



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 (%).																										
<b>Consideraciones para la calidad del indicador</b>	<p>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.</p> <p>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.</p>																										
<b>Implicaciones para la interpretación</b>																											
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.																											
<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. 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.</p> <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>																										
<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 ✓</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 ✓			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 ✓																								
		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, 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).																											
<b>Fuentes alternativas de datos</b>	Fuentes administrativas (rutinarias) de los sistemas de salud.																										
<b>Estimaciones por grupos inter agenciales</b>	N/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. <a href="https://www.who.int/life-course/publications/gi-Indicator-and-monitoring-framework.pdf">https://www.who.int/life-course/publications/gi-Indicator-and-monitoring-framework.pdf</a></li> </ul>																										

---

**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> <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>																											
<b>Referencias</b>																												

# 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	Marco de EWEC-LAC	Dimensión	Marco de monitoreo	Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad
<b>3 SALUD Y BIENESTAR</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) ✓

<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.																													
<b>Implicaciones para la interpretación</b>																														
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 <b>24 horas antes de la encuesta</b> 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																														
<b>Indicador en contexto</b>	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.																													
<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><b>Sexo</b> ✓</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 de la madre</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> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><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> ✓</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	<b>Sexo</b> ✓	Prosperar	Niñez	Salida	<b>Etnicidad</b> ✓	Transformar	Adolescencia	<b>Resultado</b> ✓	<b>Educación de la madre</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> ✓	<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	<b>Sexo</b> ✓																											
Prosperar	Niñez	Salida	<b>Etnicidad</b> ✓																											
Transformar	Adolescencia	<b>Resultado</b> ✓	<b>Educación de la madre</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> ✓																											
<b>Fuente preferida de datos</b>	Encuestas de hogares como DHS, MICS y encuestas nacionales de nutrición.																													
<b>Fuentes alternativas de datos</b>	Ninguna																													
<b>Estimaciones por grupos inter agenciales</b>	N/A																													
<b> Marcos de monitoreo global</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Global Nutrition Monitoring Framework</a></li> </ul>																													
<b>Para más información</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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. <a href="https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/">https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/</a></li> </ul>																													

---

## 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>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>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 ✓			Impacto	Nivel socioeconómico del hogar o quintiles de riqueza nacional ✓			Producto	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 ✓																									
		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></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.
<b>Consideraciones para la calidad del indicador</b>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<b>Implicaciones para la interpretación</b>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<b>Indicador en contexto</b>	<p>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.</p>

## 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 (%).																											
<b>Consideraciones para la calidad del indicador</b>	<p>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.</p> <p>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.</p>																											
<b>Implicaciones para la interpretación</b>																												
<p>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+.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>																												
<b>Indicador en contexto</b>	<p>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.</p> <p>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.</p>																											
<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><b>N / A</b></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> ✓	<b>N / A</b>	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> ✓			
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> ✓																									
<b>N / A</b>	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>																												
Datos administrativos de los proveedores de servicios de salud.																												
<b>Fuentes alternativas de datos</b>	N/A																											
<b>Estimaciones por grupos inter agenciales</b>	N/A																											
<b>Marcos de monitoreo global</b>	<a href="#">Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente.</a>																											



---

**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)

# 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

<b>Definición</b>	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.
<b>Numerador</b>	<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.
<b>Denominador</b>	<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.
<b>Unidad de medida</b>	X por cada 1,000 mujeres en el grupo etario de interés.
<b>Consideraciones para la calidad del indicador</b>	<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.
<b>Implicaciones para la interpretación</b>	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.
<b>Indicador en contexto</b>	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)

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

# 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

<b>Definición</b>	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.
<b>Numerador</b>	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.
<b>Denominador</b>	<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>
<b>Unidad de medida</b>	X por ciento (%).
<b>Consideraciones para la calidad del indicador</b>	<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>
<b>Implicaciones para la interpretación</b>	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.
<b>Indicador en contexto</b>	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

<b>Definición</b>	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.																											
<b>Numerador</b>	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.																											
<b>Denominador</b>	Número total de niños y niñas menores de 5 años.																											
<b>Unidad de medida</b>	X por ciento (%).																											
<b>Consideraciones para la calidad del indicador</b>	<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 &lt;-6 o &gt;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 mida longitud o talla.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si es menor de 2 años de edad, se mide la longitud en posición acostado boca arriba. <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul> </li> <li>Si el niño o niña tiene 2 años de edad o más, se mide la talla de pie. <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul> </li> </ul> <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>																											
<b>Implicaciones para la interpretación</b>	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.																											
<b>Indicador en contexto</b>	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.																											
<b>Marco de ODS</b>	<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) ✓																									
<b>Fuente preferida de datos</b>	Encuestas de nutrición nacionales, encuestas de hogares y sistemas de vigilancia nutricional de los países.																											
<b>Fuentes alternativas de datos</b>	N/A																											
<b>Estimaciones por grupos inter agenciales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Base de datos global sobre crecimiento y malnutrición en niños. UNICEF, OMS y Banco Mundial.</li> <li><a href="https://www.who.int/nutgrowthdb/publications/methodology/en/">https://www.who.int/nutgrowthdb/publications/methodology/en/</a></li> <li><a href="https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/">https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/</a></li> <li><a href="data.worldbank.org">data.worldbank.org</a></li> </ul>																											

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

# 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

<b>Definición</b>	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.																											
<b>Numerador</b>	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.																											
<b>Denominador</b>	Número total de menores de 0 a 59 meses de edad encuestados.																											
<b>Unidad de medida</b>	X por ciento (%).																											
<b>Consideraciones para la calidad del indicador</b>	<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>																											
<b>Implicaciones para la interpretación</b>	<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>																											
<b>Indicador en contexto</b>	<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>																											
<b>Marco de ODS</b>	<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) ✓																									
<b>Fuente preferida de datos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encuestas nacionales de hogares de salud y nutrición.</li> </ul>																											
<b>Fuentes alternativas de datos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Censos, estudios ad hoc.</li> </ul>																											



<b>Estimaciones por grupos inter agenciales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>UNICEF / OMS / Banco Mundial. Niveles y tendencias en malnutrición infantil. Hallazgos clave 2018. <a href="https://www.who.int/nutgrowthdb/2018-jme-brochure.pdf">https://www.who.int/nutgrowthdb/2018-jme-brochure.pdf</a></li> <li>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.</li> </ul>
<b>Marcos de monitoreo global</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente.</a></li> <li>OMS. 100 indicadores básicos de Salud.</li> <li>Countdown 2030. Indicadores demográficos. Estado Nutricional. Tier 2. Indicador B14.</li> </ul>
<b>Para más información</b>	<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>
<b>Referencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>World Health Organization. Physical Status: The use and interpretation of anthropometry. WHO technical report series 845. Geneva: WHO, 1995.</li> <li>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.</li> <li>UNICEF -WHO-World Bank Joint Child Malnutrition Estimates. (UNICEF, New York; WHO, Geneva; The World Bank, Washington, DC; 2012).</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>World Health Organization (2008). Training Course on Child Growth Assessment. Geneva, WHO, 2008.</li> </ul>

# 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

<b>Definición</b>	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.																											
<b>Numerador</b>	Total de niños y niñas entre 6 y 59 meses con concentración de hemoglobina menor de 110g/L.																											
<b>Denominador</b>	Población total con edades entre 6 y 59 meses.																											
<b>Unidad de medida</b>	X por ciento (%).																											
<b>Consideraciones para la calidad del indicador</b>	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: $Hb \text{ ajustada} = Hb \text{ no ajustada} + 0.32 (\text{altitud} \times 0.0033) - 0.22 (\text{altitud} \times 0.0033)^2$ .																											
<b>Implicaciones para la interpretación</b>	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																											
<b>Indicador en contexto</b>	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.																											
<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>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) ✓																									
<b>Fuente preferida de datos</b>	Encuestas de nutrición nacionales u otras encuestas de hogares																											
<b>Fuentes alternativas de datos</b>	N/A																											
<b>Estimaciones por grupos inter agenciales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nutrition Impact Model Study Group. 1995-2011 <a href="https://doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70001-9">https://doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70001-9</a></li> <li>WHO estimates 1990-2016 <a href="https://apps.who.int/gho/data/view.main.ANEMIACHILDRENv?lang=en">https://apps.who.int/gho/data/view.main.ANEMIACHILDRENv?lang=en</a></li> </ul>																											
<b>Marcos de monitoreo global</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Global Nutrition Monitoring Framework. <a href="https://apps.who.int/nutrition/landscape/global-monitoring-framework">https://apps.who.int/nutrition/landscape/global-monitoring-framework</a></li> </ul>																											
<b>Para más información</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Global Nutrition Report 2018. <a href="https://globalnutritionreport.org/blog/effect-population-estimates-country-level-nutrition-data-demographical-gymnastics-nutritional-conundrums/">https://globalnutritionreport.org/blog/effect-population-estimates-country-level-nutrition-data-demographical-gymnastics-nutritional-conundrums/</a></li> <li>OMS. Prevalencia de anemia a nivel mundial 1993-2005. <a href="https://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anaemia_iron_deficiency/9789241596657/en/">https://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anaemia_iron_deficiency/9789241596657/en/</a></li> </ul>																											
<b>Referencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lancet Glob Health. 2013 Jul;1(1):e16-25. doi: 10.1016/S2214-109X(13)70001-9. Epub 2013 Jun 25.</li> <li>OMS. 100 indicadores básicos de salud. <a href="https://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/chi_2015_57_anaemia_children.pdf?ua=1">https://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/chi_2015_57_anaemia_children.pdf?ua=1</a></li> </ul>																											

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 pateo, 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) ✓

<b>Fuente preferida de datos</b>	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.
<b>Fuentes alternativas de datos</b>	N/A
<b>Estimaciones por grupos inter agenciales</b>	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.
<b>Marcos de monitoreo global</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente.</a></li> </ul>
<b>Para más información</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UNICEF. <a href="http://data.unicef.org/ecd/development-status.html">http://data.unicef.org/ecd/development-status.html</a></li> </ul>
<b>Referencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repositorio de metadatos de los ODS. <a href="https://unstats.un.org/sdgs/metadata/">https://unstats.un.org/sdgs/metadata/</a></li> </ul>

# 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

<b>Definición</b>	<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>																											
<b>Numerador</b>	<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 <math>\times 100</math>.</p>																											
<b>Denominador</b>	<p>Población total de niños que tengan un año por debajo de la edad de ingreso oficial a la educación primaria.</p>																											
<b>Unidad de medida</b>	<p>X por ciento (%).</p>																											
<b>Consideraciones para la calidad del indicador</b>	<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>																											
<b>Implicaciones para la interpretación</b>	<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>																											
<b>Indicador en contexto</b>	<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>																											
<b>Marco de ODS</b>  	<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> <tr> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>✓</td> </tr> <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)																												
✓																												
✓																												
✓																												
✓																												
✓																												

<b>Fuente preferida de datos</b>	<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>
<b>Fuentes alternativas de datos</b>	N/A
<b>Estimaciones por grupos inter agenciales</b>	<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: <a href="http://data.uis.unesco.org/index.aspx?queryid=3409">http://data.uis.unesco.org/index.aspx?queryid=3409</a></p>
<b>Marcos de monitoreo global</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente.</a></li> </ul>
<b>Para más información</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UNESCO. SDG 4. <a href="http://uis.unesco.org/en/topic/sustainable-development-goal-4">http://uis.unesco.org/en/topic/sustainable-development-goal-4</a></li> </ul>
<b>Referencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repositorio de metadatos de los ODS. <a href="https://unstats.un.org/sdgs/metadata/">https://unstats.un.org/sdgs/metadata/</a></li> </ul>

# 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

<b>Definición</b>	<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>																											
<b>Numerador</b>	Gasto de bolsillo en salud para el año fiscal de interés × 100.																											
<b>Denominador</b>	Gasto total en salud para el mismo año fiscal y en la misma unidad monetaria que el numerador.																											
<b>Unidad de medida</b>	X por ciento (%).																											
<b>Consideraciones para la calidad del indicador</b>	<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). Se recomienda seguir las guías para la producción de las cuentas nacionales de Salud. <a href="https://www.who.int/health-accounts/documentation/system_of_health_accounts_2011/en/">https://www.who.int/health-accounts/documentation/system_of_health_accounts_2011/en/</a></p>																											
<b>Implicaciones para la interpretación</b>	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.																											
<b>Indicador en contexto</b>	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.																											
<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>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.																											
<b>Fuente preferida de datos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuentas Nacionales de Salud.</li> <li>Sistemas de información administrativa.</li> <li>Encuestas de ingresos y gastos de los hogares.</li> </ul>																											
<b>Fuentes alternativas de datos</b>	Estudios especiales.																											
<b>Estimaciones por grupos inter agenciales</b>	<a href="#">Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente.</a>																											
<b>Marcos de monitoreo global</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente.</a></li> <li>OMS. 100 indicadores básicos de salud. <a href="https://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/chi_2015_120_health_expend_out_pocket.pdf?ua=1">https://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/chi_2015_120_health_expend_out_pocket.pdf?ua=1</a></li> </ul>																											
<b>Para más información</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Herramienta para la producción de las cuentas nacionales de Salud. OMS. <a href="https://www.who.int/health-accounts/tools/HAPT/en/">https://www.who.int/health-accounts/tools/HAPT/en/</a></li> </ul>																											
<b>Referencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro de Metadatos del Observatorio Global de Salud. OMS. <a href="http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=1#">http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=1#</a></li> </ul>																											

# Población que vive por debajo del umbral nacional de pobreza, desglosada por sexo y edad



TODAS LAS MUJERES  
TODOS LOS NIÑOS

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

## Definición

La tasa de pobreza nacional es el porcentaje de la población total que vive por debajo del umbral de pobreza nacional.

La tasa de pobreza rural es el porcentaje de la población rural que vive por debajo de la línea de pobreza nacional (o en los casos en que se utiliza una línea de pobreza rural separada, la línea de pobreza rural).

La tasa de pobreza urbana es el porcentaje de la población urbana que vive por debajo de la línea de pobreza nacional (o, en los casos en que se utiliza una línea de pobreza urbana separada, la línea de pobreza urbana).

## Numerador

Número de personas representadas en la encuesta cuyo consumo o ingreso diario está por debajo del umbral nacional de pobreza.

## Denominador

Número total de población representada en la encuesta.

## Unidad de medida

X por ciento (%).

## Consideraciones para la calidad del indicador

Las estimaciones nacionales de pobreza se derivan de datos de encuestas de hogares.

Para que sean útiles para las estimaciones de pobreza, las encuestas deben ser representativas a nivel nacional. También deben incluir suficiente información para calcular una estimación integral del consumo o ingreso total del hogar (incluido el consumo o ingreso de la producción propia) y para construir una distribución ponderada correctamente del consumo o ingreso por persona.

El seguimiento de la pobreza nacional es importante para las agendas de desarrollo específicas de cada país. Las líneas de pobreza nacionales se utilizan para hacer estimaciones más precisas de la pobreza que sean coherentes con las circunstancias económicas y sociales específicas del país y no están destinadas a comparaciones internacionales de tasas de pobreza.

Al evaluar la pobreza en un país determinado, y la mejor manera de reducir la pobreza de acuerdo con las definiciones nacionales, uno naturalmente se enfoca en una línea de pobreza que se considera apropiada para ese país. Las líneas de pobreza entre países varían en términos de su poder adquisitivo y tienen una fuerte gradiente económica, de modo que los países más ricos tienden a adoptar niveles de vida más altos al definir la pobreza. Dentro de un país, el costo de vida es típicamente más alto en áreas urbanas que en áreas rurales. Algunos países pueden tener líneas de pobreza urbana y rural separadas para representar diferentes poderes adquisitivos.

## Implicaciones para la interpretación

El consumo es el indicador de bienestar preferido por varias razones. Los ingresos suelen ser más difíciles de medir con precisión. Por ejemplo, las personas en condición de pobreza que trabajan en el sector informal pueden no recibir o informar salarios monetarios; los trabajadores independientes a menudo experimentan flujos de ingresos irregulares; y muchas personas de las zonas rurales dependen de ingresos agrícolas idiosincrásicos. Además, el consumo concuerda mejor con la idea del nivel de vida que el ingreso, que puede variar con el tiempo incluso si el nivel de vida real no lo hace. Por lo tanto, siempre que sea posible, se utilizan indicadores de bienestar basados en el consumo para estimar las medidas de pobreza que se informan aquí. Pero los datos de consumo no siempre están disponibles. Por ejemplo, en América Latina y el Caribe, la mayoría de los países recopilan principalmente datos sobre ingresos. En esos casos, no hay más remedio que utilizar datos sobre ingresos.

En cualquier caso, estos indicadores de pobreza basados en el ingreso o consumo no reflejan completamente las otras dimensiones de la pobreza, como la desigualdad, la vulnerabilidad y la falta de voz y poder de los pobres.

## Indicador en contexto

Las tasas de pobreza nacionales utilizan una línea de pobreza específica del país, que refleja sus circunstancias económicas y sociales. En algunos casos, la línea de pobreza nacional se ajusta para diferentes áreas dentro del país (como urbanas y rurales), para tener en cuenta las diferencias en los precios o la disponibilidad de bienes y servicios. Por lo general, la línea de pobreza urbana se establece más alta que la línea de pobreza rural, lo que refleja los costos de vida relativamente más altos en las áreas urbanas.



## Marco de ODS

1 FIN DE LA POBREZA



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

## Fuente preferida de datos

Las estimaciones nacionales de pobreza suelen ser elaboradas y son propiedad de los gobiernos de los países (por ejemplo, la Oficina Nacional de Estadística) y, a veces, con la asistencia técnica del Banco Mundial y el PNUD. Tras la publicación de las estimaciones nacionales de pobreza por parte del gobierno, el Grupo de Trabajo de Pobreza Global del Banco Mundial evalúa la metodología utilizada por el gobierno, valida las estimaciones con datos brutos siempre que sea posible y consulta a los economistas del país para su publicación. Las estimaciones aceptadas, junto con los metadatos, se publicarán en la base de datos de Indicadores de Desarrollo Mundiales (WDI, por sus siglas en inglés), así como en la base de datos de pobreza y equidad del Banco Mundial.

## Fuentes alternativas de datos

Otra fuente son las evaluaciones de pobreza del Banco Mundial. El Banco Mundial prepara periódicamente evaluaciones de la pobreza de los países en los que tiene un programa activo, en estrecha colaboración con instituciones nacionales, otros organismos de desarrollo y grupos de la sociedad civil, incluidas las organizaciones de personas pobres. Las evaluaciones de la pobreza informan sobre el alcance y las causas de la pobreza y proponen estrategias para reducirla. Las evaluaciones de pobreza son la mejor fuente de información disponible sobre estimaciones de pobreza utilizando líneas de pobreza nacionales. A menudo incluyen evaluaciones separadas de la pobreza urbana y rural.

## Estimaciones por grupos inter agenciales

Banco Mundial comparte y hace públicas de forma transparente las metodologías para todo tipo de ajustes a los datos originales (por ejemplo, a través de su sitio web PovcalNet y sus diversos documentos analíticos).

## Marcos de monitoreo global

- Marco de seguimiento global de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

## Para más información

- Para obtener más información y detalles sobre la metodología, el portal repositorio de metadatos de los ODS: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-02-01.pdf>.

## Referencias

- Repositorio de metadatos de los ODS. <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/>

# Población que utiliza servicios de suministro de agua potable gestionados sin riesgos



TODAS LAS MUJERES  
TODOS LOS NIÑOS

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

<b>Definición</b>	<p>La población que utiliza servicios de agua para consumo gestionados de manera segura se mide por la población que utiliza una fuente de agua mejorada que se encuentra in situ (accesibilidad), disponible cuando sea necesario (disponibilidad) y libre de contaminación (calidad).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Entre las fuentes de agua “mejoradas” figuran las siguientes: agua entubada en viviendas, patios o parcelas; grifos públicos o tubos; pozos de tubos; pozos excavados protegidos; manantiales protegidos; agua envasada; agua suministrada y agua de lluvia.</li><li>• Se considera que una fuente de agua está “ubicada <i>in situ</i>” si el punto de recogida se encuentra dentro de la vivienda, el patio o la parcela.</li><li>• “<b>Disponible cuando se necesita</b>”: los hogares pueden acceder a cantidades suficientes de agua cuando sea necesario.</li><li>• “<b>Libre de contaminación</b>”: el agua cumple con las normas nacionales o locales pertinentes. En ausencia de tales normas, se hace referencia a las <a href="#">Directrices de la OMS para la calidad del agua potable</a>.</li><li>• Los coliformes termotolerantes son el indicador preferido de calidad microbiológica, y el arsénico y el flúor son los productos químicos</li></ul>
<b>Numerador</b>	Población que utiliza fuentes de agua mejoradas que cumplen con los siguientes criterios: 1) Accesibilidad. 2) Disponibilidad. 3) Calidad.
<b>Denominador</b>	Población total.
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje % (X por ciento). *Nota: el cálculo del indicador proviene de modelos de regresión implementados para población urbana y rural por el grupo inter agencial JMP (Joint Monitoring Programme) de OMS y UNICEF.
<b>Consideraciones para la calidad del indicador</b>	<p>La composición de este indicador implica la integración de múltiples fuentes de datos, por lo que es importante contar con un nivel de agregación común que haga factible la obtención de las estimaciones.</p> <p>Se recomienda consultar las estimaciones mundiales, que utilizan sólo datos validados por las oficinas nacionales de estadísticas. Ver “estimaciones por grupos inter agenciales”. Actualmente se utiliza un modelo de regresión lineal para lidiar con la falta de información de algunos años, pero se espera que en los próximos años se harán modelos ajustados a la llamada “escalera de los ODS” que funciona como una escala entre la categoría de “aguas superficiales” y la de “servicio gestionado de manera segura”.</p>
<b>Implicaciones para la interpretación</b>	<p>Este indicador agrega las dimensiones de accesibilidad, disponibilidad y calidad al de “fuentes mejoradas de agua” que se utilizó para los ODM. Dada la mayor “exigencia” de este indicador, se espera que las estimaciones de este indicador sean menores que para el de “fuentes mejoradas de agua”, lo que no significa que la cobertura haya empeorado.</p>
<b>Indicador en contexto</b>	Este indicador forma parte de una estrategia amplia de monitoreo del acceso al agua y servicios de higiene a cargo de UNICEF y OMS, dada su relevancia para la salud pública.

## Marco de ODS

**6** AGUA LIMPIA  
Y SANEAMIENTO



Marco de EWEC-LAC	Dimensión	Marco de monitoreo	Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad
Sobrevivir	<b>Mujer</b> ✓	Insumo	Sexo
Prosperar	<b>Niñez</b> ✓	Salida	Etnicidad
<b>Transformar</b> ✓	<b>Adolescencia</b> ✓	<b>Resultado</b> ✓	Educación
		Impacto	<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

Los datos sobre la disponibilidad y la seguridad del agua potable están cada vez más disponibles a través de una combinación de encuestas de hogares y fuentes administrativas, incluidos los reguladores, pero las definiciones aún no se han estandarizado.

**Fuentes alternativas de datos** N/A

## Estimaciones por grupos inter agenciales

- JMP de OMS y UNICEF. [www.washdata.org](http://www.washdata.org)

## Marcos de monitoreo global

- [Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente.](#)
- [Objetivos de Desarrollo Sostenible: https://unstats.un.org/sdgs/](https://unstats.un.org/sdgs/)

## Para más información

- [Agua potable gestionada de forma segura.](#) UNICEF, OMS. JMP-2017

## Referencias

- [Repositorio de metadatos de los ODS.](#) Naciones Unidas.
- Preguntas principales sobre agua, saneamiento e higiene para uso en encuestas de hogares: actualización de 2018
- <https://washdata.org/report/jmp-2018-core-questions-household-surveys-es>

# Población con instalaciones para el lavado de manos con agua y jabón, porcentaje



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 población que cuenta con una instalación de lavado de manos con agua y jabón.
<b>Numerador</b>	Población que cuenta con una instalación básica para lavado de manos.
<b>Denominador</b>	Población total.
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje % (X por ciento). *Nota: el cálculo del indicador proviene de modelos de regresión implementados para población urbana y rural por el grupo inter agencial JMP (Joint Monitoring Programme) de OMS y UNICEF.
<b>Consideraciones para la calidad del indicador</b>	Las encuestas de los hogares proporcionan datos sobre la presencia de materiales de lavado de manos en el hogar.

<b>Implicaciones para la interpretación</b>	
Conceptos relacionados:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalación básica de lavado de manos: un dispositivo in situ para contener, transportar o regular el flujo de agua para facilitar el lavado de manos con agua y jabón en el hogar.</li> <li>• Jabón: incluye las pastillas de jabón, el jabón líquido, el detergente en polvo y el agua jabonosa.</li> </ul>	

<b>Indicador en contexto</b>	Está disponible una versión gráfica de la escala utilizada por el grupo inter agencial para monitorear y hacer comparables las mediciones del nivel de seguridad en el saneamiento: <a href="https://washdata.org/monitoring/higiene">https://washdata.org/monitoring/higiene</a> .
------------------------------	---

<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
	<b>Transformar</b> ✓	<b>Adolescencia</b> ✓	<b>Resultado</b> ✓	Educación
			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>	N/A
--------------------------------------	-----

<b>Estimaciones por grupos inter agenciales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• JMP de OMS y UNICEF <a href="https://washdata.org/how-we-work/sdg-monitoring">https://washdata.org/how-we-work/sdg-monitoring</a></li> </ul>
---	---

<b>Marcos de monitoreo global</b>	N/A
-----------------------------------	-----

<b>Para más información</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• JMP de OMS y UNICEF <a href="https://washdata.org/how-we-work/sdg-monitoring">https://washdata.org/how-we-work/sdg-monitoring</a></li> </ul>
-----------------------------	---

<b>Referencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Repositorio de metadatos de los ODS.</a></li> <li>• Preguntas principales sobre agua, saneamiento e higiene para uso en encuestas de hogares: actualización de 2018.</li> <li>• <a href="https://washdata.org/report/jmp-2018-core-questions-household-surveys-es">https://washdata.org/report/jmp-2018-core-questions-household-surveys-es</a></li> </ul>
--------------------	---

# Población que utiliza servicios de saneamiento gestionados de manera segura, porcentaje



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 población que utiliza servicios de saneamiento gestionados de manera segura se mide actualmente por la población que utiliza una instalación de saneamiento mejorada que no se comparte con otros hogares y donde las excretas se desechan de manera segura in situ o se tratan fuera del sitio.
<b>Numerador</b>	Población que utiliza métodos de disposición de excretas que consideran gestionadas de manera segura.
<b>Denominador</b>	Población total.
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje % (X por ciento)  *Nota: el cálculo del indicador proviene de modelos de regresión implementados para población urbana y rural por el grupo inter agencial JMP (Joint Monitoring Programme) de OMS y UNICEF.
<b>Consideraciones para la calidad del indicador</b>	<p>Las encuestas y censos de los hogares proporcionan datos sobre el uso de los tipos de instalaciones básicas de saneamiento enumeradas anteriormente, así como la presencia de materiales de lavado de manos en el hogar.</p> <p>El porcentaje de la población que utiliza servicios de saneamiento gestionados de manera segura se calcula combinando datos sobre la proporción de la población utilizando diferentes tipos de instalaciones básicas de saneamiento con estimaciones de la proporción de residuos fecales que son desechado in situ o tratado fuera del sitio.</p>
<b>Implicaciones para la interpretación</b>	
Conceptos relacionados:	
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Las instalaciones de saneamiento mejoradas:</b> Una instalación de saneamiento mejorada es aquella que evita de forma higiénica el contacto de los usuarios con los excrementos humanos. Entre ellas se incluyen las tecnologías de saneamiento a base de agua —como los inodoros de descarga o sifón que se conectan al sistema de alcantarillado, a tanques sépticos o a letrinas de fosa— y las tecnologías de saneamiento seco —como las letrinas de fosa con losas y los retretes de composte.</li><li>• <b>Eliminado in situ de manera segura:</b> cuando las letrinas y los tanques sépticos no se vacían, las excretas todavía pueden permanecer aisladas del contacto humano y pueden considerarse administradas de manera segura. Por ejemplo, con el nuevo indicador de los ODS, los hogares que utilizan letrinas gemelas o abandonan de manera segura letrinas y cavan nuevas instalaciones, una práctica común en las zonas rurales, se contarían como servicios de saneamiento administrados de manera segura.</li><li>• <b>Tratado fuera del sitio:</b> no todas las excretas de los inodoros transportados en alcantarillas (como aguas residuales) o vaciados de letrinas de pozo y fosas sépticas (como lodos fecales) llegan a un sitio de tratamiento. Por ejemplo, una porción puede filtrarse de la propia alcantarilla o, debido a instalaciones de bombeo rotas, ser descargada directamente al medio ambiente. Del mismo modo, una parte de los lodos fecales vaciados de los recipientes puede ser descargado en drenajes abiertos, para abrir el suelo o cuerpos de agua, en lugar de ser transportado a una planta de tratamiento. Y finalmente, incluso una vez que las excretas llegan a una planta de tratamiento, una porción puede permanecer sin tratar, debido a un equipo de tratamiento disfuncional o capacidad de tratamiento inadecuada, y ser descargada al medio ambiente.</li></ul>	
<b>Indicador en contexto</b>	Está disponible una versión gráfica de la escala utilizada por el grupo inter agencial para monitorear y hacer comparables las mediciones del nivel de seguridad en el saneamiento. <a href="https://washdata.org/monitoring/sanitation">https://washdata.org/monitoring/sanitation</a>

## Marco de ODS

**6** AGUA LIMPIA  
Y SANEAMIENTO



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 y censos para estimar el uso de distintos tipos de instalaciones, y datos administrativos sobre el tratamiento de excretas y aguas residuales

**Fuentes alternativas de datos** N/A

### Estimaciones por grupos inter agenciales

- JMP de OMS y UNICEF. <https://washdata.org/how-we-work/sdg-monitoring>

### Marcos de monitoreo global

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

### Para más información

- PJMP de OMS y UNICEF <https://washdata.org/how-we-work/sdg-monitoring>

### Referencias

- [Saneamiento y aguas residuales](#), OMS.
- Repositorio de metadatos de los ODS. Naciones Unidas. <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/>
- [Preguntas principales sobre agua, saneamiento e higiene para uso en encuestas de hogares](#): actualización de 2018.

# 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)



TODAS LAS MUJERES  
TODOS LOS NIÑOS

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

<b>Definición</b>	Mujeres y niñas de 15 a 19 años, y de 15 a 49 años que alguna vez han tenido pareja y han sufrido violencia física, sexual o psicológica por parte de una pareja actual o anterior, en los 12 meses anteriores.
<b>Numerador</b>	Número de mujeres del grupo de edad de interés (15 a 19, o de 15-49 años) que en los últimos 12 meses padecieron violencia física, sexual y psicológica a manos de su actual o anterior pareja × 100.
<b>Denominador</b>	Número de mujeres encuestadas del grupo de edad de interés y que alguna vez han tenido una pareja.
<b>Unidad de medida</b>	X por ciento (%).
<b>Consideraciones para la calidad del indicador</b>	<p>Para la construcción del indicador se utilizarán los siguientes criterios para la selección de los datos que se incluirán en la base de datos que garantizará la calidad y comparabilidad de los datos:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>(1) Datos representativos a nivel nacional;</li><li>(2) Datos recolectados a través de encuestas de hogares;</li><li>(3) Definición comparable de violencia física, sexual y psicológica de pareja entre países;</li><li>(4) Rango de edad comparable (15-19 y 15-49);</li><li>(5) Origen de datos confiable.</li></ol>
<b>Implicaciones para la interpretación</b>	<p>Según la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993), la Violencia contra la Mujer es "cualquier acto de violencia de género que resulte en daños o sufrimientos físicos, sexuales o psicológicos para las mujeres, amenazas de tales actos, coacción o privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurran en la vida pública o privada. Se entenderá que la violencia contra las mujeres abarca, pero no se limita a, lo siguiente: Violencia física, sexual y psicológica que se produce en la familia [...]". <a href="#">Vea aquí la definición completa.</a></p> <p>La violencia de pareja íntima incluye cualquier abuso perpetrado por una pareja actual o anterior en el contexto del matrimonio, la convivencia o cualquier otra unión formal o informal.</p> <p>Las diferentes formas de violencia incluidas en el indicador se definen de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. La violencia física consiste en actos dirigidos a herir físicamente a la víctima e incluyen, pero no se limitan a, empujar, agarrar, torcer el brazo, tirar del pelo, abofetear, patear, morder o golpear con el puño u objeto, tratar de estrangular o asfixiar, generar quemaduras a propósito, o amenazar o atacar con algún tipo de arma o cuchillo.</li><li>2. La violencia sexual se define como cualquier tipo de comportamiento sexual dañino o no deseado que se impone a alguien. Incluye actos de contacto sexual abusivo, participación forzada en actos sexuales, intento o realización de actos sexuales sin consentimiento, incesto, acoso sexual, entre otros.</li><li>3. La violencia psicológica incluye una serie de comportamientos que abarcan actos de abuso emocional y comportamientos de control. Para una definición más detallada de la violencia física, sexual y psicológica contra las mujeres, véase <a href="#">Directrices para la producción de estadísticas sobre la violencia contra la mujer.</a></li></ol>
<b>Indicador en contexto</b>	<p>Para obtener más información sobre las prácticas recomendadas en la producción de estadísticas sobre la violencia contra la mujer, véase: <a href="#">Directrices de las Naciones Unidas para la producción de estadísticas sobre la violencia contra la mujer- Encuestas estadísticas (ONU, 2014).</a></p> <p>Además de la forma de violencia y edad, los ingresos/riqueza, la educación, la etnia (incluida la condición indígena), la situación de la discapacidad, la ubicación geográfica y la frecuencia de la violencia se sugieren como variables deseadas para la desagregación de este indicador.</p>

## Marco de ODS

**5** IGUALDAD DE GÉNERO



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

Oficinas Nacionales de Estadística (en la mayoría de los casos) o ministerios de línea/otros organismos gubernamentales que realicen encuestas nacionales sobre la violencia contra las mujeres y las niñas.

Aunque los datos administrativos de la salud, la policía, los tribunales, la justicia y los servicios sociales, entre otros servicios utilizados por las sobrevivientes de la violencia, pueden proporcionar información sobre la violencia contra las mujeres y las niñas, estos no producen datos de prevalencia, sino datos o el número de casos recibidos en/informados a estos servicios. Se sabe que muchas mujeres maltratadas no denuncian violencia y las que sí la presentan, tienden a ser sólo los casos más graves. Por lo tanto, los datos administrativos no deben utilizarse como origen de datos para este indicador.

Para obtener más información sobre las prácticas recomendadas en la producción de estadísticas sobre la violencia contra la mujer, véase: Directrices de las Naciones Unidas para la producción de estadísticas sobre la violencia contra la mujer- Encuestas estadísticas (ONU, 2014).

## Fuentes alternativas de datos

- Encuestas de hogares / demográficas que incluyen un módulo sobre las experiencias de violencia de las mujeres, como el DHS.

## Estimaciones por grupos inter agenciales

- Aunque no se dispone de estimaciones estandarizadas para todos los países, está disponible la base de datos global para eliminar la violencia contra las mujeres, de ONU Mujeres: <http://evaw-global-database.unwomen.org/es>.

## Marcos de monitoreo global

N/A

## Para más información

- [Guías para la producción de estadísticas sobre violencia contra las mujeres.](#)
- [ONU Mujeres. 2016. Base de datos mundial sobre la violencia contra la mujer.](#)
- [Portal de datos de UNICEF.](#)
- [Portal UNSD sobre el conjunto mínimo de indicadores de género.](#)

## Referencias

- [Repositorio de metadatos de los ODS.](#)



# Registro de nacimientos ante la autoridad civil (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>	Niños y niñas menores de 5 años cuyos nacimientos han sido registrados ante una autoridad civil.
<b>Numerador</b>	Número de niños y niñas menores de cinco años cuyos nacimientos se notifican como registrados ante las autoridades civiles nacionales pertinentes × 100.
<b>Denominador</b>	Total de niños y niñas menores de cinco años.
<b>Unidad de medida</b>	X por ciento (%).

## Consideraciones para la calidad del indicador

El número de niños y niñas que han adquirido su derecho a una identidad jurídica se recoge principalmente a través de censos, sistemas de registro civil y encuestas de hogares. Los sistemas de registro civil que funcionan efectivamente recopilan estadísticas vitales que se utilizan para comparar el número total estimado de nacimientos en un país con el número absoluto de nacimientos registrados durante un período determinado. Sin embargo, el registro sistemático de los nacimientos en muchos países sigue siendo un desafío serio. A falta de datos administrativos fiables, las encuestas de hogares se han convertido en una fuente clave de datos para monitorear los niveles y tendencias en el registro de nacimientos. Conforme avancen las tecnologías de la información, deberán incorporarse para mejorar estos registros.

## Implicaciones para la interpretación

De acuerdo con el plan regional para el fortalecimiento de las estadísticas vitales, cada país establece una meta basada en su cobertura previa. En general se impulsa a los países a alcanzar 90% de cobertura para considerar un nivel adecuado. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CD52-INF4-H-s.pdf>

## Indicador en contexto

El registro de los niños y las niñas al nacer es el primer paso para asegurar su reconocimiento ante la ley, salvaguardar sus derechos y asegurar que cualquier violación de estos derechos no pase desapercibida.

El derecho de los niños y las niñas a un nombre y nacionalidad está consagrado en la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC) en virtud del Artículo 7.

## Marco de ODS



Marco de EWEC-LAC	Dimensión	Marco de monitoreo	Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad
Sobrevivir	Mujer	Insumo	<b>Sexo</b> ✓
Prosperar	<b>Niñez</b> ✓	Salida	<b>Etnicidad</b> ✓
<b>Transformar</b> ✓	Adolescencia	<b>Resultado</b> ✓	<b>Educación de la madre</b> ✓
		Impacto	<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

- Sistemas nacionales de registro vital

## Fuentes alternativas de datos

- Censos, encuestas de hogares (MICS y DHS)

## Estimaciones por grupos inter agenciales

- UNICEF-UNSD. <http://data.unicef.org/child-protection/birth-registration.html>

## Marcos de monitoreo global

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

---

**Para más información**

- [Registro de nacimiento. UNICEF.](#)

---

**Referencias**

- [Repositorio de metadatos para los indicadores de los ODS.](#) División de estadística de las Naciones Unidas.

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



TODAS LAS MUJERES  
TODOS LOS NIÑOS

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

<b>Definición</b>	Porcentaje de niños, niñas y jóvenes de grado 2 o 3 de educación primaria (1), al final de la educación primaria (2) y al final de la educación secundaria inferior (3) que logran al menos un nivel mínimo de competencia en (a) lectura y b) matemáticas. El nivel mínimo de competencia se medirá en relación con las nuevas escalas comunes de lectura y matemáticas actualmente en desarrollo.
<b>Numerador</b>	(1) Número de niños, niñas y jóvenes de grado 2 o 3 de educación primaria que logran al menos un nivel mínimo de competencia en lectura y matemáticas, (2) Número niños, niñas y jóvenes al final de la educación primaria que logran al menos un nivel mínimo de competencia en lectura y matemáticas, (3) Número de jóvenes al final de la educación secundaria que logran al menos un nivel mínimo de competencia en lectura y matemáticas.
<b>Denominador</b>	(1) Número de niños, niñas y jóvenes inscritos en grados 2 o 3 de educación primaria; (2) Número de niños, niñas y jóvenes inscritos al final de la educación primaria; (3) Número de jóvenes inscritos al final de la educación secundaria.
<b>Unidad de medida</b>	X por ciento (%).
<b>Consideraciones para la calidad del indicador</b>	Cada país establece sus propias normas, por lo que los niveles de rendimiento podrían no ser comparables. Una opción es vincular las evaluaciones regionales que compartan un marco común. El cálculo de este indicador requiere información específica sobre las edades de los niños y las niñas que participan en las evaluaciones para crear datos comparables a nivel mundial. Las edades de los niños y las niñas reportados por el jefe del hogar podrían no ser consistentes y confiables, por lo que el cálculo del indicador puede ser aún más difícil.
<b>Implicaciones para la interpretación</b>	
El indicador es una medida directa de los resultados de aprendizaje alcanzados en las dos áreas temáticas al final de las etapas relevantes de la educación. Los tres puntos de medición tendrán su propio estándar mínimo establecido. Sólo hay un umbral que divide a los alumnos por encima y por debajo del mínimo: a) Por debajo del mínimo está el porcentaje de estudiantes que no alcanzan un estándar mínimo establecido por los países de acuerdo con las competencias mínimas definidas a nivel mundial. b) Por encima del mínimo está el porcentaje de estudiantes que han alcanzado los estándares mínimos. Debido a la heterogeneidad de los niveles de rendimiento establecidos por las evaluaciones nacionales y nacionales, estos niveles de rendimiento tendrán que asignarse a los niveles mínimos de rendimiento definidos a nivel mundial.	
<b>Indicador en contexto</b>	Las evaluaciones se administran típicamente dentro de los sistemas escolares, los indicadores actuales cubren sólo los de la escuela y la proporción de poblaciones objetivo en la escuela puede variar de un país a otro debido a la variada población infantil fuera de la escuela. Evaluar las competencias de los niños, niñas y jóvenes que no van a la escuela requeriría encuestas basadas en el hogar. Se está considerando evaluar a los niños y las niñas en los hogares, pero puede ser muy costoso y difícil de administrar y es poco probable que esté disponible en la escala necesaria en los próximos 3-5 años. Debido a la complicación en la evaluación de los niños y las niñas que no son de la escuela y el enfoque principal en la mejora del sistema educativo, el Instituto de Estadística de la UNESCO está adoptando un enfoque escalonado. Se centrará en evaluar a los niños en la escuela a medio plazo, donde se dispone de muchos datos, y luego elaborará un plan de aplicación más coherente para evaluar a los niños que no van a la escuela a largo plazo.

## 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	<b>Sexo</b> ✓
Prosperar	<b>Niñez</b> ✓	Salida	<b>Etnicidad</b> ✓
<b>Transformar</b> ✓	<b>Adolescencia</b> ✓	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

Organismos responsables de realizar evaluaciones de aprendizaje (incluidos los Ministerios de Educación, las Oficinas Nacionales de Estadística y otros proveedores de datos). Instituto de Estadística de la UNESCO  
 Para las evaluaciones multinacionales, los proveedores de datos son la Asociación Internacional para la Evaluación del Logro Educativo (AIE), Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación (LLECE), la Organización para la Economía Cooperación y Desarrollo (OCDE), Programa d'Analyse des Systèmes Educatifs de la CONFEMEN (PASEC) y Consorcio para el Seguimiento de la Calidad Educativa (SACMEQ).

(a) Estrategia a corto plazo: Utilizar datos nacionales de evaluación representativa a gran escala de evaluaciones nacionales, aunque los niveles de rendimiento no sean directamente comparables. (b) Estrategia a medio plazo: Utilizar una escala mundial de presentación de informes basada en una nueva prueba o en la vinculación estadística de las evaluaciones nacionales, regionales y nacionales.

## Fuentes alternativas de datos

Evaluaciones de aprendizaje multinacionales, entre ellas: Programa de análisis de systèmes éducatifs de la CONFEMEN (PASEC), Progreso en el Estudio Internacional de Alfabetización lectora (PIRLS), Programa de Evaluación Internacional de Estudiantes (PISA), Consorcio para el Monitoreo de la Calidad Educativa (SACMEQ), Tercer Estudio Regional Comparativo y Explicativo (TERCE) y Tendencias en el Estudio Internacional de Matemáticas y Ciencias (TIMSS).

## Estimaciones por grupos inter agenciales

N/A

## Marcos de monitoreo global

- Instituto de Estadística de la UNESCO.
- [Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente](#).
- Countdown 2030. Indicadores Demográficos. Población. Tier 1. Indicador A4. (porcentaje de niñas que se gradúan de la escuela secundaria).

## Para más información

- <http://www.uis.unesco.org/Pages/default.aspx>
- [Programa d'analyse des systems éducatifs de la CONFEMEN \(PASEC\)](#).
- [Progreso en el Estudio Internacional de Alfabetización lectora \(PIRLS\)](#).
- [Programa de Evaluación Internacional de Estudiantes \(PISA\)](#).
- [El Consorcio para el Monitoreo de la Calidad Educativa \(SACMEQ\)](#).
- [Tercer Estudio Regional Comparativo y Explicativo \(TERCE\)](#).
- [Tendencias en el Estudio Internacional de Matemáticas y Ciencias \(TIMSS\)](#).

## Referencias

- Repositorio de metadatos de los ODS. UNSTATS. <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/>

# Indicadores de la Estrategia Mundial a nivel nacional con desagregación completa relevante para el objetivo



TODAS LAS MUJERES  
TODOS LOS NIÑOS

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

<b>Definición</b>	Indicadores del marco de monitoreo de Todas las Mujeres Todos los Niños América Latina y el Caribe (EWEC-LAC) cuyos datos pueden extraerse de fuentes nacionales con al menos una desagregación relevante para el objetivo del indicador.
<b>Numerador</b>	Número de indicadores cuyos datos pueden extraerse desagregados desde las fuentes nacionales de reporte.
<b>Denominador</b>	28= Número de indicadores del marco de monitoreo de EWEC-LAC con desagregación posible de datos a nivel nacional.
<b>Unidad de medida</b>	X por ciento. Porcentaje %.
<b>Consideraciones para la calidad del indicador</b>	La desagregación por grupo de edad no se considera para este indicador porque no en todos los casos tiene sentido hacer comparaciones de las desigualdades sociales estratificando por grupo de edad, si no que resulta más informativo desagregar por alguno de los estratificadores incluidos en el marco de monitoreo de EWEC-LAC.

**Implicaciones para la interpretación**

Este tipo de desagregaciones es posible cuando se recurre a datos administrativos que cuentan con registros nominales que incluyen las variables de sexo, nivel socioeconómico u otro, o cuando se cuenta con datos de encuestas poblacionales, o censos.

Para el cálculo de las métricas de desigualdades sociales en salud a nivel ecológico, es suficiente con tener disponibles los estratificadores al mismo nivel de desagregación que los indicadores de salud y poblacionales. Por ejemplo, si se está analizando la desigualdad social en salud a nivel nacional, se recomienda contar con los 3 tipos de indicadores desagregados al mismo nivel geográfico.

**Indicador en contexto**

Este tipo de indicador está incluido también en el marco de los ODS como trazador de la capacidad de monitoreo de los países. En el caso de EWEC-LAC, es adicionalmente relevante porque las desagregaciones permiten calcular las desigualdades sociales en salud.

	Marco de EWEC-LAC	Dimensión	Marco de monitoreo	Estratificador sugerido para el análisis de desigualdad
<b>Marco de ODS</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) ✓

**Fuente preferida de datos**

Cálculo a nivel nacional basado en el marco de monitoreo EWEC-LAC

<b>Fuentes alternativas de datos</b>	N/A
<b>Estimaciones por grupos inter agenciales</b>	N/A
<b>Marcos de monitoreo global</b>	N/A. El ODS 17.18.1 está catalogado como tier III, y no se han publicado borradores de la metodología de cálculo.
<b>Para más información</b>	N/A
<b>Referencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Repositorio de metadatos de los ODS.</a></li> </ul>

# 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.