salud (DHS), las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS) y los sistemas de vigilancia nacional.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • No todos los países tienen encuestas representativas a nivel nacional. • Si bien por lo general se realizan encuestas representativas a nivel nacional cada cinco años, la frecuencia puede variar según las políticas del país y la disponibilidad de fondos. • Por lo general, los sistemas nacionales de vigilancia no son confiables porque no tienen procedimientos sólidos de recolección de datos. • Los desastres naturales pueden impedir que se completen las encuestas. • Hay un lapso entre la recopilación y la publicación de los datos.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. De Onis, M. y Blössner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications; International Journal of Epidemiology 2003; 32:518-26. 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. 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. 4. Organización Mundial de la Salud. Nutrición. Metas mundiales 2025. Para mejorar la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Ginebra: OMS. 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). Disponible en https://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/es/. 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, D.C.; 2012). Disponible en http://www.who.int/nutgrowthdb/jme_unicef_who_wb.pdf?ua=1. 7. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Joint child malnutrition estimates (UNICEF-WHO-WB): Global and regional trends by UN Regions, 1990-2025. Stunting: 1990-2025. Disponible en http://apps.who.int/gho/data/view.main.NUTUNSTUNTINGv?lang=en.

	<p>8. Organización Mundial de la Salud. Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide. Ginebra: OMS; octubre del 2012. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44397/1/9789241599955_eng.pdf?ua=1.</p>
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Indicador 2.2.1 de los ODS • Meta 9.7 de la ASSA2030 • Indicadores básicos de la OPS • Indicador del resultado intermedio 2.5.1 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 • Marco de impacto del 13.º PGT • Meta 1 de las metas mundiales de nutrición de la OMS

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 14: Reducción de la malnutrición en todas sus formas
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 14.b: Prevalencia de la emaciación en menores de 5 años
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el porcentaje de menores de 5 años afectados por emaciación, definida como un peso para la estatura de más de dos desviaciones estándar por debajo de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.</p> <p>Línea de base 2018: 0,8% Meta 2025: 0,8%</p>
Propósito del indicador	<p>Este indicador pertenece a un conjunto de indicadores que tienen como propósito medir el desequilibrio nutricional y la malnutrición que causa desnutrición (es decir, peso inferior al normal, retraso en el crecimiento y emaciación) y sobrepeso en niños pequeños. La emaciación ocurre cuando el peso de un niño se encuentra significativamente por debajo del que debería tener uno de la misma longitud o estatura, y se debe a que el niño no gana peso o lo pierde. Indica un estado de malnutrición actual o aguda. Entre las causas de la emaciación se encuentran una ingesta insuficiente de alimentos, prácticas de alimentación incorrectas, enfermedades, infecciones o, como ocurre con frecuencia, una combinación de estos factores.</p>
Nota técnica	<p>Este indicador se calcula usando las medidas de peso y estatura de niños de 0 a 59 meses de edad. El peso y la estatura de los niños se miden utilizando el método recomendado por la OMS, es decir, los menores de 24 meses se miden en posición supina y los de 24 meses en adelante se miden de pie. Se considera que sufren de emaciación los niños con un peso para la estatura de más que dos desviaciones estándares por debajo de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.</p> <p>Cálculo a nivel de país (expresado como porcentaje):</p> <p>Numerador: Número de niños de 0 a 59 meses con un peso para la estatura de más que dos desviaciones estándares por debajo de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.</p> <p>Denominador: Total de niños de 0 a 59 meses que fueron medidos.</p> <p>Cálculo a nivel regional:</p> <p>La OMS mantiene la base de datos mundial sobre el crecimiento y la malnutrición infantiles, que incluye encuestas poblacionales que cumplen una serie de criterios. Los datos se verifican para determinar su validez y congruencia, y los conjuntos de datos sin procesar se analizan siguiendo un procedimiento estándar para obtener resultados comparables. Se presentan los niveles de prevalencia por debajo y por encima de los puntos de corte definidos de cuatro índices (peso para la edad, estatura para la edad, peso para la estatura e índice de masa corporal o IMC para la edad) de los niños en edad preescolar utilizando las puntuaciones z basadas en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.</p> <p>En un artículo publicado por De Onis y Blössner (2003) en el <i>International Journal of Epidemiology</i> se da una descripción detallada de la metodología y los procedimientos de la base de datos, incluidas las fuentes de datos, los criterios de inclusión, el control de la calidad de los datos y el flujo de trabajo de la base de datos.</p>

	<p>Tipo de método estadístico predominante: ajustado.</p> <p>Se ha publicado un método bien establecido para generar tendencias mundiales y regionales y proyectar tendencias futuras (De Onis et al., 2004a, 2004b).</p>
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de medición	Cada cinco años
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Factores de Riesgo y Nutrición (NMH/RF)
Fuente de los datos	Encuestas nacionales de nutrición, encuestas de demografía y salud (DHS), encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS) y sistemas de vigilancia nacional.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • En no todos los países hay encuestas representativas a nivel nacional. • Si bien por lo general se realizan encuestas representativas a nivel nacional cada cinco años, la frecuencia puede variar según las políticas del país y la disponibilidad de fondos. • Por lo general, los sistemas nacionales de vigilancia no son confiables porque no tienen procedimientos sólidos de recolección de datos. • Los desastres naturales pueden impedir que se completen las encuestas. • Hay un lapso entre la recopilación y la publicación de los datos.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. De Onis, M. y Blössner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications; International Journal of Epidemiology 2003; 32:518-26. 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. 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. 4. Organización Mundial de la Salud. Nutrición. Metas mundiales 2025. Para mejorar la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Ginebra: OMS. 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). Disponible en https://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/es/. 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, D.C.; 2012). Disponible en http://www.who.int/nutgrowthdb/jme_unicef_who_wb.pdf?ua=1. 7. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Joint child malnutrition estimates (UNICEF-WHO-WB): Global and regional trends by UN Regions, 1990-2025. Stunting: 1990-2025. Disponible en http://apps.who.int/gho/data/view.main.NUTUNSTUNTINGv?lang=en. 8. Organización Mundial de la Salud. Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide. Ginebra: OMS; octubre de 2012. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44397/1/9789241599955_eng.pdf?ua=1.

Vínculo	<ul style="list-style-type: none">• Indicador 2.2.2 de los ODS• Meta 9.7 de la ASSA2030• Marco de impacto del 13.º PGT• Meta 6 de las metas mundiales de nutrición de la OMS
----------------	---

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 14: Reducción de la malnutrición en todas sus formas
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 14.c: Prevalencia del sobrepeso en la niñez (menores de 5 años)
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el porcentaje de menores de 5 años con sobrepeso, definido como un peso para la estatura de más de dos desviaciones estándar por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.</p> <p>Línea de base 2018: 7,2% Meta 2025: 7,2%</p>
Propósito del indicador	<p>Este indicador pertenece a un conjunto de indicadores cuyo propósito es medir el desequilibrio nutricional y la malnutrición que causa desnutrición (es decir, peso inferior al normal, retraso en el crecimiento y emaciación) y sobrepeso en niños pequeños. El sobrepeso en la niñez se asocia con una mayor probabilidad de sobrepeso en la edad adulta, lo que puede causar diferentes tipos de discapacidad y trastornos como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Los niños con sobrepeso corren el riesgo de ser objeto de acoso y tener una autoestima baja.</p>
Nota técnica	<p>Este indicador se calcula usando las medidas de peso y estatura en niños de 0 a 59 meses de edad. El peso y la estatura de los niños se miden utilizando la metodología recomendada por la OMS, es decir, los menores de 24 meses se miden en posición supina y los de 24 meses en adelante se miden de pie. Se consideran que tienen sobrepeso los niños con un peso para la estatura de más de dos desviaciones estándar por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.</p> <p>Cálculo a nivel de país (expresado como porcentaje):</p> <p>Numerador: Número de niños de 0 a 59 meses con un peso para la estatura de más de dos desviaciones estándar por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.</p> <p>Denominador: Total de niños de 0 a 59 meses que fueron medidos.</p> <p>Cálculo a nivel de país (expresado como porcentaje): $\text{porcentaje de niños } <5 \text{ años con sobrepeso para la edad} = \left(\frac{\text{número de niños de 0 a 5 años que tienen más de dos desviaciones estándar por encima de la mediana de peso por estatura de los patrones de crecimiento infantil de la OMS}}{\text{Número total de niños de 0 años -5 años que fueron medidos}} \right) * 100.$</p> <p>Cálculo a nivel regional:</p> <p>La OMS mantiene la base de datos mundial sobre el crecimiento y la malnutrición infantiles, que incluye encuestas poblacionales que cumplen una serie de criterios. Los datos se verifican para determinar su validez y congruencia, y los conjuntos de datos sin procesar se analizan siguiendo un procedimiento estándar para obtener resultados comparables. Se presentan los niveles de prevalencia por debajo y por encima de los puntos de corte de cuatro índices (peso para la edad, estatura para la edad, peso para la estatura e índice de masa corporal o IMC para la edad) de los niños en edad preescolar utilizando las puntuaciones z basadas en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.</p>

	<p>En un artículo publicado por De Onis y Blössner (2003) en el <i>International Journal of Epidemiology</i> se da una descripción detallada de la metodología y los procedimientos de la base de datos, incluidas las fuentes de datos, los criterios de inclusión, el control de la calidad de los datos y el flujo de trabajo de la base de datos.</p> <p>Tipo de método estadístico predominante: ajustado.</p> <p>Se ha publicado un método bien establecido para derivar tendencias globales y regionales y proyectar tendencias futuras (De Onis. Et al., 2004a, 2004b).</p>
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de medición	Cada cinco años
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Factores de Riesgo y Nutrición (NMH/RF)
Fuente de los datos	Encuestas nacionales de nutrición, encuestas de demografía y salud (DHS), encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS) y sistemas de vigilancia nacional.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • En no todos los países hay encuestas representativas a nivel nacional. • Si bien por lo general se realizan encuestas representativas a nivel nacional cada cinco años, la frecuencia puede variar según las políticas del país y la disponibilidad de fondos. • Por lo general, los sistemas nacionales de vigilancia no son confiables porque no tienen procedimientos sólidos de recolección de datos. Los desastres naturales pueden impedir que se completen las encuestas. • Hay un lapso entre la recopilación y la publicación de los datos.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. De Onis, M. y Blössner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications; <i>International Journal of Epidemiology</i> 2003; 32:518-26. 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. 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. 4. Organización Mundial de la Salud. Nutrición. Metas mundiales 2025. Para mejorar la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Ginebra: OMS. 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). Disponible en https://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/es/. 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, D.C.; 2012). Disponible en http://www.who.int/nutgrowthdb/jme_unicef_who_wb.pdf?ua=1. 8. Organización Mundial de la Salud. Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide. Ginebra: OMS; octubre de 2012.

	Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44397/1/9789241599955_eng.pdf?ua=1 .
Vínculo	<ul style="list-style-type: none">• Indicador 2.2.2 de los ODS• Meta 9.7 de la ASSA2030• Indicadores básicos de la OPS• Indicador del resultado intermedio 2.5.3 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019• Marco de impacto del 13.º PGT• Meta 4 de las metas mundiales de nutrición de la OMS

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 14: Reducción de la malnutrición en todas sus formas
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 14.d: Prevalencia de la obesidad en la niñez y la adolescencia (entre los 5 y los 19 años)
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el porcentaje de niños y adolescentes de 5 a 19 años con un índice de masa corporal (IMC) de más de una desviación estándar por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.</p> <p>Línea de base 2016: 33,6% Meta 2025: 33,6%</p>
Propósito del indicador	Con ese indicador se hace seguimiento a las tendencias de la obesidad en niños y adolescentes, entre los 5 y los 19 años. La obesidad en la infancia se asocia con una mayor probabilidad de obesidad en la edad adulta, lo que puede causar diferentes tipos de discapacidad y enfermedades como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Los niños con obesidad corren el riesgo de ser objeto de acoso y tener una baja autoestima.
Nota técnica	<p>Este indicador se calcula usando el índice de masa corporal (IMC), que se basa en las medidas de estatura y peso.</p> <p>Cálculo a nivel de país (expresado como porcentaje):</p> <p>Porcentaje de población definida con un índice de masa corporal (IMC) de más de dos desviaciones estándar por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.</p> <p>Cálculo a nivel regional:</p> <p>La OMS mantiene la base de datos mundial sobre el crecimiento y la malnutrición infantil, que incluye encuestas basadas en la población que cumplen una serie de criterios. Los datos se verifican para determinar su validez y congruencia, y los conjuntos de datos sin procesar se analizan siguiendo un procedimiento estándar para obtener resultados comparables. Se presentan los niveles de prevalencia por debajo y por encima de los puntos de corte de cuatro índices (peso para la edad, estatura para la edad, peso para la estatura e índice de masa corporal (IMC) para la edad) de los niños en edad preescolar utilizando las puntuaciones z basadas en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.</p> <p>En un artículo publicado por De Onis y Blössner (2003) en el <i>International Journal of Epidemiology</i> se da una descripción detallada de la metodología y los procedimientos de la base de datos, incluidas las fuentes de datos, los criterios de inclusión, el control de la calidad de los datos y el flujo de trabajo de la base de datos.</p> <p>Tipo de método estadístico predominante: ajustado.</p> <p>Se ha publicado un método bien establecido para generar tendencias mundiales y regionales y proyectar tendencias futuras (De Onis et al., 2004a, 2004b).</p> <p>Los datos introducidos y los métodos para introducirlos se describen en NCD-RisC (2017).</p>
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje

Frecuencia de medición	Cada cinco años
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Factores de Riesgo y Nutrición (NMH/RF)
Fuente de los datos	El Observatorio Mundial de la Salud tiene datos recopilados de encuestas de población, tales como encuestas nacionales de nutrición, encuestas de demografía y salud (DHS), encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS) y sistemas de vigilancia nacional.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • No todos los países tienen encuestas representativas a nivel nacional. • Si bien por lo general se realizan encuestas representativas a nivel nacional cada cinco años, la frecuencia puede variar según las políticas del país y la disponibilidad de fondos. • Por lo general, los sistemas nacionales de vigilancia no son confiables porque no tienen procedimientos sólidos de recolección de datos. Los desastres naturales pueden impedir que se completen las encuestas. • Hay un lapso entre la recopilación y la publicación de los datos.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. De Onis, M. y Blössner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications; <i>International Journal of Epidemiology</i> 2003; 32:518-26. 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. 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. 4. Organización Mundial de la Salud. Nutrición. Metas mundiales 2025. Para mejorar la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Ginebra: OMS. 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). Disponible en https://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/es/. 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, D.C.; 2012. Disponible en http://www.who.int/nutgrowthdb/jme_unicef_who_wb.pdf?ua=1. 8. Organización Mundial de la Salud. Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide. Ginebra: OMS; octubre de 2012. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44397/1/9789241599955_eng.pdf?ua=1. 9. NCD-RisC. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies with 128.9 million participants. <i>Lancet</i> 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 9.7 de la ASSA2030 • Marco de impacto del 13.º PGT • Indicador 13 de la meta 7 del marco mundial de vigilancia de la OMS para la prevención y el control de las ENT

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 14: Reducción de la malnutrición en todas sus formas
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 14.e: Prevalencia del sobrepeso y la obesidad en personas de 18 años o más
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el porcentaje de la población adulta (de 18 años en adelante) que tiene sobrepeso o es obesa, definido como un índice de masa corporal (IMC) estandarizado igual o mayor a 25,0 kg/m² (sobrepeso) o 30,0 kg/m² (obesidad).</p> <p>Línea de base 2019: 62,5% para el sobrepeso y 28,6% para la obesidad Meta 2025: 62,5% para el sobrepeso y 28,6% para la obesidad</p>
Propósito del indicador	Con este indicador se hace seguimiento a las tendencias del sobrepeso y la obesidad en los adultos de 18 años en adelante. El sobrepeso y la obesidad en adultos se asocian con un aumento de la prevalencia de discapacidad y enfermedades como la diabetes, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.
Nota técnica	<p>Este indicador se calcula usando el índice de masa muscular (IMC), definido por la OMS como el peso de una persona en kilogramos dividido entre la estatura en metros al cuadrado (kg/m²). Aunque tiene sus limitaciones, el IMC es el indicador más fácil de recopilar y el más aceptado para medir la grasa corporal. Por definición, hay sobrepeso si el IMC es $\geq 25,0$ kg/m² y obesidad si el IMC es $\geq 30,0$ kg/m².</p> <p>Cálculo a nivel de país (expresado como porcentaje):</p> <p>Numerador: Número de hombres y mujeres de 18 años en adelante con un IMC igual o superior a 25 kg/m²</p> <p>Denominador: Total de hombres y mujeres que fueron medidos y pesados.</p> <p>Cálculo a nivel regional:</p> <p>Métodos estadísticos estandarizados de la OMS.</p> <p>La OMS mantiene la base de datos mundial sobre el índice de masa corporal, que incluye encuestas poblacionales que cumplen una serie de criterios. Los datos se verifican para determinar su validez y congruencia, y los conjuntos de datos sin procesar se analizan siguiendo un procedimiento estándar para obtener resultados comparables.</p>
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de medición	Cada cinco años
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Factores de Riesgo y Nutrición (NMH/RF)
Fuente de los datos	El Observatorio Mundial de la Salud utiliza datos de encuestas poblacionales, como las encuestas nacionales de nutrición, las encuestas de demografía y de salud (DHS), las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS) y los sistemas de vigilancia nacional.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> No todos los países tienen encuestas representativas a nivel nacional.

	<ul style="list-style-type: none"> • Si bien por lo general se realizan encuestas representativas a nivel nacional cada cinco años, la frecuencia puede variar según las políticas del país y la disponibilidad de fondos. • Por lo general, los sistemas nacionales de vigilancia no son confiables porque no tienen procedimientos sólidos de recolección de datos. Los desastres naturales pueden impedir que se completen las encuestas. • Hay un lapso entre la recopilación y la publicación de los datos.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. De Onis, M. y Blössner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications; <i>International Journal of Epidemiology</i> 2003; 32:518-26. 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. 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. 4. Organización Mundial de la Salud. Nutrición. Metas mundiales 2025. Para mejorar la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Ginebra: OMS. 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). Disponible en https://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/es/. 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, D.C.; 2012). Disponible en http://www.who.int/nutgrowthdb/jme_unicef_who_wb.pdf?ua=1. 8. Organización Mundial de la Salud. Nutrition Landscape Information System (NLIS) country profile indicators: interpretation guide. Ginebra: OMS; octubre de 2012. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44397/1/9789241599955_eng.pdf?ua=1.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 9.7 de la ASSA2030 • Indicadores básicos de la OPS • Indicador del resultado intermedio 2.1.6b del Plan Estratégico 2014-2019 • Indicador 14 de la meta 7 del marco mundial de vigilancia de la OMS para la prevención y el control de las ENT

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 14: Reducción de la malnutrición en todas sus formas
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 14.f: Porcentaje de menores de 6 meses que se alimentan exclusivamente de leche materna
Definición del indicador	Este indicador mide el porcentaje de menores de 6 meses que se alimentan exclusivamente de leche materna. Línea de base 2019: 37,8% Meta 2025: 50%
Propósito del indicador	Este indicador pertenece a un conjunto de indicadores cuyo propósito es medir las prácticas, políticas y programas de alimentación de lactantes y niños pequeños. Las prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños afectan directamente el estado nutricional y la supervivencia en la infancia. La lactancia materna exclusiva es la intervención más efectiva para mejorar la supervivencia infantil. Por lo tanto, mejorar las prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños es fundamental para mejorar la nutrición, la salud y el desarrollo infantiles.
Nota técnica	El porcentaje de bebés de 0 a 5 meses de vida que se alimentan exclusivamente con leche materna se calcula tomando como fuente las encuestas en las que se pregunta sobre los líquidos y alimentos que se dieron al bebé el día anterior y el número de veces que se amamantó el día anterior. Las encuestas de demografía y salud (DHS) y las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS) incluyen preguntas al respecto. Numerador: Número de bebés de 0 a 5 meses que se alimentaron exclusivamente con leche materna el día anterior. Denominador: Número de bebés de 0 a 5 meses.
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de medición	Cada cinco años
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Factores de Riesgo y Nutrición (NMH/RF)
Fuente de los datos	Los indicadores básicos de la OPS, que utilizan datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS. La OMS y el UNICEF recopilan de manera conjunta datos sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños, y combinan información tomada de encuestas nacionales. Muchos países desarrollados proporcionan datos referentes a la lactancia materna exclusiva a los 6 meses, lo que proporciona estimaciones más bajas que la medida estándar de la lactancia materna exclusiva promediada durante los primeros seis meses. Las dos fuentes se han combinado para mostrar todos los datos disponibles sobre la lactancia materna exclusiva.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Las encuestas representativas a nivel nacional no están disponibles para todos los países. • Si bien por lo general se realizan encuestas representativas a nivel nacional cada cinco años, la frecuencia puede variar según las políticas del país y la disponibilidad de fondos. • Por lo general, los sistemas nacionales de vigilancia no son confiables porque no tienen sólidos procedimientos de recolección de datos. Los desastres naturales pueden impedir que se completen las encuestas. • Hay un lapso entre la recopilación y la publicación de los datos. • Este indicador solo recoge el comportamiento en las últimas 24 horas y a veces en los 3 días previos a la entrevista.

Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud. Global Data Bank on Infant and Young Child Feeding. Disponible en https://apps.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/en/index.html 2. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre del 2007 en Washington D.C. (Estados Unidos). Disponible en https://apps.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241596664/en/index.html 3. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos OPS: Factores de riesgo. Disponible en http://www.paho.org/data/index.php/es/indicadores/visualizacion.html. 4. Organización Mundial de la Salud. Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en https://www.who.int/nutrition/publications/CIP_document/es/.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 9.7 de la ASSA2030 • Indicadores básicos de la OPS • Indicador del resultado intermedio 3.1.4 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 • Meta 5 de las metas mundiales de nutrición de la OMS

Resultado Intermedio 15. Respuesta intersectorial a la violencia y los traumatismos

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 15: Mejora de la acción intersectorial para contribuir a la reducción de la violencia y los traumatismos
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 15.a: Número de países y territorios con un comité asesor operativo o un organismo principal encargado de la seguridad vial que apoye la elaboración o la aplicación de una estrategia nacional sobre seguridad vial
Definición del indicador	Este indicador mide el número de países y territorios que tienen en funcionamiento un comité asesor o un organismo principal encargado de la coordinación multisectorial de medidas para promover la seguridad vial. Línea de base 2019: 25 Meta 2025: 28
Propósito del indicador	Con este indicador se refleja el compromiso de formular y aplicar políticas de seguridad vial, así como de minimizar la duplicación de esfuerzos en la prevención de traumatismos causados por el tránsito.
Nota técnica	La información se obtiene de las respuestas que dan los países al cuestionario del informe de la OMS sobre la situación mundial de la seguridad vial.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Los datos se recopilan cada tres años por medio de un cuestionario en una reunión de consenso nacional. Los datos más recientes (2016) se pueden encontrar en el informe sobre la situación mundial de la seguridad vial correspondiente al 2018: https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en/ [en inglés]
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Prevención de ENT, Violencia y Traumatismos (NMH/NV)
Fuente de los datos	Informe de la OMS sobre la situación mundial de la seguridad vial; información recopilada a partir de cuestionarios nacionales de seguridad vial.
Limitaciones	Los equipos nacionales responden los cuestionarios basándose en sus propias percepciones, por lo que los datos pueden estar influenciados por los antecedentes de los participantes.
Referencias	1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito. OMS (2004). Disponible en https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/es/ .
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> Meta 9.5 de la ASSA2030

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 15: Mejora de la acción intersectorial para contribuir a la reducción de la violencia y los traumatismos
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 15.b: Número de países y territorios que tienen un plan nacional o multisectorial para abordar la violencia que incluya el sistema de salud
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que están ejecutando un plan nacional o multisectorial que aborde la violencia contra las mujeres y niñas, que incluya al sistema de salud y, por lo menos, una estrategia o intervención de prevención.</p> <p>Línea de base 2019: 20 Meta 2025: 25</p>
Propósito del indicador	<p>La prevención de la violencia requiere una acción multisectorial. Con este indicador se mide la disponibilidad de un plan nacional o multisectorial que facilite la coordinación de esfuerzos en múltiples sectores dentro del gobierno y la sociedad civil. La violencia contra las mujeres y niñas se utilizará como un indicador indirecto, aunque los países y territorios deben esforzarse por diseñar e implementar planes multisectoriales para prevenir múltiples formas de violencia, como la violencia contra las mujeres, la violencia contra los niños y las niñas, la violencia contra los adolescentes y jóvenes, la violencia armada, el abuso y maltrato en la vejez.</p> <p>Nota: En la <i>Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer</i> (CD54/9, Rev. 2), aprobada por los Estados Miembros en el 2015, y el <i>Plan de acción mundial de la OMS para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general</i>, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en el 2016, se describe esta área de trabajo como una prioridad y se propone el uso de un indicador similar para medir el progreso.</p>
Nota técnica	<p>Para lograr lo establecido en este indicador, el país debe estar ejecutando un plan nacional o multisectorial que aborde la violencia contra las mujeres y niñas, que incluya al sistema de salud y que presente por lo menos una estrategia o intervención de prevención.</p> <p>Por “multisectorial” se entiende que en el plan se haga referencia explícita a las funciones del sector de la salud y al menos de otro sector gubernamental.</p> <p>Entre las estrategias o intervenciones de prevención se encuentran las siete estrategias que se presentan en la iniciativa <i>RESPECT Women: Preventing Violence against Women</i>, formulada por la OMS y varios asociados. Estas siete estrategias son el fortalecimiento de las habilidades vinculadas a las relaciones interpersonales, el empoderamiento de las mujeres, la prestación de servicios, la reducción de la pobreza, la seguridad de los entornos, la prevención del maltrato y el abuso en la niñez y la adolescencia, y la transformación de las actitudes, creencias y normas. En el documento que se presenta en la sección de referencias se brindan más detalles al respecto.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Cada dos años

Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Prevención de ENT, Violencia y Traumatismos (NMH/NV)
Fuente de los datos	<ul style="list-style-type: none"> • Los países ya tienen que proporcionar información sobre un indicador similar como parte de los requisitos de presentación de informes vinculados a la <i>Estrategia y el plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer</i> (documento CD54/9, Rev. 2). • Con las encuestas de la OMS para los indicadores de la política sobre la salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente se empezarán a recopilar datos sobre este indicador, incluidos los Estados Miembros de la OPS. • Puede obtenerse información adicional del informe de la OMS sobre la situación mundial de la prevención de la violencia en la infancia, de próxima publicación. • También se realizarán esfuerzos para fortalecer las fuentes de datos e información sobre planes nacionales o multisectoriales que aborden diferentes formas de violencia.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • La existencia de un plan nacional o multisectorial es solo un paso en el proceso de fortalecimiento de la coordinación entre los sectores y entre el gobierno y las organizaciones de la sociedad civil, y no significa necesariamente que las medidas propuestas efectivamente se están aplicando. • Este indicador utiliza la violencia contra las mujeres y las niñas como un indicador indirecto de la respuesta del sistema de salud a la violencia en todas sus formas debido a la disponibilidad de datos. Sin embargo, la Región de las Américas se ve afectada por diferentes formas de violencia, las cuales a menudo se interrelacionan. Por ello, la OPS continuará brindando apoyo a los esfuerzos que realicen los Estados Miembros con el fin de fortalecer la formulación de planes nacionales o multisectoriales para abordar múltiples formas de violencia.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud. <i>Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer</i> (2015). Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18386/CD549Rev2_esp.pdf?sequence=8&isAllowed=y. 2. Organización Mundial de la Salud. <i>Plan de acción mundial de la OMS para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general</i> (2016) http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_9-sp.pdf.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 9.4 de la ASSA2030 • Indicador 4.1.1 de la <i>Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer</i>

Resultado Intermedio 16. Acción intersectorial en pro de la salud mental

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 16: Aumento de la promoción de la salud mental, reducción de los trastornos por consumo de sustancias, prevención de los trastornos de salud mental y los suicidios, y reducción del estigma, mediante la acción intersectorial
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 16.a: Número de países y territorios en los que hay colaboración permanente entre los servicios gubernamentales de salud mental y otros departamentos, servicios y sectores
Definición del indicador	Este indicador mide el número de países y territorios en los que hay una colaboración permanente entre los servicios gubernamentales de salud mental y otros departamentos, servicios y sectores. Línea de base 2019: 9 Meta 2025: 22
Propósito del indicador	Con este indicador se evalúa que haya mecanismos formales de colaboración multisectorial para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos de salud mental y el suicidio.
Nota técnica	Para demostrar que hay colaboración permanente en el ámbito de la salud mental entre los servicios gubernamentales de salud mental y otros departamentos, servicios y sectores, el país o territorio debe cumplir los tres criterios siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Existe un acuerdo formal o plan conjunto con el asociado. 2. El asociado recibe o proporciona financiamiento exclusivamente destinado a la prestación del servicio. 3. Se realizan reuniones regulares con el asociado (al menos una vez al año). <p>Entre los asociados de “otros departamentos” pueden encontrarse el ministerio de asuntos sociales o de bienestar social, el ministerio de educación, el ministerio de justicia, y el ministerio del interior o de asuntos internos.</p> <p>Entre los asociados de “otros sectores” pueden encontrarse organismos gubernamentales o no gubernamentales del sector de la vivienda; organismos gubernamentales o no gubernamentales del sector laboral; medios de comunicación; instituciones académicas; organizaciones no gubernamentales locales o internacionales u organizaciones del sector privado que prestan servicios de salud mental o abogan por estos servicios; asociaciones profesionales; organizaciones o instituciones basadas en la fe; curanderos tradicionales o indígenas; así como usuarios de los servicios y sus familiares.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Cada dos años, como parte de la recopilación de datos para el atlas de la OMS sobre la salud mental
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias (NMH/MH)
Fuente de los datos	Atlas de la salud mental de la OMS
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Una limitación clave son las deficiencias en los sistemas nacionales de información de salud. • La OPS y la OMS recomiendan actualizar el atlas de la OMS cada dos años (algunos países de la Región ya lo han hecho). Sin embargo, debe tenerse en cuenta que el atlas

	es una iniciativa voluntaria que depende de los países. La OPS promueve esta actualización periódica pero no tiene poder para tomar decisiones al respecto.
Referencias	1. Organización Mundial de la Salud. (2017). Atlas de la salud mental 2017. Ginebra: OMS.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none">• Meta 9.6 de la ASSA2030

Resultado Intermedio 17. Eliminación de enfermedades transmisibles

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 17: Fortalecimiento de los sistemas de salud para lograr o mantener la eliminación de la transmisión de enfermedades priorizadas
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 17.a: Número de países y territorios que logran una supresión viral de 90% (carga viral <1.000 copias/ml) en las personas que reciben tratamiento antirretroviral
Definición del indicador	<p>El VIH puede suprimirse por medio de una combinación de tratamientos antirretrovirales en los cuales se administran tres o más medicamentos antirretrovirales. Con este indicador se cuenta el número de países y territorios en los cuales se logra la supresión viral al menos en 90% de las personas que reciben tratamiento antirretroviral.</p> <p>Línea de base 2019: 6 Meta 2025: 15</p>
Propósito del indicador	<p>La carga viral a nivel individual es la medición recomendada sobre la eficacia del tratamiento antirretroviral e indica el nivel de adhesión al tratamiento y el riesgo de transmisión del VIH. Un umbral de carga viral de <1.000 copias/ml define el éxito del tratamiento.</p> <p>Lograr la supresión viral en las personas con la infección por el VIH es uno de los diez indicadores mundiales de las directrices consolidadas de la OMS sobre información estratégica acerca del VIH y el sector de la salud, del 2015. Este indicador también ayuda a dar seguimiento a los esfuerzos que se realizan de manera continua para alcanzar el “tercer 90” de las metas 90–90–90 del ONUSIDA: que el 90% de las personas que reciben tratamiento antirretroviral tengan la carga viral suprimida para el 2020.</p>
Nota técnica	<p>El porcentaje de supresión viral en las personas que reciben tratamiento antirretroviral se calcula de la siguiente manera:</p> <p>Numerador: Número de personas con infección por el VIH con carga viral suprimida en el período correspondiente al informe (<1.000 copias/ml)</p> <p>Denominador: Número de personas con infección por el VIH que están en tratamiento y se realizan la prueba de carga viral en el mismo período</p> <p>Los países que presentan información serán evaluados para determinar si han alcanzado la meta de supresión viral en 90% de las personas con infección por el VIH que reciben tratamiento antirretroviral.</p> <p>La supresión de la carga viral se puede medir utilizando tres fuentes de datos: a) datos clínicos y programáticos; b) encuestas representativas a nivel nacional; o c) indicadores de alerta temprana de las encuestas de farmacoresistencia del VIH. Los países deben presentar datos de la fuente más reciente y representativa a nivel nacional. Los datos sobre la prueba de carga viral deben provenir de actividades habituales, no episódicas. Por ejemplo, no deben incluirse los resultados de una persona si la prueba se realizó antes de que se iniciara el tratamiento o si se sospecha que este ha fallado.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios

Frecuencia de medición	Anual
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, Unidad de VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual (CDE/HT)
Fuente de los datos	ONUSIDA y OMS. Informes a nivel de país sobre el monitoreo global del sida
Limitaciones	<p>Un reto que surge de los datos del programa es que la prueba de carga viral puede realizarse de manera selectiva para determinar cuándo iniciar el tratamiento o para encontrar posibles fallas en el tratamiento. Si se usan los datos procedentes de las pruebas de carga viral de personas en las que se sospecha que el tratamiento ha fallado, se subestimarán los niveles de supresión de la carga viral; si la cobertura de la prueba de carga viral es baja, es posible que con los niveles de supresión viral medidos se sobreestime el valor real.</p> <p>Otra limitación es que este indicador no refleja la cobertura del tratamiento antirretroviral. Por lo tanto, los países podrían tener un pequeño número de personas en tratamiento, pero un alto porcentaje de personas con carga viral suprimida entre las personas en tratamiento.</p>
Referencias	1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. <i>Monitoreo global del sida 2019</i> . Disponible en https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf .
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 10.1 de la ASSA2030 • Indicador 3.2.2 del <i>Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021</i> • Indicador 1.4 del documento <i>Monitoreo global del sida</i>

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 17: Fortalecimiento de los sistemas de salud para lograr o mantener la eliminación de la transmisión de enfermedades prioritizadas
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 17.b: Número de países y territorios con >80% de los casos de malaria investigados y clasificados en las zonas señaladas para la eliminación o prevención del restablecimiento de la enfermedad
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios cuyos sistemas de salud han incorporado una de las medidas clave para la eliminación de la malaria: la investigación de casos. El objetivo de la investigación de los casos es conocer si una infección se adquirió localmente y el lugar probable de la infección, para así determinar si existe transmisión autóctona de la malaria o factores que pueden conducir a la transmisión ulterior.</p> <p>La base para la investigación inicial de los casos consiste en recopilar de manera detallada el historial del caso índice en un punto de atención fijo, sea en el establecimiento de salud o con un trabajador de salud comunitario, con el objetivo de clasificar el caso. Este indicador no se refiere a esa acción inicial de investigación de casos, que debería ser parte de la atención habitual de todos los casos independientemente del nivel de endemicidad; más bien se refiere a una medida de investigación epidemiológica en el hogar o el lugar de trabajo del caso. Esto debe hacerse durante la primera semana después de la detección del caso en los países o zonas donde la carga de casos es muy baja (por ejemplo, no más de tres casos por equipo de investigación por semana) o donde hay pocos focos de transmisión.</p> <p>En países o zonas en donde se prioriza la eliminación dentro de países endémicos, todos los casos deben ser objeto de esta investigación epidemiológica, que debe iniciarse al detectarse cada caso.</p> <p>Línea de base 2019: 22 de 34 países Meta 2025: 28 de 34 países</p>
Propósito del indicador	<p>En países o territorios que están avanzando hacia la eliminación de la malaria, la OMS recomienda investigar y clasificar todos los casos. La investigación de casos debe llevar a conclusiones sobre la existencia de la transmisión local y debe guiar las medidas que se adopten como respuesta para detectar otros posibles casos y detener la transmisión. Medir este indicador ayudará a operacionalizar el concepto de “usar la vigilancia como una intervención” en los programas de eliminación, promovido en la <i>Estrategia técnica mundial contra la malaria de la OMS 2016-2030</i>.</p> <p>La evaluación de este indicador y las actividades realizadas con el fin de lograr estas metas buscarán promover medidas de políticas públicas y mejoras operativas en la intervención clave para lograr la eliminación de la malaria y prevenir el restablecimiento de la transmisión.</p>
Nota técnica	<p>Numerador: Número de casos de malaria en los que se ha abierto una investigación del caso en las zonas seleccionadas para la eliminación o la prevención del restablecimiento de la transmisión dentro del país</p> <p>Denominador: Total de casos confirmados de malaria en las zonas seleccionadas para la eliminación o la prevención del restablecimiento de la transmisión</p> <p>En la práctica, la investigación de los casos debe realizarse mediante una visita al hogar o al lugar de trabajo cuando la carga de casos es muy baja (por ejemplo, no más de tres casos por equipo de investigación por semana) o cuando hay pocos focos de transmisión. A los</p>

	<p>finés de la medición de este indicador, se entiende que una zona seleccionada para la eliminación es todo el territorio de un país o una parte del mismo en tales circunstancias. Cada caso investigado y clasificado tendrá un formulario de investigación de caso.</p>
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Anual, medido al final del año.
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, Departamento de Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores (CDE/VT)
Fuente de los datos	Informe anual sobre la malaria en el país y misiones técnicas de la OPS/OMS; bases de datos sobre casos de malaria y detección de casos; verificación a nivel local o nacional.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • En los países que tienen una endemividad importante, pero donde no se deben investigar todos los casos, para determinar correctamente el numerador y el denominador se debe realizar una estratificación adecuada del territorio. • El indicador que actualmente se notifica a nivel nacional ahora debe notificarse a nivel de división administrativa de segundo orden, es decir, a nivel de municipios o distritos. Al principio, este cambio puede traer consigo algunas limitaciones. • Con el indicador se mide la cobertura de la investigación de los casos, no la calidad de las acciones.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud. Manual de referencia para la vigilancia, el seguimiento y la evaluación de la malaria. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/50648/9789275320563_spa.pdf?ua=1. 2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186671/9789243564999_spa.pdf?sequence=1.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 10.6 de la ASSA2030

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 17: Fortalecimiento de los sistemas de salud para lograr o mantener la eliminación de la transmisión de enfermedades prioritizadas																								
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 17.c. (a-g): Interrupción de la transmisión de enfermedades infecciosas desatendidas en los países, siguiendo los criterios y las directrices de la OMS																								
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el éxito de los países y territorios en cuanto a la interrupción de la transmisión de una o varias de las enfermedades infecciosas desatendidas según lo establecido en el <i>Plan de acción para la eliminación de enfermedades infecciosas desatendidas y acciones posteriores a la eliminación 2016-2022</i>, aprobado en septiembre del 2016 por medio de la resolución CD55.R9 del Consejo Directivo de la OPS. La interrupción de la transmisión es un paso previo a la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Enfermedad</th> <th>Línea de base 2019</th> <th>Meta 2025</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Tracoma</td> <td>1 de 4</td> <td>3 de 4</td> </tr> <tr> <td>b. Enfermedad de Chagas</td> <td>17 de 21</td> <td>21 de 21</td> </tr> <tr> <td>c. Rabia humana transmitida por el perro</td> <td>32 de 35</td> <td>35 de 35</td> </tr> <tr> <td>d. Teniasis o cisticercosis humana</td> <td>0 de 16</td> <td>5 de 16</td> </tr> <tr> <td>e. Filariasis linfática</td> <td>3 de 7</td> <td>6 de 7</td> </tr> <tr> <td>f. Oncocercosis</td> <td>4 de 6</td> <td>6 de 6</td> </tr> <tr> <td>g. Esquistosomiasis</td> <td>3 de 10</td> <td>5 de 10</td> </tr> </tbody> </table> <p>Línea de base 2019:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tracoma: México eliminó el tracoma en el 2017. Enfermedad de Chagas: Diecisiete países han interrumpido la transmisión de la enfermedad de Chagas en todo su territorio o en una parte de él. Rabia humana transmitida por el perro: Para el 2018, 32 de los 35 países o territorios contaban con capacidad establecida y procesos eficientes para eliminar la rabia humana transmitida por el perro. En ocho países persisten los riesgos de rabia canina. Teniasis o cisticercosis humana: Ninguno de los 18 países de América Latina y el Caribe donde se sabe que la teniasis o cisticercosis es endémica la ha eliminado como problema de salud pública y la mayoría de ellos no tiene ningún programa de control. Filariasis linfática: En el 2011 se eliminó a Trinidad y Tabago, Suriname y Costa Rica de la lista de países endémicos de esta enfermedad. Oncocercosis: Colombia (2013), Ecuador (2014), México (2015) y Guatemala (2016) eliminaron la oncocercosis. Se prevé que Brasil y Venezuela interrumpan la transmisión para el 2022 y eliminen la enfermedad para el 2025. Esquistosomiasis: Hay evidencia de que algunos países del Caribe han interrumpido la transmisión de la esquistosomiasis (Antigua y Barbuda, Santa Lucía y Suriname), pero falta confirmarlo. Se espera que para el 2025 al menos otros dos países logren eliminarla como problema de salud pública. <p>Meta 2025:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tracoma: Para el año 2025, Brasil, Colombia y Guatemala podrán demostrar que han reducido la prevalencia de la inflamación tracomatosa folicular a <5% en niños de 1 a 9 años y han iniciado la vigilancia posterior de la administración masiva de medicamentos en cada uno de los distritos endémicos. En la iniciativa de la OPS para la eliminación de enfermedades se insta a eliminar el tracoma para el 2022, en 	Enfermedad	Línea de base 2019	Meta 2025	a. Tracoma	1 de 4	3 de 4	b. Enfermedad de Chagas	17 de 21	21 de 21	c. Rabia humana transmitida por el perro	32 de 35	35 de 35	d. Teniasis o cisticercosis humana	0 de 16	5 de 16	e. Filariasis linfática	3 de 7	6 de 7	f. Oncocercosis	4 de 6	6 de 6	g. Esquistosomiasis	3 de 10	5 de 10
Enfermedad	Línea de base 2019	Meta 2025																							
a. Tracoma	1 de 4	3 de 4																							
b. Enfermedad de Chagas	17 de 21	21 de 21																							
c. Rabia humana transmitida por el perro	32 de 35	35 de 35																							
d. Teniasis o cisticercosis humana	0 de 16	5 de 16																							
e. Filariasis linfática	3 de 7	6 de 7																							
f. Oncocercosis	4 de 6	6 de 6																							
g. Esquistosomiasis	3 de 10	5 de 10																							

	<p>conformidad con los objetivos de la OMS. Sin embargo, los países de la Región necesitarán más tiempo debido a algunos retrasos registrados y a la falta de financiamiento o capacidad en los países para acelerar los esfuerzos en pro de la eliminación.</p> <p>b. Enfermedad de Chagas: Se prevé que veintiún países interrumpan la transmisión de la enfermedad de Chagas en la totalidad de su territorio o una parte de él.</p> <p>c. Rabia humana mediada por perros: La meta es que 35 de 35 países o territorios cuenten con capacidad establecida y procesos eficientes para eliminar la rabia humana transmitida por el perro.</p> <p>d. Teniasis o cisticercosis humana: En la iniciativa de eliminación se establece como meta para el 2030 eliminar las muertes y la discapacidad en la niñez, así como la morbilidad en las comunidades en riesgo. La meta del resultado intermedio es un paso hacia el logro de los objetivos establecidos en la iniciativa de eliminación.</p> <p>e. Filariasis linfática: Se prevé que Brasil y República Dominicana logren la interrupción de la transmisión para el 2022.</p> <p>f. Oncocercosis: Se prevé que Brasil y Venezuela interrumpan la transmisión en el 2022.</p> <p>g. Esquistosomiasis: En la iniciativa de eliminación se establecía que la meta de la OMS para el 2020 era eliminar la transmisión de esta enfermedad en toda América Latina y el Caribe, pero esta meta no se logrará. Puerto Rico, República Dominicana, Antigua y Barbuda, Monserrat y Guadalupe podrían lograr la interrupción de la transmisión en el 2022.</p>
Propósito del indicador	El objetivo de eliminar las enfermedades infecciosas desatendidas se ha establecido en diversos mandatos mundiales, como las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, y en mandatos regionales, como la resolución CD55.R9 del Consejo Directivo de la OPS. También es una meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (meta 3.3): “De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles”. El propósito del indicador es medir el progreso hacia el logro de estos objetivos de salud pública, teniendo en cuenta que la interrupción de la transmisión es un paso hacia la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas.
Nota técnica	El cálculo de este indicador se basa en los criterios y procedimientos de la OPS y la OMS para la verificación o validación de la eliminación de cada una de las enfermedades.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	<ul style="list-style-type: none"> • Para la rabia humana transmitida por el perro y la enfermedad de Chagas: una vez al año • Para la teniasis o cisticercosis humana, la filariasis linfática, la oncocercosis, la esquistosomiasis y el tracoma: cada dos a tres años
Unidad de la OSP	Programa de Enfermedades Infecciosas Desatendidas; Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, Unidad de Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores (CDE/VT)
Fuente de los datos	Datos oficiales proporcionados a los países por las autoridades nacionales de salud; resultados de encuestas y estudios de vigilancia, y sistemas regionales de vigilancia como SIRVERA (Sistema de Información Regional para la Vigilancia Epidemiológica de la Rabia).
Limitaciones	Para algunas de las enfermedades mencionadas, como la esquistosomiasis y la teniasis o cisticercosis humana, la OPS/OMS todavía tiene que elaborar pautas para los criterios y procedimientos de verificación o validación de la eliminación de cada una de las enfermedades.

<p>Referencias</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022. 55.º Consejo Directivo (documento CD55/15). Se puede encontrar en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35740&Itemid=270&lang=es. 2. Organización Mundial de la Salud. Validation of Elimination of Lymphatic Filariasis as a Public Health Problem. Ginebra: 2017. Se puede encontrar en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254377/9789241511957-eng.pdf?sequence=1. 3. Organización Mundial de la Salud. Validación de la eliminación del tracoma como problema de salud pública. Ginebra: 2016. Se puede encontrar en http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33655/9789275319239-spa.pdf?ua=1. 4. Organización Mundial de la Salud. Guidelines for stopping mass drug administration and verifying elimination of human onchocerciasis. Ginebra: 2016. Se puede encontrar en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204180/9789241510011_eng.pdf?sequence=1.
<p>Vínculo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 3.3 de los ODS • Meta 10.7 de la ASSA2030 • <i>Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022</i> (documento CD55/15) • Resolución WHA66.12 sobre enfermedades tropicales desatendidas • Marco de impacto del 13.º PGT

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 17: Fortalecimiento de los sistemas de salud para lograr o mantener la eliminación de la transmisión de enfermedades priorizadas
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 17.d: 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 el número de países y territorios con capacidad establecida y procesos eficientes para eliminar la rabia humana transmitida por el perro, tanto desde la perspectiva de la salud pública como de la salud animal, sobre la base de una estructura modelo actualmente en desarrollo. En relación con la salud pública, el modelo incluye seis capacidades: el análisis de los riesgos, la profilaxis previa a la exposición, la profilaxis posterior a la exposición, las actividades de control relacionadas con los casos, la educación y la vigilancia. Con respecto a la salud animal, el modelo también considera seis capacidades: el análisis de los riesgos, la vacunación, el control poblacional, el control de la importación, la vigilancia y las actividades de control relacionadas con los casos. Cada capacidad tiene un máximo de tres niveles de desempeño que deben evaluarse.</p> <p>La evaluación del desempeño respecto de cada capacidad se realiza como parte de las actividades habituales de evaluación del programa de control de la rabia en los países.</p> <p>Línea de base 2019: 30 Meta 2025: 35</p>
Propósito del indicador	<p>Con este indicador se demuestra el progreso del país en 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 justificar la asignación de recursos del programa contra la rabia (por ejemplo, invertir en una capacidad específica cuando el desempeño de una función no es el previsto). La herramienta permite proporcionar el perfil de inversión óptimo.</p>
Nota técnica	<p>Cálculo a nivel de país:</p> <p>Las mejoras de la capacidad se evalúan examinando las puntuaciones ponderadas específicas por capacidad del país resultantes del modelo, para obtener una puntuación general del país.</p> <p>Cálculo a nivel regional:</p> <p>El indicador regional se calcula contando los países que han mejorado sus capacidades y 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, al final de cada año calendario.
Unidad de la OSP	Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) (CDE/AFT)
Fuente de los datos	Autoridades nacionales de salud (resultados de las evaluaciones de los programas de control de la rabia).
Limitaciones	No todos los países presentan la información requerida de manera lo suficientemente oportuna para que se evalúe su inclusión en el cálculo del indicador.

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. 2. Organización Panamericana de la Salud. Meeting of Rabies Program Directors in the Americas (REDIPRA) - http://www.panaftosa.org/redipra16/index.php?lang=en 3. Organización Panamericana de la Salud. Informe de resultados de la encuesta sobre la situación de los programas nacionales de rabia en las Américas: 2015-2016. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/51720 4. Organización Panamericana de la Salud. Regional Information System for Epidemiological Surveillance of Rabies (SIRVERA) - https://sirvera.panaftosa.org.br/login
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 10.4 de la ASSA2030 • Indicador del resultado intermedio 1.4.8 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 17: Fortalecimiento de los sistemas de salud para lograr o mantener la eliminación de la transmisión de enfermedades priorizadas
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 17.e: Número de países y territorios donde se ha restablecido la transmisión endémica del virus del sarampión o de la rubéola
Definición del indicador	Este indicador mide el número de países y territorios donde la cadena de transmisión de una cepa de virus del sarampión o la rubéola continúa sin interrupción durante >12 meses en una zona geográfica definida. Línea de base 2018: 2 Meta 2025: 0
Propósito del indicador	El indicador muestra la capacidad de los programas nacionales de inmunización para mantener la eliminación a lo largo del tiempo.
Nota técnica	Este indicador se calcula como el número de países y territorios donde se ha restablecido la transmisión endémica del virus del sarampión y la rubéola en un año específico, para un país, territorio o zona geográfica determinada.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Semanal
Unidad de la OSP	Inmunización Integral (CIM)
Fuente de los datos	Los datos se obtienen de los informes semanales de los países a la Unidad de Inmunización Integral de la Familia de la OPS a través de MESS-ISIS.
Limitaciones	Los datos dependen de la calidad del sistema de vigilancia y la capacidad del laboratorio.
Referencias	1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre inmunización [Internet]. 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2015 (resolución CD54.R8). Disponible en https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R8-s.pdf .
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 10.4 de la ASSA2030 • Indicador del resultado intermedio 1.5.2 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 • Indicador 1.2.1 del <i>Plan de acción sobre inmunización</i>

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 17: Fortalecimiento de los sistemas de salud para lograr o mantener la eliminación de la transmisión de enfermedades priorizadas
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 17.f: Cobertura regional promedio de los recién nacidos con la vacuna contra la hepatitis B administrada en las primeras 24 horas de vida
Definición del indicador	Este indicador mide la cobertura de los recién nacidos que reciben la vacuna contra la hepatitis B en las primeras 24 horas de vida, expresada como promedio ponderado regional. Línea de base 2017: 76% Meta 2025: 95%
Propósito del indicador	La cobertura adecuada de la vacuna administrada a todos los recién nacidos en las primeras 24 horas de vida ayuda a prevenir la infección perinatal por el virus de la hepatitis B. Este indicador muestra el estado de vacunación de la cohorte de recién nacidos de un año determinado.
Nota técnica	Este indicador se calcula dividiendo el número de recién nacidos que reciben la vacuna contra la hepatitis B durante las primeras 24 horas de vida entre el número de menores de 1 año (población a mitad de año) en un país, territorio o zona geográfica determinada en un momento específico. Cuando se han obtenido datos de los países, se calcula un promedio ponderado de la población de menores de 1 año en la Región.
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de medición	Anual. Los datos notificados corresponden al final del año y se reciben en abril del año siguiente.
Unidad de la OSP	Inmunización Integral (CIM)
Fuente de los datos	Los datos se obtienen de los informes anuales que los países envían a la Unidad de Inmunización Integral de la Familia de la OPS por medio del formulario de informe conjunto de la OPS/OMS y el UNICEF.
Limitaciones	Los datos reflejan solo la cobertura administrativa, que puede variar si los datos poblacionales están desactualizados o si hay mucha migración.
Referencias	1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre inmunización [Internet]. 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2015 (resolución CD54.R8). Disponible en https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R8-s.pdf .
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 10.5 de la ASSA2030 • Indicador 1.3.3 (adaptado) del <i>Plan de acción sobre inmunización</i> • Indicador 2.1.2 (adaptado) del <i>Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales</i> (documento CD54/13, Rev. 1)

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 17: Fortalecimiento de los sistemas de salud para lograr o mantener la eliminación de la transmisión de enfermedades priorizadas
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 17.g: Número de países y territorios que notificaron casos de parálisis debida a poliovirus salvajes o a la circulación de poliovirus derivados de la vacuna en el año anterior
Definición del indicador	Este indicador mide el número de países y territorios que notifican casos de parálisis debida a poliovirus salvajes o a poliovirus derivados de la vacuna (cVDPV) en circulación en el último año. Línea de base 2018: 0 Meta 2025: 0
Propósito del indicador	Este indicador muestra si un país ha notificado, investigado y confirmado casos de parálisis debidos a poliovirus salvajes o poliovirus derivados de la vacuna en circulación como parte de un programa de vigilancia que funciona correctamente.
Nota técnica	La vigilancia de la parálisis flácida aguda en menores de 15 años permite detectar la presencia de casos de parálisis debidos a poliovirus salvajes o al cVDPV en un país o territorio. Hay directrices específicas de vigilancia que se ponen en práctica en todos los países y territorios para detectar, notificar e investigar cualquier caso de parálisis debida a poliovirus salvajes o al cVDPV y presentar el informe correspondiente.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Semanal
Unidad de la OSP	Inmunización Integral (CIM)
Fuente de los datos	Los datos se obtienen de los informes semanales de los países a la Unidad de Inmunización Integral de la Familia de la OPS a través de PESS-ISIS.
Limitaciones	Los datos dependen de la calidad del sistema de vigilancia y de la capacidad del laboratorio.
Referencias	1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre inmunización [Internet]. 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2015 (resolución CD54.R8). Disponible en https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R8-s.pdf .
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 10.4 de la ASSA2030 • Indicador 1.1.1 del <i>Plan de acción sobre inmunización</i> • Indicador del resultado intermedio 1.5.4 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 • Marco de impacto del 13.º PGT

Resultado Intermedio 18. Determinantes sociales y ambientales

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 18: Mayor capacidad de los actores del sector de la salud para abordar los determinantes sociales y ambientales con un enfoque intersectorial, priorizando los grupos en situación de vulnerabilidad
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 18.a: Número de países y territorios con capacidad para ejecutar y dar seguimiento a las políticas para abordar los determinantes sociales de la salud
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que han demostrado tener la capacidad necesaria para abordar los determinantes sociales de la salud. Para demostrarlo, los países determinarán cuáles son los dos determinantes sociales de la salud de mayor impacto según su contexto nacional, priorizando a los grupos en situación de vulnerabilidad, y formularán y aplicarán políticas para abordar esos determinantes.</p> <p>Línea de base 2019: 6 Meta 2025: 9</p> <p>Los países de la Región actualmente están en proceso de establecer las líneas de base y las metas de los indicadores de la <i>Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030</i>. La línea de base y la meta de este indicador se actualizarán al finalizar ese proceso.</p>
Propósito del indicador	Con este indicador se miden los avances progresivos de los Estados Miembros de la OPS en la formulación y aplicación de políticas que aborden los determinantes sociales de la salud prioritarios.
Nota técnica	<p>Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, y el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que conforman las condiciones de la vida cotidiana. Estas fuerzas y sistemas incluyen las políticas y los sistemas económicos, las agendas de desarrollo, las normas y políticas sociales, y los sistemas políticos. Las circunstancias pueden ser sumamente inequitativas y generar diferencias en los resultados de salud. Entre los determinantes más importantes de la salud se encuentran la educación, el empleo (un trabajo decente), los ingresos, la protección social, la violencia, las condiciones de la vivienda, el género, la etnicidad y raza, así como la discapacidad.</p> <p>Cada país debe determinar cuáles son los determinantes sociales que tienen el mayor impacto en su contexto nacional, con un enfoque específico en los grupos en situación de vulnerabilidad, y formular y aplicar políticas para abordarlos. La mayoría de esas políticas requerirán medidas intersectoriales, pero algunas están bajo la responsabilidad directa del sector de la salud. Entre las condiciones necesarias para demostrar que se cuenta con esta capacidad se encuentran las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal y presupuesto dedicados a abordar y monitorear los determinantes sociales de la salud. • Cada tres años, al menos un programa de capacitación para el fortalecimiento de la capacidad que tenga como objetivo formular y aplicar políticas que permitan abordar los determinantes sociales de la salud, con un componente de seguimiento y evaluación. • Coordinación funcional entre el sector de la salud y otros sectores. • Actividades intersectoriales documentadas que aborden los determinantes sociales de la salud, tomando en cuenta el seguimiento y la evaluación.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios

Frecuencia de medición	Bienal, con una evaluación final a fines del 2025.
Unidad de la OSP	Determinantes sociales y ambientales para la equidad en salud / Promoción de la Salud y Determinantes Sociales de la Salud (DHE/HP)
Fuente de los datos	Los datos se obtendrán de diferentes fuentes, como: <ul style="list-style-type: none"> • encuestas autoadministradas, • observatorios, • políticas de salud gubernamentales aprobadas, • informes de país presentados a los órganos de los tratados de las Naciones Unidas, • informes de país presentados a la Unidad de la OPS de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales, • informes de país sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Los sistemas de salud no hacen un seguimiento sistemático de este indicador. • Los datos reflejarán el número de países y territorios que han aplicado y hacen el seguimiento de políticas para abordar los determinantes de la salud. Sin embargo, no especificarán el impacto y los resultados de esas políticas.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]; 2017. Disponible en https://www.who.int/social_determinants/es/. 2. Organización Mundial de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud [Internet]. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud; del 19 al 21 de octubre del 2011. Rio de Janeiro: OMS; 2011. Disponible en https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf. 3. Organización Mundial de la Salud. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud [Internet]. Resolución WHA62.14. Ginebra: OMS; 2009 [consultado el 21 de noviembre del 2018]. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/4263/A62_R14-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 11.1 de la ASSA2030

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 18: Mayor capacidad de los actores del sector de la salud para abordar los determinantes sociales y ambientales con un enfoque intersectorial, priorizando los grupos y comunidades en situación de vulnerabilidad
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 18.b: Número de países y territorios con capacidad para prevenir enfermedades ocupacionales clave
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que tienen servicios, planes de capacitación y programas de educación en el campo de la salud ocupacional, así como programas de vigilancia ocupacional, centrados en los sectores críticos de la economía (como el sector informal, el sector de la salud, el sector minero y agrícola) y aumentan de manera efectiva las actividades realizadas con el fin de prevenir y diagnosticar las enfermedades ocupacionales y llevar un registro de estas enfermedades entre el 2020 y el 2025.</p> <p>Línea de base 2019: 3 Meta 2025: 7</p>
Propósito del indicador	<p>La “epidemia invisible” de las enfermedades ocupacionales causada por el subdiagnóstico y el subregistro de estas enfermedades requiere fortalecer la capacidad para garantizar su oportuna detección, diagnóstico y registro; mejorar los sistemas nacionales de información sobre la salud de los trabajadores, y promover la prevención primaria mediante el control de las condiciones peligrosas en el lugar de trabajo. Mediante la implementación de servicios de salud, actividades educativas y programas de capacitación específicos para los trabajadores, junto con programas de vigilancia ocupacional centrados en los sectores de alto riesgo y el control adecuado de las condiciones de trabajo peligrosas, se podrá reducir el número, la tendencia y la carga de enfermedades, accidentes, discapacidades y muertes relacionadas con el trabajo. Además, la ejecución de intervenciones de prevención primaria (evaluación del riesgo ocupacionales y controles de ingeniería y administrativos) permitirá evitar que los trabajadores, sus familiares y empleadores sufran pérdidas económicas significativas.</p>
Nota técnica	<p>Los sistemas de vigilancia que han incluido actividades de capacitación y educación han demostrado que: <i>a)</i> son un método eficaz para detectar, controlar o eliminar condiciones de trabajo peligrosas; <i>b)</i> previenen enfermedades, accidentes, discapacidades y muertes ocupacionales; y <i>c)</i> reducen la carga de mortalidad por estas causas. Al establecer sistemas de este tipo, los países contribuyen a incrementar la productividad individual, familiar y nacional.</p> <p>Entre los peligros y las enfermedades ocupacionales crónicas no transmisibles se encuentran la silicosis, las enfermedades relacionadas con el asbesto y la enfermedad renal crónica de causas no tradicionales (ERCnT), así como la exposición a cancerígenos. La evaluación de riesgos y las intervenciones de control de riesgos que aplican la jerarquía de controles establecida por los higienistas ocupacionales (prevención primaria) han demostrado ser la mejor manera de prevenir estas enfermedades y exposiciones y su impacto en la salud. Esto ayuda a reducir o evitar la necesidad de atención a largo plazo que causa un alto costo social y de salud, en particular para el sector de la salud. Estas intervenciones de prevención primaria también permiten transferir el costo de los riesgos ocupacionales a la seguridad social y los sistemas de aseguramiento de los riesgos del trabajo.</p> <p>Dado que, por naturaleza, el enfoque de la salud de los trabajadores es intersectorial y multidisciplinario y tiene múltiples partes interesadas, su práctica requiere la participación del sector laboral y otros sectores clave como la minería, la agricultura, la ganadería, el medioambiente, la industria, la construcción y el transporte, entre otros.</p>

	<p>Estas actividades se incluyen en la segunda línea estratégica de acción del <i>Plan de acción sobre la salud de los trabajadores 2015-2025</i> de la OPS. Se suministrará asistencia técnica y orientación para recopilar los informes de los países que proporcionarán datos sobre la frecuencia y las tendencias de las enfermedades, la discapacidad y las muertes ocupacionales causadas por enfermedades clave, distribuidos por edad, sexo y sector económico. Los países también informarán sobre los programas de vigilancia, capacitación o educación que hayan puesto en práctica.</p> <p>Dado que la responsabilidad del sector de la salud es proteger la vida y la salud de toda la población, las autoridades nacionales de salud deben asumir el liderazgo e informar sobre accidentes, enfermedades y muertes causadas por el trabajo. Se debe prestar particular atención a los trastornos que contribuyen con las enfermedades ocupacionales no transmisibles, como la neumoconiosis (las enfermedades relacionadas con el asbesto, la silicosis), las enfermedades cardiovasculares, los cánceres ocupacionales y la ERCnT en diferentes entornos de trabajo en la Región.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Anual
Unidad de la OSP	Determinantes sociales y ambientales para la equidad en salud / Promoción de la Salud y Determinantes Sociales de la Salud (DHE/HP)
Fuente de los datos	Los datos se obtendrán de los informes anuales de país utilizando las plantillas definidas en el <i>Plan de acción sobre la salud de los trabajadores</i> .
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Este indicador no se recoge en forma habitual dentro de los sistemas de información de salud. • Los datos solo mostrarán el número de países que han fortalecido su capacidad para prevenir enfermedades profesionales clave por medio de sistemas de vigilancia ocupacional y sistemas de salud ocupacional; sin embargo, en los datos no se especificarán condiciones peligrosas o sus efectos en la salud de los trabajadores. En aquellos países donde el organismo responsable de la seguridad social u otras instituciones recopilan los datos sobre salud ocupacional, es necesario realizar actividades adicionales de coordinación para obtener esta información.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud de los trabajadores. Resolución CD54.R6 (2015). Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33983. 2. Organización Panamericana de la Salud. La enfermedad renal crónica de las comunidades agrícolas de Centroamérica. Resolución CD52.10 (2013). Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23348&Itemid=270&lang=es. 3. Organización Mundial de la Salud. WHO Global plan of action on workers' health: Baseline for implementation 2008-2017. Disponible en https://www.who.int/occupational_health/who_workers_health_web.pdf. 4. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019. Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/35010/9789275318447_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Vínculo	<ul style="list-style-type: none">• Meta 11.5 de la ASSA2030• Indicador del resultado intermedio 3.5.4 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019
----------------	--

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 18: Mayor capacidad de los actores del sector de la salud para abordar los determinantes sociales y ambientales con un enfoque intersectorial, priorizando los grupos en situación de vulnerabilidad
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 18.c: Proporción de la población que usa servicios de agua potable manejados de manera segura
Definición del indicador	<p>Este indicador mide la proporción de la población que utiliza una fuente mejorada de agua potable (agua entubada en la vivienda, el patio o la parcela; grifo o toma de agua pública; pozo tubular o perforado; pozo excavado protegido; manantial y aguas pluviales protegidas) que se encuentra en el mismo lugar de su consumo y está disponible cuando se la necesita, y que está libre de contaminación fecal y por productos químicos prioritarios.</p> <p>Línea de base 2019: 57,5% en 8 países y territorios Meta 2025: 75%</p>
Propósito del indicador	<p>Este indicador se basa en el indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio referido a la “proporción de la población con acceso a fuentes mejoradas de agua potable”. “Fuentes mejoradas” se utilizó como sustituto de agua segura debido a la falta de datos sobre la calidad del agua potable. En este indicador del Plan Estratégico también se incorporan aspectos relativos a la calidad (“segura”, “libre de contaminación”), accesibilidad (“en el mismo lugar de su consumo”) y disponibilidad (“disponible cuando se la necesita”) para abordar más a fondo los criterios normativos del derecho humano al agua.</p> <p>Con el análisis de todos estos aspectos, los responsables de la formulación de políticas y la toma de decisiones pueden decidir qué tiene prioridad en sus intervenciones: por ejemplo, el tratamiento para mejorar la calidad, la ampliación de las redes de distribución para mejorar la accesibilidad o la rehabilitación de la red de distribución existente para mejorar la disponibilidad y preservar la calidad. Al desglosar los datos por criterios geográficos y estratos socioeconómicos, es posible determinar qué segmentos de la población se están quedando atrás en el acceso a fuentes mejoradas de agua.</p>
Nota técnica	<p>De acuerdo con el Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento del Agua, el Saneamiento y la Higiene, para cumplir con el umbral de un servicio “manejado de manera segura”, la fuente mejorada debe cumplir tres condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad: La fuente debe estar ubicada en el lugar donde se consume (dentro de la vivienda, el patio o la parcela). • Disponibilidad: El agua debe estar disponible cuando se la necesita. • Calidad: El agua suministrada debe estar libre de contaminación fecal y por productos químicos prioritarios. <p>El Programa Conjunto de Monitoreo define estos criterios de la siguiente manera:</p> <p><i>Accesibilidad:</i> El agua potable se encuentra en el lugar de consumo o el trayecto para recogerla no supera los 30 minutos.</p> <p><i>Disponibilidad:</i> El agua debe estar disponible de forma continuada y en cantidad suficiente para satisfacer las necesidades de ingesta e higiene personal, así como para otros usos personales y domésticos, como la preparación de comidas, el lavado de ropa y vajillas y la limpieza. El suministro debe ser constante, de manera que permita la recogida de cantidades suficientes para dar respuesta a todas las necesidades, sin comprometer la calidad del agua. Disponer de agua cuando se necesita es algo complejo que depende de la cantidad de agua necesaria, la cantidad de agua disponible, la continuidad y confiabilidad del suministro, y la capacidad de almacenamiento en el hogar. En aquellos casos disponibles, el Programa</p>

	<p>Conjunto de Monitoreo usa datos de fuentes poblacionales y una variedad de preguntas que hasta la fecha se han incluido en las encuestas nacionales de hogares. En los casos en que los encuestados informan que tienen acceso a agua suficiente cuando la necesitan o que tienen agua disponible al menos 50% del tiempo (es decir, al menos 12 horas por día o 4 días por semana), el Programa Conjunto de Monitoreo los clasifica como que tienen servicios de agua potable disponibles cuando se necesitan. De no haber datos de fuentes basadas en la población, también se han utilizado datos de fuentes administrativas. El Programa Conjunto de Monitoreo clasifica como “disponibles cuando se necesitan” los sistemas de agua entubada que suministran agua durante al menos 12 horas por día o 4 días por semana, aunque se reconoce que esto puede no alcanzar la plena realización del derecho humano.</p> <p><i>Calidad:</i> Para que el agua potable se considere segura, debe estar libre de agentes patógenos y niveles elevados de sustancias nocivas en todo momento. A los efectos del monitoreo global, el estándar microbiológico aplicado es que no se debe detectar <i>Escherichia coli</i> en una muestra de 100 ml. Los recuentos de bacterias coliformes termotolerantes son otro indicador fecal de uso común y se consideran una alternativa aceptable a <i>E. coli</i>. Si bien los datos sobre el cumplimiento de los estándares de cloro residual son valiosos para el monitoreo y la vigilancia operacionales, para el Programa Conjunto de Monitoreo no constituyen una prueba de que se estén cumpliendo los estándares microbiológicos. A nivel mundial, los contaminantes químicos prioritarios son el arsénico y el fluoruro. El Programa Conjunto de Monitoreo recopila datos sobre el cumplimiento de las normas nacionales pertinentes y, cuando es posible, usa el cumplimiento de los valores de referencia de la OMS (10 µg/l y 1,5 mg/l, respectivamente).</p> <p>Numerador: Población que utiliza una fuente mejorada de agua potable (agua entubada en la vivienda, el patio o la parcela; grifo o toma de agua pública; pozo tubular o perforado; pozo excavado protegido; manantial y aguas pluviales protegidas) que se encuentra en el mismo lugar de consumo y está disponible cuando se la necesita, y que está libre de contaminación fecal y por productos químicos prioritarios.</p> <p>Denominador: Población del país según una estimación anual oficial</p>
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de medición	Anual
Unidad de la OSP	Determinantes sociales y ambientales para la equidad en salud / Cambio Climático y Determinantes Ambientales (DHE/CE)
Fuente de datos	Los datos se obtendrán de los informes anuales del Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento del Agua, el Saneamiento y la Higiene (https://washdata.org/).
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Los datos sobre la disponibilidad y accesibilidad del agua potable están cada vez más disponibles por medio de una combinación de encuestas de hogares y fuentes administrativas, incluidos los entes reguladores, pero las definiciones aún no se han estandarizado. • Los datos sobre la calidad (contaminación fecal y química), extraídos de las encuestas de hogares y las bases de datos regulatorias, no cubrirán todos los países de inmediato, por lo que deben recopilarse.

Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Objetivo de Desarrollo Sostenible 6, sus metas e indicadores. Disponible en http://www.sdg6monitoring.org/indicators/ [en inglés] 2. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. JMP Methodology 2017 Update and SDG Baselines (marzo de 2018). Disponible en https://washdata.org/sites/default/files/documents/reports/2018-04/JMP-2017-update-methodology.pdf. 3. Organización Mundial de la Salud. Guidelines for drinking-water quality, 4th edition, incorporating the 1st addendum. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241549950
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • ODS indicador 6.1.1 • Meta 11.3 de la ASSA2030 • Indicador del resultado intermedio 3.5.1 (adaptado) del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 • Marco de impacto del 13.º PGT

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 18: Mayor capacidad de los actores del sector de la salud para abordar los determinantes sociales y ambientales con un enfoque intersectorial, priorizando los grupos en situación de vulnerabilidad
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 18.d: Proporción de la población que usa servicios de saneamiento manejados de manera segura, incluidas instalaciones para lavarse las manos con agua y jabón
Definición del indicador	<p>Este indicador mide la proporción de la población que utiliza instalaciones de saneamiento mejorado a nivel del hogar, sin compartirlas con otros hogares, que permiten eliminar las excreciones de manera segura en el mismo lugar o transportarlas a otro lugar para ser tratadas, e incluyen una instalación para lavarse las manos con agua y jabón en el hogar.</p> <p>Entre los sistemas de saneamiento mejorado se encuentran los inodoros de sifón o de arrastre con descarga en sistemas de alcantarillado, fosas sépticas o letrinas de pozo, letrinas de pozo mejoradas (letrinas de pozo con loza o ventiladas) e inodoros de compostaje. Una instalación para lavarse las manos es un dispositivo para contener, transportar o regular el flujo de agua para facilitar el lavado de manos.</p> <p>Línea de base 2019: 38% en 11 países y territorios Meta 2025: 50%</p>
Propósito del indicador	<p>Este indicador se basa en el indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio referido a la “proporción de la población que usa servicios de saneamiento mejorados”, e incorpora aspectos relacionados con la accesibilidad (a nivel de hogar), aceptabilidad y seguridad (no compartidos con otros hogares) para abordar más a fondo los criterios normativos del derecho humano al agua. Para garantizar la salud pública más allá del nivel del hogar, el indicador incorpora el manejo seguro de los desechos fecales a lo largo de toda la cadena de saneamiento, desde la contención hasta el tratamiento final y la eliminación, y por lo que es un indicador de usos múltiples que contribuye al logro del indicador ODS 6.3.1 sobre tratamiento de aguas residuales.</p> <p>Comúnmente se acepta que lavarse las manos con jabón es la medida higiénica de máxima prioridad para mejorar los resultados de salud; la disponibilidad de instalaciones para lavarse las manos con agua y jabón se utiliza como indicador indirecto del comportamiento respecto del lavado de manos. Este indicador se incluye en muchas encuestas de hogares como elemento estándar; los datos se obtienen por observación del equipo en el terreno, no por información que suministren los encuestados.</p> <p>Al incorporar el análisis de todos estos aspectos, el indicador 6.2.1 de los ODS centra la atención de los responsables de la formulación de políticas y la toma de decisiones en asuntos que requieren una mayor inversión para obtener resultados en términos de salud, igualdad de género y medioambiente. Al desglosar los datos por criterios geográficos y estratos socioeconómicos, es posible determinar qué segmentos de la población se están quedando atrás en el acceso a servicios de saneamiento seguros.</p>
Nota técnica	<p>La definición del indicador “servicios de saneamiento manejados de manera segura” se basa en el concepto del diagrama de flujo de excreciones, en el cual se rastrean los desechos fecales de diferentes tipos de instalaciones de saneamiento en las etapas de contención, vaciado, transporte, tratamiento y reutilización o eliminación final. El Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento del Agua, el Saneamiento y la Higiene describe estas etapas de la siguiente manera:</p>

	<p><i>Contención:</i> Se refiere a la medida en que las instalaciones de saneamiento que utilizan las personas garantizan que las excreciones se separen de forma segura del contacto humano a nivel del hogar y a nivel de la comunidad. Cuando hay datos sobre la proporción de personas que utilizan sistemas de saneamiento mejorados que no contienen los desechos fecales de manera efectiva (por ejemplo, líneas de alcantarillado, letrinas o tanques sépticos que dejan escapar heces al medioambiente), el Programa Conjunto de Monitoreo hace los ajustes pertinentes a las estimaciones sobre instalaciones de saneamiento manejadas de forma segura.</p> <p><i>Vaciado de las instalaciones de almacenamiento in situ:</i> El Programa Conjunto de Monitoreo busca datos sobre la proporción de personas que usan instalaciones de almacenamiento <i>in situ</i> del saneamiento (fosas sépticas o letrinas) que se hayan vaciado alguna vez. Estos datos pueden provenir de fuentes de datos basadas en la población, como encuestas de hogares, o de registros administrativos. Estos conjuntos de datos permiten recopilar información sobre el tiempo transcurrido desde el vaciado más reciente, la forma en que se vaciaron las excreciones o el uso de equipos de protección para evitar la exposición ocupacional durante el vaciado, pero no se han utilizado para hacer estimaciones.</p> <p><i>Tratamiento y eliminación de excreciones en las instalaciones de almacenamiento in situ:</i> Esto se refiere a la proporción de excreciones vaciadas de las instalaciones de almacenamiento <i>in situ</i> (fosas sépticas o pozos de letrinas) que se entierran en el mismo sitio; se transportan, generalmente en carros, camiones o cisternas, a plantas de tratamiento (independientemente del tipo de planta de tratamiento); o se descargan en las redes de alcantarillado. Algunas encuestas de hogares y fuentes administrativas recopilan información sobre la frecuencia y el método de vaciado de los sistemas de saneamiento <i>in situ</i> y si las excreciones pasan a tratamiento o se descargan sin cumplir con los requerimientos de seguridad. Las excreciones de las instalaciones de saneamiento <i>in situ</i> pueden ser transportados a plantas de tratamiento de aguas residuales o a plantas de tratamiento de lodos fecales especialmente diseñadas para este fin. Se considera que se han manejado de manera segura las excreciones transportadas a las plantas de tratamiento de aguas residuales que proporcionan al menos un tratamiento secundario. Se considera que las excreciones transportadas a las plantas de tratamiento de lodos fecales se han manejado de manera segura si se tratan tanto las porciones líquidas como las sólidas.</p> <p><i>Aguas residuales transportadas a plantas de tratamiento:</i> Se refiere a la proporción de excreciones vertidas en los sistemas de alcantarillado que se transportan junto con las aguas residuales a las plantas de tratamiento (independientemente del tipo de planta de tratamiento). Es posible que las aguas residuales no sean transportadas a las plantas de tratamiento debido a exfiltración, falla en el bombeo, o roturas u obstrucciones en el sistema de alcantarillado, o bien es posible que se descarguen directamente en desagües abiertos, cuerpos de agua o terrenos abiertos. Es raro que haya datos sobre la proporción de aguas residuales perdidas en el transporte.</p> <p><i>Aguas residuales tratadas:</i> Se refiere a la proporción de aguas residuales que llegan a las plantas de tratamiento de aguas residuales y son objeto de al menos un tratamiento secundario (biológico). No se considera que hay un manejo seguro de las aguas residuales si estas solo reciben tratamiento primario, a menos que el efluente se descargue de una manera que impida un mayor contacto humano (por ejemplo, a través de un embalse grande en el mar). Si hay datos disponibles para los tipos convencionales (primario, secundario, terciario, avanzado) así como para las categorías ambiguas (por ejemplo, “otros”), por lo general no se consideran como manejadas de manera segura las aguas residuales que caen en las</p>
--	---

	<p>categorías ambiguas. Cuando la única información disponible sobre el tratamiento es ambigua (por ejemplo, “tratada”), el Programa Conjunto de Monitoreo supone que al menos hubo un tratamiento secundario, pero solicita aclaración durante las consultas con los países.</p> <p>Numerador: Población que utiliza servicios de saneamiento manejados de manera segura, incluida una instalación para lavarse las manos con agua y jabón.</p> <p>Denominador: Población</p>
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de medición	Anual
Unidad de la OSP	Determinantes sociales y ambientales para la equidad en salud / Cambio Climático y Determinantes Ambientales (DHE/CE)
Fuente de los datos	Los datos se obtendrán de los informes anuales del Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento del Agua, el Saneamiento y la Higiene (https://washdata.org/).
Limitaciones	Los datos sobre la eliminación segura y el tratamiento no están disponibles para todos los países. Los datos para los sistemas de saneamiento rural también son limitados.
Referencia	<ol style="list-style-type: none"> Objetivo de Desarrollo Sostenible 6, sus metas e indicadores. Disponible en http://www.sdg6monitoring.org/indicators/ [en inglés] Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. JMP Methodology 2017 Update and SDG Baselines (marzo del 2018). Disponible en https://washdata.org/sites/default/files/documents/reports/2018-04/JMP-2017-update-methodology.pdf. Organización Mundial de la Salud. WHO Guidelines on sanitation and health. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274939/9789241514705-eng.pdf
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • ODS indicador 6.2.1 • Meta 11.3 de la ASSA2030 • Indicador del resultado intermedio 3.5.2 (adaptado) del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 • Marco de impacto del 13.º PGT

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 18: Mayor capacidad de los actores del sector de la salud para abordar los determinantes sociales y ambientales con un enfoque intersectorial, priorizando los grupos en situación de vulnerabilidad
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 18.e: Proporción de la población cuya fuente primaria de energía son los combustibles y tecnologías limpios
Definición del indicador	<p>Este indicador mide la proporción de la población cuya fuente primaria de energía son los combustibles y tecnologías limpios. Se calcula dividiendo el número de personas que usan combustibles y tecnologías limpios para cocinar o producir luz o calor entre la población total que refiere haber cocinado o producido luz o calor, y se expresa en porcentaje. La definición de “limpio” se establece según los objetivos en cuanto a tasa de emisión y las recomendaciones específicas sobre combustibles (es decir, contra el uso de carbón y queroseno sin procesar) que se presentan en las <i>Directrices de la OMS sobre la calidad del aire de interiores: quema de combustible en los hogares</i>.</p> <p>Línea de base 2019: 87%* Meta 2025: 89%</p> <p>*Se consideran los siguientes 23 países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Uruguay y Venezuela.</p>
Propósito del indicador	<p>La contaminación del aire en los hogares es una de las principales causas de enfermedad y muerte prematura en los países en desarrollo (véase la base de datos de la OMS sobre energía doméstica, 2018) y es un riesgo evitable para la salud. La OMS estima que en el 2016 ocurrieron alrededor de 82.000 muertes en países de ingresos bajos y medianos de la Región de las Américas debido al uso de combustibles y tecnologías contaminantes para cocinar o producir luz o calor (OMS, 2018). Entre los problemas de salud relacionados con la contaminación del aire en el hogar por el uso de combustibles sólidos se encuentran las infecciones respiratorias agudas de las vías bajas en los menores de 5 años y las cardiopatías isquémicas, los accidentes cerebrovasculares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el cáncer de pulmón en los adultos (Lim et al., 2012). En la publicación <i>Directrices de la OMS sobre la calidad del aire de interiores: quema de combustible en los hogares</i> (2014) se advierte sobre los riesgos del uso de combustibles sólidos y queroseno, y se establecen objetivos para reducir las emisiones de contaminantes nocivos generados por fuego abierto, estufas y fuentes de iluminación para uso doméstico.</p> <p>La falta de acceso a fuentes de energía no contaminantes se concentra en los grupos poblacionales marginados. Esto es un indicio de la necesidad de diseñar intervenciones basadas en políticas que permitan reducir la exposición a los contaminantes en el hogar, teniendo en cuenta sus efectos en la salud y su contribución a las desigualdades en el ámbito de la salud. Acelerar la transición a fuentes de energía no contaminantes para todos es una intervención de salud pública urgente y necesaria en la Región de las Américas, y el sector de la salud debe participar en la búsqueda de soluciones que produzcan el mejor resultado posible.</p> <p>El fortalecimiento de la capacidad de los Estados Miembros de la OMS para abordar la contaminación del aire en los hogares va de la mano con la hoja de ruta de la OMS aprobada por la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud. La OMS es el organismo custodio del seguimiento mundial del indicador 7.1.2 del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 7, “Proporción de la población cuya fuente primaria de energía son los combustibles y tecnologías limpios”. El ODS 3 también incluye el indicador 3.9.1, “Tasa de mortalidad</p>

	<p>atribuida a la contaminación de los hogares y del aire ambiente”. La OPS está comprometida a contribuir con los esfuerzos mundiales para lograr estos objetivos.</p> <p>Además, reducir el uso de combustibles y tecnologías contaminantes para cocinar y producir luz y calor en el hogar contribuye a reducir las emisiones de carbono negro, un producto contaminante que contribuye con el cambio climático. Por lo tanto, hay beneficios para la salud y el medioambiente, entre los cuales se encuentran contribuir al logro del ODS 13 y avanzar en la aplicación del Acuerdo de París sobre cambio climático.</p>
<p>Nota técnica</p>	<p>Este indicador se calcula usando datos de encuestas de hogares recopilados por la OMS. La información sobre el uso de combustibles en la cocina y las prácticas al cocinar proviene de aproximadamente 800 encuestas y censos representativos a nivel nacional. Entre las fuentes se encuentran las encuestas de demografía y salud (DHS), las encuestas de medición de los niveles de vida (LSMS), las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS), la encuesta mundial de salud, y otras encuestas elaboradas y realizadas a nivel nacional.</p> <p>Se usa un modelo multinivel para estimar por separado la energía primaria usada para cocinar por toda la población, por la población urbana y por la población rural en un año determinado. El modelo solo tiene en cuenta las regiones, los países y el tiempo como función <i>spline</i>, y las estimaciones se restringen a valores de cero a uno. Otras publicaciones tienen más detalles sobre el modelo (Bonjour et al, 2013).</p> <p>Las estimaciones de los países donde no hay encuestas disponibles se obtienen de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando no hay datos disponibles en un país, se utiliza la media regional ponderada en función de la población para obtener estimaciones consolidadas a nivel regional o mundial, pero no se proporciona una estimación puntual del país. • Se supone que los países clasificados como de ingresos altos, con un ingreso nacional bruto per cápita de más de US\$ 12,746, han finalizado la transición al uso de combustibles y tecnologías limpias como principal fuente de energía doméstica para cocinar. En estos países, la proporción de la población que depende de combustibles y tecnologías contaminantes no llega al 5% y se supone igual a cero para las estimaciones regionales y mundiales. • Para estimar la fracción de la población que depende de combustibles y tecnologías limpias para generar luz y calor se aplicará el mismo método, es decir, el uso de datos de encuestas para obtener estimaciones de los países en un año determinado, con las mismas suposiciones mencionadas anteriormente. • Los datos sobre el acceso a combustibles y tecnología limpias para cocinar se pueden desglosar por lugar de residencia (rural o urbano) en todos los países. • Los datos sobre el principal usuario de la fuente de energía para cocinar (es decir, el cocinero) podrán desglosarse por sexo; además, se esperan mejoras en las encuestas de hogares. • Están disponibles los datos sobre el jefe de hogar desglosados por sexo en lo que respecta a cocinar y producir luz y calor. <p>A nivel de país:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se presentan informes sobre los países de ingresos bajos y medianos que no tienen datos.

	<ul style="list-style-type: none"> Se supone que los países de ingresos altos que no tienen datos han finalizado la transición al uso de combustibles y tecnologías limpios, por lo que se supone que >95% de su población utiliza combustibles y tecnologías limpios. <p>A nivel regional y mundial:</p> <ul style="list-style-type: none"> En los casos de países de ingresos bajos y medianos sin datos, para obtener las estimaciones regionales y mundiales se utilizan estimaciones de promedios regionales ponderados en función de la población. Se supone que los países de ingresos altos que no tienen datos han finalizado la transición al uso de combustibles y tecnologías limpios, por lo que se supone que >95% de su población utiliza combustibles y tecnologías limpios.
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de medición	Anual
Unidad de la OSP	Determinantes sociales y ambientales para la equidad en salud / Cambio Climático y Determinantes Ambientales (DHE/CE)
Fuente de los datos	<p>En la mayor parte de los países los datos sobre los combustibles y tecnologías primarios de los hogares, en particular los que se usan para cocinar, se recopilan de manera sistemática a nivel nacional por medio de censos y encuestas. Entre las encuestas de hogares utilizadas se encuentran las encuestas de demografía y salud (DHS), realizadas con el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS), que se hacen con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); la encuesta mundial de salud, que tiene el apoyo de la OMS; y otras encuestas nacionales confiables y representativas a nivel nacional.</p> <p>Sobre la base de todo el conjunto mundial de encuestas de hogares con datos sobre cocina, calefacción e iluminación, la OMS ha creado una base de datos estadísticos sobre el acceso a combustibles y tecnologías limpios y contaminantes. Esta base de datos de la OMS sobre energía doméstica se actualiza con regularidad y es de acceso público. Incluye datos sobre las fuentes de energía usadas para cocinar en 157 países y un territorio en el período entre 1970 y el 2015; sobre las usadas para producir luz en 76 países entre 1963 y el 2014; y sobre las usadas para producir calor en 16 países entre 1986 y el 2012.</p> <p>Actualmente, la OMS está trabajando con encuestadoras e institutos de estadísticas de los países, así como con investigadores y otras partes interesadas, para mejorar los instrumentos de las encuestas de hogares que pueden usarse con propósitos múltiples de manera que permitan recopilar datos sobre los combustibles y las tecnologías utilizados para la calefacción y la iluminación. La OMS estima cada dos años la proporción de la población que depende principalmente de combustibles y tecnologías limpias.</p>
Limitaciones	<p>En primer lugar, las autoridades nacionales del sector de la energía generalmente tienen la responsabilidad de mejorar el acceso a los servicios relacionados con las fuentes de energía, incluidos los combustibles y tecnologías limpios para cocinar y producir luz y calor. Es posible que las autoridades nacionales de salud no participen en la toma de decisiones sobre las soluciones que se ponen en práctica. Este indicador solo puede reflejar la capacidad del país para mejorar el acceso a energía no contaminante; no necesariamente evalúa el papel del sector de la salud de ese país en la promoción de soluciones relacionadas con fuentes de energía no contaminantes para cocinar, por ejemplo, como una intervención importante en el campo de la salud pública. Sí puede reflejar los esfuerzos de la OMS para incluir este</p>

	<p>indicador entre los indicadores de los ODS vinculados a la salud (la OMS es el organismo custodio del indicador 7.1.2 de los ODS, que se necesita para estimar el indicador 3.9.1 de los ODS).</p> <p>En segundo lugar, puede haber discrepancias entre las cifras que se presentan internacionalmente y las que se presentan a nivel nacional, por distintas razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En algunos casos es posible que se usen estimaciones basadas en modelos y en otros puntos de datos de encuestas. - En diferentes cálculos pueden usarse distintas definiciones de combustibles “contaminantes” (o, anteriormente, “sólidos”): solo madera; o madera y cualquier otra biomasa, como los residuos de estiércol; o incluir o no el queroseno como combustible contaminante. - Los cálculos pueden usar diferentes estimaciones de la población total. - Las estimaciones pueden expresarse como porcentaje de la población que usa combustibles contaminantes (o sólidos), conforme al indicador del ODS 7, o como porcentaje de hogares que usan combustibles contaminantes (o sólidos), conforme a lo evaluado por encuestas como las de demografía y salud (DHS) o las de indicadores múltiples por conglomerados (MICS). - En lo que respecta al uso de combustibles contaminantes, los valores por encima de 95% se presentan como >95% y por debajo de 5% como <5%.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lim, S. S. et al., 2012. 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>The Lancet</i>, 380(9859), pp. 2224-2260. 2. Naciones Unidas. Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Se encuentran en https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%20Refinement_Spa.pdf 3. Organización Mundial de la Salud. Salud y medio ambiente: proyecto de hoja de ruta para reforzar la respuesta mundial a los efectos adversos de la contaminación del aire en la salud. Se puede encontrar en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_18-sp.pdf 4. Organización Mundial de la Salud 2018. WHO Household Energy Database. 5. Organización Mundial de la Salud, 2014b. Directrices de la OMS sobre la calidad del aire de interiores: quema de combustibles en los hogares (Resumen de orientación). Ginebra. OMS. 6. Bonjour S, Adair-Rohani H, Wolf J, Bruce NG, Mehta S, Prüss-Ustün A, Lahiff M, Rehfuess EA, Mishra V, Smith KR. Solid fuel use for household cooking: country and regional estimates for 1980-2010. <i>Environ Health Perspect</i> 2013;121(7). doi:10.1289/ehp.1205987
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • ODS indicadores 3.9.1 y 7.1.2 • Meta 11.2 de la ASSA2030 • Marco de impacto del 13.º PGT

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 18: Mayor capacidad de los actores del sector de la salud para abordar los determinantes sociales y ambientales con un enfoque intersectorial, priorizando los grupos y comunidades en situación de vulnerabilidad
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 18.f: Número de ciudades con ≥ 500.000 habitantes (o al menos la principal ciudad del país) en cada país y territorio que tienen un grado adecuado de progreso o están avanzando hacia el cumplimiento de las guías de la OMS sobre calidad del aire con respecto a los niveles medios anuales de partículas finas en suspensión (PM2.5)
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de ciudades grandes de la Región que cumplen o están avanzando hacia el cumplimiento de las guías de la OMS sobre calidad del aire con respecto a las partículas finas. La concentración media anual de partículas finas en suspensión de menos de 2,5 micrones de diámetro (PM2.5) es una medida común de la contaminación del aire y un buen indicador de la calidad del aire. También se puede estimar la medida de PM2.5 sobre la base de las mediciones hechas para PM10. La media anual es un promedio ponderado del área para medir la calidad del aire urbano sobre la base de mediciones diarias en uno o más sitios de monitoreo o estimaciones basadas en modelos, y se expresa en microgramos por metro cúbico [ug/m3].</p> <p>Línea de base 2019: Por determinarse sobre la base de un cálculo de 45 ciudades*</p> <p>Meta 2025: Una reducción de 20% de la concentración anual media de PM2.5, comparado con 2019, en al menos 35 de las 45 ciudades</p> <p>* Se calculará la línea de base para la concentración anual media de las partículas finas en suspensión de menos de 2,5 micrómetros de diámetro (PM2.5) para las siguientes ciudades de la Región que midan PM2.5 o PM10 en el 2019: Argentina (Buenos Aires, Córdoba, Rosario), Bolivia (Cochabamba, La Paz, Santa Cruz), Brasil (Belém, Belo Horizonte, Brasilia, Curitiba, Fortaleza, Goiânia, Guarulhos, Manaus, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador de Bahía), Chile (Santiago), Colombia (Barranquilla, Bogotá, Cali, Manizales, Medellín), Costa Rica (San José), Cuba (La Habana), Ecuador (Guayaquil, Quito), El Salvador (San Salvador), Guatemala (Guatemala), Honduras (San Pedro Sula, Tegucigalpa), México (Ciudad de México, Guadalajara, Juárez, León, Monterrey, Tijuana), Panamá (Ciudad de Panamá), Perú (Lima-Callao), República Dominicana (Santo Domingo), Uruguay (Montevideo) y Venezuela (Caracas).</p>
Propósito del indicador	<p>Este indicador refleja los esfuerzos regionales para cumplir con la meta 11.6 de los ODS: “De aquí a 2030, reducir el impacto ambiental negativo per cápita de las ciudades, incluso prestando especial atención a la calidad del aire y la gestión de los desechos municipales y de otro tipo”.</p> <p>También es necesario estimar la media anual del país ponderada en función del área y la distribución de la población, que se utilizará para medir el indicador 3.9 de los ODS, “Tasa de mortalidad atribuida a la contaminación de los hogares y del aire ambiente”.</p> <p>Por medio de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, adoptada por Naciones Unidas en el 2015, y la hoja de ruta sobre la contaminación del aire, respaldada por la Asamblea Mundial de la Salud en el 2016, la Región de las Américas ha demostrado su compromiso con los esfuerzos por reducir el impacto negativo de la contaminación del aire en la salud. Para cumplir con estos compromisos, deberá abordarse un desafío clave: reforzar las respuestas regionales, nacionales y locales al incluir la salud en la gestión de la calidad del aire.</p>

	<p>Entre las acciones específicas se encuentran expandir y asegurar el acceso a la información y los datos científicos regionales sobre el impacto de la contaminación del aire en la salud, así como en la efectividad de las políticas e intervenciones formuladas para abordar este impacto; mejorar los esfuerzos regionales para dar seguimiento a las tendencias asociadas con la exposición humana a la contaminación del aire, en particular PM2.5 y PM10, y presentar informes al respecto; involucrar a los actores del sector de la salud en una acción coordinada con las partes interesadas pertinentes para que haya una respuesta adecuada a fin de que se reduzcan los efectos negativos para la salud de la contaminación del aire en la Región y que, al mismo tiempo, se produzcan sinergias; y fortalecer la capacidad de los sectores responsables.</p> <p>En la Región de las Américas, un porcentaje muy alto de la población se concentra en las zonas urbanas. Hacer hincapié en la necesidad de controlar la calidad del aire en las ciudades más grandes como un objetivo de salud pública vinculará el indicador directamente con las medidas necesarias para reducir la exposición a la contaminación del aire, y ayudará a dar seguimiento al progreso realizado en esta dirección. Expresar este indicador en términos de las directrices de la OMS sobre calidad del aire y no como un parámetro específico permite hacer cambios a las directrices de la OMS en el período en que se utilizará el indicador.</p>
<p>Nota técnica</p>	<p>Cálculo a nivel regional:</p> <p>Con este indicador se cuenta el número de ciudades con ≥ 500.000 habitantes que tienen un grado adecuado de progreso o están avanzando hacia el cumplimiento de las directrices de calidad del aire de la OMS con respecto a los niveles medios anuales de partículas finas (PM2.5). En caso de que el país o territorio no tenga una ciudad con ≥ 500.000 habitantes, el indicador evaluará la situación de la ciudad más grande o la capital.</p> <p>Cálculo a nivel de país:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Método de cálculo: La concentración anual media de PM2.5 en las zonas urbanas se calcula sobre la base de estaciones de monitoreo de la calidad del aire a nivel del suelo, usando un modelado mejorado que integra los datos de detección remota por satélite, estimaciones de población, topografía y mediciones a nivel del suelo (OMS, 2016a; Shaddick et al, 2016) • Desglosamiento: Cuando no se estima a nivel del suelo, el indicador está disponible en cuadrículas de $0,1^\circ \times 0,1^\circ$ para el mundo en la plataforma mundial de la OMS sobre calidad del aire y salud. • Tratamiento de los valores faltantes a nivel de país: Los valores faltantes se dejan en blanco. • Fuentes de discrepancias: La fuente de diferencias entre las cifras mundiales y nacionales son las estimaciones modeladas frente a las cifras de concentración anual media obtenidas de mediciones a nivel del suelo. • Métodos y orientación a disposición de los países para recopilar datos a nivel nacional: Los países que tienen redes de monitoreo de la calidad del aire operativas en zonas urbanas pueden usar las cifras de concentración anual media de las mediciones a nivel del suelo y el número correspondiente de habitantes para obtener la exposición a partículas en zonas urbanas ponderada en función de la población. • Aseguramiento de la calidad: Los datos que se registran en el modelo son datos oficiales o publicados sobre la calidad del aire u otros temas pertinentes. Las estimaciones modeladas se verifican con sumo cuidado y se comparan con las mediciones oficiales a nivel del suelo.

	<ul style="list-style-type: none"> Proceso de consulta y validación para realizar ajustes y estimaciones con los países: Los registros de datos, los métodos y las estimaciones finales se envían a los países antes de publicarse en los canales de comunicación oficiales de la OMS con los Estados Miembros de la OMS.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de ciudades
Frecuencia de medición	Anual o bianual (dependiendo de la frecuencia con la cual la información se presenta y se pone a disposición en la base de datos mundial de la OMS sobre la calidad del aire ambiente).
Unidad de la OSP	Determinantes sociales y ambientales para la equidad en salud / Cambio Climático y Determinantes Ambientales (DHE/CE)
Fuente de los datos	En América Latina y el Caribe, solo 37 de cada 100 ciudades con 500.000 habitantes o más han realizado alguna medición de la contaminación del aire en los últimos años (Riojas et al., 2016). Por lo tanto, las fuentes de datos incluyen no solo mediciones a nivel del suelo realizadas por redes de monitoreo, sino también sensores remotos satelitales, estimaciones de población, topografía, información sobre redes de monitoreo locales y medidas de elementos específicos que contribuyen con la contaminación del aire. El proceso de recopilación de datos para las mediciones a nivel del suelo incluye informes oficiales de los países y búsquedas en internet. Las mediciones de PM10 y PM2.5 provienen de sitios web e informes oficiales nacionales y subnacionales, o bien son cifras generadas por redes regionales o datos de organismos de las Naciones Unidas, organismos de desarrollo, artículos de revistas arbitradas y mediciones a nivel del suelo recopiladas en el marco del proyecto de carga mundial de enfermedad.
Limitaciones	No todos los países hacen un seguimiento sistemático de este indicador. Los datos provienen de los sistemas de monitoreo de los países y el modelo de la OMS, lo que puede restringir la frecuencia con que se puede medir el indicador.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> Shaddick G et al (2016). Data Integration Model for Air Quality: A Hierarchical Approach to the Global Estimation of Exposures to Ambient Air Pollution. Royal Statistical Society, arXiv:1609.0014. Naciones Unidas. Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Se encuentran en https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%20refinement_Spa.pdf. Organización Mundial de la Salud. Salud y medio ambiente: proyecto de hoja de ruta para reforzar la respuesta mundial a los efectos adversos de la contaminación del aire en la salud. Se puede encontrar en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_18-sp.pdf. Organización Mundial de la Salud. Ambient air pollution: a global assessment of exposure and burden of disease. 2016. Organización Mundial de la Salud. WHO Global Ambient Air Quality Database. Riojas-Rodríguez, H; Soares da Silva A; Texcalac-Sangrador JL; Moreno-Banda GL. Air pollution management and control in Latin America and the Caribbean and implications for climate change. Rev Panam Salud Publica. 2016.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> Indicadores 3.9.1 y 11.6.2 de los ODS Meta 11.2 de la ASSA2030 Marco de impacto del 13.º PGT

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 18: Mayor capacidad de los actores del sector de la salud para abordar los determinantes sociales y ambientales con un enfoque intersectorial, priorizando los grupos en situación de vulnerabilidad
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 18.g: Número de países y territorios con capacidad para abordar el tema de la salud en la seguridad química (incluida la exposición de seres humanos a metales y plaguicidas)
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que están formulando políticas y ejecutando programas para abordar la salud en lo referente a la seguridad química, incluida la capacitación del personal del sector de la salud, los servicios y la vigilancia de la salud, y la promoción de la salud para las personas expuestas, especialmente las que se encuentran en situación de vulnerabilidad.</p> <p>Línea de base 2019: 6 Meta 2025: 22</p>
Propósito del indicador	La seguridad química requiere un enfoque multisectorial en el cual el sector de la salud tiene un papel clave, dada la necesidad de que haya un manejo adecuado para prevenir los efectos en la salud que incrementen la carga de la enfermedad y las exigencias a los servicios de salud. Es necesario formular políticas y ejecutar programas, compatibles con diferentes acuerdos y marcos relacionados con los productos químicos, para fortalecer la participación del sector de la salud en la seguridad química.
Nota técnica	<p>La <i>Hoja de ruta sobre los productos químicos</i> de la OMS se implementó como seguimiento de la resolución WHA69.4 (2016), <i>Función del sector de la salud en el Enfoque Estratégico de la Gestión Internacional de los Productos Químicos de cara al objetivo fijado para 2020 y años posteriores</i>. La hoja de ruta contribuye además con el logro de las metas 3.9, 6.3 y 12.4 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Entre las áreas de acción se encuentran la reducción de riesgos, los conocimientos y pruebas científicas, la capacidad institucional y el liderazgo y coordinación, bajo la responsabilidad de los Estados Miembros y la Secretaría de la OMS. Entre los documentos adicionales elaborados para aplicar la hoja de ruta se encuentra un cuaderno de trabajo para ayudar a los países a establecer prioridades y planificar la labor sobre las medidas establecidas en la hoja de ruta. El cuaderno de trabajo puede usarse para elaborar un plan de alto nivel para la aplicación en el que se definan los ámbitos prioritarios y las oportunidades para colaboración, y se señalen los puntos en los que se requiere apoyo. Entre algunas de las áreas que corresponden directamente al sector de la salud se encuentran los centros toxicológicos, los servicios clínicos y de vigilancia, y la educación del público.</p> <p>Este indicador se calcula contando el número de países y territorios que han implementado actividades relacionadas con la exposición a los productos químicos incluidos en las cuatro áreas de acción de la hoja de ruta de la OMS: reducción de riesgos, conocimientos y pruebas científicas, capacidad institucional, y liderazgo y coordinación (dentro del sector de la salud y con otros sectores). Para lograr el indicador, el país debe haber realizado al menos una actividad relacionada con la exposición a productos químicos en cada una de las cuatro áreas de acción.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Anual, combinada con informes continuos específicos sobre las actividades del sector de la salud

Unidad de la OSP	Determinantes sociales y ambientales para la equidad en salud / Cambio Climático y Determinantes Ambientales (DHE/CE)
Fuente de los datos	Se obtendrán datos de los informes que presenten los países sobre su participación en actividades relativas a la seguridad química, incluidos los programas de capacitación del sector de la salud, y reuniones internacionales, regionales y nacionales sobre seguridad química, como las actividades y reuniones relativas a la Convención de Minamata sobre el Mercurio y el Enfoque Estratégico para la Gestión de Productos Químicos a Nivel Internacional (SAICM).
Limitaciones	Es posible que los países estén participando en actividades de seguridad química, a menudo en colaboración con otros sectores e instituciones, pero que no presenten informes sobre estas actividades, que se abordan en las diversas herramientas disponibles en la <i>Hoja de ruta sobre productos químicos</i> .
Referencia	1. Organización Mundial de la Salud. Hoja de ruta sobre los productos químicos. Disponible en https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-FWC-PHE-EPE-17.03 .
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Metas 3.9, 6.3 y 12.4 de los ODS • Meta 11.2 de la ASSA2030

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 18: Mayor capacidad de los actores del sector de la salud para abordar los determinantes sociales y ambientales con un enfoque intersectorial, priorizando los grupos y comunidades en situación de vulnerabilidad
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 18.h: Número de países y territorios con capacidad para abordar los efectos del cambio climático relacionados con la salud
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que, dentro de la autoridad nacional de salud, demuestran tener capacidad para abordar los efectos del cambio climático. A nivel de país, esta capacidad se define mediante la inclusión política del sector de la salud en el debate nacional sobre el cambio climático y la presencia de un punto focal designado para el cambio climático que haya realizado la capacitación aprobada por la OPS.</p> <p>Línea de base 2017: 12 Meta 2025: 23</p>
Propósito del indicador	Este indicador refleja la capacidad del sector de la salud de la Región para formular y aplicar estrategias y programas intersectoriales que tengan como objetivo abordar el impacto del cambio climático en la salud.
Nota técnica	<p>Para lograr el indicador, el país debe cumplir los dos criterios siguientes: <i>a</i>) tener un representante de las autoridades nacionales de salud que participe en un comité interministerial nacional sobre el cambio climático, y <i>b</i>) tener un punto focal que sea responsable de coordinar la respuesta del sector de la salud a los efectos del cambio climático relacionados con la salud y que tenga las competencias necesarias.</p> <p>La creación de un comité interministerial nacional es un indicador sólido de que un país ha definido las políticas públicas prioritarias en cuanto a la mitigación y la adaptación al cambio climático. Si el sector de la salud está representado en los comités interministeriales sobre el cambio climático, se coordinan mejor las políticas con otros sectores, se facilita la aplicación de medidas que sean beneficiosas para la salud y se mejora la preparación del sector de la salud frente al impacto del cambio climático.</p> <p>Además, los comités interministeriales pueden asegurarse de que se incluyan consideraciones sobre la salud en los informes nacionales sobre cambio climático que se presentan a la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (CMNUCC), como las comunicaciones nacionales, los informes sobre inventario nacional, las contribuciones determinadas a nivel nacional, las acciones de mitigación apropiadas a nivel nacional y los planes nacionales de adaptación.</p> <p>Se insta a los países a designar a un funcionario para que represente a la autoridad nacional de salud en el comité interministerial, de manera que haya continuidad, rectoría y representación de la autoridad nacional de salud dentro de las actividades nacionales.</p> <p>Además, el punto focal designado mejora la coordinación del trabajo interprogramático entre los departamentos y unidades dentro de la autoridad nacional de salud, y sirve como punto de contacto para recibir, recopilar y difundir información relevante, incluso entre otros sectores y partes interesadas.</p> <p>Para fortalecer su participación, el punto focal designado debe realizar un programa de capacitación reconocido por la OPS sobre el cambio climático, su conexión con la salud, las oportunidades de mitigación y las estrategias de adaptación. Se consideran aplicables para el logro de este indicador:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • el curso virtual de la OPS sobre el cambio climático y la salud; • las actividades de capacitación que coordina la OPS para elaborar los planes nacionales de adaptación para el sector de la salud; • las actividades de capacitación de la CMNUCC, el PNUMA y el PNUD sobre los planes nacionales de adaptación en aquellos casos en que hay un componente sobre planes sectoriales; • las actividades de capacitación del Fondo Verde para el Clima (FVC) sobre el acceso al financiamiento del FVC por medio de las autoridades nacionales designadas; • el curso de la OMS y UNITAR sobre el cambio climático y la salud.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Anual
Unidad de la OSP	Determinantes sociales y ambientales para la equidad en salud / Cambio Climático y Determinantes Ambientales (DHE/CE)
Fuente de los datos	Se obtendrán datos de las encuestas de la OPS en los países sobre la salud y el cambio climático, las listas de quienes recibieron certificados en los cursos y las listas de participación en las actividades de capacitación.
Limitaciones	Aunque no todos los países realizan un seguimiento activo, debería haber datos fidedignos disponibles que permitan hacer un seguimiento preciso por parte de la OPS. En consecuencia, se cree que no hay limitaciones que impidan hacer un seguimiento del progreso hacia el logro de este indicador.
Referencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud (2019). Plan de acción del Caribe sobre la salud y el cambio climático. Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/38566. 2. Organización Mundial de la Salud (2017) Marco operacional para el desarrollo de sistemas de salud resilientes al clima. Disponible en https://www.who.int/globalchange/publications/building-climate-resilient-health-systems/es/.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • ODS indicadores 13.2.1 y 13.3.2 • Meta 11.2 de la ASSA2030 • Indicador I.1.1 del <i>Plan de acción del Caribe sobre la salud y el cambio climático</i>

Resultado Intermedio 19. Promoción de la salud y acción intersectorial

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 19: Fortalecimiento de la promoción de la salud y reducción de las inequidades mediante el enfoque de la salud en todas las políticas, la diplomacia en la salud y la acción intersectorial
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 19.a: Número de países y territorios que aplican el marco de salud en todas las políticas para mejorar la equidad en la salud, así como la salud y el bienestar en general
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que aplican el marco de salud en todas las políticas para mejorar la equidad en la salud, así como la salud y el bienestar en general.</p> <p>Línea de base 2019: 6 Meta 2025: 16</p> <p>Los países de la Región están actualmente definiendo las líneas de base y las metas de los indicadores de la <i>Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030</i>. Cuando se complete ese proceso, se actualizarán la línea de base y la meta de este indicador.</p>
Propósito del indicador	Con este indicador se miden los avances de los Estados Miembros de la OPS hacia la mejora de la salud y la equidad en la salud mediante la aplicación intersectorial del marco de salud en todas las políticas.
Nota técnica	<p>Tal como se define en la Declaración de Helsinki del 2013, la salud en todas las políticas es un enfoque para las políticas públicas que toma en cuenta de manera sistemática las implicaciones de las decisiones en el ámbito de la salud, busca sinergias y evita los efectos perjudiciales para la salud con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en la salud.</p> <p>La interfaz entre salud, bienestar y desarrollo económico se ha llevado a la agenda política de los países de la Región, al reconocer la necesidad de que haya una acción gubernamental coordinada mediante el enfoque de salud en todas las políticas. Los municipios y las ciudades se encuentran en una posición particularmente favorable para aplicar el marco de salud en todas las políticas con el objetivo de promover la salud y la equidad en la salud.</p> <p>Los países deben establecer mecanismos como comités intersectoriales, mesas redondas y gabinetes sociales para comprometerse con otros sectores en la promoción de la salud y el bienestar. El sector de la salud puede estar al frente de la coordinación y evaluación de la acción intersectorial, utilizando el marco de salud en todas las políticas, pero no es obligatorio que sea así.</p> <p>El logro del indicador requiere que el país:</p> <ol style="list-style-type: none"> establezca un mecanismo de coordinación intersectorial con términos de referencia, reuniones periódicas e informes. formule políticas o estrategias de salud locales, subnacionales y nacionales que apliquen el marco de salud en todas las políticas para promover la salud y abordar las inequidades en la salud; y conduzca evaluaciones del impacto de las políticas, los planes, los programas y los proyectos intersectoriales en la salud en forma sistemática.
Tipo de indicador	Absoluto

Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Bienal; a fines del 2025 se realizará una evaluación final.
Unidad de la OSP	Determinantes sociales y ambientales para la equidad en salud / Promoción de la Salud y Determinantes Sociales de la Salud (DHE/HP)
Fuente de los datos	Los datos se obtendrán de distintas fuentes, como observatorios, estudios de caso e informes de país presentados a la Unidad de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales de la OPS
Limitaciones	Los sistemas de salud u otros sectores no suelen hacer un seguimiento sistemático de este indicador.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud [Internet]. 21 de noviembre de 1986; Ottawa (Canadá). Ginebra: OMS; 1986. Disponible en https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf. 2. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre salud en todas las políticas (documento CD53/10, Rev. 1) [Internet]. 53.º Consejo Directivo, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 4 de octubre del 2014; Washington, D.C., OPS; 2014. Disponible en https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-10-s.pdf. 3. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Helsinki sobre la incorporación de la salud a todas las políticas [Internet]. Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud; del 10 al 14 de junio del 2013; Helsinki (Finlandia). Ginebra: OMS; 2013. Disponible [en inglés] en https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf. 4. Organización Mundial de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud [Internet]. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud; del 19 al 21 de octubre del 2011. Rio de Janeiro: OMS; 2011. Disponible en https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf. 5. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Novena Conferencia Mundial Sobre la Promoción de la Salud; del 21 al 24 de noviembre del 2016; Shanghai (China). Ginebra: OMS; 2016 [consultado el 21 de noviembre del 2018]. Disponible en https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf?ua=1.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 2.5 de la ASSA2030 • <i>Plan de acción para la promoción de la salud</i>

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 19: Fortalecimiento de la promoción de la salud y reducción de las inequidades mediante el enfoque de la salud en todas las políticas, la diplomacia en la salud y la acción intersectorial
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 19.b: Número de países y territorios que han integrado la promoción de la salud en los servicios de salud sobre la base de los principios de la atención primaria de salud
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que integran la promoción de la salud en los servicios de salud con énfasis en la atención primaria de salud.</p> <p>Línea de base 2019: 7 Meta 2025: 14</p> <p>Los países de la Región actualmente están definiendo las líneas de base y las metas de los indicadores de la <i>Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030</i>. Cuando se complete ese proceso se actualizarán la línea de base y la meta de este indicador.</p>
Propósito del indicador	Con este indicador se miden los avances progresivos de los Estados Miembros de la OPS hacia la integración de las estrategias y acciones de promoción de la salud en los servicios de salud, de conformidad con los principios de la atención primaria de salud. La promoción de la salud es un enfoque muy costo-eficaz, pues mantiene a las personas saludables y evita la enorme carga de enfermedad y el costo del tratamiento. Esto se puso de relieve en la Declaración de Alma-Ata (1978) y, más recientemente, en la Declaración de Astaná sobre la Atención Primaria de Salud (2018), y es un componente esencial de la <i>Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura de salud</i> .
Nota técnica	<p>Para lograr este indicador, el país debe reunir al menos tres de los siguientes cuatro criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se están formulando y aplicando las directrices nacionales para incorporar la promoción de la salud en la planificación y la prestación de servicios de salud, sobre la base de en los principios de la atención primaria de salud y con un componente de seguimiento y evaluación. 2. Al menos 30% del personal ha sido capacitado en la promoción de la salud y los determinantes sociales de la salud para abordar el análisis de los determinantes desde una perspectiva macro y fomentar el compromiso de la comunidad. 3. Los promotores de salud se han integrado a un equipo institucional multidisciplinario. 4. Se realizan evaluaciones basadas en la comunidad en las cuales se analiza el impacto de las políticas de promoción de la salud para abordar las inequidades y lograr que la comunidad participe de manera activa.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Cada dos años
Unidad de la OSP	Determinantes sociales y ambientales para la equidad en salud / Promoción de la Salud y Determinantes Sociales de la Salud (DHE/HP)
Fuente de los datos	Observatorios, informes sobre el progreso hacia la salud universal y la atención primaria de salud, informes de los países.
Limitaciones	Los sistemas de salud no suelen hacer un seguimiento sistemático de este indicador.
Referencias	1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata [Internet]. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; del 6 al 12 de septiembre del 1978;

	<p>Alma-Ata (URSS). Ginebra: OMS; 1978. Disponible en https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf.</p> <p>2. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud [Internet]. 21 de noviembre de 1986; Ottawa (Canadá). Ginebra: OMS; 1986. Disponible en https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf.</p> <p>3. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo de la OPS; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, D.C. Washington, D.C: OPS; 2014 (documento CD53/5, Rev. 2). Disponible en https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf.</p> <p>4. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Astaná Sobre Atención Primaria de Salud: Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. [Internet]. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud; del 26 al 28 octubre 2018; Astaná (Kazakstán): OMS; 2018. Disponible en https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf.</p>
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Metas 2.1 y 2.5 de la ASSA2030 • <i>Plan de acción para la promoción de la salud</i>

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 19: Fortalecimiento de la promoción de la salud y reducción de las inequidades mediante el enfoque de la salud en todas las políticas, la diplomacia en la salud y la acción intersectorial
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 19.c: Número de países y territorios que están aplicando políticas o estrategias basadas en la orientación regional sobre escuelas saludables
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que están aplicando políticas o estrategias basadas en la orientación regional sobre escuelas saludables.</p> <p>Línea de base 2019: 8 Meta 2025: 13</p> <p>Los países de la Región actualmente están definiendo las líneas de base y las metas de los indicadores de la <i>Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030</i>. Cuando se complete ese proceso, se actualizarán la línea de base y la meta de este indicador.</p>
Propósito del indicador	<p>Con este indicador se miden los avances de los países y territorios en la adopción de una orientación regional sobre escuelas saludables por medio de políticas o estrategias que creen y mantengan entornos en los que se promueva la salud en la infancia y la adolescencia.</p> <p>La salud de la población mejoraría considerablemente si la población infantil y adolescente pasara tiempo en entornos propicios para la salud cuando se encuentra en la escuela. El propósito de las escuelas promotoras de la salud es crear entornos propicios para las generaciones futuras, lo que permitirá que los niños y adolescentes mantengan y mejoren su salud, así como la salud de sus familias y comunidades, aplicando los principios de la promoción de la salud.</p>
Nota técnica	<p>Para lograr este indicador, el país debe aplicar políticas o estrategias con características relacionadas al menos con cinco de las siguientes seis áreas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. escuelas saludables (por ejemplo, liderazgo, capacidad institucional, alimentos saludables); 2. entorno físico de la escuela (por ejemplo, áreas de juego seguras, letrinas seguras separadas por sexo, acceso a agua potable); 3. entorno social de la escuela (por ejemplo, prevención del acoso escolar, equidad); 4. educación y competencias con respecto a la salud (por ejemplo, preparación para la vida); 5. vínculos con los padres y la comunidad (por ejemplo, mecanismos de participación comunitaria); 6. acceso a los servicios de salud (por ejemplo, servicios de salud basados en la escuela, vínculos entre la escuela y la atención primaria de salud).
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Cada tres años
Unidad de la OSP	Determinantes sociales y ambientales para la equidad en salud / Promoción de la Salud y Determinantes Sociales de la Salud (DHE/HP)
Fuente de los datos	Global School Health Initiative; informes nacionales de las escuelas promotoras de salud
Limitaciones	El sector de la salud no suele hacer un seguimiento sistemático de este indicador, que requerirá la colaboración del sector educativo.

Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud. WHO's Global School Health Initiative. Health-Promoting Schools: A healthy setting for living, learning and working. Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=33407&lang=en. 2. Organización Mundial de la Salud. What is a health promoting school. 3. Organización Mundial de la Salud. Resources and tools for assessment and monitoring. 4. FRESH: a comprehensive school health approach to achieve EFA. Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=33390&lang=en. 5. Organización Mundial de la Salud. Global Standards for Health Promoting Schools: Concept Note.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 2.5 de la ASSA2030 • <i>Plan de acción para la promoción de la salud</i>

Resultado Intermedio 20. Sistemas integrados de información para la salud

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 20: Sistemas integrados de información para la salud desarrollados e implementados con capacidades fortalecidas en los Estados Miembros y la Oficina Sanitaria Panamericana
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 20.a: Número de países y territorios que implementan sistemas de información integrados e interoperables para la salud que incluyen datos desglosados a nivel subnacional
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que implementan sistemas de información para la salud (IS4H, por su sigla en inglés) integrados e interoperables que incluyen datos desglosados a nivel subnacional.</p> <p>Línea de base 2019: 7 Meta 2025: 7</p>
Propósito del indicador	<p>Este indicador muestra el progreso alcanzado en la adopción de nuevas tecnologías para la salud digital y la implementación de mecanismos de gobernanza a nivel nacional y subnacional para mejorar la gestión de datos e información. Estos cambios permiten a los países y territorios formular, aplicar, dar seguimiento y evaluar mejor las políticas a nivel nacional y subregional.</p> <p>Con el marco de los sistemas de información para la salud se busca impulsar los esfuerzos de los países y territorios para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud mediante el fortalecimiento de los sistemas de información relacionados con la salud interconectados e interoperables que aseguren un acceso efectivo y eficaz a datos de calidad, información estratégica y herramientas de las tecnologías de la información y la comunicación para tomar decisiones y fomentar el bienestar. Esto complementa las intervenciones propuestas en el actual <i>Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022</i> (resolución CSP29.R4).</p> <p>Las intervenciones necesarias para alcanzar estos criterios se incluirán en los planes de acción y las hojas de ruta nacionales, subregionales y regionales con actividades programadas, tareas, objetivos y resultados clave, e indicadores clave de rendimiento que formen parte del marco de seguimiento y evaluación de los sistemas de información para la salud.</p>
Nota técnica	<p>Para cumplir con este indicador, el país debe haber puesto en práctica los tres mecanismos de gobernanza de los sistemas de información para la salud que se mencionan a continuación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. políticas (datos abiertos, acuerdos de intercambio de datos o legislación sobre libertad de información); 2. normas de interoperabilidad adoptadas;* 3. plan de acción ejecutado. <p>Estos criterios se definieron con los Estados Miembros luego de tres consultas de alto nivel, y reflejan los esfuerzos para fortalecer las acciones de los Estados Miembros que permitan la implementación y el seguimiento de los ODS por medio de la gestión de los sistemas de información para la salud, asegurando que esos sistemas funcionen de manera interconectada e interoperable.</p> <p>La herramienta de evaluación de la madurez de los sistemas de información para la salud se usará para recopilar y analizar información clave, en particular la información sobre marcos</p>

	<p>legales, memorandos para el intercambio de datos entre instituciones, modelos de gobernanza y liderazgo y mecanismos para la recopilación de datos, diccionarios de uso de datos con datos de salud estandarizados y otros indicadores. Esto también implica normas y procesos que permitan la medición, el seguimiento y la mejora continua de información de alta calidad, así como la justificación de políticas y la toma de decisiones. Esta herramienta de evaluación está diseñada para garantizar que los datos se desglosen por ingresos, sexo, edad, raza, origen étnico, situación migratoria, discapacidad, ubicación geográfica y otras características relevantes para el contexto nacional, dada la necesidad de datos que existe a diferentes niveles, incluido el subnacional.</p> <p>Sigue siendo un desafío garantizar que los datos relacionados con la salud y los datos sobre otros asuntos que afectan la salud puedan encontrarse fácilmente y se utilicen de manera ética y basándose en la evidencia para la toma de decisiones, la formulación, el seguimiento y la evaluación de políticas, y la generación de inteligencia que sirva de guía para la acción. Utilizados de manera ética, los datos masivos (<i>big data</i>) accesibles por Internet suponen una revolución que creará retos y oportunidades, y generará beneficios para la salud pública como nunca antes en la historia de la humanidad.</p> <p>*La interoperabilidad se define como el intercambio de datos entre sistemas, bases de datos y dispositivos. Para que dos sistemas sean interoperables, deben tener la capacidad de intercambiar datos y, posteriormente, presentarlos de una manera que sea comprensible para el usuario (definición de Healthcare Information and Management Systems Society, adaptada).</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Anual. Los datos notificados corresponden a la aplicación de la herramienta de evaluación de la madurez de los sistemas de información para la salud examinada anteriormente con los Estados Miembros.
Unidad de la OSP	Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud / Sistemas de Información para la Salud (EIH/IS)
Fuente de los datos	Informes sobre la evaluación de la madurez de los sistemas de información para la salud de los países; informes de seguimiento del plan de acción regional y las hojas de ruta nacionales.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Es posible que los países no logren la operabilidad entre las distintas aplicaciones tecnológicas. • La capacidad de los recursos humanos para adoptar nuevas tecnologías en cuanto a los sistemas de información, la gestión de datos y el análisis de salud puede ser insuficiente.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud. Plataforma sobre los sistemas de información para la salud. Disponible en https://www.paho.org/ish/index.php/es/. 2. Informe final de la reunión de consulta con los Estados Miembros de la Región del Caribe, celebrada del 7 al 9 de noviembre del 2016. 3. Informe final de la reunión de consulta con los Estados Miembros de Centroamérica, celebrada del 11 al 12 de diciembre del 2017. 4. Informe final de la reunión de consulta con los Estados Miembros de América del Sur, celebrada del 17 al 19 de julio del 2018. 5. HIMSS. Definición de interoperabilidad [en inglés]. HIMSS (2013). Disponible en: https://www.himss.org/library/previous-himss-interoperability-definitions (consultado el 26 de abril del 2019). 6. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022 (resolución CSP29.R4). Disponible en

	https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42302&Itemid=270&lang=es
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos 6 y 7 de la ASSA2030, especialmente las metas 6.1, 6.2 y 7.3 • <i>Plan de acción para el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud 2019-2023</i> (resolución CD57.R9) • <i>Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017-2022</i> (resolución CSP29.R4) • Este indicador contribuye a aumentar la disponibilidad de datos usados para medir los indicadores de salud y los relacionados con la salud en el marco del ODS 3 y los indicadores 17.18.1 (“proporción de indicadores de desarrollo sostenible producidos a nivel nacional con pleno desglose cuando sea pertinente para la meta, de conformidad con los Principios Fundamentales de las Estadísticas Oficiales”) y 16.10.2 (“número de países que adoptan y aplican garantías constitucionales, legales o normativas para el acceso público a la información”).

Resultado Intermedio 21. Datos, información, conocimiento y evidencia

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 21: Mayor capacidad de los Estados Miembros y la Oficina Sanitaria Panamericana para generar, analizar y difundir evidencia en el ámbito de la salud y trasladar el conocimiento para la toma de decisiones a nivel nacional y subnacional
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 21.a: Número de países y territorios con una gobernanza funcional para la generación y el uso de evidencia en los sistemas de salud
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que han establecido al menos uno de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Programas nacionales para la formulación de directrices basadas en la evidencia en el ámbito de la salud pública. 2. Mecanismos formales a nivel nacional para la generación y el uso de evidencia en la formulación de políticas. <p>Línea de base 2019: 7 Meta 2025: 15</p>
Propósito del indicador	<p>Con este indicador se miden algunos aspectos clave de la gobernanza fundamentada en la evidencia dentro de un sistema de salud. La gobernanza funcional consiste en una estructura institucional formal con prioridades, requisitos y estándares definidos, junto con mecanismos para presentarlos, que se usa para la producción, la difusión y el uso de la evidencia. Por lo tanto, existe un proceso formal y estandarizado de traslación de conocimientos para que el país pueda ampliar la integración sistemática de la evidencia en las políticas, los sistemas y la práctica a nivel nacional.</p> <p>La generación y el uso de evidencia para la formulación de políticas y la toma de decisiones en los sistemas, los programas y las prácticas de salud funciona a través de varios mecanismos estandarizados establecidos en diferentes estructuras dentro del sistema de salud (por ejemplo, en las directrices nacionales y los programas normativos, los organismos de evaluación de tecnologías sanitarias, las decisiones sobre los planes de salud, los organismos regulatorios de medicamentos y otras tecnologías sanitarias, etc.) y en diferentes niveles (municipal, nacional y regional). El concepto de gobernanza funcional reconoce la necesidad de articular estos mecanismos de traslación de conocimientos para abordar la fragmentación y segmentación de la gobernanza basada en la evidencia en los sistemas de salud.</p>
Nota técnica	<p>Definiciones de trabajo de los dos elementos de este indicador:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los programas nacionales establecidos para formular directrices basadas en la evidencia en el ámbito de la salud pública deben tener: <i>a</i>) una estructura institucional formal a nivel nacional; <i>b</i>) prioridades definidas para la formulación de directrices o políticas a nivel nacional; <i>c</i>) requisitos y normas (métodos definidos para elaborar productos informados con evidencia, incluido el sistema GRADE); y <i>d</i>) número de directrices basadas en la evidencia disponibles públicamente en la base internacional de guías GRADE (BIGG, por su sigla en inglés). 2. Los mecanismos formales establecidos a nivel nacional para la generación y el uso de evidencia en la formulación de políticas deben tener: <i>a</i>) una estructura institucional formal; <i>b</i>) prioridades definidas para la formulación de políticas; y <i>c</i>) requisitos y normas (métodos para elaborar resúmenes de evidencia).

	Para lograr este indicador, el país debe cumplir con todos los criterios descritos en uno de estos dos elementos.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Los datos se recopilan y se presentan al final de cada año, en noviembre.
Unidad de la OSP	Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud / Ciencia y conocimiento para el impacto (EIH/SK)
Fuente de los datos	Autoridades nacionales de salud, actualización de los datos con el apoyo de la OSP sobre la base de la información de los Estados Miembros; base internacional de guías GRADE (BIGG).
Limitaciones	La gobernanza funcional fundamentada en la evidencia en el ámbito de la salud presupone un complejo sistema adaptativo que quizás no pueda medirse con los dos elementos del indicador (por ejemplo, si no se siguen las prioridades o las normas).
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud. Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia. Una herramienta para la adaptación e implementación de guías en las Américas. Washington D.C.: OPS; 2018. Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49145/9789275320167_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y. 2. Organización Mundial de la Salud. Manual para la elaboración de directrices. 2.ª ed. OMS (2014). Disponible en https://www.who.int/publications/guidelines/WHO_hb_for_guideline_development_2_ed_Spanish.pdf?ua=1. 3. Organización Mundial de la Salud. EVIPNet en acción: 10 años, 10 historias. Ginebra: OMS; 2016. OMS/HIS/IER/REK/16.02.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 6.3 de la ASSA2030 • Resultado intermedio 4.4 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 • Resultado inmediato 4.4.6 del Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 21: Mayor capacidad de los Estados Miembros y la Oficina Sanitaria Panamericana para generar, analizar y difundir evidencia en el ámbito de la salud y trasladar el conocimiento para la toma de decisiones a nivel nacional y subnacional
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 21.b: Número de países y territorios que generan, analizan y usan datos e información de acuerdo con las prioridades de salud, desglosados por estratos geopolíticos y demográficos, según corresponda al contexto nacional
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países que generan, analizan y usan datos e información de acuerdo con las prioridades de salud, desglosados por estratos geopolíticos y demográficos, según corresponda al contexto nacional.</p> <p>Línea de base 2019: 6 Meta 2025: 51</p>
Propósito del indicador	<p>El análisis de salud está vinculado estratégicamente al proceso de toma de decisiones en la gestión de políticas, programas e intervenciones de salud, así como en otros sectores que tienen un impacto en la salud. Este indicador tiene como objetivo impulsar el fortalecimiento de la capacidad en cuanto al análisis de la salud, el análisis e interpretación de datos, la traslación de conocimientos, la producción de evidencia para generar impacto y la comunicación. La capacidad para producir y utilizar datos confiables a nivel de país se sustenta en un sistema y marco de evaluación nacional que tenga la capacidad de producir análisis completos y sólidos para evaluar las prioridades nacionales de salud, sus determinantes y el impacto de los programas de salud.</p> <p>Los países pueden usar datos desglosados a nivel nacional y subnacional para dar seguimiento y evaluar sus necesidades, y elaborar estrategias y métodos apropiados para satisfacer esas necesidades. Ese proceso también incluye un sistema de difusión y retroalimentación sistemáticas para determinar el progreso y las brechas de los programas. El conocimiento generado con tales análisis ayudará a los responsables de tomar decisiones a seleccionar y priorizar las mejores intervenciones posibles y evaluar su impacto, lo que tiene un impacto positivo en los resultados de salud.</p>
Nota técnica	<p>Este indicador se calcula contando el número de Estados Miembros que producen y difunden análisis integrales de salud de manera sistemática. Para lograr este indicador, el país debe generar informes que cumplan con uno de los dos criterios siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al menos dos informes en el período 2020-2025 que abarquen todos los aspectos clave de la situación de salud del país (demográficos, epidemiológicos, socioeconómicos, etc.). Los Estados Miembros pueden producir informes que cumplan con este criterio como parte del proceso habitual de elaboración de los planes estratégicos nacionales de salud y los correspondientes marcos de seguimiento y evaluación, o pueden elaborar informes independientes para apoyar la toma de decisiones en los programas de salud. • Al menos seis informes en el período 2020-2025, cada uno centrado en una prioridad específica del ámbito de la salud (zika, gripe, infección por el VIH/sida, etc.), en consonancia con el plan estratégico nacional del país o la estrategia de cooperación del país, o que aborde una amenaza emergente para la salud pública. <p>En estos informes se deben analizar los determinantes relevantes, las necesidades de salud, la carga actual y prevista de la enfermedad, el desempeño del sistema de salud y la capacidad del país para abordar de manera eficaz sus necesidades de salud. Se prevé que los países realicen los análisis con datos e información desglosados por niveles geopolíticos y estratos demográficos como género, edad y origen étnico, entre otros.</p>

	Se reconoce que los Estados Miembros no necesariamente producen toda la información o los recursos necesarios para generar análisis exhaustivos y detallados sobre la situación de salud. Se prevé que los países continúen fortaleciendo sus capacidades para cumplir con este compromiso en los próximos años.
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Los datos se recopilan y se notifican anualmente, al final del año.
Unidad de la OSP	Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud / Análisis de Salud y Equidad (EIH/HA)
Fuente de los datos	Publicaciones e informes oficiales de los países sobre la situación subnacional o nacional de prioridades específicas del sector de la salud.
Limitaciones	Entre los principales desafíos que se enfrentan al producir de manera sistemática informes sobre análisis de salud se encuentran la limitada competencia técnica y el alto grado de inestabilidad de los recursos humanos.
Referencias	1. Organización Panamericana de la Salud. Portal de EIH/HA en Internet.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Este indicador contribuye a aumentar la disponibilidad de datos usados para medir los indicadores de salud y los relacionados con la salud en el marco del ODS 3 y el indicador 17.18.1 (“proporción de indicadores de desarrollo sostenible producidos a nivel nacional con pleno desglose cuando sea pertinente para la meta, de conformidad con los Principios Fundamentales de las Estadísticas Oficiales”). • Metas 6.2 y 6.3 de la ASSA2030 • <i>Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales 2017–2022</i> (resolución CSP29.R4) • OPS. Resolución CD7.R23 en la que se solicita la presentación de informes cuadrienes de salud a la Conferencia Sanitaria Panamericana (informes precursores de <i>Salud en las Américas</i>). Octubre de 1953. Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1867/CD7.R23sp.pdf?sequence=2 • Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud y Perfiles de País (documento CD40/19) • Resultado intermedio 4.4 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 • Resultado inmediato 4.4.1 del Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 21: Mayor capacidad de los Estados Miembros y la Oficina Sanitaria Panamericana para generar, analizar y difundir evidencia en el ámbito de la salud y trasladar el conocimiento para la toma de decisiones a nivel nacional y subnacional
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 21.c: Número de países y territorios con mecanismos establecidos en relación con la gestión del conocimiento, el multilingüismo, el acceso abierto y la labor de publicación
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que han establecido políticas, planes, normas, directrices, metodologías o herramientas que consideran los siguientes elementos clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • producción de información científica y técnica siguiendo normas internacionales, sobre la base de los enfoques de acceso y código abiertos; • visibilidad y disponibilidad de información científica, técnica y de salud multilingüe que apoye el multilingüismo a nivel regional y mundial; • plataformas interoperables para facilitar el acceso, la difusión y la circulación de bibliografía y conocimientos científicos y técnicos del ámbito de la salud; • colaboración horizontal, alianzas y redes estratégicas que faciliten la difusión de conocimientos y la colaboración eficaz, especialmente entre los países y territorios, en el espíritu del panamericanismo; • desarrollo de capacidades y aprendizaje organizativo basados en las comunidades de práctica, las lecciones aprendidas y las mejores prácticas; • preservación de la bibliografía científica y técnica como patrimonio cultural de la salud pública en la Región de las Américas. <p>Línea de base 2019: 10 Meta 2025: 22</p>
Propósito del indicador	<p>Como se señala en la <i>Estrategia y plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones</i>, 2013-2018, en la Región de las Américas se han observado avances considerables en el área de los conocimientos y la comunicación. La estrategia y plan de acción puso de relieve la función pionera de la Región en “la aplicación de nuevos paradigmas relacionados con la generación, circulación, preservación y difusión de información de salud pública”. En el informe final se insta a la Oficina Sanitaria Panamericana y a los Estados Miembros de la OPS a seguir invirtiendo en los objetivos establecidos más allá del plazo de esta estrategia.</p> <p>Con este indicador se miden los esfuerzos emprendidos con este fin y, además, se apoya el logro de los objetivos 6 y 7 de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas. El indicador tiene como propósito reducir las brechas persistentes en el acceso a la información científico-técnica por los obstáculos lingüísticos y los costos consiguientes, y fortalecer la capacidad para publicar bibliografía que cumpla con las normas internacionales y aumente la visibilidad de las publicaciones científico-técnicas en la Región.</p>
Nota técnica	<p>Para cumplir con este indicador, el país debe tener operativos al menos dos de los siguientes elementos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Programas, políticas, métodos o herramientas sobre gestión del conocimiento o difusión de los conocimientos (como aprendizaje institucional, mejores prácticas, enseñanzas extraídas y comunidades de práctica). 2. Marcos que fomentan la disponibilidad de información y bibliografía científico-técnica multilingüe, en particular de revistas científicas sobre salud pública y temas conexos, que contribuirán con el intercambio de información multilingüe entre los países y territorios a nivel regional y mundial.

	<p>3. Plataformas para difundir, preservar y proporcionar acceso a la producción local de bibliografía científico-técnica sobre salud, incluida la Biblioteca Virtual en Salud, el Programa Research4Life, los repositorios institucionales y otras iniciativas similares.</p> <p>4. Redes intersectoriales activas (entre los gobiernos, las organizaciones internacionales, las instituciones académicas, la sociedad civil, etc.) que participan en los procesos de formulación de políticas, la generación de normas y la difusión de mejores prácticas sobre cooperación técnica e innovación en el ámbito de la salud.</p> <p>5. Hojas de ruta en las que se indique el progreso hacia las plataformas de acceso abierto y de código abierto, especialmente para la bibliografía financiada con fondos públicos.</p> <p>La Oficina Sanitaria Panamericana realizará evaluaciones con el apoyo de las representaciones de la OPS/OMS y los puntos focales en los países y territorios. La información se actualizará en los perfiles de los países sobre la gestión del conocimiento y el acceso a la información, y estará disponible en el sitio web de la OPS.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Los datos se recopilan al final del año.
Unidad de la OSP	Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud / Ciencia y conocimiento para el impacto (EIH/SK)
Fuente de los datos	<p>Se realizarán evaluaciones anuales con las autoridades nacionales en los países y territorios (autoridades nacionales de salud, institutos de salud, instituciones académicas, editores y recopiladores científicos) y se actualizarán con el apoyo de la Oficina. Entre las fuentes de la información que se recopilará pueden encontrarse, entre otras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • las instituciones registradas y activas en el programa Research4Life-HINARI de aquellos países o territorios que cumplan los requisitos; • las Bibliotecas Virtuales en Salud nacionales, temáticas e institucionales en los países y territorios; • la bibliografía científico-técnica indexada en LILACS y en bases de datos y recursos similares; • las revistas científicas sobre salud y ámbitos relacionados que brindan información multilingüe (por ejemplo, artículos completos o resúmenes disponibles en más de un idioma) y aplican políticas de acceso o código abiertos; • los repositorios digitales académicos o institucionales en el campo de la salud pública; • la disponibilidad de listas de distribución, comunidades de prácticas y repositorios de enseñanzas extraídas.
Limitaciones	El indicador mide el progreso en la formulación de hojas de ruta (políticas, planes, normas, directrices, métodos o herramientas) sobre gestión del conocimiento, multilingüismo, acceso abierto y la labor de publicación. Sin embargo, no necesariamente capta su ejecución a nivel de país y territorio. Una baja ejecución puede reflejar restricciones en la capacidad local, falta de recursos o la decisión de no dar prioridad a este tema.
Referencias	1. Declaración de São Paulo para la democratización del conocimiento científico para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible [Intranet]. 10.º Congreso Regional de Información en Salud (CRICS10); del 4 al 6 de diciembre del 2018, São Paulo, S.P.: BIREME; 2018. Disponible en https://www.crics10.org/declaracion-de-sao-paulo-a-favor-de-la-democratizacion-del-conocimiento-cientifico-para-el-logro-de-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible/ .

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Organización Mundial de la Salud. Multilingüismo: Informe del Director General [Internet]. 144.º reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS. 23 de noviembre del 2018, Ginebra. Ginebra: OMS; 2018 (documento EB144/38). Disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_38-sp.pdf. 3. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones: Informe final [Internet]. 56.º Consejo Directivo, 70.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 23 al 27 de septiembre del 2018, Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2018 (documento CD56/INF/18). Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/4455. 4. Organización Mundial de la Salud. Multilingüismo: respeto a la igualdad entre los idiomas oficiales. 71.ª Asamblea Mundial de la Salud, 26 de mayo del 2018, Ginebra. Ginebra: OMS; 2018 (resolución WHA71.15). Disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R15-sp.pdf. 5. Naciones Unidas. La gestión del conocimiento en el sistema de las Naciones Unidas [Internet]. Asamblea General, Septuagésimo segundo período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; del 12 al 25 de septiembre del 2017; Nueva York, NY. Nueva York, NY: ONU; 2017 (documento A/72/325). Disponible en https://digitallibrary.un.org/record/1301102/files/A_72_325-EN.pdf. 6. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones [Internet]. 28ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 64.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 17 al 21 de septiembre del 2012, Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2012 (documento CSP28/12, Rev. 1). Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18430&Itemid=270&lang=es. 7. Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región. Washington, D.C.: OPS; 2017 (documento CSP29/12, Rev. 1). Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49169.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Una disponibilidad más amplia de conocimientos contribuye con todos los indicadores relacionados con la salud y temas conexos, en particular los ODS 3, 16 y 17. • Las metas 6 y 7 de la ASSA2030, particularmente la meta 7.2 (“Desarrollar capacidades institucionales, infraestructura, tecnología y recursos humanos calificados para la investigación en salud pública y su difusión, en consonancia con la política nacional de salud”). • <i>Estrategia y plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones</i> 2013–2018 • Multilingüismo: Informe del Director General [Internet]. 144.º reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, 2018

Resultado Intermedio 22. Investigación, ética e innovación en el ámbito de la salud

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 22: Fortalecimiento de la investigación y la innovación a fin de generar soluciones y evidencia para mejorar la salud y reducir las desigualdades en la salud
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 22.a: Número de países y territorios que están aplicando una política, estrategia o agenda financiada sobre la investigación y la innovación para la salud
Definición del indicador	Este indicador mide el número de países y territorios que están aplicando una política, estrategia o agenda financiada sobre la investigación y la innovación para la salud a fin de mejorar la salud y reducir las desigualdades en la salud. Línea de base 2019: 10 Meta 2025: 21
Propósito del indicador	Con este indicador se evalúa el número de países y territorios que informan haber asignado financiamiento para abordar su agenda nacional sobre la investigación y la innovación para la salud, de una manera sostenible.
Nota técnica	Con este indicador se cuenta el total de países y territorios con mecanismos de financiamiento para atender las prioridades nacionales en materia de investigación y desarrollo para la salud. Para lograr el indicador, el país debe cumplir con los dos criterios siguientes: 1. Publicación oficial de las prioridades definidas y válidas del país para la investigación en el sector de la salud (Health Research Web y Política de investigación para la salud [documento CD49/10]). Estas prioridades o agendas nacionales de investigación deben estar actualizadas y disponibles al público a nivel nacional y tener mecanismos de financiamiento sostenibles para la investigación y el desarrollo. 2. Financiamiento definido (por ejemplo, fondos sectoriales) asignado a la agenda nacional de investigación e innovación para la salud (Política de investigación para la salud de la OPS y Observatorio mundial de la OMS de la investigación y el desarrollo sanitarios).
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Anual. Los datos se recopilan al final de año y en encuestas anuales.
Unidad de la OSP	Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud / Ciencia y conocimiento para el impacto (EIH/SK)
Fuente de los datos	Encuestas realizadas periódicamente por la Oficina Sanitaria Panamericana, con las que se llega a los interesados directos pertinentes; observatorio mundial de la OMS de la investigación y el desarrollo sanitarios; autoridades nacionales de salud en el sector de ciencia y tecnología; los institutos nacionales de salud; la plataforma Health Research Web del Consejo de Investigación en Salud para el Desarrollo (COHRED por su sigla en inglés), con actualizaciones de la Oficina Sanitaria Panamericana y los Estados Miembros; Organización de los Estados Americanos (OEA); Red Iberoamericana Ministerial de Aprendizaje e Investigación en Salud (RIMAIS).
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Los fondos asignados a investigaciones pueden retirarse o desviarse. • Las agendas de investigación sobre la salud que han sido financiadas podrían no ejecutarse o actualizarse plenamente a medida que evolucionan, o no formularse de manera inclusiva.

	<ul style="list-style-type: none"> • Es posible que en la elaboración de las agendas no se haya incluido a todos los interesados directos pertinentes o las disciplinas necesarias para abordar las prioridades de salud pública y las enfermedades desatendidas. • Es posible que en la evaluación no se considere la solidez de las capacidades de investigación y los resultados. • Las agendas de investigación pueden evolucionar y caducar por las razones válidas (por ejemplo, cambios en las prioridades nacionales, surgimiento de nuevos problemas, cambios en el perfil epidemiológico u otras circunstancias, nuevas soluciones o tecnologías disponibles, problemas que han pasado a ser irrelevantes, preguntas de investigación que ya han sido respondidas). • En la ejecución se podrían encontrar distintos obstáculos, como capacidad insuficiente; falta de inversión en los tableros de control que integran información en tiempo real sobre las inversiones, los resultados y las capacidades del país; uso limitado del aprendizaje automático; o algoritmos de automatización y búsqueda que perpetúan procesos engorrosos, problemas de calidad de los datos y variaciones en los criterios y las normas. • La gobernanza de la investigación podría estar fragmentada, por lo que las prioridades y el financiamiento podrían decidirse sin coordinación suficiente entre las instituciones (por ejemplo, ciencia y tecnología, salud, investigaciones en salud pública). • La rendición de cuentas y la presentación de informes pueden ser deficientes y es posible que no se sigan buenas prácticas o procedimientos que aumenten el valor de la investigación y reduzcan el desperdicio de investigación.
<p>Referencias</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud. Política de investigación para la salud. 49.º Consejo Directivo de la OPS, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2009 (documento CD49/10). Disponible en http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-10-s.pdf. 2. Organización Mundial de la Salud. 63.ª Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre investigaciones en pro de la salud: Funciones y responsabilidades de la OMS en las investigaciones sanitarias. Ginebra, 2010 (resolución WHA63.21). Consultado el 9 de julio del 2015. Disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/A63_REC1-sp.pdf#page=65. 3. Organización Panamericana de la Salud. 46.ª sesión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. Washington, D.C., del 28 al 30 de noviembre del 2016. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34530. 4. Bernake BS. Promoting research and development: the government's role. Issues in Science and Technology 2011;27(4). Disponible en https://issues.org/bernanke/. 5. Salicrup LA, Cuervo LG, Cano Jiménez R, Salgado de Snyder N, Becerra-Posada F. Advancing health research through research governance. BMJ 2018;362:k2484. https://www.bmj.com/content/362/bmj.k2484. 6. Reveiz L, Elias V, Terry RF, Alger J, Becerra-Posada F. Comparison of national health research priority-setting methods and characteristics in Latin America and the Caribbean, 2002-2012. Rev Panam Salud Publica 2013 Jul;34(1):1-13. 7. Organización Mundial de la Salud. Observatorio mundial de la OMS de la investigación y el desarrollo sanitarios. Disponible en https://www.who.int/research-observatory/indicators/en/.

Vínculo	<ul style="list-style-type: none">• Este indicador contribuye a que se disponga de investigaciones que permitan medir los indicadores de salud y otros temas conexos en el marco del ODS 3. También contribuye con el indicador 9.5.1 de los ODS (“gastos en investigación y desarrollo en proporción al PIB”).• El indicador también brinda apoyo en la medición del indicador sobre gasto nacional bruto en salud y ciencias médicas como una proporción de gasto nacional bruto en investigación y desarrollo (la OMS hace seguimiento a este indicador).• Meta 7.1 de la ASSA2030• Resultado intermedio 4.4 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019• Resultado inmediato 4.4.6 del Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019
----------------	--

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 22: Fortalecimiento de la investigación y la innovación a fin de generar soluciones y evidencia para mejorar la salud y reducir las desigualdades en la salud
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 22.b: Número de países y territorios que cuentan con principios éticos para la investigación con seres humanos
Definición del indicador	<p>Como se define en la Compilación internacional de normas de investigación en seres humanos, los principios que rigen la investigación con seres humanos se encuentran en leyes, regulaciones y directrices nacionales que tienen como objetivo garantizar que todas las personas que participan en una investigación sean protegidas de una manera adecuada. Este indicador mide el número de países y territorios que han implantado estos principios.</p> <p>Línea de base 2019: 13 Meta 2025: 21</p>
Propósito del indicador	La investigación es esencial para mejorar la salud y el bienestar de la población, pero debe realizarse de manera ética. Los principios éticos para realizar investigaciones con seres humanos son un componente esencial de un sistema de ética en la investigación. Deben guardar consonancia con los principios éticos internacionales, lo que implica que un comité independiente haga una revisión ética.
Nota técnica	<p>Para lograr el indicador, el país debe haber adoptado alguna legislación, regulación o directriz nacional destinada a garantizar que la investigación con seres humanos sea ética. No se considerará suficiente que la investigación con seres humanos aparezca meramente como referencia en la ley general de salud del país o en su constitución. Además, los principios éticos deben regir todas las investigaciones de salud con seres humanos. Esto quiere decir que, a los fines del indicador, no se considerará suficiente que haya principios centrados solamente en un subconjunto de investigaciones con seres humanos (por ejemplo, ensayos clínicos).</p> <p>Se calculará el número total de países y territorios que cumplen con los criterios del indicador.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Anualmente, al final del año
Unidad de la OSP	Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud / Ciencia y conocimiento para el impacto (EIH/SK)
Fuente de los datos	<ul style="list-style-type: none"> • Compilación internacional de normas de investigación con seres humanos, publicada anualmente por la Oficina para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, y actualizada con el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana, usando información presentada por los Estados Miembros.
Limitaciones	La existencia de principios éticos para la investigación con seres humanos no implica necesariamente que este tipo de investigación siempre se realice de manera ética. Para ello, es necesario cumplir con otros componentes de un sistema de ética de la investigación, es decir, un ente nacional encargado de la supervisión de los comités de revisión ética, políticas que apoyen los programas de capacitación sobre ética de la investigación dirigidos a investigadores y miembros de los comités, registro prospectivo de ensayos clínicos y políticas sobre conducta responsable en la investigación.

<p>Referencias</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud. Bioética: Hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud. 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 64.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 17 al 20 de septiembre del 2012; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2012 (documento CSP28/14, Rev. 1). Disponible en https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CSP28-14-s.pdf (consultado el 12 de septiembre del 2019). 2. Organización Panamericana de la Salud. Bioética: Hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud. 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 64.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 17 al 20 de septiembre del 2012; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2012 (resolución CSP28.R18). Disponible en https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/CSP28.R18-s.pdf (consultado el 12 de septiembre del 2019). 3. Organización Panamericana de la Salud. Bioética: Hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud: Informe final. 56.^o Consejo Directivo, 70.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 23 al 27 de septiembre del 2018; Washington, D.C.. Washington, D.C.: OPS; 2018 (documento CD56/INF/21). Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49481/CE162-INF-19-s.pdf (consultado el 12 de septiembre del 2019). 4. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). International ethical guidelines for health-related research involving humans. 4th ed. Ginebra: 2016. Disponible en https://cioms.ch/wp-content/uploads/2018/01/CIOMS-EthicalGuideline_SP_WEB.pdf (consultado el 12 de septiembre del 2019). 5. Oficina para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Compilación internacional de normas de investigación en seres humanos (edición 2019) [en inglés]. Washington, D.C.: 2019. Disponible en https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/2019-International-Compilation-of-Human-Research-Standards.pdf (consultado el 12 de septiembre del 2019).
<p>Vínculo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 7.2 del objetivo 7 de la ASSA2030 • <i>Bioética: Hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud</i> (documento conceptual CSP28/14 Rev.1 y su correspondiente resolución CSP28.R18) • <i>Bioética: Hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud: Informe final</i> (documento CD56/INF/21) • Indicador 4.4.2 del resultado intermedio 4.4 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 • Resultado inmediato 4.4.4 del Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019

Resultado Intermedio 23. Preparación para las emergencias de salud y reducción de los riesgos

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 23: Fortalecimiento de la capacidad de los países para la gestión del riesgo de desastres y emergencias de salud que abarque todas las amenazas, a fin de lograr un sector de la salud resiliente a los desastres
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 23.a: Número de países y territorios donde se alcanza o supera la capacidad mínima para manejar los riesgos para la salud pública asociados con situaciones de emergencia
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que informan a la OPS que han establecido un programa de servicios de salud para casos de desastre con personal de tiempo completo y un presupuesto específico para ejecutar planes de preparación y respuesta a desastres.</p> <p>Los planes de preparación y respuesta para situaciones de emergencia deben basarse en una evaluación de los riesgos y las vulnerabilidades, tener en cuenta las cuestiones de género, y considerar los grupos y las comunidades en situación de vulnerabilidad.</p> <p>Línea de base 2019: 43 Meta 2025: 45</p>
Propósito del indicador	Con este indicador se muestra el progreso de los países de la Región hacia la autosuficiencia, y los preparativos y la respuesta a nivel nacional ante los desastres ocasionados por amenazas de todo tipo.
Nota técnica	<p>El indicador se calcula a partir de los datos recopilados con una herramienta aprobada por la OPS para evaluar la capacidad de prepararse y responder a desastres ocasionados por amenazas de todo tipo. Entre las herramientas ya disponibles o en preparación se encuentran el índice de preparativos ante emergencias y desastres en salud, la encuesta para dar seguimiento al <i>Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres</i>, y la herramienta de autoevaluación del sector de la salud para la reducción del riesgo de desastres. Con estas herramientas se busca determinar el estado de los puntos de referencia clave para la gestión de los riesgos de emergencias y desastres en el sector de la salud. Además, en las reuniones de los coordinadores de desastres en el ámbito de la salud, que se celebran cada dos años, también se puede obtener información valiosa para este indicador.</p> <p>La encuesta para dar seguimiento al <i>Plan de acción para la reducción del riesgo de desastres</i> se realiza cada dos años; el índice de preparativos ante emergencias y desastres en el ámbito de la salud, al menos cada dos años; y la herramienta de autoevaluación del sector de la salud para la reducción del riesgo de desastres, de tres a cinco años.</p> <p>También están disponibles para los países el <i>Marco de respuesta multiamenaza del sector de la salud</i> y un modelo operativo de respuesta a las situaciones de emergencia de salud (plan de amenazas múltiples).</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Cada dos años, al final del año
Unidad de la OSP	Departamento de Emergencias de Salud, Unidad de Preparación de los Países para las Emergencias de Salud y RSI (PHE/CPI)
Fuente de los datos	Informe de la encuesta de los países y territorios; herramientas de autoevaluación; reunión de coordinadores de desastres en el ámbito de la salud

Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Aunque la herramienta de autoevaluación del sector de la salud para la reducción del riesgo de desastres ya está disponible, en este momento solo puede consultarse en inglés. • En muchos países, la “fatiga de evaluación” puede afectar el proceso de recopilación de datos, incluida la tasa de respuesta.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud. Reporte de avances en salud 2006: Preparativos y respuesta para desastres. Disponible en https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=program-documents&alias=1959-reporte-de-avances-en-salud-2006-preparativos-y-respuesta-para-desastres&Itemid=1179&lang=es. 2. Organización Panamericana de la Salud. Herramienta de autoevaluación del sector de la salud para la reducción del riesgo de desastres. Disponible en https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=1443:health-sector-self-assessment-tool-for-disaster-risk-reduction&Itemid=807&lang=es. 3. Organización Panamericana de la Salud. Índice de preparativos ante emergencias y desastres en salud. Washington D.C.: OPS; 2019. Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/51450. 4. Organización Panamericana de la Salud. Multi-Hazard Health Response Framework: Health Emergencies Response Operative Model (multi-hazard plan). Washington D.C.: OPS; 2019. Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/51498.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Metas 8.2, 8.3 y 8.4 de la ASSA2030 • Indicador del resultado intermedio 5.2.1 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 23: Fortalecimiento de la capacidad de los países para la gestión del riesgo de desastres y emergencias de salud que abarque todas las amenazas, a fin de lograr un sector de la salud resiliente a los desastres
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 23.b: Número de Estados Partes que tienen y mantienen las capacidades básicas previstas en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI)
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de Estados Partes que informan a la OMS que han desarrollado y mantienen las capacidades básicas descritas en los artículos 5 y 13 y en el anexo 1 del Reglamento Sanitario Internacional (RSI).</p> <p>Línea de base 2019: No corresponde Meta 2025: 35</p>
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 establecer y mantener capacidades básicas mínimas, como se describen en los artículos 5 y 13 del RSI. La finalidad y el alcance del RSI son prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tránsito y el comercio internacionales. El objetivo de este indicador es mostrar el progreso de los Estados Partes de la Región en la aplicación y el cumplimiento del RSI.
Nota técnica	<p>Este indicador guarda plena consonancia con la medición mundial de la OMS y se calcula utilizando las puntuaciones de las capacidades básicas, expresadas en porcentajes, en el informe anual que presentan los Estados Partes ante la Asamblea Mundial de la Salud.</p> <p>Para lograr el indicador, el Estado Parte debe haber mejorado sus puntuaciones, o haberlas mantenido (en caso de que la puntuación sea mayor a 0%), al menos en 12 de las 15 capacidades básicas. Esto es congruente con la decisión WHA71(15) y tiene en cuenta la resolución WHA68.5 en la que se respalda el documento A68/22 Add.1 (“el trabajo de implantar, afianzar y mantener las capacidades básicas previstas en el RSI debe ser entendido como un proceso continuo en todos los países”). En caso de que un Estado Parte no presente su informe anual a la Asamblea Mundial de la Salud en un año determinado, se considerará que las capacidades básicas tienen una puntuación de 0%. La siguiente vez que el Estado Parte presente su informe anual, las puntuaciones de las capacidades básicas se compararán con las más recientes que haya presentado.</p> <p>Como resultado de un proceso consultivo formal realizado a nivel mundial en el 2018, en el 2019 se introdujo una versión revisada del instrumento propuesto para la presentación anual de informes de los Estados Partes a la Asamblea Mundial de la Salud. Este instrumento incluye 15 capacidades revisadas que abarcan 35 indicadores (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-security-preparedness/cap/spar/9789240046245-spa.pdf?sfvrsn=7d7a7c8d_6).</p> <p>Por esta razón no está disponible la línea de base correspondiente al 2019.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Estados Partes del RSI en la Región de las Américas
Frecuencia de medición	Anual; la fecha límite coincide con la Asamblea Mundial de la Salud
Unidad de la OSP	Departamento de Emergencias de Salud, Unidad de Preparación de los Países para las Emergencias de Salud y RSI (PHE/CPI)

Fuente de los datos	La información de los informes anuales que los Estados Partes envían a la Asamblea Mundial de la Salud se resume sistemáticamente en el informe sobre los progresos respecto del RSI que se presenta a los Cuerpos Directivos de la OMS y la OPS, el cual se actualiza anualmente y puede encontrarse en los sitios web de la OMS y la OPS: http://apps.who.int/gb/s/index.html y http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=42&Itemid=189&lang=es .
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Las diferencias en los Estados Partes en lo que se refiere a la capacidad intrínseca, los mecanismos de gobernanza, las estructuras orgánicas, el grado de conciencia sobre el alcance y la finalidad del RSI, y los conocimientos técnicos especializados plantean retos para la implementación del RSI a nivel nacional. • 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 la aplicación y el cumplimiento del RSI, y asegurar la sostenibilidad de las capacidades básicas alcanzadas.
Referencias	1. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (2005), Segunda edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. Disponible en http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf?ua=1
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Indicador 3.d.1 de los ODS • Metas 8.2, 8.3 y 8.4 de la ASSA2030 • Indicador del resultado intermedio 5.2.2 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 • Marco de impacto del 13.º PGT

Resultado Intermedio 24. Prevención y control de epidemias y pandemias

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 24: Fortalecimiento de la capacidad de los países para prevenir y controlar epidemias y pandemias causadas por agentes patógenos de gran impacto o de graves consecuencias
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 24.a: Número de países y territorios con capacidad para responder de manera eficaz a epidemias y pandemias de gran magnitud
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios con capacidad instalada para responder eficazmente a epidemias y pandemias. Esto implica contar con sistemas nacionales de salud pública fuertes que permitan 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, difundir información y aplicar medidas de control de salud pública.</p> <p>Línea de base 2019: No corresponde Meta 2025: 35</p>
Propósito del indicador	El objetivo de este indicador es medir y hacer el seguimiento de la capacidad de los países y los territorios para responder a las epidemias y las pandemias de gran magnitud, de manera que la información acerca de las amenazas inminentes para la salud pública se difunda con rapidez y, en consecuencia, se fortalezca la confianza entre todas las partes.
Nota técnica	<p>El indicador guarda plena consonancia con la medición mundial de la OMS y se calcula utilizando las puntuaciones de las capacidades básicas, expresadas en porcentaje, en el informe anual que presentan los Estados Partes ante la Asamblea Mundial de la Salud.</p> <p>Para lograr el indicador, el Estado Parte debe haber mejorado sus puntuaciones, o haberlas mantenido (en caso de que la puntuación sea mayor a 0%), al menos en 8 de las 1 siguientes capacidades básicas, consideradas críticas para la prevención y control de epidemias y pandemias: legislación y financiación, coordinación del RSI y funciones de los centros nacionales de enlace para el RSI, eventos zoonóticos y la interfaz entre los seres humanos y los animales, inocuidad de los alimentos, laboratorio, vigilancia, recursos humanos, marco nacional para las emergencias sanitarias, prestación de servicios de salud, comunicación de riesgos y puntos de entrada. Esto es congruente con la decisión WHA71(15) y tiene en cuenta la resolución WHA68.5 en la que se respalda el documento A68/22 Add.1 (“el trabajo de implantar, afianzar y mantener las capacidades básicas previstas en el RSI debe ser entendido como un proceso continuo en todos los países”). En caso de que un Estado Parte no presente su informe anual a la Asamblea Mundial de la Salud en un año determinado, se considerará que las capacidades básicas tienen una puntuación de 0%. La siguiente vez que el Estado Parte presente su informe anual, las puntuaciones de las capacidades básicas se compararán con las más recientes que haya presentado.</p> <p>Como resultado de un proceso consultivo formal realizado a nivel mundial en el 2018, en el 2019 se introdujo una versión revisada del instrumento propuesto para la presentación anual de informes de los Estados Partes a la Asamblea Mundial de la Salud. Este instrumento incluye 13 capacidades revisadas que abarcan 24 indicadores (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272956/WHO-WHE-CPI-2018.16-spa.pdf?sequence=1). Por esta razón no está disponible la línea de base correspondiente al 2019.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios

Frecuencia de medición	Anual; la fecha límite coincide con la Asamblea Mundial de la Salud
Unidad de la OSP	Departamento de Emergencias de Salud, Unidad de Gestión de Amenazas Infecciosas (PHE/IHM)
Fuente de los datos	Los informes que los Estados Partes envían a la Asamblea Mundial de la Salud se resumen en el informe sobre los progresos respecto del RSI que se presenta a la Asamblea Mundial de la Salud, el cual se actualiza anualmente.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Cada epidemia y pandemia es diferente y plantea nuevos desafíos a los países y territorios, por lo que existe la necesidad permanente de fortalecer los sistemas de vigilancia sensibles y de capacitar a los recursos humanos para que conozcan las amenazas externas y emergentes en el campo de la salud pública. • Las diferencias en cada país y territorio en lo que se refiere a sus características intrínsecas y el financiamiento para lograr y mantener la capacidad instalada también pueden representar una limitación en cuanto al logro de este indicador.
Referencias	1. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (2005), segunda edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. Disponible en http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf?ua=1 .
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Metas 8.2, 8.3 y 8.4 de la ASSA2030 • Indicador del resultado intermedio 5.1.1 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 24: Fortalecimiento de la capacidad de los países para prevenir y controlar epidemias y pandemias causadas por agentes patógenos de gran impacto o de graves consecuencias
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 24.b: Número de países y territorios con endemividad con una cobertura de $\geq 80\%$ de la vacunación para la fiebre amarilla
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios que alcanza y mantiene el umbral de $\geq 80\%$ para la cobertura acumulada de vacunación en todos los grupos etarios en zonas donde la fiebre amarilla es endémica al final del año específico de seguimiento. La cobertura de vacunación se calcula usando datos de vacunación y datos de los censos específicos de las áreas endémicas.</p> <p>Línea de base 2019: 0 Meta 2025: 5</p>
Propósito del indicador	Con este indicador se podrá hacer un seguimiento del progreso en la reducción del riesgo de fiebre amarilla urbana. Con una cobertura vacunal de $\geq 80\%$, el riesgo de fiebre amarilla urbana (grandes brotes con transmisión del virus de la fiebre amarilla de persona a persona a través del vector <i>Aedes</i>) en las zonas endémicas es mínimo.
Nota técnica	<p>La endemividad para la fiebre amarilla se define como la confirmación de casos humanos en los últimos 20 años debido a la exposición autóctona. Hay riesgo de transmisión de la fiebre amarilla cuando la enfermedad ha sido notificada en el pasado y se ha detectado la presencia de vectores y reservorios de animales que representan un riesgo potencial de infección y transmisión. Para el 2019, se considera que la fiebre amarilla es endémica en ocho países del continente (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela) y que existe riesgo de transmisión de la fiebre amarilla en cinco países y territorios (Guyana Francesa, Guyana, Panamá, Suriname y Trinidad y Tobago). Para calcular la línea de base y la meta, solo se toman en cuenta a los países endémicos.</p> <p>Cálculo a nivel nacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numerador: Número de personas <60 años que viven en zonas donde la fiebre amarilla es endémica y han recibido al menos una dosis de la vacuna en cualquier momento durante su vida. • Denominador: Número de personas <60 años que viven en zonas donde la fiebre amarilla es endémica durante el año de evaluación. <p>Cálculo a nivel regional:</p> <p>Número de países o territorios con una cobertura acumulada vacunal de $\geq 80,0\%$</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios donde la fiebre amarilla es endémica
Frecuencia de medición	Anual. Los datos informados corresponden al final del año y se reciben en abril del año siguiente.
Unidad de la OSP	Inmunización Integral (CIM)
Fuente de los datos	Los países y territorios calculan la cobertura de vacunación según los registros nacionales de vacunación y las estimaciones del censo a nivel subnacional, y luego notifican la cobertura acumulada nacional en las zonas endémicas al Programa de Emergencias de Salud de la OPS usando el formulario de notificación de la OPS/OMS-UNICEF e informes más detallados a nivel subnacional.

<p>Limitaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El cálculo de la cobertura de vacunación depende de la disponibilidad, la precisión y la sistematización de los registros de vacunación y los datos de los censos a nivel nacional y subnacional. Es posible que no estén disponibles los registros de las vacunas aplicadas a jóvenes y adultos varias décadas atrás, o que su precisión sea limitada. Además, la estimación de la cobertura administrativa de la vacunación puede estar sesgada debido a estimaciones del censo que pueden ser obsoletas o poco confiables a nivel subnacional o debido a la migración. En algunos países, es posible que sea necesario realizar encuestas para determinar la cobertura histórica en los adultos. • El logro de la mejora de la cobertura depende de que haya suficiente disponibilidad de vacunas a nivel mundial. Se prevé que durante el período de seguimiento los países y territorios de la Región de las Américas competirán por las vacunas disponibles con los países de África, donde se han planificado grandes campañas de vacunación. Además, la aceptación de la vacuna varía entre los países y los grupos de población, y depende de su percepción del riesgo. • La endemividad y el riesgo de transmisión de la fiebre amarilla pueden variar durante el período de seguimiento. La línea de base y la meta se basan en los países con endemividad al año 2019, aunque otros países y territorios podrían pasar a ser endémicos más adelante.
<p>Referencias</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y GAVI, la Alianza para las Vacunas, 2018. Eliminate Yellow Fever Epidemics (EYE): a global strategy, 2017–2026. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272408/9789241513661-eng.pdf (consultado el 01/04/2019). 2. Organización Panamericana de la Salud, 2005. Control de la fiebre amarilla: Guía práctica. Disponible en https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/OPS-Guia-practica-fiebreamarilla-2005.pdf (consultado el 01/04/2019). 3. Organización Mundial de la Salud, 2019. Países con riesgo de transmisión de la fiebre amarilla y países que exigen la vacunación contra la fiebre amarilla. Disponible en https://www.who.int/ith/ITH2017-Annex1-sp.pdf (consultado el 01/04/2019). 4. GAVI, la Alianza para las Vacunas, 2018. Immunization’s key role in achieving 14 of the 17 Sustainable Development Goals. Disponible en https://www.gavi.org/about/ghd/sdg/ (consultado el 01/04/2019) [en el ODS 13 sobre cambio climático se indica que las vacunas tienen un papel clave en los esfuerzos para fortalecer la resiliencia de las personas y mitigar el riesgo de brotes de enfermedades vinculadas con el cambio climático, como la fiebre amarilla y el cólera, particularmente en entornos urbanos o posteriores a un desastre].
<p>Vínculo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Metas 8.2, 8.3, 8.4 y 10.10 de la ASSA2030 • Marco de impacto del 13.º PGT

Resultado Intermedio 25. Detección y respuesta a las emergencias de salud

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 25: Detección, evaluación y respuesta rápidas a las emergencias de salud
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 25.a: Porcentaje de eventos agudos de salud pública para los cuales se hace una evaluación de riesgos en un plazo de 72 horas
Definición del indicador	Este indicador mide el porcentaje de eventos agudos de salud pública en los cuales la evaluación del riesgo se hace dentro de las 72 horas siguientes a su detección. Línea de base 2019: 75% Meta 2025: 100%
Propósito del indicador	La OPS brinda apoyo a los Estados Partes para que cumplan el compromiso de prevenir y controlar la propagación internacional de enfermedades, así como de brindar protección y dar respuesta de salud pública a ese respecto. Con este indicador se mide la capacidad institucional de la OPS para detectar y evaluar eventos de salud pública de posible importancia internacional y guiar la toma de decisiones sobre los preparativos, la respuesta y la recuperación en relación con los brotes de enfermedades y las situaciones de emergencia.
Nota técnica	Este indicador se calcula utilizando los eventos registrados en el Sistema de Gestión de Eventos de la OMS (EMS, por su sigla en inglés), el cual se usa para detectar, documentar y gestionar los eventos agudos de salud pública que pueden representar una emergencia de salud pública de importancia internacional. Cada evento se designa según una de las siguientes categorías: <ul style="list-style-type: none"> • Comprobado: cuando se confirma la presencia de una amenaza o el número de víctimas humanas supera los umbrales normales. • Descartado: cuando no hay riesgo internacional y no se prevé un riesgo internacional (estos eventos se cierran). • No hay brote: cuando el número de casos humanos o de amenazas que se notifican no rebasa el límite normal. • No se pudo verificar: cuando no se recibe información del centro nacional de enlace para el RSI o la autoridad nacional responsable del RSI para fundamentar el evento, a pesar de que se hace el máximo esfuerzo para obtener dicha información. <p>Este indicador se calcula contando el número de eventos que en un plazo de 72 horas se evalúan y se designan como comprobados, dividido entre el número total de eventos comprobados.</p> <p>Numerador: Número total de eventos evaluados dentro de las 72 horas posteriores a su clasificación</p> <p>Denominador: Número total de eventos comprobados.</p>
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de medición	Anualmente. La estimación se actualizará cada año, sobre la base de los datos recopilados en el EMS de enero a diciembre del año anterior, y estará disponible en junio del año siguiente.
Unidad de la OSP	Departamento de Emergencias de Salud, Unidad de Información sobre Emergencias de Salud y Evaluación de Riesgos (PHE/HIM)

Fuente de los datos	El Sistema de Gestión de Eventos (EMS, por su sigla en inglés), un sistema de la OMS protegido por contraseña que la OPS/OMS utiliza sistemáticamente para gestionar e intercambiar información de manera colaborativa y en los tres niveles de la organización acerca de los riesgos para la salud pública.
Limitaciones	No se registran todas las variables básicas para medir correctamente un evento.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud. WHO event management for international public health security. Operational Procedures – working document. Disponible en http://www.who.int/csr/HSE_EPR_ARO_2008_1.pdf. 2. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (2005). Disponible en https://www.who.int/ihr/es/. 3. Organización Mundial de la Salud. EMS instructional guide. Disponible en http://ems.who.int.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Metas 8.2, 8.3 y 8.4 de la ASSA2030 • Indicador del resultado intermedio 5.3.1 (adaptado) del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 25: Detección, evaluación y respuesta rápidas a las emergencias de salud
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 25.b: Porcentaje de países y territorios que proporcionan un conjunto esencial de servicios de salud que salvan vidas en todas las emergencias clasificadas
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el porcentaje de países y territorios que han prestado servicios esenciales de salud a las poblaciones afectadas por emergencias en todas las situaciones de emergencia de grado 2 o 3 (según el <i>Marco de respuesta a emergencias</i> de la OMS).</p> <p>Línea de base 2019: 75% Meta 2025: 85%</p>
Propósito del indicador	El indicador muestra la capacidad de los países para proporcionar de manera adecuada acceso a intervenciones de salud pública y servicios de salud esenciales que salvan vidas a los grupos de población afectados por emergencias de salud. Permite medir el alcance de los servicios de salud en determinados países sobre los cuales hay datos disponibles actualmente.
Nota técnica	<p>Con este indicador se mide el porcentaje de países y territorios que proporcionan servicios esenciales de salud a los grupos de población afectados por emergencias en todas las situaciones de emergencia de grado 2 o 3. Se expresa como porcentaje porque no se puede predecir el número de países con emergencias clasificadas. Se calcula contando el número de países y territorios que prestan servicios esenciales de salud a los grupos de la población afectados en TODAS las situaciones de emergencia de grado 2 o 3 (según se definen en el <i>Marco de respuesta a emergencias</i> de la OMS). Entre estos servicios prestados se pueden encontrar las consultas ambulatorias y cualquiera de los servicios que se mencionan a continuación, según corresponda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios clínicos generales y atención de traumatismos, • atención pediátrica, • enfermedades transmisibles, • infecciones de transmisión sexual e infección por el VIH/sida, • salud materna y neonatal, • violencia sexual, • enfermedades no transmisibles, • salud mental, • atención hospitalaria específica. <p>Una emergencia de grado 2 es un evento que afecta a uno o varios países con consecuencias moderadas para la salud pública y que requiere una respuesta moderada de la representación de la OPS/OMS o una respuesta internacional moderada de la OMS.</p> <p>Una emergencia de grado 3 es un evento que afecta a uno o varios países con consecuencias sustanciales para la salud pública y que requiere una respuesta sustancial de la representación de la OPS/OMS o una respuesta internacional sustancial de la OMS.</p> <p>Numerador: Número total de países y territorios que prestaron a los grupos poblacionales afectados por una emergencia consultas ambulatorias y CUALQUIERA de los servicios mencionados anteriormente en TODAS las emergencias de grado 2 y 3 que los afectaron.</p> <p>Denominador: Número total de países y territorios afectados por una o varias emergencias o desastres en el año.</p>

Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de medición	Anual
Unidad de la OSP	Departamento de Emergencia de salud, Centro de Operaciones de Emergencia (PHE/EMO)
Fuente de los datos	Informes posteriores a los desastres de las autoridades nacionales de salud, los organismos nacionales de gestión de emergencias, la Oficina de la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCAH) y la OPS/OMS.
Limitaciones	No es fácil hacer el seguimiento de la disponibilidad de servicios de salud durante una emergencia. Muchas veces no se puede recopilar información de manera sistemática debido a la incertidumbre acerca del acceso, la seguridad y las limitaciones de tiempo.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Emergencias de Salud. Disponible en https://www.paho.org/disasters/index.php?lang=es. 2. Organización Mundial de la Salud. Health Resources Availability Monitoring System (HeRAMS). Disponible en https://www.who.int/hac/herams/en/.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Metas 8.2, 8.3 y 8.4 de la ASSA2030 • Indicador del resultado intermedio 5.4.1 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019

Resultado Intermedio 26. Temas transversales: equidad, etnicidad, género y derechos humanos

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 26: Fortalecimiento del liderazgo y la capacidad de los países para impulsar la equidad y la igualdad étnica y de género en la salud, en un marco de derechos humanos
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 26.a: Número de países y territorios con una respuesta institucional y mecanismos de rendición de cuentas que están avanzando hacia la equidad en la salud, la igualdad étnica y de género en la salud, y los derechos humanos
Definición del indicador	<p>Este indicador mide el número de países y territorios de la Región que han establecido o fortalecido una respuesta institucional y mecanismos de rendición de cuentas que contribuyen al logro de la equidad en la salud, la igualdad étnica y de género en la salud, y los derechos humanos.</p> <p>Línea de base 2019: No corresponde Meta 2025: 18*</p> <p>* La meta incluirá a los países que participaron en la Comisión de la OPS sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas, más otros tres países que se determinarán posteriormente.</p>
Propósito del indicador	Este indicador tiene como objetivo medir los avances que han logrado los Estados Miembros de la OPS en relación con la equidad en la salud, la igualdad étnica y de género en la salud, y los derechos humanos mediante la evaluación del grado de respuesta y mecanismos institucionales establecidos que promueven el liderazgo y la rendición de cuentas en estos ámbitos.
Nota técnica	<p>Para lograr este indicador, el país debe cumplir con dos de los siguientes tres criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de una arquitectura institucional a nivel del liderazgo para la toma de decisiones y rendición de cuentas respecto de la equidad, la igualdad étnica y de género, y los derechos humanos en la salud. • Observatorios e informes nacionales sobre equidad, igualdad étnica y de género, y derechos humanos en la salud. • Inclusión de al menos un resultado transformador de alto nivel sobre la equidad en la salud, la igualdad étnica y de género, y los derechos humanos en uno de los principales documentos de planificación estratégica al nivel más alto del sector de la salud. <p>La “arquitectura institucional” se refiere a los organismos y mecanismos cuyo diseño y posición institucional mejoran la capacidad de un país para emprender cambios en relación con la equidad en la salud, la igualdad étnica y de género, y los derechos humanos. Esto implica que existe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un organismo institucional en el nivel más alto en la toma de decisiones dentro de la autoridad nacional de salud, como lo permita el contexto nacional; • un mecanismo u organismo institucionalizado dentro de la autoridad nacional de salud que participe en comisiones, gabinetes intersectoriales y otros organismos externos pertinentes —como comisiones de alto nivel sobre derechos humanos e instituciones nacionales sobre derechos humanos, mujeres o igualdad de género, equidad, pueblos indígenas u otros grupos de la población en situación de vulnerabilidad, entre otros— o que coordine con estas instituciones y les informe; • mecanismos participativos para la sociedad civil con capacidad de toma de decisiones con respecto a políticas y rendición de cuentas. • asignación, ejecución y seguimiento de uno o varios presupuestos específicos en los ámbitos de la equidad, la igualdad étnica y de género y los derechos humanos en la salud.

	<p>Los “resultados transformadores de alto nivel” son resultados o logros previstos que guían la orientación estratégica. Estos resultados deben incluirse en el principal documento de planificación estratégica presentado al nivel más alto de la autoridad nacional de salud.</p> <p>Los resultados transformadores contribuyen a lograr cambios en las causas profundas de las desigualdades y la discriminación en relación con la salud, como el cambio de normas, valores y estructuras de poder dentro y fuera del sector de la salud.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Los datos se recopilarán después de que finalice cada bienio y se evaluarán en los años establecidos del Plan Estratégico para ajustar la línea de base (2022, 2024 y 2026).
Unidad de la OSP	Determinantes sociales y ambientales para la equidad en salud / Equidad, Género, Derechos Humanos y Diversidad Cultural (DHE/EG)
Fuente de los datos	Se proporciona información por medio de una encuesta cualitativa a las autoridades de salud de los Estados Miembros, la cual será elaborada por las unidades responsables. Entre otras fuentes se encuentran los informes nacionales y otros informes oficiales, como los provenientes de los mecanismos convencionales y no convencionales de las Naciones Unidas (por ejemplo, los órganos de los tratados, las relatorías especiales y el examen periódico universal).
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Este es un indicador combinado con responsabilidad intersectorial. • El seguimiento y la evaluación de cuatro temas transversales pueden verse restringidos por limitaciones de la información y falta de voluntad política. • Los tres criterios se medirán de acuerdo con el contexto nacional. • Se utilizará información cuantitativa según esté disponible.
Referencias	1. ONU-Mujeres. UNSWAP 2.0 Framework and Technical Guidance.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Metas 3.1, 3.7, 3.8, 5.1, 5.2, 5.4, 5.6, 5.C, 10.2, 10.3, y 17.18 de los ODS • Meta 11.1 de la ASSA2030 • Producto 4.2.6 del Presupuesto por Programas de la OMS • <i>Política de la OPS en materia de igualdad de género</i> (resolución CD46.R16) • <i>Política sobre etnicidad y salud</i> (documento CSP29/7) • <i>La salud y los derechos humanos</i> (documento CD50/12 y resolución CD50.R8)

Resultado Intermedio 27. Liderazgo y gobernanza

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 27: Fortalecimiento de la función de liderazgo, gobernanza y promoción de la causa de la Oficina Sanitaria Panamericana
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 27.a: Proporción de países y territorios donde las autoridades nacionales de salud informan que están satisfechas con el liderazgo de la OPS/OMS en los temas de salud regionales y mundiales
Definición del indicador	Este indicador mide el número de países y territorios en los que la autoridad nacional de salud informa que está satisfecha con el liderazgo de la OPS/OMS en los temas de salud regionales y mundiales, expresado como el porcentaje de los países y territorios que responden a la evaluación de este indicador cada dos años en las evaluaciones de fin de bienio. Línea de base 2019: Sin datos Meta 2025: 100%
Propósito del indicador	Con este indicador se mide la percepción que tienen las autoridades nacionales de salud sobre la labor de la OPS y su papel en los esfuerzos para que los países se comprometan con la agenda de salud pública regional y mundial al más alto nivel (política, estratégica y técnicamente).
Nota técnica	En la evaluación de fin de bienio, se pedirá a cada país o territorio que mida este indicador. El indicador se calcula como el porcentaje de países o territorios que informan estar satisfechos, como proporción del número total que responde.
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de medición	Cada dos años
Unidad de la OSP	Departamento de Planificación, Presupuesto y Evaluación (PBE)
Fuente de los datos	Los datos se obtienen de la evaluación conjunta de fin de bienio.
Limitaciones	No se ha hecho ninguna prueba en la que se use la evaluación conjunta con los Estados Miembros para realizar una encuesta de este tipo.
Referencias	1. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2020-2025. Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=50291-cd57-od359-s-plan-estrategico-ops&category_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> Indicador del resultado intermedio 6.1.1 (adaptado) del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 27: Fortalecimiento de la función de liderazgo, gobernanza y promoción de la causa de la Oficina Sanitaria Panamericana
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 27.b: Número de países y territorios en los que hay consonancia entre las políticas, estrategias o planes nacionales de salud y los resultados intermedios definidos en el Plan Estratégico de la OPS 2020-2025
Definición del indicador	Este indicador mide el número de países y territorios con políticas, estrategias o planes nacionales de salud que guardan consonancia con los resultados intermedios definidos en el Plan Estratégico de la OPS 2020-2025. Línea de base 2019: 20 Meta 2025: 51
Propósito del indicador	Este indicador permite hacer seguimiento para comprobar si las prioridades nacionales de salud establecidas por los países en sus políticas, estrategias o planes nacionales de salud guardan consonancia con el Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 a fin de evaluar las funciones de liderazgo y promoción que desempeña la Oficina Sanitaria Panamericana.
Nota técnica	Se determinará si hay consonancia sobre la base de los siguientes criterios: <ol style="list-style-type: none"> países que tienen políticas, estrategias o planes nacionales de salud; todos los resultados intermedios técnicos del Plan Estratégico de la OPS (26 en total) se reflejan en dichas políticas, estrategias o planes nacionales de salud. <p>La Oficina Sanitaria Panamericana analizará las políticas, estrategias y planes nacionales de salud para determinar si guardan consonancia con el Plan Estratégico de la OPS. Se ha creado una hoja de cálculo en Excel para hacer seguimiento de la consonancia de cada uno de los 26 resultados intermedios técnicos del Plan Estratégico en todos los Estados Miembros, a fin de garantizar la congruencia en el examen y el análisis de la información disponible.</p>
Tipo de indicador	Absoluto
Unidad de medición	Número de países y territorios
Frecuencia de medición	Cada dos años, como parte de la evaluación de fin de bienio del presupuesto por programas.
Unidad de la OSP	Oficina de Coordinación de Países y Subregiones (CSC) en colaboración con todas las representaciones de la OPS/OMS.
Fuente de los datos	Políticas, estrategias o planes nacionales de salud
Limitaciones	Limitaciones en la uniformidad del contenido y variación en los ciclos de los procesos de planificación nacional.
Referencias	1. Plan Estratégico de la OPS 2020-2025
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> Indicador del resultado intermedio 6.1.2 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 27: Fortalecimiento de la función de liderazgo, gobernanza y promoción de la causa de la Oficina Sanitaria Panamericana
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 27.c: Proporción de riesgos institucionales con un plan de mitigación aprobado y ejecutado
Definición del indicador	Este indicador mide el porcentaje de riesgos institucionales que se han detectado, evaluado y priorizado, y que tienen un plan de mitigación establecido para aminorarlos. Línea de base 2019: 50% Meta 2025: 100%
Propósito del indicador	Este indicador sirve para determinar las medidas que la Organización está tomando para evaluar y mitigar el impacto de los riesgos institucionales operativos y programáticos a fin de asegurar que la cooperación técnica de la OPS se ejecute de manera eficaz y eficiente. Esto contribuirá al logro de los resultados establecidos en los presupuestos por programas de la OPS y en el Plan Estratégico de la OPS 2020-2025.
Nota técnica	Una revisión anual de las medidas adoptadas de acuerdo con los planes institucionales de mitigación de riesgos para evaluar qué tanto se han adoptado. Esto se hará siguiendo la política de gestión de riesgos institucionales (ERM por sus siglas en inglés) de la OPS.
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de medición	Anual
Unidad de la OSP	Oficina del Director de Administración (AM)
Fuente de los datos	Informes institucionales sobre la gestión de riesgos
Limitaciones	Es posible que algunos gerentes tengan reservas para aceptar la gestión de riesgos institucionales como una herramienta útil que debe mantenerse y actualizarse.
Referencias	1. Organización Panamericana de la Salud. Política de gestión de riesgos institucionales de la OPS (documento de distribución interna).
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> Indicador del resultado intermedio 6.2.1 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 27: Fortalecimiento de la función de liderazgo, gobernanza y promoción de la causa de la Oficina Sanitaria Panamericana																											
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 27.d: Porcentaje del presupuesto aprobado de la OPS (que no sea de AMRO) financiado en cada presupuesto bienal por programas																											
Definición del indicador	Este indicador evalúa la disponibilidad de recursos financieros para financiar el presupuesto por programas de la OPS, excluyendo la parte de AMRO. Incluye solo los fondos flexibles y las contribuciones voluntarias que apoyan la ejecución del presupuesto por programas. Línea de base 2019: Por determinarse Meta 2025: 100%																											
Propósito del indicador	Este indicador muestra el grado de éxito en la financiación del presupuesto por programas de la OPS aprobado para cada bienio, una medición clave de la medida en que la Organización puede movilizar recursos para cumplir con las prioridades de los Estados Miembros y con los resultados acordados.																											
Nota técnica	<p>El indicador se calcula como el porcentaje del presupuesto aprobado de la OPS (que no sea de AMRO) para cada bienio que esté financiado.</p> <p>The following table explains the calculation, using Approved Budget, as well as Financed amounts for Program Budget 2018-2019 as a reference.</p> <table border="1" data-bbox="441 915 1503 1360"> <thead> <tr> <th>Source of Financing</th> <th>2018-2019 Approved</th> <th>2018-19 Financed</th> </tr> <tr> <td></td> <th>(1)</th> <th>(2)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PAHO Budget (Base Programs)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(a) PAHO Assessed Contributions and Miscellaneous Revenue</td> <td>214.3</td> <td>214.3</td> </tr> <tr> <td>(b) Other Sources</td> <td>215.2</td> <td>290.1</td> </tr> <tr> <td>(c) Total PAHO Budget (Excluding WHO)</td> <td>429.5</td> <td>504.4</td> </tr> <tr> <td>AMRO Budget (Base Programs)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(d) WHO Allocation to the Americas</td> <td>190.1</td> <td>154.3</td> </tr> <tr> <td>(e) TOTAL PAHO+WHO Budget</td> <td>619.6</td> <td>658.7</td> </tr> </tbody> </table> <p>Numerator: total available PAHO (not AMRO) funds (column 2, line c) Denominator: total approved PAHO (not AMRO) budget (column 1, line c)</p>	Source of Financing	2018-2019 Approved	2018-19 Financed		(1)	(2)	PAHO Budget (Base Programs)			(a) PAHO Assessed Contributions and Miscellaneous Revenue	214.3	214.3	(b) Other Sources	215.2	290.1	(c) Total PAHO Budget (Excluding WHO)	429.5	504.4	AMRO Budget (Base Programs)			(d) WHO Allocation to the Americas	190.1	154.3	(e) TOTAL PAHO+WHO Budget	619.6	658.7
Source of Financing	2018-2019 Approved	2018-19 Financed																										
	(1)	(2)																										
PAHO Budget (Base Programs)																												
(a) PAHO Assessed Contributions and Miscellaneous Revenue	214.3	214.3																										
(b) Other Sources	215.2	290.1																										
(c) Total PAHO Budget (Excluding WHO)	429.5	504.4																										
AMRO Budget (Base Programs)																												
(d) WHO Allocation to the Americas	190.1	154.3																										
(e) TOTAL PAHO+WHO Budget	619.6	658.7																										
Tipo de indicador	Relativo																											
Unidad de medición	Porcentaje																											
Frecuencia de medición	Anual																											
Unidad de la OSP	Departamento de Planificación, Presupuesto y Evaluación (PBE)																											
Fuente de los datos	Las evaluaciones de fin de bienio de los presupuestos por programas, utilizando información extraída del Sistema de Información Gerencial de la OSP (PMIS).																											
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> Este indicador no mide el financiamiento del presupuesto correspondiente a resultados intermedios específicos, el éxito de los esfuerzos por atraer contribuciones voluntarias para cubrir las prioridades de los Estados Miembros, ni la ejecución de los recursos. Sin 																											

	embargo, se hará seguimiento a esta información y se la presentará como parte del análisis presupuestario en las evaluaciones de fin de bienio.
Referencias	1. Organización Panamericana de la Salud. Documentos aprobados de los presupuestos por programas.
Vínculo	<ul style="list-style-type: none">Indicador del resultado intermedio 6.3.1 (adaptado) del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 27: Fortalecimiento de la función de liderazgo, gobernanza y promoción de la causa de la Oficina Sanitaria Panamericana
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 27.e: Porcentaje de las metas de los indicadores de resultados intermedios del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 alcanzados
Definición del indicador	<p>Este indicador evalúa el progreso hacia el logro de las metas de los indicadores de resultado intermedio del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025.</p> <p>Línea de base 2019: Por determinar, sobre la base de la evaluación final del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019</p> <p>Meta 2025: 90%</p>
Propósito del indicador	Este indicador permitirá medir el progreso hacia el logro de las metas de los indicadores de los resultados intermedios aprobados por la Organización, como se detalla en el Plan Estratégico 2020-2025, e indicar dónde se requieren medidas correctivas a medida que transcurre el período de vigencia.
Nota técnica	<p>Para las evaluaciones de fin de bienio correspondientes a los presupuestos por programas de los bienios 2020-2021 y 2022-2023, la tasa de logro de las metas de los indicadores de resultados intermedios se calcula dividiendo el número de metas que se alcanzaron y que están en curso al final del bienio entre el número de indicadores de los resultados intermedios aprobados en el Plan Estratégico de la OPS. Es probable que el logro de la mayoría de los indicadores esté en curso, para ser alcanzados al final del período que cubre el Plan Estratégico.</p> <p>Para la evaluación de fin de bienio del presupuesto por programas 2024-2025, que corresponde al final del período en cuestión, esta tasa se calcula dividiendo el número de metas de los indicadores de resultados intermedios que se alcanzaron total o parcialmente entre el número total de indicadores.</p> <p>La evaluación de las metas de los indicadores de los resultados intermedios requiere que los Estados Miembros y la Oficina Sanitaria Panamericana realicen de manera conjunta las tareas de seguimiento y presentación de informes.</p> <p>El seguimiento y la evaluación de los indicadores de los resultados intermedios se realizarán por medio del Sistema de Seguimiento del Plan Estratégico de la OPS (SPMS).</p> <p>Para clasificar el desempeño de los indicadores de los resultados intermedios se utilizarán los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alcanzado: Se ha logrado entre 90% y 100% del valor establecido en la meta del indicador. • En progreso (para los bienios 2020-2021 y 2022-2023): El valor alcanzado representa un avance con respecto a la línea de base, pero es menos del 90% de la meta. • Alcanzado parcialmente (para el bienio 2024-2025): El valor alcanzado representa un avance con respecto a la línea de base, pero es menos del 90% de la meta. • Sin progreso: No hay progreso con respecto a la línea de base o se registra una reducción con respecto a la línea de base.
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje

Frecuencia de medición	Bienal
Unidad de la OSP	Departamento de Planificación, Presupuesto y Evaluación (PBE)
Fuente de los datos	Los datos se obtienen de la evaluación de los indicadores de los resultados intermedios que se realiza para los informes de fin de bienio. La presentación de informes sobre los indicadores evaluados de manera conjunta con los Estados Miembros se realiza por medio del SPMS.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • El logro de los indicadores depende de los esfuerzos conjuntos de la Oficina Sanitaria Panamericana y los Estados Miembros. • En el caso de los indicadores que se evalúan de manera conjunta con los Estados Miembros, la experiencia ha demostrado que existe una tendencia a la infravaloración por parte de los Estados Miembros, por lo que es posible que en algunos casos no se refleje el verdadero nivel de logros. • Todos los indicadores se evalúan basándose en fuentes establecidas de datos. Presentar informes sobre algunos de los indicadores puede ser difícil debido a las brechas en estas fuentes de datos.
Referencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2020-2025. 2. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de los presupuestos por programas al final de cada bienio. 3. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la evaluación de fin de bienio del Programa y Presupuesto de la OPS 2018-2019/ Informe final sobre la ejecución del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> • Indicador del resultado intermedio 6.3.2 (adaptado) del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019

Resultado Intermedio 28. Gestión y Administración

Código y título del resultado intermedio	Resultado intermedio 28: Uso cada vez más transparente y eficiente de los fondos, con una mejor gestión de los recursos financieros, humanos y administrativos por la Oficina Sanitaria Panamericana
Código y título del indicador	Indicador del resultado intermedio 28.a: Proporción de los costos totales de los recursos humanos gastada en funciones relacionadas con la gestión y la administración
Definición del indicador	Este indicador mide la proporción del costo total de los recursos humanos destinada a funciones gerenciales y administrativas, expresada como porcentaje. Línea de base 2019: US\$ 69 millones de \$192 millones (36%) Meta 2025: Una reducción del 10%
Propósito del indicador	Con este indicador se busca medir la eficiencia y la eficacia del apoyo gerencial y administrativo.
Nota técnica	Este indicador permite calcular el porcentaje de los costos del personal de plazo fijo vinculado a funciones gerenciales y administrativas, de la siguiente manera: Numerador: Costo de los puestos de plazo fijo vinculados a funciones gerenciales y administrativas (resultado intermedio 28 del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 y resultado inmediato 27.2 del Presupuesto por Programas de la OPS 2020-2021). Denominador: Costo total de los puestos de plazo fijo
Tipo de indicador	Relativo
Unidad de medición	Porcentaje
Frecuencia de medición	Semestral
Unidad de la OSP	Oficina del Director de Administración (AM)
Fuente de los datos	Los datos se obtienen del Sistema de Información Gerencial de la OPS (PMIS).
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> Exactitud de los datos.
Referencias	No corresponde.
Vínculo	Ninguno