

Última actualización:2023-12-15

### Información del indicador

**Objetivo 3:** Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a 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

Índice de cobertura de los servicios de cobertura universal de salud.

### Indicadores relacionados

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

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

### Organizaciones internacionales responsables de la vigilancia mundial

Organización Mundial de la Salud (OMS)

### Informador de datos

Organización Mundial de la Salud (OMS)

### Definición, conceptos y clasificaciones

#### Definición:

Cobertura de los servicios esenciales de salud (definida como la cobertura media de los servicios esenciales basada en intervenciones de rastreo 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 los servicios de salud se calcula como las medias geométricas de 14 indicadores trazadores. A continuación se enumeran los 14 indicadores y en el Anexo 1 se detallan los metadatos de cada uno de los componentes. Los indicadores de seguimiento son los siguientes, organizados por cuatro grandes categorías de cobertura de servicios:

#### **I. Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil**

1. Planificación familiar: Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) casadas o en unión libre que ven satisfecha su necesidad de planificación familiar con métodos modernos
2. Atención durante el embarazo: Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con un nacimiento vivo en un período de tiempo determinado que recibieron atención prenatal cuatro o más veces
3. Inmunización infantil: Porcentaje de lactantes que reciben 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 difícil debido a un problema en el pecho y no solo a una nariz tapada) en las 2 semanas anteriores a la encuesta para los que se buscó asesoramiento o tratamiento de 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 que actualmente reciben terapia antirretroviral
7. Paludismo: Porcentaje de la población de las zonas donde el paludismo es endémico y que durmió bajo un mosquitero tratado con insecticida la noche anterior [sólo en el caso de los países con una alta carga de paludismo]
8. Agua, saneamiento e higiene: Porcentaje de la población que utiliza al menos servicios básicos de saneamiento.

### III. Enfermedades no transmisibles

9. Hipertensión: Prevalencia del tratamiento (toma de medicamentos) para la hipertensión en adultos de 30 a 79 años con hipertensión (estimación estandarizada por edad) (%)

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

11. Tabaco: Prevalencia estandarizada por edad de adultos  $\geq 15$  años que consumen actualmente cualquier producto de tabaco (tabaco fumado y/o sin humo) a diario o no a diario (indicador 3.a.1 de los ODS, 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 10.000 habitantes

13. 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, véanse los metadatos aquí)

14. 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 3.d.1 de los ODS, véanse los metadatos aquí)

#### Unidad de medida

El indicador es un índice que se informa en una escala sin unidades de 0 a 100.

#### Tipo de fuente de datos y método de recopilación de datos

##### Fuentes 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, los estudios de las instalaciones y los sistemas de vigilancia centinela se utilizan para determinados indicadores. En el Anexo 1 se explican con más detalle las fuentes de datos subyacentes para cada uno de los 14 indicadores trazadores.

En cuanto a los valores utilizados para calcular el índice, los valores se toman de las fuentes publicadas existentes. Esto incluye conjuntos de datos recopilados y



estimaciones de varios organismos de las Naciones Unidas. Esto se resume en el enlace anterior.

### **Método de recogida de datos**

Los mecanismos para recopilar datos de los países varían a lo largo de los 14 indicadores de seguimiento, sin embargo, en muchos casos, un organismo de las Naciones Unidas o un grupo interinstitucional ha reunido y analizado las fuentes de datos nacionales pertinentes y luego ha llevado a cabo una consulta formal con los gobiernos de los países para revisar o producir estimaciones comparables de los países. En el caso del índice de cobertura universal de los servicios de salud, una vez recopilada la información existente sobre los 14 indicadores de trazadores, la OMS lleva a cabo una consulta nacional con los coordinadores designados por los gobiernos nacionales para examinar los insumos y el cálculo del índice. La OMS no emprende nuevas actividades de estimación para producir valores de indicadores de trazador 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 establecidas para reducir la carga de la presentación de informes.

### **Calendario de recogida de datos**

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

### **Calendario de publicación de datos**

La primera publicación de los valores de referencia para el índice de cobertura universal de servicios de salud (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 sobre los indicadores de cobertura de los servicios de salud.

### **Compiladores de datos**

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

### **Mandato institucional**

El apoyo de la OMS al seguimiento de la dimensión de cobertura de servicios de la cobertura sanitaria universal (CSU) (meta 3.8, indicador 3.8.1 específicamente) está respaldado por la Resolución WHA69 que pide a la Secretaría que haga un seguimiento de los progresos hacia el logro de la cobertura sanitaria universal como parte de la agenda 2030 de los ODS para el Desarrollo Sostenible.

### **Otras consideraciones metodológicas**

#### **Justificación**

La meta 3.8 se define como "Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios esenciales de atención de la salud 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 elegido dos indicadores para el seguimiento de la meta 3.8 en el marco de los ODS. El indicador 3.8.1 se refiere a la cobertura de los servicios de salud y el indicador 3.8.2 se centra 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 de salud. En conjunto, los indicadores 3.8.1 y 3.8.2 tienen por objeto reflejar las dimensiones de cobertura de servicios y protección financiera, respectivamente, de la meta 3.8. Estos dos indicadores deben ser siempre objeto de un seguimiento conjunto.

Los países proporcionan muchos servicios esenciales para la protección, la promoción, la prevención, el tratamiento y la atención de la salud. Los indicadores de cobertura de servicios, definidos como las personas que reciben el servicio que necesitan, son la mejor manera de hacer un seguimiento de los avances en la prestación de servicios en el marco de la cobertura sanitaria universal. Dado que un solo indicador de los servicios de salud no es suficiente para el seguimiento de la cobertura sanitaria universal, se construye un índice a partir de 14 indicadores trazadores seleccionados con base en criterios epidemiológicos y estadísticos. Esto incluye varios indicadores que ya están

incluidos en otras metas de los ODS, minimizando así la carga de recopilación de datos y presentación de informes. El índice se informa en una escala sin unidades de 0 a 100, siendo 100 el valor óptimo.

### **Comentarios y limitaciones**

Estos indicadores de seguimiento pretenden ser indicativos de la cobertura de los servicios, no una lista completa o exhaustiva de los servicios e intervenciones de salud que se requieren para la cobertura universal de salud. Los 14 indicadores de seguimiento se seleccionaron porque están bien establecidos, y los países han informado ampliamente de los datos disponibles (o se espera que pronto estén ampliamente disponibles). Por lo tanto, el índice se puede calcular con las fuentes de datos existentes y no requiere iniciar nuevos esfuerzos de recopilación de datos únicamente para informar al 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 trazadores para que puedan combinarse en el índice y, a continuación, calcular el índice a partir de esos valores.

En primer lugar, los 14 indicadores trazadores se colocan 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 lactantes que han sido inmunizados oscila entre el 0 y el 100 por ciento. Sin embargo, para algunos indicadores, se requiere conversión y/o rescalado para obtener valores apropiados de 0 a 100, como se indica a continuación:

### **Conversión**

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

### **Rescalado**

Rescalamiento basado en un mínimo distinto de cero para obtener una resolución más precisa (esto "estira" la distribución entre países): la prevalencia de no consumo de tabaco se rescala utilizando un valor mínimo del 30%, lo que indica un rango realista de niveles de prevalencia para el indicador.

$$\text{Tabaco rescalado no usado} = (X-30)/(100-30)*100$$

Rescalado para una medición 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).

$$\text{valuación rescalada} = (7.4 - \text{valuación original}) / (7.4 - 5.1) * 100$$

Umbrales máximos para los indicadores de tasas: la densidad de camas de hospital y la densidad del personal sanitario están limitadas a umbrales máximos, y los valores por encima de este umbral se mantienen constantes en 100. Estos umbrales se basan en los valores mínimos observados en los países de la OCDE (edición de 2015 de la Base de Datos de Estadísticas de Salud de la OCDE).

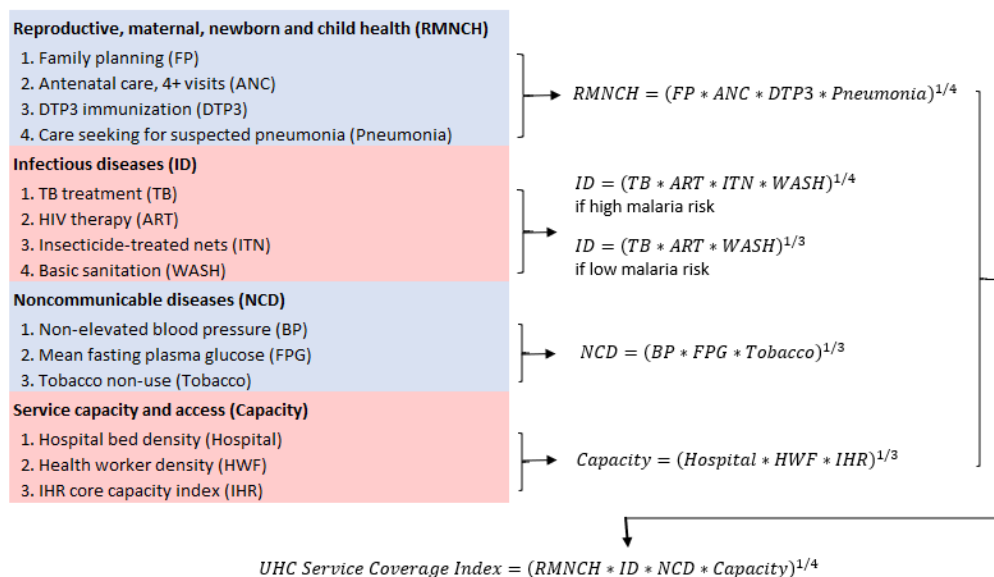
*Camas de hospital rescaladas por cada 10.000 = mínimo (100, valor original / 18\*100)*

*Médicos rescalados por 1.000 = mínimo (100, valor original / 0,9\*100)*

*psiquiatras rescalados por 100.000 = mínimo (100, valor original / 1\*100)*

*cirujanos rescalados por 100.000 = mínimo (100, valor original / 14\*100)*

Una vez que todos los valores de los indicadores trazadores 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 trazador es cero o superior a 100, se establece en 1 (sobre 100) o 100 (sobre 100) respectivamente antes de calcular la media geométrica. El siguiente diagrama ilustra los cálculos.



Obsérvese que en los países con baja carga de paludismo, el indicador trazador para el uso de mosquiteros tratados con insecticida se elimina del cálculo.

### Validación

Por lo general, los datos obtenidos para calcular el índice ya han sido comprobados para comprobar su calidad a través de procesos separados. Sin embargo, se realiza una evaluación de la calidad antes de consultar a los países (es decir, se detectan valores atípicos importantes o diferencias sustanciales entre la última actualización y la siguiente actualización para el mismo año). Las estimaciones del índice se incluyen en una consulta para obtener la opinión del país. Los datos se revisan según sea necesario para la cobertura de la 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 existente.

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 perdidos (i) a nivel nacional y (ii) a nivel regional

- A nivel nacional

El punto de partida para calcular el índice es reunir la información existente para cada indicador trazador. En muchos casos, esto implica el uso de series cronológicas de países que han sido producidas o recopiladas por los organismos de las Naciones Unidas en



consulta con los gobiernos de los países (por ejemplo, cobertura de inmunización, acceso a saneamiento, cobertura de tratamiento del VIH, etc.). Algunas de estas series cronológicas publicadas implican la elaboración de 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 países-años para algunos indicadores. El cálculo del índice de cobertura universal de los servicios de salud (CSU) requiere valores para cada indicador de seguimiento para un país, por lo que es necesaria alguna imputación para llenar estas lagunas 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 rellenar los valores faltantes de los años intermedios

Si un país tiene años históricos con valores, pero no tiene valor actual, se utiliza la extrapolación constante para rellenar los valores que faltan al año actual

Si un país no tiene valores, se imputa un valor. En el caso de la búsqueda de atención por neumonía y la densidad de cirujanos, se puede realizar una regresión para imputar los valores faltantes (véase el Anexo 1 para 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 las Naciones Unidas. Sin embargo, cuando no hay suficientes países dentro de las subregiones de los ODS de las Naciones Unidas con datos disponibles, se pueden utilizar otras agrupaciones.

Habida cuenta de la fecha y la 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 trazadores de la cobertura de los servicios de salud. Además, el seguimiento a nivel nacional se realiza más adecuadamente a intervalos de tiempo más amplios, por ejemplo, cada 5 años, para permitir la recopilación de nuevos datos sobre 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 utilizar para calcular los valores regionales y globales.

### **Agregaciones regionales**

Los agregados regionales y mundiales utilizan las estimaciones demográficas de las Naciones Unidas a nivel de los países para calcular un promedio ponderado de los valores de los países para el índice. Esto se justifica porque la cobertura universal de salud (CSU) 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 nacional 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 de que disponen los países para la recopilación de datos a nivel nacional**

No aplicable

### **Gestión de la calidad**

No aplicable

### **Aseguramiento de la calidad**

No aplicable

### **Evaluación de la calidad**

Ver Validación

### **Disponibilidad y desagregación de datos**

#### **Disponibilidad de datos:**

Resumir la disponibilidad de datos para el índice de cobertura de los servicios de cobertura universal de salud (CSU) no es sencillo, ya que se utilizan diferentes fuentes de datos en los 14 indicadores de trazadores. Además, en el caso de muchos indicadores, se han elaborado estimaciones comparables, que en muchos casos se basan en diferentes tipos de fuentes de datos subyacentes para fundamentar las estimaciones, al tiempo que se utilizan proyecciones para imputar los valores que faltan.

#### **Series temporales:**

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

de cobertura de servicios de la CSU se estimó 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 cobertura sanitaria universal y, por lo tanto, el índice de cobertura de los servicios de la cobertura sanitaria universal debe utilizarse para comunicar información sobre las desigualdades en la cobertura de los 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 ellas.

En el caso de los países, la ubicación geográfica es probablemente la dimensión más factible para el desglose subnacional sobre la base de los niveles medios de cobertura medidos con las fuentes de datos existentes. Para ello, el índice de cobertura sanitaria universal puede calcularse por separado, por ejemplo, por provincia o residencia urbana frente a residencia, lo que permitiría realizar comparaciones subnacionales de la cobertura de los servicios. En la actualidad, los datos más fácilmente disponibles para el desglose de otras dimensiones de la desigualdad, como la riqueza de los hogares, corresponden a los 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 un indicador para comprender las diferencias en la cobertura de servicios a través de dimensiones clave de desigualdad. Este enfoque debe sustituirse por el desglose completo de los 14 indicadores trazadores una vez que se disponga de datos para hacerlo.

### **Comparabilidad / desviación de las normas internacionales**

#### **Fuentes de discrepancias:**

El índice de cobertura de servicios se basa en los datos existentes y disponibles públicamente y en las estimaciones de los indicadores de trazadores. Estas cifras ya han pasado por un proceso de consulta con los países (por ejemplo, para la cobertura de inmunización) o se han tomado directamente de los datos comunicados por los países.

#### **Referencias y documentación**

Dirección 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>

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

Área del trazador	Planificación familiar
Definición del indicador	Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15–49 años) casadas o en unión libre que ven satisfechas sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos.
Numerador	Número de mujeres de 15 a 49 años de edad casadas o en unión libre que actualmente usan un método anticonceptivo moderno o cuya pareja está usando un método anticonceptivo moderno
Denominador	Número de mujeres de 15 a 49 años de edad casadas o en unión libre que necesitan planificación familiar
Principales fuentes de datos	Encuestas de salud basadas en la población
Método de medición	Las encuestas de hogares 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 a 49 años) que están casadas o en unión libre y que actualmente usan, o cuya pareja sexual está usando actualmente, al menos un método anticonceptivo (moderno o

	<p>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 a 49 años), casadas o en unión consensual, que son fecundas y sexualmente activas, pero que no usan ningún método anticonceptivo (moderno o tradicional), y declaran no querer tener más hijos o retrasar el nacimiento de su próximo hijo durante al menos dos años. Se incluyen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. todas las mujeres embarazadas (casadas o en unión consensual) cuyos embarazos no fueron deseados o inoportunos en el momento de la concepción;</li> <li>2. todas las mujeres con amenorrea posparto (casadas o en unión consensual) que no utilizan la planificación familiar y cuyo último parto no fue deseado o inoportuno;</li> <li>3. todas las mujeres fecundas (casadas o en unión consensual) que no estén embarazadas ni tengan amenorrea posparto, y que no quieran tener más hijos (quieran limitar el tamaño de la familia), o que deseen posponer el nacimiento de un hijo durante al menos dos años o no sepan cuándo o si quieren otro hijo (quieran espaciar los nacimientos), pero no están usando ningún método anticonceptivo.</li> </ol> <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, la gelatina, la crema y la esponja), el método de la amenorrea de la lactancia (LAM), la anticoncepción de emergencia y otros métodos modernos que no se informan por separado.</p>
<p>Método de estimación</p>	<p>La División de Población de las Naciones Unidas elabora una serie sistemática y exhaustiva de estimaciones y proyecciones anuales de la proporción de necesidades de planificación de la familia entre las mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) satisfechas con los métodos modernos. Un modelo jerárquico bayesiano se aplica a un conjunto de datos global completo de datos específicos de un país para generar las estimaciones y proyecciones. El modelo tiene en</p>

	<p>cuenta las diferencias según la fuente de datos, la población de la muestra y las preguntas de la encuesta.</p> <p>Consulte aquí para obtener más detalles:  <a href="https://www.un.org/development/desa/pd/data/family-planning-indicators">https://www.un.org/development/desa/pd/data/family-planning-indicators</a></p> <p>Recopilación de datos de encuestas específicas de cada país en World Anticonceptive Use:  <a href="https://www.un.org/development/desa/pd/node/3285">https://www.un.org/development/desa/pd/node/3285</a></p>
Notas relacionadas con la cobertura sanitaria universal	

Área del trazador	Cuidados durante el embarazo
Definición del indicador	Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad 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 de edad con un hijo 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 hijo nacido vivo en el mismo período.
Principales fuentes de datos	Encuestas de hogares y sistemas de información rutinarios de las instalaciones.
Método de medición	Los datos sobre cuatro o más visitas de atención prenatal se basan en preguntas que preguntan si se revisó 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 pueden utilizarse cuando la cobertura es alta, normalmente en los países de ingresos más altos.

Método de estimación	La OMS mantiene una base de datos sobre la cobertura de la atención prenatal: <a href="http://apps.who.int/gho/data/node.main.ANTENATALCARECOVERAGE4">http://apps.who.int/gho/data/node.main.ANTENATALCARECOVERAGE4</a>
Notas relacionadas con la cobertura sanitaria universal	Lo ideal sería que este indicador se sustituyera por una medida más amplia de la atención del embarazo, por ejemplo, la proporción de mujeres que cuentan con un proveedor cualificado que asiste al parto o a un parto institucional. Un reto a la hora de medir la asistencia cualificada en el parto es determinar qué proveedores son "cualificados".

Área del trazador	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 han recibido tres dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la 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	En el caso de los datos de las encuestas, el estado de vacunación de los niños de 12 a 23 meses se recoge de las tarjetas sanitarias infantiles o, si no hay tarjeta, de la consulta por parte del cuidador. Para los datos administrativos, se extrae el número total de dosis administradas a la población objetivo.
Método de estimación	Conjuntamente, la OMS y el UNICEF obtienen estimaciones de la cobertura de la DTP3 sobre la base de los datos comunicados oficialmente a la OMS y al UNICEF por los Estados Miembros, así como de los datos comunicados en la bibliografía publicada y en la literatura gris. También consultan con expertos locales, principalmente los directores nacionales del programa ampliado de inmunización y el personal de las oficinas regionales de la OMS, para obtener información adicional sobre el desempeño de los servicios locales específicos de inmunización. Sobre la base de los datos disponibles, la consideración de posibles sesgos y las contribuciones de los expertos locales, la OMS y

	<p>el UNICEF determinan el nivel real más probable de cobertura de inmunización.</p> <p>Para obtener más información, consulte aquí:  <a href="https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/global-monitoring/immunization-coverage/who-unicef-estimates-of-national-immunization-coverage">https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/global-monitoring/immunization-coverage/who-unicef-estimates-of-national-immunization-coverage</a></p>
Notas relacionadas con la cobertura sanitaria universal	<p>Existe variabilidad en los calendarios nacionales de vacunación entre países. Teniendo esto en cuenta, 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 un 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 de la medida en que existe una plataforma sólida de administración de vacunas dentro de un país.</p>

Área del trazador	Tratamiento infantil
Definición del indicador	Porcentaje de niños menores de 5 años con síntomas de infección respiratoria aguda (tos y respiración rápida o difícil <b>debido a un problema en el pecho y no solo a una nariz tapada</b> ) en las 2 semanas anteriores a la encuesta para los que 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 difícil <b>debido a un problema en el pecho y no solo a una congestión nasal</b> ) 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 difícil <b>debido a un problema en el pecho y</b>



		<b>no solo debido a una nariz tapada</b> ) en las 2 semanas anteriores a la encuesta
Principales fuentes de datos		Encuestas
Método de medición		El indicador se recoge en las encuestas de hogares, incluidas las encuestas demográficas y demográficas, las encuestas de indicadores múltiples y otras encuestas nacionales basadas en la población, y está destinado a ser utilizado en entornos de alta mortalidad de menores de 5 años para supervisar los esfuerzos por 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 sobre el Seguimiento de la Rendición de Cuentas en la Salud Infantil (CHAT TAG), convocado por la OMS y el UNICEF, ha ratificado este indicador y está trabajando para normalizar su uso en las encuestas de hogares. La OMS y el UNICEF mantienen una base de datos de observaciones a nivel de país procedentes de encuestas de hogares a la que se puede acceder aquí: <a href="https://data.unicef.org/topic/child-health/pneumonia/">https://data.unicef.org/topic/child-health/pneumonia/</a>
Método de estimación		El 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 la cobertura sanitaria universal	la	Este indicador no suele medirse en los países de ingresos más altos 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 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 tasa estimada de mortalidad por todas las causas de menores de cinco años, que se puede encontrar aquí: <a href="https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates">https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates</a>

Área del trazador	Tratamiento de la tuberculosis
Definición del indicador	Porcentaje de casos de incidencia de tuberculosis 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 de recaídas en el mismo año
Principales fuentes de datos	Sistemas de información de los centros, sistemas de vigilancia, encuestas de salud basadas en la población con pruebas diagnósticas de tuberculosis, registro de tuberculosis y sistema de notificación trimestral relacionado (o registros electrónicos de tuberculosis)
Método de medición	Este indicador requiere dos entradas principales: (1) Número de casos nuevos y recidivantes 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, normalmente estimado 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 dirigido 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 de tuberculosis y la información de los sistemas de registro de defunciones (vitales). Las estimaciones de la incidencia para cada país se derivan utilizando uno o más de los siguientes enfoques en función de los datos disponibles: 1. incidencia = notificaciones de casos/proporción estimada de casos detectados; 2. incidencia = prevalencia/duración de la enfermedad; 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 importantes interrupciones en la prestación de servicios de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis y el acceso a los mismos que se han producido en el contexto de la pandemia de coronavirus (COVID-19).

	Estas estimaciones de la incidencia de la tuberculosis 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 ha descrito anteriormente.
Notas relacionadas con la cobertura sanitaria universal	Para calcular el indicador utilizando las estimaciones de la OMS, se puede acceder a los archivos necesarios aquí: <a href="http://www.who.int/tb/country/data/download/en/">http://www.who.int/tb/country/data/download/en/</a> , y calcular el indicador como = $c\_cdr$
Área del trazador	Tratamiento del VIH
Definición del 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 tratamiento antirretroviral 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 basadas en la población
Método de medición	Numerador: El numerador se genera contando el número de adultos y niños que recibieron tratamiento antirretroviral al final del período del informe. Los datos se pueden recopilar de los registros de TAR de los centros o de los sistemas de gestión del suministro de medicamentos. A continuación, se contabilizan y se transfieren a informes mensuales o trimestrales transversales que luego se agregarán para obtener los totales nacionales. Los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral en el sector privado y en el sector público deben incluirse en el numerador. Denominador: Los datos sobre el número de personas infectadas por el VIH pueden provenir de modelos epidémicos y encuestas basadas en la población 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 antirretrovírico entre las personas que viven con el VIH para el período 2000-2018 se obtienen como parte de la ronda de estimaciones de ONUSIDA de 2019.

	<p>Para estimar el número de personas que viven con el VIH a lo largo del tiempo en los países con una alta carga de enfermedad, ONUSIDA, en colaboración con los países, utiliza un modelo epidémico (Spectrum) que combina los datos de vigilancia sobre la prevalencia con el número actual de pacientes que reciben tratamiento antirretroviral y las hipótesis sobre la historia natural de la progresión de la enfermedad por el VIH.</p> <p>Dado que ahora se recomienda el tratamiento antirretroviral para todas las personas que viven con el VIH, el seguimiento de la cobertura del tratamiento antirretroviral es menos complicado que antes, cuando solo aquellos con un cierto nivel de gravedad de la enfermedad eran elegibles para recibir tratamiento antirretroviral.</p> <p>Las estimaciones de la cobertura de ART se pueden encontrar aquí: <a href="https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimated-antiretroviral-therapy-coverage-among-people-living-with-hiv-(-)">https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimated-antiretroviral-therapy-coverage-among-people-living-with-hiv-(-)</a></p>
<p>Notas relacionadas con la cobertura sanitaria universal</p>	<p>No siempre se dispone de estimaciones comparables de la cobertura del tratamiento antirretroviral en los países de ingresos altos, en particular las tendencias temporales.</p>

<p>Área del trazador</p>	<p>Prevención de la malaria</p>
<p>Definición del indicador</p>	<p>Porcentaje de la población de las zonas donde el paludismo es endémico y que durmió bajo un mosquitero tratado con insecticidas la noche anterior.</p>
<p>Numerador</p>	<p>Número de personas en zonas donde el paludismo es endémico y que durmieron bajo un mosquitero tratado con insecticidas.</p>
<p>Denominador</p>	<p>Número total de personas en zonas endémicas de paludismo.</p>
<p>Principales fuentes de datos</p>	<p>Los datos sobre el acceso a los hogares y su uso de mosquiteros tratados con insecticidas 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 paludismo. Los datos sobre el número de mosquiteros tratados con insecticidas entregados por los fabricantes a los países son compilados por</p>

	Milliner Global Associates, y los datos sobre el número de mosquiteros tratados con insecticidas distribuidos dentro de los países son reportados por los Programas Nacionales de Control de la Malaria.
Método de medición	Muchas encuestas nacionales recientes informan sobre el número de mosquiteros tratados con insecticidas observados en cada hogar encuestado. Las tasas de propiedad se pueden convertir en la proporción de personas que duermen bajo un mosquitero tratado con insecticidas utilizando una relación lineal entre el acceso y el uso que se ha derivado de 62 encuestas que recopilan información sobre ambos indicadores.
Método de estimación	Los modelos matemáticos pueden utilizarse para combinar los datos de las encuestas de hogares sobre el acceso y la utilización con la información sobre las entregas de mosquiteros tratados con insecticidas por parte de los fabricantes y la distribución de mosquiteros tratados con insecticidas por parte de los programas nacionales de lucha contra el paludismo para producir estimaciones anuales de la cobertura de mosquiteros tratados con insecticidas. La OMS utiliza este enfoque en colaboración con el Proyecto Atlas del Paludismo. Los detalles metodológicos se pueden encontrar en las páginas 122-123 del Informe Mundial sobre el Paludismo 2021: <a href="https://www.who.int/publications/i/item/9789240040496">https://www.who.int/publications/i/item/9789240040496</a> .
Notas relacionadas con la cobertura sanitaria universal	La OMS elabora estimaciones comparables de la cobertura de mosquiteros tratados con insecticidas para 40 de los 47 países o zonas endémicos de paludismo del África subsahariana. Las islas de Mayotte (para la que no hay datos de entrega o distribución de MTI estaban disponibles) y Cabo Verde (que no distribuye mosquiteros tratados con insecticidas), así como la baja países de Esuatini, Namibia, Santo Tomé y Príncipe, y Sudáfrica, para los cuales los mosquiteros tratados con insecticidas comprenden una pequeña Proporción de control de vectores. Los análisis se limitaron a: poblaciones categorizadas por los NMP como en riesgo. En el caso de otros países, la cobertura de mosquiteros tratados con insecticidas no se incluye en el índice de cobertura de servicios de la cobertura sanitaria universal debido a limitaciones en los datos.

Área del trazador	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 de las que utilizan servicios de saneamiento gestionados de forma segura. Las instalaciones de saneamiento mejoradas incluyen inodoros con descarga de descarga y descarga conectadas a sistemas de alcantarillado por tuberías, 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 la mejora de las instalaciones de saneamiento se recopilan sistemáticamente en encuestas y censos de hogares. Estas fuentes de datos también pueden recopilar información sobre el uso compartido de las instalaciones de saneamiento que se comparten entre dos o más hogares, y sobre el vaciado de las instalaciones de saneamiento in situ. Las respuestas a nivel de hogar, ponderadas por el tamaño del hogar, se utilizan para calcular la cobertura de la población.
Método de estimación	El Programa Conjunto de Seguimiento del Abastecimiento de Agua, el Saneamiento y la Higiene (JMP) de la OMS y el UNICEF es responsable de la presentación de informes sobre los ODS sobre el agua potable, el saneamiento y la higiene (WASH) y ha elaborado estimaciones periódicas de la cobertura de la población que utiliza al menos los servicios básicos de saneamiento desde el año 2000. El JMP recopila, examina 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 sanitarias mejoradas, así como la proporción que practica la defecación al aire libre. También se realizan regresiones para estimar la población utilizando instalaciones sanitarias mejoradas conectadas a alcantarillas y fosas sépticas; Estos se limitan a no exceder las estimaciones para el total de instalaciones mejoradas. La proporción de la población que

	<p>comparte instalaciones de saneamiento con y sin alcantarillado se calcula haciendo una regresión lineal de todos los datos disponibles sobre el uso compartido de encuestas y censos de hogares. 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 son compartidas entre dos o más hogares. Se hacen estimaciones separadas para las zonas urbanas y rurales, y las estimaciones nacionales se generan como promedios ponderados de ambas, utilizando datos demográficos del informe más reciente de la División de Población de las Naciones Unidas. La encuesta o censo de hogares 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 se mantienen 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 prorroga indefinidamente. Para obtener más información, consulte <a href="https://washdata.org/monitoring/methods/estimation-methods">https://washdata.org/monitoring/methods/estimation-methods</a></p>
<p>Notas relacionadas con la cobertura sanitaria universal</p>	<p>El indicador mundial 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 tiene en cuenta la gestión segura de los excrementos a lo largo de toda la cadena de saneamiento, incluidos el tratamiento y la eliminación.</p>

<p>Área del trazador</p>	<p>Prevención de enfermedades cardiovasculares</p>
<p>Definición del indicador</p>	<p>Prevalencia del tratamiento (toma de medicamentos) para la hipertensión en adultos de 30 a 79 años con hipertensión (estimación estandarizada por edad) (%)</p>
<p>Numerador</p>	<p>Número de adultos de 30 a 79 años que tomaron medicamentos para la hipertensión</p>
<p>Denominador</p>	<p>Número de adultos de 30 a 79 años con hipertensión (definida como tener presión arterial sistólica <math>\geq 140</math> mmHg, presión arterial diastólica <math>\geq 90</math> mmHg o tomar medicamentos para la hipertensión)</p>

Principales fuentes de datos	Encuestas y sistemas de vigilancia basados en la población
Método de medición	Se utilizan fuentes de datos que registran la medición de la presión arterial (se excluyen los datos autoinformados). Si se toman varias lecturas de presión arterial por participante, se descarta la primera lectura y se promedian las lecturas restantes. El hecho de que se tomen medicamentos para la hipertensión se puede evaluar mediante preguntas formuladas como variaciones de "¿Está tomando actualmente algún medicamento, tableta o píldora para la presión arterial alta?" o "En las últimas 2 semanas, ¿ha tomado algún medicamento (medicamento) para la presión arterial elevada recetado por un médico u otro trabajador de la salud?" En los estudios que recopilan información sobre los medicamentos recetados, la información de la encuesta se puede utilizar para establecer que el propósito de tomar un medicamento para reducir 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 el progreso en el tratamiento y el control de 1990 a 2019: un análisis conjunto de 1201 estudios representativos de la población con 104 millones de participantes. The Lancet S0140-6736(21)01330-1 ( <a href="https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(21)01330-1/texto%20completo">https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(21)01330-1/texto completo</a> ). Se utilizaron un total de 1.201 estudios poblacionales que incluyeron mediciones de la presión arterial y datos sobre el tratamiento de la presión arterial en 104 millones de personas de 30 a 79 años para estimar las tendencias en el diagnóstico, el tratamiento y el control de la hipertensión desde 1990 hasta 2019. Las estimaciones estandarizadas por edad se obtienen aplicando las estimaciones brutas a la población estándar de la OMS.
Notas relacionadas con la cobertura sanitaria universal	



Área del trazador	Manejo de la diabetes
Definición del indicador	Glucosa plasmática media en ayunas estandarizada por edad para adultos mayores de 18 años
Principales fuentes de datos	Encuestas y sistemas de vigilancia basados en la población
Método de medición	Los niveles de glucosa plasmática en ayunas (GPF) se determinan tomando una muestra de sangre de los 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 (véase más adelante).
Método de estimación	Para producir estimaciones nacionales comparables, las observaciones de datos basadas en la media de FPG, la prueba de tolerancia oral a la glucosa (OGTT), la HbA1c, o sus combinaciones, se convierten en medias de FPG. A continuación, se ajusta un modelo jerárquico bayesiano a estos datos para calcular las prevalencias específicas de edad, sexo, año y país, que tiene en cuenta 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 en función de la edad y el sexo. A continuación, se elaboran estimaciones estandarizadas por edad aplicando las estimaciones brutas a la población estándar de la OMS. Los detalles metodológicos se pueden encontrar aquí: <a href="https://www.who.int/diabetes/global-report/en/">https://www.who.int/diabetes/global-report/en/</a>
Notas relacionadas con la cobertura sanitaria universal	<p>La FPG de un individuo puede ser baja debido al tratamiento eficaz con medicamentos para reducir la glucosa, o porque el individuo no es diabético como resultado de las actividades de promoción de la salud u otros factores como la genética. Por lo tanto, la FPG media es 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 de la CSU se calcula un promedio simple de los 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 mínimo teórico (5,1 mmol/L) y el máximo observado en todos los países (7,41 mmol/L).</p> <p>Valor reescalado = <math>(7,41 - \text{valor original}) / (7,41 - 5,1) * 100</math></p>

Área del trazador	Acceso al hospital
Definición del indicador	Camas de hospital 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 trabajo de parto y 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 divide por la población total estimada y se multiplica por 10.000.
Método de estimación	<p>Utilizando 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 por la OCDE en los países de ingresos altos (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 ingreso hospitalario de alrededor de 5 por 100 por año. Este indicador está diseñado para capturar los bajos niveles de capacidad hospitalaria; El umbral máximo se utiliza 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 de los países sobre la densidad de camas de hospital (<math>x</math>), lo que da como resultado valores que van de 0 a 100:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• País con una densidad de camas hospitalarias <math>x &lt; 18</math> por 10.000 al año, el indicador = <math>x / 18 * 100</math>.</li> <li>• País con una densidad de camas hospitalarias <math>x \geq 18</math> por 10.000 al año, el indicador = 100.</li> </ul>
Notas relacionadas con la cobertura sanitaria universal	Este indicador se utiliza como indicador de la cobertura total de los servicios de atención hospitalaria. Un indicador alternativo podría ser la tasa de hospitalización hospitalaria, en relación con un umbral máximo. Sin embargo, en la actualidad ese indicador no se comunica ampliamente en todas las regiones, en particular en la región de África. En los países en los que se dispone tanto de camas de hospital per cápita como de tasas de hospitalización, están altamente correlacionadas.

Área del trazador	Personal sanitario
Definición del 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 de los registros nacionales de trabajadores de la salud, idealmente junto con una evaluación periódica de la integridad utilizando datos censales, encuestas de población activa, registros de asociaciones profesionales o censos de instalaciones.
Método de medición	La clasificación de los trabajadores de la salud se basa en criterios de educación y formación profesional, regulación de las profesiones de la salud y actividades y tareas de los puestos de trabajo, es decir, un marco para categorizar las variables clave de la fuerza de trabajo de acuerdo con características compartidas. El marco de la OMS se basa en gran medida en las últimas revisiones de los sistemas de clasificación internacionalmente normalizados 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: <a href="https://www.who.int/activities/improving-health-workforce-data-and-evidence">https://www.who.int/activities/improving-health-workforce-data-and-evidence</a> Se puede acceder a los datos del personal sanitario en el portal de datos de la NHWA: <a href="https://apps.who.int/nhwaportal/">https://apps.who.int/nhwaportal/</a>
Método de estimación	Utilizando los datos disponibles, el indicador se calcula reescalando primero, por separado, las tasas 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 el año 2000 (base de datos de estadísticas de salud de la OCDE, edición de 2015), que son los siguientes: médicos = 0,9 por 1000,

	<p>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 de indicador que van de 0 a 100 para cada uno de los tres cuadros. Por ejemplo, utilizando los datos de los países sobre médicos por cada 1000 habitantes (<math>x</math>), el indicador específico del cuadro se calcularía de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• País con <math>x &lt; 0,9</math> por 1000 por año, el indicador específico del cuadro = <math>x / 0,9 * 100</math>.</li> <li>• País con <math>x \geq 0,9</math> por 1000 por año, el indicador específico del cuadro = 100.</li> </ul> <p>Como paso final, se calcula la media geométrica de los tres valores de los indicadores específicos de cada cuadro para obtener el indicador final de la densidad del personal sanitario.</p>
<p>Notas relacionadas con la cobertura sanitaria universal</p>	<p>Debido a los grandes desafíos para 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 los procedimientos quirúrgicos, se utilizan proxies. Las densidades de médicos, psiquiatras y cirujanos se utilizan como sustitutos de la cobertura total de la atención ambulatoria, la atención de salud mental y los servicios de atención de emergencia/quirúrgica, respectivamente. Cabe señalar que estas medidas son difíciles de interpretar porque se desconoce el nivel óptimo de esos indicadores y no se refieren a una necesidad específica de servicios. A pesar de ello, los bajos niveles de estos indicadores son indicativos de un acceso deficiente a los servicios de salud esenciales y de su utilización.</p>

<p>Área del trazador</p>	<p>Seguridad sanitaria</p>
<p>Definición del indicador</p>	<p>Índice de capacidad básica del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), que es el porcentaje medio de atributos de todas las capacidades básicas que se han alcanzado en un momento determinado.</p> <p>La segunda edición de la herramienta SPAR se ha ampliado de 13 a 15 capacidades. Las 15 capacidades básicas son: 1) Instrumentos de política,</p>

jurídicos y normativos para aplicar el RSI; 2) Funciones de coordinación del RSI y de los coordinadores nacionales; (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 comunitaria; (11) Puntos de entrada y salud fronteriza; (12) Enfermedades zoonóticas; (13) Inocuidad de los alimentos; (14) Eventos químicos; (15) Emergencias radiológicas.

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 de los coordinadores nacionales; (3) Eventos zoonóticos y la interfaz de salud humano-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 radiológicas.

Ambos cuestionarios SPAR (1ª y 2ª ediciones) utilizan una puntuación de cinco niveles con indicadores basados en cinco niveles acumulativos para medir el estado de implementación de cada capacidad. Para cada indicador, se pide al Estado Parte informante que seleccione cuál de los cinco niveles describe mejor la situación actual del Estado Parte. Para pasar al siguiente nivel, todas las capacidades descritas en los niveles anteriores deben estar en su lugar para cada indicador.

Para 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 que figuran en los recuadros de observaciones. Las respuestas a las preguntas incluyen marcar un valor apropiado (Sí, No o No se sabe) o los porcentajes apropiados. A efectos estadísticos, el valor "No conocido" se calculará como un valor "No". El cuestionario de seguimiento del RSI incluye lo siguiente: IHR01. Legislación, política y financiación nacionales; IHR02. Coordinación y Comunicaciones de los Puntos Focales Nacionales; IHR03. Vigilancia;

	IHR04. Respuesta; IHR05. Preparación; IHR06. Comunicación de riesgos; IHR07. Recursos humanos; IHR08. Laboratorio; IHR09. Puntos de entrada; 10 del RÍO. Eventos zoonóticos; 11 del RÍO. Seguridad alimentaria; 12 del RSI. Eventos químicos; 13 del RSI. Emergencias radionucleares.
Numerador	Número de atributos alcanzados
Denominador	Número total de atributos
Principales fuentes de datos	Encuesta a informantes clave
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 un autoinforme del Estado Parte. Hay tres conjuntos de datos basados en las diferentes herramientas para recopilar datos para SPAR. Para el período 2010-2017, el cuestionario, conocido como cuestionario de seguimiento del RSI, se divide en trece secciones, una para cada una de las ocho capacidades básicas, PoE y cuatro peligros, e información sobre el estado de aplicación de cada capacidad. El cuestionario de seguimiento del RSI (2010 a 2017) fue sustituido por la Herramienta de Autoevaluación de los Estados Partes del RSI – SPAR, publicada en julio de 2018 y también conocida como SPAR 1ª edición. Los Estados Partes utilizaron el cuestionario del ciclo de presentación de informes SPAR 2018-2020. El cuestionario actual sustituyó a la 1.ª edición del SPAR y fue utilizado por los Estados miembros en 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.
Método de estimación	La puntuación de cada nivel de indicador se clasifica como un porcentaje del rendimiento 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: $3/5 * 100 = 60\%$ 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: $3/5 * 100$



	<p>= 60%, el nivel del indicador para 2.2 se expresará como: <math>4/5 * 100 = 80\%</math> y el nivel de capacidad para 2 se expresará como: <math>(60 + 80) / 2 = 70\%</math></p>
Notas relacionadas con la cobertura sanitaria universal	<p>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 2000-2009 se utiliza la puntuación más antigua disponible del RSI para cada país.</p>