



TODAS LAS MUJERES
TODOS LOS NIÑOS

POR MUJERES, NIÑOS Y ADOLESCENTES
SALUDABLES Y EMPODERADOS
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



Indicadores y estratificadores de equidad del Marco Regional de Monitoreo EWEC-LAC

El Grupo de Trabajo de Métricas y Monitoreo (MMWG, como se mencionará a continuación) para Todas las Mujeres, Todos los Niños para América Latina y el Caribe (EWEC-LAC) ha establecido un Marco Regional de Monitoreo para apoyar a los países en sus esfuerzos por reducir las inequidades en salud a nivel nacional. La lista de indicadores prioritarios está basada en el Marco Operativo de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, pero ha sido adaptado para reflejar las prioridades y realidades de la región. El proceso de adaptación fue liderado por los integrantes del grupo MMWG de EWEC LAC y consistió en un proceso de consulta con expertos regionales y representantes nacionales de los países de cada subregión de América Latina y el Caribe. El resultado final es una lista prioritaria de 31 indicadores y 6 estratificadores que constituyen el Marco Regional de Monitoreo de Todas las Mujeres, Todos los Niños para América Latina y el Caribe (EWEC LAC).

El Marco Regional de Monitoreo y Evaluación EWEC-LAC consta de 31 indicadores y 6 estratificadores. Dieciocho de los indicadores forman parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y diez son indicadores clave en el marco de la Estrategia Mundial.

Indicadores y estratificadores claves

Marco Regional de Monitoreo y Evaluación EWEC-LAC

Nombre del indicador	Unidad	ODS	EWEC global
Sobrevivir			
Mortalidad materna (mujeres 15-19 y 15-49 años)	Razón por 100,000 nacidos vivos	3.1.1	✓
Mortalidad de menores de 5 años	Tasa por 1,000 nacidos vivos	3.2.1	✓
Mortalidad infantil (menores de 1 año)	Tasa por 1,000 nacidos vivos		
Mortalidad neonatal	Tasa por 1,000 nacidos vivos	3.2.2	✓
Bajo peso al nacer (prevalencia)	Porcentaje		
Atención prenatal - 4 o más controles (mujeres 15-19 y 15-49 años)	Porcentaje		
Atención prenatal - contenido: presión arterial, prueba de orina, prueba de sangre, entre otros (mujeres 15-19 y 15-49 años)	Porcentaje		
Tamizaje para sífilis durante control prenatal (mujeres 15-19 y 15-49 años)	Porcentaje		
Partos atendidos por personal sanitario especializado (mujeres 15-19 y 15-49 años)	Porcentaje	3.1.2	
Iniciación temprana a la lactancia materna (primera hora de nacimiento)	Porcentaje		
Control postnatal para madres con un proveedor de salud, hasta 2 días después del parto (mujeres 15-19 y 15-49 años)	Porcentaje		
Control postnatal para recién nacidos con un proveedor de salud, hasta 2 días después del parto	Porcentaje		
Transmisión materno infantil del VIH y Sífilis	Porcentaje		
Número de nuevas infecciones por el VIH	Tasa por cada 1,000 habitantes no infectados	3.3.1	
Tamizaje para cáncer cervical (mujeres 30 a 49 años)	Porcentaje		
Prosperar			
Fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años)	Tasa por cada 1,000 mujeres 10-14 o 15-19 años	3.7.2	✓
Necesidad satisfecha de planificación familiar con métodos modernos (mujeres 15-19 y 15-49 años)	Porcentaje	3.7.1	
Retraso del crecimiento (estatura/longitud para la edad con desviación estándar < -2 de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud OMS (niños y niñas menores de 5 años)	Porcentaje	2.2.1	✓
Malnutrición (sobrepeso y obesidad) (niños y niñas menores de 5 años), prevalencia	Porcentaje	2.2.2	
Anemia (niños y niñas menores de 5 años), prevalencia	Porcentaje		
Desarrollo de la primera infancia (DPI) en cuanto a salud, aprendizaje y bienestar psicosocial, desagregado por sexo (niños de 24 a 59 meses)	Porcentaje	4.2.1	
Participación en el aprendizaje organizado (un año antes de la edad oficial de ingreso en la enseñanza primaria)	Porcentaje	4.2.2	
Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud	Porcentaje		✓
Transformar			
Proporción de la población que vive por debajo del umbral nacional de pobreza, desglosada por sexo y edad- indicador ODS 1.2.1	Porcentaje	1.2.1	
Población que utiliza servicios de suministro de agua potable gestionados sin riesgos	Porcentaje	6.1.1	
Población con instalaciones para el lavado de manos con agua y jabón, porcentaje	Porcentaje	6.2.1	✓
Población que utiliza servicios de saneamiento gestionados de manera segura, porcentaje	Porcentaje	6.2.1	✓
Violencia física, sexual o psicológica a manos de su actual o anterior pareja en los últimos 12 meses, desagregado por forma de violencia y edad (mujeres 15-19 y 15-49)	Porcentaje	5.2.1	✓
Registro de nacimientos ante la autoridad civil (niños y niñas menores de 5 años)	Porcentaje	16.9.1	✓
Niños, niñas y adolescentes que, a) en los cursos segundo y tercero, b) al final de la enseñanza primaria y c) al final de la enseñanza secundaria inferior, han alcanzado al menos un nivel mínimo de competencia en i) lectura y ii) matemáticas	Porcentaje	4.1.1	✓
Indicadores de la Estrategia Mundial a nivel nacional con desagregación completa relevante para el objetivo	número de indicadores y porcentaje	17.18.1	
Estratificadores			
	Sexo		
	Etnicidad		
	Educación		
	Nivel socioeconómico (ingreso, riqueza, etc)		
	Lugar de residencia (urbano/rural)		
	Al nivel geográfico más bajo disponible		
Para análisis de desigualdad, EWEC LAC recomienda analizar los 30 indicadores prioritarios utilizando los siguientes estratificadores, de acuerdo con disponibilidad de datos.			
Indicadores adicionales Tier II*			
Indicadores de calidad de parto normal			
Indicadores de calidad de complicaciones obstétricas y neonatales			
Consumo excesivo de alcohol y drogas en jóvenes			

Estos también son indicadores prioritarios, sin embargo, la metodología de medición aún no ha sido acordada, por lo que se clasifican como Tier II. EWEC-LAC trabaja para definir su forma de medición.

EWEC global se refiere a los indicadores que figuran en el Marco Operativo de la Estrategia Mundial para EWEC. ODS se refiere a los indicadores que forman parte de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años)



TODAS LAS MUJERES
TODOS LOS NIÑOS

POR MUJERES, NIÑOS Y ADOLESCENTES
SALUDABLES Y EMPODERADOS
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Definición	Número anual de nacimientos de mujeres del grupo etario de interés por cada 1,000 mujeres de ese grupo etario de interés. También se conoce como la tasa de fecundidad específica por edad.
Numerador	<u>Registro civil</u> : Número de nacidos vivos registrados de mujeres del grupo etario de interés × 1,000 <u>Encuestas</u> : usando datos retrospectivos, número de nacimientos de mujeres que tenían 10-14 o 15-19 años al momento del nacimiento, durante un periodo estipulado previo a la encuesta. <u>Censo</u> : Se basa en la fecha de último nacimiento para obtener el número de nacimientos de mujeres de 10-14 años o 15-19 años en los 12 meses previos al levantamiento × 1,000.
Denominador	<u>Registro civil</u> : Número estimado de mujeres en el grupo etario de interés a la mitad del año. <u>Encuestas</u> : número de años-persona de las mujeres entre los 10-14 o 15-19 años durante el mismo periodo estipulado previo a la encuesta. Nota: siempre que sea posible, el periodo estipulado será de 5 años previos a la encuesta. <u>Censo</u> : Se obtiene directamente el número de mujeres que tenían 10-14 años o 15-19 años en los 12 meses previos al levantamiento.
Unidad de medida	X por cada 1,000 mujeres en el grupo etario de interés.
Consideraciones para la calidad del indicador	<u>Usando datos de registro civil</u> : la calidad se ve afectada en contextos de baja cobertura de registro de nacimientos, o del seguimiento a los niños que mueren antes de ser registrados, o antes de las primeras 24 horas postparto. También se afecta por la exactitud del registro de la edad de la madre. <u>Usando datos de encuestas poblacionales</u> : la calidad puede verse afectada por el registro equivocado de la edad de las mujeres, y por la omisión del reporte de nacimientos o errores en el reporte o cómputo de las fechas de nacimiento. Siempre que sea posible, el periodo estipulado será de 5 años previos a la encuesta. En los casos de encuestas que no cuenten con datos de historias de nacimiento, se reporta la fecha de último nacimiento, o el número de nacimientos en los 12 meses previos a la encuesta. <u>Usando datos de censo</u> : las estimaciones se ajustan por el nivel de sub-reporte, usando métodos indirectos como referencia.
Implicaciones para la interpretación	La tasa de natalidad en adolescentes mide una arista de la salud reproductiva del grupo de mujeres en este grupo de edad, que resulta de interés tras la observación de que las mujeres adolescentes que cursan por un período de gestación, y dan a luz a edad temprana se exponen a mayores riesgos de complicaciones durante el parto, incluyendo la muerte; y que también sus hijos son más vulnerables. Por ello, prevenir embarazos adolescentes es una medida para mejorar la salud materna y reducir la mortalidad infantil. En relación a ello, este indicador provee evidencia indirecta del nivel de acceso a servicios de salud reproductiva. Se ha documentado que la población adolescente y particularmente las mujeres que no se han casado frecuentemente experimentan dificultades para acceder a este tipo de servicios. La expresión de fecundidad en el intervalo de 10 a 14 años no es una tasa, sino una razón, bajo el supuesto de que la mayoría de las niñas de 10 y 11 años aún no presentan su primera menstruación, por lo que no pueden considerarse como expuestas al riesgo de un embarazo. Sin embargo, se nombra así para fines de comparación internacional.
Indicador en contexto	Las mujeres que se embarazan y dan a luz a edad temprana reducen sus oportunidades de desarrollo socioeconómico, asociado a la alta probabilidad de no concluir sus estudios. En casos de aislamiento social, se agregan las dificultades para combinar la jornada laboral con las actividades necesarias para el mantenimiento del hogar. Un indicador relacionado, pero diferente es la proporción de la fecundidad adolescente que se computa como el porcentaje de la fecundidad total que es atribuible al grupo de 15-19.

Marco de ODS

3 SALUD
Y BIENESTAR



Marco de EWEC-LAC	Dimensión	Marco de monitoreo	Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad
Sobrevivir	Mujer	Insumo	Sexo
Prosperar	Niñez	Salida	Etnicidad ✓
Transformar	Adolescencia ✓	Resultado	Educación ✓
		Impacto	Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional ✓
			Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica) ✓

Fuente preferida de datos	Registro civil en contextos de cobertura cercana al 100%.
Fuentes alternativas de datos	Censos, encuestas de hogares.
Estimaciones por grupos inter agenciales	División de Población de Naciones Unidas. UNPD. https://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard
Marcos de monitoreo global	<ul style="list-style-type: none">• Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente.
Para más información	<ul style="list-style-type: none">• Tablero de datos de la población mundial. División de Población de las Naciones Unidas. https://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard
Referencias	<ul style="list-style-type: none">• Observatorio Global de Salud de la OMS. http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=1

Necesidad satisfecha de planificación familiar con métodos modernos (mujeres 15-19 y 15-49 años)



TODAS LAS MUJERES
TODOS LOS NIÑOS

POR MUJERES, NIÑOS Y ADOLESCENTES
SALUDABLES Y EMPODERADOS
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Definición	Mujeres en edad reproductiva (15-49 años) que desean no tener hijos (adicionales) o posponer al siguiente niño y que actualmente están utilizando un método anticonceptivo moderno.
Numerador	Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) que están utilizando actualmente, o cuya pareja sexual está utilizando actualmente, al menos un método anticonceptivo moderno.
Denominador	<p>Demanda total de planificación familiar (la suma de la prevalencia anticonceptiva (cualquier método) y la necesidad insatisfecha de planificación familiar).</p> <p>a. La prevalencia de anticonceptivos es el porcentaje de mujeres que están utilizando actualmente, o cuya pareja sexual está utilizando actualmente, al menos un método anticonceptivo, independientemente del método utilizado.</p> <p>b. La necesidad insatisfecha de planificación familiar se define como el porcentaje de mujeres en edad reproductiva, ya sea casadas o en una unión, que quieren detener o retrasar la gestación, pero no están utilizando ningún método anticonceptivo. La definición estándar de necesidad insatisfecha de planificación familiar incluye a las mujeres en edad fértil y sexualmente activas en el numerador, y que informan que no quieren (más) hijos, o que informan que quieren retrasar el nacimiento de su próximo hijo durante al menos dos años, o indecisos sobre el momento del próximo nacimiento, pero que NO están utilizando ningún método anticonceptivo. Además, en el numerador de la necesidad insatisfecha incluye a las mujeres gestantes en el momento de la encuesta cuya gestación no era deseada u ocurrió fuera del tiempo en que lo habían programado, así como a las mujeres amenorréicas en puerperio cuya última gestación fue no deseada o fuera del tiempo programado y que no están usando ningún método de planificación familiar.</p> <p>Se debe sumar a + b.</p>
Unidad de medida	X por ciento (%).
Consideraciones para la calidad del indicador	<p>Las diferencias en el diseño y la implementación de la encuesta, así como las diferencias en la forma en que se formulan y administran los cuestionarios de las encuestas pueden afectar a la comparabilidad de los datos. Las diferencias más comunes se relacionan con la gama de métodos anticonceptivos incluidos. El plazo utilizado para evaluar la prevalencia de anticonceptivos también puede variar. En la mayoría de las encuestas no hay una definición de lo que se entiende por "actualmente usando" un método anticonceptivo.</p> <p>En algunas encuestas, la falta de preguntas de sondeo, que se hacen para asegurarse de que el encuestado entiende el significado de los diferentes métodos anticonceptivos, puede dar lugar a una subestimación de la prevalencia de anticonceptivos, en particular para los métodos tradicionales. La variabilidad del muestreo también puede ser un problema, especialmente cuando se mide la prevalencia de anticonceptivos para un subgrupo específico (según el método, el grupo de edad, el nivel de logro educativo, el lugar de residencia) o analizando las tendencias a lo largo del tiempo.</p> <p>Cuando no se dispone de datos completos sobre mujeres de 15 a 49 años, se han utilizado las siguientes poblaciones: mujeres casadas o en unión de 15 a 44 años, mujeres sexualmente activas (independientemente del estado civil) o mujeres que alguna vez han estado casadas.</p> <p>Las estimaciones de este indicador se hacen con respecto a las mujeres que están casadas o en una unión. Métodos modernos: Para fines analíticos, los métodos anticonceptivos a menudo se clasifican como modernos o tradicionales. Los métodos anticonceptivos modernos incluyen la esterilización femenina y masculina, el dispositivo intrauterino (DIU), el implante, inyectables, píldoras anticonceptivas orales, condones masculinos y femeninos, métodos de barrera vaginal (incluyendo el diafragma, espuma espermicida, jalea, crema y esponja), método de amenorrea lactacional (LAM), anticonceptivo de emergencia y otros métodos modernos no reportados por separado (por ejemplo, el parche anticonceptivo o el anillo vaginal). Los métodos anticonceptivos tradicionales incluyen el ritmo (por ejemplo, métodos basados en la conciencia de la fertilidad, abstinencia periódica), la abstinencia y otros métodos tradicionales no notificados por separado.</p>
Implicaciones para la interpretación	Los niveles de demanda de planificación familiar satisfechos con métodos modernos del 75 por ciento o más generalmente se consideran altos, y los valores del 50 por ciento o menos se consideran generalmente muy bajos.
Indicador en contexto	La proporción de la demanda de planificación familiar satisfecha con los métodos modernos es útil para evaluar los niveles generales de cobertura de los programas y servicios de planificación familiar. El acceso y el uso de un medio eficaz para prevenir el embarazo ayuda a que las mujeres y sus parejas ejerzan sus derechos para decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y tener la información, la educación y los medios para hacerlo. Satisfacer la demanda de planificación familiar con métodos modernos también contribuye a la salud materno infantil al prevenir embarazos no deseados y embarazos estrechamente espaciados, que corren un mayor riesgo de obtener malos resultados obstétricos.

Marco de ODS

3 SALUD
Y BIENESTAR



Marco de EWEC-LAC	Dimensión	Marco de monitoreo	Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad
Sobrevivir	Mujer ✓	Insumo	Sexo
Prosperar ✓	Niñez	Salida	Etnicidad ✓
Transformar	Adolescencia	Resultado ✓	Educación de la madre ✓
		Impacto	Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional ✓
			Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica) ✓

Fuente preferida de datos

Encuestas de hogares: Encuestas de Prevalencia de Anticonceptivos, Encuestas demográficas y de salud (DHS), Encuestas de Familia y Fertilidad (FFS), Encuestas de Salud Reproductiva (HRS), Encuestas Multipropósitos por Conglomerados (MICS), Encuestas de Monitoreo y Rendición de Cuentas 2020 (PMA), Encuestas Mundiales de Fertilidad (WFS).

Fuentes alternativas de datos

N/A

Estimaciones por grupos inter agenciales

Wheldon, M y otros (2018). Métodos para estimar y proyectar indicadores clave de planificación familiar entre todas las mujeres en edad reproductiva. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, Documento Técnico No 2. Nueva York: Naciones Unidas. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/technical/index.shtml>

Marcos de monitoreo global

- [Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente.](#)

Para más información

- Uso mundial de anticonceptivos 2019. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2019.asp>

Referencias

- Repositorio de metadatos de los ODS. <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/>
- Alkema, LA y otros (2013). Tasas y tendencias nacionales, regionales y mundiales en prevalencia de anticonceptivos y necesidad insatisfecha de planificación familiar entre 1990 y 2015: Un análisis sistemático y exhaustivo. The Lancet, Volumen 381, Número 9878, págs. 1642-1652. Véase también el webappendix con los detalles técnicos disponibles en <http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/index.shtml>

Retraso del crecimiento (estatura/longitud para la edad con desviación estándar < -2 de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud OMS (niños y niñas menores de 5 años)



TODAS LAS MUJERES
TODOS LOS NIÑOS

POR MUJERES, NIÑOS Y ADOLESCENTES
SALUDABLES Y EMPODERADOS
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Definición	Prevalencia del retraso en el crecimiento (desviación estándar de estatura/longitud para la edad <-2 de la mediana de los patrones de crecimiento infantil para los niños y niñas menores de cinco años según la Organización Mundial de la Salud.																											
Numerador	Número de niños y niñas menores de 5 años que están por debajo de menos dos desviaciones estándar (-2 DE) con respecto a la mediana de estatura/longitud para la edad de los patrones de crecimiento infantil de la OMS.																											
Denominador	Número total de niños y niñas menores de 5 años.																											
Unidad de medida	X por ciento (%).																											
Consideraciones para la calidad del indicador	<p>Los niños y las niñas que no fueron medidos, que fueron marcados como talla fuera de rango para su edad (valores aberrantes con DE <-6 o >6), y que no tienen registrado el mes y el año de nacimiento se excluyen de los cálculos de retraso del crecimiento (baja estatura/longitud para la edad).</p> <p>Dependiendo de la edad del niño o niña y de su habilidad de pararse, se mide longitud o talla.</p> <ul style="list-style-type: none"> Si es menor de 2 años de edad, se mide la longitud en posición acostado boca arriba. <ul style="list-style-type: none"> Si el niño o niña no se queda quieto esa posición, se mide la talla en posición de pie y sume 0.7 cm para convertirla a longitud durante análisis de los datos. Si el niño o niña tiene 2 años de edad o más, se mide la talla de pie. <ul style="list-style-type: none"> Si no es capaz de ponerse de pie, se mide la longitud en posición acostado boca arriba y reste 0.7 cm para convertirlo a talla durante análisis de los datos. <p>La incertidumbre de las estimaciones de encuestas se debe a errores de muestreo y a errores no muestrales (por ejemplo, errores técnicos en la medición, cómputo, entre otros). Ninguna de las dos fuentes de error se ha tenido plenamente en cuenta para las estimaciones derivadas ni a nivel nacional ni regional y mundial.</p>																											
Implicaciones para la interpretación	El crecimiento infantil es un resultado internacionalmente reconocido como indicador del estado nutricional de los niños. El retraso del crecimiento infantil se refiere a un niño o niña con estatura/longitud demasiado bajo para su edad y es el resultado acumulativo de la desnutrición crónica o recurrente, incluyendo el efecto de enfermedades/ infecciones desde la vida intrauterina, con una perspectiva de curso de vida. Esta medida también se interpreta como un indicador de condiciones ambientales deficientes que restringen el potencial crecimiento de los infantes.																											
Indicador en contexto	El retraso del crecimiento es un factor de riesgo que contribuye a la mortalidad infantil y también es un marcador de desigualdades en el desarrollo humano. Es posible que los niños con retraso del crecimiento no alcancen su máximo potencial físico y cognitivo. El retraso del crecimiento es el resultado devastador de la malnutrición en el útero y durante la infancia. Es posible que los niños con retraso del crecimiento no alcancen su máximo potencial físico y cognitivo. Estos niños comienzan su vida en una marcada desventaja que los lleva a enfrentar consecuencias como tener dificultades de aprendizaje en la escuela, ganar menos como adultos y enfrentar barreras para participar en sus comunidades.																											
Marco de ODS	<p>2 HAMBRE CERO</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Marco de EWEC-LAC</th> <th>Dimensión</th> <th>Marco de monitoreo</th> <th>Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sobrevivir</td> <td>Mujer</td> <td>Insumo</td> <td>Sexo ✓</td> </tr> <tr> <td>Prosperar ✓</td> <td>Niñez ✓</td> <td>Salida</td> <td>Etnicidad ✓</td> </tr> <tr> <td>Transformar</td> <td>Adolescencia</td> <td>Resultado</td> <td>Educación de la madre ✓</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Impacto ✓</td> <td>Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional ✓</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica) ✓</td> </tr> </tbody> </table>	Marco de EWEC-LAC	Dimensión	Marco de monitoreo	Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad	Sobrevivir	Mujer	Insumo	Sexo ✓	Prosperar ✓	Niñez ✓	Salida	Etnicidad ✓	Transformar	Adolescencia	Resultado	Educación de la madre ✓			Impacto ✓	Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional ✓				Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica) ✓		
Marco de EWEC-LAC	Dimensión	Marco de monitoreo	Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad																									
Sobrevivir	Mujer	Insumo	Sexo ✓																									
Prosperar ✓	Niñez ✓	Salida	Etnicidad ✓																									
Transformar	Adolescencia	Resultado	Educación de la madre ✓																									
		Impacto ✓	Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional ✓																									
			Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica) ✓																									
Fuente preferida de datos	Encuestas de nutrición nacionales, encuestas de hogares y sistemas de vigilancia nutricional de los países.																											
Fuentes alternativas de datos	N/A																											
Estimaciones por grupos inter agenciales	<ul style="list-style-type: none"> Base de datos global sobre crecimiento y malnutrición en niños. UNICEF, OMS y Banco Mundial. https://www.who.int/nutgrowthdb/publications/methodology/en/ https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/ data.worldbank.org 																											

Marcos de monitoreo global	<ul style="list-style-type: none">• Global Nutrition Monitoring Framework. https://apps.who.int/nutrition/landscape/global-monitoring-framework• Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente. https://www.who.int/life-course/publications/gs-Indicator-and-monitoring-framework.pdf
Para más información	<ul style="list-style-type: none">• Joint child malnutrition estimates - Levels and trends. UNICEF-WHO-WB. https://www.who.int/nutgrowthdb/estimates/en/• The WHO Anthro Survey Analyzer. https://www.who.int/nutgrowthdb/software/en/• International Journal of Epidemiology 2003;32:518-26. http://ije.oxfordjournals.org/cgi/reprint/32/4/518
Referencias	<ul style="list-style-type: none">• Repositorio de metadatos de los ODS. https://unstats.un.org/sdgs/metadata/• Especificaciones para medidas antropométricas de la OMS. https://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/es/

Sobrepeso y obesidad (niños y niñas menores de 5 años), prevalencia



TODAS LAS MUJERES
TODOS LOS NIÑOS

POR MUJERES, NIÑOS Y ADOLESCENTES
SALUDABLES Y EMPODERADOS
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Definición	Porcentaje de menores de 0 a 59 meses de edad que presentan peso para la estatura/longitud(P/EI) mayor al punto de corte de 2 desviaciones estándar (+2DE) de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS.																											
Numerador	Número de menores de 0 a 59 meses de edad encuestados que presentan P/EI mayor al punto de corte de 2 desviaciones estándar (+2DE) de la mediana × 100.																											
Denominador	Número total de menores de 0 a 59 meses de edad encuestados.																											
Unidad de medida	X por ciento (%).																											
Consideraciones para la calidad del indicador	<p>En el caso de encuestas de nutrición poblacional, se suele capacitar a los encuestadores para obtener las mediciones de peso y talla con la mayor exactitud posible. Este elemento se debe tomar en cuenta en caso de otras fuentes de datos.</p> <p>Para poder calcular el indicador de sobrepeso en menores de cinco años es necesaria la medición de peso, longitud para menores de dos años y estatura para aquellos mayores de dos años. Estas mediciones se transforman en índices antropométricos lo que permite clasificar a los menores con sobrepeso (incluyendo obesidad) cuando el puntaje Z se ubica por arriba de +2 desviaciones estándar.</p> <p>Para la limpieza de la información, de acuerdo con los criterios de la OMS, se deberá considerar como datos válidos los intervalos de valores entre -6.0 y +5.0 puntos Z del peso para la edad; entre -6.0 y +6.0 puntos Z de la talla para la edad; entre -5.0 y +5.0 puntos Z del peso para la talla y entre -5.0 y +5.0 del IMC para la edad, respecto de la media de la población de menores de cinco años.</p>																											
Implicaciones para la interpretación	<p>El sobrepeso y la obesidad infantil se asocian a una mayor probabilidad de muerte y discapacidad prematuras en la edad adulta y de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles. Estas condiciones no solo se relacionan con el comportamiento del niño o la niña sino también con el desarrollo social, económico y las políticas en materia de agricultura, transporte, urbanización, medio ambiente, educación, industrialización de los alimentos y fomento de la actividad física. Por lo anterior se requiere un enfoque poblacional, multisectorial, multidisciplinar y adaptado a las circunstancias culturales para la prevención y atención del sobrepeso.</p>																											
Indicador en contexto	<p>El sobrepeso (incluyendo obesidad) en menores de cinco años se refiere a un niño o niña que tiene un peso elevado para su estatura/longitud. Resulta del desbalance energético entre la ingesta calórica y la baja actividad física. Esta forma de malnutrición en menores de 5 años tiene consecuencias importantes en la salud física y mental. Condiciona a presentar una mayor probabilidad de padecer enfermedades crónicas, ortopédicas, problemas de autoestima y discriminación en el futuro.</p> <p>Se reporta con menor frecuencia en comparación con aquellas mediciones de malnutrición por deficiencia, a pesar de que muchos países enfrentan una doble carga con altas cifras de menores de cinco años con sobrepeso.</p>																											
Marco de ODS	<p>2 HAMBRE CERO</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Marco de EWEC-LAC</th> <th>Dimensión</th> <th>Marco de monitoreo</th> <th>Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sobrevivir</td> <td>Mujer</td> <td>Insumo</td> <td>Sexo ✓</td> </tr> <tr> <td>Prosperar ✓</td> <td>Niñez ✓</td> <td>Salida</td> <td>Etnicidad ✓</td> </tr> <tr> <td>Transformar</td> <td>Adolescencia</td> <td>Resultado ✓</td> <td>Educación de la madre ✓</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Impacto</td> <td>Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional ✓</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica) ✓</td> </tr> </tbody> </table>	Marco de EWEC-LAC	Dimensión	Marco de monitoreo	Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad	Sobrevivir	Mujer	Insumo	Sexo ✓	Prosperar ✓	Niñez ✓	Salida	Etnicidad ✓	Transformar	Adolescencia	Resultado ✓	Educación de la madre ✓			Impacto	Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional ✓				Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica) ✓		
Marco de EWEC-LAC	Dimensión	Marco de monitoreo	Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad																									
Sobrevivir	Mujer	Insumo	Sexo ✓																									
Prosperar ✓	Niñez ✓	Salida	Etnicidad ✓																									
Transformar	Adolescencia	Resultado ✓	Educación de la madre ✓																									
		Impacto	Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional ✓																									
			Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica) ✓																									
Fuente preferida de datos	<ul style="list-style-type: none"> Encuestas nacionales de hogares de salud y nutrición. 																											
Fuentes alternativas de datos	<ul style="list-style-type: none"> Censos, estudios ad hoc. 																											

Estimaciones por grupos inter agenciales	<ul style="list-style-type: none"> UNICEF / OMS / Banco Mundial. Niveles y tendencias en malnutrición infantil. Hallazgos clave 2018. https://www.who.int/nutgrowthdb/2018-jme-brochure.pdf Las estimaciones del indicador a nivel mundial y regional incluyen a los niños y niñas menores de 5 años. La información desagregada por país está disponible en la mayoría de las encuestas de hogares. Las estimaciones interagenciales tienen reportes de desagregación de datos por sexo, grupo de edad, educación, residencia, etc.
Marcos de monitoreo global	<ul style="list-style-type: none"> Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente. OMS. 100 indicadores básicos de Salud. Countdown 2030. Indicadores demográficos. Estado Nutricional. Tier 2. Indicador B14.
Para más información	<p>La medición de peso y estatura-longitud en menores de 5 años deberá realizarse de acuerdo con las especificaciones técnicas estándares documentadas de la medición de OMS. Se deberán convertir los datos crudos de peso y estatura-longitud en puntaje z y hacer las estimaciones del indicador de sobrepeso y obesidad basados en las tablas de crecimiento infantil de la OMS.</p>
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> World Health Organization. Physical Status: The use and interpretation of anthropometry. WHO technical report series 845. Geneva: WHO, 1995. Galicia L, Grajeda R, López de Romaña D. Nutrition situation in Latin America and the Caribbean: current scenario, past trends, and data gaps. Rev PanamSaludPública. 2016;40(2):104-13. UNICEF -WHO-World Bank Joint Child Malnutrition Estimates. (UNICEF, New York; WHO, Geneva; The World Bank, Washington, DC; 2012). de Onis M, Blössner M, Borghi E, et al. (2004), Methodology for estimating regional and global trends of childhood malnutrition. Int J Epidemiol, 33(6):1260-70. Yang H and de Onis M. Algorithms for converting estimates of child malnutrition based on the NCHS reference into estimates based on the WHO Child Growth Standards. World Health Organization (2008). Training Course on Child Growth Assessment. Geneva, WHO, 2008.

Anemia (niños menores de 5 años), prevalencia



TODAS LAS MUJERES
TODOS LOS NIÑOS

POR MUJERES, NIÑOS Y ADOLESCENTES
SALUDABLES Y EMPODERADOS
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Definición	Niños y niñas entre 6 y 59 meses con concentración de hemoglobina (Hb) menor a 110 g/L, ajustando por la altitud del lugar de residencia.																											
Numerador	Total de niños y niñas entre 6 y 59 meses con concentración de hemoglobina menor de 110g/L.																											
Denominador	Población total con edades entre 6 y 59 meses.																											
Unidad de medida	X por ciento (%).																											
Consideraciones para la calidad del indicador	Se recomienda no incluir observaciones cuyas concentraciones de Hb sean implausibles: menores de 25 g/L o mayores de 200 g/L. El ajuste de las concentraciones de hemoglobina por la altitud del lugar de residencia se efectúa usando la siguiente fórmula desarrollada por el CDC: $Hb \text{ ajustada} = Hb \text{ no ajustada} + 0.32 (\text{altitud} \times 0.0033) - 0.22 (\text{altitud} \times 0.0033)^2$.																											
Implicaciones para la interpretación	La anemia es una condición que se evalúa midiendo la hemoglobina en la sangre. La prevalencia de anemia en la población se usa para clasificar la importancia del problema para la salud pública. La anemia afecta negativamente el desarrollo motor, ponderal y cognitivo de los infantes. La deficiencia de hierro se considera la causa más común de anemia, pero existen otras causas nutricionales y no nutricionales. Las concentraciones de hemoglobina en la sangre se ven afectadas por muchos factores, como la altitud (metros sobre el nivel del mar), la edad y el sexo, así como alimentación del lactante y niño pequeño, la suplementación con hierro entre otros																											
Indicador en contexto	La prevalencia de anemia varía considerablemente entre las regiones del mundo, y también al interior de los países. Una reciente revisión de las tendencias mundiales de la prevalencia de anemia indica que el incremento en las concentraciones medias de hemoglobina en el mundo ha sido marginal en las últimas décadas.																											
Marco de ODS	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Marco de EWEC-LAC</th> <th>Dimensión</th> <th>Marco de monitoreo</th> <th>Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sobrevivir</td> <td>Mujer</td> <td>Insumo</td> <td>Sexo ✓</td> </tr> <tr> <td>Prosperar</td> <td>✓ Niñez</td> <td>✓ Salida</td> <td>Etnicidad ✓</td> </tr> <tr> <td>Transformar</td> <td>Adolescencia</td> <td>Resultado ✓</td> <td>Educación de la madre ✓</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Impacto</td> <td>Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional ✓</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica) ✓</td> </tr> </tbody> </table>				Marco de EWEC-LAC	Dimensión	Marco de monitoreo	Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad	Sobrevivir	Mujer	Insumo	Sexo ✓	Prosperar	✓ Niñez	✓ Salida	Etnicidad ✓	Transformar	Adolescencia	Resultado ✓	Educación de la madre ✓			Impacto	Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional ✓				Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica) ✓
Marco de EWEC-LAC	Dimensión	Marco de monitoreo	Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad																									
Sobrevivir	Mujer	Insumo	Sexo ✓																									
Prosperar	✓ Niñez	✓ Salida	Etnicidad ✓																									
Transformar	Adolescencia	Resultado ✓	Educación de la madre ✓																									
		Impacto	Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional ✓																									
			Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica) ✓																									
Fuente preferida de datos	Encuestas de nutrición nacionales u otras encuestas de hogares																											
Fuentes alternativas de datos	N/A																											
Estimaciones por grupos inter agenciales	<ul style="list-style-type: none"> Nutrition Impact Model Study Group. 1995-2011 https://doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70001-9 WHO estimates 1990-2016 https://apps.who.int/gho/data/view.main.ANEMIACHILDRENv?lang=en 																											
Marcos de monitoreo global	<ul style="list-style-type: none"> Global Nutrition Monitoring Framework. https://apps.who.int/nutrition/landscape/global-monitoring-framework 																											
Para más información	<ul style="list-style-type: none"> Global Nutrition Report 2018. https://globalnutritionreport.org/blog/effect-population-estimates-country-level-nutrition-data-demographical-gymnastics-nutritional-conundrums/ OMS. Prevalencia de anemia a nivel mundial 1993-2005. https://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anaemia_iron_deficiency/9789241596657/en/ 																											
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> Lancet Glob Health. 2013 Jul;1(1):e16-25. doi: 10.1016/S2214-109X(13)70001-9. Epub 2013 Jun 25. OMS. 100 indicadores básicos de salud. https://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/chi_2015_57_anaemia_children.pdf?ua=1 																											

N / A

Desarrollo de la primera infancia (DPI) en cuanto a salud, aprendizaje y bienestar psicosocial, desagregado por sexo (niños de 24 a 59 meses)



TODAS LAS MUJERES
TODOS LOS NIÑOS

POR MUJERES, NIÑOS Y ADOLESCENTES
SALUDABLES Y EMPODERADOS
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Definición

Niños y niñas de 24 a 59 meses cuyo desarrollo es adecuado en cuanto a salud, aprendizaje y bienestar psicosocial. Este indicador se mide actualmente a través del porcentaje de niños y niñas de 36 a 59 meses que presentan un desarrollo adecuado en al menos tres de cuatro dominios: alfabetización–aptitud numérica, físico, socio-emocional y aprendizaje.

Los dominios incluidos en el indicador que se utilizan para la presentación de informes sobre el indicador 4.2.1 de los ODS se definen operativamente de la siguiente manera. Se considera que los niños presentan desarrollo adecuado en el dominio si:

1. **Alfabetización y aptitud numérica.** Pueden hacer al menos dos de las siguientes: identificar y nombrar al menos 10 letras del alfabeto; leer al menos 4 palabras simples y populares; reconocer los símbolos y nombrar todos los números del 1 al 10.
2. **Físico.** Pueden recoger un objeto pequeño con dos dedos, como un palo o roca del suelo, y la persona que es la cuidadora primaria no indica que el niño se ha sentido algunas veces demasiado enfermo para jugar.
3. **Socio-emocional.** Al menos dos de las siguientes son ciertas: el niño o la niña se lleva bien con otros niños; no patea, muerde o golpea a otros niños o adultos; el niño no se distrae fácilmente.
4. **Aprendizaje.** Puede seguir instrucciones simples sobre cómo hacer algo correctamente o cuando se le da algo que hacer es capaz de hacerlo de forma independiente.

Numerador

Número de niños de entre 36 y 59 meses de edad que cumplen con al menos 3 de los 4 dominios * 100.

Denominador

Número total de niños de entre 36 y 59 meses de edad.

Unidad de medida

X por ciento (%).

Consideraciones para la calidad del indicador

UNICEF mantiene la base de datos mundial sobre este indicador que es parte de los ODS (Indicador 4.2.1) y otros informes oficiales. Antes de la inclusión de cualquier punto de datos en la base de datos, los puntos focales en la sede de UNICEF lo examinan para comprobar la consistencia y la calidad general de los datos. Esta revisión se basa en un conjunto de criterios objetivos para garantizar que sólo se incluya la información más reciente y confiable en las bases de datos: las fuentes de datos deben incluir la documentación adecuada; los valores de los datos deben ser representativos a nivel de la población nacional; los datos se recopilan utilizando una metodología adecuada (por ejemplo, muestreo); los valores de datos se basan en una muestra suficientemente grande; los datos se ajustan a la definición estándar del indicador, incluyendo el grupo de edad y los conceptos, en la medida de lo posible; los datos son plausibles en función de las tendencias y la consistencia con las estimaciones publicadas/notificadas previamente para el indicador.

Implicaciones para la interpretación

El desarrollo de la primera infancia (DPI, o ECD por sus siglas en inglés para “*early childhood development*”) es fundamental para una trayectoria saludable en el curso de vida. Invertir en DPI es una de las inversiones más costo-efectivas que un país puede hacer para mejorar la salud, la educación y la productividad de los adultos con el fin de construir capital humano y promover el desarrollo sostenible. Aplicar estrategias poblacionales que impulsen el DPI propicia la equidad desde el inicio de la vida. Los esfuerzos para mejorar el DPI pueden lograr mejoras en el desarrollo humano, social y económicas tanto para los individuos como para las poblaciones.

Indicador en contexto

Se considera apropiado utilizar el proxy “porcentaje de niños de 36 a 59 meses que presentan un desarrollo adecuado en al menos tres de cuatro dominios” en tanto se publique la operacionalización del indicador, que en la revisión de marzo de 2020 se clasificó como indicador Tier II.

Marco de ODS

4 EDUCACIÓN DE CALIDAD



Marco de EWEC-LAC	Dimensión	Marco de monitoreo	Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad
Sobrevivir	Mujer	Insumo	Sexo ✓
Prosperar	✓ Niñez	✓ Salida	Etnicidad ✓
Transformar	Adolescencia	Resultado	Educación de la madre ✓
		Impacto	✓ Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional ✓
			Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica) ✓

Fuente preferida de datos	Los países recopilan datos sobre el estado del desarrollo de los niños a través de encuestas en los hogares, como MICS (UNICEF), o encuestas demográficas y de salud (DHS). Algunos de los elementos individuales incluidos en la medición del DPI pueden recopilarse a través de otros mecanismos (como otras encuestas o registros administrativos) en los países de ingresos altos.
Fuentes alternativas de datos	N/A
Estimaciones por grupos inter agenciales	UNICEF lleva a cabo un amplio proceso consultivo de recopilación y evaluación de datos procedentes de fuentes nacionales con el fin de actualizar sus bases de datos mundiales sobre la situación de los niños. A partir de 2018, UNICEF inició un nuevo proceso de consulta por países con las autoridades nacionales. El proceso de consulta solicitó comentarios directamente de las Oficinas Nacionales de Estadística, así como de otros organismos gubernamentales responsables de las estadísticas oficiales, sobre la compilación de los indicadores, incluidas las fuentes de datos utilizadas, y la aplicación de definiciones, clasificaciones y metodologías acordadas internacionalmente para los datos procedentes de esa fuente.
Marcos de monitoreo global	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente.
Para más información	<ul style="list-style-type: none"> • UNICEF. http://data.unicef.org/ecd/development-status.html
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> • Repositorio de metadatos de los ODS. https://unstats.un.org/sdgs/metadata/

Participación en el aprendizaje organizado (un año antes de la edad oficial de ingreso en la enseñanza primaria)



TODAS LAS MUJERES
TODOS LOS NIÑOS

POR MUJERES, NIÑOS Y ADOLESCENTES
SALUDABLES Y EMPODERADOS
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Definición	<p>Niños y niñas en el rango de edad incluido un año antes de entrar a la escuela primaria que participan en uno o más programas de aprendizaje organizados, incluidos los programas que ofrecen una combinación de educación y cuidado. El rango de edad variará según el país dependiendo de la edad oficial para ingresar a la educación primaria. El indicador mide la exposición de los niños a las actividades de aprendizaje organizadas en el año anterior al inicio de la escuela primaria. Se incluye la exposición de los niños que, siendo menores a la edad oficial de ingreso a la primaria, ya están cursando este nivel de estudios. Un alto valor del indicador muestra un alto grado de participación en el aprendizaje organizado inmediatamente antes de la edad oficial de ingreso a la educación primaria. El número de niños del grupo de edad incluido que participan en un programa de aprendizaje organizado se expresa como un porcentaje de la población total en el mismo rango de edad.</p>																											
Numerador	<p>Número de niños y niñas inscritos en las modalidades educativas de primera infancia o la educación primaria (niveles ISCED 0 y 1) que tengan un año por debajo de la edad de ingreso oficial a la educación primaria $\times 100$.</p>																											
Denominador	<p>Población total de niños que tengan un año por debajo de la edad de ingreso oficial a la educación primaria.</p>																											
Unidad de medida	<p>X por ciento (%).</p>																											
Consideraciones para la calidad del indicador	<p>La edad oficial de ingreso a las primarias es la edad a la que los niños están obligados a iniciar la educación primaria de acuerdo con la legislación o las políticas nacionales. Cuando se especifica más de una edad, por ejemplo, en diferentes partes de un país, se utiliza la edad de entrada oficial más común (es decir, la edad a la que se espera que la mayoría de los niños en el país comiencen a primarios) para el cálculo de este indicador a nivel mundial.</p>																											
Implicaciones para la interpretación	<p>La participación en los programas de aprendizaje en los primeros años no es tiempo completo para muchos niños, lo que significa que la exposición a entornos de aprendizaje fuera del hogar variará en intensidad. El indicador mide el porcentaje de niños expuestos al aprendizaje organizado, pero no la intensidad del programa, lo que limita la capacidad de sacar conclusiones sobre la medida en que se está alcanzando este objetivo. Se necesita más trabajo para garantizar que la definición de los programas de aprendizaje sea coherente en varias encuestas y definida de manera que los encuestados puedan entender fácilmente, idealmente con información complementaria recopilada sobre la cantidad de tiempo que los niños programas de aprendizaje.</p>																											
Indicador en contexto	<p>Un programa de aprendizaje organizado consiste en un conjunto o secuencia coherente de actividades educativas diseñadas con la intención de lograr resultados de aprendizaje predeterminados o la realización de un conjunto específico de tareas educativas. Los programas de educación primaria y de primera infancia son ejemplos de programas de aprendizaje organizados.</p> <p>La primera infancia y la educación primaria se definen en la revisión de 2011 de la Clasificación Estándar Internacional de la Educación (ISCED 2011). La educación en la primera infancia se diseña típicamente con un enfoque holístico para apoyar el desarrollo cognitivo, físico, social y emocional temprano de los niños e introducir a los niños pequeños a la instrucción organizada fuera del contexto familiar. La educación primaria ofrece actividades de aprendizaje y educativas diseñadas para proporcionar a los estudiantes habilidades fundamentales en lectura, escritura y matemáticas y establecer una base sólida para el aprendizaje y la comprensión de las áreas básicas del conocimiento y Desarrollo. Se centra en el aprendizaje en un nivel básico de complejidad con poca especialización, si la hay.</p>																											
Marco de ODS 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Marco de EWEC-LAC</th> <th>Dimensión</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sobrevivir</td> <td>Mujer</td> </tr> <tr> <td>Prosperar</td> <td>Niñez</td> </tr> <tr> <td>Transformar</td> <td>Adolescencia</td> </tr> </tbody> </table>	Marco de EWEC-LAC	Dimensión	Sobrevivir	Mujer	Prosperar	Niñez	Transformar	Adolescencia	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Marco de monitoreo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Insumo</td> </tr> <tr> <td>Salida</td> </tr> <tr> <td>Resultado</td> </tr> <tr> <td>Impacto</td> </tr> </tbody> </table>	Marco de monitoreo	Insumo	Salida	Resultado	Impacto	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sexo</td> </tr> <tr> <td>Etnicidad</td> </tr> <tr> <td>Educación de la madre</td> </tr> <tr> <td>Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional</td> </tr> <tr> <td>Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica)</td> </tr> </tbody> </table>	Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad	Sexo	Etnicidad	Educación de la madre	Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional	Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica)	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table>	✓	✓	✓	✓	✓
Marco de EWEC-LAC	Dimensión																											
Sobrevivir	Mujer																											
Prosperar	Niñez																											
Transformar	Adolescencia																											
Marco de monitoreo																												
Insumo																												
Salida																												
Resultado																												
Impacto																												
Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad																												
Sexo																												
Etnicidad																												
Educación de la madre																												
Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional																												
Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica)																												
✓																												
✓																												
✓																												
✓																												
✓																												

Fuente preferida de datos	<p>El indicador se puede calcular tanto a partir de datos administrativos como de encuestas de hogares.</p> <p>Administrativos: el número de matriculaciones en los programas de aprendizaje organizados son reportados por las escuelas y la población en el grupo de edad un año por debajo de la edad oficial de ingreso primaria se deriva de las estimaciones de población.</p> <p>Encuestas de hogares: tanto las matriculaciones como la población se recogen al mismo tiempo.</p>
Fuentes alternativas de datos	N/A
Estimaciones por grupos inter agenciales	<p>Para el cálculo de este indicador a nivel mundial, el Instituto de se utilizan estimaciones de población de la División de Población de las Naciones Unidas.</p> <p>Las estimaciones están disponibles en el Instituto de Estadísticas de UNESCO: http://data.uis.unesco.org/index.aspx?queryid=3409</p>
Marcos de monitoreo global	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente.
Para más información	<ul style="list-style-type: none"> • UNESCO. SDG 4. http://uis.unesco.org/en/topic/sustainable-development-goal-4
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> • Repositorio de metadatos de los ODS. https://unstats.un.org/sdgs/metadata/

Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud



TODAS LAS MUJERES
TODOS LOS NIÑOS

POR MUJERES, NIÑOS Y ADOLESCENTES
SALUDABLES Y EMPODERADOS
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Definición	<p>Nivel de gastos de bolsillo expresados como porcentaje del gasto total en salud.</p> <p><u>Gastos de bolsillo</u>: Los gastos en salud por parte de los hogares como pagos directos a los proveedores de atención médica. Debe ser neto de reembolsos del seguro de salud.</p> <p><u>Hogar</u>: individuo o un grupo de personas que comparten el mismo alojamiento, que agrupan parte, o la totalidad, de sus ingresos y riqueza y que consumen ciertos tipos de bienes y servicios colectivamente, principalmente vivienda y alimentos.</p> <p><u>Gasto total en salud (THE, por sus siglas en inglés)</u>: La suma de todos los gastos de mantenimiento, restauración o mejora de la salud pagados en efectivo o suministrados en especie. Es la suma del Gasto General de los Gobiernos en Salud y Gasto Privado en Salud.</p>																											
Numerador	Gasto de bolsillo en salud para el año fiscal de interés × 100.																											
Denominador	Gasto total en salud para el mismo año fiscal y en la misma unidad monetaria que el numerador.																											
Unidad de medida	X por ciento (%).																											
Consideraciones para la calidad del indicador	<p>Las cuentas nacionales de salud (CNS) rastrean los flujos de financiamiento de los agentes que deciden sobre el uso de los fondos. La estrategia de las CNS es realizar un seguimiento de los registros de las transacciones, sin doble conteo y con el fin de alcanzar una cobertura integral. Por lo tanto, los reembolsos del seguro deben deducirse. Las transacciones monetarias y no monetarias se contabilizan a valor de los compradores, por lo que los pagos en especie deben valorarse al precio de los compradores. Existen guías para producir cuentas nacionales de salud. (OCDE, 2000; OMS-Banco Mundial-USAID, 2003).</p> <p>Se recomienda seguir las guías para la producción de las cuentas nacionales de Salud. https://www.who.int/health-accounts/documentation/system_of_health_accounts_2011/en/</p>																											
Implicaciones para la interpretación	Este es un indicador central de los sistemas de financiación de la salud. Contribuye a comprender el peso relativo de los pagos directos de los hogares en los gastos sanitarios totales.																											
Indicador en contexto	Los altos pagos de su propio bolsillo están fuertemente asociados con un gasto catastrófico y empobrecedor. Este indicador es clave para apoyar los procesos de planificación y de equidad.																											
Marco de ODS	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Marco de EWEC-LAC</th> <th>Dimensión</th> <th>Marco de monitoreo</th> <th>Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sobrevivir</td> <td>Mujer ✓</td> <td>Insumo</td> <td>Sexo</td> </tr> <tr> <td>Prosperar ✓</td> <td>Niñez ✓</td> <td>Salida</td> <td>Etnicidad ✓</td> </tr> <tr> <td>Transformar</td> <td>Adolescencia ✓</td> <td>Resultado</td> <td>Educación ✓</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Impacto ✓</td> <td>Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional ✓</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica) ✓</td> </tr> </tbody> </table>	Marco de EWEC-LAC	Dimensión	Marco de monitoreo	Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad	Sobrevivir	Mujer ✓	Insumo	Sexo	Prosperar ✓	Niñez ✓	Salida	Etnicidad ✓	Transformar	Adolescencia ✓	Resultado	Educación ✓			Impacto ✓	Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional ✓				Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica) ✓	N / A		
Marco de EWEC-LAC	Dimensión	Marco de monitoreo	Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad																									
Sobrevivir	Mujer ✓	Insumo	Sexo																									
Prosperar ✓	Niñez ✓	Salida	Etnicidad ✓																									
Transformar	Adolescencia ✓	Resultado	Educación ✓																									
		Impacto ✓	Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional ✓																									
			Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica) ✓																									
	El indicador 3.8.2 se relaciona con este indicador, pero usa el ingreso/ gasto a nivel hogar como denominador, como una aproximación al objetivo de la protección financiera.																											
Fuente preferida de datos	<ul style="list-style-type: none"> Cuentas Nacionales de Salud. Sistemas de información administrativa. Encuestas de ingresos y gastos de los hogares. 																											
Fuentes alternativas de datos	Estudios especiales.																											
Estimaciones por grupos inter agenciales	Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente.																											
Marcos de monitoreo global	<ul style="list-style-type: none"> Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente. OMS. 100 indicadores básicos de salud. https://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/chi_2015_120_health_expend_out_pocket.pdf?ua=1 																											
Para más información	<ul style="list-style-type: none"> Herramienta para la producción de las cuentas nacionales de Salud. OMS. https://www.who.int/health-accounts/tools/HAPT/en/ 																											
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> Registro de Metadatos del Observatorio Global de Salud. OMS. http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=1# 																											

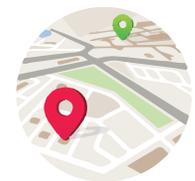
Estratificadores



TODAS LAS MUJERES
TODOS LOS NIÑOS

POR MUJERES, NIÑOS Y ADOLESCENTES
SALUDABLES Y EMPODERADOS
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Se trata de los determinantes sociales usados en los análisis de desigualdades en salud para delimitar los grupos a comparar.



Sexo	Étnicidad	Educación	Nivel Socioeconómico	Lugar de residencia
------	-----------	-----------	----------------------	---------------------

Sexo		
Definición	Consideraciones conceptuales	Ejemplos de categorías (operacionalización)
Constructo biológico basado en características que permiten la reproducción sexual.	Para el análisis de desigualdades en salud, la variable de sexo se limita a la información de autoidentificación reportada por los participantes en las encuestas de salud o en los sistemas de recolección rutinaria.	Masculino y femenino <ul style="list-style-type: none"> • porcentaje de población masculina. • porcentaje de población femenina.
Etnicidad		
Definición	Consideraciones conceptuales	Ejemplos de categorías (operacionalización)
Se refiere a grupos humanos que comparten una herencia cultural y ancestral.	Los grupos étnicos suelen autodefinirse con base en características culturales y físicas compartidas, por ejemplo, el idioma que hablan o el color de piel.	Población indígena <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de población con auto adscripción indígena. • Porcentaje de población que habla una lengua indígena. Población afrodescendiente <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de población que es afrodescendiente.
Educación		
Definición	Consideraciones conceptuales	Ejemplos de categorías (operacionalización)
Indica el máximo nivel de educación obtenido por la población.	Se reconoce el acceso a la educación tiene un impacto en las condiciones de salud de la población ya que facilita el contacto e interacción con los servicios de salud. En caso de hacer comparaciones en el tiempo o entre países, se debe considerar que hay variaciones en los efectos de la educación en la salud entre cohortes del mismo lugar geográfico y también entre países.	Nivel educativo <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de población que ha completado la secundaria. • Años de escolaridad.

Nivel socioeconómico		
Definición	Consideraciones conceptuales	Ejemplos de categorías (operacionalización)
Se refiere a factores sociales y económicos que influyen qué posición tomarán los individuos en la sociedad.	El ingreso y la riqueza son los dos indicadores de nivel socioeconómico que miden más directamente las circunstancias materiales. Para la interpretación de resultados en análisis transversales, se debe considerar que opera una doble direccionalidad en la relación entre ingreso/riqueza y salud: tanto la riqueza puede ayudar a conseguir salud, como la gente saludable tiene mayor oportunidad de conseguir riqueza. Inversamente también los individuos enfermos pueden sufrir empobrecimiento a causa de la enfermedad.	<p>Ingreso</p> <ul style="list-style-type: none"> Se usa frecuentemente el ingreso del hogar con base en las estimaciones de encuestas de ingresos y gastos. Presenta niveles altos de variabilidad en el tiempo. Se reconoce que las estimaciones de consumo ofrecen mayor confiabilidad en contextos donde un alto porcentaje de la población labora en el sector informal. <p>Riqueza</p> <ul style="list-style-type: none"> Se utiliza en lo general en el análisis de encuestas. Se estima por lo general al nivel del hogar. El análisis incluye los bienes que se poseen en el hogar y la calidad de la vivienda en la que viven. Se analiza usualmente en quintiles de riqueza al nivel del hogar.

Lugar de residencia		
Definición	Consideraciones conceptuales	Ejemplos de categorías (operacionalización)
También denominada ubicación geográfica, se refiere a la ubicación en áreas rurales o urbanas.	La evidencia señala que los habitantes de poblaciones dispersas o más alejadas suelen tener características demográficas diferentes a las zonas rurales, con mayor proporción de niños y adultos mayores, así como indígenas, y menores niveles socioeconómicos en promedio, comparado con las zonas urbanas. Entre las barreras encontradas por las poblaciones rurales están: largas distancias a las instalaciones de salud, eventos por clima adverso, y servicios de salud que no están alineados con las preferencias culturales.	<p>Urbano / rural</p> <ul style="list-style-type: none"> Se aplican criterios por convención de acuerdo con el tipo de estudio, u objetivos institucionales: <ul style="list-style-type: none"> Número de habitantes. Densidad de población. Redes de transporte público. Disponibilidad de servicios de saneamiento.

FUENTES DE DATOS:

Los datos para los estratificadores pueden obtenerse de fuentes diferentes, dependiendo si se quiere hacer análisis a nivel individual o ecológico (con datos agrupados). En el primer caso -nivel individual- lo más recomendable es usar datos de encuestas representativas al menos en estrato urbano y rural; en el caso de análisis con datos agrupados por unidad geográfica se suelen usar datos administrativos de los sistemas de recolección rutinaria, atendiendo a los eventos políticos, históricos o económicos que expliquen cambios significativos en la determinación social de salud a través del tiempo.

1. Krieger N. A glossary for social epidemiology. J Epidemiol Community Health. 2001;56 (page 42):693–700.
2. Oakes JM, Kaufman JS, editors. Methods in social epidemiology. San Francisco: John Wiley & Sons, Inc; 2006.
3. Canadian Institute for Health Information. In Pursuit of Health Equity: Defining Stratifiers for Measuring Health Inequality A Focus on Age, Sex, Gender, Income, Education and Geographic Location. Ottawa: CIHI; 2018.