

Última actualización: 2023-01-24

Información del indicador

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades

Meta 3.8: Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra riesgos financieros, el acceso a servicios de atención de la salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas esenciales seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos

Indicador 3.8.1: Cobertura de servicios esenciales de salud

Serie

Aplica para todas las series

Indicadores relacionados

El índice de cobertura de servicios de cobertura universal de salud (UHC) está diseñado para resumir los indicadores existentes de cobertura de servicios de salud para garantizar la coherencia con los ODS y otras iniciativas globales y reducir la duplicación y la carga de informes.

El indicador 3.8.1 siempre debe interpretarse junto con el otro indicador de la cobertura universal de salud de los ODS, el 3.8.2, que mide la protección financiera.

Organizaciones internacionales responsables del seguimiento global:

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Reportero de datos

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Definición, conceptos y clasificaciones

Definición:

Cobertura de servicios de salud esenciales (definida como la cobertura promedio de servicios esenciales basada en intervenciones de seguimiento que incluyen salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, enfermedades infecciosas, enfermedades no transmisibles y capacidad y acceso a los servicios, entre la población general y la más desfavorecida).

Conceptos:

El índice de cobertura de los servicios de salud se calcula como la media geométrica de 14 indicadores de seguimiento. Los 14 indicadores se enumeran a continuación y los metadatos detallados para cada uno de los componentes se proporcionan en el Anexo 1. Los indicadores de seguimiento son los siguientes, organizados en cuatro amplias categorías de cobertura de servicios:

Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil

Planificación familiar: Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) que están casadas o en unión libre y cuya necesidad de planificación familiar está satisfecha con métodos modernos

Atención durante el embarazo: Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con un nacido vivo en un período determinado que recibieron atención prenatal cuatro o más veces

Inmunización infantil: Porcentaje de lactantes que reciben tres dosis de vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina.

Tratamiento de niños: Porcentaje de niños menores de 5 años con síntomas de infección respiratoria aguda (tos y respiración rápida o dificultosa debido a un problema en el pecho y no solo a la nariz tapada) en las 2 semanas anteriores a la encuesta para quienes se buscó asesoramiento o tratamiento en un centro o proveedor de salud.

II. Enfermedades infecciosas

Tuberculosis: Porcentaje de casos incidentes de tuberculosis que se detectan y tratan

VIH/SIDA: Porcentaje de adultos y niños que viven con el VIH y que actualmente reciben terapia antirretroviral.

Malaria: Porcentaje de la población en áreas endémicas de malaria que durmió bajo un mosquitero tratado con insecticida la noche anterior [solo para países con alta carga de malaria]

Agua, saneamiento e higiene: Porcentaje de población que utiliza al menos servicios básicos de saneamiento.

Tercero Enfermedades no transmisibles

Hipertensión: Prevalencia del tratamiento (tomar medicamentos) para la hipertensión entre adultos de 30 a 79 años con hipertensión (estimación estandarizada por edad) (%)

Diabetes: glucosa plasmática media en ayunas (mmol/L) estandarizada por edad para adultos de 18 años y mayores

Tabaco: Prevalencia estandarizada por edad de adultos ≥ 15 años que actualmente consumen cualquier producto de tabaco (tabaco fumado y/o sin humo) de forma diaria o no diaria (indicador 3.a.1 de los ODS, metadatos disponibles [aquí](#)).

Capacidad de servicio y acceso

Acceso a hospitales: densidad de camas de hospital, en relación con un umbral máximo de 18 por 10.000 habitantes

Personal sanitario: profesionales de la salud (médicos, psiquiatras y cirujanos) per cápita, en relación con los umbrales máximos para cada cuadro (superposición parcial con el indicador 3.c.1 de los ODS, consulte los metadatos [aquí](#))

Seguridad sanitaria: índice de capacidad básica del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), que es el porcentaje medio de atributos de 13 capacidades básicas que se han alcanzado (indicador ODS 3.d.1, ver metadatos [aquí](#))

Unidad de medida

El indicador es un índice reportado en una escala sin unidades de 0 a 100.

Tipo de fuente de datos y método de recopilación de datos

Muchos de los indicadores trazadores de la cobertura de los servicios de salud se miden mediante encuestas de hogares. Sin embargo, los datos administrativos, los datos de las instalaciones, las encuestas de las instalaciones y los sistemas de vigilancia centinela se utilizan para ciertos indicadores. Las fuentes de datos subyacentes para cada uno de los 14 indicadores de seguimiento se explican con más detalle en el Anexo 1.

En cuanto a los valores utilizados para calcular el índice, los valores se toman de fuentes publicadas existentes. Esto incluye conjuntos de datos ensamblados y estimaciones de varias agencias de la ONU. Esto se resume en el enlace anterior.

Método de recopilación de datos

Los mecanismos para recopilar datos de los países varían según los 14 indicadores de seguimiento; sin embargo, en muchos casos una agencia de la ONU o un grupo interinstitucional ha reunido y analizado fuentes de datos nacionales relevantes y luego ha llevado a cabo una consulta formal con los gobiernos de los países para revisar o producir estimaciones nacionales comparables. Para el índice de cobertura de servicios de cobertura universal de salud (UHC), una vez que se recopila esta información existente sobre los 14 indicadores trazadores, la OMS realiza una consulta de país con los puntos focales designados de los gobiernos nacionales para revisar los insumos y el cálculo del índice. La OMS no emprende nuevas actividades de estimación para producir valores de indicadores trazadores para el índice de cobertura de servicios; más bien, el índice está diseñado para hacer uso de series de datos de indicadores existentes y bien establecidos para reducir la carga de informes.

Calendario de recogida de datos

La recopilación de datos varía de cada 1 a 5 años según los indicadores de seguimiento. Por ejemplo, los datos nacionales sobre inmunizaciones y tratamiento del VIH se presentan anualmente, mientras que las encuestas de hogares para recopilar información sobre el tratamiento infantil pueden realizarse cada 3 a 5 años, dependiendo del país. Más detalles sobre los indicadores trazadores individuales están disponibles en el Anexo 1.

Calendario de publicación de datos

La primera publicación de los valores de referencia para el índice de cobertura de servicios de la cobertura sanitaria universal (CSU) tuvo lugar en diciembre de 2017. Las actualizaciones se publican cada dos años.

Proveedores de datos

En la mayoría de los casos, los Ministerios de Salud y las Oficinas Nacionales de Estadística supervisan la recopilación de datos y la presentación de informes para los indicadores de cobertura de los servicios de salud.

Compiladores de datos

La Organización Mundial de la Salud, basándose en aportes de otras agencias internacionales como UNICEF, ONUSIDA, ONU DESA, OCDE, Eurostat, Grupo del Banco Mundial.

Mandato institucional

El apoyo de la OMS para monitorear la dimensión de cobertura de servicios de la Cobertura Universal de Salud (UHC) (meta 3.8, indicador 3.8.1 específicamente) está respaldado por la Resolución WHA69 que solicita a la Secretaría que realice un seguimiento del progreso hacia el logro de la UHC como parte de la agenda SDG 2030 para el Desarrollo Sostenible .

Otras consideraciones metodológicas

Justificación

La meta 3.8 se define como “Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra riesgos financieros, el acceso a servicios de atención de la salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas esenciales seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”. El objetivo es que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud de calidad que necesitan (incluidos medicamentos y otros productos sanitarios), sin dificultades financieras. Se han elegido dos indicadores para monitorear la meta 3.8 en el marco de los ODS. El indicador 3.8.1 es para la cobertura de servicios de salud y el indicador 3.8.2 se enfoca en los gastos de salud en relación con el presupuesto de un hogar para identificar las dificultades financieras causadas por los pagos directos de atención médica. En conjunto, los indicadores 3.8.1 y 3.8.2 pretenden capturar las dimensiones de cobertura de servicios y protección financiera, respectivamente, de la meta 3.8. Estos dos indicadores deben monitorearse siempre de manera conjunta.

Los países proporcionan muchos servicios esenciales para la protección, promoción, prevención, tratamiento y atención de la salud. Los indicadores de cobertura de servicios, definidos como personas que reciben el servicio que necesitan, son la mejor manera de seguir el progreso en la prestación de servicios bajo la cobertura universal de salud (UHC). Dado que un solo indicador de servicios de salud no es suficiente para monitorear la UHC, se construye un índice a partir de 14 indicadores de rastreo seleccionados en base a criterios epidemiológicos y estadísticos. Esto incluye varios indicadores que ya están incluidos en otras metas de los ODS, lo que minimiza la carga

de recopilación de datos y presentación de informes. El índice se presenta en una escala sin unidades de 0 a 100, siendo 100 el valor óptimo.

Comentario y limitaciones

Estos indicadores de seguimiento están destinados a ser indicativos de la cobertura de servicios, no una lista completa o exhaustiva de los servicios de salud y las intervenciones que se requieren para la cobertura universal de salud. Se seleccionaron los 14 indicadores de seguimiento porque están bien establecidos y los datos disponibles son ampliamente reportados por los países (o se espera que estén ampliamente disponibles pronto). Por lo tanto, el índice se puede calcular con fuentes de datos existentes y no requiere iniciar nuevos esfuerzos de recopilación de datos únicamente para informar el índice.

Método de cálculo

El índice se calcula con medias geométricas, con base en los métodos utilizados para el Índice de Desarrollo Humano. El cálculo del indicador 3.8.1 requiere primero estandarizar los 14 indicadores rastreadores para que puedan combinarse en el índice y luego calcular el índice a partir de esos valores.

Los 14 indicadores trazadores se colocan primero en la misma escala, siendo 0 el valor más bajo y 100 el valor óptimo. Para la mayoría de los indicadores, esta escala es la escala natural de medición, por ejemplo, el porcentaje de bebés que han sido vacunados oscila entre 0 y 100 por ciento. Sin embargo, para algunos indicadores, se requiere conversión y/o reescalado para obtener valores apropiados de 0 a 100, como sigue:

Conversión

La prevalencia de consumo de tabaco se convierte en prevalencia de no consumo de tabaco, de modo que un aumento supone una mejora.

Reescala

Cambio de escala basado en un mínimo distinto de cero para obtener una resolución más fina (esto “estira” la distribución entre países): la prevalencia del no consumo de tabaco se vuelve a escalar usando un valor mínimo del 30%, que indica un rango realista de niveles de prevalencia para el indicador.

$$\text{rescaled tobacco nonuse} = (X - 30)/(100 - 30) * 100$$

Cambio de escala para una medida continua: la glucosa plasmática media en ayunas, que es una medida continua (unidades de mmol/L), se convierte a una escala de 0 a 100 utilizando el riesgo biológico teórico mínimo (5,1 mmol/L) y el máximo observado en todos los países (7,4 mmol/L).

$$\text{rescaled value} = (7.4 - \text{original value}) / (7.4 - 5.1) * 100$$

Umbrales máximos para indicadores de tasa: la densidad de camas hospitalarias y la densidad de personal sanitario tienen un tope máximo, y los valores por encima de este umbral se mantienen constantes en 100. Estos umbrales se basan en valores mínimos observados en los países de la OCDE (edición de 2015 de la base de datos de estadísticas de salud de la OCDE).

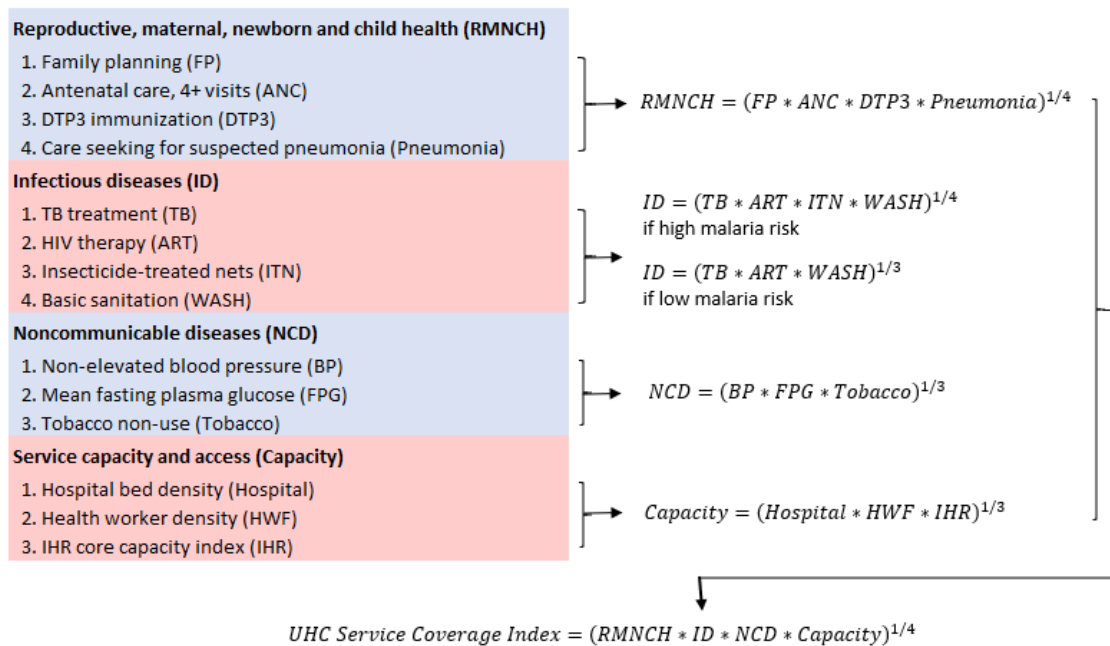
$$\text{rescaled hospital beds per 10,000} = \text{minimum}(100, \text{original value} / 18 * 100)$$

$$\text{rescaled physicians per 1,000} = \text{minimum}(100, \text{original value} / 0.9 * 100)$$

$$\text{rescaled psychiatrists per 100,000} = \text{minimum}(100, \text{original value} / 1 * 100)$$

$$\text{rescaled surgeons per 100,000} = \text{minimum}(100, \text{original value} / 14 * 100)$$

Una vez que todos los valores de los indicadores de seguimiento están en una escala de 0 a 100, se calculan las medias geométricas dentro de cada una de las cuatro áreas de servicios de salud y luego se toma una media geométrica de esos cuatro valores. Si el valor de un indicador de seguimiento es cero o superior a 100, se establece en 1 (de 100) o 100 (de 100) respectivamente antes de calcular la media geométrica. El siguiente diagrama ilustra los cálculos.



Tenga en cuenta que en países con baja carga de malaria, el indicador trazador para el uso de mosquiteros tratados con insecticida se elimina del cálculo.

Validación

Por lo general, la calidad de los datos obtenidos para calcular el índice ya se ha verificado mediante procesos separados. Sin embargo, se realiza una evaluación de la calidad antes de consultar a los países (es decir, detección de valores atípicos importantes o diferencia sustancial entre la última actualización y la próxima actualización para el mismo año). Las estimaciones del índice se incluyen en una consulta para obtener la retroalimentación del país. Los datos se revisan según sea necesario para la cobertura de atención prenatal y la densidad de camas de hospital. La revisión de todos los demás indicadores debería seguir el mecanismo de presentación de informes ya vigente.

La información sobre la validación de la construcción del índice se puede encontrar en el siguiente documento: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30472-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30472-2/fulltext)

Tratamiento de los valores faltantes (i) a nivel de país y (ii) a nivel regional

A nivel de país

El punto de partida para calcular el índice es recopilar la información existente para cada indicador de seguimiento. En muchos casos, esto implica el uso de series cronológicas de países que han sido producidas o cotejadas por agencias de la ONU en consulta con los gobiernos de los países (p. ej., cobertura de inmunización, acceso a saneamiento, cobertura de tratamiento del VIH, etc.). Algunas de estas series temporales publicadas implican modelos matemáticos para conciliar múltiples fuentes de datos o imputar valores faltantes, y estos detalles se resumen en el Anexo 1.

Después de reunir estos insumos, todavía faltan valores para algunos años-país para algunos indicadores. Calcular el índice de cobertura de servicios de cobertura universal de salud (UHC, por sus siglas en inglés) requiere valores para cada indicador de seguimiento para un país, por lo que es necesaria alguna imputación para llenar estos vacíos de datos. El enfoque actual implica un algoritmo de imputación simple. Para cada indicador:

Si un país tiene valores faltantes entre dos años con valores, se utiliza la interpolación lineal para completar los valores faltantes para los años intermedios

Si un país tiene años históricos con valores, pero no tiene valores actuales, se utiliza la extrapolación constante para completar los valores faltantes al año actual.

Si un país no tiene valores, se imputa un valor. Para la búsqueda de atención para la neumonía y la densidad de cirujanos, se ajusta una regresión para imputar los valores faltantes (consulte el Anexo 1 para obtener más detalles). Para todos los demás indicadores, se calcula una mediana regional para imputar los valores faltantes. De forma predeterminada, las regiones se basan en las subregiones de los ODS de la ONU . Sin embargo, cuando no hay suficientes países dentro de las subregiones de los ODS de la ONU con datos disponibles, se pueden utilizar otras agrupaciones.

Dado el calendario y la distribución de diversas encuestas de salud y otros mecanismos de recopilación de datos, los países no recopilan ni informan anualmente sobre los 14 indicadores trazadores de la cobertura de los servicios de salud. Además, lo más adecuado es realizar el seguimiento a nivel nacional a intervalos de tiempo más amplios, por ejemplo, cada cinco años, para permitir la recopilación de nuevos datos sobre todos los indicadores. Por lo tanto, la medida en que se ha utilizado la imputación para completar la información faltante debe comunicarse junto con el valor del índice.

A nivel regional y mundial

Cualquier imputación necesaria se realiza a nivel de país. Estos valores de país se pueden usar para calcular valores regionales y globales.

Agregaciones regionales

Los agregados regionales y globales utilizan estimaciones de población de las Naciones Unidas a nivel de país para calcular un promedio ponderado de los valores nacionales para el índice. Esto se justifica porque la cobertura sanitaria universal (CUS) es propiedad de los países, y el índice de servicios esenciales es una medida resumida del acceso a los servicios esenciales para la población de cada país. Las estimaciones demográficas de las Naciones Unidas a nivel de país se utilizan para garantizar la coherencia y la comparabilidad de las estimaciones dentro de los países y entre países a lo largo del tiempo.

Métodos y orientaciones disponibles para los países para la recopilación de datos a nivel nacional

Evaluación de la calidad

Ver 4.d Validación

Disponibilidad y desagregación de datos

Disponibilidad de datos:

Resumen de la disponibilidad de datos para la cobertura sanitaria universal (CUS) El índice de cobertura de servicios no es sencillo, ya que se utilizan diferentes fuentes de datos en los 14 indicadores de seguimiento. Además, para muchos indicadores se han producido estimaciones comparables, en muchos casos basándose en diferentes tipos de fuentes de datos subyacentes para informar las estimaciones y al mismo tiempo usar proyecciones para imputar valores faltantes.

Series de tiempo:

A finales de 2017 se publicó un valor de referencia para el índice de cobertura de servicios UHC para 2015 en 183 países. Como parte de este proceso, se recopilaron fuentes de datos que se remontan al año 2000. En 2019, el índice de cobertura de

servicios UHC fue estimado para los años: 2000, 2005, 2010, 2015 y 2017. A partir de 2021, el índice se estima cada dos años para todos los países (es decir, 194 estados miembros de la OMS).

Desagregación:

La equidad es fundamental para la definición de UHC y, por lo tanto, el índice de cobertura de servicios de UHC debe usarse para comunicar información sobre las desigualdades en la cobertura de servicios dentro de los países. Esto se puede hacer presentando el índice por separado para la población nacional frente a las poblaciones desfavorecidas para resaltar las diferencias entre ellos.

Para los países, la ubicación geográfica es probablemente la dimensión más viable para el desglose subnacional en función de los niveles de cobertura promedio medidos con las fuentes de datos existentes. Para hacer esto, el índice UHC se puede calcular por separado, por ejemplo, por provincia o residencia urbana frente a rural, lo que permitiría comparaciones subnacionales de la cobertura del servicio. Actualmente, los datos más fácilmente disponibles para el desglose en otras dimensiones de la desigualdad, como la riqueza del hogar, son para indicadores de cobertura dentro de la categoría de servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. La desigualdad observada en esta dimensión se puede utilizar como indicador indirecto para comprender las diferencias en la cobertura de servicios en las dimensiones clave de la desigualdad. Este enfoque debe reemplazarse con un desglose completo de los 14 indicadores de seguimiento una vez que se disponga de datos para hacerlo.

Comparabilidad / desviación de los estándares internacionales

Fuentes de discrepancias:

El índice de cobertura de servicios se basa en datos y estimaciones existentes y disponibles públicamente para indicadores de seguimiento. Estos números ya han pasado por un proceso de consulta del país (p. ej., para la cobertura de inmunización), o se toman directamente de los datos informados por el país.

Referencias y documentación (OTHER_DOC)

URL: <https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage>

Referencias:

<https://www.who.int/publications/i/item/tracking-universal-health-coverage>

[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(17\)30472-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(17)30472-2.pdf)

<https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage>

Para conocer el desarrollo histórico de los métodos, consulte:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565264>

<https://www.who.int/publications/i/item/monitoring-progress-towards-universal-health-coverage-at-country-and-global-levels-framework-measures-and-targets>

<http://collections.plos.org/uhc2014>

Anexo 1: Metadatos de los indicadores trazadores utilizados para medir la cobertura de los servicios de salud esenciales para el seguimiento del indicador 3.8.1 de los ODS.

Envíe cualquier comentario o consulta a: uhc_stats@who.int

área del trazador	Planificación familiar
Definición de indicador	Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) que están casadas o en unión libre y que tienen su necesidad de planificación familiar satisfecha con métodos modernos.
Numerador	Número de mujeres de 15 a 49 años que están casadas o en unión libre y que actualmente usan, o cuya pareja usa actualmente, un método anticonceptivo moderno
Denominador	Número de mujeres de 15 a 49 años casadas o en unión con necesidad de planificación familiar
Principales fuentes de datos	Encuestas de salud basadas en la población
Método de medición	<p>Las encuestas de hogares incluyen una serie de preguntas para medir la tasa de uso de anticonceptivos modernos y la necesidad de planificación familiar. El número de mujeres con necesidad de planificación familiar se define como la suma del número de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) que están casadas o en unión y que consumen actualmente, o cuya pareja sexual consume actualmente, al menos un método anticonceptivo (moderno o tradicional), y el número de mujeres en edad reproductiva con necesidad insatisfecha de planificación familiar. La necesidad insatisfecha de planificación familiar es la proporción de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) ya sea casadas o en unión consensual, que son fecundas y sexualmente activas pero que no usan ningún método anticonceptivo (moderno o tradicional), y reportan no querer tener más hijos o querer retrasar el nacimiento de su próximo hijo durante al menos dos años. Se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> todas las mujeres embarazadas (casadas o en unión consensual) cuyos embarazos fueron no deseados o inoportunos en el momento de la concepción; todas las mujeres con amenorrea posparto (casadas o en unión consensual) que no utilizan planificación familiar y cuyo último parto fue no deseado o inoportuno; todas las mujeres fecundas (casadas o en unión consensual) que no están embarazadas ni tienen amenorrea posparto y que no desean tener más hijos (quieren limitar el tamaño de la familia) o

	<p>que desean posponer el nacimiento de un hijo durante al menos dos años o no saben cuándo o si quieren tener otro hijo (quieren espaciar los nacimientos), pero no están usando ningún método anticonceptivo.</p> <p>Los métodos modernos incluyen la esterilización femenina y masculina, el dispositivo intrauterino (DIU), el implante, los inyectables, las píldoras anticonceptivas orales, los condones masculinos y femeninos, los métodos de barrera vaginal (incluidos el diafragma, el capuchón cervical y la espuma espermicida, jalea, crema y esponja), método de amenorrea de lactancia (MELA), anticoncepción de emergencia y otros métodos modernos no informados por separado.</p>
<p>Método de estimación</p>	<p>La División de Población de las Naciones Unidas produce una serie sistemática y completa de estimaciones y proyecciones anuales de la proporción de necesidades de planificación familiar entre las mujeres en edad reproductiva (15-49) satisfechas con métodos modernos. Se aplica un modelo jerárquico bayesiano a un conjunto de datos global integral de datos específicos de un país para generar estimaciones y proyecciones. El modelo tiene en cuenta las diferencias por fuente de datos, muestra de población y preguntas de la encuesta.</p> <p>Ver aquí para más detalles: https://www.un.org/development/desa/pd/data/family-planning-indicators</p> <p>Recopilación de datos de encuestas específicas de cada país en World Anticonceptive Use: https://www.un.org/desarrollo/desa/pd/node/3285</p>
<p>Notas relacionadas con la cobertura universal de salud</p>	

área del trazador	cuidado del embarazo
Definición de indicador	Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con un nacido vivo en un período determinado que recibieron atención prenatal cuatro o más veces
Numerador	Número de mujeres de 15 a 49 años con un nacido vivo en un período determinado que recibieron atención prenatal cuatro o más veces
Denominador	Número total de mujeres de 15 a 49 años con un nacido vivo en el mismo período.
Principales fuentes de datos	Encuestas de hogares y sistemas de información de instalaciones de rutina.
Método de medición	Los datos sobre cuatro o más visitas de atención prenatal se basan en preguntas sobre si se controló la salud de la mujer durante el embarazo y cuántas veces. Las encuestas de hogares que pueden generar este indicador incluyen DHS, MICS, RHS y otras encuestas basadas en metodologías similares. Los sistemas de notificación de servicios/instalaciones se pueden utilizar cuando la cobertura es alta, generalmente en países de ingresos más altos.
Método de estimación	La OMS mantiene una base de datos sobre la cobertura de la atención prenatal: http://apps.who.int/gho/data/node.main.ANTENATALCARECOVERAGE4
Notas relacionadas con UHC	Idealmente, este indicador se reemplazaría con una medida más integral de la atención del embarazo, por ejemplo, la proporción de mujeres que cuentan con un proveedor calificado que asiste al parto o a un parto institucional. Un desafío a la hora de medir la asistencia calificada al parto es determinar qué proveedores están “calificados”.

área del trazador	inmunización infantil
Definición de indicador	Porcentaje de lactantes que reciben tres dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina
Numerador	Niños de 1 año de edad que hayan recibido tres dosis de la vacuna que contiene difteria, tétanos y tos ferina.
Denominador	Todos los niños de 1 año de edad.
Principales fuentes de datos	Encuestas de hogares y sistemas de información de instalaciones.
Método de medición	Para los datos de la encuesta, el estado de vacunación de los niños de 12 a 23 meses de edad se obtiene de las tarjetas de salud del niño o, si no hay tarjeta, del recuerdo del cuidador . Para los datos administrativos, se extrae el número total de dosis administradas a la población objetivo.
Método de estimación	Juntos, la OMS y UNICEF obtienen estimaciones de la cobertura de DTP3 basadas en los datos informados oficialmente a la OMS y UNICEF por los Estados miembros, así como los datos informados en la literatura publicada y gris. También consultan con expertos locales, principalmente gerentes nacionales de PAI y personal de la oficina regional de la OMS, para obtener información adicional sobre el desempeño de servicios de inmunización locales específicos. Sobre la base de los datos disponibles, la consideración de posibles sesgos y las contribuciones de expertos locales, la OMS/UNICEF determinan el nivel verdadero más probable de cobertura de inmunización. Para más detalles, consulte aquí: https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/global-monitoring/immunization-coverage/who-unicef-estimates-of-national-immunization-coverage
Notas relacionadas con UHC	Existe variabilidad en los calendarios nacionales de vacunación entre países. Dado esto, una opción para monitorear la inmunización infantil completa es monitorear la fracción de niños que reciben vacunas incluidas en el calendario nacional de su país. Una segunda opción, que puede ser más comparable entre países y épocas, es monitorear la cobertura de DTP3 como indicador de la inmunización infantil completa. La vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina a menudo incluye otras vacunas, por ejemplo, contra la hepatitis B y la Haemophilus influenza tipo B, y es una medida razonable del grado en que existe una plataforma sólida de distribución de vacunas dentro de un país.

área del trazador	tratamiento infantil
Definición de indicador	Porcentaje de niños menores de 5 años con síntomas de infección respiratoria aguda (tos y respiración rápida o dificultosa por un problema en el pecho) y no solo debido a una nariz tapada) en las 2 semanas anteriores a la encuesta para quienes se buscó asesoramiento o tratamiento de un centro o proveedor de salud
Numerador	Número de niños menores de 5 años con síntomas de infección respiratoria aguda (tos y respiración rápida o dificultosa por un problema en el tórax) y no solo debido a una nariz tapada) en las 2 semanas anteriores a la encuesta para quienes se buscó asesoramiento o tratamiento de un centro o proveedor de salud
Denominador	Número de niños menores de 5 años con síntomas de infección respiratoria aguda (tos y respiración rápida o dificultosa por un problema en el tórax) y no solo debido a una nariz tapada) en las 2 semanas anteriores a la encuesta
Principales fuentes de datos	Encuestas de hogares
Método de medición	<p>El indicador es capturado por encuestas domiciliarias, incluidas DHS, MICS y otras encuestas nacionales basadas en la población, y está diseñado para usarse en entornos de alta mortalidad de menores de 5 años para monitorear los esfuerzos para reducir la mortalidad por infecciones respiratorias agudas (incluida la neumonía), que son una de las principales causas de muerte de niños menores de 5 años. El Grupo Asesor Técnico de Seguimiento de la Responsabilidad de la Salud Infantil (CHAT TAG), convocado por la OMS y UNICEF, ha ratificado este indicador y está trabajando para estandarizar su uso en las encuestas de hogares.</p> <p>OMS/UNICEF mantiene una base de datos de observaciones a nivel de país de encuestas de hogares a la que se puede acceder aquí: https://data.unicef.org/topic/child-health/pneumonia/</p>
Método de estimación	UNICEF y la OMS mantienen una base de datos sobre este indicador y trabajan para garantizar que los valores presentados sean comparables, utilizando la misma definición de indicador.

Notas relacionadas con UHC	<p>Este indicador no suele medirse en países de ingresos más altos con sistemas de salud bien establecidos.</p> <p>Para los países sin datos observados, la cobertura se estimó a partir de una regresión que predice la cobertura de búsqueda de atención por síntomas de infección respiratoria aguda (en la escala logit), obtenida de la base de datos de la OMS descrita anteriormente, en función del logaritmo de la estimación tasa de mortalidad por todas las causas de niños menores de cinco años, que se puede consultar aquí: https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates</p>
----------------------------	---

área del trazador	tratamiento de la tuberculosis
Definición de indicador	Porcentaje de incidencia de casos de TB que se detectan y tratan en un año determinado
Numerador	Número de casos nuevos y recidivantes detectados y tratados en un año determinado
Denominador	Número de casos nuevos y recaídas en el mismo año
Principales fuentes de datos	Sistemas de información de establecimientos, sistemas de vigilancia, encuestas de salud basadas en la población con pruebas de diagnóstico de TB, registro de TB y sistema de notificación trimestral relacionado (o registros electrónicos de TB)
Método de medición	<p>Este indicador requiere dos entradas principales:</p> <p>El número de casos nuevos y recurrentes de tuberculosis diagnosticados y tratados en los programas nacionales de control de la tuberculosis y notificados a la OMS en un año determinado .</p> <p>El número de casos incidentes de tuberculosis para el mismo año, normalmente estimado por la OMS.</p> <p>El indicador final = (1) / (2)</p>
Método de estimación	<p>Las estimaciones de la incidencia de la TB se producen a través de un proceso consultivo y analítico dirigido por la OMS y se publican anualmente. Estas estimaciones se basan en notificaciones anuales de casos, evaluaciones de la calidad y cobertura de los datos de notificación de TB, encuestas nacionales sobre la prevalencia de la enfermedad de TB e información de los sistemas de registro (vital) de defunciones. Las estimaciones de incidencia para cada país se derivan utilizando uno o más de los siguientes enfoques según los datos disponibles:</p> <p>incidencia = notificación de casos/proporción estimada de casos</p>

	<p>detectados; incidencia = prevalencia/duración de la condición; incidencia = muertes/proporción de casos incidentes que mueren.</p> <p>Se introdujeron modelos dinámicos y estadísticos para producir estimaciones para 2020 y 2021 que tengan en cuenta las principales perturbaciones en la prestación y el acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis que se han producido en el contexto de la pandemia del coronavirus (COVID-19).</p> <p>Estas estimaciones de la incidencia de TB se combinan con los datos notificados por los países sobre el número de casos detectados y tratados, y el porcentaje de casos tratados con éxito, como se describe anteriormente.</p>
Notas relacionadas con UHC	<p>Para calcular el indicador utilizando las estimaciones de la OMS, puede acceder a los archivos necesarios aquí: http://www.who.int/tb/country/data/download/en/ y calcular el indicador como = c_cdr</p>

área del trazador	tratamiento del VIH
Definición de indicador	Porcentaje de adultos y niños que viven con el VIH que actualmente reciben terapia antirretroviral (TAR)
Numerador	Número de adultos y niños que actualmente reciben TAR al final del período del informe
Denominador	Número de adultos y niños que viven con el VIH durante el mismo período
Principales fuentes de datos	Sistemas de notificación de instalaciones, sitios de vigilancia centinela, encuestas poblacionales
Método de medición	<p>Numerador: El numerador se genera contando el número de adultos y niños que recibieron A RT al final del período del informe. Los datos se pueden recopilar de los registros de TAR en los establecimientos o de los sistemas de gestión del suministro de medicamentos. Estos luego se cuentan y se transfieren a informes transversales mensuales o trimestrales que luego se agregarán para los totales nacionales. Los pacientes que reciben TAR en el sector privado y el sector público deben incluirse en el numerador.</p> <p>Denominador: Los datos sobre el número de personas con infección por el VIH pueden provenir de modelos epidémicos y encuestas poblacionales o, como es común en el África subsahariana, de sistemas de vigilancia basados en clínicas de atención prenatal.</p>

<p>Método de estimación</p>	<p>Las estimaciones de la cobertura del tratamiento antirretroviral entre las personas que viven con el VIH para 2000-2018 se obtienen como parte de la ronda de estimaciones de ONUSIDA de 2019.</p> <p>Para estimar el número de personas que viven con el VIH a lo largo del tiempo en países con una carga elevada, ONUSIDA, en colaboración con los países, utiliza un modelo epidémico (Spectrum) que combina datos de vigilancia sobre la prevalencia con el número actual de pacientes que reciben TAR y suposiciones sobre la historia natural del VIH. enfermedad progresiva.</p> <p>Dado que ahora se recomienda el TAR a todas las personas que viven con el VIH, monitorear la cobertura del TAR es menos complicado que antes, cuando sólo aquellos con un cierto nivel de gravedad de la enfermedad eran elegibles para recibir TAR.</p> <p>Las estimaciones de cobertura de TAR se pueden encontrar aquí: <u>https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimated-antiretroviral-therapy-coverage-among-people-living-with-hiv-(-)</u></p>
<p>Notas relacionadas con UHC</p>	<p>No siempre se dispone de estimaciones comparables de la cobertura de TAR en los países de altos ingresos, en particular de las tendencias temporales.</p>

<p>área del trazador</p>	<p>Prevención de la malaria</p>
<p>Definición de indicador</p>	<p>Porcentaje de población de zonas endémicas de malaria que durmió bajo un MTI la noche anterior.</p>
<p>Numerador</p>	<p>Número de personas en áreas endémicas de malaria que durmieron bajo un MTI.</p>
<p>Denominador</p>	<p>Número total de personas en áreas endémicas de malaria.</p>
<p>Principales fuentes de datos</p>	<p>Los datos sobre el acceso y el uso de MTI en los hogares provienen de encuestas de hogares representativas a nivel nacional, como las Encuestas demográficas y de salud, las Encuestas de indicadores múltiples por conglomerados y las Encuestas de indicadores de malaria. Los datos sobre la cantidad de MTI entregados por los fabricantes a los países son compilados por Milliner Global Associates, y los datos sobre la cantidad de MTI distribuidos dentro de los países son informados por los Programas Nacionales de Control de la Malaria.</p>
<p>Método de medición</p>	<p>Muchas encuestas nacionales recientes informan del número de MTI observados en cada hogar de los encuestados. Las tasas de propiedad se pueden convertir en la proporción de personas que duermen bajo un MTI utilizando una relación lineal entre acceso y uso que se ha derivado de 62 encuestas que recopilan información sobre ambos indicadores.</p>

Método de estimación	Se pueden utilizar modelos matemáticos para combinar datos de encuestas domiciliarias sobre acceso y uso con información sobre entregas de MTI por parte de los fabricantes y distribución de MTI por programas nacionales contra la malaria para producir estimaciones anuales de la cobertura de MTI. La OMS utiliza este enfoque en colaboración con el Proyecto Malaria Atlas. Los detalles metodológicos se pueden encontrar en las páginas 122-123 del Informe mundial sobre el paludismo 2021: https://www.who.int/publications/i/item/9789240040496 .
Notas relacionadas con la cobertura universal de salud	La OMS produce estimaciones de cobertura de MTI comparables para 40 de los 47 países o áreas endémicas de malaria del África subsahariana . las islas de Mayotte (para la cual no se dispone de datos de entrega o distribución de MTI) estaban disponibles) y Cabo Verde (que no distribuye MTI) fueron excluidos, al igual que los de baja transmisión países de Esuatini, Namibia, Santo Tomé y Príncipe, y Sudáfrica, para los cuales los MTI comprenden una pequeña proporción de control de vectores. Los análisis se limitaron a poblaciones clasificadas por los NMP como en riesgo. Para otros países, la cobertura de ITN no está incluida en el índice de cobertura de servicios UHC debido a limitaciones de datos.

área del trazador	Agua, saneamiento e higiene
Definición de indicador	Porcentaje de la población que utiliza al menos servicios básicos de saneamiento, es decir, instalaciones de saneamiento mejoradas que no se comparten con otros hogares
Numerador	Número de personas que utilizan servicios básicos de saneamiento, así como de personas que utilizan servicios de saneamiento gestionados de forma segura. Las instalaciones de saneamiento mejoradas incluyen retretes con descarga/descarga de agua conectados a sistemas de alcantarillado, fosas sépticas o letrinas de pozo; letrinas de pozo con losas (incluidas las letrinas de pozo ventiladas) e inodoros de compostaje
Denominador	Población total
Principales fuentes de datos	Encuestas y censos de hogares basados en la población
Método de medición	Los datos sobre instalaciones sanitarias mejoradas se recopilan habitualmente en encuestas y censos de hogares. Estas fuentes de datos también pueden recopilar información sobre el uso compartido de las instalaciones de saneamiento entre dos o más hogares y sobre el vaciado de las instalaciones de saneamiento en el lugar. Las respuestas a nivel del hogar, ponderadas por el tamaño del hogar, se utilizan para calcular la cobertura de la

	población.
Método de estimación	<p>El Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua, Saneamiento e Higiene (JMP) es responsable de informar sobre los ODS sobre agua potable, saneamiento e higiene (WASH) y ha producido estimaciones periódicas de la cobertura de la población que utiliza al menos servicios básicos de saneamiento desde 2000. El JMP reúne, revisa y evalúa los datos nacionales recopilados por las oficinas de estadística y otras instituciones pertinentes, incluidas las autoridades sectoriales. La regresión lineal se utiliza para proporcionar estimaciones de la población que utiliza instalaciones de saneamiento mejoradas, así como la proporción que practica la defecación al aire libre. También se realizan regresiones para estimar la población que utiliza instalaciones de saneamiento mejoradas conectadas a alcantarillas y fosas sépticas; estos están obligados a no exceder las estimaciones para el total de instalaciones mejoradas. La proporción de la población que comparte instalaciones de saneamiento con y sin alcantarillado se estima haciendo una regresión lineal de todos los datos disponibles sobre el intercambio provenientes de encuestas y censos de hogares. Los servicios de saneamiento básico se calculan multiplicando la proporción de la población que utiliza instalaciones de saneamiento mejoradas por la proporción de instalaciones de saneamiento mejoradas que no se comparten entre dos o más hogares. Se hacen estimaciones separadas para áreas urbanas y rurales, y las estimaciones nacionales se generan como promedios ponderados de las dos, utilizando datos de población del informe más reciente de la División de Población de las Naciones Unidas. La encuesta de hogares o el censo más reciente disponible para la mayoría de los países se realizó normalmente hace entre dos y seis años. El JMP extrapola las regresiones durante dos años más allá del último punto de datos disponible. Más allá de este punto, las estimaciones permanecen sin cambios hasta por cuatro años, a menos que la cobertura esté por debajo del 0,5 por ciento o por encima del 99,5 por ciento, en cuyo caso la línea se extiende indefinidamente. Para obtener más información, consulte https://washdata.org/monitoring/methods/estimation-methods</p>
Notas relacionadas con UHC	<p>El indicador global de los ODS de “proporción de población que utiliza servicios de saneamiento gestionados de forma segura” (ODS 6.2.1a) es una versión ampliada del indicador de los ODM, que además considera la gestión segura de las excretas a lo largo de toda la cadena de saneamiento, incluido el tratamiento y la eliminación. no se usa para el monitoreo de UHC debido a la menor disponibilidad de datos.</p>

Área trazadora	Prevención de enfermedades cardiovasculares
Definición de indicador	Prevalencia del tratamiento (tomar medicamentos) para la hipertensión entre adultos de 30 a 79 años con hipertensión (estimación estandarizada por edad) (%)
Numerador	Número de adultos de 30 a 79 años que tomaron medicamentos para la hipertensión
Denominador	Número de adultos de 30 a 79 años con hipertensión (definida como presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg, presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg o que toman medicamentos para la hipertensión)
Principales fuentes de datos	Encuestas de población y sistemas de vigilancia
Método de medición	Se utilizan fuentes de datos que registran la presión arterial medida (se excluyen los datos autoinformados). Si se toman varias lecturas de presión arterial por participante, la primera lectura se descarta y se promedian las lecturas restantes. Se puede evaluar si se toman medicamentos para la hipertensión mediante preguntas redactadas como variaciones de "¿Actualmente está tomando algún medicamento, tableta o píldora para la presión arterial alta?" o "En las últimas 2 semanas, ¿ha tomado algún fármaco (medicamento) para la hipertensión arterial recetado por un médico u otro trabajador de la salud?" En los estudios que recopilan información sobre medicamentos recetados, la información de la encuesta puede usarse para establecer que el propósito de tomar un medicamento para bajar la presión arterial fue específicamente para tratar la hipertensión.
Método de estimación	Los detalles completos de los métodos de entrada y datos están disponibles en: NCD Risk Factor Collaboration (NCD- RisC). Tendencias mundiales en la prevalencia de la hipertensión y el progreso en el tratamiento y control de 1990 a 2019: un análisis combinado de 1201 estudios representativos de la población con 104 millones de participantes. The Lancet S0140-6736(21)01330-1 (https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(21)01330-1/fulltext). Se utilizaron un total de 1201 estudios basados en la población que incluyeron la presión arterial medida y datos sobre el tratamiento de la presión arterial en 104 millones de personas de 30 a 79 años de edad para estimar las tendencias en el diagnóstico, el tratamiento y el control de la hipertensión y la hipertensión desde 1990 hasta 2019. Estandarizados por edad las estimaciones se producen aplicando las estimaciones brutas a la población estándar de la

	OMS.
Notas relacionadas con UHC	

área del trazador	Manejo de la diabetes
Definición de indicador	Glucosa plasmática en ayunas media estandarizada por edad para adultos de 18 años y mayores
Principales fuentes de datos	Encuestas poblacionales y sistemas de vigilancia
Método de medición	Los niveles de glucosa plasmática en ayunas (FPG) se determinan tomando una muestra de sangre de participantes que han ayunado durante al menos 8 horas. Se utilizaron otros biomarcadores relacionados, como la hemoglobina A1c (HbA1c), para ayudar a calcular las estimaciones (ver más abajo).
Método de estimación	Para producir estimaciones nacionales comparables, las observaciones de datos basadas en la GPA media, la prueba de tolerancia a la glucosa oral (OGTT), la HbA1c, o combinaciones de las mismas, se convierten todas en GPA media. A continuación, se ajusta un modelo jerárquico bayesiano a estos datos para calcular las prevalencias específicas de edad, sexo, año y país, lo que representa las fuentes de datos nacionales frente a las subnacionales, las fuentes de datos urbanas frente a las rurales, y permite la variación de la prevalencia según la edad y el sexo. Luego se producen estimaciones estandarizadas por edad aplicando las estimaciones crudas a la población estándar de la OMS. Los detalles metodológicos se pueden encontrar aquí: https://www.who.int/diabetes/global-report/en/
Notas relacionadas con UHC	<p>La FPG de una persona puede ser baja debido a un tratamiento eficaz con medicamentos para reducir la glucosa, o porque la persona no es diabética como resultado de las actividades de promoción de la salud u otros factores, como la genética. La FPG media es, por tanto, un indicador tanto de la promoción eficaz de dietas y comportamientos saludables como del tratamiento eficaz de la diabetes.</p> <p>Las estimaciones anteriores se realizan por separado para hombres y mujeres; para el indicador trazador UHC se calcula un promedio simple de valores para hombres y mujeres. El indicador, que es una medida continua (unidades de mmol/L), se convierte a una escala de 0 a 100 utilizando el riesgo biológico teórico mínimo (5,1 mmol/L) y el máximo observado entre países (7,41 mmol/L).</p> <p>valor reescalado = $(7.41 - \text{valor original}) / (7.41 - 5.1) * 100$</p>

Área trazadora	control del tabaco
Definición de indicador	Porcentaje normalizado por edad de la población de 15 años y más que consume actualmente algún producto del tabaco (tabaco fumado y/o sin humo) de forma diaria o no diaria.
Numerador	Número estimado de adultos de 15 años o más que actualmente consumen cualquier producto de tabaco (tabaco fumado y/o sin humo) de forma diaria o no diaria
Denominador	Número total de adultos mayores de 15 años
Principales fuentes de datos	Encuestas de hogares
Método de medición	Los productos de tabaco incluyen cigarrillos, pipas, puros, puritos, pipas de agua (narguile, shisha), bidis, kretek, productos de tabaco calentado y todas las formas de tabaco sin humo (oral y nasal). Los productos de tabaco excluyen los cigarrillos electrónicos (que no contienen tabaco), "cigarros electrónicos", "narguiles electrónicos", JUUL y "pipas electrónicas".
Método de estimación	Se utiliza un modelo estadístico basado en una metarregresión binomial negativa bayesiana para modelar la prevalencia del consumo actual de tabaco para cada país, por separado para hombres y mujeres. Una descripción completa del método está disponible como un artículo revisado por pares en The Lancet, volumen 385, No. 9972, p966–976 (2015). Una vez que las tasas de prevalencia específicas por edad y sexo de las encuestas nacionales se compilaron en un conjunto de datos, el modelo se ajustó para calcular las estimaciones de tendencia desde el año 2000 hasta el 2025. El modelo tiene dos componentes principales: (a) ajuste para los indicadores faltantes y grupos de edad, y (b) generar una estimación de las tendencias a lo largo del tiempo, así como el intervalo creíble del 95 % alrededor de la estimación. Dependiendo de la integridad/exhaustividad de los datos de la encuesta de un país en particular, el modelo a veces utiliza datos de otros países para llenar los vacíos de información. Cuando un país tiene menos de dos encuestas basadas en la población representativas a nivel nacional en diferentes años, no se intenta llenar los vacíos de datos y no se calculan estimaciones. Para llenar los vacíos de datos, la información se "toma prestada" de países en la misma subregión de la ONU. Las líneas de tendencia resultantes se utilizan para derivar estimaciones para años individuales, de modo que se pueda informar un número incluso si el país no realizó una encuesta en ese año. Para que los resultados sean comparables entre países, las tasas de prevalencia están estandarizadas por edad según la población estándar de la OMS. Las estimaciones para países con encuestas irregulares o muchas lagunas de datos tendrán amplios rangos de incertidumbre, y dichos resultados deben

	interpretarse con cautela.
Notas relacionadas con UHC	La prevalencia de no consumo de tabaco se calcula como 1 menos la prevalencia del consumo de tabaco. Luego, el indicador se vuelve a escalar en función de un mínimo distinto de cero para obtener una resolución más fina: no consumo de tabaco reescalado = $(X-30)/(100-30)*100$.

área del trazador	Acceso hospitalario
Definición de indicador	Camas de hospital per cápita, en relación con un umbral máximo de 18 por 10.000 habitantes
Numerador	Número de camas de hospital (debe excluir las camas de trabajo de parto y de parto)
Denominador	Población total
Principales fuentes de datos	Sistemas administrativos / Sistema de notificación de establecimientos de salud
Método de medición	Los sistemas administrativos de los países se utilizan para totalizar el número de camas de hospital, que se dividen por la población total estimada y se multiplican por 10.000.
Método de estimación	<p>Con los datos disponibles, el indicador se calcula en relación con un valor umbral de 18 camas de hospital por cada 10 000 habitantes. Este umbral está por debajo del mínimo observado para los países de altos ingresos de la OCDE (desde el año 2000) de 20 por 10 000 (base de datos de estadísticas de salud de la OCDE, edición de 2015) y tiende a corresponder a una tasa de hospitalización de alrededor de 5 por 100 por año. Este indicador está diseñado para captar los bajos niveles de capacidad hospitalaria; Se utiliza el umbral máximo porque las densidades de camas hospitalarias muy altas no son necesarias para un uso eficiente de los recursos. El indicador se calcula de la siguiente manera, utilizando los datos del país sobre la densidad de camas de hospital (x), lo que da como resultado valores que van de 0 a 100:</p> <p>País con densidad de camas hospitalarias $x < 18$ por 10.000 por año, el indicador = $x/18*100$.</p> <p>País con una densidad de camas hospitalarias $x \geq 18$ por 10.000 por año, el indicador = 100.</p>
Notas relacionadas con UHC	Este indicador se utiliza como proxy de la cobertura total de los servicios de atención hospitalaria. Un indicador alternativo podría ser la tasa de admisión de pacientes hospitalizados, en relación con un umbral máximo. Sin embargo, ese indicador actualmente no se informa ampliamente en todas las regiones, en particular en la Región de África. En los países donde se dispone de camas de hospital per cápita y tasas de admisión de

	pacientes hospitalizados, están altamente correlacionadas.
--	--

Área trazadora	Personal de salud
Definición de indicador	Profesionales de la salud (médicos, psiquiatras y cirujanos) per cápita, en relación con los umbrales máximos para cada cuadro
Numerador	Número de médicos, psiquiatras y cirujanos
Denominador	Población total
Principales fuentes de datos	Cuentas Nacionales del Personal de Salud. Esto incluye los datos notificados por los Estados miembros sobre la base del registro nacional de trabajadores de la salud, idealmente junto con una evaluación periódica de la exhaustividad utilizando datos del censo, encuestas de población activa, registros de asociaciones profesionales o censos de establecimientos.
Método de medición	<p>La clasificación de los trabajadores de la salud se basa en criterios para la educación y formación profesional, la regulación de las profesiones de la salud y las actividades y tareas de los puestos de trabajo, es decir, un marco para categorizar las variables clave de la fuerza laboral según características compartidas. El marco de la OMS se basa en gran medida en las últimas revisiones de los sistemas de clasificación estandarizados internacionalmente de la Organización Internacional del Trabajo (Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Clasificación Internacional Uniforme de la Educación) y la División de Estadística de las Naciones Unidas. (Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las actividades económicas). Los detalles metodológicos se pueden encontrar aquí: https://www.who.int/activities/improving-health-workforce-data-and-evidence</p> <p>Se puede acceder a los datos del personal sanitario en el portal de datos de la NHWA: https://apps.who.int/nhwportal/</p>
Método de estimación	Utilizando los datos disponibles, el indicador se calcula reescalando primero, por separado, los índices de densidad de trabajadores de la salud para cada uno de los tres cuadros (médicos, psiquiatras y cirujanos) en relación con los valores mínimos observados en los países de la OCDE desde 2000 (base de datos de Estadísticas de Salud de la OCDE, edición de 2015).), que son los siguientes: médicos = 0,9 por 1.000, psiquiatras = 1 por 100.000 y cirujanos = 14 por 100.000. Este reescalamiento se realiza de la misma manera que para el indicador de densidad de camas de hospital descrito anteriormente, lo que da como resultado valores del indicador que oscilan entre 0 y 100 para cada uno de los tres cuadros. Por ejemplo, utilizando los datos del país sobre médicos por cada 1000 habitantes (x), el

	<p>indicador específico del cuadro se calcularía como: País con $x < 0,9$ por 1000 por año, el indicador específico del cuadro = $x / 0,9 * 100$. País con $x \geq 0,9$ por 1000 por año, el indicador específico del cuadro = 100. Como paso final, se calcula la media geométrica de los valores de los tres indicadores específicos del cuadro para obtener el indicador final de la densidad de personal sanitario.</p>
<p>Notas relacionadas con UHC</p>	<p>Debido a los grandes desafíos de medir la cobertura en todas las áreas de salud, lo que deja grandes brechas para áreas importantes como los exámenes médicos de rutina, el tratamiento de enfermedades mentales, la atención de emergencia y el procedimiento quirúrgico, se utilizan proxies. Las densidades de médicos, psiquiatras y cirujanos se utilizan como sustitutos para la cobertura total de los servicios de atención ambulatoria, atención de salud mental y atención de emergencia/quirúrgica, respectivamente. Cabe señalar que esas medidas son difíciles de interpretar porque se desconoce el nivel óptimo para esos indicadores y no se relacionan con una necesidad específica de servicios. A pesar de este hecho, los niveles bajos de estos indicadores son indicativos de un acceso y uso deficientes de los servicios de salud esenciales.</p>

<p>área del trazador</p>	<p>seguridad sanitaria</p>
<p>Definición de indicador</p>	<p>Índice de capacidad básica del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), que es el porcentaje promedio de atributos de todas las capacidades básicas que se han alcanzado en un momento específico.</p> <p>La segunda edición de la herramienta SPAR se ha ampliado de 13 a 15 capacidades. Las 15 capacidades básicas son (1) Políticas, instrumentos legales y normativos para implementar el RSI; (2) Funciones de Coordinación del RSI y Punto Focal Nacional; (3) Financiamiento; (4) Laboratorio; (5) Vigilancia; (6) Recursos humanos; (7) Gestión de emergencias sanitarias (8) Prestación de servicios de salud; (9) Prevención y Control de Infecciones; (10) Comunicación de riesgos y participación de la comunidad; (11) Puntos de entrada y sanidad fronteriza; (12) enfermedades zoonóticas; (13) Inocuidad de los alimentos; (14) eventos químicos; (15) Emergencias por radiación.</p> <p>Las 13 capacidades básicas de la primera edición de la Herramienta de evaluación y presentación de informes anuales de los Estados Partes del RSI son (1) Legislación y financiación; (2) Funciones de Coordinación del RSI y Punto Focal Nacional; (3)</p>

	<p>Eventos zoonóticos y la interfaz entre la salud humana y animal; (4) Inocuidad de los alimentos; (5) Laboratorio; (6) Vigilancia; (7) Recursos humanos; (8) Marco Nacional de Emergencia Sanitaria; (9) Prestación de Servicios de Salud; (10) Comunicación de riesgos; (11) Puntos de entrada; (12) Eventos químicos; (13) Emergencias por radiación.</p> <p>Ambos cuestionarios SPAR (primera y segunda ediciones) utilizan una calificación de cinco niveles con indicadores basados en cinco niveles acumulativos para medir el estado de implementación de cada capacidad. Para cada indicador, se le pide al Estado Parte informante que seleccione cuál de los cinco niveles describe mejor el estado actual del Estado Parte . Para pasar al siguiente nivel, todas las capacidades descritas en los niveles anteriores deben estar disponibles para cada indicador.</p> <p>Durante los años 2010 a 2017, los Estados miembros utilizaron el cuestionario de seguimiento del RSI. El cuestionario se divide en trece secciones, una para cada una de las ocho capacidades básicas, PoE y cuatro peligros. Las preguntas individuales se agrupan por componentes e indicadores en los cuestionarios. Los Estados Partes pueden proporcionar información adicional sobre las preguntas en los cuadros de comentarios. Las respuestas a las preguntas incluyen marcar un valor apropiado (Sí, No o Desconocido) o los porcentajes apropiados. Para fines estadísticos, el valor "Desconocido" se computará como un valor "No". El cuestionario de seguimiento del RSI incluye lo siguiente: IHR01. Legislación nacional, política y financiación; RSI02. Coordinación y comunicaciones del Punto Focal Nacional; RSI03. Vigilancia; RSI04. Respuesta; RSI05. Preparación; RSI06. Comunicación de riesgos; RSI07. Recursos humanos; RSI08. Laboratorio; RSI09. Puntos de entrada; RSI10. Eventos zoonóticos; RSI11. Seguridad alimenticia; RSI12. eventos químicos; RSI13. Emergencias radionucleares.</p>
Numerador	Número de atributos obtenidos
Denominador	Número total de atributos
Principales fuentes de datos	Encuesta a informantes clave
Método de medición	<p>Los informantes clave informan sobre el logro de un conjunto de atributos para cada una de las capacidades básicas utilizando un instrumento estándar de la OMS. Este instrumento se basa en una autoevaluación y un autoinforme del Estado Parte. Hay tres conjuntos de datos basados en las diferentes herramientas para recopilar datos para SPAR. Para el período 2010 a 2017, el cuestionario, conocido como cuestionario de seguimiento del RSI, se divide en trece secciones, una para cada una de las ocho</p>

	<p>capacidades básicas, PoE y cuatro peligros e información sobre el estado de implementación de cada capacidad. El cuestionario de monitoreo del RSI (2010 a 2017) fue reemplazado por la Herramienta de Autoevaluación de los Estados Partes del RSI - SPAR, publicada en julio de 2018, también conocida como SPAR 1ra edición. Los Estados Partes utilizaron el cuestionario del ciclo de presentación de informes SPAR 2018 – 2020. El cuestionario actual reemplazó a la primera edición de SPAR y fue utilizado por los Estados miembros para 2021. En cada capacidad, los indicadores se mantuvieron, reemplazaron o agregaron. Las tendencias históricas basadas en los datos de títulos de capacidad similares pueden tomarse con precaución.</p>
<p>Método de estimación</p>	<p>El puntaje de cada nivel de indicador se clasifica como un porcentaje de desempeño a lo largo de la escala “1 a 5”. Por ejemplo, para un país que selecciona el nivel 3 para el indicador 2.1, el nivel del indicador se expresará como: $3/5*100=60\%$</p> <p>NIVEL DE CAPACIDAD El nivel de capacidad se expresa como el promedio de todos los indicadores. por ejemplo, para un país que selecciona el nivel 3 para el indicador 2.1 y el nivel 4 para el indicador 2.2. El nivel del indicador para 2.1 se expresará como: $3/5*100=60\%$, el nivel del indicador para 2.2 se expresará como: $4/5*100=80\%$ y el nivel de capacidad para 2 se expresará como: $(60+80) /2=70\%$</p>
<p>Notas relacionadas con UHC</p>	<p>Los países comenzaron a informar a la OMS sobre el logro de la capacidad básica del RSI para el año 2010. La puntuación del RSI más antigua disponible para cada país se utiliza para todos los años 2000-2009.</p>