

#### 0.a. Goal

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades

#### 0.b. Target

Meta 3.1: De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos

#### 0.c. Indicator

Indicador 3.1.2: Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado

0.g. International organisations(s) responsible for global monitoring

## Información institucional

---

### Organización (es):

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Organización Mundial de la Salud (OMS)

2.a. Definition and concepts

## Conceptos y definiciones

---

### Definición:

El porcentaje de partos atendidos por personal sanitario cualificado (generalmente médicos, enfermeras o parteras) es el porcentaje de partos atendidos por personal sanitario profesional. Según la definición revisada<sup>[1]</sup> se trata de profesionales competentes de la salud materna y neonatal (SMN) educados, formados y regulados según normas nacionales e internacionales. Son competentes para: (i) proporcionar y promover una atención de calidad, basada en la evidencia y en los derechos humanos, que tenga en cuenta los aspectos socioculturales y sea digna para las mujeres y los recién nacidos; (ii) facilitar los procesos fisiológicos durante el trabajo de parto y el alumbramiento para garantizar una experiencia de parto limpia y positiva; y (iii) identificar y gestionar o derivar a las mujeres y/o los recién nacidos con complicaciones. No se incluye a las parteras tradicionales, aunque reciban un breve curso de formación.

---

<sup>1</sup> Definición de personal sanitario cualificado que presta atención durante el parto: la declaración conjunta de 2018 de la OMS, el UNFPA, el UNICEF, la ICM, el CIE, la FIGO y la IPA está disponible en <https://data.unicef.org/resources/definition-of-skilled-health-personnel-providing-care-during-childbirth/>

4.a. Rationale

### Justificación:

Contar con un asistente cualificado en el momento del parto es una intervención importante para salvar la vida tanto de las mujeres como de los bebés. No tener acceso a esta asistencia clave es perjudicial para la salud de las mujeres porque podría causar la muerte de las mujeres o una morbilidad duradera, especialmente en entornos vulnerables.

4.c. Method of computation

## Metodología

---

### Método de cálculo:

El número de mujeres de entre 15 y 49 años con un nacimiento vivo atendido por personal sanitario cualificado (por ejemplo, médicos, enfermeras o parteras) durante el parto se expresa como porcentaje de las mujeres de entre 15 y 49 años con un nacimiento vivo en el mismo periodo.

4.f. Treatment of missing values (i) at country level and (ii) at regional level

### Tratamiento de los valores perdidos:

- *A nivel de país:*

No hay tratamiento de los valores que faltan a nivel de país. Si falta un valor para un año determinado, no se informa de ese valor.

- *A nivel regional y mundial:*

Los valores que faltan no se imputan para los niveles regional y global. Para el cálculo de la media regional y mundial se utiliza el último año disponible dentro de cada periodo.

4.g. Regional aggregations

### Agregados regionales:

Las estimaciones regionales y mundiales se calculan utilizando medias ponderadas. Como indicador de ponderación se utiliza el número anual de nacimientos de la División de Población de las Naciones Unidas, World Population Prospects<sup>[2]</sup>. Los valores regionales se calculan para un año de referencia, incluyendo un rango de 4-5 años para cada año de referencia. Por ejemplo, para 2019, se utilizó el último año disponible para el período 2014--2019.

---

<sup>2</sup> Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, Perspectivas de la Población Mundial. [↑](#)

---

6. Comparability/deviation from international standards

### Fuentes de discrepancias:

Las discrepancias son posibles si hay cifras nacionales recopiladas a nivel de los centros de salud. Éstas diferirían de las cifras globales, que normalmente se basan en datos de encuestas recopilados a

nivel de los hogares.

En cuanto a los datos de encuestas, algunos informes de encuestas pueden presentar un porcentaje total de partos atendidos por un profesional sanitario cualificado que no se ajusta a la definición de los ODS (por ejemplo, el total incluye a un proveedor que no se considera cualificado, como un trabajador sanitario de la comunidad). En ese caso, se totaliza el porcentaje de partos atendidos por un médico, una enfermera o una comadrona, se consulta con el país y se incluye en la base de datos global como la estimación de los ODS.

En algunos países en los que no se informa activamente sobre el indicador de asistencia calificada en el parto, se utiliza el nacimiento en un centro de salud (partos institucionales) como indicador sustitutivo. Esto es frecuente en países de la región de América Latina o en regiones de Europa y Asia Central, donde la proporción de partos institucionales es muy alta.

No obstante, hay que tener en cuenta que los partos institucionales pueden subestimar el porcentaje de partos con asistencia cualificada.

4.h. Methods and guidance available to countries for the compilation of the data at the national level

## **Métodos y directrices a disposición de los países para la recopilación de los datos a nivel nacional:**

UNICEF y la OMS mantienen bases de datos conjuntas sobre la asistencia cualificada al parto (médico, enfermera o partera o cualquier otra categoría cualificada) y ambas colaboran para garantizar la coherencia de las fuentes de datos. Estas encuestas incluyen las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS), las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), las Encuestas de Salud Reproductiva (RHS) y las encuestas nacionales basadas en metodologías similares. Las encuestas se realizan cada 3 o 5 años. En algunos países, por ejemplo en las regiones de altos ingresos (donde la cobertura es alta), las fuentes de datos incluyen estadísticas de servicios de rutina.

Antes de ser aceptadas en las bases de datos mundiales conjuntas, UNICEF y la OMS se someten a una consulta por países que consiste en un proceso de actualización y verificación que incluye la correspondencia con las oficinas sobre el terreno para aclarar cualquier cuestión relativa a las estimaciones. Durante este proceso, se verifican las categorías nacionales de personal sanitario cualificado, por lo que las estimaciones de algunos países pueden incluir categorías adicionales de personal capacitado además de médicos, enfermeras y parteras.

4.j. Quality assurance

## **Garantía de calidad:**

Los datos se comunican a UNICEF anualmente. Los valores se revisan y evalúan para asegurarse de que el indicador notificado cumple con la definición y la metodología estándar.

Como parte de la consulta por países, las oficinas de país de UNICEF o las oficinas de estadística en el país comunican los datos a la sede de UNICEF para su compilación global. A nivel nacional, las oficinas de país están en contacto con las autoridades nacionales para compilar y proporcionar los datos solicitados, y por lo tanto, los valores reportados en la base de datos mundial son validados por las autoridades nacionales.

3.a. Data sources

## **Fuentes de datos**

## Descripción:

Las encuestas de hogares a nivel nacional son las principales fuentes de datos utilizadas para recopilar datos sobre el personal sanitario cualificado para atención de partos. Estas encuestas incluyen las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS), las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), las Encuestas de Salud Reproductiva (RHS) y las encuestas nacionales basadas en metodologías similares. Las encuestas se realizan cada 3 o 5 años. En el caso de los países principalmente industrializados (donde la cobertura es alta), las fuentes de datos incluyen estadísticas de servicios rutinarios.

3.b. Data collection method

## Proceso de recopilación:

UNICEF y la OMS mantienen bases de datos conjuntas sobre la asistencia cualificada en el parto (por ejemplo, médico, enfermera o partera o cualquier otra categoría cualificada) y ambas colaboran para garantizar la coherencia de las fuentes de datos. Estas encuestas incluyen las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS), las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), las Encuestas de Salud Reproductiva (RHS) y las encuestas nacionales basadas en metodologías similares. Las encuestas se realizan cada 3 o 5 años. En el caso de los países principalmente industrializados (en los que la cobertura es alta), las fuentes de datos incluyen estadísticas de servicios rutinarios.

Antes de ser aceptadas en las bases de datos mundiales conjuntas, UNICEF y la OMS realizan una consulta a los países que consiste en un proceso de actualización y verificación que incluye la correspondencia con las oficinas de campo para aclarar cualquier cuestión relativa a las estimaciones. Durante este proceso, se verifican las categorías nacionales de personal sanitario cualificado, por lo que las estimaciones de algunos países pueden incluir categorías adicionales de personal capacitado además de médicos, enfermeras y parteras

5. Data availability and disaggregation

## Disponibilidad de datos

---

### Descripción:

Se dispone de datos para más de 170 países.

El desfase entre el año de referencia y la producción real de las series de datos depende de la disponibilidad de la encuesta de hogares de cada país.

### Series temporales:

1990-2019

### Desagregación:

Para este indicador, cuando los datos proceden de encuestas de hogares, se dispone de un desglose para diversas características socioeconómicas, como la residencia (urbana/rural), la riqueza del hogar (quintiles), el nivel de educación de la madre, la edad de la madre y las regiones geográficas. Cuando los datos proceden de fuentes administrativas, el desglose es más limitado y suele incluir sólo la residencia.

### 3.c. Data collection calendar

## Calendario

---

### Recolección de datos:

Como la principal fuente de datos son las encuestas de hogares que se realizan cada 3-5 años, la recolección de datos se realiza según este calendario. Cuando los datos proceden de fuentes administrativas, los datos pueden estar disponibles anualmente.

### 3.d. Data release calendar

### Publicación de datos:

Las estimaciones son publicadas anualmente, en mayo, por la OMS en las Estadísticas Sanitarias Mundiales (<http://www.who.int/whosis/whostat/en/>) y por UNICEF en el Estado Mundial de la Infancia y están disponibles en [www.data.unicef.org](http://www.data.unicef.org)

### 3.e. Data providers

## Proveedores de datos

---

Ministerios de Salud y Oficinas Nacionales de Estadística, a través de encuestas de hogares o de fuentes rutinarias.

### 3.f. Data compilers

## Compiladores de datos

---

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización Mundial de la Salud (OMS)

### 7. References and Documentation

## Referencias

---

### URL:

<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/#>

### Referencias:

Base de datos conjunta UNICEF/OMS 2020 de personal sanitario cualificado, basada en datos de encuestas nacionales de hogares basadas en la población y en los sistemas sanitarios habituales.