

Última actualización: 12/12/2025

Información del indicador

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

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

Indicador 3.8.1: Cobertura de los servicios de salud esenciales.

Serie

- SH_ACS_UNHC_25 - Índice de cobertura de servicios de cobertura sanitaria universal (CSU), metodología 2025 [3.8.1].

Indicadores relacionados:

El índice de cobertura de servicios de la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) está diseñado para resumir los indicadores existentes de cobertura de servicios de salud, con el fin de garantizar la coherencia con los ODS y otras iniciativas mundiales, y reducir la duplicación y la carga administrativa en materia de informes.

El indicador 3.8.1 siempre debe interpretarse junto con el otro indicador de los ODS sobre la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), el 3.8.2, que mide la protección financiera.

Organizaciones internacionales responsables del monitoreo global

Organización Mundial de la Salud (OMS).

Proveedores de datos

Organización Mundial de la Salud (OMS).

Definición, conceptos y clasificaciones

Definición:

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

Conceptos:

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

Última actualización: 12/12/2025

I. Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil

1. Planificación familiar: Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) que tienen satisfecha su necesidad de planificación familiar con métodos modernos (indicador ODS 3.7.1, metadatos disponibles [aquí](#)).
2. Atención prenatal: Porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años con un parto de un recién nacido vivo en un período determinado que recibieron atención prenatal cuatro o más veces.
3. Inmunización infantil: Porcentaje de lactantes que recibieron tres dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina.
4. Tratamiento infantil: 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 una congestión nasal) en las 2 semanas previas a la encuesta para quienes se buscó asesoramiento o tratamiento en un centro o proveedor de salud.

II. Enfermedades infecciosas

5. Tuberculosis: Porcentaje de casos incidentes de tuberculosis que se detectan y tratan.
6. VIH/SIDA: Porcentaje de adultos y niños que viven con el VIH y que actualmente reciben terapia antirretroviral.
7. 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]
8. Agua, saneamiento e higiene: Porcentaje de la población que utiliza al menos servicios básicos de saneamiento.

III. Enfermedades no transmisibles

9. Hipertensión: Cobertura del tratamiento (toma de medicamentos) para la hipertensión en adultos de 30 a 79 años con hipertensión (estimación estandarizada por edad) (%)
10. Diabetes: Cobertura del tratamiento (toma de medicamentos) para la diabetes en adultos de 30 años o más con diabetes (estimación estandarizada por edad) (%)
11. Tabaco: Prevalencia estandarizada por edad de adultos mayores de 15 años que actualmente consumen algún producto de tabaco (tabaco fumado y/o sin humo) de forma diaria o no diaria (indicador ODS 3.a.1, metadatos disponibles [aquí](#)).

IV. Capacidad y acceso al servicio

12. Acceso hospitalario: Densidad de camas hospitalarias, en relación con un umbral máximo de 18 por cada 10.000 habitantes.
13. Personal sanitario: Trabajadores sanitarios (médicos, personal de enfermería y partería) per cápita, en relación con un umbral máximo combinado (coincide con el indicador ODS 3.c.1, ver metadatos [aquí](#)).
14. Seguridad sanitaria: Índice de capacidad básica del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), que es el porcentaje promedio 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 que se expresa en una escala adimensional de 0 a 100.

Clasificaciones

No aplicable.

Tipo de fuente de datos y método de recopilación de datos**Fuentes de datos:**

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

Los valores utilizados para calcular el índice provienen de fuentes publicadas existentes. Esto incluye conjuntos de datos recopilados y estimaciones de diversas agencias de la ONU. Encontrará más detalles en el Anexo 1.

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, un organismo de la ONU o un grupo interinstitucional ha reunido y analizado fuentes de datos nacionales pertinentes y, posteriormente, ha llevado a cabo una consulta formal con los gobiernos nacionales para revisar o elaborar estimaciones comparables. Para el índice de cobertura de servicios de la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), una vez recopilada la información existente sobre los 14 indicadores de seguimiento, la OMS realiza una consulta con los puntos focales designados de los gobiernos nacionales para revisar los insumos y el cálculo del índice. La OMS no realiza nuevas actividades de estimación para generar valores de indicadores de seguimiento para el índice de cobertura de servicios; en cambio, el índice está diseñado para utilizar series de datos de indicadores existentes y bien establecidas, a fin de reducir la carga administrativa.

Calendario de recopilación de datos

La recopilación de datos varía entre 1 y 5 años según los indicadores de seguimiento. Por ejemplo, los datos nacionales sobre vacunación y tratamiento del VIH se publican anualmente, mientras que las encuestas domiciliarias para recabar información sobre el tratamiento infantil pueden realizarse cada 3 a 5 años, dependiendo del país. En el Anexo 1 se ofrece información más detallada sobre cada indicador de seguimiento.

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.

Última actualización: 12/12/2025

Proveedores de datos

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

Compiladores de datos

La Organización Mundial de la Salud, basándose en aportaciones de otros organismos internacionales como UNICEF, ONUSIDA, el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DESA), la OCDE, Eurostat y el Grupo del Banco Mundial.

Mandato institucional

El apoyo de la OMS para el seguimiento de la dimensión de cobertura de servicios de la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) (meta 3.8, indicador 3.8.1 específicamente) se basa en la Resolución WHA69, que solicita a la Secretaría que haga un seguimiento de los progresos hacia el logro de la CSU como parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Otras consideraciones metodológicas

Justificación

La meta 3.8 se define como “Lograr la cobertura sanitaria universal, incluyendo la protección financiera contra riesgos, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas esenciales seguros, eficaces, de calidad y asequibles 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 seleccionado dos indicadores para monitorear la meta 3.8 dentro del marco de los ODS. El indicador 3.8.1 se refiere a la cobertura de servicios de salud y el indicador 3.8.2 se centra en los gastos en salud en relación con el presupuesto familiar para identificar las dificultades financieras causadas por los pagos directos de atención médica. En conjunto, los indicadores 3.8.1 y 3.8.2 buscan capturar las dimensiones de cobertura de servicios y protección financiera, respectivamente, de la meta 3.8. Estos dos indicadores deben monitorearse siempre de forma conjunta.

Los países proporcionan numerosos servicios esenciales para la protección, promoción, prevención, tratamiento y atención de la salud. Los indicadores de cobertura de servicios —definidos como el número de personas que reciben el servicio que necesitan— son la mejor manera de hacer un seguimiento del progreso en la prestación de servicios en el marco de la cobertura sanitaria universal (CSU). Dado que un solo indicador de servicios de salud no basta para el seguimiento de la CSU, se construye un índice a partir de 14 indicadores de seguimiento seleccionados con base en criterios epidemiológicos y estadísticos. Esto incluye varios indicadores que ya están incorporados en otras metas de los ODS, lo que minimiza la carga de recopilación y presentación de datos. El índice se presenta en una escala adimensional de 0 a 100, donde 100 representa el valor óptimo.

Última actualización: 12/12/2025

Comentarios y limitaciones

Estos indicadores de seguimiento pretenden ser indicativos de la cobertura de servicios, no una lista completa ni exhaustiva de los servicios e intervenciones sanitarias necesarios para la cobertura sanitaria universal. Los 14 indicadores de seguimiento se seleccionaron por su amplia trayectoria y la disponibilidad de datos ampliamente difundidos por los países (o por la previsión de que pronto lo estén). Por lo tanto, el índice puede calcularse con las fuentes de datos existentes y no requiere la realización de nuevas campañas de recopilación de datos únicamente para su elaboración.

Método de cálculo

El cálculo del indicador 3.8.1 requiere, en primer lugar, estandarizar los 14 indicadores trazadores para poder combinarlos en el índice y, a continuación, calcular el índice a partir de esos valores.

Los 14 indicadores de seguimiento se colocan primero en la misma escala, donde 0 es el valor más bajo y 100 el valor óptimo. Para la mayoría de los indicadores, esta escala es la escala de medición natural; por ejemplo, el porcentaje de lactantes inmunizados oscila entre el 0 y el 100 por ciento. Sin embargo, para algunos indicadores, se requiere una conversión o reescalado para obtener valores apropiados de 0 a 100, como se muestra a continuación:

Conversión

La prevalencia del consumo de tabaco se convierte en prevalencia de la no utilización del tabaco, de modo que un aumento significa una mejora.

Reescalado

- Reescalado 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 reescala utilizando un valor del 30%, lo que indica un rango realista de niveles de prevalencia para el indicador.

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

- Umbrales máximos para los indicadores de tasa: tanto la densidad de camas hospitalarias como la densidad de personal sanitario están limitadas a umbrales máximos, y los valores que superan este umbral se mantienen constantes en 100. Los umbrales de camas hospitalarias se basan en valores observados en los países de la OCDE (edición de 2015 de la base de datos de estadísticas sanitarias de la OCDE). El umbral de personal sanitario se basa en el percentil 5^{entre} los países de altos ingresos en 2013.

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

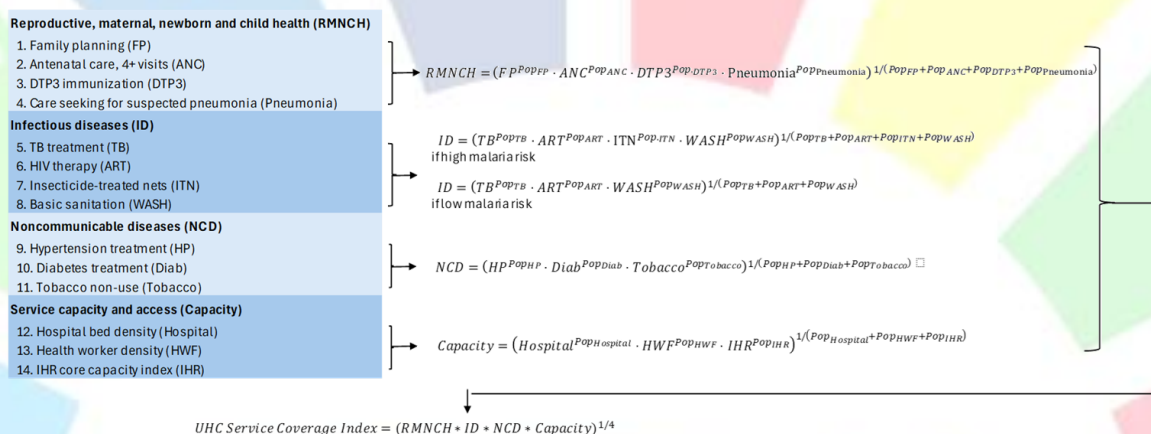
$$\text{rescaled medical doctors, nursing and midwifery personnel per 1,000} =$$

$$\text{minimum}(100, \text{original value} / 6 * 100)$$

Una vez que todos los valores de los indicadores de seguimiento se encuentran en una escala de 0 a 100, se calculan las medias geométricas ponderadas dentro de cada una de las cuatro áreas de servicio de salud, y luego se obtiene la media geométrica de esos cuatro valores. Si el valor de un

Última actualización: 12/12/2025

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 ponderada en el área de servicio. El siguiente diagrama ilustra los cálculos. Cada indicador de seguimiento se pondera en función de una población específica del indicador, basándose en el denominador del indicador (indicado como "Pop" en el diagrama), utilizando las estimaciones de población de las Naciones Unidas cuando corresponda. Consulte el Anexo 1 para obtener las definiciones de los denominadores y otras fuentes de denominadores comparables utilizadas.



Cabe señalar que, en los países con baja incidencia de malaria, el indicador de seguimiento del uso de mosquiteros tratados con insecticida se omite del cálculo.

Validación

Los datos utilizados para calcular el índice ya han sido sometidos a un control de calidad mediante procesos independientes. Sin embargo, se realiza una evaluación de calidad antes de consultar a los países (es decir, se detectan valores atípicos importantes o diferencias sustanciales entre la última actualización y la siguiente para el mismo año). Las estimaciones del índice se incluyen en una consulta para obtener la opinión de los países. Los datos se revisan según sea necesario para la cobertura de atención prenatal y la densidad de camas hospitalarias. La revisión de los demás indicadores debe seguir el mecanismo de presentación de informes ya establecido.

Encontrará información sobre la validación de la construcción del índice en el siguiente artículo: [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).

Ajustes

No aplicable.

Tratamiento de 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. En muchos casos, esto implica el uso de series temporales nacionales elaboradas o recopiladas por agencias de la ONU en consulta con los gobiernos nacionales (por ejemplo, cobertura de vacunación, acceso al saneamiento, cobertura del tratamiento del VIH, etc.). Algunas de estas series

Última actualización: 12/12/2025

temporales publicadas incluyen modelos matemáticos para conciliar múltiples fuentes de datos o imputar valores faltantes; estos detalles se resumen en el Anexo 1.

Tras recopilar estos datos, aún quedan valores faltantes para algunos países y años en algunos indicadores. El cálculo del índice de cobertura de servicios de salud universal (CSU) requiere valores para cada indicador de un país, por lo que es necesaria cierta imputación para completar estos datos faltantes. El enfoque actual utiliza un algoritmo de imputación sencillo. Para cada indicador:

- Si un país tiene valores faltantes entre dos años con datos disponibles, se utiliza la interpolación lineal para completar los valores faltantes de los años intermedios.
- Si un país tiene años históricos con datos, pero no el valor actual, se utiliza la extrapolación constante para completar los valores faltantes hasta el año actual.
- Si un país no tiene datos, se le imputa un valor. Para la búsqueda de atención médica por neumonía, se ajusta una regresión para imputar los valores faltantes (véase el Anexo 1 para más detalles). Para la planificación familiar, se utilizan los agregados de las 49 subregiones de los ODM de la ONU. Para todos los demás indicadores, se calcula la mediana regional para imputar los valores faltantes. Por defecto, 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.

Dada la periodicidad y distribución de las diversas encuestas de salud y otros mecanismos de recopilación de datos, los países no recopilan ni informan anualmente sobre los 14 indicadores de cobertura de servicios de salud. Además, el seguimiento a nivel nacional se realiza de forma más adecuada con intervalos de tiempo más amplios, por ejemplo, cada 5 años, para permitir la recopilación de nuevos datos en todos los indicadores. Por lo tanto, se debe comunicar, junto con el valor del índice, el grado en que se ha utilizado la imputación para completar la información faltante.

- **A nivel regional y mundial**

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

Agregaciones regionales

Los agregados regionales y mundiales utilizan los denominadores de cada indicador trazador, principalmente de las estimaciones de población de las Naciones Unidas, a nivel de país para calcular un promedio ponderado de cada indicador trazador y del denominador o ponderación de la suma agregada. Estos promedios de indicadores trazadores y ponderaciones sumadas se utilizan para calcular el índice, tal como se presenta en el diagrama de la sección 4.c para una región determinada. Las estimaciones de población 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 ellos a lo largo del tiempo.

Última actualización: 12/12/2025

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

No aplicable.

Gestión de calidad

No aplicable.

Garantía de calidad

No aplicable.

Evaluación de calidad

Ver Validación.

Disponibilidad y desagregación de datos

Disponibilidad de datos:

Resumir la disponibilidad de datos para el índice de cobertura de servicios de la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) no es sencillo, ya que se utilizan diferentes fuentes de datos para los 14 indicadores. Además, para muchos indicadores se han elaborado estimaciones comparables, en muchos casos recurriendo a diferentes tipos de fuentes de datos subyacentes para fundamentar las estimaciones y utilizando proyecciones para imputar los valores faltantes.

Series temporales:

A finales de 2017 se publicó un valor de referencia para el índice de cobertura de servicios de la CSU correspondiente a 2015 en 183 países. Como parte de este proceso, se recopilaron datos desde el año 2000. En 2019, se realizaron estimaciones del índice de cobertura de servicios de la CSU 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, los 194 Estados miembros de la OMS).

Desagregación:

La equidad es fundamental para la definición de la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), por lo que el índice de cobertura de servicios de la CSU debe utilizarse para comunicar información sobre las desigualdades en la cobertura de servicios dentro de los países. Esto puede lograrse presentando el índice por separado para la población nacional y las poblaciones desfavorecidas, a fin de resaltar las diferencias entre ellas.

Para los países, la ubicación geográfica es probablemente la dimensión más viable para la desagregación subnacional, basada en los niveles promedio de cobertura medidos con las fuentes de datos existentes. Para ello, el índice de CSU puede calcularse por separado, por ejemplo, por provincia o por residencia urbana o rural, lo que permitiría comparaciones subnacionales de la cobertura de servicios. Actualmente, los datos más fácilmente disponibles para la desagregación en otras dimensiones de la desigualdad, como la riqueza de los hogares, corresponden a indicadores de cobertura dentro de la categoría de servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. La desigualdad observada en esta dimensión puede utilizarse como un indicador indirecto para

Última actualización: 12/12/2025

comprender las diferencias en la cobertura de servicios en las principales dimensiones de la desigualdad. Este enfoque debería sustituirse por la desagregación completa de los 14 indicadores trazadores una vez que se disponga de los datos necesarios.

Comparabilidad/desviación con respecto a las normas internacionales

Fuentes de discrepancias:

El índice de cobertura de servicios se basa en datos y estimaciones existentes y de acceso público para los indicadores de seguimiento. Estas cifras ya han pasado por un proceso de consulta con el país (por ejemplo, para la cobertura de vacunación) o se obtienen directamente de los datos reportados por cada país.

Referencias y documentación

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, véase:

<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>.

Última actualización: 12/12/2025

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

Para cualquier comentario o consulta, por favor escriba a: uhc_stats@who.int.

Área de trazado	Planificación familiar
Definición del indicador	Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) que actualmente utilizan un método anticonceptivo moderno entre aquellas que desean no tener hijos (adicionales) o posponer el próximo embarazo.
Numerador	Número de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) que actualmente utilizan o cuya pareja esté utilizando actualmente al menos un método anticonceptivo moderno.
Denominador	Demanda total de planificación familiar (la suma del número de mujeres que utilizan cualquier método anticonceptivo) y el número de mujeres con necesidades insatisfechas de planificación familiar.
Fuentes de datos principales	Encuestas de salud basadas en la población
Método de medición	Las encuestas domiciliarias incluyen una serie de preguntas para medir la tasa de prevalencia 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 (15-49 años) que actualmente utilizan, o cuya pareja sexual utiliza actualmente, al menos un método anticonceptivo (moderno o tradicional), y el número de mujeres en edad reproductiva con una necesidad insatisfecha de planificación familiar. La necesidad insatisfecha de planificación familiar es la proporción de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) que son fértiles y sexualmente activas pero que no utilizan ningún método anticonceptivo (moderno o tradicional), y que declaran no querer tener más hijos o querer retrasar el nacimiento de su próximo hijo durante al menos dos años. Se incluyen: 1. Todas las mujeres embarazadas cuyos embarazos no fueron deseados o no se produjeron en el momento adecuado en el momento de la concepción; 2. Todas las mujeres con amenorrea posparto que no utilizan métodos anticonceptivos y cuyo último parto no fue deseado o se produjo en un momento inoportuno; 3. Todas las mujeres fértiles que no están embarazadas ni sufren amenorrea posparto, y que no desean tener más hijos (quieren limitar el tamaño de la familia), o que desean posponer el nacimiento de un hijo durante al menos dos años o no saben cuándo o si desean tener otro hijo (quieren espaciar los nacimientos), pero no utilizan ningún método anticonceptivo. 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, gel, crema y esponja espermicidas), el método de amenorrea de la lactancia (MEL), la anticoncepción de emergencia y otros métodos modernos no informados por separado.

Última actualización: 12/12/2025

Método de estimación	La División de Población de las Naciones Unidas elabora una serie sistemática y exhaustiva de estimaciones y proyecciones anuales sobre la proporción de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) que necesitan planificación familiar y que se ven satisfechas con los métodos modernos. Para generar las estimaciones y proyecciones, se aplica un modelo jerárquico bayesiano a un conjunto de datos globales exhaustivo, que incluye información específica de cada país. El modelo tiene en cuenta las diferencias según la fuente de datos, la población de la muestra y las preguntas de la encuesta. Consulte aquí para obtener más detalles: https://www.un.org/development/desa/pd/data/family-planning-indicators Recopilación de datos de encuestas específicas por país en el informe "Uso Mundial de Anticonceptivos": https://www.un.org/development/desa/pd/node/3285
Notas relacionadas con la UHC	La población del denominador utilizada para la ponderación también se puede encontrar en el enlace anterior.

Área de trazadores	Cuidados durante el embarazo
Definición del indicador	Porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años con un parto de un bebé vivo en un período de tiempo determinado que recibieron atención prenatal cuatro o más veces.
Numerador	Número de mujeres de entre 15 y 49 años con un parto de un bebé vivo en un período de tiempo determinado que recibieron atención prenatal cuatro o más veces.
Denominador	Número total de mujeres de entre 15 y 49 años que tuvieron un parto con un recién nacido vivo en el mismo período.
Fuentes de datos principales	Encuestas domiciliarias y sistemas de información rutinarios para centros sanitarios.
Método de medición	Los datos sobre cuatro o más visitas de atención prenatal se basan en preguntas que indagan si se realizó algún control de salud a la mujer durante el embarazo y con qué frecuencia. 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/centros de salud pueden utilizarse cuando la cobertura es alta, generalmente en países de ingresos 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.ANTEENATALCARECOVERAGE4
Notas relacionadas con la UHC	Idealmente, este indicador debería sustituirse por una medida más completa de la atención prenatal, por ejemplo, la proporción de mujeres que cuentan con un profesional cualificado durante el parto o un parto institucional. Un reto a la hora de medir la asistencia cualificada al parto es determinar qué profesionales son considerados «cualificados».

Última actualización: 12/12/2025

Área de trazado	Inmunización infantil
Definición del indicador	Porcentaje de lactantes que recibieron 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 contra la difteria, el tétanos y la tos ferina.
Denominador	Todos los niños de 1 año de edad
Fuentes de datos principales	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 se obtiene de las cartillas de salud infantil o, en caso de no existir, mediante el recuerdo del cuidador. Para los datos administrativos, se extrae el número total de dosis administradas a la población objetivo.
Método de estimación	La OMS y UNICEF, en conjunto, elaboran estimaciones de la cobertura de la vacuna DTP3 a partir de los datos que los Estados Miembros les notifican oficialmente, así como de los datos publicados y de la literatura gris. También consultan con expertos locales —principalmente con los responsables nacionales del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y el personal de las oficinas regionales de la OMS— para obtener información adicional sobre el desempeño de los servicios de inmunización locales específicos. Con base en los datos disponibles, considerando los posibles sesgos y las aportaciones de los expertos locales, la OMS y UNICEF determinan el nivel real 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 la UHC	Existe variabilidad en los calendarios nacionales de vacunación entre países. Por ello, una opción para monitorear la vacunación infantil completa es observar la proporción de niños que reciben las vacunas incluidas en el calendario nacional de su país. Una segunda opción, que puede ser más comparable entre países y a lo largo del tiempo, es monitorear la cobertura de la vacuna DTP3 como indicador de la vacunación infantil completa. La vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina suele incluir otras vacunas, por ejemplo, contra la hepatitis B y Haemophilus influenzae tipo B, y es una medida razonable del grado de solidez de la plataforma de administración de vacunas en un país.

Última actualización: 12/12/2025

Área de trazado	Tratamiento infantil
Definición del indicador	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 debido únicamente a una nariz tapada) en las 2 semanas anteriores a la encuesta para quienes se buscó asesoramiento o tratamiento en 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 debido a un problema en el pecho). y no debido únicamente a una nariz tapada) en las 2 semanas anteriores a la encuesta para quienes se buscó asesoramiento o tratamiento en 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 debido a un problema en el pecho). y no debido únicamente a la congestión nasal) en las 2 semanas previas a la encuesta
Fuentes de datos principales	encuestas de hogares
Método de medición	Este indicador se recopila mediante encuestas de hogares, como DHS, MICS y otras encuestas nacionales de base poblacional, y está diseñado para su uso en entornos con alta mortalidad infantil menor de 5 años, con el fin de monitorear los esfuerzos para reducir la mortalidad por infecciones respiratorias agudas (incluida la neumonía), que son una de las principales causas de muerte en niños menores de 5 años. El Grupo Asesor Técnico de Seguimiento de la Rendición de Cuentas en Salud Infantil (CHAT TAG), convocado por la OMS y UNICEF, ha ratificado este indicador y está trabajando para estandarizar su uso en todas las encuestas de hogares. La OMS/UNICEF mantiene una base de datos de observaciones a nivel nacional procedentes de encuestas de hogares a la que se puede acceder aquí: https://data.unicef.org/topic/child-health/pneumonia/
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 del indicador.
Notas relacionadas con la UHC	Este indicador no suele medirse en países de altos ingresos con sistemas de salud bien establecidos. Para los países sin datos observados, la cobertura se estimó a partir de una regresión que predice la cobertura de la búsqueda de atención médica para los 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 tasa estimada de mortalidad por todas las causas en menores de cinco años, que se puede encontrar aquí: https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates Para garantizar la coherencia y la comparabilidad del denominador dentro de cada país y entre países a lo largo del tiempo, se utilizan las estimaciones de niños menores de 5 años procedentes de las estimaciones de población de las Naciones Unidas para la ponderación, en lugar del denominador definido que figura en esta tabla.

Última actualización: 12/12/2025

Área de trazado	Tratamiento de la tuberculosis
Definición del indicador	Porcentaje de casos de tuberculosis que se detectan y tratan en un año determinado.
Numerador	Número de casos nuevos y de recaída detectados y tratados en un año determinado.
Denominador	Número de casos incidentes de tuberculosis en el mismo año.
Fuentes de datos principales	Sistemas de información de centros sanitarios, sistemas de vigilancia, encuestas sanitarias poblacionales con pruebas de diagnóstico de tuberculosis, registro de tuberculosis y sistema de informes trimestrales relacionados (o registros electrónicos de tuberculosis).
Método de medición	Este indicador requiere dos entradas principales: (1) El número de casos nuevos y de recaída de tuberculosis diagnosticados y tratados en los programas nacionales de control de la tuberculosis y notificados a la OMS en un año determinado. (2) El número de casos incidentes de tuberculosis para el mismo año, estimado normalmente por la OMS. El indicador final = (1)/(2)
Método de estimación	Las estimaciones de la incidencia de la tuberculosis se elaboran mediante un proceso consultivo y analítico liderado por la OMS y se publican anualmente. Estas estimaciones se basan en las notificaciones anuales de casos, las evaluaciones de la calidad y la cobertura de los datos de notificación de la tuberculosis, las encuestas nacionales sobre la prevalencia de la enfermedad y la información de los sistemas de registro civil (defunciones). Las estimaciones de incidencia para cada país se obtienen utilizando uno o más de los siguientes enfoques, según los datos disponibles: 1. incidencia = notificaciones de casos / proporción estimada de casos detectados; 2. incidencia = prevalencia/duración de la afección; 3. Incidencia = muertes / proporción de casos incidentes que fallecen. Se introdujeron modelos dinámicos y estadísticos para elaborar estimaciones para 2020 y 2021 que tengan en cuenta las principales interrupciones 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).
Notas relacionadas con la UHC	Aquí se puede acceder a las estimaciones de la OMS, incluido el denominador utilizado para la ponderación: http://www.who.int/tb/country/data/download/en/

Última actualización: 12/12/2025

Área de trazadores	Tratamiento del VIH
Definición del indicador	Porcentaje de adultos y niños que viven con el VIH y que actualmente reciben terapia antirretroviral (TARV).
Numerador	Número de adultos y niños que actualmente reciben terapia antirretroviral al final del período de referencia.
Denominador	Número de adultos y niños que viven con el VIH durante el mismo período
Fuentes de datos principales	Sistemas de notificación de instalaciones, sitios de vigilancia centinela, encuestas basadas en la población
Método de medición	Numerador: El numerador se genera contando el número de adultos y niños que recibieron terapia antirretroviral (TAR) al final del período de referencia. Los datos se pueden obtener de los registros de TAR de los centros de salud o de los sistemas de gestión del suministro de medicamentos. Estos datos se contabilizan y se transfieren a informes transversales mensuales o trimestrales, que posteriormente se agregan para obtener los totales nacionales. Los pacientes que reciben TAR tanto en el sector público como en el privado deben incluirse en el numerador. Denominador: Los datos sobre el número de personas con infección por VIH pueden provenir de modelos epidemiológicos y encuestas poblacionales o, como es común en el África subsahariana, de sistemas de vigilancia basados en clínicas de atención prenatal.
Método de estimación	Las estimaciones de la cobertura del tratamiento antirretroviral entre las personas que viven con el VIH para el período 2000-2018 se obtuvieron como parte de la ronda de estimaciones de ONUSIDA de 2019. Para estimar el número de personas que viven con el VIH a lo largo del tiempo en países con alta prevalencia, ONUSIDA, en colaboración con los países, utiliza un modelo epidemiológico (Spectrum) que combina datos de vigilancia sobre la prevalencia con el número actual de pacientes que reciben terapia antirretroviral y supuestos sobre la historia natural de la progresión de la enfermedad del VIH. Dado que ahora se recomienda la terapia antirretroviral (TAR) para todas las personas que viven con el VIH, el seguimiento de la cobertura de la TAR es menos complicado que antes, cuando solo aquellos con un cierto grado de gravedad de la enfermedad podían optar a recibirla. Las estimaciones de la cobertura de la terapia antirretroviral se pueden encontrar aquí: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimated-antiretroviral-therapy-coverage-among-people-living-with-hiv-(-)
Notas relacionadas con la UHC	No siempre se dispone de estimaciones comparables de la cobertura de la terapia antirretroviral en países de altos ingresos, en particular de las tendencias temporales. La población del denominador utilizada para la ponderación se puede encontrar aquí: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimated-number-of-people--living-with-hiv

Última actualización: 12/12/2025

Área de trazado	Prevención de la malaria
Definición del indicador	Porcentaje de la población en zonas endémicas de malaria que durmió bajo un mosquitero impregnado de insecticida la noche anterior.
Numerador	Número de personas en zonas endémicas de malaria que durmieron bajo un mosquitero impregnado de insecticida.
Denominador	Número total de personas que viven en zonas endémicas de malaria.
Fuentes de datos principales	Los datos sobre el acceso y el uso de mosquiteros tratados con insecticida (MTI) en los hogares provienen de encuestas nacionales representativas, como las Encuestas Demográficas y de Salud, las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y las Encuestas de Indicadores de Malaria. Milliner Global Associates recopila los datos sobre la cantidad de MTI entregados por los fabricantes a los países, y los Programas Nacionales de Control de la Malaria informan sobre la cantidad de MTI distribuidos dentro de cada país.
Método de medición	Numerosas encuestas nacionales recientes informan sobre la cantidad de mosquiteros impregnados de insecticida (MTI) observados en cada hogar encuestado. Las tasas de posesión pueden convertirse en la proporción de personas que duermen bajo un MTI mediante una relación lineal entre acceso y uso, derivada de 62 encuestas que recopilan información sobre ambos indicadores.
Método de estimación	Los modelos matemáticos pueden utilizarse para combinar datos de encuestas domiciliarias sobre acceso y uso con información sobre la entrega de mosquiteros tratados con insecticida (ITN) por parte de los fabricantes y su distribución por los programas nacionales de malaria, con el fin de generar estimaciones anuales de la cobertura de ITN. La OMS utiliza este enfoque en colaboración con el Proyecto Atlas de la Malaria. Los detalles metodológicos pueden consultarse en las páginas 122-123 del Informe Mundial sobre la Malaria 2021: https://www.who.int/publications/i/item/9789240040496 .
Notas relacionadas con la UHC	La OMS produce estimaciones comparables de cobertura de mosquiteros tratados con insecticida para 40 de los 47 países o áreas endémicas de malaria del África subsahariana. Las islas de Mayotte (para la cual no hay datos de entrega o distribución de ITN) estaban disponibles) y Cabo Verde (que no distribuye Se excluyeron los mosquiteros tratados con insecticida, así como la baja transmisión. países de Eswatini, Namibia, Santo Tomé y Príncipe, y Sudáfrica, para la cual los mosquiteros tratados con insecticida constituyen una pequeña parte. proporción de control de vectores. Los análisis se limitaron a poblaciones clasificadas por los NMP como en riesgo. Para otros países, la cobertura de mosquiteros tratados con insecticida no se incluye en el índice de cobertura de servicios de cobertura sanitaria universal debido a limitaciones de datos.

Última actualización: 12/12/2025

Área de trazado	Agua, saneamiento e higiene
Definición del 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 aquellas que utilizan servicios de saneamiento gestionados de forma segura. Las instalaciones de saneamiento mejoradas incluyen inodoros con descarga de agua o descarga de vertido conectados a sistemas de alcantarillado entubados, fosas sépticas o letrinas de pozo; letrinas de pozo con losas (incluidas las letrinas de pozo ventiladas) e inodoros de compostaje.
Denominador	Población total
Fuentes de datos principales	Encuestas y censos de hogares basados en la población
Método de medición	Los datos sobre instalaciones de saneamiento mejoradas se recopilan de forma rutinaria en encuestas de hogares y censos. Estas fuentes de datos también pueden recopilar información sobre el uso compartido de instalaciones de saneamiento entre dos o más hogares y sobre el vaciado de las instalaciones sanitarias in situ. Las respuestas a nivel de hogar, ponderadas según el tamaño del hogar, se utilizan para calcular la cobertura poblacional.
Método de estimación	El Programa Conjunto de Monitoreo de la OMS/UNICEF para el Abastecimiento de Agua, el Saneamiento y la Higiene (JMP) es responsable de la presentación de informes sobre los ODS en materia de agua potable, saneamiento e higiene (WASH) y ha elaborado estimaciones periódicas de la cobertura de la población que utiliza al menos servicios básicos de saneamiento desde el año 2000. El JMP recopila, revisa y evalúa datos nacionales recogidos por oficinas de estadística y otras instituciones pertinentes, incluidas las autoridades sectoriales. Se utiliza la regresión lineal 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 alcantarillado y fosas sépticas; estas estimaciones se limitan a no exceder las estimaciones del total de instalaciones mejoradas. La proporción de la población que comparte instalaciones de saneamiento con y sin alcantarillado se estima mediante una regresión lineal sobre todos los datos disponibles sobre el uso compartido procedentes de encuestas de hogares y censos. Los servicios básicos de saneamiento 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 realizan estimaciones separadas para las zonas urbanas y rurales, y las estimaciones nacionales se generan como promedios ponderados de ambas, 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 generalmente entre dos y seis años antes. El JMP extrapola las regresiones dos años más allá del último dato disponible. A partir de este punto, las estimaciones permanecen sin cambios durante un máximo de cuatro años, a menos que la cobertura sea inferior al 0,5 % o superior al 99,5 %, en cuyo caso la línea se extiende indefinidamente. Para obtener más información, consulte https://washdata.org/monitoring/methods/estimation-methods .

Última actualización: 12/12/2025

Notas relacionadas con la UHC	El indicador global de los ODS de “proporción de la 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. Este indicador no se utiliza para el seguimiento de la cobertura sanitaria universal debido a la menor disponibilidad de datos.
-------------------------------	--

Área de trazado	Prevención de enfermedades cardiovasculares
Definición del indicador	Cobertura del tratamiento (toma de medicamentos) para la hipertensión en adultos de 30 a 79 años con hipertensión (estimación estandarizada por edad) (%)
Numerador	Número de adultos de entre 30 y 79 años que tomaron medicamentos para la hipertensión.
Denominador	Número de adultos de entre 30 y 79 años con hipertensión (definida como presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg, presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg o que toman medicamentos para la hipertensión).
Fuentes de datos principales	Sistemas de vigilancia y encuestas poblacionales
Método de medición	Se utilizan fuentes de datos que registran la presión arterial medida (se excluyen los datos autoinformados). Si se toman varias mediciones de presión arterial por participante, se descarta la primera y se calcula el promedio de las restantes. Se puede evaluar si se toma medicación para la hipertensión mediante preguntas formuladas como variaciones de "¿Está tomando actualmente algún medicamento, comprimido o pastilla para la presión arterial alta?" o "¿En las últimas dos semanas, ha tomado algún medicamento para la presión arterial alta recetado por un médico u otro profesional sanitario?". En los estudios que recopilan información sobre medicamentos recetados, la información de las encuestas puede utilizarse para determinar si el propósito de tomar un medicamento para bajar la presión arterial era específicamente 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 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 de base poblacional que incluyeron presión arterial medida y datos sobre el tratamiento de la presión arterial en 104 millones de individuos de 30 a 79 años para estimar las tendencias en hipertensión y diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión de 1990 a 2019. Las estimaciones estandarizadas por edad se producen aplicando las estimaciones brutas a la Población Estándar de la OMS.
Notas relacionadas con la UHC	La población del denominador utilizada para la ponderación también se puede encontrar en el artículo de The Lancet mencionado anteriormente.

Última actualización: 12/12/2025

Área de trazado	Manejo de la diabetes
Definición del indicador	Cobertura del tratamiento (toma de medicamentos) para la diabetes en adultos de 30 años o más con diabetes (estimación estandarizada por edad)
Numerador	Número de adultos de ≥ 30 años con diabetes que actualmente toman medicamentos para reducir la glucosa.
Denominador	Número total de adultos de ≥ 30 años con diabetes, definida como glucosa plasmática en ayunas (GPA) $\geq 7,0$ mmol/L, hemoglobina glicosilada (HbA1c) $\geq 6,5$ % o que toman medicamentos para la diabetes.
Fuentes de datos principales	Sistemas de vigilancia y encuestas poblacionales
Método de medición	Se puede evaluar si se está tomando medicación para la diabetes mediante preguntas formuladas como variaciones de "¿Actualmente está tomando insulina para la diabetes?" o "¿En las últimas dos semanas, ha tomado algún medicamento para la diabetes recetado por un médico u otro profesional sanitario?". Los niveles de glucosa plasmática en ayunas (GPA) y/o hemoglobina glicosilada (HbA1c) se utilizan para identificar a las personas con niveles elevados de azúcar en sangre que no reciben tratamiento para la diabetes. Los niveles de GPA se determinan mediante una muestra de sangre tomada a los participantes que han ayunado durante al menos 8 horas.
Método de estimación	Las observaciones de datos basadas en la glucemia en ayunas (FPG) o la hemoglobina glicosilada (HbA1c) se armonizan para obtener estimaciones comparables que reflejen ambos biomarcadores. Posteriormente, se ajusta un modelo jerárquico bayesiano a estos datos para calcular las prevalencias específicas por edad, sexo y año, considerando las fuentes de datos nacionales y subnacionales, así como las urbanas y rurales, y teniendo en cuenta la variación en la prevalencia según la edad y el sexo. Finalmente, se obtienen estimaciones estandarizadas por edad aplicando las estimaciones brutas a la población estándar de la OMS. Para más detalles, consulte el siguiente enlace: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)02317-1/fulltext .
Notas relacionadas con la UHC	La población del denominador utilizada para la ponderación también se puede encontrar en el artículo de The Lancet mencionado anteriormente.

Última actualización: 12/12/2025

Área de trazado	Control del tabaco
Definición del indicador	Porcentaje estandarizado por edad de la población de 15 años o más que actualmente consume algún producto de tabaco (fumado o sin humo) de forma diaria o no diaria.
Numerador	Número estimado de adultos de 15 años o más que actualmente consumen algún producto de tabaco (fumado o sin humo) de forma diaria o no diaria.
Denominador	Número total de adultos de 15 años o más
Fuentes de datos principales	encuestas de hogares
Método de medición	Los productos de tabaco incluyen cigarrillos, pipas, puros, puritos, cachimbas (narguile, shisha), bidis, kretek, productos de tabaco calentado y todas las formas de tabaco sin humo (oral y nasal). Se excluyen los cigarrillos electrónicos (que no contienen tabaco), los cigarros electrónicos, las cachimbas electrónicas, JUUL y las 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 en cada país, por separado para hombres y mujeres. Una descripción completa del método está disponible como artículo revisado por pares en The Lancet, volumen 385, n.º 9972, págs. 966-976 (2015). Una vez recopiladas las tasas de prevalencia específicas por edad y sexo de las encuestas nacionales en un conjunto de datos, se ajustó el modelo para calcular estimaciones de tendencias desde el año 2000 hasta el 2025. El modelo tiene dos componentes principales: (a) ajuste para indicadores y grupos de edad faltantes, y (b) generación de una estimación de las tendencias a lo largo del tiempo, así como el intervalo de credibilidad del 95 % alrededor de la estimación. Dependiendo de la exhaustividad de los datos de la encuesta de un país en particular, el modelo a veces utiliza datos de otros países para completar la información faltante. Cuando un país cuenta con menos de dos encuestas poblacionales representativas a nivel nacional realizadas en años distintos, no se intenta subsanar las deficiencias de datos ni se calculan estimaciones. Para ello, se toma prestada información de países de la misma subregión de la ONU. Las líneas de tendencia resultantes se utilizan para obtener estimaciones para cada año, de modo que se pueda informar una cifra incluso si el país no realizó una encuesta ese año. Para que los resultados sean comparables entre países, las tasas de prevalencia se estandarizan por edad según la Población Estándar de la OMS. Las estimaciones para países con encuestas irregulares o con muchas deficiencias de datos presentarán amplios rangos de incertidumbre, por lo que dichos resultados deben interpretarse con precaución.
Notas relacionadas con la UHC	La prevalencia de no consumo de tabaco se calcula como 1 menos la prevalencia de consumo de tabaco. El indicador se reescala luego en función de un mínimo distinto de cero para obtener una resolución más fina: no consumo de tabaco reescalado = $(X-30)/(100-30)*100$.

Última actualización: 12/12/2025

Área de trazado	Acceso al hospital
Definición del indicador	Camas hospitalarias per cápita, en relación con un umbral máximo de 18 por cada 10.000 habitantes.
Numerador	Número de camas de hospital (debe excluir las camas de parto).
Denominador	Población total
Fuentes de datos principales	Sistemas administrativos / Sistema de informes de centros de salud
Método de medición	Los sistemas administrativos de cada país se utilizan para calcular el número total de camas hospitalarias, que se divide entre la población total estimada y se multiplica por 10.000.
Método de estimación	Utilizando los datos disponibles, el indicador se calcula en relación con un valor umbral de 18 camas hospitalarias por cada 10 000 habitantes. Este umbral está por debajo del mínimo observado en los países de altos ingresos de la OCDE (desde el año 2000), que es de 20 por cada 10 000 (base de datos de estadísticas de salud de la OCDE, edición de 2015), y suele corresponder a una tasa de ingreso hospitalario de aproximadamente 5 por cada 100 habitantes al año. Este indicador está diseñado para reflejar los bajos niveles de capacidad hospitalaria; se utiliza el umbral máximo porque las densidades muy altas de camas hospitalarias no necesariamente representan un uso eficiente de los recursos. El indicador se calcula de la siguiente manera, utilizando datos nacionales sobre la densidad de camas hospitalarias (x), lo que da como resultado valores que oscilan entre 0 y 100: • País con una densidad de camas hospitalarias $x < 18$ por cada 10.000 habitantes al año, el indicador = $x / 18 * 100$. • País con una densidad de camas hospitalarias $x \geq 18$ por cada 10.000 habitantes al año, el indicador = 100.
Notas relacionadas con la UHC	Este indicador se utiliza como aproximación a la cobertura total de los servicios de hospitalización. Un indicador alternativo podría ser la tasa de ingreso hospitalario, en relación con un umbral máximo. Sin embargo, este indicador no se publica actualmente de forma generalizada en todas las regiones, en particular en la Región de África. En los países donde se dispone tanto de datos sobre camas hospitalarias per cápita como de tasas de ingreso hospitalario, existe una alta correlación entre ambos.

Última actualización: 12/12/2025

Área de trazado	personal sanitario
Definición del indicador	de la salud (médicos, personal de enfermería y partería) per cápita, en relación con un umbral máximo combinado.
Numerador	Número de médicos, personal de enfermería y partería
Denominador	Población total
Fuentes de datos principales	En respuesta a la Sexagésima Novena Asamblea Mundial de la Salud (WHA69.19), se desarrolló una plataforma en línea de datos de Cuentas Nacionales de Personal Sanitario (NHWA, por sus siglas en inglés) para facilitar la presentación de informes nacionales. Además de la presentación de informes, la plataforma también sirve como herramienta analítica a nivel nacional, regional y mundial. Desde su lanzamiento en noviembre de 2017, se insta a los Estados Miembros a utilizar la plataforma de datos NHWA para informar sobre los datos del personal sanitario. Complementando la presentación de informes nacionales a través de la plataforma de datos NHWA, los países también utilizan y validan fuentes adicionales como el Censo Nacional, las Encuestas de Fuerza Laboral y fuentes administrativas nacionales y regionales clave. La mayoría de los datos de fuentes administrativas provienen de revisiones publicadas del sector salud nacional o de informes oficiales de los países a las oficinas de la OMS.
Método de medición	Se alienta a los países a adoptar un enfoque progresivo para la implementación de la NHWA, basado en la participación de múltiples partes interesadas a nivel nacional y subnacional. Los puntos focales nacionales comparten los datos con la OMS a través de la plataforma de datos en línea de la NHWA. Esta plataforma, alojada en la OMS, está diseñada para facilitar la presentación de informes sobre los indicadores enumerados en el Manual de la NHWA y el intercambio de datos entre los tres niveles de la OMS. Se puede acceder a los datos del personal sanitario en el portal de datos de la NHWA: https://apps.who.int/nhwaportal/
Método de estimación	Utilizando los datos disponibles, el indicador se calcula en relación con un valor umbral de 6 médicos, personal de enfermería y partería por cada 1000 habitantes, que corresponde al percentil 5 de las densidades de los países de altos ingresos en 2013 (año de referencia utilizado para la fuerza laboral de salud en la Sexagésima Novena Asamblea Mundial de la Salud (WHA69.19)). Este reescalamiento se realiza de la misma manera que el del indicador de densidad de camas hospitalarias descrito anteriormente, lo que da como resultado valores del indicador que oscilan entre 0 y 100. Utilizando datos nacionales sobre médicos, personal de enfermería y partería por cada 1000 habitantes (x), el indicador se calcularía de la siguiente manera: - País con $x < 67$ por 1000 por año, el indicador = $x / 6 * 100$. - País con $x \geq 6$ por 1000 por año, el indicador = 100.
Notas relacionadas con la UHC	Cabe señalar que medir la cobertura en todas las áreas de salud es difícil, se desconoce el nivel óptimo para estos indicadores y no se relacionan con una necesidad específica de servicios. A pesar de ello, los niveles bajos de estos indicadores son indicativos de un acceso y uso deficientes de los servicios de salud esenciales.

Última actualización: 12/12/2025

Área de trazadores	Seguridad sanitaria
Definición del indicador	El índice de capacidad básica del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) es el porcentaje promedio de atributos de todas las capacidades básicas que se han alcanzado en un momento determinado. La segunda edición de la herramienta SPAR se ha ampliado de 13 a 15 capacidades. Las 15 capacidades principales son: (1) Instrumentos políticos, legales y normativos para la aplicación del RSI; (2) Coordinación del RSI y funciones de punto focal nacional; (3) Financiación; (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 comunitaria; (11) Puntos de entrada y salud fronteriza; (12) Enfermedades zoonóticas; (13) Seguridad alimentaria; (14) Eventos químicos; (15) Emergencias radiológicas. Las 13 capacidades básicas de la primera edición de la Herramienta de Evaluación e Informe Anual de los Estados Partes del RSI son: (1) Legislación y financiación; (2) Coordinación del RSI y funciones de los puntos focales nacionales; (3) Eventos zoonóticos y la interfaz salud humana-animal; (4) Seguridad alimentaria; (5) Laboratorio; (6) Vigilancia; (7) Recursos humanos; (8) Marco nacional de emergencias sanitarias; (9) Prestación de servicios de salud; (10) Comunicación de riesgos; (11) Puntos de entrada; (12) Eventos químicos; (13) Emergencias radiológicas. Ambos cuestionarios SPAR (primera y segunda edición) utilizan una escala de cinco niveles con indicadores basados en cinco niveles acumulativos para medir el estado de implementación de cada capacidad. Para cada indicador, se solicita al Estado Parte informante que seleccione cuál de los cinco niveles describe mejor su situación actual. Para pasar al siguiente nivel, todas las capacidades descritas en los niveles anteriores deben estar implementadas para cada indicador. Para los años 2010 a 2017, los Estados Miembros utilizaron el cuestionario de seguimiento del RSI. El cuestionario está dividido en trece secciones, una para cada una de las ocho capacidades básicas, PoE y cuatro peligros. Las preguntas individuales están agrupadas 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 calculará como un valor "No". El cuestionario de seguimiento del RSI incluye lo siguiente: RSI01. 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 alimentaria; RSI12. Eventos químicos; IHR13. Emergencias radionucleares.
Numerador	Número de atributos alcanzados
Denominador	Número total de atributos
Fuentes de datos principales	Encuesta a informantes clave

Última actualización: 12/12/2025

Método de medición	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 autoinforme del Estado Parte. Hay tres conjuntos de datos basados en diferentes herramientas para recopilar datos para SPAR. Para el período 2010 a 2017, el cuestionario, conocido como cuestionario de seguimiento del RSI, está dividido en trece secciones, una para cada una de las ocho capacidades básicas, PoE y cuatro peligros e información sobre el estado de implementación para cada capacidad. El cuestionario de seguimiento 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 1.ª edición. Los Estados Partes utilizaron el cuestionario del ciclo de informes SPAR 2018-2020. El cuestionario actual reemplazó a la SPAR 1.ª edición y fue utilizado por los Estados Miembros para 2021. Bajo cada capacidad, los indicadores fueron mantenidos, reemplazados o agregados. Las tendencias históricas basadas en datos de títulos de capacidad similar deben interpretarse con precaución.
Método de estimación	La puntuación de cada nivel de indicador se clasifica como un porcentaje de rendimiento en la escala de 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: $3/5 \times 100 = 60\%$. 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 2.1 se expresará como: $3/5 \times 100 = 60\%$, el nivel del indicador 2.2 se expresará como: $4/5 \times 100 = 80\%$ y el nivel de capacidad para el indicador 2 se expresará como: $(60+80)/2 = 70\%$.
Notas relacionadas con la UHC	Los países comenzaron a informar a la OMS sobre el logro de la capacidad básica del RSI para el año 2010. Para todos los años comprendidos entre 2000 y 2009, se utiliza la puntuación del RSI más antigua disponible para cada país. Para la ponderación se utiliza la población total según las estimaciones de población de las Naciones Unidas, en lugar del denominador definido que figura en la tabla.