



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 32 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 32 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
<b>Sobrevivir</b>			
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		
Lactancia materna exclusiva	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		
<b>Prosperar</b>			
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		✓
<b>Transformar</b>			
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	
<b>Estratificadores</b>			
	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.			
<b>Indicadores adicionales Tier II*</b>			
Indicadores de calidad de parto normal			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.
Indicadores de calidad de complicaciones obstétricas y neonatales			
Consumo excesivo de alcohol y drogas en jóvenes			

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.

# Razón de Mortalidad Materna (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

<b>Definición</b>	Número anual de muertes de mujeres relacionadas con, o agravadas por el embarazo, parto o puerperio, excluyendo causas accidentales o incidentales. Comprende el período desde la concepción hasta el día 42 posparto, sin importar la localización del embarazo, o la duración de este. Se expresa por cada 100 000 nacidos vivos.			
<b>Numerador</b>	Número de muertes maternas en un lugar y periodo.			
<b>Denominador</b>	Número de nacidos vivos en el mismo lugar y periodo.			
<b>Unidad de medida</b>	X por 100,000 nacidos vivos.			
<b>Consideraciones para la calidad del indicador</b>	Es importante corregir por la proporción de muertes maternas mal clasificadas, y tomar en cuenta el porcentaje de subregistro. Para cada muerte se requiere información sobre el estatus del embarazo, el periodo en que se presentó la muerte (durante la gestación, el parto o qué día dentro de los 42 días posteriores al parto), y de la causa de muerte.			
<b>Implicaciones para la interpretación</b>				
La RMM mide el riesgo obstétrico una vez que la mujer queda embarazada. Es el indicador más apropiado si se quieren evaluar los servicios de salud materna.				
La Tasa de mortalidad materna (cuyo denominador es el número de mujeres en edad reproductiva) mide el riesgo de morir e incluye tanto la posibilidad de quedar embarazada (fecundidad) como de morir durante el embarazo o el puerperio. Si la intención es medir la línea de base o el progreso de los servicios de salud reproductiva, la tasa de mortalidad materna es una mejor medida porque incorpora el progreso en el uso de planificación familiar (fecundidad, espaciamiento, edad al momento del embarazo) así como el progreso en los servicios de maternidad (acceso y calidad de la atención).				
<b>Indicador en contexto</b>	Este indicador es relevante en su calidad de trazador porque captura fallas tanto de la atención primaria (prevención y diagnóstico temprano), como hospitalaria (tratamiento oportuno y manejo efectivo de las complicaciones), y también de las condiciones sociales de acuerdo con el “modelo de los retrasos”:			
<b>Marco de ODS</b>	<b>Marco de EWEC-LAC</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Marco de monitoreo</b>	<b>Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad</b>
<p>3 SALUD Y BIENESTAR</p>	Sobrevivir ✓	Mujer ✓	Insumo	Sexo
	Prosperar	Niñez	Salida	Etnicidad ✓
	Transformar	Adolescencia	Resultado	Educación ✓
			Impacto ✓	Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional ✓
			Producto	Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica) ✓
<b>Fuente preferida de datos</b>				
Registros vitales obtenidos rutinariamente, en contextos donde la cobertura de registro médico de causas de muerte sea alto, y con evaluación periódica del porcentaje de mala clasificación y de subregistro.				
<b>Fuentes alternativas de datos</b>	Encuestas de hogares, censos, sistemas de vigilancia centinela, estudios ad hoc.			
<b>Estimaciones por grupos inter agenciales</b>	OMS, UNICEF, UNFPA, la División de Población de las Naciones Unidas y el Grupo del Banco Mundial han elaborado un método para ajustar los datos existentes a fin de tener en cuenta tener las cuestiones relativas a la calidad de los datos y garantizar la comparabilidad de las distintas fuentes de datos. Este método implica la evaluación de los datos para determinar si están completos y, en los casos en que necesario, ajuste por clasificación errónea de las defunciones, así como la elaboración de estimaciones mediante modelos estadísticos para los países que no disponen de datos nacionales fiables datos de nivel.			
<b>Marcos de monitoreo global</b>	Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, con este enlace <a href="https://www.who.int/life-course/publications/gs-Indicador-and-monitoring-framework.pdf">https://www.who.int/life-course/publications/gs-Indicador-and-monitoring-framework.pdf</a>			

---

**Para más información**

- 100 indicadores Básicos de Salud de la OMS, 2018.
- Trends in maternal mortality: 2000 to 2017
- Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327595/9789241516488-eng.pdf?ua=1>

---

**Referencias**

- Calvillo EJ, Skog AP, Tenner AG, Lee &, Wallis A. Applying the lessons of maternal mortality reduction to global emergency health. Bull World Heal Organ [Internet]. 2015 [cited 2019 Feb 4];93:417–23. Available from: <https://www.who.int/bulletin/volumes/93/6/14-146571.pdf>

# Mortalidad de menores de 5 años (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

<b>Definición</b>	Probabilidad de morir entre el nacimiento y los 5 años, expresada por cada 1,000 nacidos vivos
<b>Numerador</b>	Número de defunciones de menores de 5 años multiplicado por 1,000.
<b>Denominador</b>	Número de nacidos vivos en el mismo año y lugar.
<b>Unidad de medida</b>	X por cada 1,000 nacidos vivos.

## Consideraciones para la calidad del indicador

Del mismo modo que con otros indicadores de mortalidad, es un reto obtener tasas precisas de mortalidad en menores de 5 años dadas las dificultades que existen para clasificar adecuadamente las muertes, al igual que la prontitud y la cobertura de los registros de recién nacidos, que muchas veces varían de acuerdo con el lugar (urbano, rural), o el grupo étnico.

## Implicaciones para la interpretación

Este indicador no es estrictamente una tasa, sino una probabilidad estimada de muerte antes del cumpleaños número 5. Se usa el número de nacidos vivos como un proxy del número de niños de 5 años de edad, por lo que la estimación está sujeta a mayores errores en contextos de baja cobertura de registro de nacimiento y de muerte. Se han aplicado métodos estadísticos de estimación para superar algunos de estas limitaciones. Ver, por ejemplo, la estimación del grupo inter-agencial de las Naciones Unidas.

Algunos métodos para la estimación de este indicador son:

- Registro civil: se usa como numerador el número de muertes a la edad de 0 a 5 años para un lugar y año multiplicada por 1,000; y como denominador se usa la población de nacidos vivos para el mismo lugar y año.
- Censos y encuestas: método indirecto, se indaga cuántos nacimientos han tenido las mujeres en edad reproductiva y cuántos han sobrevivido; con esa información se aplica el método de Brass.
- Encuestas: método directo basado en el historial de nacimientos que incluye una serie de preguntas específicas para cada hijo/hija que ha tenido. Para reducir los errores de muestreo, las estimaciones por esta vía se presentan usualmente en agrupando los 5 o 10 años previos a la encuesta.

## Indicador en contexto

La probabilidad de morir antes del cumpleaños número 5 es un indicador sensible a los determinantes sociales de la salud, porque abarca un periodo más largo de exposición a ellos que la mortalidad infantil. En un modelo estadístico se encontró que las reducciones en la tasa de mortalidad en menores de 5 años estaban explicadas 55% por: incremento en la escolaridad de la madre, incremento en el ingreso del hogar, migración interna, disminución de las tasas de fecundidad, disminución del bajo peso al nacer, aumento en la lactancia de inicio temprano, incremento en la prevalencia de uso de anticonceptivos, disminución de la paridad (número de hijos por mujer), y acceso a instalaciones de saneamiento mejorado.

## Marco de ODS



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

## Fuente preferida de datos

Registros administrativos (registro civil de nacimientos y defunciones) en casos en que las coberturas de registro son altas.

**Fuentes alternativas de datos** Encuestas poblacionales, censos.

<b>Estimaciones por grupos inter agenciales</b>	Grupo Inter agencial de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil. Nota explicativa en español. <a href="https://childmortality.org/wp-content/uploads/2018/12/Spanish_IGME_country_consultation_note.pdf">https://childmortality.org/wp-content/uploads/2018/12/Spanish_IGME_country_consultation_note.pdf</a>
<b>Marcos de monitoreo global</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <a href="#">Estrategia Mundial para la Niñez, Mujeres y Adolescencia</a>. Indicador clave Sobrevivir 2.</li><li>• <a href="#">Countdown 2030</a>: Indicadores demográficos, mortalidad infantil,</li></ul>
<b>Para más información</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <a href="https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/">https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/</a></li></ul>
<b>Referencias</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <a href="https://childmortality.org/">https://childmortality.org/</a></li></ul>

# Mortalidad infantil (menores de 1 año)



TODAS LAS MUJERES  
TODOS LOS NIÑOS

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

<b>Definición</b>	Riesgo de morir de un niño o niña antes de alcanzar el primer año de vida en un lugar y periodo determinado, si se le expone a la experiencia de mortalidad específica por edad.
<b>Numerador</b>	Número de defunciones de menores de 1 año multiplicado por 1,000.
<b>Denominador</b>	Número de nacidos vivos en el mismo año y lugar.
<b>Unidad de medida</b>	X por cada 1,000 nacidos vivos.

## Consideraciones para la calidad del indicador

Del mismo modo que con otros indicadores de mortalidad, es un reto obtener tasas de mortalidad infantil precisas dadas las dificultades que existen para clasificar adecuadamente las muertes, al igual que la prontitud y la cobertura de los registros de recién nacidos, que muchas veces varían de acuerdo con el lugar (urbano, rural) o el grupo específico de población, como la población étnica.

Algunos métodos para la estimación de este indicador son:

- Registro civil y oficinas de estadísticas vitales: se usa como numerador el número de muertes a la edad de 0 años para un lugar y año multiplicada por 1,000; y como denominador se usa la población de nacidos vivos para el mismo lugar y año.
- Censos y encuestas: método indirecto, se indaga cuántos nacimientos han tenido las mujeres en edad reproductiva y cuántos han sobrevivido; con esa información se aplica el método de Brass.
- Encuestas: método directo basado en el historial de nacimientos que incluye una serie de preguntas específicas para cada hijo/hija que ha tenido. Para reducir los errores de muestreo, las estimaciones por esta vía se presentan usualmente en agrupando los 5 o 10 años previos a la encuesta.

## Implicaciones para la interpretación

Se interpreta como “X” muertes en menores de 1 año por cada 1,000 nacidos vivos. Las estimaciones de grupos interagenciales pasan por un tratamiento estadístico que permite una mejor comparación entre países. Para hacer comparaciones entre las unidades subnacionales al interior de un país, se deberán considerar variaciones en las fuentes o las coberturas de registro de nacimiento, por ejemplo.

## Indicador en contexto

Además de medir la supervivencia infantil, la tasa de mortalidad infantil se considera una aproximación importante de la medida de la salud en la población, y refleja la asociación entre las causas de mortalidad infantil y otros determinantes sociales de la salud, como el desarrollo económico, las condiciones generales de vida, el bienestar social, la calidad ambiental, que son objeto de programas de acción tales como vacunación, hidratación oral, manejo de aguas residuales y excretas, piso firme que buscan reducir los niveles de mortalidad infantil. También, de la oportunidad y el acceso a la atención médica adecuada, especialmente a los cuidados médicos relativos a la atención perinatal. Una revisión histórica de las intervenciones para la reducción de la mortalidad infantil concluye que las intervenciones estructurales como las mejoras en los sistemas de registro civil, y de saneamiento como la purificación del agua y la pasteurización de la leche son centrales para disminuir este fenómeno.

## Marco de ODS

**3** SALUD  
Y BIENESTAR



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

### Fuente preferida de datos

Registros administrativos (estadísticas vitales / registro civil de nacimientos y defunciones) en casos en que las coberturas de registro son altas.

**Fuentes alternativas de datos** Encuestas de hogares, registros clínicos sistematizados

### Estimaciones por grupos inter agenciales

Grupo Inter agencial de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil. Nota explicativa en español.  
[https://childmortality.org/wp-content/uploads/2018/12/Spanish\\_IGME\\_country\\_consultation\\_note.pdf](https://childmortality.org/wp-content/uploads/2018/12/Spanish_IGME_country_consultation_note.pdf)

### Marcos de monitoreo global

### Para más información

- Grupo Inter agencial de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil. <https://childmortality.org/>

### Referencias

- <https://childmortality.org/>



# Mortalidad neonatal (primeros 28 días de vida)



TODAS LAS MUJERES  
TODOS LOS NIÑOS

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

<b>Definición</b>	Probabilidad (expresada por 1000 nacidos vivos) de un niño o niña de morir durante los primeros 28 días de vida, para un periodo y lugar determinados, estando sujetos a las tasas de mortalidad específicas para la edad en ese periodo.																											
<b>Numerador</b>	Número de muertes de niños entre los 0 y 27 días 23 horas de vida, excluyendo aquellos con 28 días ya cumplidos (registro civil y encuesta).																											
<b>Denominador</b>	Número de nacidos vivos durante el periodo (registros civiles). Número de niños sobrevivientes al inicio del rango de edad especificado, durante los 10 años previos a la encuesta (encuesta).																											
<b>Unidad de medida</b>	X por 1,000 nacidos vivos.																											
<b>Consideraciones para la calidad del indicador</b>	En países con baja cobertura de los sistemas de registro de nacimiento y mortalidad, se recomienda recurrir a las estimaciones del grupo interagencial IGME. En caso de que esté disponible el dato con suficiente cobertura, para un mayor nivel de análisis, las muertes neonatales pueden subdividirse en “tempranas”: de 0 a 7 días, y “tardías” del 8° al 28° día.																											
<b>Implicaciones para la interpretación</b>																												
Se espera que la mayoría de las muertes neonatales ocurran en la primera semana, con predominio del primer día de vida.																												
<b>Indicador en contexto</b>	A nivel global, las reducciones en la tasa de mortalidad neonatal han sido menos rápidas que para la mortalidad infantil, lo que se expresa en un aumento relativo de su peso sobre la totalidad de la mortalidad infantil. Este indicador es sensible a mejoras en los determinantes sociales de la salud (incluso fuera del sector salud); tanto a intervenciones basadas en personas de la comunidad (educación para la salud en grupos de mujeres, visitas domiciliarias los primeros 2 días de vida), como a aquellas que mejoran la calidad de la atención en el embarazo y parto, vacunación antitetánica en mujeres en edad fértil, lactancia materna exclusiva, aplicación adecuada de la resucitación neonatal, cuidados del cordón umbilical, manejo de las infecciones neonatales; a la presencia de médicos y enfermeras capacitados en la atención primaria, y mejoras en la infraestructura y equipo médico en el 2° y 3° nivel de atención sanitaria, y también los sistemas de referencia y contrarreferencia.																											
<b>Marco de ODS</b>	<p>3 SALUD Y BIENESTAR</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>Producto</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 ✓			Producto	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 ✓																									
		Producto	Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica) ✓																									
<b>Fuente preferida de datos</b>																												
Registros civiles/ estadísticas vitales y de salud con alta cobertura																												
<b>Fuentes alternativas de datos</b>	Encuestas de hogares, censos, registros clínicos sistematizados																											
<b>Estimaciones por grupos inter agenciales</b>	Grupo Inter agencial de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil. (IGME por sus siglas en Inglés) <a href="https://childmortality.org/">https://childmortality.org/</a>																											
<b> Marcos de monitoreo global</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030, indicador clave 3. <a href="https://www.who.int/life-course/publications/gs-Indicator-and-monitoring-framework.pdf">https://www.who.int/life-course/publications/gs-Indicator-and-monitoring-framework.pdf</a></li> </ul>																											

---

**Para más información**

- <https://data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/>

**Referencias**

- <https://childmortality.org/>

# Bajo peso al nacer (prevalencia)



TODAS LAS MUJERES  
TODOS LOS NIÑOS

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

<b>Definición</b>	Porcentaje de los nacidos vivos con peso al nacimiento de menos de 2500 gramos.
<b>Numerador</b>	Número de nacidos vivos con peso al nacimiento de menos de 2500 gramos en un periodo de tiempo (p.ej. 1 año).
<b>Denominador</b>	Número de nacidos vivos en el mismo periodo de tiempo (p.ej. 1 año).
<b>Unidad de medida</b>	X por ciento (%).

## Consideraciones para la calidad del indicador

El peso al nacer es el primer peso registrado después del nacimiento, idealmente medido dentro de las primeras horas después del nacimiento, antes de que ocurra una pérdida posnatal significativa de peso. Este indicador podría estar sujeto a mayor sesgo en contextos donde no exista el instrumento de medida, o esté mal calibrado. O en los casos donde la fuente son los registros de nacimientos, la calidad del indicador podría variar de acuerdo con el porcentaje de cobertura de registro de nacimiento. También es necesario ajustar las estimaciones basadas en encuestas para ajustar los datos que faltan, así como el sesgo de reporte en el que se acumulan pesos de nacimiento en múltiplos de 100g y 500g.

## Implicaciones para la interpretación

El BPN es un indicador de la reserva fisiológica que la madre ha transmitido al recién nacido, especialmente en términos del estado nutricional. Es una referencia del punto de partida que tiene un recién nacido para el desarrollo de su trayectoria funcional en el curso de vida.

Se ha documentado que los hijos de madres menores a 19 años y entre los periodos de 35 a 40 años tienen mayor probabilidad de cursar con bajo peso al nacer (BPN), independientemente de su estatus socioeconómico, por lo que este indicador estará influenciado por el porcentaje de madres en estos grupos de edad. (Lancet Glob Health. 2015 Jul;3(7):e366-77).

## Indicador en contexto

El bajo peso al nacer está relacionado con aumento del riesgo de muerte en el período neonatal y otras consecuencias durante todo el ciclo de vida, como el periodo de la adolescencia, desenlaces adversos durante la edad adulta, por ejemplo, cifras alteradas de glucosa en ayuno.

## Marco de ODS

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 de la madre ✓
		Impacto ✓	Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional ✓
		Producto	Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica) ✓

## Fuente preferida de datos

Encuestas poblacionales con representatividad nacional/subnacional. Sistemas de información administrativos (registros de certificados de nacimiento), sistema Informático Perinatal, encuestas poblacionales con representatividad nacional/subnacional.

**Fuentes alternativas de datos** Registros hospitalarios, sistemas de registros electrónicos del nacimiento.

**Estimaciones por grupos inter agenciales** Base de datos global sobre bajo peso al nacer, Edición 2019. UNICEF y OMS <https://data.unicef.org/topic/nutrition/low-birthweight/>

**Marcos de monitoreo global**

- Global Nutrition Monitoring Framework. <https://apps.who.int/nutrition/landscape/global-monitoring-framework>

---

**Para más información**

- [Desarrollo y salud del niño y el adolescente](#). 2017.
- UNICEF/WHO. <https://data.unicef.org/resources/unicef-who-low-birthweight-estimates-levels-and-trends-2000-2015/>

---

**Referencias**

- Lancet Glob Health. 2015 Jul;3(7):e366-77. doi: 10.1016/S2214-109X(15)00038-8. Epub 2015 May 18.
- Eur J Epidemiol. 2019 Mar;34(3):279-300. doi: 10.1007/s10654-019-00502-9. Epub 2019 Mar 18.
- Cutland CL, Lackritz EM, Mallett-Moore T, et al. Low birth weight: Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of maternal immunization safety data. *Vaccine*. 2017;35(48 Pt A):6492–6500. doi:10.1016/j.vaccine.2017.01.049
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5710991/pdf/main.pdf>
- Blencowe H, et al. National, regional, and worldwide estimates of low birthweight in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet Global Health*: May 15, 2019 DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30565-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30565-5)
- Watkins WJ, Kotecha SJ, Kotecha S. All-Cause Mortality of Low Birthweight Infants in Infancy, Childhood, and Adolescence: Population Study of England and Wales. *PLoS Med* 13(5): e1002018. pmid:27163787

# Atención prenatal, 4 o más controles (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

<b>Definición</b>	El porcentaje de mujeres de 15-49 que han tenido un nacido vivo y que recibieron atención prenatal en cuatro o más ocasiones. Este indicador se puede calcular de igual forma para mujeres de 15-19 años de edad.
<b>Numerador</b>	Número de mujeres en edades de 15-49 que han tenido un nacido vivo y que recibieron atención prenatal en cuatro o más ocasiones
<b>Denominador</b>	Número total de mujeres en edades 15-49 que tuvieron un nacido vivo en el mismo periodo.
<b>Unidad de medida</b>	X por ciento (%).

**Consideraciones para la calidad del indicador**

Para el caso de los datos que provienen de encuestas, se debe considerar el error de recordatorio, especialmente porque se indaga sobre los embarazos ocurridos en 2 a 5 años previos a la encuesta.

Los datos provenientes de los sistemas administrativos deben usarse con cautela y asegurarse que incluyan establecimientos públicos y privados y que la cobertura de nacimientos sea superior al 90 por ciento.

**Implicaciones para la interpretación**

Los reportes basados en encuestas de hogares de este indicador no discriminan por el tipo de atención recibida ni el lugar donde se recibe la atención. El indicador de cobertura de atención prenatal de 1 o más ocasiones, es específico para atenciones prenatales provistas por personal capacitado.

**Indicador en contexto**

La atención prenatal es un indicador de acceso y uso de los servicios de salud durante el embarazo. El periodo prenatal es clave para llegar a las mujeres embarazadas con intervenciones que podrían ser vitales y mejorar el bienestar de ellas y de sus hijos. Recibir al menos 8 atenciones prenatales, la primera durante el primer trimestre de embarazo, incrementa la posibilidad de que ellas reciban intervenciones en salud efectivas durante el período neonatal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado recientemente las [Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo](#), incluyendo consideraciones integrales, por ejemplo, intervenciones nutricionales y alternativas para algunos síntomas fisiológicos comunes del embarazo, entre otros.

Marco de ODS	Marco de EWEC-LAC	Dimensión	Marco de monitoreo	Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad
<p>3 SALUD Y BIENESTAR</p>	Sobrevivir ✓	Mujer ✓	Insumo	Sexo
	Prosperar	Niñez ✓	Salida	Etnicidad ✓
	Transformar	Adolescencia	Resultado ✓	Educación ✓
			Impacto	Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional ✓
			Producto	Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica) ✓

**Fuente preferida de datos**

Encuestas de hogares, por ejemplo: DHS (Encuesta Demográfica y de Salud), MICS (Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados), FFS (Encuesta de Fertilidad y Familia), RHS (Encuestas de Salud Reproductiva).

**Fuentes alternativas de datos** Fuentes administrativas (rutinarias) de los sistemas de salud.

**Estimaciones por grupos inter agenciales** N/A

**Marcos de monitoreo global**

- Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030. <https://www.who.int/life-course/publications/gs-Indicator-and-monitoring-framework.pdf>

---

**Para más información**

- UNICEF Data: Monitoring the Situation of Children and Women (UNICEF)  
<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/>
-

# Atención prenatal - contenido: presión arterial, prueba de orina, prueba de sangre, entre otros (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

<b>Definición</b>	El porcentaje de mujeres de 15-19 y 15-49 años que han tenido un nacido vivo, que recibieron atención prenatal en al menos una ocasión y a quienes se les practicó un conjunto de por lo menos 6 de intervenciones básicas durante su consulta prenatal.
<b>Numerador</b>	Número de mujeres en edades de 15-19 y de 15-49 que han tenido un nacido vivo y que recibieron atención prenatal en al menos una ocasión y a quienes se les practicó un conjunto de por lo menos 6 de intervenciones básicas durante su consulta prenatal.
<b>Denominador</b>	Número total de mujeres en edades 15-49 que tuvieron un nacido vivo y que recibieron atención prenatal en al menos una ocasión.
<b>Unidad de medida</b>	X por ciento (%).
<b>Consideraciones para la calidad del indicador</b>	La manera de preguntar acerca de las intervenciones realizadas durante la atención prenatal no ha sido estandarizada por lo que se debería reportar específicamente qué pregunta se realizó a las mujeres y en qué contexto: si fue en una encuesta a la salida de un centro de atención para la salud, o encuesta de hogares.
<b>Implicaciones para la interpretación</b>	
<p>En la operacionalización propuesta para este indicador, obtener el 100% de cobertura significa que a todas las mujeres que recibieron atención prenatal se les practicó un conjunto de intervenciones básicas durante su última gestación. Este indicador no refleja la magnitud de la cobertura de atención prenatal, es decir que no informa sobre cuántas mujeres se quedaron sin atención, sino que da una idea sobre qué tan completa ésta fue. Por eso se recomienda reportar e interpretar este indicador junto al de cobertura de 4+ consultas, porque es un indicador complementario.</p> <p>También es relevante considerar que la efectividad de algunas intervenciones depende de que se entreguen y expliquen los resultados de pruebas a las mujeres, por ejemplo, una mujer puede reportar que le tomaron una muestra de orina, pero eso no asegura que recibió los resultados en esa misma consulta.</p> <p>Se ha reportado que un inicio más temprano de las consultas prenatales está relacionado con un mejor contenido de la atención prenatal (mayor número de intervenciones).</p>	
<b>Indicador en contexto</b>	<p>La atención prenatal es un indicador de acceso y uso de los servicios de salud durante el embarazo. El periodo prenatal es clave para llegar a las mujeres embarazadas con intervenciones que podrían ser vitales y mejorar el bienestar de ellas y de sus hijos.</p> <p>Además de recomendar entre 4 y 8 consultas prenatales, y de tener la primera de ellas entre las semanas 12-15 de gestación, es relevante monitorear el tipo de atención recibida a través un paquete básico de intervenciones.</p> <p>En este indicador se proponen las siguientes intervenciones a monitorear:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Toma de presión arterial, tira reactiva / examen general de orina, exámenes de sangre, suplementación de hierro, vacunación antitetánica, comunicación de los signos de alarma del embarazo y posibles complicaciones.</li><li>• Otras intervenciones incluyen: prueba de VIH y entrega de resultado.</li></ul> <p>La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado recientemente las <a href="#">Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo</a>, incluyendo consideraciones integrales, por ejemplo, intervenciones nutricionales y alternativas para algunos síntomas fisiológicos comunes del embarazo, entre otros.</p>

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

**Fuente preferida de datos**  
 Encuestas de hogares, por ejemplo: DHS (encuesta demográfica y de salud), MICS (encuesta de indicadores múltiples por conglomerados), FFS (encuesta de fertilidad y familia), RHS (encuestas de salud reproductiva), SIP-CLAP, entre otras.

**Fuentes alternativas de datos** • Fuentes administrativas (rutinarias) de los sistemas de salud.

**Estimaciones por grupos inter agenciales** N/A

**Marcos de monitoreo global** • [Countdown 2030: Indicadores de cobertura](#)

**Para más información**

- [UNICEF Data: Monitoring the Situation of Children and Women \(UNICEF\)](#)
- [Demographic and Health Surveys \(DHS\)](#)
- [Reproductive Health Monitoring and Evaluation \(WHO\)](#)
- [Sustainable Development Goals \(SDG\) indicators](#)
- [Indicator and monitoring framework for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health](#)

**Referencias**

- Jiwani SS, Amouzou-Aguirre A, Carvajal L, Chou D, Keita Y, Moran AC, et al. Timing and number of antenatal care contacts in low and middle-income countries: Analysis in the Countdown to 2030 priority countries. *J Glob Health*. 2020 Jun 1;10(1):010502.
- Benova L, Tunçalp Ö, Moran AC, Campbell OMR. Not just a number: Examining coverage and content of antenatal care in low-income and middle-income countries. *BMJ Glob Heal*. 2018 Mar 1;3(2).



# Tamizaje para sífilis durante control prenatal (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

<b>Definición</b>	Porcentaje de mujeres que recibieron una prueba de tamizaje para detección de sífilis como parte de sus cuidados prenatales.																											
<b>Numerador</b>	Número de mujeres que tuvieron acceso a cuidados prenatales y se les realizó una prueba de tamizaje para detección de sífilis.																											
<b>Denominador</b>	Número de mujeres que tuvieron acceso a cuidados prenatales.																											
<b>Unidad de medida</b>	X por ciento (%).																											
<b>Consideraciones para la calidad del indicador</b>	Todas las mujeres deberían ser tamizadas para sífilis en su primera visita prenatal. En caso de que los países reporten datos de tamizaje de sífilis en visitas subsecuentes deben hacer esta aclaración. Se puede reportar el uso tanto de pruebas no-treponémicas de anticuerpos reagínicos (VDRL, RPR), como pruebas treponémicas (TPHA, TPPA, EIA o pruebas rápidas treponémicas).																											
<b>Implicaciones para la interpretación</b>																												
<b>Indicador en contexto</b>	La detección y tratamiento oportunos (suficientemente temprano en la gestación) pueden prevenir efectivamente resultados adversos de la exposición materna a la sífilis, y es la intervención más importante para el control de la sífilis congénita. El tamizaje para sífilis es una de las intervenciones básicas prenatales, por lo que este indicador potencialmente funciona como un trazador de la calidad de los servicios básicos prenatales.																											
<b>Marco de ODS</b>	<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><b>Sobrevivir</b> ✓</td> <td><b>Mujer</b> ✓</td> <td>Insumo</td> <td>Sexo</td> </tr> <tr> <td>Prosperar</td> <td>Niñez</td> <td>Salida</td> <td><b>Etnicidad</b> ✓</td> </tr> <tr> <td>Transformar</td> <td>Adolescencia</td> <td>Resultado</td> <td><b>Educación</b> ✓</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Impacto</td> <td><b>Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional</b> ✓</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><b>Producto</b> ✓</td> <td><b>Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica)</b> ✓</td> </tr> </tbody> </table>				Marco de EWEC-LAC	Dimensión	Marco de monitoreo	Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad	<b>Sobrevivir</b> ✓	<b>Mujer</b> ✓	Insumo	Sexo	Prosperar	Niñez	Salida	<b>Etnicidad</b> ✓	Transformar	Adolescencia	Resultado	<b>Educación</b> ✓			Impacto	<b>Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional</b> ✓			<b>Producto</b> ✓	<b>Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica)</b> ✓
Marco de EWEC-LAC	Dimensión	Marco de monitoreo	Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad																									
<b>Sobrevivir</b> ✓	<b>Mujer</b> ✓	Insumo	Sexo																									
Prosperar	Niñez	Salida	<b>Etnicidad</b> ✓																									
Transformar	Adolescencia	Resultado	<b>Educación</b> ✓																									
		Impacto	<b>Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional</b> ✓																									
		<b>Producto</b> ✓	<b>Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica)</b> ✓																									
<b>N / A</b>																												
<b>Fuente preferida de datos</b>																												
Registros administrativos (reportes de los centros donde se otorga atención prenatal)																												
<b>Fuentes alternativas de datos</b>	Reportes de muestreo o de centros centinelas.																											
<b>Estimaciones por grupos inter agenciales</b>	N/A																											
<b>Marcos de monitoreo global</b>	N/A																											
<b>Para más información</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Methods for surveillance and monitoring of congenital syphilis elimination within existing systems.</a></li> </ul>																											
<b>Referencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevention of Mother-to-Child-Transmission of Syphilis (Congenital Syphilis): <a href="http://www.who.int/reproductivehealth/congenital-syphilis/en/">http://www.who.int/reproductivehealth/congenital-syphilis/en/</a></li> <li>• Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infections 2016–2021. Geneva: WHO; 2016 Available from: <a href="http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/en/">http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/en/</a></li> <li>• Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis, 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2017. Available from: <a href="http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emtct-hiv-syphilis/en/">http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emtct-hiv-syphilis/en/</a></li> <li>• Global Aids Monitoring Indicador 2.4 <a href="https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_en.pdf">https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_en.pdf</a></li> </ul>																											

# Partos atendidos por personal sanitario especializado (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

Nacimientos atendidos por personal capacitado por cada 100 partos registrados. Es un indicador de la capacidad del sistema de salud para proveer cuidados adecuados durante el nacimiento, que es un periodo de alto riesgo de morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el neonato.

## Numerador

Número de nacimientos atendidos por personal de salud (doctores, enfermeras, parteras) capacitado para proveer cuidados obstétricos.

## Denominador

Número total de nacimientos registrados en el mismo periodo.

## Unidad de medida

X por ciento (%).

## Consideraciones para la calidad del indicador

Se considera personal capacitado por al personal de salud acreditado -partera, médico o enfermera- que ha recibido educación y entrenamiento para dominar las habilidades requeridas para manejar gestaciones normales (no complicadas), conducir partos, y manejar el periodo postnatal inmediato (incluyendo reanimación); así como para la identificación, manejo y referencia oportuna de complicaciones en las mujeres y neonatos, además de adecuada supervisión, cuidados y consejos a las mujeres durante la gestación, periodo posparto y crianza. Las parteras tradicionales, cuenten o no con educación o entrenamiento, se excluyen de la categoría de personal de salud capacitado.

En el caso de los datos recabados a través de encuestas de hogares, se debe tomar en consideración el error de recordatorio como potencial fuente de sesgo, en especial en partos ocurridos varios años previos a la encuesta.

En el caso de la información recabada por registros rutinarios, el indicador podría estar sobreestimado si el denominador proviene de registros rutinarios que no captan a todas las gestantes. En este caso, se recomienda corregir de acuerdo al sub-registro de nacimiento.

## Implicaciones para la interpretación

Este indicador no captura el acceso a cuidados de calidad, particularmente en presencia de complicaciones. Para disminuir la mortalidad materna hace falta no sólo personal capacitado, sino que el personal tenga acceso a equipo adecuado y a opciones para referir a las pacientes complicadas. Se han hecho esfuerzos para estandarizar la definición de personal de salud capacitado, sin embargo, la capacidad real de proveer cuidados apropiados depende en buena medida del ambiente en que se desempeñe su actividad.

## Indicador en contexto

Todas las mujeres deberían tener acceso a cuidados y atención en salud por personal capacitado para asegurar la prevención, detección y manejo de complicaciones. La asistencia del parto por personal capacitado en un entorno que favorezca los cuidados adecuados es fundamental para disminuir las muertes maternas y neonatales. Dadas las dificultades técnicas para medir con exactitud la mortalidad materna, y considerando que las estimaciones que provienen de modelos estadísticos no son adecuadas para el monitoreo de tendencias en el corto plazo, este indicador se usa como indicador de contexto de la mortalidad materna.

## Marco de ODS

**3** SALUD  
Y BIENESTAR



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

<b>Fuente preferida de datos</b>	
Encuestas de hogares.	
<b>Fuentes alternativas de datos</b>	Registros hospitalarios o de centros de atención comunitaria.
<b>Estimaciones por grupos inter agenciales</b>	UNICEF y la OMS son responsable ante al marco de los ODS de monitorear y reportar este indicador. Para esto, cuentan con un proceso activo de compilación de información a través de sus oficinas de país. Este proceso incluye verificación y validación de los datos. Las bases de datos de este indicador son actualizadas de forma regular. Las principales fuentes son tanto encuestas de hogares como DHS y MICS y datos provenientes de sistemas de información.
<b>Marcos de monitoreo global</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Objetivos de Desarrollo Sostenible <a href="https://unstats.un.org/sdgs/">https://unstats.un.org/sdgs/</a></li> <li>Estrategia Mundial para la salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030. <a href="http://apps.who.int/gho/data/node_gswcah">http://apps.who.int/gho/data/node_gswcah</a></li> </ul>
<b>Para más información</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Definition of skilled health personnel providing care during childbirth 2018 joint statement by WHO, UNFPA, UNICEF, ICM, ICN, FIGO and IPA</a></li> </ul>
<b>Referencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>UNICEF/WHO joint database on SDG 3.1.2 Skilled Attendance at Birth, based on population based national household survey data and routine health systems. Available at: <a href="https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/">https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/</a></li> </ul>

# Iniciación temprana a la lactancia materna (primera hora de nacimiento)



TODAS LAS MUJERES  
TODOS LOS NIÑOS

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

<b>Definición</b>	Porcentaje de los niños y las niñas nacidas durante los últimos 24 meses cuales fueron colocados al seno materno dentro del plazo de una hora de su nacimiento.
<b>Numerador</b>	Número de niños y niñas nacidas durante los últimos 24 meses que fueron colocados al seno materno dentro del plazo de una hora de su nacimiento.
<b>Denominador</b>	Número total de niños y niñas nacidos en los últimos 24 meses (o en el periodo definido en la encuesta).
<b>Unidad de medida</b>	X por ciento (%).
<b>Consideraciones para la calidad del indicador</b>	Los datos de DHA y RHS indagán sobre un lapso de 3 o 5 años antes de la encuesta. MICS indaga sobre el periodo de 2 años.

## Implicaciones para la interpretación

Este indicador podría funcionar como un trazador de los patrones de lactancia porque reporta el primer paso que se debe dar para desencadenar la lactancia materna exclusiva y posteriormente la lactancia materna sostenida durante los dos primeros años.

El inicio temprano de la lactancia contribuye a disminuir la mortalidad neonatal temprana (responsable del 73% de las muertes postnatales mundialmente). Las niñas y los niños que reciben los beneficios de la leche materna tienen al menos 6 veces más posibilidades de sobrevivir durante los primeros meses de vida.

## Indicador en contexto

Este indicador forma parte de un conglomerado de indicadores que busca monitorear las prácticas de alimentación en la primera infancia. La exposición del binomio madre-hijo a adecuados patrones de lactancia y posteriormente ablactación tiene beneficios para ambos. Otro indicador relacionado con la lactancia que también se incluye en la Estrategia Mundial es: lactancia materna exclusiva de lactantes 0 a 5 meses de edad.

## Marco de ODS

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 de la madre ✓
		Impacto	Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional ✓
		Producto	Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica) ✓

## Fuente preferida de datos

Encuestas de hogares.

## Fuentes alternativas de datos

Análisis secundarios obtenidos por el centro colaborador de la OMS: Centro Internacional para la Equidad en Salud (Equidade) de la Universidad Federal de Pelotas, Brasil.  
<http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=3248>

## Estimaciones por grupos inter agenciales

UNICEF: Alimentación del lactante y del niño pequeño.  
<https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>

## Marcos de monitoreo global

- Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030.  
<https://www.who.int/life-course/publications/gi-Indicator-and-monitoring-framework.pdf>

## Para más información

- UNICEF. <https://data.unicef.org/resources/first-hour-life-new-report-breastfeeding-practices/>
- UNICEF. <https://data.unicef.org/resources/capture-the-moment/>
- WHO, UNICEF. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44156/9789243596662\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44156/9789243596662_spa.pdf?sequence=1)

## Referencias

- Natl Med J India. 2012 Jul-Aug;25(4):201-6.
- Semin Fetal Neonatal Med. 2017 Jun;22(3):153-160. doi: 10.1016/j.siny.2017.02.006. Epub 2017 Feb 24.

# Lactancia materna exclusiva



TODAS LAS MUJERES  
TODOS LOS NIÑOS

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

<b>Definición</b>	Porcentaje de infantes de 0 a 5 meses de edad que han sido alimentados exclusivamente con leche materna.
<b>Numerador</b>	Infantes de 0-5 meses de edad que han recibido solo leche materna durante los días anteriores a la encuesta. (Nota: se refiere a infantes que han recibido exclusivamente leche materna y ningún otro fluido o alimento, con excepción de sueros de hidratación oral, vitaminas, suplementos minerales y medicinas).
<b>Denominador</b>	Infantes de 0-5 meses.
<b>Unidad de medida</b>	X por ciento (%).
<b>Consideraciones para la calidad del indicador</b>	El indicador debe evaluarse utilizando los datos de recuperación dietética de 24 horas preguntando la lista estándar recomendada de líquidos y alimentos.

## Implicaciones para la interpretación

La lactancia materna exclusiva se basa en una muestra representativa de niños y niñas en un rango de edad determinado, en este caso de 0 a 5 meses. Representa el porcentaje de niños y niñas de 0 a 5 meses de edad que recibieron lactancia materna exclusiva **24 horas antes de la encuesta** y no debe interpretarse como el porcentaje de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta poco menos de 6 meses de edad.

Se debe tomar en cuenta que el uso de la alimentación del día anterior como base puede hacer que se sobreestime el porcentaje de lactantes amamantados exclusivamente, ya que algunos lactantes a los que se les pueden haber dado otros líquidos o alimentos de manera irregular pueden no haberlos recibido el día anterior a la encuesta

## Indicador en contexto

La lactancia materna exclusiva es una de las Metas de Nutrición de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) que los Estados Miembros han respaldado y se han comprometido a informar periódicamente hasta al menos 2030 para mejorar la nutrición materna, infantil y del niño y niña pequeña.

Marco de ODS	Marco de EWEC-LAC	Dimensión	Marco de monitoreo	Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad
	<b>Sobrevivir</b> ✓	<b>Mujer</b> ✓	Insumo	<b>Sexo</b> ✓
Prosperar	Niñez	Salida	<b>Etnicidad</b> ✓	
Transformar	Adolescencia	<b>Resultado</b> ✓	<b>Educación de la madre</b> ✓	
<b>N / A</b>		Impacto	<b>Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional</b> ✓	
		Producto	<b>Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica)</b> ✓	
			<b>Si la muestra lo permite, se recomienda desagregar los datos por grupos etarios: 0-1 mes, 2-3 meses, 4-5 meses and 0-3 meses.</b> ✓	

## Fuente preferida de datos

Encuestas de hogares como DHS, MICS y encuestas nacionales de nutrición.

**Fuentes alternativas de datos** Ninguna

**Estimaciones por grupos inter agenciales** N/A

**Marcos de monitoreo global** • [Global Nutrition Monitoring Framework](#)

## Para más información

- Está disponible un panel de datos a nivel nacional, obtenido a partir de encuestas de hogares, con desagregaciones socioeconómicas en el sitio de UNICEF: Alimentación de infantes. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>

---

## Referencias

- [https://www.unicef.org/nutrition/files/IYCF\\_updated\\_indicators\\_2008\\_part\\_1\\_definitions.pdf](https://www.unicef.org/nutrition/files/IYCF_updated_indicators_2008_part_1_definitions.pdf)
- [https://www.unicef.org/nutrition/files/IYCF\\_Indicators\\_part\\_II\\_measurement.pdf](https://www.unicef.org/nutrition/files/IYCF_Indicators_part_II_measurement.pdf)

# Control postnatal para madres con un proveedor de salud, hasta 2 días después del parto (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

<b>Definición</b>	Mujeres que tuvieron control posparto con un proveedor de salud 2 días después del parto.																											
<b>Numerador</b>	Número de mujeres con un recién nacido vivo en un periodo determinado previo a la encuesta que recibieron atención prenatal en los dos días siguientes al parto (sin discriminar por el sitio de ocurrencia del parto).																											
<b>Denominador</b>	Número de mujeres de 15-49 que tuvieron un recién nacido vivo en el mismo periodo determinado previo a la encuesta (sin discriminar por el sitio de ocurrencia del parto).																											
<b>Unidad de medida</b>	X por ciento (%).																											
<b>Consideraciones para la calidad del indicador</b>	Si se utilizan datos de encuestas, se debe considerar el posible error de recordatorio que es mayor cuanto más tiempo haya pasado desde el nacimiento.																											
<b>Implicaciones para la interpretación</b>																												
Aunque los contactos, asesorías e intervenciones previos al alta posparto no se incluyen en la medición de este indicador, son importantes como parte del control posparto. Se deben buscar medios para llegar a las mujeres y recién nacidos incluso a su domicilio en caso de bajo acceso a la atención primaria.																												
<b>Indicador en contexto</b>	La mayoría de las muertes maternas y neonatales ocurren dentro de las primeras 48 horas después del parto, por lo que asegurar un contacto con los servicios de salud en esa ventana de tiempo ayuda a mejorar la supervivencia, además de abrir la posibilidad para ofrecer alternativas para incrementar el tiempo intergenésico (aumentar el tiempo entre un nacimiento y el siguiente). Las intervenciones que se pueden aplicar durante las visitas postnatales incluyen orientación acerca de la lactancia materna exclusiva, cuidados del recién nacido (higiene, mantenimiento de la temperatura), y reconocimiento de los signos de alarma de enfermedades. Se podrían otorgar visitas extras para binomios madre-hijo con alto riesgo, por ejemplo, aquellos con VIH o para niños de pretérmino y pequeños para la edad gestacional. Un sistema de referencia efectivo, y una buena calidad de los servicios de urgencias son esenciales para tener un mayor impacto.																											
<b>Marco de ODS</b>	<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><b>Sobrevivir</b> ✓</td> <td><b>Mujer</b> ✓</td> <td>Insumo</td> <td>Sexo</td> </tr> <tr> <td>Prosperar</td> <td>Niñez</td> <td>Salida</td> <td><b>Etnicidad</b> ✓</td> </tr> <tr> <td>Transformar</td> <td>Adolescencia</td> <td><b>Resultado</b> ✓</td> <td><b>Educación</b> ✓</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Impacto</td> <td><b>Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional</b> ✓</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Producto</td> <td><b>Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica)</b> ✓</td> </tr> </tbody> </table>	Marco de EWEC-LAC	Dimensión	Marco de monitoreo	Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad	<b>Sobrevivir</b> ✓	<b>Mujer</b> ✓	Insumo	Sexo	Prosperar	Niñez	Salida	<b>Etnicidad</b> ✓	Transformar	Adolescencia	<b>Resultado</b> ✓	<b>Educación</b> ✓			Impacto	<b>Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional</b> ✓			Producto	<b>Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica)</b> ✓	<b>N / A</b>		
Marco de EWEC-LAC	Dimensión	Marco de monitoreo	Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad																									
<b>Sobrevivir</b> ✓	<b>Mujer</b> ✓	Insumo	Sexo																									
Prosperar	Niñez	Salida	<b>Etnicidad</b> ✓																									
Transformar	Adolescencia	<b>Resultado</b> ✓	<b>Educación</b> ✓																									
		Impacto	<b>Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional</b> ✓																									
		Producto	<b>Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica)</b> ✓																									
<b>Fuente preferida de datos</b>																												
Encuestas de hogares																												
<b>Fuentes alternativas de datos</b>	Registros rutinarios de los proveedores de servicios de salud.																											
<b>Estimaciones por grupos inter agenciales</b>	N/A																											



<b>Marcos de monitoreo global</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. RIT 3.1.3 ATENCIÓN POSPARTO. Esta definición comprende la atención posparto en los 7 días siguientes al evento. <a href="https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/ops-pe-14-19-compendium-indicadores-nov-2014.pdf">https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/ops-pe-14-19-compendium-indicadores-nov-2014.pdf</a></li></ul>
<b>Para más información</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Observatorio Global de Salud de la OMS <a href="http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=3248">http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=3248</a></li></ul>
<b>Referencias</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Recomendaciones de la OMS sobre atención posnatal de la madre y el recién nacido. Organización Mundial de la Salud. 2013. ISBN: 978 92 4 150664 9 <a href="https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/">https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/</a></li></ul>

# Control postnatal para recién nacidos con un proveedor de salud, hasta 2 días después del parto



TODAS LAS MUJERES  
TODOS LOS NIÑOS

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

<b>Definición</b>	Porcentaje de recién nacidos que tuvieron que tuvieron contacto con un proveedor de salud 2 días después del nacimiento.			
<b>Numerador</b>	Número de recién nacidos (nacimiento fuera del hospital) que tuvieron una visita de cuidados postnatales en las primeras 48 horas después del parto, más el número de infantes nacidos en hospital o centro de atención médica en un periodo determinado antes de la encuesta. Sólo se cuenta el último nacimiento de cada mujer encuestada.			
<b>Denominador</b>	Número de recién nacidos en el mismo periodo antes de la encuesta.			
<b>Unidad de medida</b>	X por ciento (%).			
<b>Consideraciones para la calidad del indicador</b>	Si se utilizan datos de encuestas, considerar el posible error de recordatorio que es mayor cuanto más tiempo haya pasado desde el nacimiento.			
<b>Implicaciones para la interpretación</b>				
Aunque los contactos, asesorías e intervenciones previos al alta posnatal no se incluyen en la medición de este indicador, son importantes como parte del control posnatal. Se deben buscar medios para llegar a las mujeres y recién nacidos incluso a su domicilio en caso de bajo acceso a la atención primaria.				
<b>Indicador en contexto</b>	La mayoría de las muertes maternas y neonatales ocurren dentro de las primeras 48 horas después del parto, por lo que asegurar un contacto con los servicios de salud en esa ventana de tiempo ayuda a mejorar la supervivencia, además de abrir la posibilidad para ofrecer alternativas para incrementar el tiempo intergenésico (aumentar el tiempo entre un nacimiento y el siguiente). Las intervenciones que se pueden aplicar durante las visitas postnatales incluyen orientación acerca de la lactancia materna exclusiva, cuidados del recién nacido (higiene, mantenimiento de la temperatura), y reconocimiento de los signos de alarma de enfermedades. Se podrían otorgar visitas extras para binomios madre-hijo con alto riesgo, por ejemplo, aquellos con VIH o para niños de pretérmino y pequeños para la edad gestacional. Un sistema de referencia efectivo, y una buena calidad de los servicios de urgencias son esenciales para tener un mayor impacto.			
<b>Marco de ODS</b>	<b>Marco de EWEC-LAC</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Marco de monitoreo</b>	<b>Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad</b>
N / A	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 ✓
			Producto	Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica) ✓
<b>Fuente preferida de datos</b>				
Encuestas de hogares				
<b>Fuentes alternativas de datos</b>	Registros rutinarios de los proveedores de servicios de salud.			
<b>Estimaciones por grupos inter agenciales</b>	N/A			
<b>Marcos de monitoreo global</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. RIT 3.1.3 ATENCIÓN POSPARTO. Esta definición comprende la atención posparto en los 7 días siguientes al evento. <a href="https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/ops-pe-14-19-compendium-indicadores-nov-2014.pdf">https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/ops-pe-14-19-compendium-indicadores-nov-2014.pdf</a></li> <li>Countdown 2030: Indicadores de cobertura, Salud materna y del recién nacido. <a href="http://countdown2030.org/wp-content/uploads/2017/12/Technical-Review-Process_tables.pdf">http://countdown2030.org/wp-content/uploads/2017/12/Technical-Review-Process_tables.pdf</a></li> </ul>			

---

**Para más información**

- Observatorio Global de Salud de la OMS <http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=3248>

---

**Referencias**

- Recomendaciones de la OMS sobre atención posnatal de la madre y el recién nacido. Organización Mundial de la Salud. 2013. ISBN: 978 92 4 150664 9 [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/)

# Transmisión materno infantil del VIH y Sífilis



TODAS LAS MUJERES  
TODOS LOS NIÑOS

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

<b>Definición</b>	<p>La transmisión vertical del VIH y de la sífilis es prevenible mediante la prevención primaria de la infección por el VIH y la sífilis en mujeres en edad fecunda, la cobertura alta con atención prenatal de calidad, lo que incluye el tamizaje corriente para detectar la infección por el VIH y la sífilis, además del seguimiento eficaz de las mujeres seropositivas y de los menores de 1 año expuestos.</p> <p>Se incluyen los 3 subindicadores de acuerdo con el compendio de indicadores de la OPS.</p> <p>A) Tasa notificada de transmisión materno infantil del VIH —porcentaje de menores de 1 año nacidos de madres seropositivas al VIH, cuyos resultados de la prueba del VIH fueron positivos.</p> <p>B) Tasa anual de casos notificados de transmisión materno infantil del VIH por 1.000 nacidos vivos.</p> <p>C) Tasa anual de casos notificados de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos.</p>
<b>Numerador</b>	<p>A) número de menores de 1 año nacidos de madres seropositivas al VIH en un año civil dado que fueron diagnosticados como positivos al VIH.</p> <p>B) número de hijos nacidos de mujeres con infección por el VIH con un diagnóstico positivo en un año civil dado <math>\times 1,000</math>.</p> <p>C) número de casos notificados de sífilis congénita según la definición nacional de casos en un año dado. La definición nacional de casos debe incluir el número de mortinatos debido a la sífilis <math>\times 1,000</math>.</p>
<b>Denominador</b>	<p>A) número notificado de menores de 1 año nacidos de madres seropositivas al VIH en un año civil dado, con un diagnóstico definitivo (positivo al VIH o seronegativo al VIH).</p> <p>B) número calculado de nacidos vivos en el mismo año civil definido.</p> <p>C) número calculado de nacidos vivos en el mismo período.</p>
<b>Unidad de medida</b>	<p>A) X por ciento (%).</p> <p>B) X por 1,000 nacidos vivos.</p> <p>C) X por 1,000 nacidos vivos.</p>
<b>Consideraciones para la calidad del indicador</b>	<p>Se deben tomar en cuenta los retrasos entre la ocurrencia del evento y la fecha en que se hacen disponibles los datos, así como el porcentaje de cobertura y subregistro.</p> <p>Los datos para los tres subindicadores se obtienen de la siguiente manera:</p> <p>a) Tasa notificada de transmisión materno infantil del VIH: porcentaje de menores de 1 año nacidos de madres seropositivas al VIH, con resultados positivos a la prueba del VIH Numerador y denominador: registros de asistencia prenatal u otros registros de los establecimientos de salud.</p> <p>b) Tasa anual de casos notificados de transmisión materno infantil del VIH por 1.000 nacidos vivos Numerador: registros sobre el VIH y de seguimiento de casos de atención prenatal u otros registros de los establecimientos de salud. Denominador: generado a través de una estimación de la población del número de nacidos vivos en el transcurso de los pasados 12 meses. Esto puede obtenerse a partir de las estadísticas vitales nacionales, de los cálculos de la División de Población de las Naciones Unidas, o a partir del sistema de información sanitaria de la OPS.</p> <p>c) Tasa anual de casos notificados de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos Numerador: en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, la sífilis congénita está sujeta a notificación obligatoria; la fuente de datos es el sistema de registro nacional para los casos de sífilis congénita. Denominador: generado a través de una estimación de la población del número de nacidos vivos en el transcurso de los pasados 12 meses. Esto puede obtenerse a partir de las estadísticas vitales nacionales, de los cálculos de la División de Población de las Naciones Unidas, o a partir del sistema de información sanitaria de la OPS.</p>

## Implicaciones para la interpretación

Este es un indicador compuesto que refleja el compromiso de los Estados Miembros de la OPS con la eliminación dual de la sífilis congénita y la transmisión materno-infantil del VIH [resolución CD50.R12 (2010)]. La eliminación se refiere a la reducción de la transmisión vertical del VIH y la sífilis a un nivel por debajo de la importancia para la salud pública. Un país o territorio habrá logrado la eliminación una vez que se hayan alcanzado los siguientes subindicadores:

- para el VIH, una reducción de la tasa de transmisión materno-infantil del VIH a 2% o menos, y una reducción de la incidencia de transmisión materno-infantil del VIH a 0,3 casos o menos por 1.000 nacidos vivos;
- para la sífilis congénita: una reducción de la incidencia de sífilis congénita (incluidos los mortinatos) a 0,5 casos o menos por 1.000 nacidos vivos.

## Indicador en contexto

Se sugiere también utilizar un indicador complementario enfocado al monitoreo de la cobertura de prevención de la transmisión materno-infantil de las ETS. Se encuentra entre los 100 indicadores básicos de la OMS: [https://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/chi\\_2015\\_84\\_pmtct.pdf?ua=1](https://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/chi_2015_84_pmtct.pdf?ua=1)

## Marco de ODS

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 ✓
		Producto	Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica) ✓

## Fuente preferida de datos

Fuentes rutinarias de registro

**Fuentes alternativas de datos** N/A

**Estimaciones por grupos inter agenciales** N/A

**Marcos de monitoreo global** N/A

**Para más información**

- Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis en las Américas. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34072/9789275119556-eng.pdf>

**Referencias**

- Compendio de indicadores. Plan Estratégico de la OPS.

# Nuevas infecciones por el VIH



TODAS LAS MUJERES  
TODOS LOS NIÑOS

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

<b>Definición</b>	Número de personas que contraen el VIH en el periodo sobre el que se informa por cada 1.000 personas no infectadas por el virus.
<b>Numerador</b>	Número de personas que contraen la infección por VIH durante el periodo sobre el que se informa.
<b>Denominador</b>	Número total de habitantes no infectados.
<b>Unidad de medida</b>	X por cada 1,000 personas no infectadas o en riesgo.

## Consideraciones para la calidad del indicador

Los métodos para monitorear la incidencia (directos o indirectos) pueden variar dependiendo del entorno epidémico. La medición directa a nivel de población resulta preferible, pero con frecuencia es difícil de obtener. Como resultado de ello, la mayoría de los países se basan en mediciones indirectas o triangulan métodos directos e indirectos.

Entre las estrategias para cuantificar directamente la incidencia del VIH se incluyen el seguimiento longitudinal y las pruebas repetidas entre personas que no presentan infección por el VIH y estimaciones que utilicen pruebas de laboratorio sobre infecciones recientes y datos clínicos sobre la población. El seguimiento longitudinal es con frecuencia costoso y de difícil ejecución a nivel de población. Las pruebas de laboratorio sobre individuos para determinar el nivel de antigüedad de las infecciones también plantean dificultades relativas a su coste y complejidad, dado que se requiere generalmente una encuesta poblacional nacionalmente representativa para obtener estimaciones.

Los métodos indirectos la mayor parte de las veces se basan en estimaciones construidas sobre herramientas de modelaje matemática, como son el AIDS Epidemic Model en Spectrum software y. Esos modelos pueden incorporar encuestas sobre VIH geográficos y poblacionales, vigilancia, notificación de casos, mortalidad y datos de programas y clínicos. Los modelos son basados en supuestos sobre conductas de riesgo, transmisión del VIH y la sobrevivencia con y sin tratamiento antirretroviral. En algunos casos, los países pueden desear triangular esos datos con otras fuentes de estimaciones sobre el número de personas que contraen la infección, lo que incluye estimaciones poblacionales seriales sobre prevalencia del VIH o estimaciones sobre la prevalencia del VIH entre poblaciones jóvenes recientemente expuestas.

## Implicaciones para la interpretación

Los sistemas de vigilancia basada en casos que capturan nuevas personas que contraen el VIH no deberán utilizarse como fuente directa para la estimación del número de personas que contraen el VIH en el periodo del que se informa. Por causa de demoras en procesos de información o por situaciones de subdiagnóstico, esos nuevos casos podrían no reflejar la tasa real de personas que contraen la infección. Esa información puede ser útil, sin embargo, para finalidades de triangulación y validación, especialmente cuando se combina con pruebas dirigidas a determinar qué tan reciente es la infección.

Las estimaciones de incidencia y su cambio en el tiempo son el criterio de referencia para supervisar el impacto de los programas. Sin embargo, incluso en poblaciones de alto riesgo, es un evento relativamente poco común que se produzcan nuevas infecciones por VIH, por lo que la precisión (incertidumbre) de estas estimaciones deberá incluirse en los informes usando intervalos de confianza cuando se utilicen índices sobre la incidencia del VIH para supervisar el impacto de programas, especialmente cuando se desagreguen según sexo y edades y para grupos de población clave o en áreas geográficas específicas. También deben tenerse precauciones relacionadas con la representatividad de las encuestas caso de usar estudios poblacionales.

## Indicador en contexto

El objetivo fundamental de la respuesta mundial al sida es reducir el número de personas que contraen la infección por VIH a menos de 200.000 personas para el año 2030. Monitorear la tasa de personas que contraen la infección a lo largo del tiempo sirve para cuantificar los avances en programas de prevención hacia este objetivo.

## 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 ✓
		Producto	Lugar de residencia (urbano/rural, o ubicación geográfica) ✓

## Fuente preferida de datos

- Encuestas de hogares en población abierta o de poblaciones clave que incluyan pruebas de detección de VIH
- Modelaje estadístico con el programa SPECTRUM de ONUSIDA

## Fuentes alternativas de datos

- AIDSinfo. (<http://aidsinfo.unaids.org/>)
- Sistemas de vigilancia epidemiológica de los países (vigilancia en poblaciones clave)

## Estimaciones por grupos inter agenciales

- [UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections.](#)

## Marcos de monitoreo global

- 100 Core Indicators. OMS.
- Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030. <https://www.who.int/life-course/publications/gs-Indicator-and-monitoring-framework.pdf>

## Marcos de monitoreo

- Objetivos de Desarrollo Sostenible <https://unstats.un.org/sdgs/>

## Para más información

- [Guías de Información Estratégica sobre VIH en el sector salud.](#)
- Software Spectrum. Glastonbury (CT): Avenir Health; 2016 (<http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>).

## Referencias

- Registro de Indicadores. ONUSIDA.
- <http://www.indicatorregistry.org/es/indicador/incidencia-del-vih>

# Tamizaje para cáncer cervical (mujeres 30 a 49 años)



TODAS LAS MUJERES  
TODOS LOS NIÑOS

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

<b>Definición</b>	Mujeres de 30-49 años de edad que reportaron haber sido tamizadas para cáncer cervical usando alguno de los siguientes métodos: inspección visual con ácido acético/vinagre (VIA), prueba de Papanicolaou, prueba para el virus del papiloma humano (VPH).
<b>Numerador</b>	Número de mujeres de 30-49 años de edad que reportaron alguna vez haber sido tamizadas para cáncer cervical usando alguno de los siguientes métodos: inspección visual con ácido acético/vinagre (VIA), prueba de Papanicolaou, prueba para el virus del papiloma humano (VPH).
<b>Denominador</b>	Todas las mujeres de 30-49 años de edad que respondieron la encuesta.
<b>Unidad de medida</b>	X por ciento (%).

**Consideraciones para la calidad del indicador**

Cuando este indicador sea obtenido de encuestas poblacionales, debe tomarse en consideración el diseño muestral usando los ponderadores construidos para efectos analíticos, y así conservar la validez externa.

Es de utilidad los tipos de tamizaje que se han comprendido en la estimación del indicador. Se recomienda contar con una medición al menos cada 5 años.

**Implicaciones para la interpretación**

Las guías de tamizaje para cáncer cervical de la OMS aplican para mujeres de 30 años y mayores, dado el alto riesgo de cáncer cervical con base en la edad, pero el beneficio obtenido por el tamizaje se podría extender a grupos de menor o mayor edad, de acuerdo con su riesgo basal para tener lesiones NIC2+.

Información sobre el perfil epidemiológico del cáncer y la infección por VPH por grupos etarios será importante para la interpretación del indicador, porque en contextos de mayor riesgo de NIC2+ en mujeres más jóvenes, será necesario interpretar el indicador junto a las cifras de mujeres en grupos de edad menores.

En los contextos en que se tenga acceso a información acerca de la infección por VIH, debe considerarse como población blanco de tamizaje a todas las mujeres sexualmente activas que han resultado positivas para VIH.

**Indicador en contexto**

Se recomienda cubrir a todas las mujeres de 30-49 años para tamizaje al menos una vez en la vida, por sobre incrementar el número de veces que una mujer recibe el tamizaje. Más del 95% de la carga de cáncer cervical es potencialmente evitable por programas de tamizaje efectivo, y vacunación contra VPH 16 y 18. El tamizaje puede reducir la mortalidad por cáncer cervical hasta en 80%. La detección temprana, incluyendo tecnología no costosa, es esencial en contextos de bajo acceso a tratamientos complejos contra el cáncer.

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

N / A

**Fuente preferida de datos**

Datos administrativos de los proveedores de servicios de salud.

**Fuentes alternativas de datos** N/A

**Estimaciones por grupos inter agenciales** N/A

**Marcos de monitoreo global** [Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente.](#)



---

**Para más información**

- Epidemiol Prev. 2017 Jan-Feb;41(1):1-32. doi: 10.19191/EP17.1S1.P001.001. PMID: 28322534.
- Am J Public Health. 2015 Jul;105 Suppl 3:S438-42. doi: 10.2105/AJPH.2014.302417. Epub 2015 Apr 23. PMID: 25905832

---

**Referencias**

- [Guías de tamizaje cervical de la OMS.](#)
- [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94830/9789241548694\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94830/9789241548694_eng.pdf?sequence=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"> <li>• porcentaje de población masculina.</li> <li>• porcentaje de población femenina.</li> </ul>
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"> <li>• Porcentaje de población con auto adscripción indígena.</li> <li>• Porcentaje de población que habla una lengua indígena.</li> </ul> Población afrodescendiente <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de población que es afrodescendiente.</li> </ul>
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"> <li>• Porcentaje de población que ha completado la secundaria.</li> <li>• Años de escolaridad.</li> </ul>

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"> <li>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.</li> <li>Se reconoce que las estimaciones de consumo ofrecen mayor confiabilidad en contextos donde un alto porcentaje de la población labora en el sector informal.</li> </ul> <p>Riqueza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>

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"> <li>Se aplican criterios por convención de acuerdo con el tipo de estudio, u objetivos institucionales: <ul style="list-style-type: none"> <li>Número de habitantes.</li> <li>Densidad de población.</li> <li>Redes de transporte público.</li> <li>Disponibilidad de servicios de saneamiento.</li> </ul> </li> </ul>

### 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.