



Consejo Económico y Social

Distr. general
20 de diciembre de 2002
Español
Original: inglés

Comisión de Estadística

34º período de sesiones

4 a 7 de marzo de 2003

Tema 3 b) del programa provisional*

Estadísticas demográficas y sociales: estadísticas de salud

Informe de la Oficina Central de Estadística de Botswana sobre estadísticas de salud

Nota del Secretario General

El Secretario General tiene el honor de remitir a la Comisión de Estadística el informe de la Oficina Central de Estadística de Botswana sobre estadísticas de salud. Se ruega a la Comisión que formule observaciones sobre las cuestiones que se plantean en el párrafo 34 del informe.

* E/CN.3/2003/1.



Informe de la Oficina Central de Estadística de Botswana sobre estadísticas de salud

Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción	1–3	3
II. Objetivos y componentes principales de la Dependencia de Estadística Sanitaria	4	3
III. Clase de información que se recopila	5–7	4
IV. Sección de Servicios Sanitarios	8–10	4
V. Información sobre el estado de salud de la población	11–24	5
VI. Sección de Historiales Clínicos	25–27	8
VII. Publicación puntual de la información	28–29	9
VIII. Documentación de la metodología	30–31	9
IX. Mejoras recientes del sistema de estadística sanitaria	32–33	10
X. Ámbitos en que se necesita asistencia, además de colaboración internacional ..	34	10

I. Introducción

1. En el presente documento se describe el sistema vigente de estadísticas de salud de Botswana. Se exponen los diversos tipos y fuentes de estadísticas de esa índole, y sobre todo los métodos que se utilizan para elaborar y difundir los datos. También se hace hincapié en los problemas que ha habido para medir la prevalencia del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) y el efecto que han tenido esas mediciones en los diversos cálculos que se han hecho de la tasa de mortalidad.
2. La Dependencia de Estadística Sanitaria forma parte de la Oficina Central de Estadística del Ministerio de Planificación Económica y del Desarrollo, pero está adscrita al Ministerio de Sanidad, ante todo porque los documentos administrativos que maneja este último constituyen la principal fuente de datos de la Dependencia. Ésta se creó en 1974 y consta de 22 funcionarios, de los cuales cuatro son del Ministerio de Sanidad y 18, de la Oficina Central de Estadística. Recibe apoyo administrativo del Ministerio al que está adscrita y apoyo técnico de la Oficina Central.
3. La Dependencia de Estadística Sanitaria es el órgano coordinador del sistema de información sanitaria. Se encarga de recopilar datos, tratarlos, analizarlos, interpretarlos y remitírselos a los usuarios. Redacta un informe anual en el que se proporciona información estadística necesaria para hacer planes e información estadística de uso público.

II. Objetivos y componentes principales de la Dependencia de Estadística Sanitaria

4. El objetivo principal de la Dependencia de Estadística Sanitaria consiste en elaborar unas estadísticas de salud apropiadas, actualizadas y fiables que respondan a la variación de las necesidades de salud de la población y al funcionamiento de los servicios de atención sanitaria. Dicha información es esencial para la labor de planificación, administración y evaluación. En concreto, la Dependencia desempeña las siguientes funciones:
 - a) Tratar información sanitaria ordinaria procedente de los servicios de salud;
 - b) Tratar los datos anuales relativos al personal y a los servicios sanitarios;
 - c) Facilitar informes y datos sobre la salud de la población;
 - d) Sentar unos procedimientos efectivos de registro e información que garanticen que los datos se recopilen, analicen e interpreten de manera uniforme;
 - e) Mantenerse en contacto con otras entidades que elaboren datos para crear unos instrumentos de recopilación que permitan evitar la duplicación de tareas, y
 - f) Prestar asesoramiento a los funcionarios de los servicios de salud que se encargan de los historiales clínicos para procurar unificar los métodos y los procedimientos de gestión de esos documentos.

III. Clase de información que se recopila

5. La Dependencia recopila información tanto sobre el estado de salud de la población como sobre los servicios sanitarios.

Información sobre el estado de salud de la población

6. La presente categoría comprende la información relativa al estado de salud de la población; por ejemplo, los nacimientos y las defunciones, desglosadas estas últimas, por causa, la incidencia o prevalencia de las enfermedades y las características de quienes las contraen. Gracias a esa información, puede comprobarse el estado de salud de la población observando si mejora o empeora con el tiempo. Aparte de los que se obtienen de los registros administrativos, también se recopilan datos mediante las encuestas que lleva a cabo la Oficina Central de Estadística entre un censo y otro, como la encuesta sobre los efectos del VIH/SIDA en Botswana (2001), la encuesta de indicadores múltiples (2001) y las encuestas de salud familiar.

Información sobre los servicios sanitarios

7. Se trata de información relativa a la calidad y la cantidad de los servicios de salud que se hayan utilizado y cuya prestación esté registrada, así como a la situación de los diversos servicios y programas de apoyo. Gracias a ella puede determinarse qué proporción de la población recibe los servicios sanitarios esenciales. Las diversas secciones de la Dependencia se ocupan de ámbitos diferentes; por ejemplo, registros de servicios de salud e historiales clínicos de pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios. Además, habida cuenta de que la obtención y el análisis de datos están computadorizados en su totalidad, hay una sección central de informática a la que recurren todas las demás.

IV. Sección de Servicios Sanitarios

8. La Sección de Servicios Sanitarios recibe datos sobre el personal y los servicios sanitarios de todas las instituciones del país, y esos datos se tabulan anualmente por región y por institución sanitaria. También se incluyen en esas tabulaciones los datos del personal y las instituciones sanitarias que dependen de consultas médicas particulares, misiones y minas, que se publican junto con los demás datos de la administración central y local.

Personal sanitario

9. La Dependencia de Estadística Sanitaria mantiene una base de datos sobre el personal sanitario de las clínicas y los hospitales, destinada tanto a la administración central como a la local y a las instituciones sanitarias particulares. La base de datos contiene información sobre lo siguiente:

- a) Número de la institución;
- b) Nombre;
- c) Apellidos;

- d) Sexo;
- e) Nacionalidad;
- f) Escala salarial (categoría);
- g) Cargo (designación del puesto), y
- h) Comentarios (observaciones).

Los datos se publican desglosados por localidad, clase de institución y ámbito de especialización.

Instituciones sanitarias

10. La Dependencia mantiene una lista de instituciones sanitarias, que se actualiza anualmente, y confecciona una lista general de dichas instituciones. Éstas se agrupan por distritos sanitarios. Cada una tiene asignado un número exclusivo de identificación, de cinco dígitos. Los dos primeros dígitos designan el distrito; el tercero, la clase de institución, es decir, hospital de consulta o de distrito, hospital de atención primaria, clínica, puesto sanitario o consulta privada, y los dos últimos dígitos designan la numeración consecutiva de la institución dentro del distrito.

V. Información sobre el estado de salud de la población

Sección de Pacientes Hospitalizados

11. La Sección de Pacientes Hospitalizados recibe los cuadros recapitulativos correspondientes a los pacientes que hayan recibido el alta de instituciones sanitarias con camas (hospitales de consulta, hospitales de distrito, hospitales de atención primaria y clínicas de maternidad). Los resultados se clasifican por instituciones y, luego, se vuelven a clasificar y se archivan mensualmente. Los datos de diagnóstico que figuran en los cuadros se codifican con arreglo a la novena revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los cuadros se agrupan en paquetes (en el caso de los pacientes ordinarios, 20 cuadros por paquete, y en el de las parturientas, tres cuadros por paquete), y todos los paquetes se numeran. Gracias al número de institución, la cifra del mes y el número de paquete se facilita el tratamiento de los datos.

12. Las instituciones sanitarias dotadas de camas de todo el país llevan a cabo un cómputo exhaustivo de los pacientes nocturnos de diversas categorías de cada pabellón, que comprende el número de ingresos, de altas, de defunciones, de pacientes en régimen de hospitalización y de neonatos, así como la tasa de ocupación, la duración media de la hospitalización y la rotación de la ocupación de camas, durante determinado período.

Sección de Pacientes Ambulatorios

13. La presente sección abarca tanto los servicios de cura como los servicios generales que se prestan a los pacientes ambulatorios, según se expone a continuación:

- a) Cura de pacientes ambulatorios: confección de un parte de asistencia desglosado por diagnóstico y por grupo de edad. Los datos de este servicio se facilitan mensualmente;

b) Servicios generales destinados a pacientes ambulatorios, que incluyen servicios de atención antes y después del parto, servicios de planificación de la familia y servicios de supervisión del crecimiento de los niños menores de 5 años;

c) Enfermedades de declaración obligatoria, que son las enfermedades que, por su naturaleza, pueden convertirse en epidemias y que el Ministerio desea que se vigilen con especial atención; se proporciona información sobre ellas semanalmente;

d) Nacimientos y defunciones ocurridos fuera del ámbito institucional;

e) Prevención de la ceguera, y

f) Salud mental.

14. La información anterior se utiliza para determinar el número de pacientes que acuden a las instituciones sanitarias (es decir, el volumen de trabajo de éstas) y la tasa de morbilidad. Los datos se publican desglosados por distrito, edad, sexo, número de visitas de pacientes, institución, etc.

Nacimientos y defunciones ocurridos fuera del ámbito institucional

15. Se trata de los nacimientos y las defunciones que ocurren fuera de las instituciones sanitarias; por ejemplo, en las casas. A fin de obtener estadísticas sobre esos nacimientos y defunciones, los instructores en cuestión de bienestar de la familia cumplimentan unos formularios especiales cuando se producen esos casos. En la actualidad, el análisis de esos datos se ejecuta manualmente, ya que son muy escasos. Se los incluye en el Anuario de estadística sanitaria y en el compendio estadístico.

Prevención de la ceguera

16. Los datos de diagnóstico de los formularios se codifican y clasifican con arreglo a la novena revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades. Las instituciones reciben un código de identificación con arreglo a la lista general de instituciones sanitarias. Cada mes se reciben datos de todos los hospitales y de algunos puestos sanitarios y clínicas. Entre dichos datos figuran los relativos a los análisis de detección del tracoma en las escuelas primarias.

Salud mental

17. La presente sección se ocupa de los datos sobre pacientes psiquiátricos hospitalizados y ambulatorios. Los datos se reciben mensualmente de todas las instituciones sanitarias dotadas de unidades psiquiátricas. Los datos de diagnóstico de los formularios se codifican y clasifican con arreglo a la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades. Las instituciones reciben un código de identificación con arreglo a la lista general de instituciones sanitarias.

Datos sobre el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida

18. El VIH/SIDA apareció por primera vez en Botswana en 1985, aproximadamente. El virus se ha propagado entre la generalidad de la población por contagio heterosexual. Según los cálculos del Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (ONUSIDA), el 25% de la población adulta de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años era seropositiva en 2000, lo que induce a pensar que la velocidad

de propagación ha sido muy rápida, a pesar de los programas de acción que se han emprendido a lo largo de los años para evitarla o frenarla. No ha sido fácil trazar unas estrategias de lucha contra el VIH/SIDA en una sociedad semianalfabeta como Botswana. Según indican las estadísticas, las diversas medidas que se han aplicado para contener la epidemia no han dado muy buenos resultados.

**El sistema de puestos de vigilancia del virus de inmunodeficiencia humana/
síndrome de inmunodeficiencia adquirida**

19. El Ministerio de Sanidad reúne datos sobre el VIH/SIDA por el sistema que ya se ha expuesto. Recoge, todos los años, datos de las embarazadas que acuden a las clínicas prenatales de determinados lugares del país. También recoge datos de los hombres y las mujeres que visitan las instituciones sanitarias que tratan las enfermedades de transmisión sexual y datos de los voluntarios que donan sangre.

20. El objetivo del sistema de puestos de vigilancia es determinar las tendencias y la prevalencia del VIH/SIDA por lo que respecta a la población vigilante para estudiar la evolución de la epidemia y juzgar la eficacia de las estrategias de intervención. Al evaluar el sistema de puestos de vigilancia, el comité consultivo nacional declaró que le preocupaban los métodos de muestreo no probabilísticos que se habían empleado y la extrapolación que se había hecho de los resultados de las muestras a toda la población. Y, así, aconsejó a los usuarios de los datos que tuvieran en cuenta esas limitaciones al analizarlos y utilizarlos. Entre dichas limitaciones se cuentan las siguientes:

- a) La técnica de muestreo utilizada en el estudio estadístico estaba destinada, ante todo, a determinar la evolución de la prevalencia del VIH/SIDA en la población que recibía servicios de las instituciones, más que a determinar la prevalencia del VIH/SIDA en el conjunto de la población, ya que los puestos de vigilancia no se eligen aleatoriamente;
- b) No todos los años se recogen datos de algunos lugares;
- c) La población que recibe servicios del puesto de vigilancia no tiene por qué residir en la zona que corresponde al puesto;
- d) Las embarazadas no constituyen una muestra representativa de la población adulta;
- e) Las embarazadas no constituyen una muestra representativa de la totalidad de la población femenina de edades comprendidas entre 15 y 49 años;
- f) Las embarazadas pueden tener una estructura de edad y una tasa de fecundidad distintas de la del conjunto de las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años;
- g) Las tasas de prevalencia de los varones y las mujeres difieren según la edad, y
- h) La incidencia del VIH/SIDA no puede calcularse directamente a partir de los datos.

21. En el informe de la misión encargada del informe sobre el desarrollo humano y del informe sobre el desarrollo humano nacional de Botswana se afirmó que tanto el ONUSIDA como la División de Población de la Secretaría de las Naciones Unidas habían utilizado los datos obtenidos por medio del sistema de puestos de vigilancia

para calcular las tasas de prevalencia del VIH/SIDA y de mortalidad de la población de dicho país durante el período 1995-2000.

22. La insuficiencia y la falta de fiabilidad de los datos, que han quedado puestas de manifiesto por las limitaciones que ya se han enunciado, impiden a la Oficina Central de Estadística utilizar los datos sobre el VIH/SIDA recogidos mediante el sistema de puestos de vigilancia para determinar los efectos de la epidemia en Botswana durante la transición democrática del país. Sin embargo, a falta de datos sobre el VIH/SIDA, procedentes de esa oficina, algunas organizaciones y organismos, como el ONUSIDA, siguen recurriendo a los datos del sistema de puestos de vigilancia para calcular la prevalencia y la incidencia de la enfermedad en Botswana, así como los efectos de los problemas conexos.

Comparación de las tres fuentes de datos sobre mortalidad

23. En el cuadro que figura a continuación se resumen las cifras utilizadas para prever cómo ha afectado la epidemia del VIH/SIDA a las tasas de mortalidad de Botswana.

Tasas de mortalidad

	<i>Censo de 1991</i>	<i>Encuesta demográfica de 1998</i>	<i>Naciones Unidas 1995-2000</i>	<i>Censo de 2001 (provisional)</i>
Tasa de mortalidad de lactantes (menores de 1 año)	48	51,0	58,0	56
Tasa de mortalidad infantil (mayores de 1 año)	16	17,0	48,0	74
Esperanza de vida	65,3	64,3	47,0	55,7

Fuentes: De los datos de 1998, la División de Población, y de los resultados del censo demográfico y de vivienda de 1991 y de la encuesta demográfica de 1998, la Oficina Central de Estadística.

Deben emplearse métodos directos basados en encuestas demográficas para calcular el número de infecciones de VIH/SIDA.

24. Los resultados de esas encuestas confirmarán la coherencia de las variables demográficas y de planificación de servicios de salud que se hayan obtenido por otros métodos. La comprensión cabal del efecto que tiene el VIH/SIDA en las variables demográficas permitirá a los gestores de la política sanitaria evaluar y elaborar unas medidas que insistan más en la prevención de la enfermedad, con lo que ayudarán al Gobierno a perfilar mejor las actividades de ámbito nacional.

VI. Sección de Historiales Clínicos

25. La presente sección vela por que se hagan unos historiales médicos normalizados y adecuados en todas las instituciones. Se encarga de administrar y perfeccionar el sistema de información de historiales clínicos, de gestionar los aspectos administrativos de los ingresos y las altas de los pacientes y de que haya unos sistemas de registro apropiados y uniformes.

Diseño de formularios

26. Los departamentos o las dependencias de servicios de salud diseñan o rediseñan sus formularios de acuerdo con sus necesidades. Los borradores de los formularios se remiten al Comité de Sistemas de Información Sanitaria, por conducto de la Sección de Historiales Clínicos, para que los examine y compruebe lo siguiente:

- a) Si se repite información contenida en otros formularios;
- b) El número de empleados de los servicios de salud que van a usarlos;
- c) Finalidad o utilidad de los datos recogidos;
- d) Localización y retención del formularios, y
- e) Frecuencia de distribución, cantidad y tipo de papel de los formularios que haya que encargar.

27. Una vez comprobadas todas esas características, se devolverá el formulario al departamento o a la dependencia que lo hubiera remitido, que lo imprimirá y lo distribuirá entre los usuarios eventuales para que lo examinen y hagan las observaciones oportunas. El formulario debe someterse a prueba previamente o enseñarse a una muestra pequeña, pero representativa, de usuarios eventuales. El borrador definitivo se remite al Comité de Información Sanitaria por conducto de la presente sección, para que lo apruebe y le otorgue un número de identificación.

VII. Publicación puntual de la información

28. La fecha límite para distribuir el informe de estadística sanitaria es de seis meses contados a partir del período de referencia. Sin embargo, el último informe que se ha publicado data de 1999.

Publicaciones

29. A continuación se enumeran las publicaciones sobre estadísticas sanitarias que se editan normalmente:

- a) Boletín semanal de enfermedades de declaración obligatoria;
- b) Censo mensual de pacientes nocturnos;
- c) Anuario de estadística sanitaria;
- d) Compendio de estadística sanitaria (en el que se ofrece a los usuarios la información más importante de las estadísticas sanitarias antes de que se publique el informe principal), y
- e) Informe general sobre las instituciones sanitarias (informe anual).

VIII. Documentación de la metodología

30. La documentación de la metodología figura en el manual práctico de la Dependencia de Estadística Sanitaria. La recopilación de las estadísticas sanitarias se atiene a las directrices de la OMS y al manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades.

31. Para comprobar la validez de los datos, se comparan los informes actuales con los anteriores. También se están utilizando en las comprobaciones unos módulos apropiados ideados a partir de los datos de las encuestas.

IX. Mejoras recientes del sistema de estadística sanitaria

32. Se ha dotado a las instalaciones sanitarias de computadoras para mejorar el envío de datos mediante Health Net, pero el sistema no funciona en la actualidad, debido a la falta de conocimientos.

33. Por otra parte, el Ministerio de Sanidad, con la ayuda del Gobierno de Noruega, lanzó un proyecto quinquenal para reforzar el sistema de información sanitaria en julio de 1996. El objetivo principal del proyecto consiste en montar un sistema de información sanitaria eficaz que facilite la planificación y la supervisión de la red de atención sanitaria. Tiene por finalidad racionalizar el sistema de información para que sólo se recoja la que interese en los distintos niveles del sistema. Habida cuenta de que la Dependencia de Estadística Sanitaria es la principal proveedora de estadísticas sanitarias se le ha encomendado que coordine el proyecto. Sin embargo, éste se halla en el estadio de refinamiento de los instrumentos de recopilación de datos, que se basan en unos indicadores sanitarios elaborados. El plazo del proyecto quinquenal vence en marzo de 2003. Los resultados positivos de éste han sido los siguientes:

a) En enero de 2000, se redactó y aprobó un informe sobre indicadores sanitarios;

b) En abril de 2001, se elaboraron y pusieron a prueba los instrumentos de recopilación de datos de la Dependencia de Estadística Sanitaria, utilizando los indicadores sanitarios aprobados. Los instrumentos (formularios) de recopilación de datos se pusieron a prueba en algunas de las instituciones. Los resultados de las pruebas se utilizan para ultimar los instrumentos de recopilación de datos.

X. Ámbitos en que se necesita asistencia, además de colaboración internacional

34. Hay que adoptar medidas concertadas para resolver los problemas que se exponen a continuación.

Problemas a corto plazo

a) Hay que enviar una misión, por dos o tres semanas, que enseñe a los funcionarios de la Dependencia de Estadística Sanitaria a utilizar la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades. Además, la Dependencia necesitará ejemplares suficientes de los manuales de la clasificación;

b) Hay que elaborar unos métodos estadísticamente solventes e internacionalmente admisibles para calcular la prevalencia y la incidencia del VIH/SIDA a partir de los datos del sistema de puestos de vigilancia, a fin de que puedan usarlos todos los países;

c) Toda modificación de los métodos de cálculo de cualquier tendencia o indicador demográfico debe ser estudiada, acordada y aprobada por todas las naciones

para que se lo pueda poner en práctica. Se trata de indicadores como la esperanza de vida de quienes realizan actividades saludables, que no parecen emplearse en muchos países.

Problemas a largo plazo

d) Hay que desarrollar la capacidad de gestión de la información sanitaria para hacer frente a la variación y el aumento de las exigencias de contar con unos análisis y unas interpretaciones pormenorizados de esa información, y

e) La Oficina Central de Estadística subcontrata los trabajos de tratamiento de datos de todos sus censos y encuestas. La única manera de salir de esa situación consistirá en mejorar la capacitación de los técnicos de información enseñándoles a utilizar los programas informáticos apropiados.
