MIDIENDO EL PROGRESO Y EL ÉXITO DE LAS POLÍTICAS REGIONALES DE SALUD

Compendio de Indicadores PRARI-RePIR para la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR)

Ana B. Amaya, Cesar R. Cabral, Elena Clavell, Andrés Coitiño, Philippe De Lombaerde, Gustavo Giler, Mariana Faria, M. Belén Herrero, Stephen Kingah, Santiago López Ramos, Cristina Luna, Pía Riggirozzi, Marcelo Rojas Mattos, Tomás Pippo, Katherine Tobar y José Ueleres[1]

Diciembre, 2015

Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)

[1] Este resumen se puede citar de la siguiente forma: Amaya, A. B. et al (2015) 'Midiendo el Progreso y el Éxito de las Politicas Regionales de Salud: Compendio de Indicadores de PRARI-RePIR para la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR). The Open University: Milton Keynes. Deciembre 2015. Este PRARI-RePIR Compendio se publica en la serie de investigación PRARI - RePIR , bajo la Dirección de Nicola Yeates (Open University).

CONTENIDOS

DEFINICIONES CLAVES 3

PREFACIO 5

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL COMPENDIO 7

¿CÓMO UTILIZAR ESTE SISTEMA DE MONITOREO? 10

CAPÍTULO 2: EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL COMPENDIO 12

CAPÍTULO 3: MARCO CONCEPTUAL Y OTROS ASPECTOS METODOLÓGICOS 14

3.1 ¿CÓMO SE DEFINEN LAS CONDICIONES DE SALUD Y LOS INDICADORES DE POLÍTICAS DE SALUD? 14
3.2 ¿QUÉ SE ENTIENDE POR SEGUIMIENTO DE LAS POLÍTICAS REGIONALES? 16
3.3 ¿POR QUÉ SON LOS INDICADORES DE POLÍTICAS DE SALUD REGIONALES IMPORTANTES (ÚTILES)? 17
3.4 ¿EN QUÉ CATEGORÍAS LÓGICAS SE PUEDEN ORGANIZAR LOS INDICADORES? 19
3.5 ¿CÓMO CONSTRUIR EL NEXO "SALUD-REDUCCIÓN DE INEQUIDADES-INTEGRACIÓN REGIONAL" ? 26
3.6 ¿CÓMO INTEGRAR LOS ODS QUE ESTÁN RELACIONADOS CON LA SALUD? 27
3.7 ¿CÓMO SELECCIONAR LOS INDICADORES INDIVIDUALES? 33
3.8 ¿CUÁLES SON LAS FUENTES DE LOS INDICADORES ESPECÍFICOS? 35
3.9 ¿CUÁL ES LA LÍNEA DE BASE PARA LOS INDICADORES? 36
3.10 LIMITACIONES 37

CAPÍTULO 4: LOS INDICADORES 38

5.1 INDICADORES GENERALES 39
5.2 INDICADORES SOBRE ACCESO A ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) 40
5.3 INDICADORES SOBRE ACCESO A MEDICAMENTOS 43

CAPÍTULO 5: IMPLEMENTACIÓN DEL COMPENDIO 48

FUENTES 49

ANEXO 1. DESGLOSE DE LOS INDICADORES 54

ANEXO 2. METAS Y SUB-METAS DE LOS ODS RELACIONADOS CON LA SALUD 94

ANEXO 3. PARTICIPANTES DE LOS TALLERES 114

Definiciones claves

a) Coordinación: *procesos que a menudo son liderados por la Secretaría de la UNASUR, para asegurar que los objetivos colectivos específicos se lleven a cabo.*

b) Asimetrías: *Diferencias contextuales entre los Estados Miembros de UNASUR que pueden afectar la adopción/ implementación de políticas y normas regionales a nivel nacional.*

c) Gobernanza: *Las funciones relacionadas con la gestión, dirección y elaboración de normas llevada a cabo por los gobiernos y por los tomadores de decisiones en su intento por alcanzar objetivos de salud.*

d) Armonización: *Proceso de facilitar la alineación y el logro de las metas de UNASUR que se incluyen en los documentos rectores de la UNASUR.*

e) La salud: "*un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS)."*

f) Los indicadores de insumo: *Indicadores que miden recursos humanos, financieros, infraestructura física, equipos y todos los demás recursos relacionados con la aplicación de una política o programa.*

g) Los indicadores del proceso: *Evalúan si se está aplicando la política o el programa según lo planeado y lo bien que se llevan a cabo las actividades de la política o del programa.*

h) Indicadores del producto: *Se relacionan con los resultados de los esfuerzos (insumos y procesos / actividades) a nivel del programa o de la política. Muestran los resultados directos de las actividades de la política o del programa.*

i) Los indicadores de resultados: *Miden el nivel de éxito del programa en la mejora de la accesibilidad de servicios, la utilización o la calidad de la política.*

j) Los indicadores de impacto: *Miden a largo plazo, los efectos acumulativos a través del tiempo de las políticas o programas en la salud de la población y en el bienestar o en el sistema social más amplio.*

k) Los niveles de los indicadores: *Se refieren ya sea a los niveles de medición de los indicadores (por ejemplo mundial, regional, nacional, subnacional) o al*

nivel de la producción y presentación de informes de los indicadores (por ejemplo mundial (ONU), regionales (UNASUR, MERCOSUR, CAN, entre otros), (estados miembros nacionales))

l) Monitoreo: *Seguimiento y proceso de evaluación de la aplicación y del impacto de las políticas.*

m) Las prioridades políticas: *Metas claves en el área de la salud.*

n) Política sanitaria regional: *Políticas desarrolladas en el contexto de una organización regional para responder a los retos de la salud de sus Estados miembros.*

o) Integración Regional: *El proceso por el cual dos o más estados-naciones acuerdan cooperar, armonizar políticas y/o diseñar políticas e instituciones comunes para lograr objetivos comunes.*

p) El acceso a atención primaria de salud: "*la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país (OMS)".*

q) El acceso a los medicamentos: *la disponibilidad, oportunidad y el derecho a recibir los medicamentos de una forma asequible y al alcance de todos.*

Prefacio

Este compendio es la culminación del trabajo realizado en el área de desarrollo de indicadores del proyecto sobre Reducción de Pobreza e Integración Regional (RePIR) - Poverty Reduction and Regional Integration (PRARI), coordinado por Nicola Yeates (The Open University (UK)[2]. Los otros socios del proyecto son: el South African Institute for International Affairs (SAIIA), FLACSO (Argentina), Southampton University (UK), y United Nations University Institute on Comparative Regional Integration Studies (UNU-CRIS).

El proyecto de dos años analizó cuales prácticas y métodos institucionales de diseño e implementación de políticas regionales conducen al surgimiento de estrategias en el área de salud enfocadas hacia la reducción de pobreza y qué pueden hacer los actores regionales, junto con los nacionales e internacionales, para promover estas políticas.

El trabajo se ha realizado con el apoyo del Economic and Social Research Council (ESRC)/ Department for International Development (DfID) del Reino Unido, Grant Reference ES/L005336/1. Este documento no refleja necesariamente las opiniones del ESRC/DfID, de la Open University, o de la Universidad de las Naciones Unidas.

El compendio es uno de los productos más importantes de PRARI. Se espera que sea utilizado por diferentes *stakeholders* suramericanos y/o funcionarios de UNASUR (e ISAGS, que también contribuyó a su desarrollo) y por funcionarios nacionales para monitorear las políticas regionales de salud en UNASUR. La versión actual del compendio se enfoca en el acceso a la atención primaria de salud y el acceso a medicamentos. El sistema de indicadores no ha sido pensado como un sistema estático ni una propuesta final. Su novedad consiste en el método participativo utilizado en su desarrollo con la participación de los potenciales usuarios del sistema.

[2] http://www.open.ac.uk/socialsciences/prari/. Los otros socios del proyecto son: el South African Institute for International Affairs (SAIIA), FLACSO (Argentina), Southampton University (UK), y United Nations University Institute on Comparative Regional Integration Studies (UNU-CRIS).

El compendio ha sido un esfuerzo colectivo y ha contado con la contribución de muchos socios y participantes. Queremos agradecer muy especialmente a los co-autores de este informe por su participación, comentarios y apoyo; a Mariana Faria, Henri Jouval y al equipo de ISAGS/UNASUR por recibirnos en Rio de Janeiro y Mitad del Mundo; a Belén Herrero, Melisa Deciancio, Diana Tussie y el equipo de FLACSO Argentina por recibirnos en Buenos Aires; a Michel Levi y el equipo de la Universidad Andina por recibirnos en Quito; y al equipo de PRARI en Open University, Milton Keynes (Tracey de Beer, Dawn Edwell). Agradecemos muy especialmente también a Nicola Yeates (Open University) por su continuo apoyo, asesoramiento y orientación durante el curso de este trabajo, y Lien Jaques por su ayuda con la edición del texto, de las figuras y las tablas. Finalmente, queremos agredecer especialmente a Ana Gabriela Alvarez Cruz, Maria Borda, y Alexandra Vida quienes participaron como asistentes de investigación.

Ana B. Amaya, Philippe De Lombaerde y Stephen Kingah

Brujas (Bélgica), Diciembre del 2015

Capítulo 1: Introducción y justificación del compendio

América del Sur ha experimentado un importante crecimiento económico en la última década (Banco Mundial 2015). Sin embargo, al igual que otras regiones, las etapas iniciales de este crecimiento económico han estado asociadas con una mayor desigualdad (Morrison 2000). Existen vínculos claros entre las desigualdades económicas y las disparidades de salud (Brown 2000), lo cual conduce a la falta de acceso a servicios de salud y menos oportunidades para el desarrollo. En América del Sur, los sistemas de salud están actualmente abordando un doble desafío relacionado con asumir los problemas de salud tradicionales, tales como las enfermedades infecciosas, la mortalidad materna e infantil, así como una prevalencia cada vez mayor de las enfermedades crónicas, lo cual es el resultado del cambio socio-económico importante en el región (Arriagada et al., 2005).

Cada vez más se reconoce que los procesos e instrumentos de gobernanza para el desarrollo tienen que ser utilizados para mejorar el bienestar social. Uno de los elementos de bienestar que a menudo se alude es el acceso a la atención primaria en salud en una forma digna y asequible como primer paso hacia el acceso a servicios de la salud en general. No es por casualidad, por tanto, que los procesos cruciales como el desarrollo de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) otorgan un lugar importante a la promoción de una vida saludable, incluyéndola como una de las metas (SDG3). Esto demuestra el consenso a nivel global de la importancia del acceso a la atención primaria en salud como un paso hacia la reducción de las inequidades o la promoción del desarrollo.

También es significativo el debate sobre el nivel óptimo de acceso a la atención primaria en salud (ISAGS, 2013a). Mientras la atención a menudo se ha enfocado en los planos nacional y mundial, existe espacio para la expansión de las intervenciones a nivel regional / supranacional. La colaboración en salud a este nivel tiene el potencial de responder a problemas de salud transfronterizos por medio de la cooperación entre países. Muchos organismos regionales han reconocido este potencial a través

de la adopción de disposiciones claves en tratados regionales, protocolos, cartas y declaraciones. UNASUR no es una excepción en este sentido.

UNASUR se estableció en 2008 como una constelación política que reúne a los miembros de la Comunidad Andina (CAN) y del Mercado Común del Sur (MERCOSUR), junto con Chile, Guyana y Surinam[3]. Los orígenes de la UNASUR se pueden remontar a la iniciativa de una Comunidad de América del Sur (SAC) que se había formado en Cuzco en 2004. El principal impulsor de la SAC fue el ex presidente Lula de Brasil (Malamud 2011: 6). El tratado Constitutivo de UNASUR de 2008 contiene muchas metas y entre éstas una meta clave es impulsar el desarrollo en los países. El tratado es explícito en el artículo 3 (j) que el acceso universal efectivo a la seguridad social y a los servicios de salud es un objetivo importante para la Unión. Es revelador el hecho de que el texto relaciona la seguridad social con la salud. Los líderes políticos de la región han identificado el logro de la salud como uno de los enfoques clave para alcanzar el desarrollo y reducir las desigualdades en salud en la región. Esto se explica en parte por las diferencias evidentes en la región en términos de acceso a los servicios de salud. Tales desigualdades se clasifican entre las más altas a nivel mundial, con un alto nivel de marginación de las comunidades indígenas en muchos países de la región (Vilas 2008: 118).

El objetivo del equipo de construcción de indicadores del proyecto RePIR es facilitar la construcción colaborativa o desarrollo conjunto de un conjunto de indicadores que pueden ser utilizados por (principalmente) los tomadores de decisiones regionales para apoyarlos en el monitoreo de las políticas de la salud y su implementación. Este compendio es, pues, una guía para la implementación de un sistema de indicadores para medir el alcance de las políticas regionales y el éxito de las políticas regionales de la salud en el contexto de UNASUR.

Los aspectos relacionados a la medición de las políticas de salud que se miden en este compendio, comprenden un valor agregado para UNASUR. La reducción de asimetrías entre los países miembros es una meta clave de UNASUR y una medida de la

[3] Ver e.g. Tussie (2009), Riggirozzi and Tussie (2012), Sanahuja (2012), y Riggirozzi (2015).

integración. El enfoque específico de UNASUR Salud sobre la equidad en salud busca abordar las desigualdades y mejorar así las condiciones de vida de toda la población. Ésta visión corresponde con el artículo 2 del Tratado Constitutivo de la UNASUR, que busca eliminar las desigualdades y alcanzar la inclusión social:

"La Unión de Naciones Suramericanas tiene como objetivo construir, de manera participativa y consensuada, un espacio de integración y unión en lo cultural, social, económico y político entre sus pueblos, otorgando prioridad al diálogo político, las políticas sociales, la educación, la energía, la infraestructura, el financiamiento y el medio ambiente, entre otros, con miras a eliminar la desigualdad socioeconómica, lograr la inclusión social y la participación ciudadana, fortalecer la democracia y reducir las asimetrías en el marco del fortalecimiento de la soberanía e independencia de los Estados (UNASUR, 2008: Artículo 2)".

Los indicadores se han desarrollado con un enfoque específico sobre el acceso a la atención primaria en salud y los medicamentos, que son cuestiones transversales que tienen un efecto en todas las poblaciones. El compendio tiene como objetivo, entre otros, demostrar las dificultades y limitaciones que los sectores de la salud enfrentan en muchos países para poder resolver los problemas estructurales que perpetúan las inequidades. Una dimensión crítica del compendio es medir el grado en que las políticas regionales destinadas a abordar éstas áreas reflejan una dimensión de reducción de inequidades. El compendio refleja la manera en que las políticas regionales se traducen en políticas internas.

¿Cómo utilizar este sistema de monitoreo?

La metodología propuesta en este compendio se caracteriza por su carácter integrador y su flexibilidad. Como tal, es un sistema flexible que captura los indicadores a nivel nacional y regional, y que pone de relieve los indicadores asociados con la reducción de las inequidades con un enfoque en dos áreas clave: el acceso a la atención primaria en salud y el acceso a los medicamentos. Estos indicadores buscan medir la accesibilidad en estos dos ámbitos con un objetivo final de reducir las desigualdades y mejorar la salud. Por lo tanto, los indicadores se han seleccionado teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud.

También se incluyen indicadores específicos que capturan los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Los indicadores que piden la meta 3 de los ODS que aborda la salud, así como otros indicadores proporcionados por organizaciones internacionales, se reflejan principalmente bajo los indicadores de resultados y de impacto. A su vez que complementan estos indicadores, los indicadores de RePIR agregan valor al identificarlos indicadores de insumos, procesos y resultado.

La propuesta metodológica presentada debe considerarse un ejercicio adaptable y maleable que puede ser complementada y proporcionalmente aumentada en base a las necesidades identificadas por los usuarios finales. Todos los componentes lógicos se han abordado, considerando que se pueden generar prioridades adicionales en el tiempo. Debido a esto, el producto actual es un compendio modular que refleja la realidad / necesidad de intervenciones sobre una base multi-nivel.

En cuanto al período de recolección de datos, se propone que el monitoreo se alinee con la práctica actual en UNASUR y en el contexto de otras organizaciones internacionales. Con relación a los indicadores adicionales que no están siendo recolectados actualmente, se propone que los ministerios de los países y los oficiales regionales reporten estos datos anualmente

Se reitera que este compendio ha considerado el trabajo que se ha llevado a cabo hasta ahora en UNASUR (Garron et al. 2013). Este compendio construye sobre esos esfuerzos y los fortalece con el fin de contribuir a llenar las brechas y necesidades de monitoreo en UNASUR.

Al desarrollar este compendio, se han tenido en cuenta las experiencias de construcción de otros sistemas de monitoreo regionales (De Lombaerde, Estevadeordal and Suominen 2008; De Lombaerde et al. 2010). A su vez, hay consciencia sobre la falta de actividades de monitoreo regionales en Suramérica, especialmente en relación con el desarrollo de Sistemas de indicadores, en comparación con otras regiones. Esto también se aplica a la Comunidad Andina y a Mercosur (Adiwasito et al. 2005; Prada and Espinoza 2008; Rozemberg and Bozzalla 2008).

El compendio consiste de 5 capítulos. El capítulo 2 explica el proceso de producción del sistema de indicadores y presenta los actores involucrados. El capítulo 3 proporciona una introducción al marco conceptual y discute algunos asuntos metodológicos adicionales. El capítulo 4 presenta los indicadores. Y el capítulo 5 explica como podrá ser implementado el compendio. Siguen la lista de referencias y los anexos.

Capítulo 2: El proceso de construcción del compendio

Al explorar las experiencias con otros sistemas de monitoreo basados en indicadores a nivel regional encontramos que entre otros factores, la participación y el liderazgo local son esenciales para desarrollar e implementar este tipo de sistemas (De Lombaerde, Pietrangeli y Weeratunge 2008; De Lombaerde et al. 2010). Para responder a esta necesidad, el enfoque que fue utilizado para construir estos indicadores fue la investigación acción participativa (PAR por sus siglas en inglés) (Amaya y Yeates 2015). Esto significa que los posibles usuarios finales del compendio han estado involucrados en su conceptualización, desarrollo e implementación.

El enfoque PAR se utilizó para desarrollar de una forma colaborativa indicadores para medir el éxito y cambio producido por las políticas regionales para la salud. Este enfoque difiere de una investigación tradicional al considerar el conocimiento de los actores locales y los beneficiarios del sistema. En este sentido, los actores quienes son afectados por estas políticas son quienes sirven como la fuente principal de información y estan involucrados en todos los pasos del proceso, como la identificación del problema y su análisis para conjuntamente llegar a soluciones. Además, este enfoque involucra ciclos de acción y reflexión, donde los resultados y los datos son cuestionados y analizados continuamente. Esto hace que el cambio sea más duradero al asegurar que existe un proceso de aprendizaje e intercambio de información (Mahoo 2012). De la misma manera, PAR difiere de una investigación tradicional al darle un rol de facilitador a los investigadores con un enfoque de empoderar a los actores locales para construir su propio conocimiento y responder a sus necesidades (Reason 1994).

El proceso de desarrollar el compendio por medio de PAR involucró la formación de equipos de 'construcción de indicadores' en la región de UNASUR por medio de la organización de talleres regionales para discutir temas centrales. El equipo fue compuesto por alrededor de 12 actores claves de la región representando a universidades, ministerios y organismos regionales. Aunque no fue posible involucrar a todos los países de la región debido a razones lógisticas y financieras, al escoger a

estos actores buscamos identificar actores claves, así como mantener un nivel equilibrado de género y representación de diversos sectores. Algunos dificultades que involucró este proceso fue la necesidad de promover un compromiso continuo del equipo al proceso, así como dificultades relacionadas con organizar interacciones con los diferentes actores basados en diversos países, así como las limitaciones de tiempo características de un proyecto de investigación corto.

Los indicadores desarrollados para el compendio están basados en necesidades identificadas para la región. Las dos áreas pilotos fueron decididas por consenso entre el equipo de construcción de indicadores durante los talleres considerando las prioridades de UNASUR Salud y las oportunidades de incidir en el trabajo en la región. El primer taller (Rio de Janeiro, Brasil, noviembre del 2014), fue la oportunidad de discutir la necesidad de tal sistema de monitoreo para la región, así como para redactar entre la mayoría de los participantes un informe de política (Amaya, Cabral, Coitiño et al., 2015). En tal informe de política se explicó la importancia de un compendio regional de indicadores para la salud, así como recalcar algunos de los elementos y áreas claves a ser monitoreadas.

El siguiente taller (Quito, Ecuador, julio del 2015) fue utilizado para discutir las dificultades y limitaciones que los sectores de la salud enfrentan en muchos países para poder resolver los problemas estructurales que perpetúan las inequidades y para llegar a un acuerdo sobre el marco conceptual que regiría el compendio de indicadores, las áreas piloto a explorar y comenzar a discutir posibles indicadores. El último taller (Buenos Aires, Argentina, octubre del 2015) proporcionó un espacio para discutir el borrador del compendio y ahondar sobre los indicadores.

El rol de facilitadores del proceso fue liderado por UNU-CRIS, en colaboración con otros socios del proyecto RePIR. Además de los talleres, el compendio está formado en base a comunicación continua por diferentes medios electrónicos con el equipo, así como algunas entrevistas a otros actores de la región.

Capítulo 3: Marco conceptual y otros aspectos metodológicos

3.1 ¿Cómo se definen las condiciones de salud y los indicadores de políticas de salud?

Las políticas de salud se han definido como los "cursos de acción (y la inacción) que afectan al conjunto de instituciones, organizaciones, servicios y mecanismos de financiación del sistema de salud y la atención de la salud" (Buse et al 2012:. 6). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), también se pueden definir como las decisiones, planes y acciones que se llevan a cabo para lograr los objetivos específicos de la salud (OMS 2015).

La delimitación precisa de las políticas de salud no es necesariamente sencillo y complica la construcción de un sistema de seguimiento basado en indicadores. Existe una tendencia a ampliar el alcance de las políticas de salud, inspirada por la literatura sobre los determinantes sociales de la salud (Marmot2005; Puska 2007; OMS 2008). Aunque en un principio se opta por una interpretación relativamente estricta de las políticas de salud, existe plena consciencia de las múltiples transposiciones entre las políticas de salud y otros ámbitos políticos (Figura 1). Corresponderá a los usuarios del sistema de indicadores decidir cuándo y si la ampliación del compendio de indicadores en esa dirección es deseable (o no).

Figura 1: La superposición de los ámbitos de políticas

Los indicadores de las políticas de salud son medidas numéricas / cuantitativas o cualitativas que se utilizan para determinar si se están cumpliendo los objetivos de las metas de salud establecidas. Cuando existen objetivos para tales indicadores, pueden ser utilizados como puntos de referencia. Tales indicadores son comunes a niveles nacionales y subnacionales de gobierno (Aller et al, 2015:. 1). A estos niveles, las oficinas nacionales de estadística son cruciales en el suministro de material y de la información necesaria. Unidades de seguimiento y evaluación dentro de los ministerios de salud, así como en otros ministerios incluyendo las finanzas y las oficinas nacionales de estadística, para desarrollar este tipo de indicadores útiles en el seguimiento de los cambios en las políticas y el éxito en el ámbito de la salud.

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido metas y objetivos, cuya realización se mide con indicadores claros que son ampliamente utilizados por los tomadores de decisiones, tanto a nivel internacional como a nivel nacional. Otros organismos internacionales, como el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD), la agencia de la ONU lucha contra el VIH / SIDA (ONUSIDA), el Fondo Internacional de la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF), los bancos multilaterales de desarrollo, entre otros, también han establecido indicadores para medir el éxito o el fracaso de las políticas de salud.

El desarrollo de indicadores a nivel regional puede parecer incipiente pero está ganando terreno. Los indicadores son frecuentemente facilitados por las oficinas regionales de la OMS, o por organizaciones regionales. Los indicadores pueden ser o bien enfocados en enfermedad (es) específico en tema sensible (s) - o pueden abarcar todo el sistema.

3.2 ¿Qué se entiende por seguimiento de las políticas regionales?

Monitorear en este contexto se refiere al seguimiento y el proceso de evaluación de la aplicación y el impacto de las políticas. En concreto también puede significar "una serie de procesos pertinentes de recopilación de información, procesamiento y difusión con el objetivo de influir, controlar y / o evaluar las políticas de integración regional o para asegurar su aplicación" (De Lombaerde 2008: 284). Así como De Lombaerde y sus colegas afirman, "el monitoreo tiene la capacidad de volver los procesos de integración más transparentes, implicando un mayor grado de participación y legitimidad, y por lo tanto, haciendo los procesos más sostenibles" (De Lombaerde, Pietrangeli y Weeratunge 2008: 41). En su estudio de seguimiento de la integración en el Caribe, Girvan postula que el valor potencial de la vigilancia es la disminución de los plazos del ciclo de aprendizaje y la mejora de la exactitud de la identificación del problema y la intervención (Girvan 2008: 51).

Un monitoreo exitoso debe ir precedido de cuestiones fundamentales en relación con el objeto que está sujeto al monitoreo, el propósito del monitoreo, el modus operandi de la misma y los agentes que participan en el monitoreo (Bilal 2009). El monitoreo también debe ser impulsado por una razón. Algunas de las razones posibles para el monitoreo incluyen la mejora del desarrollo, evaluación de los progresos y la presentación de la evidencia respetando la capacidad de una institución para implementar sus políticas (Bilal 2009). El monitoreo que cuenta con indicadores claros, permite a las instituciones desafiar la sabiduría convencional y las suposiciones sobre el éxito del proceso regional (De Lombaerde 2008: 284). El modus operandi o modalidades para el seguimiento de la integración regional pueden variar dependiendo de lo que está siendo monitoreado. Los medios o métodos utilizados

influirán en gran medida en el resultado del proceso. El método será supeditado a la disponibilidad de datos, a la capacidad de controlar, así como al objetivo del proceso.

3.3 ¿Por qué son los indicadores de políticas de salud regionales importantes (útiles)?

El monitoreo basado en indicadores de políticas regionales de salud, que es el objetivo de la presente propuesta, emplea indicadores que se ponen en marcha por las organizaciones regionales para ayudar a los tomadores de decisiones a monitorear el grado de éxito o fracaso de la aplicación de las políticas de salud y de las disciplinas que se han acordado a nivel regional o supranacional.

La estimación del estado de salud de una población puede ser muy controvertible (Byass, 2010; Editors, PLoS Medicine, 2010). Es por eso que las herramientas específicas, tales como indicadores pueden ser útiles para proporcionar un mapa aproximado de la realidad. Los indicadores regionales de políticas de salud son útiles para medir el cambio de la política regional de salud, el éxito, el estancamiento o el fracaso y para ayudar a los responsables políticos internos para hacer las correcciones de rumbo cuando sea necesario en el proceso de implementación.

Además, son indicativos de las prioridades de salud para las organizaciones regionales, tanto para grupos de interés internos como externos. En cuanto a los involucrados a nivel interno puede ser muy útil para las autoridades que trabajan en entidades regionales en ámbitos políticos que entran en los determinantes sociales de la salud. Los determinantes sociales de la salud incluyen elementos tales como: empleo justo, seguridad de ingresos, oportunidades educativas, comunidades activas (Lantz y Pritchard, 2010). Para grupos de interés externos, incluyendo los socios internacionales de desarrollo (PDI), bancos multilaterales de desarrollo (BMD), filántropos, fundaciones y empresas, la señalización les ayuda a identificar áreas donde hay espacio para la complementariedad.

Todos ellos están relacionados con el hecho de que los indicadores ayudan a corroborar el rendimiento o falta de ella. Yang y Holzer resumen seis factores detras

de la utilización de datos de rendimiento. Estos incluyen: la madurez del sistema; participación de los interesados; apoyo al liderazgo; capacidad de apoyo; cultura de la innovación; y la claridad del objetivo (Yang y Holzer, 2015: 361). Desde una perspectiva de institucionalismo histórico de la evolución de la gestión por objetivos y resultados (MBOR) en Dinamarca, Noruega y Suecia, se afirma que: "En lugar de tratar la MBOR del régimen de prestaciones como una técnica ideal, con límites claros es una opción institucional que tiene varias configuraciones institucionales y que se ve afectada por la dependencia de la trayectoria y del contexto institucional "(ibid: 362).

Todos estos elementos se refieren también a la importancia de la evidencia en la toma de decisiones. Anderson et al. (2005: 226) señalan que el uso del conocimiento científico para la elaboración de políticas ha crecido. Si bien la demanda de pruebas en la salud pública está en su punto más alto, la salud pública está todavía por debajo de la base material para la toma de decisiones basada en la evidencia integral (Anderson et al., 2005: 228). Se cuenta que la toma de decisiones basada en la evidencia tiene muchos beneficios (ibid). Los indicadores regionales de salud son un componente importante de la toma de decisiones basado en evidencia. En el mismo sentido, Boerma y sus colegas argumentan que los indicadores de salud son fundamentales para guiar el desarrollo y la asignación de recursos, pero los datos a menudo faltan (Boerma et al, 2010: 1). Para ellos, existe la necesidad de fortalecer la manera en que las estimaciones de los indicadores de salud se generan (Boerma et al, 2010:. 2). Los indicadores ayudan a la síntesis de una gran cantidad de datos en medidas útiles y viables.

Relacionado con este tema, Brownson et al. (2010) sostienen que para mejorar la salud, se necesita evidencia cualitativa y cuantitativa, y agregan que las políticas de salud eficaces y la asignación de recursos pueden mejorar los resultados de salud pública. Ellos opinan que los responsables políticos están en el extremo receptor de datos que es a menudo caótico. Por lo tanto, es clave contar con herramientas claras para evaluar la carga de enfermedad, establecer prioridades y medir el progreso (ibid). Un adagio de la salud pública, se nota, es el siguiente: "lo que se mide se hace" (ibid).

Por último, el proceso de desarrollo de indicadores que involucra a los responsables de las políticas de salud regionales, usuarios intermedios del compendio de indicadores, es un proceso de aprendizaje importante para todos los involucrados. Corburn y Cohen opinan que: "las lecciones de otros campos y experimentos emergentes de todo el mundo sugieren que los procesos de indicadores pueden integrar la ciencia, la política, y la comunidad para promover una mayor equidad en la salud." (Corburn y Cohen, 2012: 5). La experiencia adquirida en el capítulo de desarrollo de indicadores PRARI es corroborativa de este patrón de aprendizaje mutuo entre los responsables políticos, los investigadores y los participantes de las ONG quienes han colaborado activamente en la elaboración de los indicadores. Además es el resultado del consenso entre los diferentes actores quienes podrán utilizar este instrumento para fortalecer el trabajo institucional de UNASUR y las políticas de salud de los países en el futuro.

3.4 ¿En qué categorías lógicas se pueden organizar los indicadores?

En nuestra propuesta, el diseño del sistema de indicadores sigue la lógica cadena de resultados; los subconjuntos de indicadores se clasifican como insumos, procesos, productos, resultados e indicadores de impacto (tabla 1). Esta clasificación se usa ampliamente en la literatura el desarrollo de indicadores de salud (véase, por ejemplo Boerma, AbouZahr, Evans y Evans, 2014:.3 et. eq).

Tabla 1: Definición de indicadores de insumos, procesos, producto, resultados e impacto

Categoría	Insumo	Proceso	Productos	Resultado	Impacto
Definición	Dan seguimiento a todos los recursos financieros y físicos relacionados con la aplicación de una política o programa.	Buscan evaluar si se está aplicando la política como estaba previsto y lo bien que se está llevando a cabo las actividades.	Cubren todos los bienes y servicios generados por el uso de los insumos. Reportan sobre los resultados de los esfuerzos (insumos y procesos / actividades) a nivel programa o política.	Miden el nivel de acceso a los servicios públicos, el uso de estos servicios y el nivel de satisfacción de los usuarios. Usualmente dependen de factores fuera del control del organismo implementador (como el comportamiento de los individuos u otros factores).	Mide a largo plazo, los efectos acumulativos de las políticas en el tiempo sobre la salud de la población y el bienestar o en el sistema social más amplio.

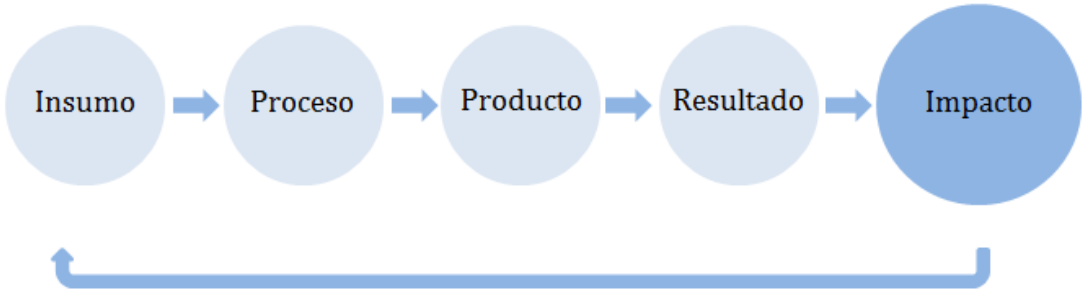
Esta clasificación sugiere una secuencia causal entre los distintos sub-conjuntos de indicadores. Sin embargo, se deben hacer algunas observaciones preliminares. La primera es que, incluso si hay una lógica causal implícita entre los sub-conjuntos, esto no significa que cualquier correlación encontrada en el movimiento de los indicadores de dos categorías subsiguientes debe interpretarse como una demostración de la causalidad. La causalidad lógica juega a nivel de sub-conjuntos, pero no se puede rastrear en el nivel de los indicadores individuales. Hay muchos factores que determinan el comportamiento de los indicadores individuales en cada categoría. Necesariamente, muchos de estos factores no son capturados por el sistema de

indicadores. Demostraciones de causa-efecto en el nivel de indicadores, requieren un análisis estadístico adicional que va más allá del alcance de un sistema de indicadores.

Además, es importante notar que en este compendio los indicadores de producto reflejan la perspectiva de los tomadores de decisiones, mientras que los indicadores de resultado adoptan una perspectiva de los usuarios.

La categoría de "impacto" (que contiene los indicadores que reflejan directamente la situación de salud de los ciudadanos de un país o región en particular) es obviamente a la vez un punto final lógico, así como un punto de partida cuando se piensa en las políticas regionales (y nacionales) salud (Figura 2).

Figura 2: Organización lógica del sistema de indicadores



Además, aún si pensamos que es útil adoptar tal lógica de cadena de resultados, esto no necesariamente implica que se entienden los problemas de salud como un sistema caracterizado por una lógica causal unilineal. Al contrario, estamos conscientes de que el sistema de salud es un sistema más complejo con doble causalidades y otros atributos de un sistema complejo.

Los indicadores en cada categoría lógica pueden ser sub-clasificados aún más y de diversas maneras. Una opción es distinguir entre indicadores "regionales" (nivel de UNASUR) e indicadores “nacionales” (figura 3). Esta opción pone en relieve la naturaleza de gobernanza multinivel de las políticas de salud modernas y permite centrarse en las interacciones entre los niveles políticos. Si bien existen diferentes indicadores para cada uno de estos niveles, estos están con frecuencia relacionados.

Por ejemplo, los insumos desarrollados a nivel de Secretaría que se dirige a un país específico, es natural que se conviertan en insumos a nivel nacional.

Otra opción es organizar los indicadores por áreas prioritarias de políticas (regionales) (figura 4), lo que permite controlar de forma más directa las acciones de política en las áreas políticas prioritarias específicas. Siguiendo esta opción, se recomienda añadir una categoría de indicador general porque no todas las variables de política pertinentes son específicas de una prioridad política (o, específica de la enfermedad) y no todos los impactos relevantes se pueden atribuir a las líneas específicas de acción política. Obviamente, en caso de tomar partido por una u otra opción, ésta puede ser combinada con una sub-clasificación secundaria después de la opción alternativa. Además, cuando los indicadores se codifican correctamente en una base de datos (es decir, lo que refleja su pertenencia a una categoría lógica, su nivel de medición, su vinculación a una prioridad política, etc.), pueden fácilmente ser combinados, re-combinados y presentados de acuerdo a las necesidades de los usuarios. En este documento, vamos a optar por una organización en ámbitos de políticas prioritarias, y se centran en el acceso a la atención primaria en salud (ISAGS 2015) y los medicamentos como un caso piloto, porque esto corresponde a las inquietudes de las partes interesadas como se expresa en el proceso PAR que conducen al desarrollo de este Sistema de Indicadores (figura 5). Sin embargo, el sistema es suficientemente flexible para reorganizar fácilmente los indicadores.

Figura 3: Clasificación de los indicadores por categorías lógicas y niveles de medición

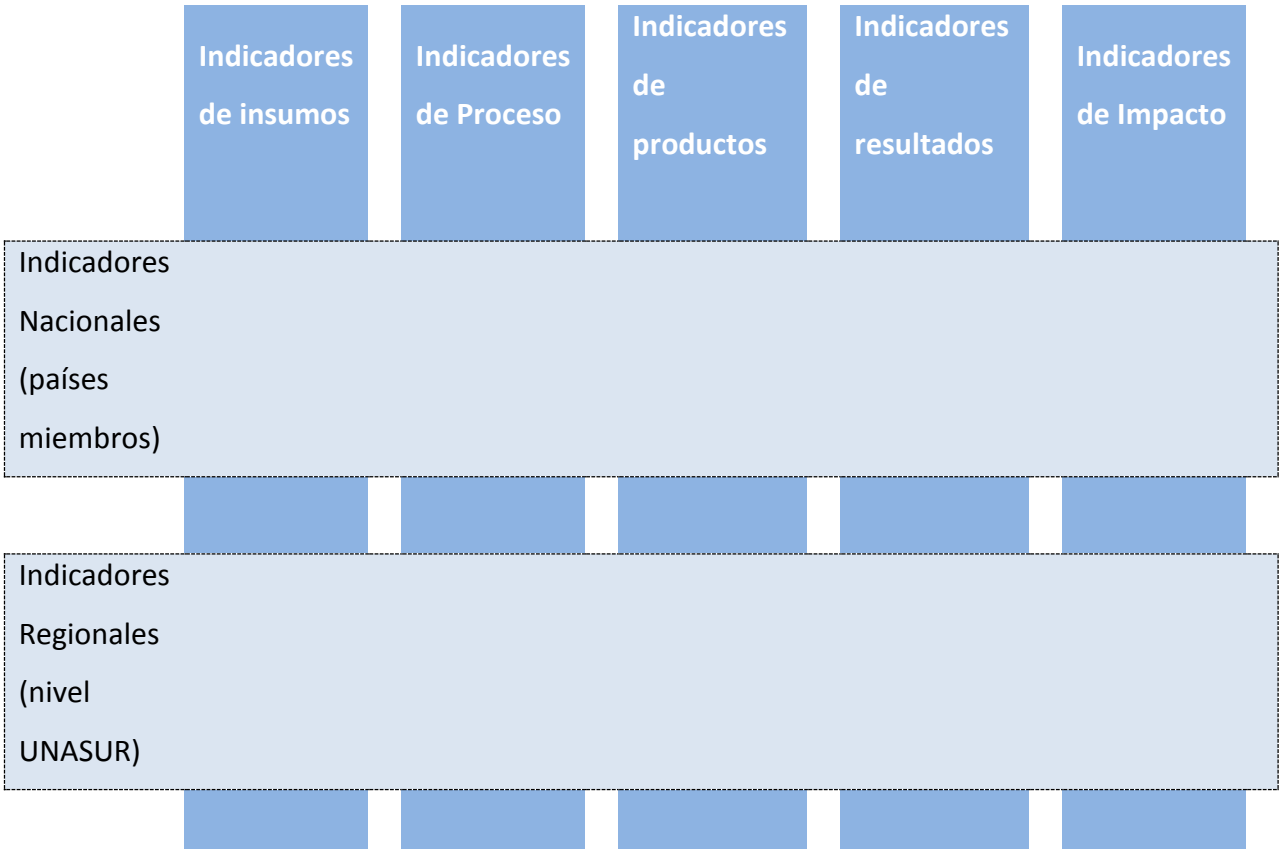


Figura 4. Clasificación de los indicadores por categorías lógicas y ámbitos de política prioritarios

Figura 5: Clasificación de los indicadores por categorías lógicas e identificación del ámbito de política prioritario piloto en UNASUR

	Indicadores de Insumo	Indicadores de Proceso	Indicadores de Producto	Indicadores de Resultado	Indicadores de Impacto
Indicadores generales de salud					
Acceso a atención primaria en salud					
Acceso a medicamentos					

En términos de la métrica adecuada el objetivo ha sido mantener el sistema accesible, claro, coherente y suficientemente integrado. Para cada indicador se establecerá un denominador y un numerador (la prioridad a ser evaluada).

Es importante notar que las acciones de los niveles nación, región y supra-región están estrechamente relacionadas por lo que la secuencialidad de los indicadores en estos niveles también pueden está relacionados. Por ejemplo, si el Consejo de Salud de UNASUR acordó una declaración sobre acceso a productos médicos biológicos similares (genéricos), que se propuso, negoció y acordó en el marco de la OMS, esta resolución de la OMS puede luego utilizarse a nivel de uno de los países miembros de UNASUR para la sanción de la norma que regula los medicamentos biológicos; reflejando el traslado de políticas regionales de salud a distintos niveles. Además, si otros países fuera de la región adoptan los lineamientos acordados en OMS, podría

impactar en la región vía la importación de productos genéricos producidos en países fuera de la región que pudieron avanzar en esa línea apoyados en la resolución de OMS (producto del trabajo de UNASUR).

3.5 ¿Cómo construir el nexo "salud-reducción de inequidades-integración regional" ?

El principal valor agregado de los indicadores PRARI es que son sensibles a dos dimensiones: la reducción de las inequidades y la integración regional. Muchos indicadores a nivel mundial y nacional capturan aspectos vitales de los sistemas de salud y enfermedades específicas. Para complementar estos esfuerzos mundiales y nacionales existentes, los indicadores RePIR capturan esos aspectos del cambio de política de salud regional que son proxies distales y próximas de la integración regional y la reducción de las inequidades.

La integración regional es abordada aquí de manera flexible. Incorpora todas las dimensiones transfronterizas de los flujos transfronterizos que tienen vínculos con la política de salud.

La dimensión de reducción de las inequidades de los indicadores busca reflejar la importancia de las *"personas"* en el desarrollo de indicadores para la formulación de políticas de salud regional y su implementación. Mientras algunos todavía prestan mayor atención únicamente en los sistemas nacionales de salud en el sentido amplio, Frenk argumenta que la salud es considerada cada vez más como una parte más amplia del desarrollo. Dado que una gran cantidad de dinero se destina a la salud, simplemente más dinero no es una condición para el progreso y el componente *"personas"* en materia de salud pública debe ser tomado más en serio (Frenk, 2010: 1; cf: Haines, 2015: 2328).

A nivel de región, UNASUR se ha enfocado en la reducción de asimetrías o inequidades. Bajo ésta lógica, una región con un nivel alto de integración es caracterizada por aquella en las que las condiciones de salud y sus determinantes son muy parecidos entre sí (similitudes en términos de tasas de mortalidad, de esperanza

de vida, de acceso a servicios de salud, agua potable, niveles de pobreza, niveles de inequidad nacionales, entre otros). Este concepto postula a la integración regional como algo que va más allá de una cuestión de vecindad geográfica y de desarrollo de complementariedades entre países al compartir indicadores socioeconómicos y culturales similares.

Esto está estrechamente relacionado con el tema de la cobertura universal de la salud (CUS). Muchos países carecen de marcos explícitos para el monitoreo de la CUS (Boerma et al, 2014:. 2; cf: Kutzin, 2013). Lo que más se necesita incluye un sistema integral de información de la salud, dado que la falta de datos acerca de las necesidades de la población es un problema enorme (Boerma et al, 2014: 4.). La cobertura efectiva en este contexto significa: medición de la necesidad, utilización y calidad de los servicios (ibid), especialmente para los grupos más vulnerables de las respectivas regiones.

La dimensión de reducción de inequidades puede desarrollarse aún más mediante la incorporación de datos adicionales para los indicadores existentes, discriminados por:

- Grupos demográficos (género, por edad, entre otros);
- Área geográfica (urbano, rural);
- Regiones Sub-nacionales (departamentos, provincias);
- Categorías socio-económicas (incluyendo las categorías de ingresos); y/o
- Grupos sociales (grupos étnicos, grupos religiosos, entre otros).

El valor agregado de incorporar estos sub-indicadores, tendrá que ser sopesado contra el costo de multiplicar sustancialmente el número de indicadores en el sistema.

3.6 ¿Cómo integrar los ODS que están relacionados con la salud?

El 31 de diciembre de 2015, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) oficialmente llegarán a su fin y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) tomarán la delantera. Mientras que los ODM se centraron principalmente en pobreza y salud,

los ODS ponen énfasis en el medio ambiente, los derechos humanos y la igualdad de género.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Había seis ODM principales que se relacionaban directamente con la salud. Todos los objetivos se centran en el período 1990 - 2015. El primer objetivo pertinente a la salud fue el ODM 1 Erradicar el Hambre Extrema y la Pobreza, cuya meta era reducir a la mitad la proporción de personas que padecen hambre. El cuarto ODM apuntaba a Reducir la Mortalidad Infantil mediante una reducción de dos tercios de la tasa de mortalidad de menores de cinco años. El quinto objetivo era Mejorar la Salud Materna mediante una reducción de tres cuartas partes de la tasa de mortalidad materna. El sexto estaba dirigido a "Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades", reduciendo a la mitad la incidencia de VIH/SIDA y malaria y otras enfermedades y comenzando a revertir su propagación. El séptimo objetivo era Garantizar la Sostenibilidad Ambiental. La meta pertinente a la salud implicaba reducir a la mitad la proporción de personas sin acceso sostenible al suministro de agua potable y a servicios básicos de saneamiento. Por último, el octavo objetivo pertinente a la salud en los ODM era Desarrollar una Asociación Mundial para el Desarrollo. La meta pertinente a la salud se refería a la cooperación con las empresas farmacéuticas con el fin de facilitar el acceso a medicamentos esenciales a precios módicos en los países en desarrollo.

La salud ocupó una posición relevante en los ODM, transmitiendo la idea de que la salud es indispensable para el desarrollo. Seis de los ocho objetivos en cuestión estaban relacionados directa o indirectamente a la salud, y ocho de 21 metas estaban relacionadas a la salud. Por otra parte, estos objetivos se establecieron en términos de una disminución de los porcentajes. Las principales críticas fueron la omisión de cuestiones que figuran en la Declaración del Milenio y la ausencia de consultas políticas en todo el proceso (Alleyne, Beaglehole y Bonita 2015).

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

La Agenda Post-2015 tiene como objetivo abordar los desafíos de desarrollo que sobreviven a los ODM. El proceso de formación de los ODS es políticamente inclusivo y consultivo. A su vez, esto puede deslindar en un conjunto de metas más difuso. Hay 17 objetivos y 189 metas, duplicando los objetivos de los ODM y quintuplicando las metas de los ODM. Se ha logrado consenso político, pero las metas son caracterizadas como difusas e imprecisas. También hay un conjunto relativamente reducido de prioridades directamente vinculadas a la salud. Hay un objetivo pertinente específicamente a la salud (SDG3), que incluye nueve metas, y nueve metas adicionales provenientes de otros objetivos pertinentes a la salud.

El tercer ODS, "Asegurar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades", destaca la llamada a solidarizarse de los ODS ': "Nadie debe quedarse atrás". Las nueve metas de este objetivo abarcan una variedad de temas ya familiares y otros nuevos, y aspiran logran lo prestablecido para la fecha límite del 2030. Estas se presentan en la Tabla 2.

Hay una voluntad de acelerar el progreso en relación a la reducción de la mortalidad en recién nacidos, la mortalidad infantil y la mortalidad materna prevenible, así como consideraciones para los adolescentes. Un objetivo ambicioso similar es luchar y acabar con la malaria, el VIH / SIDA, la tuberculosis, la hepatitis, el Ébola y otras enfermedades contagiosas y epidemias. Metas más recientes incluyen mejorar la salud mental, el bienestar y las enfermedades no transmisibles, como los trastornos de comportamiento, de desarrollo y neurológicos. La prevención del consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol y abuso de sustancias, la planificación familiar y la educación, los accidentes de tráfico, así como los factores ambientales y su relación con la salud son todas metas suplementarios a tener en cuenta. Por último, la meta más discutida de los OSD 3 es la convocatoria para la cobertura universal de salud bajo el adagio de que "nadie debe ser dejado atrás" y un enfoque en los grupos vulnerables.

Hay nueve ODS adicionales cuyas meta(s) son de importancia para la salud. El segundo ODS apunta a "Acabar con el hambre, lograr la seguridad alimentaria y una mejor nutrición y promover la agricultura sostenible", garantizando a los pobres y vulnerables el acceso a alimentos sanos, nutritivos y suficientes, poniendo fin a todas las formas de malnutrición, en particular para las poblaciones vulnerables. ODS 5, la cual se centra en la igualdad de género, tiene una cláusula para garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y a los derechos reproductivos. El sexto ODS busca "Asegurar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y saneamiento para todos". Las metas asociadas con el mismo aspiran a lograr el acceso universal y equitativo a un suministro de agua potable y segura, a un precio módico, y el acceso a servicios de saneamiento e higiene adecuados y equitativos, con una atención particular para las mujeres y las niñas. El ODS 7, cuyo énfasis es en la energía, también podría aumentar los servicios que los hospitales y los centros de salud de la comunidad prestan. El ODS 9 se centra en la infraestructura resistente, lo que podría resultar en una ventaja considerable para los hospitales y centros de salud. El undécimo ODS se centra en los asentamientos humanos y viviendas seguras y saludables. El ODS 12, meta 13, apunta a lograr una gestión correcta y completa de los químicos y los desechos con el fin de proteger la salud humana y el medio ambiente. Por último, el ODS "Paz y Estabilidad" (16) puede tener un impacto positivo en la salud mental y física de las comunidades (OWG 2015).

La medición del logro de los ODS y de otras políticas regionales le dará a los países y a la Secretaría del UNASUR la base para realizar un seguimiento de la coherencia de estas políticas con estos objetivos establecidos a nivel mundial, identificar con celeridad a los países que requieren apoyo para el logro de estos objetivos, así como para coordinar esfuerzos en la medición que ya están teniendo lugar.

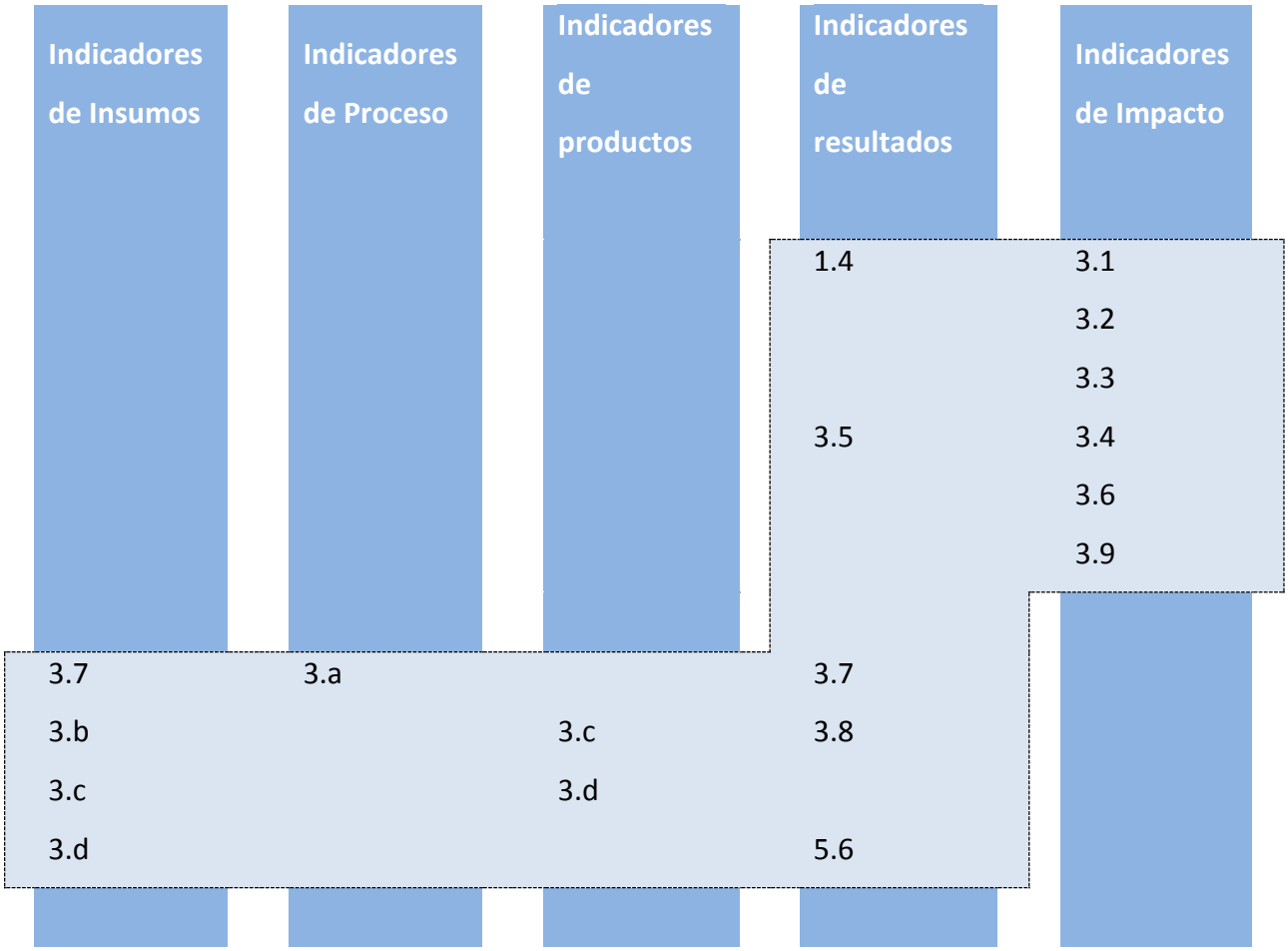
La lista de sub-metas de las ODS que están íntimamente relacionadas a la salud se presenta en la tabla 2. La figura 6 muestra que los ODS relacionados con la salud pueden clasificarse de acuerdo a las categorías lógicas. La lista completa de ODS relacionados con la salud se presenta en el anexo 2.

Tabla 2: ODS específicos a la salud

Objetivo de Desarrollo Sostenible específico a la salud	
Meta	Objetivos
3. Asegurar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades	1) La reducción de la mortalidad materna (menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos) 2) Poner fin a las muertes prevenibles de los recién nacidos y niños menores de cinco años 3) Poner fin a la epidemia de SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas; y combatir la hepatitis, enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles. 4) Reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en un tercio y promover la salud mental y el bienestar. 5) Fortalecimiento de la prevención y el tratamiento de abuso de sustancias, incluido el abuso de estupefacientes y el uso nocivo del alcohol. 6) Reducir a la mitad las muertes globales y las lesiones causadas por accidentes de tráfico (para 2020). 7) Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales. 8) El logro de la cobertura universal de salud (CUS) 9) Reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la contaminación del aire, agua y el suelo.

Fuente: Open Working Group (2015). Open Working Group proposal for Sustainable Development Goals. Disponible en: https://sustainabledevelopment.un.org/focussdgs.html

Figura 6: Integración de los ODS relacionados con la salud en el compendio



3.7 ¿Cómo seleccionar los indicadores individuales?

El rango y el número posible de indicadores de salud son enormes (Larson y Mercer 2004: 1199). Ante esta realidad, y debido a la existencia de recursos limitados se aconseja y considera conveniente seleccionar algunas áreas que pueden ser monitoreadas correctamente (ibid). Larson y Mercer destacan que las características de un buen sistema de indicadores de salud incluyen: estar definido (aplicable a nivel internacional), ser válido (mide lo que se pretende, replicable e interpretable), factible (especialmente en la recopilación de datos), y útil (ibid). Proponen que especialmente en contextos en donde los recursos son limitados, los desarrolladores de indicadores deben centrarse en un pequeño número de indicadores de salud que miden áreas de

alta prioridad, deben utilizar marcos de muestreo más eficientes, y que deben hacer uso de definiciones internacionales estándar (Larson y Mercer 2004: 1200).

Los indicadores en el compendio fueron seleccionados en base a las prioridades regionales y de los Estados Miembros (incluidos los agentes no gubernamentales); su inclusión en declaraciones internacionales a las cuales los Estados miembros están subscriptos; si el indicador está siendo utilizado por los países en el seguimiento de los planes y programas nacionales; si se basa en trabajos existentes; y si cumple los propósitos originales de este ejercicio.

Además, los indicadores fueron seleccionados siguiendo el criterio "SMART". Esto significa que los indicadores son: Específicos (enfocados y claros); Medibles (cuantificables y capaces de reflejar cambio); Accesible (razonable en su alcance y realizable dentro de un plazo determinado); Relevante (pertinente a la revisión del desempeño); y de duración determinada / rastreable (el progreso puede ser trazado por orden cronológico) (MLE, 2014).

Otras consideraciones utilizadas en la selección de un indicador fueron (Parrish, 2010):

- El indicador es válido y fiable
- El indicador puede ser comprendido por la gente que debe tomar decisiones
- El indicador galvaniza acción
- La acción puede mejorar el indicador
- La medición del indicador en el tiempo refleja el efecto de la acción - ceteris paribus
- La medición del indicador es factible
- Los datos para el indicador están disponibles para los diferentes niveles geográficos y subgrupos de la población
- El indicador es sensible a los cambios en otros ámbitos sociales (políticas socioeconómicas, ambientales o públicas)

3.8 ¿Cuáles son las fuentes de los indicadores específicos?

Los indicadores nacionales responden a las prioridades de salud fijadas por los gobiernos de los Estados miembros, organizaciones internacionales de salud importantes y otras instituciones. Los indicadores regionales fueron seleccionados siguiendo las prioridades que UNASUR Salud ha fijado en sus documentos de trabajo y acuerdos. Seguir las directrices establecidas en estos documentos es crucial para evitar la duplicación de esfuerzos y determinar el estado de salud de las poblaciones (Brownson et al, 2009:. 1576).

Por otra parte, los indicadores fueron seleccionados y discutidos durante los talleres PARI y durante las reuniones de desarrollo de indicadores mencionadas anteriormente. A través de estas reuniones los facilitadores tuvieron la oportunidad de escuchar directamente y cooperar con los que serán los usuarios finales.

En el Anexo 1 se indican si los datos estadísticos para la medición de los indicadores están disponibles y, de ser así, cuales son las fuentes estadísticas. [4] Uno debe tener en cuenta que se debe hacer una distinción entre el nivel de medición y el lugar de producción (y publicación) de los indicadores. Teóricamente, son posibles diversas combinaciones de niveles de medición y lugares de producción (figura 7).

[4] Acerca de la producción de datos estadísticos en salud en Suramérica en un contexto de gobernanza multi-niveles, véase Amaya et al. (2015).

Figura 7: Nivel de medición versus lugar de producción de los datos

Fuente / Nivel de Medición	Nacional	Regional (y extra-regional)
Nacional		
Regional (y extra-regional)		

3.9 ¿Cuál es la línea de base para los indicadores?

Teniendo en cuenta que la UNASUR es una organización relativamente nueva que ha ampliado su participación en los últimos cinco años, utilizamos 2010 como línea de base para los indicadores, que es la fecha de inicio del primer Plan de Salud UNASUR Quinquenal (2010-2015). Esto nos permitirá recopilar información más completa acerca de los cambios que han tenido lugar en la región en los últimos cinco años, así como la forma en que ISAGS y UNASUR-Salud en general, han madurado como instituciones de integración regional de salud.

Se espera que los datos de estos indicadores serán recogidos anualmente, excepto en circunstancias en que el indicador específico se releva con menos frecuencia, frecuencia que brindará un período de tiempo razonable para la plena institucionalización del compendio, lo cual es un reto para cualquier sistema de monitoreo de la salud (Oliver, 2010).

La recolección de estos indicadores requiere un grado de compromiso por parte del país y funcionarios regionales. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que muchos de

estos indicadores ya se están siendo recopilados ya sea como indicadores básicos de salud que se reportan a la OMS o como parte de otros sistemas de monitoreo. Esto significa que la carga de información será menor y su complementariedad con varios indicadores nuevos aumentará la riqueza de la información y permitir una mejor interpretación de los resultados.

Por último, este sistema de monitoreo se está desarrollando mientras se está discutiendo el próximo plan quinquenal. Un objetivo importante de este sistema de monitoreo es tanto apoyar este proceso de discusión, así como proporcionar una herramienta práctica para evaluar la contribución de UNASUR Salud al acceso a atención primaria en salud y medicamentos en su nueva fase de trabajo.

3.10 Limitaciones

En primer lugar, el gran número de indicadores incluidos podría ser sintomático del alcance de las prioridades y los problemas que enfrentan las regiones. La multiplicidad de indicadores agrava las dificultades de informar, que los funcionarios nacionales puedan tener. Algunos sostienen que los beneficios derivados de la información no son siempre evidentes (Hibbard, 2008: 160). El desarrollo de indicadores que son aplicables a muchos países de una región diversa puede ser una tarea compleja y también implica realizar ciertas elecciones (Boerma, AbouZahr, Evans y Evans, 2014). En todo caso, lo que hemos querido destacar es la relevancia de los indicadores de cada región correspondiente. Creemos que el hecho de que la información requerida está disponible para los formuladores de políticas de salud regionales con el propósito de informar sobre los indicadores específicos de alcance regional seleccionados, ayudaría a mitigar este aparente desafío.

Capítulo 4: Los Indicadores

Este compendio está compuesto por 151 indicadores. La línea de base sugerida para el compendio es el año 2010, la fecha del comienzo del Plan Quinquenal de UNASUR Salud (2010-2015). El uso de esta línea de base proporcionará un nivel de comparación contra la cual se podrán confirmar tendencias y/o evaluar el éxito de las políticas regionales. Sugerimos como una recolección anual de datos para este compendio para monitorear el alcance de las políticas y reajustar intervenciones.

En esta propuesta se abordan parcialmente los ODS para poder contar con un listado de indicadores manejable. Sin embargo, pueden incorporarse en su totalidad sin mayores dificultades. En el Anexo 1 podrán ver el listado total de ODS relacionados con la salud.

5.1 Indicadores generales

INSUMO	PROCESO	PRODUCTO	RESULTADO	IMPACTO
Indicadores generales de salud				
• Porcentaje de gasto corriente total en salud (% del PIB) • Gasto en programas de formación continua en salud para atención primaria y secundaria • Gasto de bolsillo en salud (% del gasto corriente en salud) **ODS 3c:** **Incrementar sustancialmente el financiamiento para salud y el reclutamiento, desarrollo y formación y retención de los recursos humanos en salud:** • Porcentaje de variación del gasto en RRHH en salud	• Número de programas de formación de personal sanitario (por cada 1000 trabajadores) • Número de programas de formación continua en salud	• Densidad de camas hospitalarias • Camas hospitalarias por 1000 habitantes (distribución urbana y rural) • Distribución de establecimientos de atención primaria y secundaria en áreas urbanas • Distribución de establecimientos de atención primaria y secundaria en áreas rurales • Distribución de personal sanitario en áreas urbanas • Distribución de personal sanitario en áreas rurales • Número de trabajadores de la salud que han egresado	• Proporción de la población que tienen que viajar más de 1 hora para llegar al centro de salud de primer nivel de atención • Utilización de servicios • Acceso a los servicios de salud **ODS 3, sub-meta 8:** • Fracción de la población protegida contra el empobrecimiento debido a gastos de bolsillo en salud • Fracción de viviendas protegidas contra gastos catastróficos causados por gastos de bolsillo en salud	• Tasa de mortalidad materna e infantil • Tasa de mortalidad por enfermedades crónicas • Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas • Índice GINI[5] **ODS 3:** • Esperanza de vida al nacer

[5] De ser posible desagregar por población urbana y rural

		• Número de profesionales que han completado programas de formación continua en salud • Densidad de personal sanitario en áreas rurales • Densidad de personal sanitario en áreas urbanas		

5.2 Indicadores sobre acceso a atención primaria de salud (APS)

INSUMO	PROCESO	PRODUCTO	RESULTADO	IMPACTO
Atención primaria en salud (APS)				
Nivel nacional				
• Existencia de políticas de recursos humanos en APS • Existencia de políticas de distribución adecuada de recursos humanos en APS • Gasto en infraestructura y recursos humanos de APS • Porcentaje del presupuesto destinado para APS	• Implementación adecuada de políticas para la promoción de recursos humanos en APS • Implementación adecuada de políticas para la distribución adecuada de recursos humanos en APS • Número de instituciones formadoras en APS • Número de programas de formación continua en APS	• Densidad de trabajadores de APS • Densidad de personal de APS en las zonas rurales (por cada 1000 habitantes) • Densidad de Unidades de atención primaria • Número de unidades de atención primaria • Número de egresados en APS	• Porcentaje de hogares que tienen que viajar más de 1 hora para llegar al centro de atención de APS más cercano • Porcentaje de consultas de APS en un primer nivel • Porcentaje de consultas de APS en un primer nivel • Tasa de cobertura de inmunización para cada vacuna en el calendario nacional	• Porcentaje de hogares con cobertura de atención primaria de salud asequible • Prevalencia de anemia en niños entre 6-59 meses • Porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición (moderada y grave)

• Gastos en formación continua de APS • Porcentaje de gasto corriente total en salud (porcentaje del PIB) destinado para APS • Porcentaje de presupuesto de APS para promoción en salud	• Número de programas de promoción de la salud	• Distribución de trabajadores de APS • Número de profesionales que han completado programas de formación continua en APS • Porcentaje de niños menores de 5 años que reciben acompañamiento (control de niños sanos, control de crecimiento) • Cobertura de pacientes adultos diabéticos/hipertensos • Número de panfletos, anuncios u otros medios de difusión para promover estilos de vidas saludables • Cobertura de promoción de la salud de población de todas las edades **ODS 3, sub-meta 8:** • Porcentaje de partos atendidos por personal de salud calificado	• Porcentaje de diabéticos en el programa de control con Hbc< 6 • Porcentaje de pacientes con hipertensión en el programa de control con diastólicas <90 **ODS 3, sub-meta 8:** • Cobertura de atención prenatal (+4 visitas) • Cobertura de inmunización (completa o DTP3)	
<u>Nivel regional</u>				
• Gasto de UNASUR en responder a la estrategia de APS en concepto de capacitaciones	• Número de capacitaciones para formar expertos en APS	• Número de propuestas formuladas para responder a acceso a APS a nivel global	• Número de posiciones comunes sobre APS de UNASUR en espacios multilaterales	

• Gasto en concepto de coordinación y reuniones sobre APS • Numero de Resoluciones / acuerdos regionales para responder al acceso a la APS • Gasto total de UNASUR en APS	• Número de expertos llevando propuestas de UNASUR a espacios multilaterales • Número de reuniones/eventos regionales para discutir acciones • Número de países participando en reuniones de coordinación sobre acceso a APS • Implementación adecuada de políticas a partir de acuerdos en UNASUR en materia de APS • Número de grupos de trabajo regionales para discutir acciones para mejorar el acceso a APS • Número de actas, acuerdos de reuniones de coordinación sobre acceso a APS • Número de reuniones con otros organismos regionales en tema de acceso a APS • Número de proyectos con otros organismos en tema de acceso a APS	• Número de expertos entrenados que replican el aprendizaje[6] • Número de expertos capacitados en la implementación de APS • Número de países con mayor índice de distribución de servicios de APS • Número de países con estrategias mejoradas de APS • Número de alianzas con otros organismos en temas de acceso a APS	• Tasa media de acceso a APS entre los países miembros	

[6] Estos pueden servir como insumos de indicadores a nivel nacional

5.3 Indicadores sobre acceso a medicamentos

INSUMO	PROCESO	PRODUCTO	RESULTADO	IMPACTO
Acceso a medicamentos				
<u>Nivel nacional</u>				
• Inversión pública en educación farmacéutica • Existencia de políticas de recursos humanos en recursos farmacéuticos • Existencia de políticas de distribución adecuada de recursos humanos en recursos farmacéuticos • Existencia de normas de promoción de uso de genéricos • Existencia de normas de promoción de producción nacional • Existencia de una lista de medicamentos garantizados por el gobiernos	• Cantidad de instituciones de educación farmacéutica Publicas y privadas • Implementación adecuada de políticas para la promoción de recursos humanos en farmacéutica totales • Implementación adecuada de políticas para la distribución adecuada de recursos humanos en recursos farmacéuticos totales • Implementación adecuada de normas de promoción de uso de genéricos • Existencia de alianza público-privada para el desarrollo de productos:	• Distribución de graduados de personal de farmacéutica en áreas urbanas y rurales • Densidad de los farmacéuticos • Número total de personal de farmacéutico en el país • Densidad de personal farmacéutica en las zonas rurales x 1000 habitantes • Porcentaje de medicamentos de producción nacional • Existencia de buenas prácticas de manufactura de medicamentos • Existencia de prácticas de farmacovigilancia	• Variación anual del índice de precios de mercado (de venta al público) • Cantidad de medicamentos desabastecidos • Cobertura gratuita de medicamentos contra el HIV/SIDA • Cobertura gratuita de medicamentos básicos y esenciales • Relación entre precios nacionales e internacionales • Porcentaje de importación de medicamentos) • Porcentaje de exportación de medicamentos **ODS 3, sub-meta 8:**	

• ¿El listado incluye medicamentos de alto costo? • ¿El financiamiento en el sistema público es total? • ¿El financiamiento en el sistema privado es total? • Gasto corriente de importaciones de medicamentos en relación al total de importaciones • ¿Se aplican las normativas regionales (MERCOSUR/UNASUR) sobre compras conjuntas en el país?	• Existencia de actualización periódica: ¿se actualiza el listado de medicamentos especializados periódicamente? • Implementación adecuada de políticas a partir de acuerdos tomados en UNASUR en materia de acceso a medicamentos	• Porcentaje de medicamentos producidos en el país • ¿Cuántas compras conjuntas de medicamentos se hicieron con otros países?	**Cobertura universal de la salud incluyendo la protección contra riesgos financieros, acceso a servicios esenciales y de calidad de salud y acceso a medicamentos y vacunas seguras, efectivas y asequibles para todos:** • Porcentaje de personas con cobertura de salud incluyendo medicamentos y vacunas • Existencia de subsidios para medicamentos para personas de bajos recursos **ODS 3b:** **Investigación y producción de vacunas y medicamentos y el suministro de medicamentos y vacunas esenciales, de acuerdo con la Declaración de Doha que afirma el derecho de los países en desarrollo al uso máximo de las disposiciones del acuerdo TRIPS el relación a las flexibilidades para proteger la salud pública y en general proporcionar el acceso a medicamentos** para **todos:** • Cantidad de licencias obligatorias concedidas • Cantidad de patentes farmacéuticas de titulares nacionales	

			• Porcentaje de participación de industria nacional en las ventas nacionales de medicamentos **ODS 3b:** • Porcentaje de la población con acceso a medicamentos esenciales y suministros de fuera asequible y sostenible **ODS 3, Sub-meta 3:** • Tasas de /cobertura tratamiento para Tuberculosis • Tasa de /cobertura tratamiento para VIH/SIDA • Tasa de tratamiento para diabetes • Tasa de tratamiento /cobertura para hipertensión **ODS 3, sub-meta 8:** • Porcentaje de menores de edad con un esquema de vacunación completa	
<u>Nivel regional</u>				
• Gasto total en UNASUR para responder a acceso a medicamentos	• Número de expertos llevando propuestas de	• Número de propuestas formuladas para responder a acceso a medicamentos a nivel global	• Número de posiciones comunes de UNASUR sobre acceso a medicamentos	

• Gasto en concepto de capacitaciones • Gasto en UNASUR en concepto de reuniones y coordinación sobre acceso a medicamentos • Numero de Resoluciones / acuerdos regionales para responder al acceso a medicamentos	UNASUR en espacios multilaterales[7] • Número de reuniones/eventos regionales para discutir acciones para mejorar el acceso a medicamentos. • Número de países que han participado en reuniones de coordinación sobre acceso a medicamentos • Implementación adecuada regional de políticas a partir de acuerdos tomados en UNASUR en materia de acceso a medicamentos • Número de grupos de trabajo regionales para discutir acciones para mejorar el acceso a medicamentos • Número de actas, acuerdos de reuniones de coordinación sobre acceso a medicamentos • Número de reuniones de otros organismos en temas de acceso a medicamentos en los que participó UNASUR u otros países miembros. • Número de alianzas con otros organismos en temas de acceso a medicamentos	• Número de expertos capacitados en materia de acceso a medicamentos • Número de proyectos de Resolución sobre medicamentos aprobados por el Consejo de Salud o Cancilleres. • Número de proyectos con otros organismos en tema de acceso a medicamentos para la región	aprobadas en espacios multilaterales • Tasa media de acceso a medicamentos entre los países miembros	

[7] A medirse a partir del año 2010

Banco de precios de medicamentos								
• Gasto total del proyecto para la creación de un banco Suramericano de precios		• Número de reuniones entre los países para la revisión e implementación del proyecto • Número de países que usan el listado del banco de precios de medicamentos • Implementación adecuada del banco de precios de Medicamentos • Cantidad países que reportan al menos el 40% de los medicamentos listados				• Porcentaje de productos que experimentaron una reducción en las asimetrías de precios ente los países miembros de UNASUR		
Compra conjunta de medicamentos								
• Suscripción/firma de convenio de adquisición de medicamentos a través del Fondo estratégico de la OPS/OMS		• Número de medicamentos negociados entre los países miembros de UNASUR • Número de reuniones preparatorias • Implementación adecuada de la compra conjunta de medicamentos en los países • Número de países suscritos		• Cantidad de medicamentos adquiridos a través del fondo estratégico de la OPS/OMS • Volumen total de medicamentos adquiridos a través del fondo estratégico de la OPS/OMS		• Porcentaje de población con cobertura de los medicamentos comprados bajo este marco por enfermedad • Disminución regional de precio de adquisición de medicamentos • Disminución del precio promedio en comparación con promedio internacional adecuado		

Capítulo 5: Implementación del compendio

Al revisar otras experiencias de formación de sistemas de monitoreo en base a indicadores en otras regiones encontramos que los aspectos de gobernanza son tan cruciales como los aspectos técnicos de los indicadores en sí (De Lombaerde et al., 2008, 2010). En este sentido, es importante que un organismo o individuo tome el liderazgo en diseminar e implementar el compendio. Esto facilitará su sustentabilidad a largo plazo, así como su aceptación a nivel de los tomadores de decisiones (Navarro et al., 2006).

Los indicadores serán relevantes principalmente para los tomadores de decisiones a nivel regional. Así como otros actores que estén interesados en estudiar el proceso de implementación de políticas regionales en Sur América. Para que este sistema sea implementado de una forma efectiva, se deberán establecer mecanismos y recursos para la recolección de datos de los países miembros, el almacenamiento de tales datos, así como su análisis para poder llegar a conclusiones apropiadas para apoyar la formación o impulsar cambios en las políticas existentes. En cuanto a la recolección de datos, varios de los indicadores son indicadores que ya están siendo reportados por los países por lo que no habrá mayor esfuerzo necesario en tomar esos datos. El sistema de indicadores también considera los ODS, que han sido apropiados por UNASUR, por lo que podrá contribuir a proporcionar una visión regional del alcance de estas metas.

El compendio fue formulado con el fin de ser un sistema flexible que pueda ser moldeado y ajustado en el tiempo de acuerdo con las necesidades o coyunturas. De esta manera, se podrán tomar algunos indicadores claves del compendio para formar análisis separados. Además, dado que los indicadores actualmente expresados en el compendio comprenden dos áreas piloto a ser exploradas, el marco conceptual podrá ser aplicado a otras áreas de la salud como la vigilancia en salud, acceso a sistemas universales, entre otros.

Fuentes

Adiwasito, E., De Lombaerde, P. and Pietrangeli, G. (2005) "On the Joint Assessment of Andean Integration in EU-CAN Relations", *StudiaDiplomatica*, 58(3): 115-143.

Aller, M-B., et al. (2015) "Development and testing of indicators to measure coordination of clinical information and management across levels of care", *BMC Health Services Research*, 15(323): 1-16.

Alleyne, G., Beaglehole, R. and Bonita, R. (2015) "Quantifying targets for the SDG health goal", *The Lancet*, (385): 208-9.

Amaya, A.B., et al. (2015) "Monitoring Pro-Poor Health-Policy Success in UNASUR", *PRARI Policy Brief*, (6).

Amaya, A.B., Kingah, S. and De Lombaerde, P. (2015) "Multi-level pro-poor health governance, statistical information flows, and the role of regional organizations in South America and Southern Africa", *PRARI Working Paper*, (15-1).

Amaya, A.B. and Yeates, N. (2015) "Participatory Action Research: New Uses, New Contexts, New Challenges", *PRARI Working Paper*, (15-6).

Anderson, L.M., et al. (2005) "Evidence-Based public health policy and practice: promises and limits", *American Journal of Preventive Medicine*, 28(5S): 226-230.

Arriagada, I., Aranda, V. and Miranda, F. (2005) "*Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y Propuestas*". Santiago de Chile: CEPAL.

Boerma, T., Abou-Zahr, C., Evans, D. and Evans, T. (2014) Monitoring intervention coverage in the context of universal health coverage, *PLoS Medicine,* 11(9): 1-13.

Boerma, T., Mathers, C. and Abou-Zahr, C. (2010) "WHO and global health monitoring: The way forward", *PLoS Medicine*, 7(11): 1-3.

Boerma, T., Eozenou, P., Evans, D., Evans, T., Kieny, M.-P. and Wagstaff, A. (2014) "Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels", *PLoS Medicine*, 11(9): 1-8.

Brown, E. R. (2000). “Income inequalities and health disparities”, *Western Journal of Medicine*, 172, 25.

Brownson, R.C., Chriqui, J. and Stamatakis, K.A. (2009) “Understanding evidence-based public health policy”, *American Journal of Public Health* (September), 99(9): 1576-1583.

Brownson, R.C., Seiler R. and Eyler, A.A. (2010) “Measuring the impact of public health policy”, *Preventing Chronic Disease Public Health Research, Practice, and Policy*, 7(4): 1-6.

Buse, K., Mays, N. and Walt, G. (2012) *Making Health Policy*, Berkshire: Open University Press.

Byass, P. (2010) “The imperfect world of global estimates”, *PLoS Medicine*, 7(11): 1-3.

Corburn, J. and Cohen, A.K. (2012) “Why we need urban health equity indicators: integrating science, policy and community”, *PLoS Medicine*, 9(8): 1-6.

De Lombaerde, P., Estevadeordal, A. and Suominen, K. (eds) (2008) *Governing Regional Integration for Development: Monitoring Experiences, Methods and Prospects*, Aldershot: Ashgate.

De Lombaerde, P., Guinea, O., Pietrangeli, G. and Weeratunge, C. (2010) “Systems of Indicators for Monitoring Regional Integration Processes: Where Do We Stand Anno 2010?”, *Köz-Gazdaság – Economic Theory and Policy*, 5(3): 145-171.

De Lombaerde, P., Pietrangeli, G. and Weeratunge, C. (2008) “Systems of Indicators for Monitoring Regional Integration Processes: Where do we Stand?”, *The Integrated Assessment Journal: Bridging Science and Policy*, 8(2): 39-67.

Editors, *PLoS Medicine* (2010) “Can we count on global health estimates?”, *PLoS Medicine*, 7(11): 1-2.

Frenk, J. (2010) “The global health system: Strengthening national health systems as the next step for global progress”, *PLoS Medicine*, 7(1): 1-3.

Garron, A., Faria, M., Giler, G. and Mattos, M. (2013) Análisis del proceso de elaboración, implementación y estado de situación actual del plan quinquenal 2010-2015 del Consejo de Salud Suramericano, sl.

Girvan, N. (2008) “‘Learning to Integrate’: The Experience of Monitoring the CARICOM Single Market and Economy,” in: De Lombaerde, P., Estevadeordal, A. and

Suominen, K. (eds) *Governing Regional Integration for Development: Monitoring Experiences, Methods and Prospects*, Aldershot: Ashgate, pp. 31-56.

Haines, A. (2015) "Development assistance for health: potential contribution to the post-2015 agenda", *Journal of the American Medical Association*, 313(23): 2328-2330.

Hibbard, J.H. (2008) "Editorial: What can we say about the impact of public reporting? Inconsistent execution yields variable results", *Annals of Internal Medicine*, 148(2): 160-161.

ISAGS. (2013a). *Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental*, Rio de Janeiro: ISAGS.

ISAGS. (2013b). *Annual operating plan 2013*, Rio de Janeiro: ISAGS.

ISAGS. (2015). *Atención Primaria de Salud en Suramérica*, Rio de Janeiro: ISAGS.

Kutzin, J. (2013) "Health financing for universal coverage and health system performance: concept and implications for policy", *Bulletin of the World Health Organization*, 91: 602-611.

Lantz, P.M. and Pritchard, A. (2010) "Socioeconomic indicators that matter for population health", *Preventing Chronic Disease Public Health Research, Practice, and Policy*, 7(4): 1-7.

Larson, C. and Mercer, A. (2004) "Global health indicators: an overview", *Canadian Medical Association Journal,* 171(10): 1199-1200.

Malamud, A. (2011) "A leader without followers ? The growing divergence between the regional and global performance of Brazilian foreign policy", *Latin American Politics and Society*, 53(3): 1-24.

Marmot, M. (2005) "Social determinants of health inequalities", *The Lancet,* 365: 19-25.

Morrison, C. (2000). Historical evolution of income distribution in Western Europe. In: Atkinson, A.B. and Bourguignon, F. (Eds), *Handbook of income distribution*. Amsterdam: North-Holland, pp. 220-259.

MLE (2014) *Measuring success toolkit: indicators*. Disponible en: https://www.urbanreproductivehealth.org/toolkits/measuring-success/indicators

Navarro, V., et al. (2006) “Politics and health outcomes”, *The Lancet*, (368): 1033-1037.

Oliver, T.R. (2010) “Population health rankings as policy indicators and performance measures”, *Preventing Chronic Disease Public Health Research, Practice, and Policy,* 7(5): 1-7.

Open Working Group (2015) *Suggested SDG Indicators Arranged by Open Working Group Targets* (Revised working draft, 20 March 2015).

Parrish, R.G. (2010) “Measuring population health outcomes”, *Prevention of Chronic Diseases*, 7(A71).

Prada, F. and Espinoza, A. (2008) “Monitoring Regional Integration and Cooperation in the Andean Region”, in: De Lombaerde, P., Estevadeoral, A. and Suominen, K. (eds.), *Governing Regional Integration for Development: Monitoring Experiences, Methods and Prospects*, Aldershot: Ashgate, pp. 11-29.

Puska, P. (2007) “Health in all policies”, *European Journal of Public Health,* 17: 328.

Riggirozzi, P. and Tussie, D. (2012)*The Rise of Post-Hegemonic Regionalism in Latin America*, Dordrecht: Springer.

Riggirozzi, P. (2015) “Regionalism, activism and rights: New opportunities for health diplomacy in South America”, *Review of International Studies*, 41: 407-428.

Rozemberg, R. and Bozzalla, C. (2008) “Monitoring Regional Integration and Cooperation: The Case of Mercosur”, in: De Lombaerde, P., Estevadeoral, A. and Suominen, K. (eds.), *Governing Regional Integration for Development: Monitoring Experiences, Methods and Prospects,* Aldershot: Ashgate, pp. 85-99.

Sanahuja, J.A. (2012) “Post-liberal Regionalism in South America: The Case of UNASUR”, *EUI Working Papers*, (05).

Tussie, D. (2009) “Latin America: Contrasting Motivations for Regional Projects”, *Review of International Studies*, 35: 169-188.

UNASUR (2008) *Tratado Constitutivo de la Unión de Naciones Suramericanas*. Disponible en: http://www.comunidadandina.org/unasur/tratado_constitutivo.htm

UNASUR (2009) *UNASUR Health 2010-2015 Five year plan.* Quito: UNASUR.

UNASUR. (2013) *2nd Ordinary Meeting of RINS/UNASUR and Seminar - Workshop on the role of NIPH in research and control of vector transmitted diseases*. Quito: UNASUR.

Vilas, C. (2008) "Turning to the left? Understanding some unexpected events in Latin America", *Whitehead Journal of Diplomacy and International Relations*, 9: 115-128.

WHO (2015) *Health Policy*. Disponible en: http://www.who.int/topics/health_policy/en/

Yang, K. and Holzer, M. (2015) "Plowing ahead: Introduction to symposium on frontiers of performance management", *Public Performance & Management Review*, 38: 359-364.

Anexo 1. Desglose de los indicadores

Indicadores generales de salud

Insumo:

1. *Porcentaje de gasto corriente total en salud (% del PIB)*

Numerador: La suma del gasto público y privado en salud, x 100. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios.
Denominador: PIB del país
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Cuentas nacionales de salud, Documentos e informes de dominio público.
Explicación: Determinar la participación del gobierno y del sector privado en el gasto sanitario en relación por la producción del país.

2. *Gasto en programas de formación continua en salud para atención primaria y secundaria*

Numerador: Presupuesto ejercido en programas de formación continua en salud para atención primaria y secundaria x 100
Denominador: Presupuesto ejercido en gasto corriente
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información administrativa, Plan de presupuesto nacional
Explicación: Determinar la inversión en las formaciones continuas en salud primaria y secundaria

3. *Gasto de bolsillo en salud (% del gasto corriente en salud)*

Numerador: Gasto del bolsillo x 100
Denominador: Gasto corriente en salud
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información administrativa, Cuentas nacionales
Explicación: Este indicador mide el porcentaje de la población en riesgo de empobrecimiento

4. *Porcentaje de variación del gasto en RRHH en salud*

ODS 3c: Incrementar sustancialmente el financiamiento para salud y el reclutamiento, desarrollo y formación y retención de los recursos humanos en salud
Numerador: Diferencia entre el gasto de RRHH en salud del año/periodo de estudio y del año/periodo anterior

Denominador: PIB del país
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Cuentas nacionales de salud, Documentos e informes de dominio público
Explicación: Determinar el esfuerzo de reclutamiento en el área de la salud

Proceso:

5. *Número de programas de formación de personal sanitario (por cada 1000 trabajadores)*

Numerador: No. de programas de formación de personal sanitario
Denominador: 1000 trabajadores
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información de centros de formación en salud, Sistemas de información administrativa del Ministerio de Salud
Explicación: Determinar la disponibilidad de programas de formación en la salud

6. *Número de programas de formación continua en salud*

Numerador: No. de programas de formación continua en salud
Denominador: N/A
Periodo de medición: Cada dos años
Fuente: Sistemas de información administrativa, Sistemas de información de centros de formación en salud
Explicación: Determinar el esfuerzo público en la programación de formaciones continuas en salud.

Producto:

7. *Densidad de camas hospitalarias*

Numerador: No. de camas hospitalarias (Camas de hospital incluye camas de hospitalización en los hospitales públicos, privados, de la Seguridad Social, generales y especializados y centros de rehabilitación)
Denominador: 1 000 habitantes
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Registros administrativos sistemáticos de hospitales públicos y privados
Explicación: Determinar la sostenibilidad de la proporción de camas hospitalarias por 1 000 personas

8. *Camas hospitalarias por 1000 habitantes (distribución urbana y rural)*

Numerador1: No. de camas hospitalarias en área urbana
Numerador2: No. de camas hospitalarias en área rural
Denominador: 1 000 habitantes
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Registros administrativos sistemáticos de hospitales públicos y privados

Explicación: Las camas hospitalarias se utilizan para indicar la disponibilidad de servicios hospitalarios.

9. *Distribución de establecimientos de atención primaria y secundaria en áreas urbanas*

Numerador: No. de establecimientos de atención primaria y secundaria
Denominador: 10 000 habitantes
Periodo de medición: Anualmente
Fuene: Sistemas de información administrativa
Explicación: Determinar la disponibilidad de centros de salud de atención primaria y secundaria.

10. *Distribución de establecimientos de atención primaria y secundaria en áreas rurales*

Numerador: No. de establecimientos de atención primaria y secundaria en áreas rurales x 100
Denominador: Población de 10,000 habitantes
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Censo de población, Sistemas de información administrativa
Explicación: Determinar la disponibilidad y el acceso a personal de salud

11. *Distribución de personal sanitario en áreas urbanas*

Numerador: No. de trabajadores en el área sanitario en áreas urbanas x 100
Denominador: Población de 10,000 habitantes
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Censo de población, Sistemas de información administrativa
Explicación: Determinar la disponibilidad y el acceso a personal de salud en áreas urbanas

12. *Distribución de personal sanitario en áreas rurales*

Numerador: No. de trabajadores en el área sanitario en áreas rurales x 100
Denominador: Población de 10,000 habitantes
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Censo de población, Sistemas de información administrativa
Explicación: Determinar la disponibilidad y el acceso a personal de salud en áreas rurales

13. *Número de trabajadores de la salud que han egresado*

Numerador: No. de estudiantes que egresaron de sus estudios del mismo año de estudios x 100

Denominador: No. de trabajadores de la salud que ingresaron en ese año de estudios
Periodo de medición: Anualmente

Fuente: Registros de centros de salud, registros universitarios
Explicación: Determinar la proporción de egresados en el conjunto de trabajadores de la salud

14. Número de profesionales que han completado programas de formación continua en salud

Numerador: No. de profesionales que han completado programas de formación continua en salud
Denominador: No. de profesionales en salud
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Centros de formación, Sistemas de información administrativa, Programas de formación continua, No. de licenciados de la formación
Explicación: Determinar la fuerza laboral en términos de cualidad de la formación continua

15. Densidad de personal sanitario en áreas rurales

Numerador: No. de trabajadores de salud x 100
Denominador: Población de 1 000 habitantes
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Censo de población, Sistemas de información administrativa
Explicación: Determinar la disponibilidad de recursos humanos en salud en áreas rurales

16. Densidad de personal sanitario en áreas urbanas

Numerador: Número total de personal sanitario en áreas urbanas (fuerza laboral activa) x 100
Denominador: Población de 1 000 habitantes
Periodo de medición: 1 – 2 años
Fuente: Sistema Administrativo de informes, Censo de población, Evaluaciones de los establecimientos de salud
Explicación: Determinar la disponibilidad de recursos humanos en salud en áreas urbanas.

<u>Resultado:</u>

17. Proporción de la población que tienen que viajar más de 1 hora para llegar al centro de salud de primer nivel de atención

Numerador: No. de hogares que viajan más de 1 hora para llegar al centro de atención a la salud pública más cercana x 100
Denominador: Total de hogares
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Base de datos de instalaciones sanitarias, modelamiento y análisis geoespacial

Explicación: Determinar el acceso físico a la salud

18. Utilización de servicios

Numerador: Número total de visitas al servicio de clínicas ambulatorias por año
Denominador: Población total
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Encuestas poblacionales, Sistemas sistemáticas de información administrativa
Explicación: Determinar el grado de acceso, disponibilidad y utilización de clínicas ambulatorias

19. Acceso a los servicios de salud

Numerador: Número de instalaciones en los sectores público y privado.
Denominador: Población total.
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información administrativa, Encuestas nacionales, Base de datos de instalaciones sanitarias, modelamiento y análisis geoespacial
Explicación: Determinar la accesibilidad geográfica y social

20. ODS 3, sub-meta 8:

a. Fracción de la población protegida contra el empobrecimiento debido a gastos de bolsillo en salud

Numerador: Número de personas protegidas contra el empobrecimiento debido a gastos de bolsillo en salud (dónde los gastos en salud no impiden otros gastos)
Denominador: Total de la población que recorre a gastos de bolsillo en salud
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Encuestas poblacionales de salud, Sistemas de información administrativa
Explicación: Fracción de la población protegida frente al empobrecimiento derivado de los gastos directos en salud, compuesta por dos tipos de hogares: familias que, por su consumo, ya están por debajo del umbral de la pobreza y que incurren en gastos directos en salud que los hunden todavía más en la miseria; familias que, por culpa de sus gastos directos en salud, se ven empujadas a entrar en la pobreza.

b. Fracción de viviendas protegidas contra gastos catastróficos causados por gasto del bolsillo en salud

Numerador: Número de viviendas protegidas contra gastos catastróficos causados por gasto del bolsillo en salud
Denominador: Total de viviendas que usa gastos del bolsillo en salud

Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Encuestas poblaciones de salud, Sistemas de información administrativa

Explicación: fracción de hogares protegidos frente a los gastos catastróficos derivados de los gastos directos en salud. Un hogar con gastos catastróficos por motivos de salud se define como todo aquel que está destinando más del 30% de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de sus miembros.

Impacto:

21. Tasa de mortalidad materna e infantil

a. *Tasa de mortalidad materna*

Numerador: No. de muertes maternas
Denominador: No. de nacidos vivos.
Periodo de medición: 1 – 5 años
Fuente: Registro civil
Explicación: El número anual de muertes de mujeres por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo (excluyendo las causas accidentales o incidentales) durante el embarazo y el parto, o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo, expresada por 100 000 nacidos vivos, por un período de tiempo especificado.

b. Tasa de mortalidad infantil

Numerador: No. de muertes de niños menores de un año
Denominador: 1 000 niños menores de un año
Periodo de medición: 1 – 5 años
Fuente: Registro civil
Explicación: Determinar la probabilidad de morir durante el primer año de vida en las condiciones de vida de ese año.

22. Tasa de mortalidad de por enfermedades crónicas

Numerador: No. de muertes de personas sufriendo por una enfermedad crónica
Denominador: No. de años de exposición al riesgo de muerte
Periodo de medición: 1 – 5 años
Fuente: Registro civil, Registros de centros de salud
Explicación: Determinar la probabilidad de que una persona muera de una enfermedad crónica

23. Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas

Numerador: No. de muertes de personas sufriendo por una enfermedad infecciosa
Denominador: No. de años de exposición al riesgo de muerte
Periodo de medición: 1 – 5 años

Fuente: Registro civil, Registros de centros de salud
Explicación: Determinar la probabilidad de que una persona muera de una enfermedad infecciosa

24. Índice GINI[8]

Numerador: el área entre la curva de Lorenz de la distribución y la línea de distribución uniforme (perfecta)
Denominador: el área bajo la línea de distribución uniforme
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información administrativa, Encuestas poblacionales
Explicación: Determinar de cuanto la distribución de ingreso se desvía de una distribución uniforme perfecta.

25. ODS 3: Esperanza de vida al nacer

Método: Método de la tabla periodo de vida
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Registro civil
Explicación: El número promedio de años que un recién nacido puede esperar vivir si él o ella fuera a pasar a través de la vida expuesta a las tasas de mortalidad por sexo y por edades imperantes en el momento de su nacimiento, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Atención primaria a la salud: nivel nacional

Insumo:

26. Existencia de políticas de recursos humanos en APS

SI/NO
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información administrativa y legislativa
Explicación: Determinar el esfuerzo político en los recursos de APS en términos de recursos humanos

27. Existencia de políticas de distribución adecuada de recursos humanos en APS: SI/NO

Respuesta: SI/NO
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información administrativa y legislativa

[8] De ser posible desagregar por población urbana y rural

Explicación: Determinar el esfuerzo político para una distribución adecuada de recursos humanos en APS

28. Gasto en infraestructura y recursos humanos de APS

Numerador: Presupuesto ejercido en infraestructura y recursos humanos en APS x 100
Denominador: Presupuesto ejercido en gasto corriente
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información administrativa, Plan de presupuesto nacional
Explicación: Determinar el grado de inversión en la infraestructura y recursos humanos en APS

29. Porcentaje del presupuesto destinado para APS

Numerador: Presupuesto destinado para APS x 100
Denominador: Presupuesto público general
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información administrativa, Plan de presupuesto nacional
Explicación: Determinar la inversión destinada para los sistemas de APS

30. Gasto en formación continua de APS

Numerador: Presupuesto ejercido en programas de formación continua en APS x 100
Denominador: Presupuesto ejercido en gasto corriente
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información administrativa, Plan de presupuesto nacional
Explicación: Determinar la inversión en las formaciones continuas en salud

31. Porcentaje de gasto corriente total en salud (porcentaje del PIB) destinado para APS

Numerador: Presupuesto ejercido en APS x 100
Denominador: Presupuesto ejercido en gasto corriente total en salud
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información administrativa, Plan de presupuesto nacional
Explicación: Determinar la inversión en los sistemas de APS

32. Porcentaje de presupuesto de APS para promoción de la salud

Numerador: Presupuesto ejercido de APS para promoción de la salud x 100
Denominador: Presupuesto ejercido en APS
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información administrativa, Plan de presupuesto nacional
Explicación: Determinar la inversión de APS para la promoción de la salud

Proceso:

33. *Implementación adecuada[9] de políticas para la promoción de recursos humanos en APS*

Numerador: No. de informes o de evaluaciones de las necesidades financieras derivadas de la implementación de la política

Desglose: No. de documentos de política en materia de promoción de recursos humanos en APS, no. de lugares de trabajo que cuentan con especialistas y comités encargados con la promoción de recursos humanos en APS totales, no. de informes o de evaluaciones de las necesidades financieras derivadas de la implementación de la política, número de informes presentados y tomados en cuenta por la alta dirección a los efectos del seguimiento y la evaluación de la política en materia de promoción de recursos humanos en APS.
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información administrativa, programas nacionales, cuentas nacionales de salud
Explicación: Determinar la efectividad de políticas para la promoción de recursos humanos en APS en términos de implementación.

34. *Implementación adecuada[10] de políticas para la distribución adecuada de recursos humanos en APS*

Numerador: No. de políticas para la distribución adecuada de recursos humanos en APS que han sido implementadas por medio de programas específicos
Denominador: No. total de políticas para la distribución adecuada de recursos humanos en APS
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información administrativa, programas nacionales, cuentas nacionales de salud
Explicación: Determinar la distribución de recursos humanos en APS en términos de implementación de políticas. Trabajadores de la salud a menudo se concentran en las zonas urbanas, mientras que los entornos rurales y remotas carecen de atención básica de salud.

35. *Número de instituciones formadoras en APS*

Numerador: No. de instituciones formadoras en APS
Denominador: No. total de instituciones
Periodo de medición: Anualmente

[9] A ser definido a nivel de UNASUR

[10] A ser definido a nivel de UNASUR

Fuente: Sistemas de información administrativa, Licencias de departamento de salud
Explicación: Determinar la fuerza laboral en términos de número de instituciones formadoras en APS

36. Número de programas de formación continua en APS

Numerador: No. de programas de formación continua en APS
Denominador: No. total de programas
Periodo de medición: Cada dos años
Fuente: Sistemas de información administrativa, Sistemas de información de centros de formación en salud

37. Número de programas de promoción de la salud

Numerador: No. de programas de promoción de la salud
Denominador: No. total de programas en relación con la salud
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información administrativa nacional y local, Sistemas de información de centros de salud
Explicación: Inversión en promoción de la salud y sensibilización

<u>Producto:</u>

38. Densidad de trabajadores de salud de APS

Numerador: No. total de la fuerza laboral activa en APS x 100
Denominador: Población de 1 000 habitantes
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Censo de población, Sistemas de información administrativa
Explicación: Determinar la disponibilidad de recursos humanos en APS

39. Densidad de personal de APS en las zonas rurales (por cada 1000 habitantes)

Numerador: Número total de personal de APS en zona rural (fuerza laboral activa) x 100
Denominador: Población de 1000
Periodo de medición: 1 – 2 años
Fuente: Sistema Administrativo de informes, Censo de población, Evaluaciones de los establecimientos de salud
Explicación: Determinar la disponibilidad de personal de APS en zonas rurales.

40. Densidad de Unidades de atención primaria

Numerador: No. de Unidades de atención primaria
Denominador: 10 000 habitantes
Periodo de medición: Anualmente

Fuente: Sistemas de información administrativa, Censo de población, Evaluaciones de los establecimientos de salud
Explicación: Determinar el acceso a unidades de salud de la familia

41. Número de Unidades de atención primaria

Numerador: No. de Unidades de atención primaria
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información administrativa, Censo de población, Evaluaciones de los establecimientos de salud
Explicación: Determinar la disponibilidad y existencia de USF

42. Número de egresados en APS

Numerador: No. de egresados en APS
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Registros universitarios y de centros de formación
Explicación: Determinar la fuerza laboral en APS/Determinar los determinantes sociales

43. Distribución de trabajadores de APS

Numerador: No. de trabajadores de APS por región/provincia x 100
Denominador: Población de 10,000 personas
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Censo de población, Sistemas de información administrativa
Explicación: Determinar la disponibilidad y el acceso a personal de APS

44. Número de profesionales que han completado programas de formación continua en APS

Numerador: No. de profesionales que han completado programas de formación continua en APS
Denominador: No. de profesionales en APS
Periodo de medición: Anualmente

Fuente: Centros de formación, Sistemas de información administrativa, Programas de formación continua, No. de licenciados de la formación
Explicación: Determinar la fuerza laboral en términos de cualidad de la formación continua

45. Porcentaje de niños, menores de 5 años que reciben acompañamiento (control de niños sanos, control de crecimiento)

Numerador: No. de niños, menores de 5 años que reciben acompañamiento (control de niños sanos, control de crecimiento) x 100
Denominador: Total de niños menores de 5 años
Periodo de medición: 1 – 5 años
Fuente: Sistema Administrativo de informes, Evaluaciones de los establecimientos de salud
Explicación: Determinar el acompañamiento de niños sanos

46. Cobertura de pacientes adultos diabéticos/hipertensos

Numerador: Número de personas con diabetes/hipertensión que reciben servicios públicos
Denominador: Número total de personas con diabetes/hipertensión con necesidad de servicios
Periodo de medición: Cada 2 años
Fuente: Sistema de informes de centros, Encuesta de hogares
Explicación: Porcentaje de personas con diabetes/hipertensión que utilizan servicios públicos

47. Número de panfletos, anuncios u otros medios de difusión distribuidos para promover estilos de vida saludable

Numerador: No. de panfletos distribuidos
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de informes de centros, Sistemas de información administrativa nacional y local, Sistemas de información de centros de salud
Explicación: Determinar el esfuerzo en la promoción de estilos de vida saludable

48. Cobertura de promoción de la salud de población de todas las edades

Numerador: No. de consultas después de una campaña de promoción de la salud
Denominador: No. de consultas durante un año antes de la campaña de promoción de la salud
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información administrativa de centros de salud
Explicación: Medir la efectividad de acciones de promoción pública para todas las edades, Evaluar la promoción de la salud

49. ODS 3, Sub-meta 8: Porcentaje de partos atendidos por personal de salud calificado

Numerador: No. de partos atendidos por personal sanitario especializado (médicos, enfermeras o parteras) capacitados en la atención obstétrica

Denominador: El número total de nacidos vivos en el mismo período
Periodo de medición: Cada 2 años
Fuente: Encuesta de hogares, Sistema de informes de centros
Explicación: Porcentaje de nacidos vivos con asistencia de personal sanitario especializado durante un período de tiempo especificado

Resultado:

50. Porcentaje de hogares que tienen que viajar más de 1 hora para llegar al centro de atención de APS más cercano

Numerador: No. de hogares que viajan más de 1 hora para llegar al centro de atención de APS más cercano x 100
Denominador: Total de hogares
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Base de datos de instalaciones sanitarias, modelamiento y análisis geospacial
Explicación: Determinar el acceso físico a la salud

51. Porcentaje de consultas de APS en un primer nivel

Numerador: No. de consultas de APS en un primer nivel x100
Denominador: No. total de consultas
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de informes de centros de salud, Sistema de información administrativa, Evaluaciones de centros de salud, Encuestas poblaciones de salud
Explicación: Determinar la demanda en consultas de APS

52. Tasa de cobertura de inmunización para cada vacuna en el calendario nacional

Numerador: El número de individuos en el grupo objetivo para cada vacuna que ha recibido la última dosis recomendada en la serie. Para las vacunas en el calendario de vacunación infantil, este sería el número de niños de 12-23 meses que han recibido las vacunas especificadas antes de su primer cumpleaños.
Denominador: El número total de individuos en el grupo objetivo para cada vacuna. Para las vacunas en el calendario de vacunación infantil, este sería el número total de lactantes.
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de informes de centros, Encuesta de hogares
Explicación: Porcentaje de la población deseada que ha recibido la última dosis recomendada para cada vacuna que se recomienda en el calendario nacional de vacunas. Esto debe incluir todas las vacunas dentro de calendario de vacunación de rutina de un país.

53. Porcentaje de diabéticos en el programa de control con Hbc< 6

Numerador: No. de diabéticos en el programa de control que tienen menos de 6 en el resultado Hbc x100
Denominador: No. Total de diabéticos

Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Encuestas poblacionales de salud, Sistemas de información de centros de salud, Evaluación de centros de salud
Explicación: Determinar la proporción de diabéticos con bajo Hcb que están en un programa de control

54. Porcentaje de pacientes con hipertensión en el programa de control con diastólicas <90

Numerador: No. de pacientes con hipertensión en el programa de control que tienen menos de 90 en diastólicas x 100
Denominador: No. Total de pacientes con hipertensión
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Encuestas poblacionales de salud, Sistemas de información de centros de salud, Evaluación de centros de salud
Explicación: Determinar el porcentaje de asistencia para personas sufriendo de hipertensión

55. ODS 3, Sub-meta 8

a. *Cobertura de atención prenatal (+4 visitas)*

Numerador: No. total de mujeres que asistieron por lo menos una vez a CPN x 100
Denominador: No. total de partos
Periodo de medición: Cada cinco años
Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS, Registro civil
Explicación: Determinar la proporción de embarazadas asistidas al menos cuatro veces durante el embarazo por personal de salud capacitado, por razones relacionadas con el embarazo.

b. *Cobertura de inmunización (completa o DTP3)*

Numerador: No. de personas cubiertas de inmunización
Denominador: No. de población total
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información administrativas nacionales, Sistemas de información de centros de salud, Censo de población
Explicación: Determinar la cobertura de inmunización para que sea asequible

<u>Impacto:</u>

56. Porcentaje de hogares con cobertura de atención primaria de salud asequible

Numerador: No. hogares con cobertura de APS x 100

Denominador: No. hogares totales
Periodo de medición: Anualmente

Fuente: Censo población, Sistema de información administrativa, Sistemas de información de centros de salud
Explicación: Determinar la asequibilidad y cobertura de APS

57. Prevalencia de anemia en niños entre 6-59 meses

Numerador: Número de niños de 6-59 meses con un nivel de hemoglobina de menos de 110 g / L, ajustado por la altitud.
Denominador: Número total de niños de 6-59 meses que tenían niveles de hemoglobina obtenida durante la encuesta.
Periodo de medición: Cada 3-5 años
Fuente: Encuestas poblacionales de salud
Explicación: Determinar el estado nutricional de la población

58. Porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición (moderada y grave)

Numerador: Número de niños 0-59 meses con desnutrición, x 100
Denominador: Número total de niños de 0-59 meses.
Periodo de medición: Cada 3-5 años
Fuente: Encuestas nacionales de nutrición
Explicación: Medición de la Nutrición y de riesgo

Atención primaria en salud: nivel regional

<u>Insumo:</u>

59. Gasto de UNASUR en responder a la estrategia de APS en concepto de capacitaciones

Numerador: Gasto de UNASUR en capacitaciones para la estrategia de APS
Denominador: Gasto total de UNASUR
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Presupuestos e informes de UNASUR e ISAGS
Explicación: Determinar el esfuerzo al nivel regional para la capacitación para APS y la respuesta a la estrategia de APS

60. Gasto en concepto de coordinación y reuniones sobre APS

Numerador: Gasto de UNASUR en coordinaciones y reuniones para la estrategia de APS
Denominador: Gasto total de UNASUR
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Presupuestos e informes de UNASUR e ISAGS
Explicación: Determinar el esfuerzo al nivel regional para alcanzar los objetivos de la estrategia de APS

61. Número de Resoluciones / acuerdos regionales para responder al acceso a la APS

Numerador: No. de resoluciones/acuerdos regionales con relación al acceso a la APS
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información administrativa de UNASUR e ISAGS
Explicación: Determinar el esfuerzo político regional en la respuesta de la estrategia de APS

62. Gasto total de UNASUR en APS

Numerador: Gasto total de UNASUR en APS x 100
Denominador: Gasto total de UNASUR en salud
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información administrativa de UNASUR e ISAGS
Explicación: Determinar la inversión regional en APS. Promover una reflexión crítica y sensibilizar la importancia de la dimensión económica como un componente crucial en la toma de decisiones relacionado a la adopción de nuevas tecnologías para la salud.

<u>Proceso:</u>

63. Número de capacitaciones para formar expertos en APS

Numerador: No. capacitaciones para formar expertos en APS
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información administrativo de UNASUR e ISAGS
Explicación: Determinar la inversión regional en la formación de personal estratégico.

64. Número de expertos llevando propuestas de UNASUR en espacios multilaterales

Numerador: No. de expertos llevando propuestas de UNASUR en espacios multilaterales
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información administrativa de UNASUR e ISAGS, Sistema de información de reuniones de espacios multilaterales (CELAC, OMS, OEA,...)
Explicación: Determinar la representación de las propuestas UNASUR en espacios multilaterales

65. Número de reuniones/eventos regionales para discutir acciones para mejorar la Estrategia a la APS

Numerador: No. de reuniones y eventos regionales financiadas/organizadas por UNASUR con relación a la estrategia a la APS
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información administrativo de UNASUR e ISAGS, Sistemas de información administrativos nacionales
Explicación: Determinar el esfuerzo de coordinar la respuesta regional en el mejoramiento de la Estrategia de APS. Difusión de conocimientos en las buenas prácticas de los países, reforzando las políticas de salud del bloque y aumentar el número de cooperaciones bilaterales entre los países. Establecer el compromiso de los países miembros para reforzar las políticas de acceso a los medicamentos.

66. Número de países participantes en reuniones de coordinación sobre acceso a APS

Numerador: No. de países participantes en reuniones de coordinación sobre acceso a APS
Denominador: No. de países miembros totales de UNASUR
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información administrativa y de reportes de UNASUR e ISAGS
Explicación: Determinar el nivel de compromiso de los países para una coordinación de APS al nivel regional.

67. Implementación adecuada[11] de políticas a partir de acuerdos en UNASUR en materia de APS

Numerador: No. de países que han implementado políticas adecuadamente a partir de acuerdos en UNASUR en materia de APS (documentos y programas realizados, presupuestos para APS determinados, en mención de acuerdos con UNASUR)
Denominador: Número total de países miembros de UNASUR
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información administrativa de UNASUR e ISAGS, Sistema de información administrativa nacional y de los ministerios de salud, Sistema de información de ONGs
Explicación: Determinar la influencia de los acuerdos hechos en UNASUR sobre políticas para APS

[11] A ser definido a nivel de UNASUR

68. Número de grupos de trabajo regionales para discutir acciones para mejorar el acceso a APS

Numerador: No. de grupos de trabajo regionales financiadas/organizadas por UNASUR que discuten acciones para mejorar el acceso a APS
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información administrativo de UNASUR e ISAGS, Sistemas de información administrativos nacionales
Explicación: Determinar el esfuerzo de coordinar la respuesta regional en el mejoramiento de la Estrategia de APS. Difusión de conocimientos en las buenas prácticas de los países, reforzando las políticas de salud del bloque y aumentar el número de cooperaciones bilaterales entre los países. Establecer el compromiso de los países miembros para reforzar las políticas de acceso a los medicamentos.

69. Número de actas, acuerdos de reuniones de coordinación sobre acceso a APS

Numerador: No. de actas y acuerdos de reuniones de coordinación financiados/organizados por UNASUR sobre acceso a APS
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información administrativa e informes de UNASUR e ISAGS
Explicación: Determinar la intensidad de la producción de acuerdos para APS al nivel regional

70. Número de reuniones con otros organismos regionales en tema de acceso a APS

Numerador: No. de reuniones con otros organismos regionales, cómo OEA, Mercosur, y CAN, en tema de acceso a APS
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuete: Sistema de información administrativo de UNASUR, ISAGS, Mercosur, Alba, Comunidad Andina OEA, CELAC; Sistemas de información administrativos nacionales
Explicación: Determinar el esfuerzo inter-organizacional regional.

71. Número de proyectos con otros organismos regionales en tema de acceso a APS

Numerador: No. de proyectos con otros organismos, cómo OEA, Mercosur, CAN, OPS, CRIES, en tema de APS
Denominador: Número total de proyectos en tema de acceso a APS
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información administrativa de UNASUR e ISAGS, Sistema de información de otros organismos al nivel global, regional, nacional y local.

Explicación: Determinar el nivel de coordinación e integración entre organismos de diferentes niveles en tema APS

Producto:

72. Número de propuestas formuladas para responder al acceso a APS al nivel global

Numerador: No. de propuestas formuladas para responder al acceso a APS al nivel global
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información administrativa de UNASUR e ISAGS, Sistema de información administrativa de OMS
Explicación: Determinar el esfuerzo de UNASUR en formular propuestas para el nivel global

73. Número de expertos entrenados que replican el aprendizaje

Numerador: No. de expertos entrenados y financiados/organizados por UNASUR que replican el aprendizaje de APS
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información administrativa de UNASUR e ISAGS y de los cursos de APS de estas organizaciones.
Explicación: Determinar la capacidad renovación de expertos en APS

74. Número de expertos capacitados para la implementación de APS

Numerador: No. de expertos capacitados y financiados/organizados por UNASUR para la implementación de APS
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información administrativa de UNASUR e ISAGS
Explicación: Determinar la fuerza laboral capacitada en APS

75. Número de países con mayor índice de distribución de servicios de APS

Numerador: No. de países con mayor índice de distribución de servicios de APS
Denominador: No. total de países miembros de UNASUR
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información administrativa de ISAGS, Evaluaciones de los sectores de salud al nivel nacional

Explicación: Determinar los países con mayor índice de distribución de servicios de APS para detectar buenas prácticas

76. Número de países con estrategias mejoradas de APS

Numerador: No. de países con estrategias mejoradas de APS
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información administrativa de UNASUR e ISAGS
Explicación: Determinar la influencia del trabajo de UNASUR/ISAGS en programas nacionales mejoradas para APS.

77. Número de alianzas con otros organismos en temas de acceso a APS

Numerador: No. de alianzas con otros organismos en temas de acceso a APS
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información administrativa e informes de UNASUR e ISAGS, Sistema de información de OMS, del nivel nacional, de ONGs en APS, etc.
Explicación: Determinar el esfuerzo de coordinación entre los organismos trabajando en APS

<u>Resultado:</u>

78. Número de posiciones comunes sobre APS de UNASUR en espacios multilaterales

Numerador: No. posiciones comunes sobre APS de UNASUR en espacios multilaterales
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información de UNASUR, ISAGS, espacios multilaterales (OMS, OPS, etc.)
Explicación: Determinar la influencia de las propuestas de UNASUR en tema de APS en el ámbito multilateral

79. Tasa media de acceso a APS entre los países miembros

Numerador: Suma de las estimaciones nacionales de acceso a APS
Denominador: No. de países miembros de UNASUR (12)
Periodo de medición: 1 – 5 años
Fuente: Sistemas de información de ISAGS, de administraciones nacionales, de encuestas poblacionales
Explicación: Determinar el promedio regional en acceso a APS

Acceso a medicamentos: nivel nacional

Insumo:

80. Inversión pública en educación farmacéutica

Numerador: Monto de inversión pública - gasto corriente y capital de los presupuestos del gobierno, préstamos externos y subvenciones (incluyendo contribuciones de agencias internacionales y organizaciones no gubernamentales) - en educación farmacéutica en instituciones públicas
Denominador: Monto de inversión pública en educación
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información nacionales, Cuentas de centros de formación farmacéutica y universidades
Explicación: Determinar el esfuerzo público en educación farmacéutica

81. Existencia de políticas de recursos humanos en recursos farmacéuticos

Respuesta: SI/NO
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información administrativa y legislativa
Explicación: Determinar el esfuerzo político en los recursos farmacéuticos en términos de recursos humanos

82. Existencia de políticas de distribución adecuadas de recursos humanos en recursos farmacéuticos

Respuesta: SI/NO
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información administrativa y legislativa
Explicación: Determinar el esfuerzo político para una distribución adecuada de recursos humanos en acceso a medicamentos

83. Existencia de normas de promoción de uso de genéricos

Respuesta: SI/NO
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información administrativa y legislativa
Explicación: Determinar el esfuerzo político en la promoción de uso de genéricos

84. Existencia de normas de promoción de producción nacional

Respuesta: SI/NO
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información administrativa y legislativa

Explicación: Determinar el esfuerzo político en la promoción de producción nacional

85. Existencia de una lista de medicamentos garantizados por el gobierno:

Respuesta: SI/NO
Periodo de medición: Anual
Fuente: Sistema de información administrativa
Explicación: Determinar el alcance de la cobertura para medicamentos

86. ¿El financiamiento en el sistema público es total?

Respuesta: SI/NO
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información administrativa y presupuestos
Explicación: Determinar el nivel de financiación del sistema público de medicamentos

87. ¿El financiamiento en el sistema privado es total?

Respuesta: SI/NO
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información administrativa y presupuestos
Explicación: Determinar el nivel de financiación del sistema público de medicamentos

88. Gasto corriente de importaciones de medicamentos en relación al total de importaciones

Numerador: Gasto corriente de importaciones de medicamentos
Denominador: Gasto corriente en total de importaciones
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Cuentas nacionales
Explicación: Determinar la dependencia en el comercio farmacéutico y el gasto en medicinas importadas en relación a otras importaciones para ver si el costo de compra es alta.

89. ¿Se aplican las normativas regionales (MERCOSUR/UNASUR) sobre compras conjuntas en el país?

Respuesta: SI/NO
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Cuentas nacionales, Sistema de información ISAGS
Explicación: Determinar el alcance de la normativa regional de las compras conjuntas

Proceso:

90. Cantidad de instituciones de educación farmacéutica públicas y privadas

Numerador: No. de instituciones de educación farmacéutica públicas y privadas
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información administrativa
Explicación: Determinar las posibilidades de educación farmacéutica

91. Implementación adecuada [12] de políticas para la promoción de recursos humanos en farmacéutica totales

Numerador: No. de políticas implementadas adecuadamente para la promoción de recursos humanos en farmacéutica totales por medio de programas específicos
Denominador: No. total de políticas implementadas para la promoción de recursos humanos
Desglose: Número y tipo de documentos de política en materia de promoción de recursos humanos en farmacéutica, número de lugares de trabajo que cuentan con especialistas y comités encargados con la promoción de recursos humanos en farmacéutica totales, número de informes o de evaluaciones de las necesidades financieras derivadas de la implementación de la política, número de informes presentados y tomados en cuenta por la alta dirección a los efectos del seguimiento y la evaluación de la política en materia de promoción de recursos humanos en farmacéutica.
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información administrativa, programas nacionales, cuentas nacionales de salud
Explicación: Determinar la efectividad de políticas para la promoción de recursos humanos en recursos farmacéuticos en términos de implementación adecuada.

[12] A ser definido a nivel de UNASUR

92. *Implementación adecuada[13] de políticas para la distribución adecuada de recursos humanos en recursos farmacéuticos totales*

93. *Numerador: No. de políticas implementadas adecuadamente para la distribución de recursos humanos en recursos farmacéuticos totales por medio de programas específicos*
    Denominador: No. total de políticas propuestas para la distribución de recursos humanos
    Periodo de medición: Anualmente
    Fuente: Sistemas de información administrativa, programas nacionales, cuentas nacionales de salud
    Explicación: Determinar la distribución de recursos humanos en recursos farmacéuticos en términos de implementación de políticas. Trabajadores de la salud a menudo se concentran en las zonas urbanas, mientras que los entornos rurales y remotas carecen de atención básica de salud.

94. *Implementación adecuada[14] de las normas de promoción de uso de genéricos*

Numerador: No. de documentos, evaluaciones, reuniones...
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información administrativa, programas nacionales, cuentas nacionales de salud
Explicación: Determinar la implementación de las normas de promoción de uso de genéricos.

95. *Existencia de alianza público-privada para el desarrollo de productos*

Respuesta: SI/NO

Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información administrativa, programas nacionales, programas de instituciones privadas
Explicación: Determinar la cooperación entre el sector público y el sector privado, intercambio de buenas prácticas, intercambio de proyectos y financiamiento.

96. *Existencia de actualización periódica: ¿se actualiza el listado de medicamentos especializados periódicamente?*

Numerador: No. de veces por año el listado de medicamentos se actualiza
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información administrativa, ministerio de salud
Explicación: Determinar la actualización del listado de medicamentos especializados en relación con

[13] A ser definido a nivel de UNASUR

[14] A ser definido a nivel de UNASUR

97. Implementación adecuada[15] de políticas a partir de acuerdos tomados en UNASUR en materia de acceso a medicamentos

Numerador: No. de países que han implementado políticas adecuadamente a partir de acuerdos en UNASUR en materia de acceso a medicamentos (documentos y programas realizados, presupuestos para acceso a medicamentos, en mención de acuerdos con UNASUR)
Denominador: No. total de países miembros
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información administrativa, programas nacionales, cuentas nacionales de salud
Explicación: Determinar el impacto y el alcance de UNASUR al nivel nacional con relación a la implementación de acuerdos hechos en UNASUR.

Producto:

98. Distribución de graduados de personal de farmacéutica en el país (áreas urbanas y rurales

Numerador1: No. total de graduados de personal de farmacéutica que laboran en áreas urbanas
Numerador2: No. total de graduados de personal de farmacéutica que laboran en áreas rurales
Denominador: No. total de graduados de personal farmacéutica
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Registros universitarios, centros de formación, sistema de información y evaluaciones de centros de salud
Explicación: Determinar la reanudación de la fuerza laboral farmacéutica

99. Densidad de los farmacéuticos

Numerador: Número total de la fuerza laboral farmacéutica activa x 100
Denominador: Población de 1000 habitantes
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema administrativo de informes, Censo de población, Evaluaciones de los establecimientos de salud

Explicación: Determinar la disponibilidad de personal farmacéutico.

100. Número total de personal de farmacéutico en el país

Numerador: Número total de farmacéuticos
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente

[15] A ser definido a nivel de UNASUR

Fuente: Sistema Administrativo de informes, censos de población, las evaluaciones de los establecimientos de salud
Explicación: Determinar el nivel real de recursos humanos en el personal farmacéutico

101. Densidad de personal farmacéutica en las zonas rurales x 1000 habitantes

Numerador: Número total de farmacéuticos en zona rural (fuerza laboral activa) x 100
Denominador: Población de 1000
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema Administrativo de informes, Censo de población, Evaluaciones de los establecimientos de salud
Explicación: Determinar la disponibilidad de personal farmacéutico en zonas rurales.

102. Porcentaje de medicamentos de producción nacional

Numerador: No. de medicamentos producidos en el territorio nacional x 100
Denominador: No. de medicamentos importados y producidos en el territorio nacional
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Cuentas nacionales y datos de industrias farmacéuticas
Explicación: Determinar la producción nacional de medicamentos para evaluar dependencia del mercado, precios de medicamentos, peso de la industria farmacéutica nacional

103. Existencia de buenas prácticas de manufactura de medicamentos

Respuesta: SI/NO
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema legislativo nacional, Sistema de reglamento de industria farmacéutica nacional
Explicación: Determinar la existencia de buenas prácticas en la fabricación de medicamentos

104. Existencia de prácticas de farmacovigilancia

Respuesta: SI/NO
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema legislativo nacional, Sistema de reglamento de industria farmacéutica nacional
Explicación: Determinar la existencia de prácticas de farmacoviligancia

105. Porcentaje de medicamentos producidos en el país

Numerador: No. de medicamentos producidos en el país x 100
Denominador: No. de medicamentos importados
Periodo de medición: Anualmente

Fuente: Sistema Administrativo de informes
Explicación: Determinar la fuerza del mercado de los medicamentos al nivel nacional y el nivel de independencia.

106. ¿Cuántas compras conjuntas de medicamentos se hicieron con otros países?

Numerador: Valor de importación derivado de compras conjuntas de medicamentos con otros países
Denominador: Valor total de importación de medicamentos
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Cuentas nacionales, Sistemas de información administrativa regional y local, Sistemas de información de centros de salud
Explicación: Determinar la proporción de cooperación en importación de medicamentos

<u>Resultado:</u>

107. Variación anual del índice de precios de mercado (de venta al público)

Numerador: Índice de precios de mercado el año anterior al año estudiado - Índice de precios de mercado el año estudiado x 100
Denominador: Índice de precios del año anterior
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información de administración, Sistemas de información económica
Explicación: Determinar la tasa de inflación

108. Cantidad de medicamentos desabastecidos al nivel de los establecimientos de salud

Numerador: No. de establecimientos de salud que tuvieron por lo menos un desabastecimiento de por lo menos un medicamento de la lista de medicamentos esenciales nacional en los últimos 12 meses
Denominador: No. total de medicamentos en la lista de medicamentos esenciales
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Informes inventario de centros de salud, Sistemas de información instalación de rutina
Explicación: Determinar si los medicamentos y productos esenciales están disponibles en establecimientos de salud

109. Cobertura gratuita de medicamentos contra el VIH/SIDA

Numerador: No. de países con cobertura gratuita de medicamentos contra el HIV/SIDA
Denominador: No. total de países
Periodo de medición: 1 – 5 años
Fuente: Sistema de información administrativa nacional, Ministerio de salud
Explicación: Determinar las políticas públicas en materia de cobertura de medicamentos contra el VIH/SIDA

110. Cobertura gratuita de medicamentos básicos y esenciales

Numerador: No. de países con cobertura gratuita de medicamentos básicos y esenciales, según la lista nacional de medicamentos esenciales
Denominador: No. total de países
Periodo de medición: 1 – 5 años
Fuente: Sistema de información administrativa nacional, Ministerio de salud
Explicación: Determinar las políticas públicas en materia de cobertura de medicamentos básicos y esenciales

111. Relación entre precios nacionales e internacionales

Numerador: Precio promedio de medicamentos nacionales específicos para un área de salud trazador
Denominador: Precio promedio de medicamentos internacionales específicos para un área de salud trazador
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema Administrativo de informes, Banco de precios, Empresas farmacéuticas nacionales e internacionales
Explicación: Determinar la diferencia entre los precios nacionales e internacionales para ver si los precios nacionales están comparables al promedio internacional.

112. Porcentaje de importación de medicamentos

Numerador: Importación de medicamentos x100
Denominador: Consumo de medicamentos
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Cuentas nacionales
Explicación: Determinar la demanda nacional de medicamentos producidos en otros países.

113. Porcentaje de exportación de medicamentos

Numerador: Valor de la exportación de medicamentos x100
Denominador: Valor total de exportaciones
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Cuentas nacionales
Explicación: La valor de los medicamentos exportados, incluyendo mercancía, transporte, carga, aseguranza, regalías, tarifas de licencia, y otros servicios.

114. ODS 3, sub-meta 8: Cobertura universal de la salud incluyendo la protección contra riesgos financieros, acceso a servicios esenciales y de calidad de salud y acceso a medicamentos y vacunas seguras, efectivas y asequibles para todos

a. Porcentaje de personas con cobertura de salud incluyendo medicamentos y vacunas

Numerador: No. de personas con cobertura de salud, incluyendo medicamentos y vacunas x100
Denominador: Población total
Periodo de medición: 1 – 5 años
Fuente: Datos de establecimientos de salud, Encuestas poblacionales
Explicación: Determinar el progreso hacia la cobertura universal de salud al 100%

b. Existencia de subsidios para medicamentos para personas de bajos recursos
Numerador: No. de países que tienen políticas de subsidios para medicamentos para personas de bajos recursos
Denominador: No. total de países
Periodo de medición: 1 – 5 años
Fuente: Datos de establecimientos de salud, Ministerio de la salud
Explicación: Determinar el progreso hacia la cobertura universal de salud al 100%

115. ODS 3b: Investigación y producción de vacunas y medicamentos y el suministro de medicamentos y vacunas esenciales, de acuerdo con la Declaración de Doha que afirma el derecho de los países en desarrollo al uso máximo de las disposiciones del acuerdo TRIPS, la relación a las flexibilidades para proteger la salud pública y en general proporcionar el acceso a medicamentos para todos

a. Cantidad de licencias obligatorias concedidas

Numerador: No. de licencias obligatorias concedidas
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema administrativo y legislativo nacional
Explicación: Determinar el alcance de las flexibilidades de TRIPS

b. Cantidad de patentes farmacéuticas de titulares nacionales

Numerador: No. de patentes farmacéuticas de titulares nacionales
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema administrativo de patentes nacional
Explicación: Determinar el nivel de patentes farmacéuticos de titulares nacionales

c. Porcentaje de participación de industria nacional en las ventas nacionales de medicamentos

Numerador: No. de industrias nacionales participando en las ventas nacionales de medicamentos x 100
Denominador: No. total de industrias participando en las ventas nacionales de medicamentos
Periodo de medición: 1 – 2 años
Fuente: Sistema de información de las ventas nacionales de medicamentos
Explicación: Determinar la representación de industrias nacionales farmacéuticas en proporción a la representación internacional

116. ODS 3b: Porcentaje de la población con acceso a medicamentos esenciales y suministros de fuera asequible y sostenible

Numerador: Población desglosada con acceso (físico, social, financiero) a medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible
Denominador: Población total desglosada del país/territorio
Periodo de medición: 1 – 5 años
Fuente: Encuestas Nacionales de Salud
Explicación: Determinar la accesibilidad de medicamentos esenciales

117. ODS 3, Sub-meta 8

a. Tasas de tratamiento/cobertura para Tuberculosis

b. Tasa de tratamiento/cobertura para VIH/SIDA

c. Tasa de tratamiento/cobertura para diabetes

d. Tasa de tratamiento/cobertura para hipertensión

Numerador1: No. de personas recibiendo tratamiento para Tuberculosis, VIH/SIDA, diabetes, hipertensión
Numerador 2: No. de personas recibiendo atención para Tuberculosis, VIH/SIDA, diabetes, hipertensión
Denominador: No. de personas afectadas por Tuberculosis, VIH/SIDA, diabetes, hipertensión
Periodo de medición: Anualmente

Fuente: Sistemas de información de centros de salud, Sistemas de información administrativa, Encuestas de centros de salud
Explicación: Determinar el acceso a tratamientos y de cobertura para Tuberculosis, VIH/SIDA, diabetes, hipertensión

118. ODS 3, sub-meta 8: Porcentaje de menores de edad con un esquema de vacunación completa

Numerador: No. menores de edad con un esquema de vacunación completa x 100
Denominador: No. total de menores del país/el territorio
Periodo de medición: 1 – 5 años
Fuente: Encuestas poblacionales de salud, Sistemas de información de instalación de rutina
Explicación: Determinar el porcentaje de menores de edad que tienen un esquema de vacunación completa

Acceso a medicamentos: nivel regional

Insumo:

119. Gasto total en UNASUR para responder al acceso a medicamentos

Numerador: Gasto total *en* UNASUR para responder al acceso a medicamentos en concepto de: reuniones, documentos, talleres, logística, entre otros, x100

Denominador: Gasto total de UNASUR en salud

Periodo de medición: Anualmente

Fuente: Sistema de información de presupuestos de UNASUR e ISAGS

Explicación: Determinar el esfuerzo de UNASUR para el acceso a medicamentos

120. Gasto de UNASUR en concepto de capacitaciones

Numerador: Gasto total de UNASUR en concepto de capacitaciones de formación de expertos x100
Denominador: Gasto total de UNASUR en salud
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información de presupuestos de UNASUR e ISAGS
Explicación: Determinar el esfuerzo en financiamiento y capacitaciones para mejorar el acceso a medicamentos

121. Gasto en UNASUR en concepto de reuniones y coordinación sobre acceso a medicamentos

Numerador: Gasto *en* UNASUR en concepto de reuniones y coordinación sobre acceso a medicamentos
Denominador: Gasto total de UNASUR en salud
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información de presupuestos de UNASUR e ISAGS
Explicación: Determinar el esfuerzo en financiamiento al nivel de UNASUR para mejorar el acceso a medicamentos

122. Número de Resoluciones /acuerdos regionales para responder al acceso a medicamentos

Numerador: No. de resoluciones/acuerdos regionales financiados/organizados por UNASUR en tema de acceso a medicamentos
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información de informes de UNASUR e ISAGS, comunicados de prensa
Explicación: Determinar la actividad política de UNASUR en tema de acceso a medicamentos, determinar la actividad de otros organismos regionales en tema de acceso a medicamentos

123. Banco de precios de medicamentos: Gasto total del proyecto para la creación de un banco Suramericano de precios

Numerador: Gasto total del proyecto para la creación de un banco Suramericano de precios [reuniones, logística, personal, capacitación]
Denominador: Gasto total de UNASUR en salud
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información de presupuestos de UNASUR e ISAGS
Explicación: Determinar el esfuerzo en financiamiento del proyecto de banco de precios

124. Compra conjunta de medicamentos: Suscripción/firma de convenio de adquisición de medicamentos a través del Fondo estratégico de la OPS/OMS

Numerador: No. de suscripciones nacionales para la adquisición de medicamentos en compra conjunto (a través del Fondo estratégico de la OPS/OMS)
Denominador: No. total de países miembros
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información del Fondo estratégico de la OPS, OMS, ISAGS, UNASUR
Explicación: Determinar la evolución de las suscripciones al Fondo estratégico para compras conjuntas de medicamentos al nivel regional

Proceso:

125. Número de expertos llevando propuestas de UNASUR en espacios multilaterales

Numerador: No. de expertos en acceso a medicamentos llevando propuestas de UNASUR en espacios multilaterales
Denominador: No. total de expertos en acceso a medicamentos
Periodo de medición: Anualmente

Fuente: Sistema de información de ISAGS/UNASUR y de la planificación de los eventos de los espacios multilaterales (OPS, OMS...)
Explicación: Determinar el esfuerzo y el alcance de UNASUR en espacios multilaterales

126. Número de reuniones/eventos regionales para discutir acciones para mejorar el acceso a medicamentos.

Numerador: No. de reuniones/eventos regionales financiadas/organizadas por UNASUR para discutir acciones para mejorar el acceso a medicamentos
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de informes de UNASUR, ISAGS, Mercosur, Comunidad Andina, OEA, y otros organismos regionales
Explicación: Determinar el nivel de esfuerzo de concertación al nivel regional para mejorar el acceso a medicamentos

127. Número de países que han participado en reuniones de coordinación sobre acceso a medicamentos

Numerador: No. de países que han participado en reuniones de coordinación financiados/organizados por UNASUR sobre acceso a medicamentos
Denominador: No. total de países
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información de informes de UNASUR e ISAGS
Explicación: Determinar el nivel de compromiso de los países miembros en mejorar el acceso a medicamentos al nivel de UNASUR

128. Implementación regional adecuada[16] de políticas a partir de acuerdos tomados en UNASUR en materia de acceso a medicamentos

Numerador: No. de países que implementaron políticas a partir de acuerdos en UNASUR en materia de acceso a medicamentos (documentos y programas realizados, presupuestos para acceso a medicamentos, en mención de acuerdos con UNASUR)
Denominador: No. Total de países de UNASURPeriodo de medición: Anualmente

Fuente: Sistema de información administrativa de UNASUR e ISAGS, Sistema de información de ONGs
Explicación: Determinar la influencia y el alcance de los acuerdos hechos en UNASUR sobre políticas para el acceso a medicamentos

129. Número de grupos de trabajo regionales para discutir acciones para mejorar el acceso a medicamentos

Numerador: No. de grupo de trabajo regionales financiados/organizados por UNASUR en tema de acceso a medicamentos

[16] A ser definido a nivel de UNASUR

Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información de informes de UNASUR e ISAGS
Explicación: Determinar la concertación regional en concepto de grupos de trabajo para mejorar el acceso a medicamentos

130. Número de actas, acuerdos de reuniones de coordinación sobre acceso a medicamentos

Numerador: No. de actas y acuerdos de reuniones de coordinación financiados/organizados por UNASUR
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información de informes de UNASUR e ISAGS
Explicación: Determinar el esfuerzo político de la región en el tema del acceso a medicamentos

131. Número de reuniones de otros organismos regionales en temas de acceso a medicamentos en los que participó UNASUR u otros países miembros.

Numerador: No. de reuniones de otros organismos en tema de acceso a medicamentos en los que participó UNASUR u otros países miembros
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información de informes de UNASUR e ISAGS, Sistema de información de actividad de Ministerios de la salud, Sistema de información de participantes de eventos de organismos regionales, Sistema de información de participantes de eventos de organismos multilaterales
Explicación: Determinar la involucración de UNASUR y de sus países miembros en reuniones organizadas por terceras partes

132. Número de alianzas con otros organismos regionales en temas de acceso a medicamentos

Numerador: No. de alianzas con otros organismos regionales en tema de acceso a medicamentos
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información de UNASUR, ISAGS y de otros organismos: OPS, OMS, ONGs
Explicación: Determinar el esfuerzo cooperativo de diferentes organismos para mejorar el acceso a medicamentos

133. Banco de precios de medicamentos: Número de reuniones entre los países para la revisión e implementación del proyecto

Numerador: No. de reuniones entre los países miembros para la revisión e implementación del proyecto de banco de precios de medicamentos
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información de eventos de UNASUR e ISAGS
Explicación: Determinar el esfuerzo en el mejoramiento y la implementación del proyecto del banco de precios de medicamentos

134. Banco de precios: Número de países que usan el listado del banco de precios de medicamentos

Numerador: No. de países que usan el listado del Banco de precios
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información de ISAGS/UNASUR
Explicación: Determinar la participación concreta en usar el Banco de precios

135. Banco de precios: Implementación adecuada[17] del banco de precios de Medicamentos

Numerador: Presupuestos de implementación, programas e informes de acción para el Banco de precios de medicamentos
Denominador: Presupuesto previsto para el Banco de precios
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información de UNASUR e ISAGS
Explicación: Determinar la efectividad en la implementación del banco de precios

136. Banco de precios: Cantidad países que reportan al menos el 40% de los medicamentos listados

Numerador: No. de países que reportan al menos 40% de los listados del Banco de precios
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información de informes de ISAGS, Ministerios de salud nacionales
Explicación: Determinar el alcance del uso del Banco de precios

137. Compra conjunta de medicamentos: Número de medicamentos negociados entre los países miembros de UNASUR

Numerador: No. de medicamentos negociados entre los países miembros de UNASUR en tema de la compra conjunta de medicamentos
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente

[17] A ser definido a nivel de UNASUR

Fuente: Sistema de información del Fondo estratégico de la OPS, OMS, ISAGS, UNASUR
Explicación: Determinar la implementación concreta de la estratégia de compra conjunta en concepto de negociaciones de medicamentos

138. Compra conjunta de medicamentos: Número de reuniones preparatorias

Numerador: No. de reuniones preparatorias para implementar compras conjuntas de medicamentos
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información del Fondo estratégico de la OPS, OMS, ISAGS, UNASUR
Explicación: Determinar el esfuerzo de capacitación y de cooperación de los organismos regionales para implementar compras conjuntas

139. Compra conjunta de medicamentos: Implementación adecuada[18] en de la compra conjunta de medicamentos en los países

Numerador: No. de países que compran medicamentos conjuntamente, dentro del Fondo estratégico de OPS/OMS
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información del Fondo estratégico de la OPS, OMS, ISAGS, UNASUR, Cuentas nacionales de importación
Explicación: Determinar la implementación de la estrategia de la compra conjunta de medicamentos

140. Compra conjunta de medicamentos: Número de países suscritos

Numerador: No. de países suscritos
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información de ISAGS/UNASUR
Explicación: Determinar el compromiso de los países en la estrategia de compra conjunta de medicamentos

[18] A ser definido a nivel de UNASUR

Producto:

141. Número de propuestas formuladas para responder al acceso a medicamentos a nivel global

Numerador: No. de propuestas formuladas por UNASUR para responder al acceso a medicamentos al nivel global
Denominador: No. Total de propuestas de UNASUR
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información de eventos de UNASUR e ISAGS, Comunicados de prensa e informes, Sistemas de información de informes y planificación de organizaciones globales
Explicación: Determinar el alcance de UNASUR en tema de acceso a medicamentos al nivel global

142. Número de expertos capacitados en materia de acceso a medicamentos

Numerador: No. de expertos capacitados y financiados/organizados por UNASUR en materia de acceso a medicamentos
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información del personal de ISAGS
Explicación: Determinar la fuerza laboral estratégica para mejorar el acceso a medicamentos

143. Número de proyectos de Resolución sobre medicamentos aprobados por el Consejo de Salud o Cancilleres

Numerador: No. de proyectos de resolución sobre medicamentos aprobados por el Consejo de Salud o Cancilleres
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información de ISAGS/UNASUR
Explicación: Determinar el nivel de compromiso de los otros actores del ejecutivo dentro de UNASUR al nivel regional

144. Número de proyectos con otros organismos en tema de acceso a medicamentos para la región

Numerador: No. de proyectos con otros organismos, como Mercosur, CAN, y OEA, en tema de acceso a medicamentos
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente

Fuente: Sistema de información de ISAGS/UNASUR, de ONGs, de OMS, OPS, organismos regionales

Explicación: Determinar la coordinación de varios niveles en materia de proyectos para mejorar el acceso a medicamentos en la región

145. Compra conjunta de medicamentos: Cantidad de medicamentos adquiridos a través del fondo estratégico de la OPS/OMS

Numerador: Cantidad de medicamentos comprados conjuntamente
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistema de información de ISAGS/UNASUR
Explicación: Determinar la implementación del proyecto de compra conjunta de medicamentos

146. Compra conjunta de medicamentos: Volumen total de medicamentos adquiridos a través del fondo estratégico de la OPS/OMS

Numerador: No. total de medicamentos comprados conjuntamente
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información de OPS/OMS, Cuentas nacionales, Balances contables nacionales
Explicación: Determinar el nivel de compromiso de la compra conjunta de medicamentos

<u>Resultado:</u>

147. Número de posiciones comunes de UNASUR sobre acceso a medicamentos aprobadas en espacios multilaterales

Numerador: No. de posiciones comunes de UNASUR sobre acceso a medicamentos aprobadas en espacios multilaterales
Denominador: N/A
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información de UNASUR/ISAGS, de espacios multilaterales (OMS, OPS, ONU...)
Explicación: Determinar el alcance de UNASUR al nivel global y multilateral

148. Tasa media de acceso a medicamentos entre los países miembros

Numerador: Suma de las estimaciones nacionales de acceso a medicamentos
Denominador: No. total de países miembros de UNASUR (12)
Periodo de medición: 1 – 5 años
Fuente: Sistemas de información de ISAGS, de administraciones nacionales, de encuestas poblacionales
Explicación: Determinar el promedio regional en acceso a medicamentos

149. Banco de precios de medicamentos: Porcentaje de productos que experimentaron una reducción en las asimetrías de precios entre los países miembros de UNASUR

Numerador: No. de medicamentos en el Banco de precios cuyos precios que están por debajo de la media de los precios de los países miembros de UNASUR x100
Denominador: No. de medicamentos en el listado del Banco
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información de Ministerios de la salud, cuentas nacionales, ONGs, Banco de precios de medicamentos
Explicación: Determinar si el Banco de precios ha ayudado en la reducción de asimetrías de precios entre los países

150. Compra conjunta de medicamentos: Porcentaje de población con cobertura de los medicamentos comprados bajo este marco por enfermedad

Numerador: No. de personas sufriendo de enfermedad x que tienen cobertura del medicamento necesitado en el marco de compra conjunta
Denominador: Población sufriendo de enfermedad x
Periodo de medición: Anualmente
Fuente: Sistemas de información administrativa nacional, Sistema de información de centros de salud y de farmacias
Explicación:

151. Compra conjunta de medicamentos: Disminución regional de precio de adquisición de medicamentos

Numerador: La diferencia entre el índice de precios de medicamentos en un año X y el año Y
Denominador: Índice de precios en un año X
Periodo de medición: Anualmente, Bianualmente
Fuente: Sistemas de información de compañías farmacéuticas
Explicación: Determinar la evolución de los precios de medicamentos después de haber implementado el Banco de precios y la estrategia de compra conjunta

152. Compra conjunta de medicamentos: Disminución del precio promedio en comparación con promedio internacional adecuado

Numerador: El precio promedio internacional en el año Y menos la diferencia entre el índice de precios de medicamentos en un año X y el año Y al nivel regional
Denominador: Precio promedio
Periodo de medición: 1 – 5 años
Fuente: Sistemas de información de OMS, OPS, ISAGS
Explicación: Determinar el rango del precio de medicamentos en la región de UNASUR en comparación con el nivel internacional y también su evolución

Anexo 2. Metas y sub-metas de los ODS Relacionados con la Salud

SDGs				
Total: 17 goals, 169 targets and 100 indicators (more to be developed in the negotiations)				
Goals		Targets	Indicators	In addition, the following Complementary National Indicators relate to health according to the document
1	End poverty in all its forms everywhere	By 2030, reduce at least by half the proportion of men, women and children of all ages living in poverty in all its dimensions according to national definitions	a. Multidimensional Poverty Index	
		By 2030 ensure that all men and women, particularly the poor and the vulnerable, have equal rights to economic resources, as well as access to	a. Percentage of eligible population covered by national social protection programs	

		basic services, ownership, and control over land and other forms of property, inheritance, natural resources, appropriate new technology, and financial services including microfinance		
2	End hunger, achieve food security and improved nutrition and promote sustainable agriculture	By 2030 end hunger and ensure access by all people, in particular the poor and people in people, in particular the poor and people in vulnerable situations including infants, to safe, nutritious and sufficient food all year round	a. Proportion of population below minimum level of dietary energy consumption (MDG Indicator) b. Percentage of women of reproductive age (15-49) with anemia c. Prevalence of stunting and wasting in children under 5 years of age d. Percentage of infants under 6 months who are exclusively breast fed e. Percentage of women (15-49) who consume at least 5 out of 10 defined food groups f. Percentage of population with shortfalls of: iron, zinc, iodine, vitamin A, folate, vitamin B12 [and vitamin D] g. Proportion of infants 6-23 months of age who receive a minimum acceptable diet h. Percentage children born with low birth weight	• Percentage of births attended by skilled health personnel (MDG Indicator) • Antenatal care coverage (at least one visit and at least four visits) (MDG Indicator) • Post-natal care coverage (one visit) (MDG Indicator)

		By 2030 end all forms of malnutrition, including achieving by 2025 the internationally agreed targets on stunting and wasting in children under 5 years of age, and address the nutritional needs of adolescent girls, pregnant and lactating women, and older persons	a. Percentage of women of reproductive age (15-49) with anemia b. Prevalence of stunting and wasting in children under 5 years of age c. Percentage of infants under 6 months who are exclusively breast fed d. Percentage of population with shortfalls of: iron, zinc, iodine, vitamin A, folate, vitamin B12 [and vitamin D] e. Proportion of infants 6-23 months of age who receive a minimum acceptable diet f. Percentage of total daily energy intake from protein in adults	

3	Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages	By 2030 reduce the global maternal mortality ratio to less than 70 per 100,000 live births	a. Maternal mortality ratio (MDG Indicator) and rate b. Percentage of births attended by skilled health personnel (MDG Indicator) c. Antenatal care coverage (at least one visit and at least four visits) (MDG Indicator) d. Post-natal care coverage (one visit) (MDG Indicator e. Coverage of iron-folic acid supplements for pregnant women (%) f. Percentage of health facilities meeting service specific readiness requirements	•Percentage of population with shortfalls of: iron, zinc, iodine, vitamin A, folate, vitamin B12, [and vitamin D] • Percentage children born with low birth weight •Proportion of infants 6–23 months of age who receive a minimum acceptable diet •Percentage children born with low birth weight •Percentage of births attended by skilled health personnel (MDG Indicator) •Antenatal care coverage (at least one visit and at least four visits) (MDG Indicator) •Post-natal care coverage (one visit) (MDG Indicator) •Coverage of iron-folic acid supplements for pregnant women (%) •Incidence rate of diarrheal disease in children under 5 years •Percentage of 1 year-old children immunized against measles (MDG Indicator) •Percent HIV+ pregnant women receiving PMTCT •Condom use at last high-risk sex (MDG Indicator) •Percentage of tuberculosis cases detected and cured under directly observed treatment short course (MDG Indicator) •Percentage of children under 5 with fever who are treated with appropriate anti-malarial

				drugs (MDG Indicator) • Percentage of people in malaria-endemic areas sleeping under insecticide-treated bed nets (modified MDG Indicator) • Percentage of confirmed malaria cases that receive first-line antimalarial therapy according to national policy • Percentage of suspected malaria cases that receive a parasitological test • Percentage of pregnant women receiving malaria IPT (in endemic areas) • Neglected Tropical Disease (NTD) cure rate • Incidence and death rates associated with hepatitis •Percentage of women with cervical cancer screening • Percentage of adults with hypertension diagnosed & receiving treatment • Harmful use of alcohol •Healthy life expectancy at birth • Waiting time for elective surgery • Prevalence of insufficient physical activity • Fraction of calories from saturated fat and added sugar •Age-standardized mean population intake of salt (sodium chloride) per day in grams in persons aged 18+ years • Prevalence of persons (aged 18+ years) consuming less than five total servings (400 grams) of fruit and vegetables per day

				• Percentage change in per capita [red] meat consumption relative to a 2015 baseline • Age-standardized (to world population age distribution) prevalence of diabetes (preferably based on HbA1c), hypertension, cardiovascular disease, and chronic respiratory disease. • [Mortality from indoor air pollution] – to be developed • Percentage of health facilities meeting service specific readiness requirements. • Percentage of population with access to affordable essential drugs and commodities on a sustainable basis • Percentage of new health care facilities built in compliance with building codes and standards • Public and private R&D expenditure on health (% GNP) • Ratio of health professionals to population (MDs, nurse midwives, nurses, community health workers, EmOC caregivers) • Percentage of women and men aged 15–49 who report discriminatory attitudes towards people living with HIV

		By 2030 end preventable deaths of newborns and under-5 children	a. Percentage of infants under 6 months who are exclusively breast fed b. Neonatal, infant, and under-5 mortality rates (modified MDG Indicator) c. Percent of children receiving full immunization (as recommended by national vaccination schedules) d. Percentage of births attended by skilled health personnel (MDG Indicator) e. Antenatal care coverage (at least one visit and at least four visits) (MDG Indicator) f. Post-natal care coverage (one visit) (MDG Indicator) g. Incidence rate of diarrheal disease in children under 5 years h. Percentage of children under 5 with fever who are treated with appropriate anti-malarial drugs (MDG Indicator)	

		By 2030 end the epidemics of AIDS, tuberculosis, and neglected tropical diseases and combat hepatitis, water-borne diseases, and other communicable diseases	a. Percent of children receiving full immunization (as recommended by national vaccination schedules b. HIV incidence, treatment rate, and mortality (modified MDG Indicator) c. Incidence, prevalence, and death rates associated with all forms of TB (MDG Indicator) d. Incidence and death rates associated with malaria (MDG Indicator) e. [Consultations with a licensed provider in a health facility or in the community per person, per year] – to be developed f.[Percentage of population without effective financial protection or health care, per year] – to be developed g. Incidence rate of diarrheal disease in children under 5 years h. Percentage of 1 year-old children immunized against measles (MDG Indicator) i. Percent HIV+ pregnant women receiving PMTCT j. Condom use at last high-risk sex (MDG Indicator) k. Percentage of tuberculosis cases detected and cured under directly observed treatment short course (MDG Indicator) l. Percentage of children under 5 with fever who are treated with appropriate anti-malarial drugs (MDG Indicator). m. Percentage of people in malaria-endemic areas sleeping under insecticide-treated bed nets (modified MDG Indicator).	

			n. Percentage of confirmed malaria cases that receive first-line antimalarial therapy according to national policy. o. Percentage of suspected malaria cases that receive a parasitological test. p. Percentage of pregnant women receiving malaria IPT (in endemic areas) q. Neglected Tropical Disease (NTD) cure rate r. Incidence and death rate associated with hepatitis s. Percentage of women and men aged 15-49 who report discriminatory attitudes towards people living with HIV	
		By 2030 reduce by one-third pre-mature mortality from non-communicable diseases (NCDs) through prevention and treatment, and	a. Probability of dying between exact ages 30 and 70 from any of cardiovascular disease, cancer, diabetes, chronic respiratory disease, [or suicide] b. Percent of population overweight and obese, including children under 5	

		promote mental health and wellbeing	c. [Consultations with a licensed provider in a health facility or in the community per person, per year] – to be developed d. Proportion of persons with a severe mental disorder (psychosis, bipolar affective disorder, or moderate-severe depression) who are using services e. Current use of any tobacco product (age-standardized rate) f. Percentage of women with cervical cancer screening g. Percentage with hypertension diagnosed & receiving treatment h. Waiting time for elective surgery i. Prevalence of insufficient physical activity j. Fraction of calories from saturated fat and added sugar k. Age-standardized mean population intake of salt (sodium chloride) per day in grams in persons aged 18+ years l. Prevalence of persons (aged 18+ years) consuming less than five total servings (400 grams) of fruit and vegetables per day m. Percentage change in per capita [red] meat consumption relative to a 2015 baseline n. Age-standardized (to world population age distribution) prevalence of diabetes (preferably based on HbA1c), hypertension, cardiovascular disease, and chronic respiratory disease.	

		Strengthen prevention and treatment of substance abuse, including narcotic drug abuse and harmful use of alcohol	a. Current use of any tobacco product (age-standardized rate) b. Harmful use of alcohol	
		By 2030 halve global deaths from road traffic accidents	a. Road traffic deaths per 100,000 population	
		By 2030 ensure universal access to sexual and reproductive health care services, including for family planning, information and education, and the integration of reproductive health into national strategies and programs	a. Total fertility rate b. Contraceptive prevalence rate (MDG Indicator) c. Met demand for family planning (modified MDG Indicator) d. Adolescent birth rate (MDG Indicator) e. Percentage of young people receiving comprehensive sexuality education	

		Achieve universal health coverage (UHC), including financial risk protection, access to quality essential health care services, and access to safe, effective, quality, and affordable essential medicines and vaccines for all	a. Percent of children receiving full immunization (as recommended by national vaccination schedules) b. [Consultations with a licensed provider in a health facility or in the community per person, per year] – to be developed c. [Percentage of population without effective financial protection or health care, per year] – to be developed d. Healthy life expectancy at birth e. Waiting time for elective surgery f. Percentage of health facilities meeting service specific readiness requirements g. Percentage of population with access to affordable essential drugs and commodities on a sustainable basis h. Percentage of new health care facilities built in compliance with building codes and standards i. Ratio of health professionals to population (MDs, nurse midwives, nurses, community health workers, EmOC caregivers)	
		By 2030 substantially reduce the number of deaths and illnesses from hazardous chemicals and air, water, and soil pollution and contamination	a. Mean urban air pollution of particulate matter (PM10 and PM2.5) b. [Mortality from indoor air pollution] – to be developed c. [Indicator on chemical pollution] – to be developed	
		A strengthen implementation of	a. Current use of any tobacco product (age-standardized rate)	

		the Framework Convention on Tobacco Control in all countries as appropriate		
		Support research and development of vaccines and medicines for the communicable and non- communicable diseases that primarily affect developing countries, provide access to affordable essential medicines and vaccines, in accordance with the Doha Declaration which affirms the right of developing countries to use to the full the provisions in the TRIPS agreement regarding flexibilities to protect public health and, in particular, provide access to medicines	a. Percentage of population with access to affordable essential drugs and commodities on a sustainable basis b. Public and private R&D expenditure on health (% GNP) c. [Indicator on technology sharing and diffusion] – to be developed	

		for all		
		Increase substantially health financing and the recruitment, development and training and retention of the health workforce in developing countries, especially in LDCs and SIDS	a. Official development assistance and net private grants as percent of GNI b. Domestic revenues allocated to sustainable development as percent of GNI, by sector c. Public and private R&D expenditure on health (% GNP) d. Ratio of health professionals to population (MDs, nurse midwives, nurses, community health workers, EmOC caregivers)	
		Strengthen the capacity of all countries particularly developing countries, for early warning risk reduction, and management of national and global health risks	a. Official development assistance and net private grants as percent of GNI b. Domestic revenues allocated to sustainable development as percent of GNI, by sector c. Public and private R&D expenditure on health (% GNP) d. Ratio of health professionals	

5	Achieve gender equality and empower all women and girls	Eliminate all forms of violence against all women and girls in public and private spheres, including trafficking and sexual and other types of exploitation	a. Prevalence of girls and women 15-49 who have experienced	
		Eliminate all harmful practices, such as child, early and forced marriage and female genital mutilations	a. Percentage of women aged 20-24 who were married or in a union before age 18 b. Percentage of girls and women aged 15-49 years who have undergone FGM/C	
		Ensure universal access to sexual and reproductive health and reproductive rights as agreed in accordance with the Programme of Action of the ICPD and the Beijing Platform for Action and the outcome documents of their review conferences	a. Met demand for family planning (modified MDG Indicator)	

6	Ensure availability and sustainable management of water and sanitation for all	By 2030, achieve universal and equitable access to safe and affordable drinking water for all	a. Percentage of population using safely managed water services, by urban/rural (modified MDG Indicator) b. Percentage of wastewater flows treated to national standards [and reused] – to be developed c. Proportion of total water resources used (MDG Indicator) d. Percentage of population with basic hand washing facilities with soap and water at home e. Percentage of pupils enrolled in primary schools and secondary schools providing basic drinking water, adequate sanitation, and adequate hygiene services. f. Percentage of beneficiaries using hospitals, health centers and clinics providing basic drinking water, adequate sanitation, and adequate hygiene	•Percentage of young people receiving comprehensive sexuality education •Percentage of population practicing open defecation •Percentage of population with basic hand washing facilities with soap and water at home • Proportion of the population connected to collective sewers or with on-site storage of all domestic wastewaters • Percentage of pupils enrolled in primary schools and secondary schools providing basic drinking water, adequate sanitation, and adequate hygiene services. • Percentage of beneficiaries using hospitals, health centers and clinics providing basic drinking water, adequate sanitation, and adequate hygiene

		by 2030, achieve access to adequate and equitable sanitation and hygiene for all, and end open defecation, paying special attention to the needs of women and girls and those in vulnerable situations	a. Percentage of population using safely managed sanitation services, by urban/rural (modified MDG Indicator) b. Percentage of population practicing open defecation c. Percentage of population with basic hand washing facilities with soap and water at home d. Proportion of the population connected to collective sewers or with on-site storage of all domestic wastewaters e. Percentage of pupils enrolled in primary schools and secondary schools providing basic drinking water, adequate sanitation, and adequate hygiene services. f. Percentage of beneficiaries using hospitals, health centers and clinics providing basic drinking water, adequate sanitation, and adequate hygiene	
7	Ensure access to affordable, reliable, sustainable and modern energy for all	by 2030 ensure universal access to affordable, reliable, and modern energy services	a. Share of the population using modern cooking solutions, by urban/rural b. Share of the population using reliable electricity, by urban/rural	

9	Build resilient infrastructure, promote inclusive and sustainable industrialization and foster innovation	Develop quality, reliable, sustainable and, resilient infrastructure, including regional and trans-border infrastructure, to support economic development and human well-being, with a focus on affordable and equitable access for all	a. Percentage of population using safely managed water services, by urban/rural (modified MDG Indicator) b. Percentage of population using basic sanitation services, by urban/rural (modified MDG Indicator) c. Share of the population using modern cooking solutions, by urban/rural d. Share of the population using reliable electricity, by urban/rural e. Access to all-weather road (% access within [x] km distance to road) f. Mobile broadband subscriptions per 100 inhabitants, by urban/rural g. Index on ICT maturity h. Percentage of households with Internet, by type of service by urban/rural areas	

11	Make cities and human settlements inclusive, safe, resilient and sustainable	by 2030, ensure access for all to adequate, safe and affordable housing and basic services, and upgrade slums	a. Percentage of eligible population covered by national social protection programs b. [Consultations with a licensed provider in a health facility or the community per person, per year] – to be developed c. Percentage of population using safely managed water services, by urban/rural (modified MDG Indicator d. Percentage of population using basic sanitation services, by urban/rural (modified MDG Indicator e. Share of the population using modern cooking solutions, by urban/rural f. Share of the population using reliable electricity, by urban/rural g. Percentage of urban population living in slums or informal settlements (MDG Indicator)	
16	Promote peaceful and inclusive societies for sustainable development, provide access to justice for all and build effective, accountable and inclusive	Significantly reduce all forms of violence and related death rates everywhere	a. Violent injuries and deaths per 100,000 population b. Number of refugees	

	institutions at all levels			
		By 2030 provide legal identity for all including free birth registrations	a. Percentage of children under age 5 whose birth is registered with a civil authority	
17	Strengthen the means of implementation and revitalize the global partnership for sustainable development	by 2030, build on existing initiatives to develop measurements of progress on sustainable development that complement GDP, and support statistical capacity building in developing countries	a. Evaluative Wellbeing and Positive Mood Affect	
	Source; Secretary General of the United Nations (2015) Indicators and a Monitoring Framework for the Sustainable Development Goals. (accessed 25/09/2015) Available from: http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2015/05/150612-FINAL-SDSN-Indicator-Report1.pdf			

Anexo 3. Participantes de los talleres

Taller	Nombre	País
Primer taller: ISAGS. Rio de Janeiro, Brasil	1. Cesar Cabral	Paraguay
	2. Andrés Coitiño	Uruguay
	3. Mariana Faria	Brasil
	4. Henri Jouval	Brasil
	5. Tomás Pippo	Argentina
	6. Marcelo Rojas	Bolivia
	7. Delia Sánchez	Uruguay
	8. Katherine Tobar	Ecuador
	9. José Ueleres	Brasil
Segundo taller: UNASUR. Ciudad Mitad del Mundo, Ecuador	1. Elena Clavell	Uruguay
	2. Mariana Faria	Brasil
	3. Gustavo Giler	Ecuador
	4. Jaqueline Lozano	Ecuador
	5. Santiago López	Ecuador
	6. Cristina Luna	Ecuador
	7. Tomás Pippo	Argentina
	8. Marcelo Rojas	Bolivia
Tercer taller: FLACSO-Argentina. Buenos Aires, Argentina	1. Elena Clavell	Uruguay
	2. Mariana Faria	Brasil
	3. Gustavo Giler	Ecuador
	4. Cecilia Irazusta	Paraguay
	5. Tomás Pippo	Argentina
	6. Marcelo Rojas	Bolivia
	7. José Ueleres	Brasil

Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.
Este obra está licenciado com uma Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-CompartilhaIgual 4.0 Internacional.
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/