



Consejo Económico y Social

Distr. general
15 de diciembre de 2004
Español
Original: inglés

Comisión de Estadística

36º período de sesiones

1º a 4 de marzo de 2005

Tema 5 b) del programa provisional*

Estadísticas demográficas y sociales: estadísticas de salud

Informe de la Organización Mundial de la Salud sobre estadísticas de salud

Nota del Secretario General

El Secretario General tiene el honor de transmitir a la Comisión de Estadística el informe de la Organización Mundial de la Salud sobre estadísticas de salud, de conformidad con la solicitud formulada por la Comisión en su 35º período de sesiones^a. La Comisión tal vez desee formular observaciones sobre el progreso alcanzado hasta la fecha por la Organización Mundial de la Salud con respecto a las recomendaciones de la Comisión.

^a Véase *Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 2004, Suplemento No. 4* (E/2004/24 y Corr.1), cap. II.C, párr. 4 e).

* E/CN.3/2005/1.



Informe de la Organización Mundial de la Salud sobre estadísticas de salud

Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción	1–2	3
II. Antecedentes	3–5	3
III. Examen estratégico de los programas internacionales sobre la preparación de las estadísticas de salud	6–10	4
IV. Apoyo al fortalecimiento de la capacidad nacional en estadísticas de salud . .	11–15	6
V. Coordinación de los programas internacionales sobre la preparación de estadísticas de salud	16–19	7
A. Armonización de las encuestas por hogares	16–18	7
B. Cuentas nacionales de salud	19	8
VI. Armonización de definiciones, clasificaciones y metodologías	20–41	9
A. Definiciones y métodos de las estadísticas de salud	20–29	9
B. Clasificaciones internacionales	30–33	11
C. Medida de la carga de morbilidad y el estado de salud	34–37	11
D. Criterios para el seguimiento de los objetivos de desarrollo del Milenio relativos a la salud	38–41	12
VII. Colaboración a nivel regional	42–53	13
VIII. Métodos alternativos para estimar la prevalencia del VIH/SIDA	54–55	15
IX. Grupo de trabajo entre secretarías sobre estadísticas de salud	56–58	16
X. Conclusión	59	17

I. Introducción

1. En su 35º período de sesiones, celebrado en marzo de 2004, la Comisión de Estadística tuvo ante sí el informe de los Amigos del Presidente sobre estadísticas de salud (E/CN.3/2004/4) y subrayó que las estadísticas de salud son parte integrante de las estadísticas sociales y están influenciadas en muy alto grado por preocupaciones económicas y ambientales, y que para el desarrollo de las estadísticas de salud oficiales deben aplicarse los principios fundamentales de las estadísticas oficiales. En particular, la Comisión solicitó:

a) Un examen estratégico de los programas internacionales sobre la preparación de las estadísticas de salud, con inclusión de las estadísticas del estado civil y las estadísticas sobre la discapacidad, con el propósito también de llegar a un acuerdo sobre las esferas de competencia de los organismos interesados;

b) Que un grupo de trabajo entre secretarías sobre estadísticas de salud elabore un programa coordinado e integrado para la preparación de estadísticas sobre la salud y llegue a un acuerdo sobre definiciones uniformes, clasificaciones y metodologías sobre estadísticas de salud, utilizando en la medida de lo posible los mecanismos existentes y haciendo participar en todas las etapas a la comunidad interesada en estadísticas oficiales;

c) Un informe anual preparado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la Comisión sobre los progresos realizados en iniciativas concretas de apoyo a la armonización de conceptos, definiciones y métodos, y una mayor coordinación de los programas de estadísticas de salud en los distintos planos, así como actividades de fomento de la capacidad en los países, especialmente los más necesitados;

2. Este informe se ha preparado en respuesta a la solicitud de la Comisión de Estadística.

II. Antecedentes

3. La medición en la esfera de la salud es una tarea conceptual y técnicamente compleja que requiere conocimientos y experiencia especiales en materia de estadísticas, salud pública y biomedicina para cada enfermedad o esfera programática. La exactitud de las mediciones en la esfera de la salud depende en gran medida de la existencia de ensayos biométricos y diagnósticos clínicos específicos para una determinada enfermedad y de los datos demográficos; por consiguiente, las estadísticas de salud varían muchísimo en cuanto a la fiabilidad y validez de los indicadores, y la viabilidad y precisión de los instrumentos de medición. Esta complejidad hace que no exista una estrategia de medición uniforme para todas las estadísticas de salud. A los problemas técnicos hay que agregar las deficiencias de los sistemas de información de salud de los países en desarrollo. Hasta los indicadores de salud más fundamentales (número de muertes) se generan utilizando criterios distintos según las circunstancias del país, la edad y el sexo del fallecido y la causa de muerte. Para medir el estado de salud de la población, la incidencia o prevalencia de una enfermedad, los comportamientos relacionados con la salud y los factores de riesgo, hay que utilizar criterios distintos y no se puede aplicar una metodología única a todos los casos. La medición de indicadores de salud complejos como el año de vida ganado ajustado por calidad y el año de vida ajustado en función de la discapacidad es problemática en países con sistemas de información de salud deficientes;

precisamente los países en que el problema de la morbilidad es mayor. Aún no hay acuerdo universal sobre los elementos mensurables de los sistemas de salud.

4. Habida cuenta de esta complejidad, los países y quienes producen y utilizan estadísticas de salud a nivel mundial han elaborado un conjunto de procedimientos para coordinar la preparación de distintas estadísticas de salud y acordar definiciones, clasificaciones y metodologías estándar. Se han establecido grupos de trabajos interinstitucionales y de expertos para distintas enfermedades y programas, algunos de los cuales se describen en el presente informe. Algunas de las actividades de coordinación tienen una historia larga y muy arraigada; otras se realizan solamente cuando hace falta abordar una cuestión de medición en particular.

5. En el presente informe se describen las actividades que se están llevando a cabo para coordinar estratégicamente la generación de estadísticas de salud y prestar apoyo a los países en el afianzamiento de sus sistemas de información de salud. En particular, el informe se ocupa de las cuestiones siguientes:

- a) Examen estratégico de los programas internacionales sobre la preparación de las estadísticas de salud;
- b) Apoyo al fortalecimiento de la capacidad nacional en estadística de salud;
- c) Coordinación de los programas internacionales sobre la preparación de estadísticas de salud;
- d) Armonización de conceptos, definiciones y métodos;
- e) Cooperación a nivel regional entre la OMS y otros organismos interesados en las estadísticas de salud;
- f) Métodos diferentes de estimar la prevalencia del VIH/SIDA.

III. Examen estratégico de los programas internacionales sobre la preparación de las estadísticas de salud

6. El ámbito de las estadísticas de salud se caracteriza por tres problemas interrelacionados: la complicación desde el punto de vista técnico, la medición y el análisis de las estadísticas de salud, las deficiencias de los sistemas de información de salud; el hecho de que los países con los sistemas de salud más deficientes son aquellos que tienen la tasa de morbilidad más alta. Durante mucho años, las actividades para paliar la falta de datos fiables sobre la salud se centraron en cuestiones técnicas relacionadas con las definiciones y metodologías (en la sección IV *infra* se describen algunas de estas actividades en curso). Más recientemente, se ha puesto de relieve la necesidad de afrontar las deficiencias de fondo de los sistemas de información de salud por ser éstos los mecanismos que pueden generar datos fiables. En julio de 2003, la OMS, la Fundación Bill and Melinda Gates y un conjunto de asociados nacionales e internacionales dedicados a la generación, el análisis, la difusión y el uso de datos relacionados con la salud, pusieron en marcha un proceso de un año de duración para examinar los sistemas de información de salud en todo el mundo. En esta etapa de desarrollo se colaboró con asociados técnicos nacionales en los ámbitos de la salud y las estadísticas (ministerios de salud, oficinas internacionales de estadísticas). Las gestiones también incluyeron a asociados internacionales como el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el virus de la inmunodeficiencia

humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) (ONUSIDA), el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Banco Mundial y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. También participaron varios donantes bilaterales y centros regionales de excelencia.

7. El proceso culminó en la preparación de documentos técnicos y estratégicos en que se describían los pros y contras de los sistemas de información de salud existentes y se delineaban medidas para fortalecerlos. Estos documentos sirvieron de base a una propuesta presentada a la Fundación Bill and Melinda Gates y para el establecimiento de una asociación mundial para la información en materia de salud, la Health Metrics Network. La composición de los miembros de la Junta Directiva de esta asociación pone de manifiesto la gran importancia atribuida a reunir a los interesados en los ámbitos de la salud y las estadísticas a nivel mundial, regional y nacional para afianzar la capacidad de los países de generar, analizar, difundir y utilizar estadísticas sanitarias fiables. Entre los miembros de la Junta Directiva cabe mencionar al UNICEF, al Banco Mundial, al Departamento de Asuntos Económicos y Sociales y a la OMS. Entre los representantes de los donantes bilaterales, las fundaciones y las alianzas entre el sector público y privado se encuentran la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido, el Organismo de Desarrollo Internacional de Dinamarca, la Fundación Bill and Melinda Gates, la Comisión Europea, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y el ONUSIDA. Entre los demás miembros de la Junta cabe mencionar al Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), la Alianza estadística para el desarrollo en el siglo XXI (PARIS 21) y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, de Atlanta, Georgia. La secretaria de la Health Metrics Network funciona actualmente en los locales de la OMS.

8. El propósito de la Health Metrics Network es catalizar la creación de los sistemas nacionales de información sanitaria, aumentando de este modo la disponibilidad y el uso de información oportuna y fiable para prestar apoyo a la toma de decisiones en materia de salud a nivel nacional y mundial. Para ello, la Health Metrics Network se ha fijado tres objetivos:

- a) Crear consenso con respecto a enfoques técnicos, como instrumentos, indicadores y análisis, para orientar la creación de sistemas nacionales de información de salud y mejorar el acceso a los datos y su calidad;
- b) Proporcionar apoyo técnico y financiero a los países para afianzar sus sistemas de información de salud; y
- c) Elaborar políticas, sistemas e incentivos para asegurar que los encargados de adoptar decisiones a nivel nacional y mundial tengan acceso a la información, y velar por que la utilicen.

9. Después de que se hayan recibido oficialmente los fondos, lo que está previsto para finales de 2004, la OMS trabajará con sus asociados de la Health Metrics Network para preparar un plan de trabajo y oficializar arreglos administrativos y de gestión. Una de las primeras medidas consistirá en la elaboración de modalidades de cooperación con los colaboradores en los países. La OMS presentará informes sobre la marcha de los trabajos al 37º periodo de sesiones de la Comisión de Estadística.

10. Después de haber colaborado con los países la OMS también informa anualmente acerca de algunos aspectos de los gastos en materia de salud de sus 192 Estados miembros en el Informe Mundial sobre la Salud, mientras sigue preparando una base de datos sobre varios otros aspectos de los gastos sanitarios. Su trabajo se basa en la publicación *Guide to Producing National Health Accounts, with Special Applications for Low-Income and Middle-Income Countries*, un manual para los países en desarrollo preparado conjuntamente por el ONUSIDA y el Banco Mundial, a partir del sistema de cuentas de salud de la OCDE. En la preparación del manual también fue considerable la aportación de la OCDE. Pese a que este manual se basa en el sistema de cuentas de salud, la OMS reconoce que muchos países pobres no podrán aplicarlo plenamente en el futuro próximo —de hecho, algunos países de la OCDE y de la Unión Europea no utilizan todavía el sistema de cuentas de salud. Se están celebrando debates con distintos asociados sobre la necesidad de examinar el sistema de cuentas de salud debido a los problemas surgidos en los últimos años en los países pobres. Continúan las deliberaciones acerca de la necesidad de incorporar la labor realizada en materia de cuentas de salud nacionales en la Health Metrics Network.

IV. Apoyo al fortalecimiento de la capacidad nacional en estadísticas de salud

11. La Health Metrics Network dará prioridad a la prestación de apoyo técnico y financiero a los países para fortalecer sus sistemas de información de salud. Para ello, la OMS y los asociados de la Health Metrics Network están preparando un marco técnico consensuado para orientar el apoyo general prestado para la creación de sistemas nacionales de información de salud. Se está preparando el primer proyecto de marco técnico que será examinado por expertos técnicos en la primera mitad de 2005. Poco después se iniciará la etapa de aplicación y perfeccionamiento en los países que se ha determinado que necesitan apoyo en materia de la Health Metrics Network. También prosigue la labor sobre los criterios para elegir a los países y el plan de aplicación progresiva que permitirá ampliar rápidamente el apoyo prestado por la Health Metrics Network.

12. La capacidad de los países para preparar estadísticas que puedan compararse a nivel internacional depende en gran medida del uso de clasificaciones y normas internacionales en los sistemas nacionales de información de salud. La OMS proporciona apoyo financiero y técnico a los países para que adopten la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Sanitarios, una definición internacional de nacidos vivos y otras normas internacionales.

13. Como parte del apoyo que presta a los sistemas nacionales de información de salud, la OMS ha creado enfoques innovadores para reunir datos a nivel de distrito. El cuestionario de Disponibilidad de Servicios (SAM) fue creado para colmar la laguna existente entre los instrumentos para uso en el plano nacional, como las encuestas por hogares, y la reunión de datos —a nivel de pacientes y establecimiento de salud. El objetivo del cuestionario es proporcionar información oportuna sobre la disponibilidad y la cobertura de determinados servicios y recursos de salud públicos y privados en un determinado distrito o país. El cuestionario es una simple evaluación realizada a nivel de distrito por el equipo sanitario de distrito que puede proporcionar información estratégica sobre el vínculo ineludible entre la ampliación del programa y el afianzamiento de los sistemas de salud. La información obtenida de los distritos se asocia a un Sistema Mundial de Determinación de la Posición

o una base de datos de un sistema de información geográfica en que figuren las coordenadas geográficas de cada centro de salud. De esta forma se pueden preparar mapas que indiquen la distribución de determinados servicios a nivel de distrito. A largo plazo, el objetivo de este instrumento es que los planificadores de distrito y nacionales se valgan de los mapas de disponibilidad de servicios como instrumentos fundamentales para adoptar decisiones en materia de salud pública. Una característica crucial del cuestionario es que permite analizar las diferencias de disponibilidad de servicios, tanto dentro de un distrito como de un distrito a otro. El cuestionario se centra en gran medida en los programas que se están ampliando, como el de acceso al tratamiento antirretroviral, pero también sirve para otros programas, como los relacionados con la supervivencia de los niños, la maternidad sin riesgo, el paludismo y la tuberculosis. Además, el cuestionario proporciona información indispensable sobre la capacidad de los sistemas de salud para incorporar programas importantes, analizando por ejemplo la disponibilidad y distribución de recursos humanos, infraestructura esencial y equipo.

14. Durante el período 2002-2003, la OMS colaboró con las oficinas de estadística de muchos países en la realización de la Encuesta Mundial de Salud. En la actualidad, la OMS está depurando los ficheros en estrecha colaboración con sus homólogos en los países; algunas oficinas regionales de la OMS disponen de los recursos necesarios para prestar asistencia técnica a los países. La OMS ha estado trabajando para proporcionar a los países tabulaciones básicas y ficheros depurados. Se prevé que, por lo que respecta el análisis a nivel de país, la Encuesta Mundial de Salud será utilizada principalmente por las oficinas nacionales de estadística.

15. La OMS sigue trabajando con los países para afianzar su capacidad de ubicar y comunicar información sobre gastos sanitarios. Pocos organismos se ocupan de este tipo de actividades, aunque algunos patrocinan equipos externos para que, con carácter excepcional, examinen los gastos o lleven a cabo actividades relacionadas con las cuentas nacionales de salud.

V. Coordinación de los programas internacionales sobre la preparación de estadísticas de salud

A. Armonización de las encuestas por hogares

16. En los últimos años, las encuestas por hogares se han convertido en una de las principales formas de reunión de datos relacionados con la salud en los países en desarrollo. Varios programas de encuestas son patrocinados por organismos internacionales como el UNICEF, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, el Banco Mundial y la OMS. Como resultado de ello, en los últimos 20 años se ha avanzado considerablemente en el ámbito de la disponibilidad de información y se ha afianzado la capacidad de los países para reunir y procesar datos. Con todo, esta multiplicación de programas de encuestas ha supuesto una considerable repetición y duplicación de trabajo y ha impuesto una intensa demanda en los frágiles sistemas estadísticos nacionales. En respuesta, los organismos internacionales están estrechando su colaboración en materia de armonización de cuestionarios y mejorando el intercambio de resultados. Por ejemplo, el UNICEF y Macro International Inc., una subsidiaria de Opinion Research Corporation Company, están colaborando para coordinar la realización de la encuesta agrupada de indicadores

múltiples y armonizar en la mayor medida posible sus respectivos cuestionarios. Se han iniciado conversaciones preliminares con vistas a mejorar la coordinación con otros programas de encuestas en materia de salud.

17. Al crear la Health Metrics Network, se examinó la necesidad de integrar las encuestas por hogares en los sistemas de información de salud y de mejorar la coordinación. Una recomendación similar surgió del Plan de Acción para las Estadísticas de Marrakech en que se instaba a establecer una red internacional de encuestas por hogares¹. Estas encuestas desempeñan una función esencial en la generación de datos sobre la salud y tanto el Foro de Alto Nivel sobre los objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud, celebrado en enero de 2004, como la Junta Directiva de la Health Metrics Network, en su primera reunión, insistieron en la importancia de la colaboración interinstitucional en ese ámbito. Al realizar el seguimiento, el Grupo de Datos de Desarrollo del Banco Mundial y la OMS organizaron consultas en Washington, D.C. y en Ginebra en que participaron algunos de los principales patrocinadores de las encuestas, incluidos los que contribuyeron a la creación de la Health Metrics Network. Entre ellos cabe mencionar el Banco Asiático de Desarrollo, el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Centro de Estudios sobre Población, Pobreza y Políticas Socioeconómicas/redes internacionales de estudio de tecnología, medio ambiente, alternativas y desarrollo, el Grupo de Trabajo Intersecretarías sobre Estadísticas Agrícolas, los servicios de datos sobre ciencias sociales de Noruega, la Macro Internacional Inc. y las encuestas demográficas de salud, PARIS 21, la secretaría de la Comunidad del Pacífico, el UNICEF, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Comisión Económica para África (CEPA), la Comisión Económica para Europa (CEPE), la Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico (CESPAP), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Comisión Económica y Social para Asia Occidental (CESPAO), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la División de Estadística del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, el Servicio de Investigaciones Económicas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, la Universidad de California, el Global Health Sciences y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

18. Estas reuniones desembocaron en la creación de la Red Internacional de Encuestas por Hogares, cuyo objetivo es promover una mejor coordinación de las encuestas, incrementar la coordinación y mejorar los instrumentos para archivar y difundir microdatos y metadatos². Se supone que uno de los resultados inmediatos de esta colaboración será la creación de un archivo central de datos provenientes de las encuestas y el material de difusión que el Banco Mundial está preparando para que se pueda crear un registro común de datos obtenidos con las encuestas. El Banco Mundial comparte su trabajo con asociados clave como la OMS y el UNICEF con el objeto de ampliar el contenido de la base de datos.

B. Cuentas nacionales de salud

19. Además de haber ayudado en la preparación del manual *Guide to Producing National Health Accounts* mencionado con anterioridad (véase párr. 10 *supra*), la OMS colabora también con el Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE

en el ámbito de las estimaciones de las corrientes externas de fondos de donantes bilaterales, y con el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el Banco Mundial, el ONUSIDA y varios organismos bilaterales interesados con respecto al seguimiento de los gastos relacionados con determinadas enfermedades o actividades.

VI. Armonización de definiciones, clasificaciones y metodologías

A. Definiciones y métodos de las estadísticas de salud

20. En los últimos años, la OMS ha trabajado con numerosos colaboradores para mejorar la coordinación de las definiciones, clasificaciones y metodologías en el ámbito de las estadísticas de salud. Puesto que cada sector de las estadísticas de salud precisa una combinación específica de conocimientos técnicos y estadísticos, se han creado grupos de referencia dedicados a distintos sectores de programas y relativos a enfermedades.

21. La mortalidad infantil es un indicador clave para observar los progresos en la consecución de los objetivos nacionales y mundiales, incluidos los objetivos de desarrollo del Milenio. Ha continuado la labor de conciliación de las estimaciones sobre mortalidad infantil derivadas de distintas fuentes y ahora existe un acuerdo para lograr que todas las organizaciones internacionales utilicen un solo conjunto de estimaciones. Éste se basará en una base de datos común y en métodos de estimación uniformes y transparentes. Además, se han logrado avances considerables en el tratamiento de las complejas causas de muerte de los niños, información crucial para decidir las intervenciones programáticas. Una importante área nueva de trabajo tiene que ver con las estimaciones de las muertes ocurridas durante el primer mes de vida. Se han logrado avances considerables en relación con un consenso sobre cifras regionales y mundiales en ese ámbito. En estas actividades han participado organismos multilaterales (la OMS, el UNICEF, el Banco Mundial, la División de Población de las Naciones Unidas) en estrecha colaboración con expertos técnicos (de Johns Hopkins University, London School of Hygiene and Tropical Medicine, los Centros para el control y la prevención de enfermedades de los Estados Unidos y Aga Khan University, entre otros, y colaboradores para el desarrollo que trabajan en el ámbito de la supervivencia infantil tales como Saving Newborn Lives).

22. La OMS es la principal organización que facilita estimaciones sobre la mortalidad por causa específica. Un problema importante ha sido la falta de datos precisos sobre mortalidad por causa específica procedentes de países en desarrollo, especialmente aquellos que tienen niveles de mortalidad más elevados. Es preciso solucionar estas carencias de datos intensificando los esfuerzos por trabajar con los países en las actividades destinadas a obtener datos de mortalidad más recientes y colaborando con los asociados para obtener mejores herramientas (por ejemplo, para las autopsias verbales) e inversiones en la recopilación y el análisis de los datos. También se necesita armonizar mejor las estimaciones de mortalidad por causa específica dentro de la OMS y con otros órganos del sistema de las Naciones Unidas e instituciones académicas. La OMS tiene la intención asimismo de utilizar de manera uniforme el concepto de mortalidad total, es decir, el número total de muertes independientemente de la causa. Las estimaciones actualizadas de dicha mortalidad por edad y por sexo son cruciales para que la OMS pueda velar por que las estimaciones de mortalidad

(y morbilidad) correspondientes a programas y a enfermedades específicas sean coherentes dentro de la organización y encajen en el total mundial o regional.

23. En 2001, la OMS creó un grupo consultivo técnico para ayudar a mejorar las estimaciones de la mortalidad por causa específica en la infancia, que ha logrado avanzar la labor de las estimaciones de mortalidad por causas específicas y ha sido muy activo y productivo durante los últimos años. Dada la creciente demanda de estimaciones por país de la mortalidad por causas específicas en la infancia, tanto para la planificación sanitaria como para fines de evaluación, la OMS, en estrecha colaboración con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas e instituciones académicas, seguirá apoyando esas actividades, haciendo mayor hincapié en la preparación de estimaciones de la distribución de las principales causas de muerte en los niveles mundial, regional, subregional y nacional, y elaborando un proceso y un método para actualizar posteriormente esas estimaciones.

24. Existen grupos de coordinación parecidos en otros ámbitos de la salud.

25. El Grupo de referencia encargado de la supervisión y evaluación del paludismo se dedica a la elaboración de indicadores y de métodos de recopilación de datos acerca de las intervenciones sobre el paludismo, la prevalencia del paludismo (e indicadores inmediatos) y la mortalidad por paludismo (e indicadores inmediatos). Este Grupo incluye a expertos de la OMS, el UNICEF, los Centros para el control y la prevención de enfermedades de los EE.UU. y varios departamentos universitarios que trabajan en este ámbito.

26. El programa mixto OMS/UNICEF de vigilancia del abastecimiento de agua y del saneamiento mantiene una base de datos en la que reúne datos administrativos sobre el abastecimiento de agua y el saneamiento, así como datos generados mediante encuestas de la comunidad, como las encuestas de indicadores múltiples apoyadas por el UNICEF, las encuestas demográficas y de salud apoyadas por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y censos. Las distintas fuentes proporcionan la base para las estimaciones internacionales sobre el agua y el saneamiento.

27. El Grupo de referencia epidemiológica sobre el VIH/SIDA está formado por expertos en epidemiología y proporciona orientaciones y métodos para estimar y proyectar la prevalencia del VIH/SIDA a nivel mundial y nacional. El grupo está presidido conjuntamente por la OMS y la secretaria del ONUSIDA, y cuenta con la participación del UNICEF, el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales y expertos técnicos.

28. El Grupo de referencia encargado de la supervisión y evaluación del VIH/SIDA da orientación sobre la supervisión y evaluación de programas y sobre indicadores conexos para vigilar el progreso hacia la consecución de objetivos internacionales, incluidos los objetivos de desarrollo del Milenio. Este Grupo cuenta con la participación de la OMS, la secretaria del ONUSIDA y el UNICEF, así como de una variedad de expertos técnicos.

29. El Grupo de Examen Colegiado sobre Mortalidad Materna examina los métodos empleados para generar estimaciones de mortalidad materna comparables a nivel internacional. Está compuesto por la OMS, el UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la División de Población de las Naciones Unidas, el Banco Mundial y expertos técnicos.

B. Clasificaciones internacionales

30. La Organización Mundial de la Salud mantiene dos nomenclaturas de referencia sobre la salud, a saber, la CIE y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), que pertenecen al grupo de clasificaciones económicas y sociales de las Naciones Unidas.

31. En cumplimiento del mandato que le confió la Asamblea Mundial de la Salud en 1990, la OMS ha establecido un proceso continuo de actualización para incorporar nuevos conocimientos científicos (por ejemplo, sobre el síndrome respiratorio agudo y grave y nuevas enfermedades emergentes). Está previsto hacer en 2010 una revisión considerable de la CIE.

32. La aplicación de la CIE sigue siendo problemática en los países que carecen de un registro civil completo de muertes con certificación de la causa de defunción. De los 192 Estados miembros de la OMS, casi 80 no pueden generar estadísticas de mortalidad basadas en la CIE como exigen los reglamentos de la OMS. Se trata de los mismos países que tienen las peores cargas de mortalidad y morbilidad. Para resolver este problema, la OMS ha elaborado una lista breve de mortalidad y diversos instrumentos que ayudan a los países a aplicar la clasificación en forma fiable y eficiente en la recopilación de estadísticas de mortalidad.

33. La CIF, que fue adoptada en 2001 como norma internacional para las estadísticas de salud y discapacidad, se ha traducido a 30 idiomas y se están elaborando diversos medios de facilitar su aplicación. Lo que es más importante, el Grupo de Washington sobre estadísticas de discapacidad la ha adoptado como base de su trabajo de preparación de preguntas para censos y encuestas. A nivel regional, la OMS está colaborando con la CESPAP y la CESPAP en proyectos destinados a mejorar las estadísticas sobre discapacidad en los países de esas regiones utilizando el marco de la CIF. Igualmente, la reunión de la CEPE sobre la situación de la salud basó sus criterios en la CIF.

C. Medida de la carga de morbilidad y el estado de salud

34. La OMS sigue elaborando instrumentos para facilitar el análisis nacional de la carga de morbilidad y la carga atribuible a factores de riesgo utilizando métodos y definiciones normalizados. Estos instrumentos están en etapa de finalización y ensayo, en colaboración con diversos grupos de investigación.

35. En el ámbito del estado de salud, éste se puede definir respecto a una persona como su capacidad para funcionar en un conjunto dado de dominios vinculados con el marco conceptual de la CIF. Los determinantes del estado de salud, los factores de riesgo y las intervenciones son importantes y deberían medirse en encuestas mediante entrevistas o exámenes de salud, pero es necesario separarlos de la medición del estado de salud propiamente dicho. La comparabilidad de los datos para la estimación de los niveles de salud de las personas y de la población depende de la claridad conceptual en relación con lo que se está midiendo, un conjunto de dominios o atributos común y reducido; instrumentos de encuesta comparables con equivalencia lingüística y conceptual; estrategias explícitas en la fase de diseño y análisis para asegurar la comparabilidad entre grupos de población; y fiabilidad y validez comprobadas.

36. La elección de los dominios para la medición de los estados de salud debe depender de la viabilidad de su inclusión en encuestas mediante entrevistas de salud (por ejemplo, brevedad, claridad, psicometría). Se ha llegado a un consenso sobre amplios dominios de “funcionamiento”: físico (movilidad, destreza, autoasistencia, cognición), mental (memoria y concentración), sensorial (vista, oído), otros dominios importantes (dolor/malestar, vitalidad/fatiga), funcionamiento psicológico (afecto/ansiedad, relaciones interpersonales) y funcionamiento social.

37. Se ha creado un grupo de trabajo con vistas a la elaboración de un nuevo instrumento común, basado en la labor ya realizada por las organizaciones nacionales e internacionales en relación con las encuestas sobre la salud, en coordinación con los grupos existentes tales como el Grupo sobre sistemas de información de la salud de Eurostat y el Grupo de Washington. Un grupo de orientación compuesto por el Canadá, los Estados Unidos, la OMS, Eurostat y la CEPE supervisará ese trabajo.

D. Criterios para el seguimiento de los objetivos de desarrollo del Milenio relativos a la salud

38. Los objetivos de desarrollo del Milenio relativos a la salud comprenden unos cuantos indicadores del estado de salud (mortalidad, morbilidad y estado de nutrición) y un número seleccionado de indicadores de la cobertura de los programas de salud (cobertura de inmunización, atención de maternidad, uso de preservativos). Muchos de estos indicadores son de difícil control a corto plazo porque las técnicas de medición están sujetas a amplios márgenes de incertidumbre y porque los indicadores cambian lentamente y no responden mucho a las acciones de los programas. En la mencionada reunión del foro de alto nivel sobre los objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con la salud, los participantes solicitaron que se identificara un conjunto limitado de indicadores que se pudieran utilizar para la supervisión periódica (bianual) del progreso, para el desembolso de fondos basado en los resultados y para informar sobre los progresos a entidades no relacionadas con la salud, como los ministerios de finanzas.

39. En respuesta a esa petición, la OMS organizó en junio de 2004 una reunión de organizaciones, donantes y expertos del sector académico que duró un día. Los participantes acordaron examinar distintas opciones para responder a este llamamiento, incluidas las siguientes:

- a) La medida en que los indicadores de los servicios de salud o de los programas de salud pueden servir para predecir los niveles y las tendencias de los indicadores del estado de salud;
- b) Un conjunto limitado de indicadores de rendimiento del sistema de salud que se puedan utilizar junto con los indicadores de resultados de salud para supervisar el progreso en todo el sistema en relación con los objetivos relativos a la salud;
- c) Un posible índice de productos básicos de salud adecuadamente asociado con los niveles del estado de salud y las tendencias de salud;
- d) La solidez de la relación entre los datos disponibles sobre gastos de salud y las tendencias en los objetivos de desarrollo del Milenio;
- e) Formas de mejorar el desglose de los indicadores indirectos;

f) Un menú de indicadores intermedios de prácticas recomendables para ayudar a los países a detectar el conjunto de indicadores más adecuado para supervisar sus propios programas; un subgrupo reducido de estos indicadores se podría resaltar y promover como indicadores clave para la supervisión internacional.

40. Con objeto de avanzar en lo relativo a las estadísticas del sistema de salud, la OMS y el Banco Mundial han instado a los colaboradores nacionales y técnicos a que examinen las definiciones y metodologías, y un conjunto inicial de elementos de medida de los sistemas de salud se centra en la financiación y en el uso justo y eficaz de los recursos; los recursos humanos; la información de salud; medicamentos, diagnóstico, equipos e infraestructuras; y políticas, institucionalización y gobernanza. Este esfuerzo se basará en la labor actual relativa a los indicadores de los sistemas de salud y las evaluaciones de rendimiento³ y debe constituir un primer paso para alcanzar un consenso sobre un conjunto limitado de indicadores básicos de los sistemas de salud que sirva a los países en desarrollo para supervisar periódicamente los progresos en el refuerzo de sus sistemas, especialmente en el contexto de los objetivos de desarrollo del Milenio.

41. Los progresos en esta labor se presentarán en la reunión del foro de alto nivel que se celebrará en Abuja en diciembre de 2004.

VII. Colaboración a nivel regional

42. La Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental asistió a una reunión del grupo de expertos sobre datos e indicadores para supervisar el progreso hacia la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio en la región de la CESPAAO, celebrada en febrero de 2004. Un resultado importante de la reunión fue un acuerdo según el cual los Estados árabes deberían crear mecanismos para asegurar la uniformidad de los datos a nivel nacional y presentar periódicamente datos nuevos y actualizados a la CESPAAO, la División de Estadística de las Naciones Unidas, la OMS y otras organizaciones competentes para asegurar la uniformidad de los datos en los planos regional y mundial. En la reunión también se convino en que las oficinas centrales de estadística y los ministerios de salud deberán adoptar las normas de la OMS para la recopilación de datos relativos a la salud y los métodos de cálculo de la OMS sobre los indicadores de salud, especialmente en la preparación de los datos e indicadores sobre los objetivos de desarrollo del Milenio. Para facilitar esta labor, la OMS convino en proporcionar la orientación necesaria sobre la recopilación y el análisis de los datos.

43. La OMS asistió en mayo de 2004 al foro para el desarrollo de la estadística en África, patrocinado por la EPA y presentó un resumen de la fase de desarrollo de la Health Metrics Network, centrado en particular en las posibilidades de colaboración y apoyo mutuo de los esfuerzos por mejorar la capacidad estadística en el ámbito de la salud. Concretamente, en colaboración con el foro, tendrá prioridad el desarrollo de sistemas nacionales de registro civil en relación con la mejora de los sistemas nacionales de información de salud.

44. La reunión conjunta de la CEPE, la OMS y la Eurostat sobre la medición del estado de salud se celebró en Ginebra del 24 al 26 de mayo de 2004. Esta reunión se centró en la elaboración de instrumentos comunes para medir el estado de salud en sus múltiples dimensiones. Se llegó a un acuerdo sobre el marco conceptual de la OMS para medir la salud.

45. La OMS es una organización descentralizada con cinco oficinas regionales independientes. La organización mundial colabora estrechamente para responder a la demanda de información puntual, fiable y coherente sobre indicadores clave de salud, incluidos los objetivos de desarrollo del Milenio. A todos los niveles, la OMS recopila y resume una amplia gama de datos cuantitativos de gran variedad de ámbitos de la salud. Estos datos se utilizan internamente para definir políticas y se difunden ampliamente en publicaciones oficiales, así como mediante mecanismos más oficiosos, tanto electrónicos como impresos. La información publicada por la OMS se utiliza con frecuencia en todo el mundo para el establecimiento de puntos de referencia, la promoción de políticas concretas, la supervisión de logros relativos a objetivos y metas aceptados internacionalmente y la orientación para estrategias y respuestas técnicas.

46. A nivel regional por ejemplo, la Oficina Regional de la OMS para Europa mantiene un conjunto de bases de datos que incluyen estadísticas de salud básicas y de temas específicos para los países europeos, ampliamente utilizadas para análisis y comparaciones del estado de salud en Europa⁴. La Oficina Regional para Europa también participa con regularidad en las reuniones técnicas de la Comisión Europea (Eurostat y la Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores) y de la OCDE sobre cuestiones relacionadas con los indicadores de salud, la armonización y la normalización de la recopilación de datos y de las definiciones. Aproximadamente la mitad de los 52 Estados europeos miembros de la OMS también pertenecen a la Unión Europea o a la OCDE, por lo que es muy importante armonizar las metodologías, las clasificaciones empleadas y las definiciones incluidos los instrumentos comunes de recopilación de datos, con objeto de evitar una carga innecesaria para los países, que pudieran recibir de distintas organizaciones solicitudes sobre los mismos datos. Los avances hacia esa armonización son particularmente visibles en los ámbitos de las estadísticas de las causas de muerte, algunas estadísticas de hospitales y el sistema de cuentas nacionales de salud.

47. La Oficina Regional para las Américas de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud crearon una línea de cooperación técnica en sistemas de información geográfica sobre epidemiología y salud pública. En 2004 se ejecutaron varias actividades y proyectos de esta línea de cooperación, prestando especial importancia a la mejora de las capacidades nacionales para el uso y el análisis de datos procedentes de sistemas sobre información de salud y estadística sistemáticos en el Sistema de Información Geográfica. Esta línea de cooperación incluye el desarrollo de aplicaciones y programas informáticos, la creación de capacidad, la colaboración interinstitucional y la elaboración de normas.

48. Junto con el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente y ocho ministerios de salud y medio ambiente de la región mesoamericana, la Oficina Regional para las Américas inició un proyecto sobre el uso de sustitutos sostenibles del DDT para el control antivectorial del paludismo. Se establecerá un sistema de información geográfica en cada ámbito de demostración para la planificación, supervisión y evaluación de las intervenciones, utilizando los datos disponibles en la actualidad.

49. La Oficina Regional para las Américas de la OMS ha estado colaborando con la sede y con todas las oficinas regionales en la elaboración de una estrategia mundial de la OMS para cartografía y sistemas de información geográfica de salud pública basada en la experiencia y en casos satisfactorios de la sede y las regiones. La difusión y el uso del sistema de información geográfica sobre epidemiología y salud pública, el programa informático de sistemas de información geográfica desarrollado

por la Oficina Regional para las Américas para el análisis epidemiológico y de salud pública empleando las dimensiones espacial y temporal, ha tenido mucho éxito durante el año en curso, con aplicaciones en Puerto Rico, el Brasil, Costa Rica, el Canadá, los Estados Unidos, el Ecuador, la República Dominicana y la Argentina.

50. En 2004, la Oficina Regional para las Américas creó un proyecto genérico con la USAID sobre salud pública en los países de América Latina para los tres años siguientes. Dentro de ese proyecto, se ha creado un paquete para sistemas de información de salud, que se aplica desde octubre. Su objetivo principal es documentar y evaluar las experiencias del Brasil y México sobre sistemas de información de salud y utilizarlas como orientación sobre prácticas recomendables.

51. En 2003, la Oficina Regional para las Américas celebró una reunión del Comité Regional Asesor en Estadísticas de Salud (CRAES). Este comité presentó varias recomendaciones, entre ellas, la preparación de un curso internacional sobre estadísticas vitales y de salud.

52. La Oficina Regional para las Américas lanzó la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud en 1995. Estos datos básicos de salud se actualizan anualmente con los datos recibidos de los Estados miembros y de los organismos especializados. La amplia base de datos se puede consultar en la Internet. Un subgrupo de datos básicos se publica en un folleto que se distribuye a los Estados miembros. En 2004 se publicó la evaluación decenal de la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud, que rinde cuentas de los resultados y el efecto de la iniciativa y ofrece recomendaciones para consolidarla y ampliarla. El informe fue presentado ante el Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud en su sede en septiembre de 2004.

53. Con objeto de cumplir con eficacia su función de gestión de datos y de aprovechar la labor de la Oficina Regional para las Américas y las demás oficinas regionales, la OMS está creando un centro de intercambio de información para toda la organización que recopile buenos indicadores de salud a nivel de los países, los difunda y maximice el acceso a los mismos. Para ello debe realizar las siguientes tareas:

a) Seleccionar un conjunto básico de unos 50 indicadores de salud para la organización que incluyan los objetivos de desarrollo del Milenio y sobre los que se informe a través de las oficinas regionales y en los países y en la sede;

b) Elaborar un formato normalizado para la gestión y la documentación de los datos que incluya metadatos para los indicadores básicos de salud (datos empíricos, fuente de los datos con su descripción, calidad de los datos o del trabajo de recopilación, métodos de estimación y estimación final). Se presentan tanto los datos declarados por los países como las mejores estimaciones según los métodos establecidos de la OMS;

c) Crear una base de datos de cuyo mantenimiento se encargue la OMS y aplicarla para difundir los indicadores básicos de salud mediante gran variedad de cuadros, gráficos y mapas adaptados a las necesidades.

VIII. Métodos alternativos para estimar la prevalencia del VIH/SIDA

54. El ONUSIDA y la OMS colaboran estrechamente para elaborar estimaciones del VIH en los planos nacional, regional y mundial. Un grupo de trabajo conjunto de

ambas organizaciones se reúne semanalmente. Las estimaciones regionales se actualizan anualmente y las nacionales se actualizan semestralmente. El grupo de trabajo recibe el asesoramiento del Grupo de referencia sobre epidemiología del ONUSIDA, formado por excelentes modeladores, demógrafos y epidemiólogos sobre el VIH/SIDA, la División de Población de las Naciones Unidas, los Centros para el control y la prevención de enfermedades de los Estados Unidos de América y la OMS.

55. Se ha elaborado un modelo de estimación para los países, con métodos distintos para epidemias generalizadas y concentradas o de bajo nivel. Publicaciones recientes describen este modelo y los problemas relativos a su uso y a la utilización de encuestas de población para sistemas de vigilancia⁵. Durante los dos años anteriores, se ha impartido formación en más de 120 países sobre el uso de programas informáticos de estimación y proyección. Las orientaciones para el uso de encuestas de población para sistemas de vigilancia están en una fase avanzada de preparación. Se facilita asistencia técnica activa a los países que han hecho una encuesta de población para conciliar las encuestas y la vigilancia.

IX. Grupo de trabajo entre secretarías sobre estadísticas de salud

56. En respuesta a la solicitud hecha por la Comisión de Estadística en su 35º período de sesiones de que un grupo de trabajo entre secretarías sobre estadísticas de salud elaborara “un programa coordinado e integrado para la preparación de estadísticas sobre la salud” y llegara “a un acuerdo sobre definiciones uniformes, clasificaciones y metodologías sobre estadísticas de salud, utilizando en la medida de lo posible los mecanismos existentes y haciendo participar en todas las etapas a la comunidad interesada en estadísticas oficiales” (E/2004/24, apartado e) del párrafo 4 de la sección C del capítulo II), se ha creado el Grupo de trabajo entre secretarías sobre estadísticas de la salud, coordinado conjuntamente por la División de Estadística y la OMS.

57. Como primera medida, se ha solicitado a los miembros del Comité de Coordinación de las Actividades Estadísticas que identifiquen cuestiones prioritarias que sería útil que tratara el Grupo de trabajo entre secretarías. El informe de los Amigos del Presidente sobre estadísticas de salud, presentado ante la Comisión de Estadística en marzo de 2004, sirvió como punto de partida. Hasta noviembre de 2004 se había recibido un total de ocho respuestas de miembros del Comité. Un análisis preliminar de esas respuestas mostró que corresponden a tres categorías amplias:

a) **Cuestiones normativas, técnicas y operacionales**, incluida la identificación de indicadores básicos relativos a problemas de salud concretos (incluida la salud materno-infantil, la salud reproductiva, la nutrición y aspectos sanitarios del medio ambiente, las drogas y la delincuencia) y a estadísticas del sistema de salud (incluidas las cuentas nacionales de salud, los recursos humanos, la información sanitaria y el funcionamiento del sistema de salud);

b) **Cuestiones jurídicas, normativas y de aplicación relacionadas con la generación y el uso de estadísticas de salud**, incluido el marco jurídico para el registro civil, las normas relativas a la confidencialidad y la gestión de microdatos, y las funciones y la relación entre las oficinas nacionales de estadística y los ministerios de salud;

c) **La colaboración interinstitucional**, incluidas las repercusiones del proyecto de declaración de principios en el ámbito de las estadísticas de salud y las funciones y los mandatos de los distintos organismos que producen y utilizan estadísticas de salud.

58. Como ya se ha observado en el presente informe, se han comenzado a aplicar mecanismos de colaboración para tratar las cuestiones estadísticas de distintos aspectos de la salud y están abiertos a la participación de más colaboradores cuando sea necesario y apropiado. Como siguiente paso, la División de Estadística colaborará con la OMS para emprender un análisis más detallado de la lista propuesta de cuestiones y perfilará un proceso para una mayor colaboración sobre aspectos clave de las estadísticas de salud. Este proceso se basará, en todo lo posible, en los mecanismos disponibles. La Health Metrics Network y sus equipos de tareas y grupos de trabajo asociados servirán de vehículo para la participación de otras partes interesadas en varias de las cuestiones identificadas, incluidos los sistemas de registro civil, las cuentas nacionales de salud y el funcionamiento de los sistemas de salud. La labor de los colaboradores de la Health Metrics Network en los países se centrará explícitamente en aumentar la colaboración entre ministerios y oficinas de estadísticas nacionales y de salud, así como en lograr la participación de una amplia gama de colaboradores en los países, incluidos donantes externos, organizaciones para el desarrollo y la sociedad civil, para mejorar los sistemas de información de salud.

X. Conclusión

59. La OMS se ha comprometido a difundir y aplicar la declaración de principios en su propia labor y se esforzará por que esto se cumpla en todos los programas técnicos. Seguirá participando en consultas periódicas con usuarios y productores clave de estadísticas de salud para garantizar la puntualidad, la calidad, el acceso y el uso de los datos relativos a la salud. La creación de la Health Metrics Network también contribuirá a mejorar la colaboración entre los participantes en la elaboración y el uso de datos de salud y a establecer asociaciones más estrechas y productivas entre las entidades de estadística y de salud en los niveles mundial, regional y nacional.

Notas

- ¹ Véase <http://unstats.un.org/unsd/statcom/doc04/marrakech.pdf>.
- ² Véase www.surveynetwork.org.
- ³ Véase, por ejemplo, J. Hurst y M. Jee-Hughes, "Performance measurement and performance management in OECD health systems", *Labour Market and Social Policy Occasional Paper*, No. 47 (OCDE, París, 2001).
- ⁴ Véase http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20010827_1.
- ⁵ H. Ward, N. Walker y P. D. Ghys, "Methods and tools for HIV/AIDS projections and estimates", *Sexually Transmitted Infections*, 2004, vol. 80, suplemento 1; N. Walker, N. C. Grassly, G. P. Garnett, K. A. Stanecki, P. D. Ghys, "Estimating the global burden of HIV/AIDS: what do we really know about the HIV pandemic?", *Lancet*, junio de 2004; J. T. Boeremat, P. D. Ghys, N. Walker, "HIV estimates from national population-based surveys: A new gold standard for surveillance systems?" *Lancet*, 2003.