

# Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 “La equidad, el corazón de la salud”

## Compendio de indicadores a nivel del impacto

27 de septiembre del 2019



## INTRODUCCIÓN

Este compendio contiene las especificaciones técnicas de los indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025. En él se proporcionan las definiciones y los criterios de medición de todos los indicadores a fin de facilitar un enfoque sistemático en el seguimiento y la presentación de información sobre la ejecución del Plan Estratégico.

El compendio fue preparado por la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina), en colaboración con el Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico (conocido como SPAG por su sigla en inglés) para este plan estratégico. Este grupo fue establecido por el Comité Ejecutivo en su 162.<sup>a</sup> sesión y contó con la representación de 21 Estados Miembros de todas las subregiones de la OPS: el Caribe (Antigua y Barbuda, Bahamas, Dominica, Guyana, Santa Lucía, y Trinidad y Tabago); Centroamérica (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá); América del Norte (Canadá, Estados Unidos de América y México); y América del Sur (Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador, Paraguay y Venezuela). Panamá fue elegido para ocupar la presidencia y Bahamas para ocupar la vicepresidencia.

Los indicadores en este compendio están sujetos a ajustes por parte de la Oficina a fin de mantener la consonancia tanto con los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como con los indicadores del marco de impacto del 13.º Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud 2019-2023. La Oficina también puede aclarar o mejorar las especificaciones para la medición de los indicadores según sea necesario. Las líneas de base y las metas están sujetas a la validación con la información actualizada de los Estados Miembros y la Oficina tras la evaluación final del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019.

La versión más reciente del compendio se publicará en el sitio web de la OPS bajo “Acerca de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)”, que se encuentra [aquí](#).

<b>Código y título del indicador</b>	<b>Indicador 1 a nivel del impacto:</b> Reducción de las desigualdades dentro de los países
<b>Definición del indicador</b>	<p>Este indicador se refiere al número de países que logran una reducción proporcional cuantificable de las desigualdades absolutas dentro del país entre los diversos grupos, según se define mediante un estratificador social pertinente, en al menos dos de los cuatro indicadores trazadores de la salud del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS 3).</p> <p><b>Línea de base 2019:</b> No corresponde <b>Meta 2025:</b> 17</p>
<b>Propósito del indicador</b>	Este indicador se utiliza para cuantificar las desigualdades sociales en materia de salud dentro de los países, suministrar evidencia acerca del compromiso de los países para que <i>nadie se quede atrás</i> y generar la rendición de cuentas pertinente.
<b>Nota técnica</b>	<p>Para este indicador es necesario que se desglosen los datos a nivel subnacional, ya sea geográficamente (por ejemplo, por distritos) o de manera individual (por ejemplo, como microdatos de encuestas).</p> <p>Los cuatro indicadores trazadores principales de la salud del ODS 3, que abarcan el curso de la vida, son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasa de mortalidad neonatal (ODS 3.2.1)</li> <li>• Tasa de fecundidad de las adolescentes (ODS 3.7.2)</li> <li>• Tasa de incidencia de la tuberculosis (ODS 3.3.2)</li> <li>• Tasa de mortalidad prematura atribuida a las enfermedades no transmisibles (ODS 3.4.1)</li> </ul> <p>Un estratificador social pertinente es cualquiera de los estratificadores de la equidad indicados en la meta 11.1 de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA2030): lugar de residencia (rural o urbano), raza, etnia, ocupación, género, sexo, edad, educación o situación socioeconómica, así como desglose geográfico subnacional.</p> <p>La desigualdad absoluta (AbsIneq) es la diferencia aritmética entre el principal indicador trazador de la salud del ODS3 en el grupo más vulnerable y el del grupo de referencia. Para los estratificadores sociales ordinales (como el ingreso o los años de escolaridad), los grupos que se comparan son los extremos de la distribución apropiada (por ejemplo, los quintiles más altos y los más bajos).</p> <p>La reducción proporcional de la desigualdad absoluta (PRAI, por su sigla en inglés) se calcula de la siguiente manera:</p> $PRAI = \frac{\ln(AbsIneq_{CTHIreal}) - \ln(AbsIneq_{CTHIlínea\ de\ base})}{(t_{real} - t_{línea\ de\ base})} \times 100$

**Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)**

	El cálculo final del indicador del impacto se obtiene de la suma de países con PRAI <0 en al menos dos de los cuatro indicadores trazadores principales de la salud del ODS 3.
<b>Tipo de indicador</b>	Absoluto
<b>Unidad de medición</b>	Número de países
<b>Frecuencia de medición</b>	Se informará sobre el indicador a los Cuerpos Directivos en los años establecidos para la presentación de informes acerca del Plan Estratégico (2022, 2024 y 2026).
<b>Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud, Unidad de Análisis de Salud, Métricas y Evidencia (EIH/HA)</li> <li>• Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural (EGC)</li> </ul>
<b>Fuente de los datos</b>	Datos administrativos oficiales que se desglosan a nivel subnacional (por ejemplo, datos básicos de salud nacionales) o microdatos de encuestas pertinentes representativas a nivel nacional.
<b>Limitaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El grado de detalle insuficiente de los datos (es decir, un desglose deficiente de los datos) o una calidad deficiente de los datos puede dar lugar a que los patrones de la desigualdad sean inestables.</li> <li>• En los datos administrativos podría haber un sesgo ecológico residual.</li> </ul>
<b>Referencias</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 [Internet]. 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2017; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2017 (documento CSP29/6, Rev. 3) [consultado el 6 de agosto del 2019]. Disponible en: <a href="https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&amp;view=download&amp;category_slug=29-es-9250&amp;alias=42116-csp29-6-s-116&amp;Itemid=270&amp;lang=es">https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&amp;view=download&amp;category_slug=29-es-9250&amp;alias=42116-csp29-6-s-116&amp;Itemid=270&amp;lang=es</a></li> <li>2. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Asamblea General, septuagésimo período ordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; del 11 al 18 de septiembre del 2015; Nueva York. Nueva York: Naciones Unidas; 2015 (resolución A/RES/70/1) [consultado el 6 de agosto del 2019]. Disponible en: <a href="https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&amp;Lang=S">https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&amp;Lang=S</a></li> <li>3. Organización Panamericana de la Salud. Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud. Washington, DC: OPS; 2016. Disponible en: <a href="https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/manual-moni-desig-sociales-salud-2016.pdf">https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/manual-moni-desig-sociales-salud-2016.pdf</a></li> <li>4. Organización Mundial de la Salud. Health Equity Assessment Toolkit (HEAT) Plus. Disponible solo en inglés en: <a href="https://www.who.int/gho/health_equity/assessment_toolkit/en/">https://www.who.int/gho/health_equity/assessment_toolkit/en/</a></li> </ol>
<b>Vínculos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta 11.1 de la ASSA2030</li> <li>• Tasa de mortalidad neonatal (indicador 3.2.1 de los ODS)</li> </ul>

**Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)**

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tasa de fecundidad de las adolescentes (indicador 3.7.2 de los ODS)</li><li>• Tasa de incidencia de la tuberculosis (indicador 3.3.2 de los ODS)</li><li>• Tasa de mortalidad prematura atribuida a las enfermedades no transmisibles (indicador 3.4.1 de los ODS)</li><li>• Metas 10.2 y 10.3 de los ODS</li></ul>
--	---

Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)

<b>Código y título del indicador</b>	<b>Indicador 2 a nivel del impacto:</b> Esperanza de vida ajustada en función del estado de salud (EVAS)
<b>Definición del indicador</b>	<p>Este indicador se refiere al tiempo promedio (en años) que una persona (a una edad determinada) podría esperar vivir con buena salud (es decir, teniendo en cuenta los resultados mortales causados por la mortalidad prematura y la pérdida de salud no mortal causada por la discapacidad). Sirve como una medida resumida de la salud de la población.</p> <p><b>Línea de base 2019:</b> 66,91 años <b>Meta 2025:</b> 67,58 años</p>
<b>Propósito del indicador</b>	Este indicador es un índice único que capta los años previstos de supervivencia sin discapacidad. Esta medición única de la salud de la población general ofrece una manera útil para medir las brechas de salud, como los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), que a menudo se desglosan por enfermedades y traumatismos.
<b>Nota técnica</b>	<p>Para calcular la esperanza de vida sana de una población específica (definida por sexo, país y año), el primer paso es calcular la salud promedio de los integrantes de esa población dentro de cada intervalo de edad. Luego, se combina la información acerca de la prevalencia de todas las secuelas y las ponderaciones asociadas de la discapacidad, lo que representa la comorbilidad. Estos valores promedio de la salud equivalen a 1 menos el indicador de los años vividos con discapacidad (AVD) por persona en una población. Estos valores promedio se incorporan luego en una tabla de vida usando el método de Sullivan (véase Sullivan, 1971 en la sección de referencias).</p> <p>A los fines del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025, los cálculos necesarios para este índice se harán conjuntamente con el Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (IHME, por su sigla en inglés), que genera datos anualmente.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Relativo
<b>Unidad de medición</b>	Número de años
<b>Frecuencia de medición</b>	La EVAS se medirá en ciclos bienales con la información recopilada de los Estados Miembros entre enero y diciembre de un año determinado y se analizará en junio del año siguiente.
<b>Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador</b>	Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud, Unidad de Análisis de Salud, Métricas y Evidencia (EIH/HA)
<b>Fuente de los datos</b>	Bases de datos de la OPS/OMS sobre la mortalidad a nivel regional y bases de datos del IHME; estimaciones de la OMS y estimaciones de la carga mundial de enfermedad del IHME.
<b>Limitaciones</b>	Este indicador requiere cálculos intensivos y de varios pasos, por lo cual hace falta la colaboración del IHME.

<p><b>Referencias</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Imai K, Soneji S. On the estimation of disability-free life expectancy: Sullivan method and its extension. <i>J Am Stat Assoc</i> 2007;102(480): 1199-1211.</li> <li>2. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. <i>Global Health Metrics</i> 2018; 392(10159): P1859-1922 [véase el método estadístico en el apéndice 1]. Disponible solo en inglés en: <a href="https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32335-3/fulltext">https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32335-3/fulltext</a></li> <li>3. Salomon JA, Vos T, Hogan DR, et al. Common values in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the Global Burden of Disease 2010. <i>Lancet</i> 2012; 380(9859): 2129-2143.</li> <li>4. Salomon JA, Wang H, Freeman MK, et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. <i>Lancet</i> 2012; 380(9859): 2144-2162.</li> <li>5. Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. <i>HSMHA Health Rep</i> 1971; 86(4): 347-354.</li> <li>6. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, et al. Years lived with disability (YLD) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. <i>Lancet</i> 2012; 380(9859): 2163-2196.</li> <li>7. Wang H, Dwyer-Lindgren L, Lofgren KT, et al. Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. <i>Lancet</i> 2012; 380(9859): 2071-2094.</li> </ol>
<p><b>Vínculos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta de impacto 1.1 del Plan Estratégico 2014-2019</li> <li>• Marco de impacto del 13.º PGT (medida general)</li> </ul>

<p><b>Código y título del indicador</b></p>	<p><b>Indicador 3 a nivel del impacto:</b> Tasa de mortalidad neonatal</p>
<p><b>Definición del indicador</b></p>	<p>La tasa de mortalidad neonatal es la probabilidad de que un niño nacido en un año o período específico muera en los 28 primeros días de vida (0 a 27 días), si está sujeto a las tasas de mortalidad específicas por edad de ese período, expresada por 1.000 nacidos vivos.</p> <p>Las muertes neonatales (muertes en los nacidos vivos durante los primeros 28 primeros días completos de vida) pueden subdividirse en muertes neonatales tempranas, que ocurren durante los primeros 7 días de vida, y muertes neonatales tardías, que ocurren después del 7º día, pero antes del 28º día completo de vida.</p> <p><b>Línea de base 2017:</b> 7,9 muertes por 1.000 nacidos vivos  <b>Meta 2025:</b> 6,6 muertes por 1.000 nacidos vivos*</p> <p>* Esta meta se estableció sobre la base de una variación porcentual anual promedio de -2,1%, considerando las estimaciones correspondientes al 2017 del Grupo Interinstitucional de Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil. Las estimaciones correspondientes al 2018 se publicarán en septiembre del 2019. Las líneas de base y las metas pueden cambiar después de que se publiquen estas nuevas estimaciones.</p>
<p><b>Propósito del indicador</b></p>	<p>La mortalidad neonatal representa una proporción significativa de la mortalidad de menores de 5 años. El indicador proporciona información sobre el riesgo de mortalidad entre los días 0 a 27 de vida, que se relaciona con diferentes determinantes sociales, además de la cobertura y la calidad de la atención de salud.</p>
<p><b>Nota técnica</b></p>	<p>El Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil produce estimaciones de la tendencia de la tasa de mortalidad neonatal con una metodología estandarizada por país y región.</p> <p>Para calcular el indicador:</p> <p><b>Numerador:</b> número total de muertes neonatales (de 0 a 27 días de vida)</p> <p><b>Denominador:</b> número total de nacidos vivos</p> <p>En cada país se utilizan, siempre que sea posible, datos empíricos representativos a nivel nacional obtenidos de diferentes fuentes (registro civil, encuestas de hogares, censos), los cuales se consolidan para obtener las estimaciones ajustando la curva a los puntos de mortalidad observados. En el caso de los países sin datos anuales del registro civil, la estimación del año en curso se basa en proyecciones derivadas de puntos de datos que se infieren para al menos los 3 o 4 años previos. Estas tasas de mortalidad neonatal se estiman aplicando estos métodos a todos los Estados Miembros para garantizar la comparabilidad entre los países y períodos; en consecuencia, no son necesariamente iguales a los datos oficiales nacionales.</p>



**Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)**

	<p>El Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil está integrado por representantes del UNICEF, la OMS, el Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Antes de su publicación, los países revisan la serie de estimaciones y proporcionan datos nuevos que pudieran estar disponibles.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Relativo
<b>Unidad de medición</b>	Número de muertes por nacidos vivos
<b>Frecuencia de medición</b>	El indicador se medirá anualmente si se basa en los sistemas de registro civil; de lo contrario, se medirá con menos frecuencia (cada 3 a 5 años si se basa en encuestas).
<b>Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida (FPL) y el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP)</li> <li>• Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud, Unidad de Análisis de Salud, Métricas y Evidencia (EIH/HA)</li> </ul>
<b>Fuente de los datos</b>	Estimaciones del IGME en las que se emplean todas las fuentes disponibles de datos de los países (registro civil, encuestas, registros administrativos, etc.) aplicando una metodología comparable.
<b>Limitaciones</b>	<p>Las estimaciones dependen de la metodología aplicada y las fuentes de datos empleadas, así como de la calidad de los datos informados por los países. Algunos países proporcionan valores muy cercanos al contrastarlos con las estimaciones, otros pueden presentar valores menores o mayores, lo que se relaciona nuevamente con la calidad de la fuente de los datos, entre otros factores.</p> <p>Las estimaciones tienen intervalos de confianza que deben considerarse al compararse los valores informados por el país y los valores a lo largo del tiempo o entre los países. De igual manera, estas estimaciones a menudo se ven afectadas por errores no muestrales. Al igual que en el caso de los datos censales, los datos de las encuestas sobre mortalidad infantil y sus componentes podrían omitir nacimientos y muertes, incluir mortinatos junto con los nacidos vivos, y presentar el sesgo de selección de sobrevivientes y el truncamiento de edades. Las estimaciones directas de la mortalidad neonatal basadas en datos de encuestas también pueden verse afectadas por información errónea proporcionada por la madre al informar la fecha de nacimiento de sus hijos, la edad actual o la edad al momento de la muerte (probablemente haya más posibilidades de error si el niño ha fallecido).</p> <p>El registro civil y los sistemas de estadísticas vitales son la fuente preferida de datos sobre mortalidad neonatal. Sin embargo, muchos países en desarrollo no cuentan con sistemas de registro en pleno funcionamiento que registren con precisión (cobertura) todos los nacimientos y todas las muertes. Por lo tanto, las encuestas de hogares, como las encuestas de demografía y salud y las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados, se han convertido en una fuente importante de datos sobre la mortalidad neonatal en los países en desarrollo, pero hay algunos límites en cuanto a su calidad y representatividad.</p>

	<p>La calidad de los datos informados por los países depende de la calidad de los sistemas nacionales de información. Algunos países proporcionan valores precisos utilizando los datos de registro, al contrastarlos con las estimaciones. Los valores nacionales medios posiblemente no contribuyan a detectar las inequidades. Se recomienda encarecidamente el desglose por edad en días/semanas, peso al nacer, lugar de residencia, sexo y situación socioeconómica.</p>
<p><b>Referencias</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organización Mundial de la Salud. Todos los recién nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: <a href="http://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Every_Newborn_Action_Plan-EXECUTIVE_SUMMARY-SPANISH_updated_July2014.pdf">http://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Every_Newborn_Action_Plan-EXECUTIVE_SUMMARY-SPANISH_updated_July2014.pdf</a></li> <li>2. Naciones Unidas. Marco de medidas para el seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014: Informe del Secretario General. Nueva York: Naciones Unidas; 2014. Disponible en: <a href="https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/framework_of_actions_for_the_follow-up_to_the_programme_of_action_of_the_icpd_beyond_2014_-_spanish.pdf">https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/framework_of_actions_for_the_follow-up_to_the_programme_of_action_of_the_icpd_beyond_2014_-_spanish.pdf</a></li> <li>3. UNICEF. UNICEF data: Monitoring the situation of children and women. Nueva York: UNICEF; 2017. Disponible en: <a href="https://data.unicef.org/">https://data.unicef.org/</a></li> <li>4. Organización Mundial de la Salud. World health statistics 2017. Ginebra: OMS; 2017. Disponible solo en inglés en: <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255336/1/9789241565486-eng.pdf?ua=1">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255336/1/9789241565486-eng.pdf?ua=1</a></li> <li>5. Naciones Unidas. World population prospects, 2017 revision. Nueva York: Naciones Unidas; 2017. Disponible solo en inglés en: <a href="https://population.un.org/wpp/Publications/">https://population.un.org/wpp/Publications/</a></li> <li>6. Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil. Disponible en <a href="https://childmortality.org/">https://childmortality.org/</a>.</li> </ol>
<p><b>Vínculos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta 1.3 de la ASSA2030</li> <li>• Indicador 3.2.2 de los ODS</li> <li>• Marco de impacto del 13.º PGT</li> <li>• <i>Plan de acción de la OPS para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030</i></li> <li>• Indicadores básicos de la OPS</li> </ul>

<b>Código y título del indicador</b>	<b>Indicador 4 a nivel del impacto:</b> Tasa de mortalidad en menores de 5 años
<b>Definición del indicador</b>	<p>La tasa de mortalidad en menores de 5 años (TMM5) es la probabilidad de que un niño nacido en un año o período específico muera antes de cumplir los 5 años, si está sujeto a las tasas de mortalidad específicas por edad de ese período, expresada por 1.000 nacidos vivos.</p> <p>A pesar del nombre, este indicador no debe interpretarse estrictamente como una tasa (es decir, el número de muertes dividido por el total de la población en riesgo durante un cierto período). Más bien, se trata de una probabilidad de muerte derivada de una tabla de vida, expresada como tasa por 1.000 nacidos vivos.</p> <p><b>Línea de base 2017:</b> 14 muertes por 1.000 nacidos vivos (90% de intervalo de confianza: 14-15)*</p> <p><b>Meta 2025:</b> 11,5 muertes por 1.000** nacidos vivos</p> <p>* Las estimaciones correspondientes al 2018 serán publicados en septiembre del 2019 por el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil.</p> <p>** La meta se revisará en el 2019, una vez que se hayan publicado los datos del 2018.</p>
<b>Propósito del indicador</b>	<p>La tasa de mortalidad en menores de 5 años mide la supervivencia infantil. También refleja las condiciones sociales, económicas y ambientales en que viven los niños (y otras personas de la sociedad), incluida su atención médica. Debido a que los datos sobre la incidencia y la prevalencia de enfermedades (datos de morbilidad) no suelen estar disponibles, a menudo se utilizan las tasas de mortalidad para determinar las poblaciones vulnerables.</p> <p>La tasa de mortalidad en menores de 5 años es uno de los indicadores de los ODS (indicador 3.2.1 de los ODS).</p>
<b>Nota técnica</b>	<p>El Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil produce estimaciones de la tendencia de la tasa de mortalidad en menores de 5 años con una metodología estandarizada por país y región.</p> <p><b>Numerador:</b> número total de muertes de niños de 0 a 4 años de edad.</p> <p><b>Denominador:</b> número total de nacidos vivos.</p> <p>En cada país se utilizan, siempre que sea posible, datos empíricos representativos a nivel nacional obtenidos de diferentes fuentes (registro civil, encuestas de hogares, censos), los cuales se consolidan para obtener estimaciones ajustando la curva a los puntos de mortalidad observados. En el caso de los países sin datos anuales del registro civil, la estimación del año en curso se basa en proyecciones derivadas de puntos de datos que se infieren para al menos los 3 o 4 años previos. Estas tasas de mortalidad en menores de 5 años se han estimado aplicando estos métodos a todos los Estados Miembros para garantizar la comparabilidad entre los</p>

	<p>países y períodos; en consecuencia, no son necesariamente iguales a los datos oficiales nacionales.</p> <p>El Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil está integrado por representantes del UNICEF, la OMS, el Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Antes de su publicación, los países revisan la serie de estimaciones y proporcionan otros datos nuevos que pudieran estar disponibles.</p> <p><b>Nacido vivo:</b> es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo, que, después de esa separación, respire o dé cualquier otra señal de vida —por ejemplo, latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimiento apreciable de los músculos voluntarios— tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical o si la placenta permanece o no unida. Cada producto de un nacimiento con estas características se considera un nacido vivo.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Relativo
<b>Unidad de medición</b>	Número de muertes de menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos por un año dado u otro período especificado
<b>Frecuencia de medición</b>	El indicador se mide anualmente.
<b>Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida, Unidad de Curso de Vida Saludable (FPL/HL)</li> <li>• Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud, Unidad de Análisis de Salud, Métricas y Evidencia (EIH/HA)</li> </ul>
<b>Fuente de los datos</b>	Registro civil y estadísticas vitales, censos o encuestas de hogares.
<b>Limitaciones</b>	<p>El registro civil y los sistemas de estadísticas vitales son la fuente preferida de datos sobre mortalidad en menores de 5 años. Sin embargo, muchos países en desarrollo no cuentan con sistemas de registro en pleno funcionamiento que registren con precisión todos los nacimientos y todas las muertes. Por lo tanto, las encuestas de hogares, como las encuestas de demografía y salud y las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados, se han convertido en una fuente importante de datos sobre la mortalidad en menores de 5 años en los países en desarrollo, pero hay algunos límites en cuanto a su calidad y representatividad.</p> <p>Las estimaciones obtenidas a partir de las encuestas de hogares tienen intervalos de confianza que deben considerarse al compararse los valores a lo largo del tiempo o entre los países. De igual manera, estas estimaciones a menudo se ven afectadas por errores no muestrales. Al igual que en el caso de los datos censales, los datos de las encuestas sobre mortalidad infantil podrían omitir nacimientos y muertes, incluir mortinatos junto con los nacidos vivos y sufrir del sesgo de selección de sobrevivientes y del truncamiento de edades. Las estimaciones directas de la mortalidad infantil basadas en datos de encuestas también pueden verse afectadas por información errónea proporcionada por la madre al informar la fecha de nacimiento de sus hijos, la edad actual o la edad al momento de la muerte (probablemente haya más posibilidades de error si el niño ha fallecido).</p>

**Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)**

<b>Referencias</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Organización Mundial de la Salud. Global Health Observatory visualizations. Indicator Metadata Registry. Under-five mortality rate per 1000 live births. Disponible solo en inglés en: <a href="http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=4717">http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=4717</a></li><li>2. Naciones Unidas. Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Estimación de la Mortalidad Infantil (IGME). Child mortality estimates. Disponible solo en inglés en: <a href="https://childmortality.org/">https://childmortality.org/</a></li></ol>
<b>Vínculos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Indicador 3.2.1 de los ODS</li><li>• Meta 1.3 de la ASSA2030</li><li>• Marco de impacto del 13.º PGT</li><li>• <i>Plan de acción de la OPS para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030</i></li><li>• Indicadores básicos de la OPS</li></ul>

<b>Código y título del indicador</b>	<b>Indicador 5 a nivel del impacto:</b> Proporción de menores de 5 años cuyo desarrollo es adecuado en cuanto a la salud, el aprendizaje y el bienestar psicosocial
<b>Definición del indicador</b>	<p>Este indicador se mide actualmente como la proporción de niños de 36 a 59 meses de edad cuyo desarrollo es adecuado en al menos tres de los siguientes cuatro dominios: alfabetización y aritmética, físico, socioemocional y aprendizaje.</p> <p><b>Línea de base (encuestas en 15 países del 2010 al 2016):</b> 84,5% *</p> <p><b>Meta 2025:</b> ** 90%</p> <p>* Estas encuestas tienen un intervalo de entre 71% y 97%, siendo 84,5% la mediana.</p> <p>** Dadas las limitaciones observadas más abajo, la meta se fundamenta en los datos disponibles, en un examen de las estimaciones del porcentaje de niños en riesgo de desarrollo inadecuado generadas por la serie de Lancet del 2016 sobre el desarrollo en la primera infancia y en la meta mundial fijada por la OMS.</p>
<b>Propósito del indicador</b>	<p>El desarrollo del niño en la primera infancia es un concepto multidimensional, que abarca varios aspectos de su bienestar: físico, socioemocional y cognitivo-lingüístico. En términos generales, el desarrollo tiene lugar en una serie de etapas previsibles y comunes.</p> <p>Este indicador refleja el efecto acumulativo de las condiciones sociales, económicas y ambientales en las que viven los niños, desde el embarazo hasta los primeros años de vida.</p>
<b>Nota técnica</b>	<p>Los datos acerca de los cuatro dominios del desarrollo del niño en la primera infancia se recopilan mediante un conjunto de preguntas especialmente diseñadas y comprobadas para este propósito. Los dominios se definen de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Alfabetización y aritmética:</i> los niños se consideran con desarrollo adecuado en esta dimensión si pueden hacer por lo menos dos de las siguientes tareas: identificar o nombrar no menos de 10 letras del alfabeto; leer al menos cuatro palabras sencillas y conocidas; o saber el nombre y reconocer los símbolos de todos los números del 1 al 10.</li> <li>• <i>Físico:</i> Si el niño puede levantar del suelo un objeto pequeño con dos dedos, como un palo o una piedra, y la madre o cuidadora principal no indica que el niño algunas veces esté demasiado enfermo para jugar, entonces se considera que el niño está bien encaminado en cuanto al desarrollo en el dominio físico.</li> <li>• <i>Socioemocional:</i> se considera que el niño se está desarrollando de acuerdo a lo previsto si dos de las siguientes afirmaciones son ciertas: el niño se lleva bien con otros niños; el niño no pateo, muerde ni golpea a otros niños; y el niño no se distrae fácilmente.</li> <li>• <i>Aprendizaje:</i> Si el niño sigue instrucciones sencillas acerca de cómo hacer algo correctamente o cuando se le pide que haga algo, puede hacerlo de manera independiente, entonces se considera que está bien encaminado en cuanto al desarrollo en el dominio de aprendizaje.</li> </ul>

**Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)**

	<p>Las categorías de respuesta para todas las preguntas son “sí”, “no” y “no sé”. El puntaje final se calcula como la proporción de menores de 5 años cuyo desarrollo es adecuado en al menos tres de estos cuatro dominios.</p> <p><b>Numerador:</b> Número de menores de 5 años cuyo desarrollo es adecuado en al menos tres de los siguientes cuatro dominios: alfabetización aritmética, físico, socioemocional y aprendizaje.</p> <p><b>Denominador:</b> Número total de menores de 5 años en la población que se mide.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Relativo
<b>Unidad de medición</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia de medición</b>	La frecuencia es variable.
<b>Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida, Unidad de Curso de Vida Saludable (FPL/HL)</li> <li>• Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud, Unidad de Análisis de Salud, Métricas y Evidencia (EIH/HA)</li> </ul>
<b>Fuente de los datos</b>	<p>La Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados del UNICEF es una encuesta de hogares que ha recopilado datos sobre este indicador en países de ingresos bajos y medianos desde aproximadamente el 2010. Las encuestas de demografía y salud también tienen un módulo opcional sobre desarrollo del niño en la primera infancia e incluyen algunas de las variables de la encuesta de indicadores múltiples por conglomerados, pero no todas ellas. Otras encuestas de hogares pueden incluir preguntas que se refieran al estado de desarrollo de los menores de 5 años, pero estas no son completamente comparables a las usadas por la encuesta de indicadores múltiples por conglomerados. Para el cálculo de este indicador se considerarán las encuestas poblacionales en donde el numerador y el denominador provienen de la misma encuesta.</p> <p>La OPS hará el seguimiento del número de países con datos de encuestas sobre el estado de desarrollo de los niños por tipo de encuesta e incluirá esta información como parte de este informe de indicadores.</p>
<b>Limitaciones</b>	<p>Este indicador es ambicioso, dado que los métodos y herramientas de medición actuales tienen limitaciones. Actualmente, el indicador se basa en datos de hogares recopilados por las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados del UNICEF. La frecuencia de las encuestas varía y los costos de llevar a cabo una encuesta quizá no sean factibles para algunos países de la Región. Desde el 2010, se dispone de datos comparables obtenidos de la encuesta de indicadores múltiples solo en 18 países de las Américas. Diez países tienen solo una encuesta, ocho tienen dos, y uno tiene tres. Es importante considerar que las respuestas a la encuesta provienen del guardián principal de los niños, lo que podría introducir potenciales sesgos en la medición.</p> <p>Algunos países disponen de datos sobre el estado de desarrollo infantil, pero debido a que sus métodos y herramientas son diferentes, es posible que los datos</p>

	<p>no sean comparables con los datos recopilados por medio de la encuesta de indicadores múltiples por conglomerados.</p> <p>En la actualidad, la OMS, el UNICEF, el Banco Mundial y otros asociados están trabajando para crear herramientas sencillas que permitan medir el estado de desarrollo de los niños pequeños. Las herramientas se utilizarían en las encuestas o como parte de las evaluaciones de los programas; se ha previsto que estén listas para su difusión en el 2020. La OPS apoyará las iniciativas de los países encaminadas a mejorar la capacidad para medir periódicamente este indicador.</p>
<b>Referencias</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. UNICEF. UNICEF data: Monitoring the situation of children and women. Early childhood development. Disponible solo en inglés en: <a href="https://data.unicef.org/topic/early-childhood-development/development-status/">https://data.unicef.org/topic/early-childhood-development/development-status/</a></li><li>2. UNICEF. MICS: Surveys. Disponible solo en inglés en: <a href="http://mics.unicef.org/surveys">http://mics.unicef.org/surveys</a></li></ol>
<b>Vínculos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Indicador 4.2.1 de los ODS</li><li>• Marco de impacto del 13.º PGT</li><li>• <i>Plan de acción de la OPS para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030</i></li></ul>



<b>Código y título del indicador</b>	<b>Indicador 6 a nivel del impacto:</b> Razón de mortalidad materna (muertes por 100.000 nacidos vivos)
<b>Definición del indicador</b>	<p>La razón de mortalidad materna calcula el riesgo de morir que tiene una mujer mientras está embarazada o en los 42 días siguientes al final del embarazo, independientemente de la duración y el lugar del embarazo, por cualquier causa relacionada con el embarazo, agravada por este o por su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.</p> <p><b>Línea de base 2015:</b> 52 muertes por 100.000 nacidos vivos  <b>Meta 2025:</b> 35 muertes por 100.000 nacidos vivos *</p> <p>* Esta meta está en consonancia con la meta 1.2 de la ASSA2030, que es de 30 muertes por 100.000 nacidos vivos para el 2030.</p>
<b>Propósito del indicador</b>	<p>La razón de mortalidad materna es la medida que más se utiliza para las muertes maternas y es una medición del riesgo obstétrico. Se reconoce ampliamente como un indicador general del estado de salud general de una población, de la situación de la mujer en la sociedad y del funcionamiento del sistema de salud.</p> <p>La razón de mortalidad materna es uno de los indicadores (3.1.1) relacionados con la meta 3.1 de los ODS: “De aquí a 2030, reducir la tasa [sic] mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos”. La razón de mortalidad materna también guarda relación con el objetivo 1 de la <i>Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2016-2030</i> y la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (meta 1.2).</p>
<b>Nota técnica</b>	<p>La razón de mortalidad materna puede calcularse al dividir las muertes maternas registradas (o estimadas) entre el total de nacidos vivos registrados (o estimados) en el mismo período y multiplicar por 100.000. La medición requiere información sobre el estado del embarazo, el momento de la muerte (durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes al final del embarazo) y la causa de muerte.</p> <p>La razón de mortalidad materna puede calcularse directamente a partir de datos recabados mediante los sistemas de registro civil, encuestas de hogares u otras fuentes.</p> <p>A menudo hay problemas con la calidad de los datos, en particular los relacionados con la notificación incompleta y la clasificación errónea de las muertes maternas. Por consiguiente, los datos suelen ajustarse para tener en cuenta estos problemas de la calidad de los datos.</p> <p>Entre las posibles categorías de desglose que deben considerarse, a fin de aumentar la comprensión de las inequidades, se encuentran la raza o etnia, el quintil de riqueza, el lugar de residencia y la educación.</p> <p>Las estimaciones de mortalidad materna del Grupo Interinstitucional (constituido por la OMS, el UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el</p>

**Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)**

	Banco Mundial) no son la fuente ideal de información porque no siempre coinciden con los datos nacionales y no incluyen a todos los Estados Miembros. No obstante, el uso de las estimaciones del Grupo Interinstitucional presenta algunas ventajas: <i>a)</i> la fórmula para el cálculo es completamente transparente, <i>b)</i> los datos cubren a casi todos los Estados Miembros y <i>c)</i> los datos son plenamente comparables y se presentan en intervalos de tiempo regulares. Por todo lo anterior, se ha acordado con los Estados Miembros usarlas mientras se sigue trabajando para conseguir que todos los países puedan presentar información sobre este indicador de manera confiable, comparable y oportuna.
<b>Tipo de indicador</b>	Relativo
<b>Unidad de medición</b>	Número de muertes maternas por 100.000 nacidos vivos a nivel regional
<b>Frecuencia de medición</b>	Los países publican datos nacionales sobre este indicador a intervalos variables. Algunos países lo hacen cada año, mientras que otros solo producen información cada cinco años a partir de diferentes encuestas. Las estimaciones mundiales se elaboran aproximadamente cada dos a cinco años por el Grupo Interinstitucional.
<b>Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida (FPL) y el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP)</li> <li>• Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud, Unidad de Análisis de Salud, Métricas y Evidencia (EIH/HA)</li> </ul>
<b>Fuente de los datos</b>	Base de datos de los Indicadores Básicos de la OPS.
<b>Limitaciones</b>	Es difícil obtener razones de mortalidad materna precisas dadas las limitaciones de la cobertura del registro de mortalidad y las dificultades para la clasificación adecuada de las muertes. En los lugares que tienen limitaciones graves en sus registros, pueden utilizarse censos y encuestas como fuentes de datos alternativas para estimar los niveles de mortalidad materna.
<b>Referencias</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. OMS, Banco Mundial, UNICEF, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010: WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank estimates. Ginebra: OMS; 2012. Disponible solo en inglés en: <a href="http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503631_eng.pdf?ua=1">http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503631_eng.pdf?ua=1</a></li> <li>2. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas: indicadores básicos 2018. Washington, DC: OPS; 2018. Disponible en: <a href="http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49511/IndicadoresBasicos2018_spa.pdf?sequence=2&amp;isAllowed=y">http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49511/IndicadoresBasicos2018_spa.pdf?sequence=2&amp;isAllowed=y</a></li> </ol>
<b>Vínculos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicador 3.1.1 de los ODS</li> <li>• Meta 1.2 de la ASSA2030</li> <li>• Meta de impacto 3.1 del Plan Estratégico 2014-2019</li> <li>• Marco de impacto del 13.º PGT</li> <li>• <i>Plan de acción de la OPS para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030</i></li> <li>• Indicadores básicos de la OPS</li> </ul>

<b>Código y título del indicador</b>	<b>Indicador 7 a nivel del impacto:</b> Tasa de mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud (muertes por 100.000 habitantes)
<b>Definición del indicador</b>	<p>La tasa de mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud se refiere a las muertes prematuras que no hubieran ocurrido si se hubiese contado con servicios de atención de salud oportunos y eficaces.</p> <p><b>Línea de base 2018:</b> 110,7 muertes por 100.000 habitantes*</p> <p><b>Meta del 2025:</b> 94,7 muertes por 100.000 habitantes</p> <p>*Estos datos están actualmente en proceso de validación por la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP). La línea de base y la meta deberán ajustarse una vez finalizada la validación de los datos.</p>
<b>Propósito del indicador</b>	Este indicador es útil para evaluar el posible impacto de la atención de salud en la salud de una población, bajo el supuesto de que hay casos de muerte prematura que no deberían haber ocurrido de haber habido intervenciones médicas oportunas y eficaces. En otras palabras, las causas de esas muertes se consideran tratables y, por consiguiente, se consideran evitables con la atención médica apropiada.
<b>Nota técnica</b>	La magnitud de la tasa de mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud se calcula sumando un conjunto de causas específicas de muerte y dividiendo esta cantidad por la población total en un año específico, expresada como el número de muertes por 100.000 habitantes a nivel regional. Para tener en cuenta las diferentes estructuras demográficas de la Región de las Américas, la tasa regional se ajusta en función de la edad, usando la población estándar de la OMS (véase Ahmad et al. 2001, en la sección de referencias).
<b>Tipo de indicador</b>	Relativo
<b>Unidad de medición</b>	Número de muertes prematuras por 100.000 habitantes a nivel regional
<b>Frecuencia de medición</b>	La tasa de mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud se mide anualmente. La información recopilada de los Estados Miembros entre enero y diciembre de un año dado se analiza el año siguiente.
<b>Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud, Unidad de Análisis de Salud, Métricas y Evidencia (EIH/HA)</li> <li>• Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, Unidad de Servicios de Salud y Acceso (HSS/HS)</li> </ul>
<b>Fuente de los datos</b>	Base de datos de la OPS/OMS sobre mortalidad regional
<b>Limitaciones</b>	La tasa de mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud es una manera útil de aproximarse al impacto de la atención de salud en la muerte prematura, pero no debe considerarse como una evidencia definitiva de las diferencias en la atención de salud eficaz. Es un indicador indirecto de los posibles puntos débiles en los servicios de salud. Antes de poder llegar a conclusiones es necesario emprender una investigación más exhaustiva en esta área. También es importante considerar que la jerarquización de los países sobre la base de la tasa de mortalidad por causas evitables y otros indicadores, como

	<p>los años de vida potencialmente perdidos (AVPP), podrían diferir sustancialmente. Para el cálculo de los AVPP, por ejemplo, se considera la mortalidad por todas las causas y variará según la edad límite seleccionada. Además, es posible que se subestime la mortalidad por causas evitables debido a los problemas de calidad de los datos, como la proporción de muertes que no se han registrado y la proporción de causas mal definidas, que difieren de un país a otro. No obstante, la mortalidad por causas evitables suministra información útil no reflejada directamente en los indicadores generales de mortalidad que suelen utilizarse para medir los resultados de los sistemas de salud.</p>
<p><b>Referencias</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. <i>Age standardization of rates: a new WHO standard 2000-2025</i>. Ginebra: OMS; 2001 (Serie de documentos de discusión GPE, número 31).</li> <li>2. Canadian Institute for Health Information and Statistics Canada. Health indicators 2012: definitions, data sources and rationale, May 2012. Ottawa: CIHI; 2012).</li> <li>3. Rutstein DD, et al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. <i>N Engl J Med</i> 1976; 294(11): 582-588.</li> <li>4. México, Secretaría de Salud. La mortalidad en México 2000-2004: muertes evitables: magnitud, distribución y tendencias. México: Secretaría de Salud; 2006.</li> <li>5. Nolte E, McKee M. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London: Nuffield Trust; 2004.</li> <li>6. Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: updating an earlier analysis. <i>Health Affairs</i> 2008; 27(1):58-71.</li> <li>7. Nolte E, McKee M. Variations in amenable mortality: trends in 16 high-income nations. <i>Health Policy</i> 2011;103(1): 47-52.</li> <li>8. Tobias M, Jackson G. Avoidable mortality in New Zealand, 1981-1997. <i>Aust N Z Public Health</i> 2001; 25(1): 12-20.</li> <li>9. Tobias M, Yeh L. How much does health care contribute to health gain and to health inequality? Trends in amenable mortality in New Zealand 1981-2004. <i>Aust N Z Public Health</i> 2009; 33(1):70-78.</li> <li>10. Reino Unido, Oficina de Estadísticas Nacionales. Avoidable mortality in England and Wales, 2010. <i>Statistical Bulletins</i> 2010 and 2011.</li> </ol>
<p><b>Vínculos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta 1.1 de la ASSA2030</li> <li>• Meta de impacto 4.1 del Plan Estratégico 2014-2019</li> </ul>

**Lista de causas de muerte consideradas tratables mediante la atención de salud<sup>a</sup>**

Causas/categorías	Grupo o nombre de la causa	Edad	Código de la CIE-10
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	Enfermedades infecciosas intestinales	0-14	A00-A09
	Tuberculosis	0-74	A15-A19, B90
	Ciertas zoonosis bacterianas (tularemia, carbunco, brucelosis, muermo y melioidosis, fiebres por mordedura de rata, otras enfermedades zoonóticas bacterianas)	0-74	A21-A26, A28
	Lepra, infecciones debidas a otras micobacterias, listeriosis, tétanos neonatal, tétanos obstétrico, septicemia estreptocócica, otras septicemias, otras enfermedades bacterianas	0-74	A30-A33, A34, A40, A41, A48
	Otras enfermedades infecciosas (difteria, tétanos, poliomielitis)	0-74	A35, A36, A80
	Tos ferina	0-14	A37
	Escarlatina, erisipela, otras enfermedades bacterianas	0-74	A38, A46, A49.1
	Linfogranuloma (venéreo) por clamidias, chancro blando, granuloma inguinal, enfermedad de transmisión sexual no especificada	0-74	A55, A57, A58, A64
	Fiebres recurrentes	0-74	A68
	Sarampión, rubéola (sarampión alemán), infección viral no especificada, caracterizada por lesiones de la piel y de las membranas mucosas	1-14	B05, B06, B09
	Hepatitis aguda tipo A, hepatitis aguda tipo B, otras hepatitis virales agudas (C), hepatitis viral crónica, hepatitis viral sin otra especificación, infección por el VIH/sida	0-74	B15-B19, B20-B24
	Malaria debida a <i>Plasmodium falciparum</i> , malaria debida a <i>Plasmodium vivax</i> , malaria debida a <i>Plasmodium malariae</i> , otra malaria confirmada parasitológicamente, malaria no especificada	0-74	B50 - B54
	Esquistosomiasis, otras infecciones debidas a trematodos, equinocosis, teniasis, cisticercosis, otras infecciones debidas a cestodos, oncocercosis, filariasis, triquinosis, anquilostomiasis, ascariasis, estrombiloidiasis, tricuriasis, enterobiasis, otras helmintiasis intestinales, parasitosis intestinales sin otra especificación, otras helmintiasis, celulitis	0-74	B65-B69, B71, B73-B83, L03

<sup>a</sup> La mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud ha sido definida como aquellas muertes prematuras que no deberían haber ocurrido si hubiera habido una atención de salud oportuna y eficaz. La lista se basa en propuestas de Inglaterra (Nolte y McKee, 2004, 2008, 2011), Inglaterra y Gales (Reino Unido, 2010), México (México, 2006), Canadá (Canadá, 2012), Nueva Zelanda (Tobias y Jackson, 2001; Tobias y Yeh, 2009) (véanse las referencias bibliográficas completas en la sección de referencias).

Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)

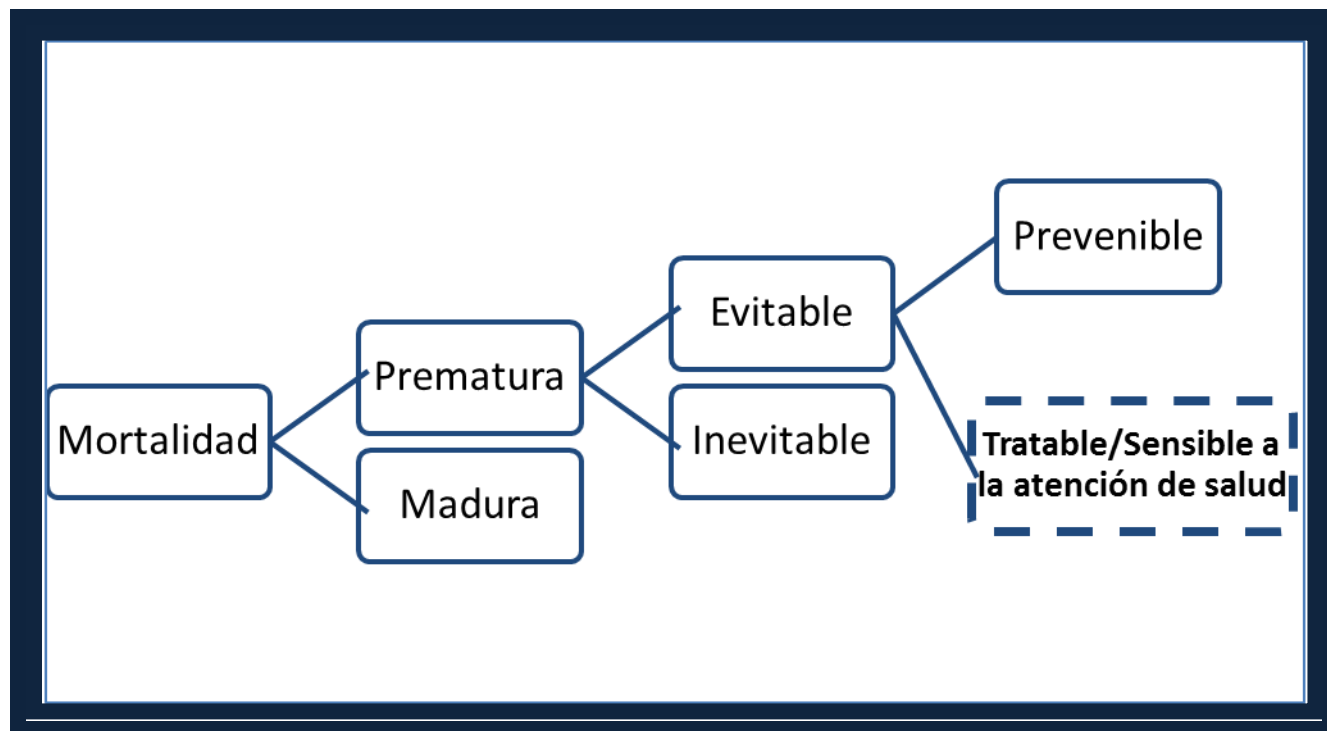
Causas/categorías	Grupo o nombre de la causa	Edad	Código de la CIE-10
Tumores (neoplasias)	Tumor maligno del labio	0-74	C00
	Tumor maligno del estómago, tumor maligno del colon, tumor maligno de la unión rectosigmoidea, tumor maligno del recto, tumor maligno del ano y del conducto anal, tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	0-74	C16, C18-C21, C22
	Melanoma maligno de la piel, otros tumores malignos de la piel	0-74	C43, C44
	Tumor maligno de la mama (solo mujeres)	0-74	C50
	Tumor maligno del cuello del útero	0-74	C53
	Tumor maligno del cuello del útero y del cuerpo del útero	0-74	C54, C55
	Tumor maligno del testículo	0-74	C62
	Tumor maligno de la vejiga urinaria	0-74	C67
	Tumor maligno de la glándula tiroides	0-74	C73
	Enfermedad de Hodgkin	0-74	C81
	Leucemia	0-44	C91-C95
	Tumores in situ	0-74	D00-D09
	Tumores benignos	0-74	D10-D36
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Trastornos de la glándula tiroides	0-74
Diabetes mellitus, síndrome de Cushing, trastornos adrenogenitales, otros trastornos de la glándula suprarrenal, enfermedad del almacenamiento de glucógeno, trastorno del metabolismo de la galactosa		0-49	E10-E14, E24, E25, E27, E74.0, E74.2
Enfermedades del sistema nervioso	meningitis bacteriana, no clasificada en otra parte; meningitis debida a otras causas y a las no especificadas; encefalitis, mielitis y encefalomielitis; absceso y granuloma intracranial e intrarraquídeo (excepto la meningitis apiógena)	0-74	G00, G03 (excepto G03.0), G04, G06
	Epilepsia	0-74	G40-G41
Enfermedades del sistema circulatorio	Fiebre reumática sin mención de complicación cardíaca, fiebre reumática con complicación cardíaca, corea reumática	0-74	I00-I02
	Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	0-74	I05-I09
	Enfermedades hipertensivas	0-74	I10-I13, I15
	Enfermedades isquémicas del corazón	0-74	I20-I25 [excepto I24,9 y I25,0]
	Enfermedades cerebrovasculares, aterosclerosis, <sup>a</sup> enfermedad vascular periférica, no especificada	0-74	I60-I69, I70, I73.9

<sup>a</sup> Las muertes por I70 e I73.9 disminuyeron un 50%.

Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)

Causas/categorías	Grupo o nombre de la causa	Edad	Código de la CIE-10
Enfermedades del sistema respiratorio	Todas las enfermedades respiratorias (sin incluir la neumonía ni la gripe)	1-14	J00-J09, J20-J99
	Gripe	0-74	J10-J11
	Neumonía, asma	0-74	J12-J18, J45-J46
Enfermedades del sistema digestivo	Úlcera gástrica, úlcera duodenal, úlcera péptica de sitio no especificado, úlcera gastroyeyunal, gastritis y duodenitis	0-74	K25-K27, K28, K29
	Enfermedades de apéndice	0-74	K35-K38
	Hernia	0-74	K40-K46
	Íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia	0-74	K56
	Colelitiasis, colecistitis, otras enfermedades de la vesícula biliar, otras enfermedades de las vías biliares, pancreatitis aguda, otras enfermedades del páncreas	0-74	K80-K86
	Trastornos del sistema digestivo consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte	0-74	K91
Enfermedades del sistema genitourinario	Enfermedades glomerulares, uropatía obstructiva y por reflujo, insuficiencia renal, cálculo del riñón, cálculo de las vías urinarias inferiores, cólico renal no especificado, trastornos resultantes de la función tubular renal alterada, riñón contraído no especificado, riñón pequeño de causa desconocida, uretritis no específica, estrechez uretral	0-74	N00-N08, N13, N17-N19, N20, N21, N23, N25-N27, N34.1, N35
	Hiperplasia de la próstata	0-74	N40
	Salpingitis y ooforitis, enfermedad inflamatoria del útero (excepto del cuello uterino), enfermedad inflamatoria del cuello uterino, otras enfermedades pélvicas inflamatorias femeninas, enfermedades de la glándula de Bartholin, otras afecciones inflamatorias de la vagina y de la vulva	0-74	N70-N73, N75, N76
	Displasia del cuello uterino, otros trastornos no inflamatorios del cuello del útero, otros trastornos no inflamatorios de la vulva y del perineo	0-74	N87, N88, N90
	Estrechez uretral consecutiva a procedimientos	0-74	N99.1
	Maternal y perinatal	Embarazo, parto y puerperio	Todas
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal		0-74	P00-P96
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas		Todas	Q00-Q99
Causas externas	Incidentes ocurridos al paciente durante la atención médica y quirúrgica	Todas	Y60-Y69, Y83-Y84

**Figura 1. La relación entre diferentes conceptos de la mortalidad evitable y prevenible**



La mortalidad **evitable** se refiere a las muertes prematuras que no hubieran ocurrido si hubiera habido una atención de salud oportuna y eficaz, incluidas las medidas de prevención. Sirve para centrar la atención en la parte del logro de la salud de la población que puede verse posiblemente influida por el sistema de salud.

- La mortalidad posiblemente **evitable**: son las muertes prematuras que podrían posiblemente haberse evitado por medio de todos los niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria).
- La mortalidad por causas **prevenibles**: se refiere a un subconjunto de la mortalidad evitable que sirve de sustento para los esfuerzos encaminados a reducir el número de casos nuevos (es decir, reducción de la incidencia). Por medio de estos esfuerzos, se pueden evitar las muertes al evitar que se produzcan nuevos casos.
- La mortalidad por causas **tratables o sensible a la atención de salud**: es un subconjunto de la mortalidad evitable que sirve de sustento para los esfuerzos encaminados a reducir el número de personas que mueren una vez que se les declara una enfermedad (es decir, reducción de la tasa de letalidad).

**Fuente:** Adaptado de Tobias y Yeh, 2009, y estadísticas de Canadá (indicadores de salud correspondientes al 2012 del Instituto Canadiense de Información sobre la Salud) (véase la referencia bibliográfica completa en la sección de referencias).



<b>Código y título del indicador</b>	<b>Indicador 8 a nivel del impacto:</b> Proporción de adultos mayores de 65 años que dependen de cuidados
<b>Definición del indicador</b>	Este indicador mide el porcentaje de personas mayores de 65 años que tienen dificultades graves o extremas para realizar al menos una actividad de la escala de actividades básicas de la vida diaria.  <b>Línea de base 2010:</b> ~8,0% <b>Meta 2025:</b> 6,5%
<b>Propósito del indicador</b>	Los cambios importantes en la estructura poblacional y en las características epidemiológicas a lo largo del último decenio han dado lugar al aumento del número de personas mayores de 65 años que tienen alguna discapacidad. Estas discapacidades pueden ocasionar la pérdida de la capacidad para ejecutar actividades clave, lo que lleva a depender de otros para recibir apoyo (véase Harwood et al., 2004). Por lo tanto, es importante desplazar el enfoque de las enfermedades específicas en los adultos mayores hacia la garantía del acceso equitativo a la atención médica de calidad, midiendo la proporción de personas mayores de 65 años que dependen de cuidados.  El cálculo de la línea de base se fundamenta en la información de la publicación de la OMS, <i>Long-term care futures toolkit</i> [caja de herramientas para el futuro de la atención a largo plazo] y en el informe mundial sobre el alzhéimer del 2013. El grupo etario considerado en la caja de herramientas es el de personas mayores de 60 años. Se tiene la hipótesis de que el porcentaje de personas dependientes de cuidados ha aumentado desde el 2010 hasta el presente. Por consiguiente, la meta para el 2025 está cerca de la línea de base del 2010.
<b>Nota técnica</b>	<b>Numerador:</b> El número de entrevistados mayores de 65 años que dijeron tener limitaciones graves o extremas para realizar al menos una de las seis actividades básicas de la vida diaria (comer, bañarse, vestirse, arreglarse, moverse, asearse y usar el baño).  <b>Denominador:</b> Todos los entrevistados mayores de 65 años.
<b>Tipo de indicador</b>	Relativo
<b>Unidad de medición</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia de medición</b>	El indicador se mide cada cinco años.
<b>Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida, Unidad de Curso de Vida Saludable (FPL/HL)</li> <li>• Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud, Unidad de Análisis de Salud, Métricas y Evidencia (EIH/HA)</li> </ul>
<b>Fuente de los datos</b>	Estudios longitudinales acerca del envejecimiento, como SAGE, HRS, ELSA y SHARE. Otras fuentes son los datos administrativos sobre personas mayores en los centros de cuidado a largo plazo, encuestas y censos nacionales. Información sobre las exigencias de las personas mayores con respecto a los establecimientos de cuidados a largo plazo; índice Katz sobre la independencia en las actividades diarias; Grupo de Discapacidad de Washington; medición de la independencia funcional (FIM por su sigla en inglés); WHO Disability Assessment Schedule

**Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)**

	<p>2.0 (WHODAS 2.0) [cuestionario para la evaluación de la discapacidad]; encuestas nacionales o encuestas del modelo de discapacidad.</p> <p>Algunos países (por ejemplo, Argentina) están creando herramientas y metodologías específicas y más sensibles para medir la dependencia con respecto a los cuidados. En este período, podría hacerse el seguimiento de estas nuevas herramientas a fin de diseñar un mejor método de medición.</p>
<b>Limitaciones</b>	<p>El error de medición en las encuestas puede incidir en la utilidad de este indicador. La calidad de las encuestas y de las fuentes de datos administrativos es otra limitación.</p>
<b>Referencias</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Harwood RH, Sayer AA, Hirschfeld M. Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. Bull World Health Organ. 2004;82(4):251–8.</li><li>2. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Ginebra: OMS; 2001.</li><li>3. Organización Mundial de la Salud. Long-term care futures toolkit. Ginebra: OMS; 2002.</li><li>4. Alzheimer’s Disease International. World Alzheimer report 2013: journey of caring: an analysis of long-term care for dementia. Londres: Alzheimer’s Disease International; 2013.</li></ol>
<b>Vínculos</b>	<p><i>Estrategia mundial de la OMS y Plan de acción sobre envejecimiento y salud</i></p>

<b>Código y título del indicador</b>	<b>Indicador 9 a nivel del impacto:</b> Probabilidad incondicional de muerte entre los 30 y los 70 años por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas
<b>Definición del indicador</b>	<p>Este indicador mide la probabilidad de morir entre las edades comprendidas entre los 30 y los 70 años por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas. Las muertes por estas cuatro causas se basarán en los siguientes códigos de la CIE-10: I00-I99, C00-C97, E10-E14 y J30-J98.</p> <p><b>Línea de base 2016:</b> 15,1%  <b>Meta 2025:</b> 11,9% (reducción relativa de 20%)</p> <p>Antecedentes: Se ha establecido una reducción relativa de 25% de la muerte prematura (edad de 30 a 70 años) por alguna ENT (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas) en el <i>Marco mundial de vigilancia integral para la prevención y el control de las ENT</i>, de la OMS, aprobado como parte de los planes de acción mundial y regional sobre las ENT, y se medirá a lo largo de 15 años (2010-2025). Los ODS establecieron una reducción relativa de 30% en el período 2015-2030.</p> <p>En el 2010, la probabilidad incondicional calculada de morir prematuramente en la Región de las Américas por alguna de las cuatro enfermedades no transmisibles principales era de 15,9%. El cálculo comparable más reciente presentado en la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre las enfermedades no transmisibles en el 2018 fue de 15,1% en el 2016. La meta del 2025 se estableció de acuerdo con el 13.º Programa General de Trabajo de la OMS (13.º PGT).</p>
<b>Propósito del indicador</b>	Este indicador cuantifica la probabilidad y las tendencias de la mortalidad prematura debido a una ENT. Las enfermedades no transmisibles ocasionan la proporción más elevada de muertes en la mayoría de los países de la Región. Es útil vigilar el progreso de las políticas, programas e intervenciones ejecutados en un país, territorio o zona geográfica cuyo objetivo sea reducir la muerte prematura debida a las ENT.
<b>Nota técnica</b>	<p>Este es el indicador general del <i>Marco mundial de vigilancia integral para la prevención y el control de las ENT</i> (OMS), así como el indicador para la meta 3.4 del ODS 3. Este indicador fue definido por un grupo de referencia de expertos en epidemiología de la OMS a cargo de la formulación del marco.</p> <p><i>Método de cálculo:</i>  Las tasas de mortalidad específicas por edad se calculan para las cuatro categorías de causas combinadas (por lo general, en términos de grupos de edad de cinco años, de 30 a 34, ..., de 65 a 69). El método de la tabla de vida permite calcular el riesgo de muerte entre las edades exactas de 30 y 70 años por cualquiera de estas causas, en ausencia de otras causas de muerte. Las causas que se incluirán en el cálculo son: enfermedades cardiovasculares (códigos de la CIE-10 I00-I99), cáncer (C00-C97), diabetes (E10-E14) y enfermedades</p>

	<p>respiratorias crónicas (J30-J98). Para calcular la tasa de mortalidad específica por edad para cada grupo de cinco años y país, para cada intervalo de edad de cinco años entre las edades de 30 y 70:</p> ${}^5M_x = \frac{\text{Total de muertes por cuatro ENT entre la edad exacta } x \text{ y la edad exacta } x + 5}{\text{Población total entre la edad exacta } x \text{ y la edad exacta } x + 5}$ <p>Luego, traduzca la tasa de mortalidad de 5 años a la probabilidad de muerte en cada intervalo de edad de 5 años:</p> ${}^5q_x = \frac{{}^5M_x * 5}{1 + {}^5M_x * 2.5}$ <p>La probabilidad de muerte entre los 30 y los 70 años, independientemente de otras causas de muerte, se puede calcular como:</p> ${}_{40}q_{30} = 1 - \prod_{x=30}^{65} (1 - {}^5q_x)$
<b>Tipo de indicador</b>	Relativo
<b>Unidad de medición</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia de medición</b>	La tasa de mortalidad por las ENT se mide anualmente. La información se recopila de los países entre enero y diciembre de un año dado, y se analiza en el año siguiente.
<b>Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Prevención de ENT, Violencia y Traumatismos (NMH/NV)</li> <li>• Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud, Unidad de Análisis de Salud, Métricas y Evidencia (EIH/HA)</li> </ul>
<b>Fuente de los datos</b>	Sistemas de registro civil que registran las muertes con suficiente integridad para permitir la estimación de las tasas de mortalidad por todas las causas. Otras posibles fuentes de datos incluyen encuestas de hogares con autopsia verbal y sistemas de registro centinela o de muestra.
<b>Limitaciones</b>	Este indicador depende de la calidad de los sistemas nacionales de registro civil. Los cálculos para este indicador exigen la aplicación de los procedimientos establecidos en la norma de la OMS, encaminados a superar los problemas de calidad de los datos, como registros incompletos, registro insuficiente e irregularidades en el diagnóstico y la codificación de la causa de muerte.
<b>Referencias</b>	<p>1. Organización Mundial de la Salud. Marco mundial de vigilancia integral para la prevención y el control de las ENT. Ginebra: OMS, 2013. Disponible en: <a href="https://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/es/">https://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/es/</a></p> <p>Noncommunicable diseases global monitoring framework: indicator definitions and specifications. Ginebra: OMS; 2014. Disponible solo en inglés en: <a href="https://bit.ly/2QGbDdE">https://bit.ly/2QGbDdE</a> y <a href="https://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/es/">https://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/es/</a></p>

**Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)**

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Alwan A, et al. Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. Lancet 2010; 376(9755):1861-1868.</li> <li>3. Organización Mundial de la Salud. WHO methods and data sources for life tables 1990-2016. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <a href="https://bit.ly/2sjQ4pG">https://bit.ly/2sjQ4pG</a></li> <li>4. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013 Disponible en: <a href="https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_9-sp.pdf">apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_9-sp.pdf</a></li> <li>5. Naciones Unidas. SDG Indicators Metadata Repository. Metadata for SDG indicator 3.4.1. Disponible en: <a href="https://bit.ly/2M3nhPn">https://bit.ly/2M3nhPn</a></li> <li>6. Organización Mundial de la Salud. World Health Statistics data visualizations dashboard. Data tables: Region data. Actualización más reciente: 2018-04-17. Disponible en: <a href="https://bit.ly/2JipPdZ">https://bit.ly/2JipPdZ</a></li> <li>7. Organización Mundial de la Salud. Seguimiento de las reuniones de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre temas relacionados con la salud. 72.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2019 (documento A72/19). Disponible en: <a href="http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_19-sp.pdf">http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_19-sp.pdf</a></li> <li>8. Organización Mundial de la Salud. 13th General Programme of Work (GPW13): WHO impact framework metadata. Disponible en: <a href="http://origin.who.int/about/what-we-do/GPW13_WHO_Impact_Framework_Indicator_Metadata.pdf">http://origin.who.int/about/what-we-do/GPW13_WHO_Impact_Framework_Indicator_Metadata.pdf</a> (sujeto a actualizaciones por la OMS) (solo en inglés)</li> </ol>
<p><b>Vínculos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicador 3.4.1 de los ODS</li> <li>• Meta 9.1 de la ASSA2030</li> <li>• Marco de impacto del 13.º PGT</li> </ul>

<b>Código y título del indicador</b>	<b>Indicador 10 a nivel del impacto:</b> Tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino
<b>Definición del indicador</b>	<p>La tasa de mortalidad normalizada según la edad por el cáncer cervicouterino se calcula utilizando el número de muertes por cáncer cervicouterino (código C53 en la CIE-10) que ocurren en la población femenina a lo largo de un año. La tasa de mortalidad se expresa como el número de muertes debidas al cáncer cervicouterino por 100.000 mujeres.</p> <p>El numerador de la tasa de mortalidad es el número de muertes por cáncer cervicouterino; el denominador es la población total de mujeres en un año dado. Para tener en cuenta las diferentes estructuras poblacionales en los países de la Región de las Américas, la tasa regional está normalizada según la edad utilizando la población estándar de la OMS.</p> <p><b>Línea de base 2018:</b> 4,9 muertes por 100.000 mujeres  <b>Meta 2025:</b> 4,0 muertes por 100.000 mujeres</p>
<b>Propósito del indicador</b>	El cáncer cervicouterino es un problema grave de salud pública en las mujeres; sin embargo, este tipo de cáncer se puede prevenir en gran medida mediante la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), el tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas. Los países de la Región adoptaron un plan de acción para prevenir y controlar el cáncer cervicouterino, con la meta de reducir la mortalidad en un tercio en el 2030, en reconocimiento del potencial para la eliminación futura de esta enfermedad.
<b>Nota técnica</b>	El número de muertes en las que la causa principal es el cáncer cervicouterino y que se registran en mujeres adultas en un año dado, se expresa como el número de muertes por 100.000 mujeres. En otras palabras: tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino = (muertes por cáncer cervicouterino (C53)/ población de mujeres) × 100.000
<b>Tipo de indicador</b>	Relativo
<b>Unidad de medición</b>	Número de muertes debidas al cáncer cervicouterino por 100.000 mujeres.
<b>Frecuencia de medición</b>	Las estimaciones se generan anualmente y se basan en los datos de mortalidad que presentan los Estados Miembros a la OPS.
<b>Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador</b>	Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Prevención de ENT, Violencia y Traumatismos (NMH/NV)
<b>Fuente de los datos</b>	Base de datos de la OPS sobre la mortalidad regional.
<b>Limitaciones</b>	Los datos procedentes de las estadísticas vitales pueden presentar retrasos desde que ocurre un evento hasta que la información está disponible para su uso.

Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)

	Además, no todos los datos de mortalidad procedentes de las estadísticas vitales se notifican a la OPS oportunamente. Por consiguiente, podrían utilizarse los subconjuntos de datos de país para garantizar un análisis comparable de la tasa.
<b>Referencias</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030. 56.º Consejo Directivo de la OPS, 70.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 23 al 27 de septiembre del 2018; Washington, D.C. Washington, D.C. : OPS; 2018 (documento CD56/9). Disponible en: <a href="https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&amp;view=download&amp;category_slug=56-directing-council-spanish-9965&amp;alias=45802-cd56-9-s-pda-cancer-cervicouterino-802&amp;Itemid=270&amp;lang=es">https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&amp;view=download&amp;category_slug=56-directing-council-spanish-9965&amp;alias=45802-cd56-9-s-pda-cancer-cervicouterino-802&amp;Itemid=270&amp;lang=es</a></li></ol>
<b>Vínculos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Meta 9.1 de la ASSA2030</li><li>• <i>Plan de acción para la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018-2030</i> (OPS)</li></ul>

<b>Código y título del indicador</b>	<b>Indicador 11 a nivel del impacto:</b> Tasa de mortalidad por homicidio en jóvenes de 15 a 24 años
<b>Definición del indicador</b>	<p>Este indicador mide la tasa de mortalidad por homicidio en jóvenes de 15 a 24 años.</p> <p><b>Línea de base 2015:</b> 35,6 muertes por 100.000 jóvenes de 15 a 24 años  <b>Meta 2025:</b> 33,5 muertes por 100.000 jóvenes de 15 a 24 años</p> <p>La meta es una reducción de por lo menos un 6% en la tasa de homicidios de jóvenes, de manera de pasar de 35,6 por 100.000 jóvenes de 15 a 24 años en el 2015 (año más reciente con datos disponibles) a 33,5 por 100.000 jóvenes de 15 a 24 años en el 2025.</p>
<b>Propósito del indicador</b>	La violencia es un serio problema de salud pública debido a su extraordinario impacto en la salud y el bienestar. De todas las formas de violencia, el homicidio es quizás la más devastadora, ya que conduce a una pérdida de vidas que podría haberse evitado. Los adolescentes y los adultos jóvenes se ven afectados desproporcionadamente por el homicidio, que se encuentra entre las principales causas de muerte en este grupo etario en la Región de las Américas. La violencia puede prevenirse mediante intervenciones de salud pública, y este indicador sirve para medir las reducciones en la violencia, ya que hace hincapié en las muertes por homicidio en los jóvenes.
<b>Nota técnica</b>	La tasa se calcula al sumar el número de muertes ocurridas en el grupo etario de 15 a 24 años, debido a una causa de muerte registrada con un código X85 a Y09 de la CIE-10 (agresiones) o Y35 (intervenciones legales), y dividir esa cifra entre la población total del grupo etario de 15 a 24 años, usando proyecciones demográficas para el cálculo de la población, en un año civil determinado para todos los países de la Región. La tasa se ajusta luego según la edad utilizando la población estándar de la OMS para tener en cuenta las diferencias entre los países con respecto a las estructuras demográficas de los adolescentes y los adultos jóvenes (véase Ahmad et al. 2001, en la sección de referencias).
<b>Tipo de indicador</b>	Relativo
<b>Unidad de medición</b>	Número de muertes debidas a homicidio por 100.000 habitantes de 15 a 24 años, por año
<b>Frecuencia de medición</b>	Los Estados Miembros presentan sus datos de mortalidad a la OPS anualmente. Este indicador luego se mide entre enero y diciembre de un año dado.
<b>Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Prevención de ENT, Violencia y Traumatismos (NMH/NV)</li> <li>• Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud, Unidad de Análisis de Salud, Métricas y Evidencia (EIH/HA)</li> </ul>
<b>Fuente de los datos</b>	Base de datos de la OPS sobre mortalidad regional
<b>Limitaciones</b>	La principal limitación es la calidad de los datos de mortalidad y el registro de las muertes, en particular de las muertes por homicidio.
<b>Referencias</b>	1. Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. <i>Age standardization of rates: a new WHO standard 2000-2025</i> . Ginebra: OMS; 2001. (Serie de documentos de discusión GPE, número 31).



**Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)**

<b>Vínculos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Indicador 16.1.1 de los ODS</li><li>• Meta 9.4 de la ASSA2030</li><li>• Meta de impacto 7.1 del Plan Estratégico 2014-2019</li><li>• Indicadores básicos de la OPS</li></ul>
-----------------	--

<b>Código y título del indicador</b>	<b>Indicador 12 a nivel del impacto:</b> Proporción de mujeres y niñas de 15 a 49 años que han tenido pareja alguna vez sometidas a violencia física o sexual por su compañero íntimo actual o anterior en los 12 meses pasados.
<b>Definición del indicador</b>	<p>Para este indicador se utiliza un cálculo regional que mide la proporción de mujeres y niñas de 15 a 49 años que alguna vez han tenido pareja y que informaron haber experimentado violencia física o sexual por una pareja íntima actual o anterior en los últimos 12 meses, expresado como porcentaje de todas las mujeres y niñas de 15 a 49 años.</p> <p><b>Línea de base 2019:</b> Por determinarse*</p> <p><b>Meta 2025:</b> Ningún aumento**</p> <p>* La estimación regional está siendo evaluada actualmente. Se prevé que esté disponible después de septiembre del 2019.</p> <p>** La meta es de cero aumentos con respecto a la estimación regional de mujeres y niñas de 15 a 49 años que han tenido pareja alguna vez y que han sufrido violencia física o sexual por su compañero íntimo actual o anterior en los 12 meses pasados.</p>
<b>Propósito del indicador</b>	Este indicador mide los cambios en los niveles de violencia infligida recientemente por el compañero íntimo a mujeres y niñas dentro del matrimonio o en relaciones similares al matrimonio. El indicador se limita a la violencia física o sexual (ODS 5.2.1, subindicador 4) debido a la falta de mediciones y definiciones de la violencia psicológica infligida por los compañeros íntimos que permitan la comparación a nivel internacional.
<b>Nota técnica</b>	<p>Las definiciones operativas para este indicador de los ODS no se han finalizado, pero es probable que se adopten las utilizadas para las encuestas de demografía y salud y el estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica.</p> <p>En estas encuestas se define a un “compañero íntimo” como un esposo o pareja sexual masculina que cohabita con la mujer, excepto en entornos donde los compañeros sexuales estables a largo plazo y que no conviven son comunes y culturalmente pertinentes. Las mujeres y las niñas “que alguna vez han tenido pareja” son las que se han casado o han cohabitado alguna vez con un compañero sexual. Las encuestas de demografía y salud y el estudio multipaís de la OMS miden la violencia infligida por el compañero íntimo por medio de preguntas que son específicas tanto con respecto al perpetrador (pareja) de la violencia como al comportamiento. Abarcan los actos de “violencia física”, adaptados de la Escala de Tácticas de Conflicto, y los actos de “violencia sexual”, como relaciones sexuales forzadas y coercitivas y otros actos sexuales, pero no los intentos (no logrados) de actos sexuales o contacto sexual no deseado.</p> <p>Varias décadas de investigación en esta materia muestran que, si se siguen directrices éticas y metodológicas bien establecidas, la tasa de respuesta de las</p>

	<p>mujeres a las encuestas es muy alta. De hecho, muchos estudios indican que en el caso de muchas mujeres, las encuestas son la primera vez que alguien les ha preguntado acerca de su experiencia de violencia y que, si esto se hace adecuadamente, puede ser un paso fundamental del proceso de recuperación.</p> <p><b>Numerador:</b> Número de mujeres y niñas de 15 a 49 años que alguna vez estuvieron casadas o en pareja que dijeron haber sufrido violencia física o sexual por un compañero íntimo actual o anterior, en los 12 últimos meses.</p> <p><b>Denominador:</b> Número total de mujeres y niñas de 15 a 49 años que alguna vez estuvieron casadas o en pareja a quienes se les preguntó acerca de la violencia infligida por el compañero íntimo.*</p> <p>* Las estimaciones nacionales deben ajustarse de acuerdo a la población.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Relativo
<b>Unidad de medición</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia de medición</b>	La frecuencia de medición propuesta es cada cinco años, dado que es poco probable que este indicador muestre cambios significativos en intervalos más breves.
<b>Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador</b>	Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Prevención de ENT, Violencia y Traumatismos (NMH/NV)
<b>Fuente de los datos</b>	<p>Encuestas de hogares basadas en la población con un módulo de violencia, como las encuestas de demografía y salud y las encuestas especiales sobre la violencia, como las que se basan en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares de México (ENDIREH) y en el estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica.</p> <p>A fines del 2018, 24 países de la Región tenían estimaciones nacionales para este indicador, mientras que en otros cuatro, varias encuestas estaban en curso o cercanas a la publicación (véase el anexo al indicador 12 más abajo).</p>
<b>Limitaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las encuestas que recopilan estas estimaciones no siempre se llevan a cabo a intervalos regulares.</li> <li>• Las encuestas nacionales que miden este indicador no siempre son comparables entre lugares o a lo largo del tiempo en cuanto al intervalo de edades y las definiciones operativas de la violencia y de la pareja.</li> </ul>
<b>Referencias</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Naciones Unidas. SDG Indicators Metadata Repository. Metadata for SDG Indicator 5.2.1. Disponible solo en inglés en: <a href="https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-05-02-01.pdf">https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-05-02-01.pdf</a></li> <li>2. Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales División de Estadística. Directrices para la producción de estadísticas sobre la violencia contra la mujer: Encuestas estadísticas. Nueva York: Naciones Unidas; 2011. Disponible en:</li> </ol>

	<p><a href="https://oig.cepal.org/sites/default/files/directrices_para_la_produccion_de_estadisticas_sobre_la_violencia_contra_la_mujer1.pdf">https://oig.cepal.org/sites/default/files/directrices_para_la_produccion_de_estadisticas_sobre_la_violencia_contra_la_mujer1.pdf</a></p> <p>3. Global SDG Indicators Database. Disponible solo en inglés en: <a href="https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database">https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database</a></p> <p>4. ONU-Mujeres. Global database on violence against women. Disponible solo en inglés en: <a href="http://evaw-global-database.unwomen.org/en">http://evaw-global-database.unwomen.org/en</a></p> <p>5. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Estadística. Conjunto mínimo de indicadores de género. <a href="https://unstats.un.org/unsd/statcom/doc14/2014-18-GenderStats-S.pdf">https://unstats.un.org/unsd/statcom/doc14/2014-18-GenderStats-S.pdf</a></p> <p>6. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Estadística. Data and metadata on violence against women. Disponible solo en inglés en: <a href="http://unstats.un.org/unsd/gender/vaw/">http://unstats.un.org/unsd/gender/vaw/</a></p> <p>Véase el anexo al indicador 12 más abajo: Resumen de las estimaciones nacionales más recientes que cumplen los criterios sobre violencia por el compañero íntimo.</p>
<b>Vínculos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicador 5.2.1 de los ODS</li> <li>• Meta 9.4 de la ASSA2030</li> <li>• Marco de impacto del 13.º PGT</li> </ul>

**Anexo al indicador 12: Resumen de las estimaciones nacionales que cumplen los criterios más recientes sobre violencia por el compañero íntimo**

<b>País, año</b>	<b>Nombre de la encuesta</b>	<b>Instru- mento</b>	<b>Método</b>	<b>Edad de las mujeres y situación de pareja</b>
Argentina 2015	Primer estudio nacional sobre violencias contra la mujer	IVAWS	Exclusivo, por teléfono	De 18 a 69; todas las mujeres
Belice 2015	Encuesta de salud pública nacional: familia y seguridad de la comunidad	OMS	Exclusivo, hogares	De 18 a 64; alguna vez tuvo pareja romántica
Bolivia 2016	Encuesta de prevalencia y características de la violencia contra las mujeres	Basada en ENDIREH	Exclusivo, hogares	De 15 a 49; alguna vez casada /en cohabitación
Brasil 2017	Violência doméstica e familiar contra a mulher	–	Exclusivo, por teléfono	16+; todas las mujeres
Canadá 2014	Encuesta social general	–	Exclusivo, mixto	15+; 5 años previos casada, en cohabitación, o en contacto con ex
Chile 2016/17	Encuesta nacional de victimización por violencia intrafamiliar y delitos sexuales	–	Exclusivo, hogares	De 15 a 65; todas las mujeres/actualmente tienen pareja romántica
Colombia 2015	Encuesta nacional de demografía y salud	EDS	Módulo, hogares	De 15 a 49; casadas alguna vez o en cohabitación
Costa Rica 2003	Encuesta internacional sobre violencia contra la mujer	IVAWS	Exclusivo, hogares	De 18 a 69; alguna vez tuvo pareja romántica
Cuba República Dominicana 2013	<i>En proceso</i> Encuesta demográfica y de salud	EDS	Módulo, hogares	De 15 a 49; casada alguna vez/en cohabitación
Ecuador 2011	Encuesta nacional de relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres	Basada en ENDIREH	Exclusivo, hogares	De 15 a 49; casada alguna vez o en cohabitación
El Salvador 2017	Encuesta nacional de violencia contra las mujeres	Basada en ENDIREH	Exclusivo, hogares	Alguna vez tuvo una pareja romántica
El Salvador 2013/2014	Estudio de población de violencia contra las mujeres	OMS	Exclusivo, hogares	De 15 a 49; casada alguna vez o en cohabitación
Granada	<i>En proceso</i>			
Guatemala 2014/2015	Encuesta nacional de salud maternoinfantil	EDS	Módulo, hogares	15-49; casada alguna vez/en cohabitación
Guyana	<i>En proceso</i>			

**Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)**

<b>País, año</b>	<b>Nombre de la encuesta</b>	<b>Instru- mento</b>	<b>Método</b>	<b>Edad de las mujeres y situación de pareja</b>
Haití 2016/17	Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services	EDS	Módulo, hogares	De 15 a 49; casada alguna vez/en cohabitación
Honduras 2011	Encuesta nacional de demografía y salud	EDS	Módulo, hogares	De 15 a 49; casada alguna vez/en cohabitación
Jamaica 2016	Encuesta de salud de la mujer	OMS	Exclusivo, hogares	Casada alguna vez, en cohabitación, o tuvo pareja regular (visitante)
México 2016	Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares	ENDIREH	Exclusivo, hogares	De 15 a 49; casada alguna vez/en cohabitación
Nicaragua 2011/12	Encuesta nicaragüense de demografía y salud	EDS	Módulo, hogares	De 15 a 49; casada alguna vez/en cohabitación
Panamá 2009	Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva	EDS	Módulo, hogares	De 15 a 49; casada alguna vez/en cohabitación
Paraguay 2008	Encuesta nacional de demografía y salud sexual y reproductiva	ESR	Módulo, hogares	De 15 a 44
Perú 2017	Encuesta demográfica y de salud familiar	EDS	Módulo, hogares	De 15 a 49; casada alguna vez/en cohabitación
Suriname Trinidad y Tabago 2017	<i>En proceso</i> Encuesta de salud de la mujer	OMS	Exclusivo, hogares	De 15 a 64; alguna vez tuvo pareja romántica
Estados Unidos 2010/2012	Encuesta nacional sobre violencia sexual y de pareja	–	Exclusivo, por teléfono	18+; todas las mujeres
Uruguay 2013	Encuesta nacional de prevalencia sobre violencia basada en el género con enfoque en generaciones	Basada en ENDIREH	Exclusivo, hogares	Alguna vez tuvo compañero hombre o mujer como cónyuge o en cohabitación
Venezuela 2010	Encuesta demográfica	EDS	Módulo, hogares	

**Siglas**

IVAWS: encuesta internacional sobre violencia contra la mujer (por su sigla en inglés)

EDS: encuesta de demografía y salud

ENDIREH: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (México)

Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)

<b>Código y título del indicador</b>	<b>Indicador 13 a nivel del impacto:</b> Número de muertes debidas a traumatismos causados por el tránsito
<b>Definición del indicador</b>	Este indicador se refiere al número de personas que mueren cada año debido a traumatismos causados por el tránsito.  <b>Línea de base 2016:</b> 154.000 muertes <b>Meta 2025:</b> 123.000 muertes  Magnitud de la meta: para el 2025, reducir en 30% el número de muertes debidas a traumatismos causados por el tránsito, considerando el año 2016 como la línea de base.
<b>Propósito del indicador</b>	La medición y el seguimiento del número de las personas que mueren debido a traumatismos causados por el tránsito proporcionarán una herramienta para evaluar la tendencia y el impacto de las políticas y la legislación, y pondrán de relieve dónde se necesita más acción.
<b>Nota técnica</b>	Los datos que suministran los países para este indicador se refieren a las muertes cuya causa subyacente sea una de las incluidas en cualquiera de los códigos desde V01 hasta V89 de la CIE-10.
<b>Tipo de indicador</b>	Absoluto
<b>Unidad de medición</b>	Número de muertes debidas a traumatismos causados por el tránsito.
<b>Frecuencia de medición</b>	El indicador se mide anualmente con información recopilada de los Estados Miembros entre enero y diciembre de un año determinado, y la información se analiza el año siguiente.
<b>Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador</b>	Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Prevención de ENT, Violencia y Traumatismos (NMH/NV) Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud, Unidad de Análisis de Salud, Métricas y Evidencia (EIH/HA)
<b>Fuente de los datos</b>	Base de datos de la OPS sobre mortalidad regional.
<b>Limitaciones</b>	Una de las limitaciones es la tendencia al registro insuficiente de la causa de muerte debida a traumatismos resultantes del tránsito. Además, los números absolutos de muertes no son útiles para las comparaciones.
<b>Referencias</b>	1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito: resumen. Ginebra: OMS; 2004. Resumen en español disponible en: <a href="https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/summary_es.pdf">https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/summary_es.pdf</a> ; informe completo en inglés disponible en: <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42871/9241562609.pdf;jsessionid=EBC29908F67232806EE090C62F26BFDE?sequence=1">http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42871/9241562609.pdf;jsessionid=EBC29908F67232806EE090C62F26BFDE?sequence=1</a> . 2. GBD 2015 SDG Collaborators. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet 2016;388(10053):1813-1850. <a href="https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)31467-2.pdf">https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)31467-2.pdf</a>
<b>Vínculos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicador 3.6.1 de los ODS</li> <li>• Meta 9.5 de la ASSA2030</li> </ul>

**Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)**

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Meta de impacto 7.3 del Plan Estratégico 2014-2019 (adaptada)</li><li>• Marco de impacto del 13.º PGT</li></ul>
--	---



<b>Código y título del indicador</b>	<b>Indicador 14 a nivel del impacto:</b> Tasa de mortalidad por suicidio
<b>Definición del indicador</b>	<p>Este indicador mide el progreso de la Región para reducir el número de muertes por suicidio por 100.000 habitantes.</p> <p><b>Línea de base 2014:</b> 7,8 muertes por 100.000 habitantes  <b>Meta 2025:</b> 7,0 muertes por 100.000 habitantes</p> <p>La meta es una reducción de 10% con respecto a la línea de base del 2014.</p>
<b>Propósito del indicador</b>	El suicidio es una de las principales causas de mortalidad prematura en la Región de las Américas; cerca de 100.000 personas mueren por suicidio anualmente en la Región. Este indicador vigila la mortalidad por suicidio como base para formular programas de prevención y control del comportamiento suicida, basados en la evidencia científica.
<b>Nota técnica</b>	<p>El porcentaje se calcula dividiendo la suma de todas las muertes con una causa subyacente de muerte identificada con alguno de los códigos de X60 a X84 de la CIE-10 en la población total (ambos sexos) de los 5 años de edad en adelante. Esto se expresa luego por 100.000 habitantes. Para tener en cuenta las diferentes estructuras demográficas en los países de la Región, la tasa se ajusta según la edad, utilizando la población estándar de la OMS.</p> <p>A nivel de país, el indicador debe, como mínimo, estar desglosado por sexo, edad y método de suicidio.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Relativo
<b>Unidad de medición</b>	Número de muertes por 100.000 habitantes
<b>Frecuencia de medición</b>	El indicador se mide anualmente con la información recopilada de los Estados Miembros entre enero y diciembre de un año determinado, y el informe de la OPS se analiza cada cinco años.
<b>Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador</b>	Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias (NMH/MH)
<b>Fuente de los datos</b>	Base de datos de la OPS sobre mortalidad regional.
<b>Limitaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las deficiencias en los sistemas nacionales de información de salud representan una limitación fundamental.</li> <li>Existe la tendencia a registrar de forma insuficiente las muertes, en particular las muertes por suicidio.</li> </ul>
<b>Referencias</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas: Informe regional. Washington, DC: OPS; 2014.</li> <li>Organización Mundial de la Salud. Mental health atlas 2017. Ginebra: OMS; 2017.</li> <li>Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo mundial. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en:</li> </ol>

Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)

	<a href="https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1">https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1</a>
<b>Vínculos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Indicador 3.4.2 de los ODS</li><li>• Meta 9.6 de la ASSA2030</li><li>• Meta de impacto 7.2 del Plan Estratégico 2014-2019</li><li>• Marco de impacto del 13.º PGT</li></ul>

<b>Código y título del indicador</b>	<b>Indicador 15 a nivel del impacto:</b> Tasa de incidencia del sarampión
<b>Definición del indicador</b>	Este indicador mide la tasa de incidencia del sarampión endémico en la Región de las Américas.  <b>Línea de base 2018:</b> 0,9412 por 1.000.000 habitantes <b>Meta 2025:</b> 0 por 1.000.000 habitantes
<b>Propósito del indicador</b>	En 1994, en el Consejo Directivo de la OPS los Ministros de Salud establecieron la meta de eliminación del sarampión. En el 2002 todos los países habían eliminado el sarampión endémico y en el 2005 habían alcanzado el punto de referencia fundamental de tres años sin casos endémicos. Sin embargo, en la etapa posterior a la eliminación, se restableció en Brasil la transmisión endémica en marzo del 2014 debido a la presencia de una cadena de transmisión de un genotipo D8, que continuó ininterrumpida por más de 12 meses. Por último, en el 2016, un Comité Internacional de Expertos certificó a la Región de las Américas como libre del sarampión. Lamentablemente, en Venezuela se restableció la transmisión endémica en julio del 2018.  El <i>Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023</i> se aprobó en septiembre del 2017 y en él se establecen líneas estratégicas, objetivos, indicadores y metas claramente definidos para el 2023. Uno de estos indicadores es “Número de países y territorios en los que la transmisión endémica de los virus del sarampión o de la rubéola se ha restablecido”. La meta es que para el 2023 ningún país se encuentre en esta categoría.
<b>Nota técnica</b>	Tasa de incidencia del sarampión endémico en los países y territorios de la Región de las Américas donde se ha restablecido la transmisión endémica del virus del sarampión, expresada por millón de habitantes.  <b>Numerador:</b> Número de casos endémicos en los países y territorios de la Región donde se ha restablecido la transmisión endémica del sarampión.  <b>Denominador:</b> Población total de la Región de las Américas.
<b>Tipo de indicador</b>	Relativo
<b>Unidad de medición</b>	Número de casos endémicos por millón de habitantes por año
<b>Frecuencia de medición</b>	El indicador se mide anualmente.
<b>Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador</b>	Equipo especializado en sarampión y rubéola del Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida, Unidad de Inmunización Integral de la Familia (FPL/IM)
<b>Fuente de los datos</b>	La principal fuente de datos será el <i>Boletín Semanal de Sarampión/Rubéola</i> , publicado por la OPS, para el cual se recopilan datos semanalmente a lo largo de todo el año. Otra fuente son los datos de los centros nacionales de enlace del

Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)

	Reglamento Sanitario Internacional (RSI), disponibles para la publicación mensual.
<b>Limitaciones</b>	Los casos de sarampión y rubéola son de notificación obligatoria, y deben notificarse además a nivel internacional porque ambas enfermedades están sujetas a las metas de eliminación en la Región de las Américas. Sin embargo, este indicador depende de la notificación oportuna de los casos de sarampión a lo largo de todo el año por todos los países y territorios.
<b>Referencias</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organización Panamericana de la Salud. Boletín Semanal de Sarampión/Rubéola. Disponible en:  <a href="https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=730:2009-measlesrubella-weekly-bulletin&amp;Itemid=39426&amp;lang=es">https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=730:2009-measlesrubella-weekly-bulletin&amp;Itemid=39426&amp;lang=es</a> </li> <li>2. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en las Américas 2018-2023. 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2017; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2017. Disponible en:  <a href="https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&amp;view=download&amp;category_slug=29-es-9250&amp;alias=41726-csp29-8-s-726&amp;Itemid=270&amp;lang=es">https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&amp;view=download&amp;category_slug=29-es-9250&amp;alias=41726-csp29-8-s-726&amp;Itemid=270&amp;lang=es</a> </li> <li>3. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre inmunización. 54.<sup>o</sup> Consejo Directivo, 67.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2015. Disponible en:  <a href="https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-7-s.pdf">https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-7-s.pdf</a> </li> </ol>
<b>Vínculos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta 10.4 de la ASSA2030</li> </ul>

<b>Código y título del indicador</b>	<b>Indicador 16 a nivel del impacto:</b> Tasa de incidencia de la infección por el VIH
<b>Definición del indicador</b>	Este indicador mide el número de nuevas infecciones por el VIH durante el período de presentación de informes por 1.000 habitantes en América Latina y el Caribe.  <b>Línea de base 2017:</b> 0,16 por 1.000 habitantes <b>Meta 2025:</b> 0,04 por 1.000 habitantes
<b>Propósito del indicador</b>	Este indicador mide el progreso alcanzado para acabar con la epidemia de sida. La meta mundial es reducir el número de nuevas infecciones por el VIH a menos de 200.000 en el 2030. El seguimiento de la tasa de personas que contraen la infección a lo largo del tiempo mide el progreso hacia el logro de esta meta. Este indicador es uno de los diez indicadores mundiales que figuran en las directrices de información estratégica consolidada de la OMS.
<b>Nota técnica</b>	El indicador depende de las estimaciones obtenidas a partir de herramientas de modelación matemática, como Spectrum.  <b>Numerador:</b> Número de nuevas infecciones por el VIH durante el período de presentación de informes.  <b>Denominador:</b> La población total en un año dado.
<b>Tipo de indicador</b>	Relativo
<b>Unidad de medición</b>	Número de nuevas infecciones por 1.000 habitantes
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual.
<b>Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, Unidad de VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual (CDE/HT)</li> <li>• Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud, Unidad de Análisis de Salud, Métricas y Evidencia (EIH/HA)</li> </ul>
<b>Fuente de los datos</b>	Cálculos Spectrum del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA).
<b>Limitaciones</b>	Este indicador depende de los modelos estadísticos y tendrá la incertidumbre de la estimación producida por los modelos. Los datos para América del Norte no estarán disponibles.
<b>Referencias</b>	1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Monitoreo global del sida 2019. Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2016. Ginebra: ONUSIDA; 2018. Disponible en: <a href="https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf">https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf</a>
<b>Vínculos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicador 3.3.1 de los ODS</li> <li>• Meta 10.1 de la ASSA2030</li> <li>• Marco de impacto del 13.º PGT</li> <li>• Indicador 3.1 del monitoreo global del sida (ONUSIDA)</li> </ul>

<b>Código y título del indicador</b>	<b>Indicador 17 a nivel del impacto:</b> Tasa de transmisión maternoinfantil del VIH
<b>Definición del indicador</b>	<p>Este indicador se refiere al porcentaje estimado de nuevas infecciones por el VIH en niños por transmisión maternoinfantil en las mujeres que tienen la infección por el VIH y que dieron a luz en los últimos 12 meses.</p> <p><b>Línea de base 2017:</b> 12% de los nacimientos en mujeres que tienen la infección por el VIH</p> <p><b>Meta 2025:</b> 2% de los nacimientos en mujeres que tienen la infección por el VIH</p> <p>La eliminación se refiere a la reducción de la transmisión vertical del VIH a un nivel que deje de tener importancia para la salud pública. Un país o territorio habrá logrado la eliminación una vez que la tasa de transmisión maternoinfantil de la infección por el VIH se haya reducido a 2% o menos.</p>
<b>Propósito del indicador</b>	<p>Este indicador refleja el compromiso de los Estados Miembros de la OPS de eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH (resolución CD50.R12). La transmisión vertical del VIH y la sífilis son prevenibles mediante la prevención primaria de la infección por el VIH y la sífilis en mujeres en edad reproductiva, la cobertura elevada de atención prenatal de buena calidad que incluya la detección sistemática de la infección por el VIH y la sífilis, y el seguimiento eficaz de las mujeres seropositivas y los bebés expuestos. El indicador 1.1.2 del <i>Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021</i> muestra el compromiso de los países hacia el logro de esta meta.</p>
<b>Nota técnica</b>	<p>El porcentaje anual estimado de nuevas infecciones por el VIH en niños debidas a la transmisión maternoinfantil se calcula de la siguiente manera:</p> <p><b>Numerador:</b> Cifra estimada de nuevas infecciones por el VIH en niños en los 12 meses anteriores por transmisión maternoinfantil.</p> <p><b>Denominador:</b> Cifra estimada de nacimientos en los 12 meses anteriores en mujeres que tienen la infección por el VIH.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Relativo
<b>Unidad de medición</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia de medición</b>	El indicador se mide anualmente.
<b>Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, Unidad de VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual (CDE/HT)</li> </ul>
<b>Fuente de los datos</b>	Los cálculos Spectrum del ONUSIDA se elaboran con los países.

**Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)**

<b>Limitaciones</b>	Dada la naturaleza de la epidemia concentrada de la infección por el VIH en la Región, los valores de país para este indicador suelen ser demasiado imprecisos para reflejar adecuadamente el progreso. Por lo general, el seguimiento de este indicador se hace a nivel regional para América Latina y el Caribe. No se dispone de datos para América del Norte.
<b>Referencias</b>	1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Monitoreo global del sida 2019. Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2016. Ginebra: ONUSIDA; 2018. Disponible en: <a href="https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf">https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf</a>
<b>Vínculos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Meta 10.3 de la ASSA2030</li><li>• Indicador 2.2 del monitoreo global del sida 2019 (ONUSIDA)</li></ul>

<b>Código y título del indicador</b>	<b>Indicador 18 a nivel del impacto:</b> Tasa de incidencia de la sífilis congénita (incluidos los mortinatos)
<b>Definición del indicador</b>	<p>Este indicador mide la tasa de incidencia de los casos notificados de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos.</p> <p><b>Línea de base 2017:</b> 2,1 por 1.000 nacidos vivos  <b>Meta 2025:</b> 0,5 por 1.000 nacidos vivos</p> <p>La eliminación se refiere a la reducción de la transmisión vertical de la sífilis a un nivel que deje de tener importancia para la salud pública. Un país o territorio habrá logrado la eliminación una vez que la incidencia de sífilis congénita (incluidos los mortinatos) se haya reducido a 0,5 casos o menos por 1.000 nacidos vivos.</p>
<b>Propósito del indicador</b>	Este indicador refleja el compromiso de los Estados Miembros de la OPS con la eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis congénita (resolución CD50.R12). Este indicador también sirve para vigilar el progreso hacia la meta de eliminación de la sífilis congénita en la Región. La transmisión vertical del VIH y la sífilis son prevenibles mediante la prevención primaria de la infección por el VIH y la sífilis en mujeres en edad reproductiva, la cobertura elevada de la atención prenatal de buena calidad, que incluya la detección sistemática del VIH y la sífilis, además del seguimiento eficaz de las mujeres seropositivas y los bebés expuestos.
<b>Nota técnica</b>	<p>La tasa anual de casos notificados de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos se calcula de la siguiente manera:</p> <p><b>Numerador:</b> número de casos notificados de sífilis congénita según la definición nacional de casos en un año dado. La definición nacional de casos deberá incluir los mortinatos debidos a la sífilis.</p> <p><b>Denominador:</b> número estimado de nacidos vivos en el mismo año.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Relativo
<b>Unidad de medición</b>	Casos notificados de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos
<b>Frecuencia de medición</b>	Los datos para un año dado suelen notificarse en el segundo trimestre del año siguiente. Luego de la fase de limpieza y comprobación de los datos, las actualizaciones estarán disponibles en la segunda mitad del año que sigue al período de presentación de informes.
<b>Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador</b>	Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, Unidad de VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual (CDE/HT)
<b>Fuente de los datos</b>	<p>ONUSIDA. Proceso de presentación de informes para el monitoreo global del sida.</p> <p><b>Numerador:</b> en la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe, la sífilis congénita está sujeta a la notificación obligatoria; la fuente de datos es el sistema de registro nacional para los casos de sífilis congénita.</p>



Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)

	<p><b>Denominador:</b> se genera mediante el cálculo del número de nacidos vivos en la población durante los últimos 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 del sistema de información de salud de la OPS.</p>
<b>Limitaciones</b>	<p>Este indicador exige la validación externa de los datos notificados. Una limitación de los datos de las estadísticas vitales es el lapso transcurrido desde la fecha en que ocurre el evento hasta que la información está disponible para el uso.</p>
<b>Referencias</b>	<p>1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Monitoreo global del sida 2019. Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida del 2016. Ginebra: ONUSIDA; 2018. Disponible en: <a href="https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf">https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf</a></p>
<b>Vínculos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Meta 10.3 de la ASSA2030</li><li>• Indicador 2.5 del monitoreo global del sida 2019 (ONUSIDA)</li></ul>

Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)

<b>Código y título del indicador</b>	<b>Indicador 19 a nivel del impacto:</b> Tasa de mortalidad debida a hepatitis viral crónica
<b>Definición del indicador</b>	<p>Este indicador se refiere a la tasa de mortalidad estimada por carcinoma hepatocelular (CHC), cirrosis y enfermedades crónicas hepáticas atribuibles a infecciones por los virus de la hepatitis B (VHB) y la hepatitis C (VHC), e infecciones agudas por el VHB y el VHC.</p> <p><b>Línea de base 2017:</b> 11,4 muertes por 100.000 habitantes  <b>Meta 2025:</b> 6,3 muertes por 100.000 habitantes (una reducción de 45%)</p> <p>La meta de 6,3 muertes por 100.000 habitantes corresponde al hito para el 2025 definido para la Región por la OMS. De lograrse este hito, la Región estaría bien encaminada para alcanzar la meta de 3,84 muertes por 100.000 habitantes en el 2030. De esta manera, la Región también contribuiría a la meta mundial de una reducción de 65% en el 2030, en comparación con el 2015.</p>
<b>Propósito del indicador</b>	Este indicador mide el resultado final de las actividades de prevención, pruebas de detección, atención y tratamiento de la hepatitis viral.
<b>Nota técnica</b>	<p>La tasa de mortalidad debida al VHB y al VHC incluye las muertes por carcinoma hepatocelular, cirrosis y otras hepatopatías crónicas atribuibles a la infección por el VHB y el VHC, así como el número más reducido de muertes debidas a la infección aguda por el VHB y el VHC, por 100.000 habitantes.</p> <p><b>Numerador:</b> número estimado de muertes debidas a la infección por el VHB y el VHC en un año dado.</p> <p><b>Denominador:</b> población total en ese mismo año.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Relativo
<b>Unidad de medición</b>	Número de muertes debidas a la hepatitis viral crónica por 100.000 habitantes
<b>Frecuencia de medición</b>	El indicador se mide anualmente.
<b>Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador</b>	Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, Unidad de VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual (CDE/HT)
<b>Fuente de los datos</b>	Estimaciones de mortalidad de la red de colaboración sobre la carga mundial de enfermedad del Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (IHME).
<b>Limitaciones</b>	Este indicador se medirá utilizando los cálculos de la carga mundial de enfermedad, en vista de las limitaciones para efectuar las pruebas de detección del VHB y el VHC, de la notificación incompleta en los sistemas de registro civil y de la dificultad para identificar las muertes debidas a hepatitis crónica B y C sobre la base de los códigos de la CIE-10. La OPS seguirá apoyando a los sistemas de registro civil de los países para fortalecer los datos acerca de la causa de muerte y de la fracción de muertes debidas al carcinoma hepatocelular, la cirrosis y otras

**Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)**

	hepatopatías crónicas atribuibles a la infección por el VHB y el VHC. Esto permitirá la triangulación con las estimaciones obtenidas mediante modelos estadísticos. Las estimaciones mediante modelos estadísticos se generan con un posible retraso de dos a tres años.
<b>Referencias</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Instituto de Saneamiento y Evaluación Sanitaria. Global Health Data Exchange. GBD results tool. Disponible solo en inglés en: <a href="http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool">http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool</a></li><li>2. Instituto de Saneamiento y Evaluación Sanitaria. GBD 2017 online tools overview. Disponible solo en inglés en: <a href="http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/Data_viz/GBD_2017_Tools_Overview.pdf">http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/Data_viz/GBD_2017_Tools_Overview.pdf</a></li></ol>
<b>Vínculos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Indicador 3.3.4 de los ODS</li><li>• Meta 10.5 de la ASSA2030</li><li>• Marco de impacto del 13.º PGT</li></ul>

<b>Código y título del indicador</b>	<b>Indicador 20 a nivel del impacto:</b> Tasa de incidencia de la tuberculosis
<b>Definición del indicador</b>	<p>Este indicador mide el número de casos nuevos y recaídos de tuberculosis divididos por la población total en un año dado.</p> <p><b>Línea de base 2015:</b> 28 por 100.000 habitantes  <b>Meta 2025:</b> 14 por 100.000 habitantes</p> <p>La meta concuerda con el objetivo mundial para el 2025 de lograr una reducción de 50% con respecto al nivel del 2015.</p>
<b>Propósito del indicador</b>	Este indicador mide la reducción de los casos de tuberculosis con el transcurso del tiempo. Refleja la repercusión de la aplicación de la estrategia <i>Poner fin a la tuberculosis</i> , y es uno de los indicadores de alto nivel de la estrategia mundial.
<b>Nota técnica</b>	El indicador se calcula al dividir todos los casos nuevos y recaídos de tuberculosis entre la población total en un año dado.
<b>Tipo de indicador</b>	Relativo
<b>Unidad de medición</b>	Número estimado de casos nuevos y recaídos de tuberculosis por 100.000 habitantes
<b>Frecuencia de medición</b>	Los datos de un año dado se recopilan entre abril y junio del siguiente año, y luego se publican en el informe mundial de la OMS sobre la tuberculosis entre octubre y noviembre de ese año.
<b>Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador</b>	Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, Unidad de VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual (CDE/HT)
<b>Fuente de los datos</b>	Base de datos mundial sobre tuberculosis, OMS.
<b>Limitaciones</b>	Entre las dificultades se encuentran la notificación oportuna por los países y la calidad de la información.
<b>Referencias</b>	1. Organización Mundial de la Salud. Global tuberculosis report 2018. Ginebra: OMS; 2018. Disponible solo en inglés en: <a href="https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/">https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/</a>
<b>Vínculos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicador 3.3.2 de los ODS</li> <li>• Meta 10.2 de la ASSA2030</li> <li>• Marco de impacto del 13.º PGT</li> </ul>

<b>Código y título del indicador</b>	<b>Indicador 21 a nivel del impacto:</b> Tasa de incidencia de la malaria
<b>Definición del indicador</b>	<p>Este indicador mide el número de casos de malaria por 1.000 habitantes.</p> <p><b>Línea de base 2015:</b> 0,78 casos por 1.000 habitantes  <b>Meta 2025:</b> 0,20 casos por 1.000 habitantes (reducción de 75%)</p> <p>La meta concuerda con el hito del 2025 establecido por la OMS en la <i>Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030</i>.</p>
<b>Propósito del indicador</b>	Con este indicador se informa sobre el compromiso de los Estados Miembros de eliminar la transmisión de la malaria, expresado por medio del progreso logrado por la Región para reducir la transmisión. La eliminación de la malaria es una consecuencia de las actividades constantes para interrumpir la transmisión en las zonas endémicas de los países y los territorios. Las medidas eficaces para eliminar la malaria deben conducir a una reducción gradual de la incidencia de la enfermedad hasta que se consolide la eliminación.
<b>Nota técnica</b>	<p>Incidencia anual del parásito: casos de malaria confirmados por laboratorio (por microscopía o pruebas diagnósticas rápidas) por 1.000 personas por año.</p> <p><b>Numerador:</b> número de casos confirmados por laboratorio (microscopía o PDR).</p> <p><b>Denominador:</b> estimaciones de la población publicados por las Naciones Unidas para el país o el territorio.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Relativo
<b>Unidad de medición</b>	Número de casos de malaria por 1.000 habitantes
<b>Frecuencia de medición</b>	Los datos se notifican anualmente; por lo general, en el segundo trimestre del año siguiente al período de notificación. Una vez finalizada la fase de limpieza y verificación de los datos, las actualizaciones estarán disponibles en el segundo semestre de ese año.
<b>Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador</b>	Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, Unidad de Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores (CDE/VT)
<b>Fuente de los datos</b>	<p><b>Numerador:</b> Sistema de información sobre salud y sistema de vigilancia ordinaria.</p> <p><b>Denominador:</b> Estimaciones de la población publicados por las Naciones Unidas.</p>
<b>Limitaciones</b>	Un único valor regional basado en los datos de unos cuantos países en los que se concentra la mayor carga de la malaria ocultará los logros de otros países donde la enfermedad es endémica.
<b>Referencias</b>	1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en:

	<p><a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186671/9789243564999_spa.pdf?sequence=1">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186671/9789243564999_spa.pdf?sequence=1</a></p> <p>2. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020. 55.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2016; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2016 [consultado el 28 de febrero del 2019]. Disponible en: <a href="https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R7-s.pdf">https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R7-s.pdf</a></p> <p>3. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el paludismo 2018. Ginebra: OMS; 2018 [consultado el 20 de abril del 2019]. Disponible en: <a href="https://www.who.int/malaria/media/world-malaria-report-2018/es/">https://www.who.int/malaria/media/world-malaria-report-2018/es/</a></p> <p>4. Organización Panamericana de la Salud. Estadísticas interactivas sobre paludismo [consultado el 30 de julio del 2019]. Disponible en: <a href="http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=2632:2010-interactive-malaria-statistics&amp;Itemid=2130&amp;lang=es">http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=2632:2010-interactive-malaria-statistics&amp;Itemid=2130&amp;lang=es</a></p>
<b>Vínculos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicador 3.3.3 de los ODS</li> <li>• Meta 10.6 de la ASSA2030</li> <li>• Marco de impacto del 13.º PGT</li> </ul>

<b>Código y título del indicador</b>	<b>Indicador 22 a nivel del impacto:</b> Número de países con endemividad en el 2015 que mantienen o logran la eliminación de la malaria
<b>Definición del indicador</b>	Este indicador se refiere al número de países donde la malaria era endémica en el 2015 que notifican cero casos autóctonos de malaria en el último año civil.  <b>Línea de base 2018:</b> 3 de 21 países y territorios que tenían endemividad en el 2015 <b>Meta 2025:</b> 6 de 21 países y territorios que tenían endemividad en el 2015
<b>Propósito del indicador</b>	Este indicador mide el progreso logrado por los países hacia la eliminación de la malaria en el 2025. Refleja su cumplimiento de las recomendaciones de la OPS/OMS para la eliminación de la malaria y las capacidades instaladas que han establecido los países. Además, el indicador es muy importante para vigilar el progreso en toda la Región con respecto a la resolución CD55.R7 aprobada por el Consejo Directivo de la OPS en el 2016 para adoptar el <i>Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020</i> .
<b>Nota técnica</b>	El informe de país que se presenta anualmente a la OPS/OMS facilita la presentación por los países de los conjuntos de datos importantes utilizados para calcular este indicador.  Países donde la malaria era endémica en el 2015: Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname y Venezuela.
<b>Tipo de indicador</b>	Absoluto
<b>Unidad de medición</b>	Número de países que han eliminado la malaria por año
<b>Frecuencia de medición</b>	La medición se hace una vez al año. Los datos del año anterior se publican anualmente en diciembre, lo que coincide con la publicación programada para final del año del informe mundial sobre el paludismo, elaborado por la OMS. Por ejemplo, los datos correspondientes al 2018 se publicarán en diciembre del 2019.
<b>Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador</b>	Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, Unidad de Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores (CDE/VT)
<b>Fuente de los datos</b>	Misiones técnicas anuales de la OPS/OMS y el informe anual sobre la malaria de cada país.
<b>Limitaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las variaciones en los ciclos de presentación de información y de las evaluaciones en los países pueden influir en los datos.</li> <li>• La calidad de la vigilancia y de la investigación de los casos también es variable.</li> </ul>
<b>Referencias</b>	1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: <a href="https://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241564991/es/">https://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241564991/es/</a>

**Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)**

	<ol style="list-style-type: none"><li>2. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020. 55.º Consejo Directivo de la OPS, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 al 30 de septiembre del 2016; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2016 (documento CD55/13) [consultado el 28 de febrero del 2019]. Disponible en: <a href="https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-13-s.pdf">https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-13-s.pdf</a></li><li>3. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el paludismo 2018. Ginebra: OMS; 2018 [consultado el 20 de abril del 2019]. Disponible en: <a href="https://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2018/report/es/">https://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2018/report/es/</a></li><li>4. Organización Panamericana de la Salud. Estadísticas interactivas sobre paludismo [consultado el 30 de julio del 2019]. Disponible en: <a href="http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=2632:2010-interactive-malaria-statistics&amp;Itemid=2130&amp;lang=es">http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=2632:2010-interactive-malaria-statistics&amp;Itemid=2130&amp;lang=es</a></li></ol>
<b>Vínculos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Meta 10.6 de la ASSA2030</li><li>• Meta de impacto 8.4 del Plan Estratégico 2014-2019</li></ul>



Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)

<b>Código y título del indicador</b>	<b>Indicador 23 a nivel del impacto:</b> Tasa de letalidad del dengue
<b>Definición del indicador</b>	<p>Este indicador se refiere a la tasa de mortalidad regional por dengue.</p> <p><b>Línea de base (para el período 2012-2018):</b> 0,056%  <b>Meta 2025:</b> 0,050%</p> <p>La meta es lograr una reducción de por lo menos 10% en toda la Región de la tasa de mortalidad por dengue en el período 2020-2025.</p>
<b>Propósito del indicador</b>	El indicador determina el impacto que tiene la aplicación apropiada de las directrices de la OPS/OMS para el manejo clínico del dengue en la reducción de las muertes evitables debidas al dengue, en el contexto de la circulación combinada con otros arbovirus.
<b>Nota técnica</b>	<p>La tasa de mortalidad regional se calcula al determinarse la proporción de todos los casos de dengue que han causado la muerte. “Todos los casos del dengue” incluye tanto los casos graves como los no graves, independientemente de su confirmación por laboratorio.</p> <p><b>Numerador:</b> Número de muertes debidas al dengue en la Región de las Américas.</p> <p><b>Denominador:</b> Número total de casos del dengue en la Región de las Américas.</p> <p>Para el cálculo de la línea de base de la tasa de letalidad regional, se utilizaron datos correspondientes al período 2012-2018 para tener en cuenta las variaciones anuales.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Relativo
<b>Unidad de medición</b>	Porcentaje
<b>Frecuencia de medición</b>	El indicador se sigue semanalmente ya que los países notifican datos de vigilancia; asimismo, se hacen evaluaciones mensuales para que sea posible prestar asistencia directa si la gravedad de la enfermedad parece aumentar. Dos veces al año se elaborará un informe regional para presentar un análisis de la información.
<b>Unidad de la OSP responsable de seguimiento el indicador</b>	Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, Unidad de Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores (CDE/VT)
<b>Fuente de los datos</b>	Informes de país a la OPS/OMS
<b>Limitaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El indicador mide el progreso regional en la aplicación de las directrices de la OPS/OMS hacia la reducción de la tasa de letalidad del dengue; sin embargo, no representa la variabilidad en la tasa de letalidad en los países individuales y los territorios.</li> </ul>

Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dado que el indicador se basa en el número de casos del dengue y las muertes entre esos casos, a los datos de los países con poblaciones más grandes —y mayor número de casos— se les asignará mayor peso.</li></ul>
<b>Referencias</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Organización Mundial de la Salud. Dengue. Guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Ginebra: OMS; 2009. Disponible en: <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44504/9789995479213_spa.pdf;jsessionid=9BCF515826939FDDE2FFCF558520D28E?sequence=1">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44504/9789995479213_spa.pdf;jsessionid=9BCF515826939FDDE2FFCF558520D28E?sequence=1</a></li><li>2. Organización Mundial de la Salud. Global strategy for dengue prevention and control, 2012-2020. Ginebra: OMS; 2012. Disponible (solo en inglés) en: <a href="https://www.who.int/denguecontrol/9789241504034/en/">https://www.who.int/denguecontrol/9789241504034/en/</a></li><li>3. Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información en Salud para las Américas (PLISA). Dengue. Disponible en: <a href="http://www.paho.org/data/index.php/es/temas/indicadores-dengue.html">http://www.paho.org/data/index.php/es/temas/indicadores-dengue.html</a></li></ol>
<b>Vínculos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Meta 10.10 de la ASSA2030</li><li>• Meta de impacto 6.2 del Plan Estratégico 2014-2019</li></ul>

<b>Código y título del indicador</b>	<b>Indicador 24 a nivel del impacto:</b> Eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas en los países y territorios																											
<b>Definición del indicador</b>	<p>Este indicador mide el éxito de los países para lograr la eliminación de una o varias de las enfermedades infecciosas desatendidas, de acuerdo con lo establecido en el <i>Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022</i>, aprobado mediante la resolución CD55.R9 del Consejo Directivo de la OPS, en septiembre del 2016.</p> <p>Las enfermedades son: tracoma, enfermedad de Chagas, rabia humana transmitida por el perro, lepra (enfermedad de Hansen, eliminada como problema de salud pública), teniasis o cisticercosis humana, filariasis linfática, oncocercosis (ceguera de los ríos) y esquistosomiasis.</p> <table border="1" data-bbox="488 667 1385 1136"> <thead> <tr> <th>Enfermedad infecciosa desatendida</th> <th>Línea de base 2019</th> <th>Meta 2025</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tracoma</td> <td>1 de 5</td> <td>3 de 5</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad de Chagas</td> <td>17 de 21</td> <td>21 de 21</td> </tr> <tr> <td>Rabia humana transmitida por el perro</td> <td>32 de 35</td> <td>35 de 35</td> </tr> <tr> <td>Lepra</td> <td>17 de 23</td> <td>23 de 23</td> </tr> <tr> <td>Teniasis o cisticercosis humana</td> <td>0 de 16</td> <td>3 de 16</td> </tr> <tr> <td>Filariasis linfática</td> <td>3 de 7</td> <td>5 de 7</td> </tr> <tr> <td>Oncocercosis</td> <td>4 de 6</td> <td>6 de 6</td> </tr> <tr> <td>Esquistosomiasis</td> <td>3 de 10</td> <td>5 de 10</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Países de línea de base:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tracoma: México eliminó el tracoma en el 2017.</li> <li>• Enfermedad de Chagas: 17 países han eliminado la especie del vector principal en todo su territorio o en parte de él.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ En todo su territorio: Belice, Brasil, Chile, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Uruguay.</li> <li>○ En parte de su territorio: Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, México, Panamá y Perú.</li> </ul> </li> <li>• Rabia humana transmitida por el perro: 32 de 35 países o territorios endémicos han eliminado la rabia humana transmitida por el perro, pero la rabia canina todavía se encuentra en zonas específicas de 8 países, con un riesgo continuo de resurgimiento.</li> <li>• Lepra: 17 países han eliminado la lepra como problema de salud pública en el primer nivel subnacional: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago y Uruguay.</li> <li>• Teniasis o cisticercosis humana: Al 2019, ninguno de los 16 países con endemidad conocida en América Latina y el Caribe ha eliminado la teniasis</li> </ul>	Enfermedad infecciosa desatendida	Línea de base 2019	Meta 2025	Tracoma	1 de 5	3 de 5	Enfermedad de Chagas	17 de 21	21 de 21	Rabia humana transmitida por el perro	32 de 35	35 de 35	Lepra	17 de 23	23 de 23	Teniasis o cisticercosis humana	0 de 16	3 de 16	Filariasis linfática	3 de 7	5 de 7	Oncocercosis	4 de 6	6 de 6	Esquistosomiasis	3 de 10	5 de 10
Enfermedad infecciosa desatendida	Línea de base 2019	Meta 2025																										
Tracoma	1 de 5	3 de 5																										
Enfermedad de Chagas	17 de 21	21 de 21																										
Rabia humana transmitida por el perro	32 de 35	35 de 35																										
Lepra	17 de 23	23 de 23																										
Teniasis o cisticercosis humana	0 de 16	3 de 16																										
Filariasis linfática	3 de 7	5 de 7																										
Oncocercosis	4 de 6	6 de 6																										
Esquistosomiasis	3 de 10	5 de 10																										

	<p>o cisticercosis como problema de salud pública, y la mayoría de ellos no cuenta con un programa de control.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Filariasis linfática: En el 2011, Costa Rica, Suriname y Trinidad y Tabago fueron eliminados de la lista de países con endemicidad.</li><li>• Oncocercosis: Colombia (2013), Ecuador (2014), México (2015) y Guatemala (2016) han eliminado la oncocercosis.</li><li>• Esquistosomiasis: Hay indicios de que varios países en el Caribe han interrumpido la transmisión o han eliminado la esquistosomiasis (Antigua y Barbuda, Santa Lucía y Suriname), pero es necesario confirmarlo. Se espera que, para el 2025, por lo menos otros dos países logren la eliminación de esta enfermedad como problema de salud pública.</li></ul> <p><b>Países incluidos en la meta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tracoma: En la iniciativa de la OPS para la eliminación de enfermedades se establece que el tracoma se eliminará en el 2022, según las metas de la OMS. Sin embargo, los países de la Región necesitarán más tiempo, ya que han ocurrido varios retrasos y algunos países carecen del financiamiento o de la capacidad para acelerar las actividades hacia la eliminación. Dos países, Brasil y Guatemala, podrían finalizar el proceso para la eliminación del tracoma como problema de salud pública para el 2025. Esto incluye la presentación de un expediente a la OPS/OMS con la evidencia de que han logrado todos los siguientes indicadores:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Una prevalencia de &lt;0,2 % de la triquiasis tracomatosa (TT) desconocida para el sistema de salud en adultos de 15 años en adelante en cada distrito que antes tenía endémico. (La frase “desconocida para el sistema de salud” excluye a las personas con TT luego de una operación quirúrgica, a las que han rechazado la cirugía y a quienes todavía no se han sometido a una operación pero que ya tienen una fecha para la intervención).</li><li>○ Una prevalencia de la inflamación tracomatosa folicular (TF, por su sigla en inglés) en niños de 1 a 9 años de edad de &lt;5%, mantenida durante por lo menos dos años en ausencia de la administración masiva de antibióticos, en cada distrito que antes era endémico.</li><li>○ Evidencia documentada de que el sistema de salud puede detectar y manejar casos nuevos de triquiasis tracomatosa, por medio de estrategias definidas, con pruebas de que se dispone de los recursos financieros apropiados para aplicar esas estrategias.</li></ul></li><li>• Enfermedad de Chagas: La meta es que todos los 21 países con endemicidad logren la eliminación del vector principal de la enfermedad de Chagas en todo su territorio para el 2025 (Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guayana Francesa, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela). Según la iniciativa de eliminación, la meta es eliminar la transmisión por el vector principal para el 2020, pero esta meta no se logrará para esa fecha.</li></ul>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La rabia humana transmitida por el perro: La meta para el 2025 es que los 35 países y territorios con endemividad hayan eliminado la rabia humana transmitida por el perro y aplicado las medidas para prevenir el resurgimiento de la enfermedad o su reintroducción. Todavía se está dando seguimiento a los países donde hay rabia canina. La meta es la misma que la de la iniciativa de eliminación.</li> <li>• Lepra: Los países incluidos de la meta de eliminación en el primer nivel subnacional son Bolivia, Ecuador, Guyana, Paraguay, República Dominicana y Venezuela. Según el <i>Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022</i>, esta meta debería alcanzarse en el 2020.</li> <li>• Teniasis/cisticercosis humana: En la iniciativa de eliminación se establece que la meta es eliminar para el 2030 las muertes infantiles, la morbilidad en las comunidades en riesgo y la discapacidad infantil. La meta del impacto es un paso para alcanzar la meta de la iniciativa de eliminación.</li> <li>• Filariasis linfática: En la iniciativa de eliminación se establece que la meta de la OMS es eliminar esta enfermedad para el 2022 en toda la Región, pero esto no será posible. Brasil y República Dominicana lograrán la meta para el 2025 mientras que Haití y Guyana lo harán entre el 2026 y el 2030.</li> <li>• Oncocercosis: Brasil y Venezuela posiblemente eliminarán la oncocercosis para el 2025, no el 2022 como se establecía en la iniciativa de eliminación.</li> <li>• Esquistosomiasis: Se espera que los países del Caribe donde la esquistosomiasis es endémica habrán eliminado la enfermedad en el período 2022-2025. Los otros dos países con endemividad posiblemente podrían lograr la eliminación para el 2030.</li> </ul>
<b>Propósito del indicador</b>	La meta de eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas se ha establecido por medio de mandatos mundiales, es decir, resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, y de mandatos regionales, como la resolución CD55.R9 del Consejo Directivo de la OPS. Asimismo, forma parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en meta 3.3: “De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles”. El propósito del indicador es medir el progreso hacia el logro de estas metas de salud pública.
<b>Nota técnica</b>	Los datos se basan en criterios y procedimientos de la OPS y la OMS para la comprobación o la validación de la eliminación de cada una de las enfermedades.
<b>Tipo de indicador</b>	Absoluto
<b>Unidad de medición</b>	Número de países
<b>Frecuencia de medición</b>	En el caso de la enfermedad de Chagas, la lepra y rabia humana transmitida por los perros, la medición se hace una vez al año. En el caso de la teniasis o cisticercosis humana, filariasis linfática, tracoma, oncocercosis y esquistosomiasis, la medición se hace cada 2 a 3 años.
<b>Unidad de la OSP responsable del</b>	Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, Unidad de Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores (CDE/VT)

<b>seguimiento del indicador</b>	
<b>Fuente de los datos</b>	Datos oficiales presentados a la OPS por las autoridades nacionales de salud; resultados de encuestas y estudios de vigilancia.
<b>Limitaciones</b>	En el caso de varias de las enfermedades indicadas, como la lepra, la esquistosomiasis y la teniasis o cisticercosis humana, todavía no se han elaborado directrices acerca de los criterios y procedimientos de comprobación o validación de la eliminación.
<b>Referencias</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022. 55.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2016; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2016 (documento CD55/15). Disponible en: <a href="https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-15-s.pdf">https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-15-s.pdf</a></li> <li>2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la lepra 2016-2020. Acelerar la acción hacia un mundo sin lepra. Nueva Delhi: Oficina de la OMS para la Región de Asia Sudoriental; 2016. Disponible en: <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208824/9789290225195-es.pdf?sequence=16&amp;isAllowed=y">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208824/9789290225195-es.pdf?sequence=16&amp;isAllowed=y</a></li> <li>3. Organización Mundial de la Salud. Validation of elimination of lymphatic filariasis as a public health problem. Ginebra: OMS; 2017. Disponible solo en inglés en: <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254377/9789241511957-eng.pdf?sequence=1">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254377/9789241511957-eng.pdf?sequence=1</a></li> <li>4. Organización Panamericana de la Salud. Validación de la eliminación del tracoma como problema de salud pública. Washington, D.C.: OPS; 2016. Disponible en: <a href="http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33655/978927531923_9-spa.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33655/978927531923_9-spa.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a></li> <li>5. Organización Mundial de la Salud. Onchocerciasis: guidelines for stopping mass drug administration and verifying elimination of human onchocerciasis. Ginebra: OMS; 2016. Disponible solo en inglés en: <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204180/9789241510011_eng.pdf?sequence=1">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204180/9789241510011_eng.pdf?sequence=1</a></li> </ol>
<b>Vínculos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta 3.3 de los ODS</li> <li>• Meta 10.7 de la ASSA2030</li> <li>• <i>Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022</i> (OPS)</li> <li>• Marco de impacto del 13.º PGT</li> <li>• Resolución WHA66.12 sobre las enfermedades tropicales desatendidas (OMS)</li> </ul>

<b>Código y título del indicador</b>	<b>Indicador 25 a nivel del impacto:</b> Número de infecciones del torrente sanguíneo por 1.000 pacientes al año causadas por microorganismos resistentes a los carbapenémicos
<b>Definición del indicador</b>	<p>Este indicador mide el número total de infecciones por las enterobacterias <i>Pseudomonas aeruginosa</i> y <i>Acinetobacter baumannii</i> resistentes a los carbapenémicos, que son aisladas de la sangre por 1.000 pacientes hospitalizados por año, según datos recabados por conducto del sistema nacional de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos.</p> <p><b>Línea de base 2019:</b> Se determinará una vez finalizado el proyecto piloto actual acerca de la vigilancia mejorada de la resistencia a los antimicrobianos de las infecciones del torrente sanguíneo*</p> <p><b>Meta 2025:</b> Al menos una reducción de 10% de la línea de base</p> <p>* En el segundo semestre del 2019, el proyecto piloto recopilará datos del 2018 de varios países seleccionados; la información validada estará disponible a fines del 2019 o principios del 2020.</p>
<b>Propósito del indicador</b>	<p>El indicador mide la reducción de las infecciones del torrente sanguíneo causadas por bacterias multirresistentes para las que no hay ningún tratamiento antimicrobiano adecuado. Estas infecciones causadas por las enterobacteriáceas resistentes a los carbapenémicos, <i>Pseudomonas aeruginosa</i> y <i>Acinetobacter baumannii</i>, son endémicas y están relacionadas con brotes. Se han propagado ampliamente en la Región y son causantes de infecciones graves cuya letalidad es superior al 50%. Las infecciones causadas por estos microorganismos pueden reducirse mediante el abordaje de los factores de riesgo, como el uso inapropiado de los antimicrobianos, el fortalecimiento de las prácticas de prevención y control de las infecciones, y el aumento de la capacidad de los laboratorios para la detección y el monitoreo de la resistencia a los antimicrobianos. El objetivo del indicador es permitir la notificación detallada de la resistencia en los casos de infecciones del torrente sanguíneo en toda la Región.</p>
<b>Nota técnica</b>	<p><b>Numerador:</b> El número de infecciones del torrente sanguíneo causadas por las enterobacteriáceas resistentes a los carbapenémicos, <i>Pseudomonas aeruginosa</i> y <i>Acinetobacter baumannii</i>, en pacientes hospitalizados de los centros centinela seleccionados.</p> <p><b>Denominador:</b> El número total de pacientes admitidos por año a los hospitales centinela.</p> <p>Los datos se recopilarán mediante el proyecto mejorado de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos que se ha puesto en marcha en la Región y que permitirá que los países notifiquen cuáles son los agentes patógenos resistentes a los carbapenémicos mencionados que se han aislado en los hemocultivos. La resistencia a los carbapenemes se define según las directrices internacionales para las pruebas de sensibilidad elaboradas por el Instituto de Normas Clínicas y de Laboratorio y utilizadas por los países. Los resultados se presentarán anualmente a la OPS a través del punto focal nacional de la resistencia a los antimicrobianos.</p>

**Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)**

	<p>En el caso de los países latinoamericanos, esta vigilancia mejorada de los datos de la resistencia a los antimicrobianos obtenidos de aislados sanguíneos se apoyará en la actual Red Latinoamericana de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos (ReLAVRA). En el caso de los países del Caribe, el proyecto mejorado de vigilancia los apoyará con el establecimiento o el fortalecimiento de sus sistemas nacionales de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos.</p> <p>El número total de pacientes hospitalizados se define como el número total de pacientes admitidos por año a los hospitales centinela que participan en el sistema nacional de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos. Se proporcionará este número a la OPS por conducto de la iniciativa mejorada de vigilancia.</p> <p>La metodología usada en la iniciativa mejorada de vigilancia está en consonancia con la metodología usada por el Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos (conocido como GLASS por su sigla en inglés), lo que también permitirá que los países participen en este sistema.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Relativo
<b>Unidad de medición</b>	Número de infecciones del torrente sanguíneo resistentes a los carbapenémicos por 1.000 pacientes hospitalizados por año.
<b>Frecuencia de medición</b>	El indicador se recopila por conducto de los sistemas nacionales de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos y se presentan informes anuales a la OPS a través de las redes regionales de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos para América Latina y el Caribe. Los datos para un año dado se recaban a mediados del año siguiente (junio) y están disponibles para notificación y publicación a finales de ese año.
<b>Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador</b>	Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, Programa Especial de Resistencia a los Antimicrobianos (CDE/AR)
<b>Fuente de los datos</b>	Sistemas nacionales de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos; otros datos se obtienen de la red regional de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos para América Latina y el Caribe.
<b>Limitaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los países tienen una capacidad limitada para informar acerca de este indicador. Actualmente, no todos los Estados Miembros cuentan con la capacidad para vigilar la resistencia a los antimicrobianos en las infecciones del torrente sanguíneo y la OPS todavía no recopila este tipo de datos. En el 2019, se emprendió una nueva iniciativa para apoyar a los países en la recopilación, notificación y análisis de este tipo de información; en la actualidad participan 13 países.</li> <li>• El indicador suministra solo información parcial acerca de la repercusión de la resistencia a los antimicrobianos en la salud humana y no muestra si los países están aumentando sus actividades para abordar la resistencia a los antimicrobianos desde una perspectiva multisectorial.</li> </ul>
<b>Referencias</b>	1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos. 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre



**Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)**

	<p>del 2015; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2015 (documento CD54/12, Rev. 1). Disponible en: <a href="https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-12-s.pdf">https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-12-s.pdf</a></p> <p>2. Organización Mundial de la Salud. Sistema mundial de vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos: manual para la primera fase de implementación. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <a href="https://apps.who.int/iris/handle/10665/253135">https://apps.who.int/iris/handle/10665/253135</a></p>
<b>Vínculos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Meta 10.8 de la ASSA2030</li><li>• Marco de impacto del 13.º PGT</li></ul>

<b>Código y título del indicador</b>	<b>Indicador 26 a nivel del impacto 26:</b> Tasa de mortalidad atribuida a la contaminación del aire en el hogar y el ambiente
<b>Definición del indicador</b>	<p>Este indicador medirá la tasa de mortalidad atribuida a la contaminación del aire en el hogar y el ambiente por 100.000 habitantes.</p> <p><b>Línea de base 2019:</b> 13,05 muertes por 100.000 habitantes  <b>Meta 2025:</b> 12,40 muertes por 100.000 habitantes.*</p> <p>* La meta es de una reducción de 5% para el 2025.</p>
<b>Propósito del indicador</b>	<p>Este indicador mide el progreso hacia la reducción de las muertes prevenibles atribuidas a la contaminación del aire en la Región de las Américas. Es un indicador compuesto, ya que mide las muertes causadas por el uso de combustibles contaminantes en el hogar para cocinar, calentar e iluminar, así como las muertes causadas por la contaminación del aire ambiental. Los combustibles contaminantes incluyen madera, carbón, estiércol animal, carbón vegetal, desechos de cultivos y queroseno. La contaminación del aire ambiental es el resultado de las emisiones de la actividad industrial, los hogares y los vehículos automotores; estas emisiones contienen mezclas complejas de contaminantes atmosféricos, muchos de los cuales son nocivos para la salud. De todos estos contaminantes, las partículas finas tienen el mayor efecto sobre la salud humana.</p>
<b>Nota técnica</b>	<p>La mortalidad atribuible a los efectos conjuntos de la contaminación del aire en el hogar y el ambiente puede expresarse como el número de muertes o la tasa de mortalidad. Las tasas de mortalidad se calculan al dividir el número de muertes entre la población total (o un grupo de población específico si fuese pertinente, por ejemplo, menores de 5 años).</p> <p>La evidencia de los estudios epidemiológicos ha indicado que la exposición a la contaminación del aire está vinculada, entre otras, a las siguientes enfermedades importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• infecciones respiratorias agudas en niños pequeños (menores de 5 años);</li> <li>• enfermedades cerebrovasculares (accidente cerebrovascular) en adultos (mayores de 25 años);</li> <li>• cardiopatías isquémicas (CI) en adultos (mayores de 25 años);</li> <li>• enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en adultos (mayores de 25 años);</li> <li>• cáncer pulmonar en adultos (mayores de 25 años).</li> </ul> <p>El indicador sigue la metodología usada por la OMS para estimar la carga de enfermedad atribuible a la contaminación del aire. Esta metodología está bien establecida y se usa para vigilar el indicador 3.9.1 de los ODS (un indicador de nivel 1).</p> <p>El primer paso consiste en calcular la mortalidad atribuible combinando <i>a</i>) la información sobre el riesgo aumentado (o relativo) de una enfermedad resultante de la exposición con <i>b</i>) la información sobre el grado de la exposición en la población (por ejemplo, la concentración anual media de partículas a la que está</p>

	<p>expuesta la población y la proporción de la población que depende principalmente de combustibles contaminantes para cocinar).</p> <p>El paso siguiente es calcular la “fracción atribuible de la población” (FAP), que es la fracción de enfermedad observada en una población dada que puede atribuirse a la exposición (en ese caso, tanto a la concentración media anual de partículas y la exposición a combustibles contaminantes para cocinar).</p> <p>La aplicación de esta fracción a la carga total de enfermedad (por ejemplo, enfermedad cardiopulmonar expresada como muertes) da el número total de muertes causadas por la exposición a ese factor de riesgo particular (en este caso, a la contaminación del aire en el interior de la vivienda y en el ambiente).</p> <p>Para estimar los efectos combinados de los factores de riesgo, se calcula una fracción atribuible de la población (FAP) conjunta, según se describe en Ezzati et al., 2003.</p> <p>La mortalidad asociada con la contaminación del aire en el hogar y en el ambiente se estimó a partir del cálculo de las fracciones atribuibles de la población conjunta, suponiendo exposiciones distribuidas de manera independiente y riesgos independientes, según se describe en Ezzati et al., 2003.</p> <p>La fracción atribuible de la población conjunta se calculó utilizando la siguiente fórmula:</p> $FAP=1-\text{PRODUCTO}(1-FAP_i)$ <p>donde <math>FAP_i</math> es la FAP de los factores de riesgo individuales</p> <p>La FAP para la contaminación del aire ambiental y la FAP para la contaminación del aire en el interior de la vivienda se evaluaron por separado, sobre la base de la evaluación de riesgos comparativa (Ezzati et al., 2002) y los resultados de los grupos de expertos para el estudio de la carga mundial de enfermedad 2010 (Lim et al., 2012; Smith et al., 2014).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• En el caso de la exposición a la contaminación ambiental del aire, se modelaron estimaciones promedio anuales de las partículas menores de 2,5 µm de diámetro (PM2.5), según lo descrito por la OMS (2016), o en la metodología para el indicador 11.6.2 de los ODS.</li><li>• En el caso de la exposición a la contaminación del aire en el interior de la vivienda, se modeló la proporción de población que depende principalmente del uso de combustibles contaminantes para cocinar (véase el indicador 7.1.2 de los ODS). Los detalles sobre el modelo se publicaron en Bonjour et al., 2013.</li></ul> <p>Se utilizaron las funciones integradas de exposición y respuesta (IER), desarrolladas en el 2010 para el estudio de la carga mundial de enfermedad (Burnett</p>
--	--

	<p>et al., 2014) y actualizadas luego para el estudio del 2013 de la carga mundial de enfermedad (Forouzanfar et al., 2015).</p> <p>El porcentaje de la población expuesta a un factor de riesgo específico (en este caso, la contaminación del aire ambiental, es decir, PM2.5) se suministró por país y por incrementos de <math>1\mu\text{g}/\text{m}^3</math>; se calcularon los riesgos relativos para cada incremento de PM2.5, sobre la base de la IER. Se seleccionó la concentración de casos hipotéticos para que estuviese entre 5,6 y <math>8,8\mu\text{g}/\text{m}^3</math>, según se describe en otras publicaciones (Ezzati et al., 2002; Lim et al., 2012). Las fracciones atribuibles de la población del país para las infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las cardiopatías isquémicas, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer pulmonar se calcularon usando la siguiente fórmula:</p> $\text{FAP} = \sum (P_i (\text{RR}_i - 1) / (\sum (\text{RR}_i - 1) + 1))$ <p>donde <math>i</math> es el nivel de PM2.5 expresado en <math>\mu\text{g}/\text{m}^3</math>, <math>P_i</math> es la proporción de la población expuesta a ese nivel de contaminación del aire y <math>\text{RR}</math> es el riesgo relativo.</p> <p>Los cálculos de la contaminación del aire en el interior de la vivienda son similares y se explican detalladamente en otro sitio (véase OMS 2014, “Descripción de los métodos”).</p> <p>Desglose: Los datos están disponibles por país, sexo, enfermedad y edad.</p> <p>Tratamiento de los valores faltantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A nivel de país: los países sin datos se dejan en blanco.</li> <li>• A nivel regional y mundial: los países sin datos no se incluyen en el promedio regional y mundial.</li> </ul>
<b>Tipo de indicador</b>	Relativo
<b>Unidad de medición</b>	Muertes por 100.000 habitantes
<b>Frecuencia de medición</b>	La medición se hace anualmente o cada cinco años (de acuerdo a la definición de frecuencia establecida por la OMS).
<b>Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador</b>	Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, Unidad de Cambio Climático y Determinantes Ambientales de la Salud (CDE/CE)
<b>Fuente de los datos</b>	<p>Exposición: Se utilizó el indicador 7.1.2 de los ODS como indicador de la exposición a la contaminación del aire en el interior de la vivienda. La concentración anual media de partículas menores de <math>2,5\mu\text{m}</math> se usó como indicador de la exposición para la contaminación ambiental del aire. Los datos se modelan según los métodos descritos para el indicador 11.6.2 de los ODS.</p> <p>Se utilizaron las funciones integradas de exposición y respuesta (IER), desarrolladas en el 2010 para el estudio de la carga mundial de enfermedad (Burnett</p>

	<p>et al., 2014) y actualizadas luego para el estudio del 2013 de la carga mundial de enfermedad (Forouzanfar et al., 2015).</p> <p>Los datos de salud acerca del número total de muertes por enfermedades, país, sexo y grupo etario fueron elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2014, estimaciones sanitarias mundiales).</p>
<p><b>Limitaciones</b></p>	<p>Es posible lograr una aproximación de los efectos combinados de los factores de riesgo si pueden suponerse independencia y poca correlación entre los factores de riesgo con repercusiones en las mismas enfermedades (Ezzati et al., 2003). Sin embargo, en el caso de la contaminación del aire hay ciertas limitaciones para estimar los efectos combinados. Algunas de ellas son los conocimientos escasos acerca de: la distribución de la población expuesta tanto a la contaminación del aire en el hogar como en el ambiente, la correlación de las exposiciones a nivel individual (ya que la contaminación del aire en el interior de la vivienda es un factor que contribuye a la contaminación del aire ambiental) y las interacciones no lineales (Lim et al., 2012; Smith et al., 2014). Sin embargo, en varias regiones, la contaminación del aire en el interior de la vivienda sigue siendo en su mayor parte un problema rural, mientras que la contaminación ambiental del aire es predominantemente un problema urbano. Además, en algunas regiones del mundo, muchos países no están afectados por la contaminación del aire en el interior de la vivienda, mientras que la contaminación del aire ambiental es un grave motivo de preocupación. Si se suponen independencia y poca correlación, es posible obtener una estimación aproximada del impacto total que es inferior a la suma de los impactos separados de los dos factores de riesgo.</p> <p>Asimismo, hay otras limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El indicador no incluye todas las enfermedades que se han vinculado a la contaminación del aire. Esto puede repercutir en las estimaciones de la carga de enfermedad. No se ha considerado toda la mortalidad atribuida a la contaminación del aire.</li> <li>• Los datos de mortalidad podrían ser poco fiables debido a que los datos de los registros de muertes estén incompletos o sean inutilizables.</li> <li>• La disponibilidad de las mediciones sobre la exposición podría ser limitada (por ejemplo, debido a la cobertura baja de las estaciones de monitoreo de la calidad del aire).</li> <li>• Los datos de exposición y de mortalidad podrían estar desactualizados si el país no informa periódicamente.</li> <li>• El modelado de la exposición utilizando datos obtenidos por teledetección a través de satélites pueden ser menos confiable en el caso de las zonas pequeñas o las poblaciones pequeñas.</li> <li>• Los errores de medición pueden incidir en las estimaciones de la exposición.</li> <li>• El indicador solo incluye aquellas causas de muerte respaldadas por suficientes datos clínicos y epidemiológicos fidedignos que confirmen una relación causal con la contaminación del aire (mencionados en las medidas estadísticas de asociación).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay lagunas en el conocimiento en la Región de las Américas (por ejemplo, diferencias en cuanto a la exposición y el efecto en las grandes altitudes; sitios de exposición no medidos a nivel del suelo, etc.)</li> </ul>
<p><b>Referencias</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brauer M, Amann M, Burnett RT, Cohen A, Dentener F, Ezzati M, et al. Exposure assessment for estimation of the global burden of disease attributable to outdoor air pollution. <i>Environ Sci Technol</i>. 2012;46(2):652-60. doi: 10.1021/es2025752.</li> <li>2. Bonjour S, Adair-Rohani H, Wolf J, Bruce NG, Mehta S, Prüss-Ustün A, Lahiff M, Rehfuess EA, Mishra V, Smith KR. Solid fuel use for household cooking: country and regional estimates for 1980-2010. <i>Environ Health Perspect</i> 2013;121(7). doi:10.1289/ehp.1205987.</li> <li>3. Burnett RT, Pope A, Ezzati M, Olives C, Lim SS, Mehta S, et al. An integrated risk function for estimating the global burden of disease attributable to ambient fine particulate matter exposure. <i>Environ Health Perspect</i> 2014;122(4). Disponible en: <a href="http://dx.doi.org/10.1289/ehp.1307049">http://dx.doi.org/10.1289/ehp.1307049</a>.</li> <li>4. Ezzati M, et al. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. <i>Lancet</i> 2003; 362(9380):271-280. Disponible en: <a href="https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(03)13968-2.pdf#secd45198030e1592">https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(03)13968-2.pdf#secd45198030e1592</a></li> <li>5. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJL, et al. The comparative risk assessment collaborating group: selected major risk factors and global and regional burden of disease. <i>Lancet</i> 2002; 360(9343):1347-1360. doi: 10.1016/S0140-6736(02)11403-6.</li> <li>6. Forouzanfar MH, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. <i>Lancet</i> 2015;386(10010):2287-2323. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00128-2.</li> <li>7. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. <i>Lancet</i> 2012;380(9859):2224-2260. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61766-8.</li> <li>8. Smith KR, Bruce N., et al. Millions dead: how do we know and what does it mean? Methods used in the comparative risk assessment of household air pollution. <i>Annu. Rev Public Health</i> 2014;35:185-206. Disponible en: <a href="https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev-publhealth-032013-182356">https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev-publhealth-032013-182356</a></li> <li>9. Organización Mundial de la Salud. Burden of disease from household air pollution for 2016. Description of method. Ginebra, OMS; 2018. Disponible solo en inglés en: <a href="https://www.who.int/airpollution/data/HAP_BoD_methods_May2018.pdf">https://www.who.int/airpollution/data/HAP_BoD_methods_May2018.pdf</a>.</li> <li>10. Organización Mundial de la Salud (2018). Global Health Estimates 2016: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Ginebra, OMS; 2018. Disponible solo en inglés en:</li> </ol>

	<p><a href="https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html">https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html</a>.</p> <p>11. Organización Mundial de la Salud. Ambient Air pollution: a global assessment of exposure and burden of disease. Ginebra, OMS; 2016                  Disponible solo en inglés en: <a href="https://www.who.int/phe/publications/air-pollution-global-assessment/en/">https://www.who.int/phe/publications/air-pollution-global-assessment/en/</a>.</p> <p>12. Organización Mundial de la Salud. Global Health Observatory visualizations. Indicator Metadata Registry. Burden of disease attributable to ambient air pollution. Ginebra, OMS; s.f. Disponible solo en inglés en: <a href="http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=2259">http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=2259</a></p> <p>13. Organización Mundial de la Salud. Health statistics and information systems. Metrics: Population Attributable Fraction (PAF). Ginebra, OMS; s.f. Disponible solo en inglés en: <a href="https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_paf/en/">https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_paf/en/</a></p>
<b>Vínculos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicador 3.9.1 de los ODS</li> <li>• Meta 11.2 de la ASSA2030</li> <li>• Marco de impacto del 13.º PGT</li> </ul>

<b>Código y título del indicador</b>	<b>Indicador 27 a nivel del impacto:</b> Tasa de mortalidad atribuida al agua contaminada, el saneamiento inseguro y la falta de higiene
<b>Definición del indicador</b>	<p>Este indicador mide el número de muertes atribuidas al agua contaminada, al saneamiento inseguro y a la falta de higiene en un año por 100.000 habitantes.</p> <p>Las enfermedades atribuibles al agua contaminada, al saneamiento inseguro y a la falta de higiene comprenden las fracciones atribuibles a la diarrea, a las infecciones por nematodos intestinales y a la desnutrición proteínocalórica.</p> <p><b>Línea de base 2016:</b> 1,65 muertes por 100.000 habitantes*  <b>Meta 2025:</b> 1,32 muertes por 100.000 habitantes</p> <p>* La línea de base se calcula con los datos de 29 países de la Región.</p>
<b>Propósito del indicador</b>	<p>El indicador expresa el número de muertes debidas al suministro de agua, el saneamiento y la higiene inadecuados (haciendo hincapié en los servicios adecuados de agua, saneamiento e higiene o WASH) que podrían evitarse si se mejoran los servicios y la prácticas pertinentes. Este se fundamenta tanto en la prestación de los servicios de WASH en el país como en los resultados asociados en materia de salud. Por consiguiente, el indicador suministra información importante acerca de la enfermedad real causada por el riesgo medido en las metas 6.1, 6.2 y 6.3 del ODS 6.</p> <p>La medición del número de muertes que pueden atribuirse al agua, al saneamiento y a la higiene inadecuados sirve para apoyar las medidas preventivas mediante la mejora de los servicios y las prácticas de WASH.</p>
<b>Nota técnica</b>	<p>Las muertes debidas a diarrea atribuibles a las condiciones del agua, el saneamiento y al higiene se calculan combinando primero <i>a</i>) la información sobre el riesgo aumentado (o relativo) de una enfermedad resultante de la exposición y <i>b</i>) la información sobre el grado de exposición de la población (en este caso, el porcentaje de la población expuesta al agua, al saneamiento y la higiene inadecuados). Esto permite el cálculo de la fracción atribuible de la población (FAP), que es la fracción de la enfermedad observada en una población dada que puede atribuirse a la exposición, en este caso a la falta de acceso al agua, al saneamiento y la higiene mejorados. La aplicación de esta fracción a las muertes totales debidas a la diarrea da el número de muertes por diarrea causadas por servicios inadecuados de agua, saneamiento e higiene. Las muertes por desnutrición proteínocalórica atribuibles a falta de servicios de WASH se calculan evaluando las repercusiones de los episodios repetidos de diarrea infecciosa en el estado nutricional (en particular, el retraso del crecimiento). Todas las muertes por infecciones con nematodos intestinales se atribuyen al agua, al saneamiento y la higiene inadecuados debido a su vía de transmisión.</p> <p><b>Numerador:</b> Número de muertes por servicios de WASH inadecuados en un año.</p> <p><b>Denominador:</b> Población.</p> <p>El cálculo se expresa como la tasa por 100.000 habitantes.</p>



Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)

	<p>Se han elaborado, examinado y publicado varios métodos que están en consonancia con las normas internacionales acordadas en diversos documentos, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización Mundial de la Salud. Preventing diarrhoea through better water, sanitation and hygiene: Exposures and impacts in low- and middle-income countries. Ginebra: OMS; 2014. Disponible solo en inglés en: <a href="http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases-risks/gbd_poor_water/en/">http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases-risks/gbd_poor_water/en/</a></li> <li>• Prüss-Ustün A, et al. Burden of disease from inadequate water, sanitation and hygiene in low- and middle-income settings: a retrospective analysis of data from 145 countries. Trop Med Int Health 2014;19(8):894-905. Disponible en: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4255749/">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4255749/</a></li> </ul>
<b>Tipo de indicador</b>	Relativo
<b>Unidad de medición</b>	Número de muertes en un año por 100.000 habitantes
<b>Frecuencia de medición</b>	No disponible.
<b>Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud, Unidad de Análisis de Salud, Métricas y Evaluación (EIH/HA)</li> <li>• Departamento de Enfermedades Transmisibles y Determinantes Ambientales de la Salud, Unidad de Cambio Climático y Determinantes Ambientales de la Salud (CDE/CE)</li> </ul>
<b>Fuente de los datos</b>	<p>Los datos se recaban principalmente de las bases de datos de los países y de otras bases de datos. Para aprovechar al máximo la información y obtener estimaciones fiables, así como para reducir la duplicación en la recopilación y evitar imponer una carga adicional a los países en cuanto a la presentación de información, también se utilizan datos complementarios de diversas bases de datos.</p> <p>Los principales proveedores de datos son las oficinas nacionales de estadísticas, diversos ministerios, y bases de datos del registro civil con cobertura completa y certificación médica de la causa de muerte.</p> <p>La OMS lleva a cabo un proceso formal de consulta en el país antes de dar a conocer sus cálculos de las causas de muerte.</p>
<b>Limitaciones</b>	Hay datos disponibles para casi todos los países. Sin embargo, en el caso de algunos países los datos nacionales están incompletos y las estadísticas provienen de organismos internacionales. En estos casos, los datos se han interpolado o extrapolado, ajustado y completado por medio de otros datos y modelos de causa de muerte.
<b>Referencias</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Naciones Unidas. SDG Indicators Metadata Repository. Metadata for SDG Target 3.9. Disponible solo en inglés en: <a href="https://unstats.un.org/sdgs/metadata/?Text=&amp;Goal=3&amp;Target=3.9">https://unstats.un.org/sdgs/metadata/?Text=&amp;Goal=3&amp;Target=3.9</a></li> <li>2. Organización Mundial de la Salud. WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000-2012. Ginebra: OMS; 2014 (Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HSI/GHE/2014.7). Disponible solo en inglés en:</li> </ol>

Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)

	<a href="https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method_2000_2012.pdf">https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method_2000_2012.pdf</a>
<b>Vínculos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Indicador 3.9.2 de los ODS</li><li>• Meta 11.3 de la ASSA2030</li><li>• Marco de impacto del 13.º PGT</li></ul>

<b>Código y título del indicador</b>	<b>Indicador 28 a nivel del impacto:</b> Tasa de mortalidad debida a desastres por 100.000 habitantes
<b>Definición del indicador</b>	<p>Este indicador mide el número de personas cuya muerte estuvo directamente relacionadas con algún desastre, por 100.000 habitantes. A los fines de este indicador, un desastre significa una emergencia de grado 2 o 3, de acuerdo con la definición del <i>Marco de respuesta a emergencias</i>, elaborado por la OMS:</p> <p>Emergencia grado 2: Evento que afecta a uno o varios países con consecuencias moderadas para la salud pública y que requiere una respuesta moderada de la representación de la OPS/OMS o una respuesta internacional moderada de parte de la OMS.</p> <p>Emergencia de grado 3: Evento que afecta a uno o varios países con consecuencias sustanciales para la salud pública y que requiere una respuesta sustancial de la representación de la OPS/OMS o una respuesta internacional sustancial de parte de la OMS.</p> <p><b>Línea de base 2019:</b> por determinarse (se calculará una vez que se disponga de los datos de mortalidad relacionados con los desastres correspondientes al 2019)</p> <p><b>Meta 2025:</b> Una reducción de por lo menos 10% con respecto a la línea de base</p>
<b>Propósito del indicador</b>	Este indicador permite medir las muertes atribuibles a los desastres causadas por la exposición directa a las emergencias y los desastres. Esta medición es un sustituto importante para evaluar la eficacia de los preparativos para situaciones de emergencia y desastres en los países, la gestión de los riesgos, además de las políticas y los programas de respuesta para proteger la salud de la población.
<b>Nota técnica</b>	<p>Este indicador considera el número total de muertes relacionadas directamente con un desastre natural, un desastre inducido por el hombre, o uno de naturaleza química o radiológica en un año civil. Una muerte relacionada directamente se define como aquella que puede atribuirse directamente a las fuerzas del desastre o a las consecuencias directas de estas fuerzas, como el derrumbe de una estructura, los desechos que vuelan o la exposición a la radiación. Este indicador no considera las muertes relacionadas indirectamente, que ocurren cuando hay condiciones inseguras o insalubres en cualquiera de las fases de un desastre (es decir, antes del evento o en la etapa de preparación, durante el evento mismo, o después del evento mientras se hace la limpieza), que pudieran contribuir a una muerte. Estas condiciones incluyen, por ejemplo, la pérdida o perturbación de los servicios usuales, la pérdida personal y la alteración del modo de vida de una persona (véanse Peines et al. 1999 y NVSS 2017).</p> <p>Método de cálculo o estimación:  Tasa de mortalidad debida a desastres por 100.000 habitantes = (número de muertes atribuidas a los desastres/población regional) x 100.000</p> <p><b>Numerador:</b> número de muertes atribuidas a los desastres: número de personas que murieron durante el desastre, o directamente después, como un resultado directo de un evento peligroso.</p>

	<b>Denominador:</b> Población regional.
<b>Tipo de indicador</b>	Relativo
<b>Unidad de medición</b>	Tasa de mortalidad
<b>Frecuencia de medición</b>	La información sobre las emergencias ocurridas entre enero y diciembre de un año dado se recaba y se analiza en el mes de junio del siguiente año.
<b>Unidad de la OSP responsable del seguimiento del indicador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción de Salud, Unidad de Análisis de Salud, Métricas y Evaluación (EIH/HA)</li> <li>• Departamento de Emergencias de Salud (PHE)</li> </ul>
<b>Fuente de los datos</b>	Base de datos sobre la mortalidad regional (OPS/OMS); estadísticas oficiales e informes demográficos de los países; estimaciones del estudio de la OMS sobre la carga mundial de enfermedad; Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED); International Disaster Database (EM-DAT, <a href="https://www.emdat.be/">https://www.emdat.be/</a> ); DesInventar Sendai, datos sobre pérdidas derivadas de los desastres para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el sistema de monitoreo del marco de Sendai ( <a href="https://www.desinventar.net/">https://www.desinventar.net/</a> ).
<b>Limitaciones</b>	<p>Algunas de las limitaciones son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• notificación inexacta de las muertes causada por desastres;</li> <li>• ausencia de información fidedigna sobre la mortalidad;</li> <li>• retraso en la notificación de los datos sobre mortalidad;</li> <li>• concentración en los eventos agudos debido a las dificultades.</li> </ul>
<b>Referencias</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Naciones Unidas. SDG Indicators Metadata Repository. Metadata for SDG Indicator 1.5.1. Disponible solo en inglés en: <a href="https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-05-01.pdf">https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-05-01.pdf</a></li> <li>2. Organización Mundial de la Salud. Marco de Impacto del 13.º PGT de la OMS: metadatos de los indicadores. Ginebra, OMS; 2018. Disponible solo en inglés en: <a href="https://www.who.int/about/what-we-do/GPW13_WIF_Targets_and_Indicators_English.pdf?ua=1">https://www.who.int/about/what-we-do/GPW13_WIF_Targets_and_Indicators_English.pdf?ua=1</a> <a href="http://origin.who.int/about/what-we-do/GPW13_WHO_Impact_Framework_Indicator_Metadata.pdf">http://origin.who.int/about/what-we-do/GPW13_WHO_Impact_Framework_Indicator_Metadata.pdf</a> (sujeto a actualizaciones por la OMS)</li> <li>3. Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED). CE-DAT Glossary. Disponible solo en inglés en: <a href="http://cedat.be/glossary">http://cedat.be/glossary</a></li> <li>4. Combs DL, Quenemoen LE, Parrish RG, Davis JH. Assessing disaster-attributed mortality: development and application of a definition and classification matrix. Int J Epidemiol 1999;28(6):1124-1129. Disponible en: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10661657">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10661657</a></li> <li>5. National Vital Statistics System (NVSS). A reference guide for certification of deaths in the event of a natural, human-induced, or chemical/radiological disaster. Vital Statistics Reporting Guidance, Report No. 1. Hyattsville, MD: US Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics; 2017. Disponible en: <a href="https://www.cdc.gov/nchs/data/nvss/vsrg/vsrg01.pdf">https://www.cdc.gov/nchs/data/nvss/vsrg/vsrg01.pdf</a></li> </ol>

**Compendio de indicadores a nivel del impacto del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (27 de septiembre del 2019)**

<b>Vínculos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Indicadores 1.5.1, 11.5.1 y 13.1.1 de los ODS (adaptados)</li><li>• Meta 8.1 de la ASSA2030</li><li>• Marco de impacto del 13.º PGT</li></ul>
-----------------	---