



Consejo Económico y Social

Distr. general
16 de diciembre de 2008
Español
Original: inglés

Comisión de Estadística

40º período de sesiones

24 a 27 de febrero de 2009

Tema 3 g) del programa provisional*

**Temas de debate y para la adopción de decisiones:
estadísticas de salud**

Grupo de Trabajo entre secretarías sobre estadísticas de salud

Nota del Secretario General

Atendiendo a una solicitud formulada por la Comisión de Estadística en su 39º período de sesiones**, el Secretario General tiene el honor de transmitir adjunto el informe del Grupo de Trabajo entre secretarías sobre estadísticas de salud. Se pide a la Comisión que examine y apruebe las propuestas formuladas por el Grupo de Trabajo. En concreto, el Grupo de Trabajo propone la continuación durante el próximo año de la labor de elaboración del Marco y la convocatoria de una reunión de grupo de expertos para examinar y evaluar el Marco una vez concluido el proyecto inicial.

* E/CN.3/2009/1.

** Véase *Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 2008, Suplemento No. 4* (E/2008/24), cap. I.B, decisión 39/115.

Informe del Grupo de Trabajo entre secretarías sobre estadísticas de salud

I. Reseña de los trabajos

1. El Grupo de Trabajo entre secretarías sobre estadísticas de salud celebró su quinta reunión (dividida en dos partes) en Shanghai (China), los días 13 y 17 de octubre de 2008, coincidiendo con la conferencia de la Asociación Internacional de Estadísticas Oficiales. Ambas partes de la reunión fueron presididas por Jennifer Madans (Estados Unidos de América). Participaron en la reunión representantes de los siguientes países: Australia, Brasil, Canadá, Filipinas, Noruega y Estados Unidos de América (no pudo asistir el representante de Sudáfrica). Además, el Grupo de Trabajo patrocinó una reunión de la Asociación Internacional de Estadísticas Oficiales dedicada a la utilización de datos administrativos para las estadísticas de salud. Esa reunión fue organizada y presidida por los Estados Unidos, y en ella presentaron ponencias los representantes del Canadá, Filipinas y Sudáfrica. El representante del Brasil formuló las observaciones finales.

2. En su reunión de noviembre de 2007, el Grupo de Trabajo propuso acometer la tarea de elaboración de un Marco para las estadísticas de salud y realizar durante el año siguiente la etapa inicial del proceso. En el Marco se esbozarían el contenido de las estadísticas de salud y la relación entre el contenido y las fuentes más corrientes de datos sobre salud. Esa propuesta se sometió a la Comisión de Estadística en su 39º período de sesiones. La Comisión manifestó su apoyo a la labor en curso del Grupo de Trabajo tendente a mejorar la coordinación de las estadísticas de salud y a la propuesta de elaboración de un marco. Desde entonces, el Grupo de Trabajo ha venido trabajando en la elaboración de un esquema general del Marco y un primer borrador de sus secciones. Las sesiones celebradas en Shanghai tenían por objeto examinar los proyectos de secciones del informe elaborados por los miembros del Grupo de Trabajo. Aunque el Marco se encuentra todavía en proceso de elaboración, en el anexo del presente informe figura un anteproyecto.

3. El Marco se está elaborando para subsanar la falta de estadísticas básicas de salud para usos nacionales y comparaciones entre países. El Marco facilitará una coordinación más estrecha entre las autoridades estadísticas y los ministerios de salud nacionales. Proporcionará además un mecanismo para canalizar la financiación aportada por organismos internacionales y otros donantes que promueven en medida significativa la reunión de datos sobre salud de tal manera que permita obtener información sobre salud que se pueda utilizar a nivel nacional e internacional. La falta de coordinación entre los ministerios competentes y el sistema de estadísticas y la importancia del papel de los donantes en la financiación de las actividades de reunión de datos son consideraciones de particular importancia que se plantean en la esfera de las estadísticas de salud. Un marco adecuado mejoraría asimismo la calidad de la reunión, el análisis y la difusión de los datos, además de facilitar el desarrollo de la capacidad técnica en el plano nacional.

4. El Marco que se está elaborando proporciona una estructura para determinar los tipos de información que conviene reunir, evaluar el grado de disponibilidad de esa información, determinar las lagunas, evaluar la calidad de los datos, e indicar las esferas en las que se necesitan normas internacionales que faciliten la reunión de información de gran calidad. En concreto, el Marco clarificaría el contenido de las

estadísticas de salud, reflejaría la naturaleza de las relaciones entre distintas esferas y dentro de cada una de ellas, posibilitaría la definición de un sistema de reunión de datos general y coherente que aportara información sobre toda una gama de cuestiones y permitiera por ende eliminar los sistemas estadísticos fragmentarios o aislados, y facilitaría la determinación de las esferas en las que es necesario adoptar enfoques innovadores de la reunión de datos.

5. La participación de la comunidad estadística, a través del Grupo de Trabajo, en la elaboración del Marco garantiza que se tendrán en cuenta y se incorporarán los Principios fundamentales de las estadísticas oficiales aprobados por la Comisión de Estadística en abril de 1994, mejora la rendición de cuentas y aumenta las probabilidades de que las estadísticas de salud puedan convertirse en parte integrante de los actuales sistemas nacionales de reunión de datos.

6. En la sección 1 del Marco se argumenta la necesidad de un marco y se exponen los objetivos que con él se persiguen. En la sección 2 se analizan el alcance y los componentes del concepto de salud. No se pretende enumerar ni evaluar todos los aspectos de la salud, sino aportar una reseña general de las esferas que han de abarcar las estadísticas de salud. En la sección 3 se abordan las fuentes de los datos sobre salud, y, como en la sección 2, no se trata de enumerar o evaluar todas las fuentes de datos sobre salud y atención de la salud, sino de aportar una reseña general de esas fuentes. En la sección 4 se presenta la estructura del Marco. El objetivo es perfeccionar esa estructura y describir sus componentes y las relaciones entre ellos, incluida la organización de las diferentes esferas del marco y sus interrelaciones, y aportar ejemplos de indicadores dentro de cada componente. También se incluiría un examen de las cuestiones relacionadas con la dificultad de obtener indicadores internacionalmente comparables en materia de salud. En la sección 5, que todavía no se ha elaborado, se presentarán los trabajos en curso sobre estadísticas de salud que se podrían utilizar para dar contenido al Marco (es decir, para proporcionar indicadores correspondientes a los conceptos del Marco), como los relacionados con la familia de clasificaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud, el Grupo de Washington, la Iniciativa de Budapest, los grupos de trabajo sobre enfermedades concretas, la Red de la Métrica de Salud, la Oficina de Estadística de las Comunidades Europeas (Eurostat) y otras iniciativas. Se ha elaborado un documento de sesión para proporcionar a la Comisión información actualizada sobre la situación de la Iniciativa de Budapest y el Grupo de Washington. En la sección 5 se utilizará la información facilitada en las secciones 1 a 4 para relacionar los indicadores con otros trabajos en curso y fuentes actuales de datos. Ello permitirá determinar las lagunas de los datos y evaluar la necesidad de elaborar normas internacionales.

7. Todas las secciones del Marco incluidas en el anexo se encuentran todavía en fase de anteproyecto, y su grado de elaboración es desigual. Cabe suponer que las secciones irán evolucionando a medida que se elaboren ulteriormente, pero en la presente versión se recogen las ideas del Grupo de Trabajo sobre la estructura y el contenido del Marco. En particular, era necesario elaborar en alguna medida las secciones 1 a 4 antes de iniciar la sección 5, en la que se relacionan entre sí los diversos componentes del Marco. A medida que se vaya desarrollando ulteriormente el Marco, el Grupo de Trabajo habrá de adoptar decisiones sobre el grado de detalle que conviene darle y sobre el mecanismo más idóneo para recabar aportaciones de entidades que todavía no son miembros del Grupo de Trabajo. Eso resultará particularmente importante si se proponen indicadores concretos como indicadores

básicos. La presentación del Marco en una reunión de un grupo de expertos, como se hizo en el caso de las estadísticas sociales, constituiría un excelente mecanismo para recibir aportaciones de la comunidad estadística en general.

8. Además de elaborar el Marco, el Grupo de Trabajo puede proporcionar un mecanismo para facilitar la institucionalización de las estadísticas de salud actuando como enlace entre el sistema estadístico y las organizaciones interesadas en las cuestiones de salud y los datos sobre salud, en particular los Ministerios de Salud, la OMS y otros organismos del sistema de las Naciones Unidas. Evitando duplicar la labor realizada por otras organizaciones en materia de estadísticas de salud, el Grupo de Trabajo puede proponer nuevas iniciativas cuando sea necesario y examinar las propuestas de otros grupos. El Grupo de Trabajo promueve la rendición de cuentas, puesto que sus miembros representan a sus respectivas autoridades estadísticas nacionales y el Grupo responde ante la Comisión de Estadística.

9. La participación en el Grupo de Trabajo debería ampliarse a todos los países y organizaciones internacionales interesados en la cuestión y dispuestos a dedicar tiempo a la solución de problemas de larga data. También es esencial que la composición del Grupo sea equilibrada desde el punto de vista de la distribución por regiones geográficas y del nivel de desarrollo de los sistemas estadísticos. La labor del Grupo de Trabajo en los próximos años se verá facilitada considerablemente por un número limitado de reuniones físicas. Se necesitará financiación para sufragar los gastos de viaje de algunos participantes. El Grupo de Trabajo está examinando la posibilidad de celebrar una reunión coincidiendo con la reunión del Instituto Internacional de Estadística en Durban (Sudáfrica) y de patrocinar una sesión monográfica durante esa reunión.

10. La Comisión de Estadística podría formular observaciones sobre el Marco y aportar orientación sobre el enfoque general adoptado, alentar a otros países y organizaciones internacionales a participar en la labor del Grupo de Trabajo, y hacer suya la labor de elaboración del Marco que está realizando el Grupo. Podría asimismo hacer suya la propuesta de celebrar una reunión de grupo de expertos para presentar y evaluar el Marco. Esa reunión se celebraría una vez concluido el proyecto inicial del Marco.

Anexo

Marco para las estadísticas de salud: anteproyecto preparado por el Grupo de Trabajo entre secretarías sobre estadísticas de salud, noviembre de 2009

Sección 1. Necesidad de un marco para las estadísticas de salud

El desarrollo de las estadísticas de salud se ha rezagado respecto del de otros tipos de estadísticas, en particular en lo que se refiere a la posibilidad de disponer con prontitud de información básica fiable sobre cuestiones relacionadas con la salud que resulte adecuada para utilizarla a nivel nacional y para comparaciones internacionales. Ello se debe, entre otras razones, a la extrema complejidad inherente a las cuestiones relacionadas con la salud y los sistemas de salud. Se observa además en la mayoría de los países una falta de coordinación de las actividades de reunión y difusión de datos sobre salud, carencia imputable a su vez a la inexistencia, en relación con las estadísticas de salud, de un marco y normas claros, análogos a los elaborados por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) para las estadísticas de educación (http://www.oecd.org/LongAbstract/0,3425,en_2649_37455_31603886_1_1_1_37455,00.html), y por el Grupo de Canberra de la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas para las estadísticas de ingresos de las unidades familiares (<http://unstats.un.org/unsd/methods/citygroup/canberra.htm>, <http://www.lisproject.org/links/canberra/finalreport.pdf>). La necesidad de mejorar la coordinación entre las autoridades estadísticas y ministerios de salud nacionales es una consideración importante a la que hay que atender. En la disponibilidad y la calidad de las estadísticas de salud influye en medida considerable el hecho de que en muchos países la reunión de información sobre salud está financiada y dirigida en buena parte por organismos internacionales u otros donantes cuyo interés se centra principalmente en la supervisión de las actividades de programas concretos. El resultado es un sistema fragmentario que no responde a las necesidades básicas de estadísticas de salud para usos nacionales ni para comparaciones entre países.

La elaboración y aprobación de un marco general mejoraría la coordinación y la calidad de las actividades de reunión, análisis y difusión de datos sobre salud, con el objetivo último de mejorar los resultados en materia de salud. Los marcos sirven para orientar la elaboración y organización de estadísticas. En los sectores en que ya existen, los marcos internacionales para la producción de estadísticas facilitan la coordinación y la mejora de los sistemas y actividades estadísticas al permitir identificar las lagunas y las esferas en las que es necesario un ulterior desarrollo de las estadísticas. Por consiguiente, un marco proporciona una base relativamente amplia para la asignación de recursos a nivel nacional y, en el caso de los países en desarrollo (en los que la cuestión de la capacidad plantea problemas tanto para la planificación como para la gestión de los resultados), una orientación relativamente clara para canalizar la ayuda de los donantes hacia esferas prioritarias. Un marco permitirá también a los donantes racionalizar su apoyo a los diferentes programas y países y facilitará la labor de los organismos internacionales en la elaboración de nuevas metodologías o nuevas formas de adaptar las metodologías existentes a situaciones nuevas en algunos países en desarrollo.

Objetivos del Marco

El Marco proporcionará una estructura para determinar los tipos de información que conviene reunir, evaluar el grado de disponibilidad de esa información y su calidad y comparabilidad, determinar las lagunas de los datos, e indicar las esferas en que se necesitan normas internacionales para promover la reunión de información de gran calidad. Facilitará el diálogo entre las autoridades estadísticas nacionales y otras entidades que financian o realizan actividades de reunión de datos, como los ministerios de salud y otras organizaciones paraestadísticas, como institutos de salud pública. En concreto, el Marco:

a) Clarificará el contenido de las estadísticas de salud (por ejemplo, niveles y causas de mortalidad, morbilidad, situación de salud en términos de capacidad funcional, factores de riesgo, determinantes de la salud, disponibilidad, calidad y nivel de utilización de servicios de atención de la salud, y gasto sanitario) y la relación entre ese contenido y las fuentes más corrientes de datos sobre salud (registro civil, encuestas de población e institucionales, vigilancia de las enfermedades, sistema de salud, y registros administrativos);

b) Reflejará el carácter jerárquico de la información dentro de las distintas esferas y destacará la necesidad urgente de indicadores generales de la salud de la población, pero también de indicadores referentes específicamente a condiciones fisiológicas biomedicamente definidas y a los determinantes de esas condiciones;

c) Hará posible la definición de un sistema general y coherente de reunión de datos que proporcione información sobre toda una gama de cuestiones y permita por ende eliminar los sistemas estadísticos fragmentarios o aislados;

d) Facilitará la determinación de las esferas en que es necesario adoptar enfoques innovadores de la reunión de datos;

e) Facilitará la institucionalización de asociaciones entre las oficinas nacionales de estadística, los ministerios de salud y otras entidades dentro de los países.

La elaboración de un Marco para las estadísticas de salud es coherente con la resolución aprobada por el Consejo Ejecutivo de la Asamblea Mundial de la Salud en su 118ª reunión y complementa el Marco y las Normas para los sistemas nacionales de información sobre salud elaborados por la Red de la Métrica de Salud. En la actualidad se está realizando una labor considerable en la esfera de las estadísticas de salud, como ejemplos de la cual cabe citar las actividades relacionadas con el Grupo de Washington, la Iniciativa de Budapest, Eurostat y la familia de clasificaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud. Esa labor se incorporaría al Marco para las estadísticas de la salud.

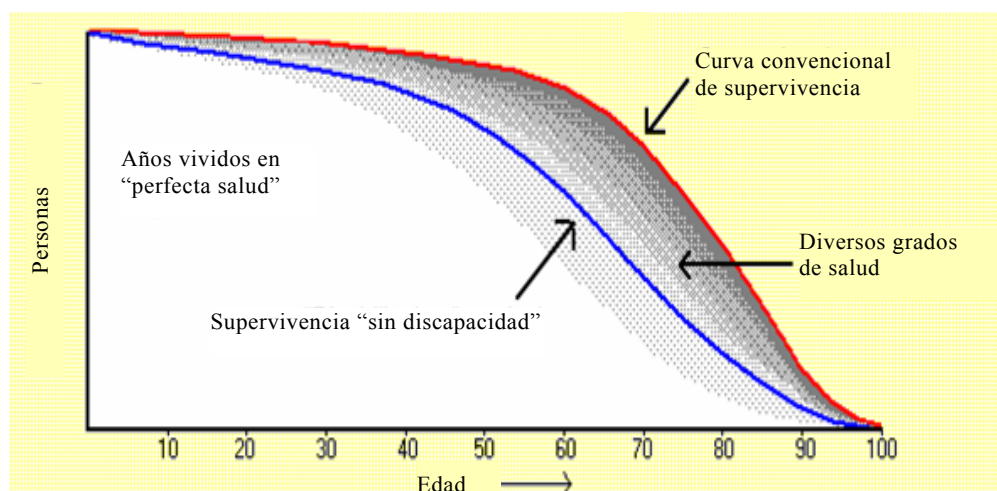
En la sección 2 se analizan el alcance y los componentes del concepto de salud. No se pretende enumerar ni evaluar todos los aspectos de la salud, sino aportar una reseña general de las esferas que han de abarcar las estadísticas de salud. En la sección 3 se abordan las fuentes de los datos sobre salud, y, como en la sección 2, no se trata de enumerar o evaluar todas las fuentes de datos sobre salud y atención de la salud, sino de aportar una reseña general de esas fuentes. En la sección 4 se presenta la estructura del Marco. El objetivo es perfeccionar esa estructura y describir sus componentes y las relaciones entre ellos, incluida la organización de las diferentes esferas del Marco y sus interrelaciones, y aportar

indicadores concretos y ejemplos de cómo pueden utilizarse diferentes fuentes para obtener indicadores sobre diferentes aspectos del Marco. También se incluiría un examen de las cuestiones relacionadas con la dificultad de obtener indicadores internacionalmente comparables en materia de salud. En la sección 5, que todavía no se ha elaborado, se presentarán los trabajos en curso sobre estadísticas de salud que se podrían utilizar para dar contenido al Marco (es decir, para proporcionar indicadores correspondientes a los conceptos del Marco), como los relacionados con la familia de clasificaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud, el Grupo de Washington, la Iniciativa de Budapest, los grupos de trabajo sobre enfermedades concretas, la Red de la Métrica de Salud, Eurostat y otras actividades. Todas las secciones se encuentran todavía en fase de anteproyecto, y su grado de elaboración es desigual. Cabe suponer que irán evolucionando a medida que se elaboren ulteriormente, pero en la presente versión se recogen las ideas del Grupo de Trabajo sobre la estructura y el contenido del Marco.

Sección 2. Alcance y componentes de la salud

En su definición más amplia, la salud abarca la mayor parte de los aspectos del bienestar físico, mental y social, o puede relacionarse con ellos. Sin embargo, la finalidad de la presente sección no es enumerar o evaluar todos los aspectos de la salud, sino aportar una reseña general de las esferas que han de abarcar las estadísticas de salud.

Hay que señalar que la mortalidad se utiliza a menudo como único o principal indicador de la salud. No obstante, aunque constituya un indicador importante, la mortalidad es insuficiente por sí sola para medir la salud de la población. Como se muestra en el siguiente gráfico (Wolfson, M.), con las estadísticas de mortalidad se construye la curva convencional de supervivencia que se suele utilizar para medir la esperanza de vida. Sin embargo, es importante distinguir entre años vividos en estados de “perfecta salud”, o “salud óptima” y estados definidos por diversos grados de enfermedad o de limitación funcional. Del total de años de vida, unos pocos se viven en “perfecta” salud, y los demás pueden clasificarse de diversas maneras según el grado de salud. En el Marco se indicarán los diferentes indicadores que pueden utilizarse para definir los estados de salud “perfecta” e “imperfecta”.



La información sobre salud, reunida por diversas entidades para fines muy diferentes, es un reflejo de la complejidad y el carácter fragmentario de los sistemas de salud de muchos países. Esa es una de las razones fundamentales de la dificultad para disponer de datos generales y estandarizados dentro de un mismo país y de un país y entre múltiples países. Sin embargo, una forma de abarcar el concepto de salud es desglosarlo en diversos aspectos o componentes sobre los que se recogen habitualmente datos. En la definición de esos componentes desempeñan un papel importante las diferentes fuentes de información y los fines para los que se reúnen los datos (por ejemplo, supervisión de los resultados en materia de salud de la población, evaluación de políticas, etc.). Por su propia naturaleza, muchos aspectos/elementos de la información sobre salud se reúnen en el marco del sistema de salud o a partir de registros administrativos conexos y proporcionan información sobre el propio sistema de salud, así como sobre las características de las intervenciones. La información obtenida mediante encuestas, o conjuntos de datos longitudinales, proporciona diferentes aspectos del cuadro, como los relacionados con la situación de salud, las experiencias relacionadas con el sistema de atención de la salud, los factores de riesgo y los determinantes sociales. Esas cuestiones se examinan ulteriormente en la sección 3.

En el resto de la presente sección se dividen los componentes de la salud en seis esferas generales para facilitar la presentación. En realidad, sin embargo, la mayoría de las cuestiones están relacionadas entre sí. Dentro de cada esfera general, las estadísticas de salud han de abarcar cuestiones de distribución, con desagregación de los datos por dimensiones de estratificación clave, como sexo, edad, situación socioeconómica, educación, pertenencia a grupos étnicos, geografía, etc. Esas seis esferas son las siguientes:

1. Mortalidad

La mortalidad es un componente básico de la salud. Desglosada por subgrupos definidos por la edad, el sexo y la causa de muerte, proporciona un cuadro detallado de las causas y condiciones de la pérdida de vidas en un país o población. De especial interés son la mortalidad infantil, la mortalidad hasta el año de vida y la esperanza de vida, utilizados a menudo como indicadores de la salud y el bienestar generales de la población.

2. Situación de salud

La vigilancia de la situación de salud de grupos y comunidades de personas es una actividad fundamental de la mayoría de los sistemas de salud. Las estimaciones de la prevalencia de diversas enfermedades entre la población proporcionan puntos de referencia para la mejora de los resultados en materia de salud y la base de información necesaria para la planificación, prestación y presupuestación de los servicios. Los avances metodológicos y tecnológicos permiten hacer mediciones precisas y sin sesgos utilizando indicadores clínicos y biomarcadores (por ejemplo, para la malaria y el VIH). También pueden utilizarse indicadores más generales del bienestar, como el bienestar subjetivo y la autoevaluación del estado de salud. Los indicadores detallados de la situación de salud permiten comparaciones entre distintas partes de la población para determinar cuáles son los grupos con peores resultados de salud y en qué sectores de la población y en qué enfermedades hay más posibilidades de mejora. Otro factor importante en este tipo de análisis puede ser la información sobre comorbilidad.

3. Discapacidad/capacidad funcional

Los datos sobre la discapacidad o capacidad funcional, que por una parte están estrechamente vinculados a la situación de salud, proporcionan además información sobre el grado en que distintas formas de discapacidad afectan a la capacidad funcional y limitan la actividad de una parte de la población. A diferencia de los datos sobre el estado de salud o la utilización de los servicios de salud, que puede tener carácter episódico, los referentes a la capacidad funcional suelen centrarse en situaciones y necesidades a más largo plazo. Para este tipo de datos tienen una importancia fundamental aspectos tales como la gravedad de la discapacidad, la duración de la discapacidad, el nivel de autonomía y la necesidad y la demanda de ayuda.

4. Factores de riesgo/prevención

Para la prevención de muchas enfermedades es fundamental disponer de información sobre los factores biológicos, genéticos, ambientales y de comportamiento que pueden conducir al deterioro del estado de salud. Aunque los propios factores de riesgo pueden variar considerablemente de una enfermedad a otra, la información al respecto es igualmente útil en el caso de las enfermedades transmisibles y de las enfermedades crónicas. La aplicación de indicadores de prevención eficaces mejora los resultados sanitarios y reduce los costos de los sistemas de salud. La información sobre los factores de riesgo puede abarcar desde mediciones biomédicas (por ejemplo, presión sanguínea o niveles de colesterol) hasta factores de comportamiento y estilo de vida (por ejemplo, hábito de fumar y pautas de actividad física) y socioeconómicos (por ejemplo, nivel de ingresos y educación). Para la información sobre los factores de riesgo y la prevención también son pertinentes otros aspectos, como los comportamientos relacionados con la salud, la capacidad para gestionar la propia vida y los conocimientos sobre cuestiones de salud, al igual que la comorbilidad (no sólo de las enfermedades, sino también de los propios factores de riesgo).

5. Sistemas/servicios de salud

La calidad del sistema de salud es un factor determinante de los resultados de salud de una población, y abarca un complejo conjunto de elementos, como disponibilidad, accesibilidad, calidad y utilización de los servicios de atención de la salud. Para responder a la pregunta de en qué medida presta satisfactoriamente esos servicios el sistema de salud es necesario atender a consideraciones de eficacia, idoneidad, acceso, eficiencia, capacidad de respuesta y sostenibilidad. Este componente abarca la atención primaria y secundaria, las intervenciones, los medicamentos, los tratamientos y su costo y eficacia, la seguridad de los pacientes y los niveles de atención. Como ya se ha señalado, buena parte de los datos utilizados para abordar ese componente se basan en el propio sistema y se generan en él. También se reúnen datos como resultado de los requisitos de cumplimiento, rendición de cuentas y evaluación y supervisión normativas. Otro aspecto de importancia fundamental en esta esfera es el de la sostenibilidad en relación con los costos y el personal del sector sanitario. Para la planificación y la gestión del sector de la salud es esencial contar con estadísticas sobre los insumos y procesos en que se basa el funcionamiento del sistema de salud, lo que requiere información sobre la disponibilidad y la distribución de la infraestructura sanitaria, el personal del sistema de salud y los medicamentos, el equipo y las tecnologías esenciales. Los

servicios se evalúan atendiendo no sólo a su disponibilidad, sino también a consideraciones de accesibilidad, asequibilidad, calidad y aceptabilidad.

6. Gasto sanitario

La relación entre el gasto sanitario público, el gasto sanitario privado (de las empresas y de las familias) y la ayuda extranjera en el sector de la salud puede afectar a la eficacia y al costo de los sistemas de salud y al acceso al tratamiento y llegar a generar diferencias en el estado de salud de diferentes sectores de la población. En cualquier caso, el gasto en salud es un componente importante del gasto interno, y hasta los países más ricos se enfrentan en esa esfera a problemas de sostenibilidad y de eficiencia como resultado del envejecimiento de su población. La utilización de este indicador requiere información detallada sobre las pautas de gasto, los costos unitarios, los sistemas de seguro de salud, las subvenciones y las previsiones de costos. En muchos países, las decisiones sobre la asignación de recursos en el sistema sanitario incumben a los encargados de la gestión del sistema sanitario a nivel de distrito, por lo que se necesitan datos financieros para tener debidamente en cuenta esa tendencia.

Sección 3. Fuentes de datos sobre salud

Los datos sobre salud se reúnen por métodos muy diversos y de múltiples fuentes. El Marco puede ayudar a establecer una mayor coherencia entre esas distintas fuentes de datos y a mejorar la calidad de la información reunida. En la presente sección se reseñan las fuentes más importantes de datos sobre salud, se evalúan sus ventajas e inconvenientes y se examinan las posibilidades de mejora para los fines de la planificación y la elaboración de políticas en materia de salud, así como para la aplicación de programas de intervención sanitaria eficaces y eficientes en función de los costos.

Requisitos básicos para las fuentes estadísticas

En la actualidad no existen normas aplicables a la reunión de datos sobre salud, salvo normas de carácter general, como los Principios fundamentales de las estadísticas oficiales y el Código de prácticas de las estadísticas europeas y otras normas de calidad estadística. En la actualidad no se está trabajando en la elaboración de normas específicas para las estadísticas de salud, pero sí en el establecimiento de marcos generales como la Red de la Métrica de Salud y el marco de las cuentas nacionales de salud. Además de los sistemas de clasificación gestionados por la OMS, existen diversos marcos de normas de calidad aplicables a la información sobre enfermedades concretas.

Principios fundamentales de las estadísticas oficiales. En los Principios fundamentales se destaca la importancia de las estadísticas oficiales para atender a las necesidades de información de los países y se aportan indicaciones sobre la calidad, la utilización y la difusión de las estadísticas oficiales. Se señala la necesidad de leyes que promuevan la aplicación de los Principios y garanticen la privacidad (confidencialidad) de los datos. Las estadísticas oficiales de salud han de adecuarse a los Principios fundamentales. El Principio 5 se refiere específicamente a las fuentes de estadísticas oficiales: “[l]os datos para fines estadísticos pueden

obtenerse de todo tipo de fuentes, ya sea encuestas estadísticas o registros administrativos. Los organismos de estadística han de seleccionar la fuente teniendo en cuenta la calidad, la oportunidad, el costo y la carga que impondrán a los encuestados”.

Código de prácticas de las estadísticas europeas. El Código de prácticas de las estadísticas europeas es más concreto y detallado que los Principios fundamentales, aunque en éstos se insiste más explícitamente en la importancia de las estadísticas oficiales como elemento indispensable del sistema de información de una sociedad democrática. El Código de prácticas consta de 15 principios fundamentales para la producción de estadísticas oficiales, todos ellos basados en las normas de calidad adoptadas por diversos países. El Fondo Monetario Internacional (FMI) y la OCDE utilizan un conjunto de normas de calidad ligeramente diferentes pero cuyos elementos principales coinciden con los del Código de prácticas de las estadísticas europeas.

Normas de calidad estadística. Para medir la calidad de las estadísticas de salud disponibles pueden utilizarse las normas de calidad estadística general, como las elaboradas por el FMI.

Red de la Métrica de Salud. La Red de la Métrica de Salud ha propuesto un marco para los sistemas de información sobre salud que abarca todos los aspectos de la información sobre salud, desde los insumos y procesos hasta los resultados y repercusiones. Con ello se asegura la disponibilidad de datos completos sobre salud, aunque no su calidad ni su contenido preciso.

Cuentas nacionales de salud. Las cuentas nacionales de salud constituyen un marco para la compilación de información sobre el gasto sanitario de los países. Consisten en un conjunto de estadísticas para la presentación sistemática del gasto sanitario nacional en un determinado año. En concreto, proporcionan información sobre los siguientes aspectos: a) cuánto se gasta en atención de la salud; b) quién paga por los servicios de atención de la salud; c) qué servicios se ofrecen; y d) cuánto cuesta la administración de los planes de financiación de la atención de la salud. Las cuentas nacionales de salud permiten evaluar la eficiencia y la eficacia de la financiación de los servicios de salud y ayudan a determinar cuáles son las intervenciones más idóneas para mejorar la prestación de esos servicios. En su calidad de marco, facilitan la comprobación y el mantenimiento de la coherencia de las estimaciones.

Clasificaciones internacionales uniformes. Se trata de normas aceptadas internacionalmente que los países deben utilizar siempre que sea posible para facilitar la comparabilidad internacional. Entre las principales clasificaciones utilizadas para las estadísticas de salud cabe destacar la Clasificación Internacional de Enfermedades y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Resultan útiles las tablas de correspondencias que relacionan las clasificaciones nacionales con las internacionales.

Las fuentes de datos para los indicadores básicos de la salud se escogerán en función de la información necesaria, la disponibilidad y frecuencia de los datos, la viabilidad, los costos y la carga para los encuestados, y tratando de conjugar la necesidad de disponer de series cronológicas históricamente comparables con la de registrar los cambios que vayan surgiendo.

Censos

Los censos pueden constituir una fuente importante de datos sobre salud, pues proporcionan una visión general de la población censada. La información puede reunirse mediante entrevistas, con cuestionarios que han de rellenar los propios interesados, o por una combinación de ambos métodos.

Las Naciones Unidas y algunas comisiones regionales formulan recomendaciones en relación con los censos de población y de vivienda. Los dos aspectos cubiertos por los censos, es decir, las características demográficas de las personas y las características de las unidades de vivienda y otros lugares de alojamiento, pueden resultar útiles para la planificación y la elaboración de políticas sanitarias. Los censos permiten reunir información sobre la esperanza de vida al nacer, la mortalidad y la discapacidad infantiles y adultas, y el número y la distribución de los trabajadores de salud. Además de datos demográficos y de vivienda, pueden proporcionar datos sobre los servicios de salud de los municipios o de las entidades encargadas de la prestación de servicios de salud.

Ventajas e inconvenientes

Los censos proporcionan una visión completa de la población censada, pero resultan costosos, y puesto que en muchos casos se basan en cuestionarios que han de rellenar las propias unidades familiares, no es fácil recoger en ellos la información pertinente sobre salud, que es compleja y a menudo delicada. Los censos dirigidos a una población más reducida constituyen una forma eficaz en función de los costos de reunir un amplio conjunto de datos. No obstante, es importante tener en cuenta la carga que suponen para los encuestados, pues preguntas aparentemente sencillas, por ejemplo sobre atención hospitalaria, pueden obligar al informante a consultar toda la documentación correspondiente y a realizar cálculos complicados. El resultado puede ser la cumplimentación incompleta de los cuestionarios, que afecta a la calidad de los datos, o una carga demasiado onerosa para los encuestados, o ambos inconvenientes.

Encuestas por muestreo

Las encuestas por muestreo son una fuente importante de estadísticas sobre salud. En particular, permiten determinar tasas de prevalencia entre la población (por ejemplo, de síntomas, de formas de discapacidad y de factores de riesgo), que no se pueden obtener a partir de los datos administrativos basados en la utilización de los servicios de salud. También pueden utilizarse para determinar la demanda potencial o no atendida de servicios de salud y para medir los comportamientos relacionados con la salud y los factores de riesgo. La información puede reunirse, como en los censos, mediante entrevistas, con cuestionarios que han de cumplimentar los propios encuestados, o por una combinación de ambos métodos. Como los censos, las encuestas por muestreo pueden referirse a la población, a los servicios de salud o a otras entidades. En las explicaciones siguientes se centra la atención principalmente en las encuestas por hogares.

Las encuestas por muestreo son una fuente de estadísticas sobre la situación de salud y los comportamientos relacionados con la salud. En la mayoría de los entornos de bajos ingresos, las encuestas por hogares son la principal fuente de

información sobre la mortalidad infantil, a través de registros detallados de nacimientos o por métodos indirectos. En algunos casos, las encuestas por muestreo son la única fuente de datos de que se dispone para obtener determinados tipos de información, por ejemplo para reunir datos sobre la autoevaluación del estado de salud o el grado de satisfacción de los usuarios, que son la expresión de opiniones que no quedan registradas en ninguna fuente administrativa. También son con frecuencia un instrumento útil para describir los resultados de salud.

Esas encuestas constituyen a veces una alternativa a un censo que resultaría demasiado costoso o impondría una carga demasiado onerosa a los encuestados.

En algunos países, las encuestas por muestreo pueden servir para subsanar la inexistencia de datos de registro civil, pero es necesario garantizar que los recursos que se les destinan no se detraigan del establecimiento de registros civiles eficientes.

Ventajas e inconvenientes

Las encuestas de población presentan ventajas respecto de los datos administrativos basados en el funcionamiento del sistema de salud, que sólo reflejan la utilización efectiva de los servicios. Otra ventaja de las encuestas es que permiten un control directo del contenido de los datos, pues es posible formular preguntas relativas a los temas sobre los que se busca información. Ello permite lograr un grado considerable de comparabilidad internacional.

Las encuestas son la única fuente alternativa de datos cuando lo que interesa es la percepción por el propio encuestado de determinados aspectos de su estado de salud, como el dolor o la fatiga, o de su capacidad funcional, u otros datos que no puede aportar en ningún caso un registro administrativo.

En general, los datos de las encuestas por muestreo pueden procesarse y publicarse mucho más rápidamente que los datos de los registros si se utilizan técnicas modernas, como entrevistas personales asistidas por computadora y entrevistas telefónicas asistidas por computadora.

Las encuestas por muestreo son un método relativamente costoso de reunir datos. La falta de respuesta puede introducir sesgos en los resultados, y los hogares o personas entrevistados no siempre están en condiciones de dar respuestas precisas, en particular sobre enfermedades diagnosticadas o servicios recibidos, o no siempre están dispuestos a hacerlo.

Información sobre enfermedades: sección que se añadirá más adelante.

Información de fuentes administrativas

Registros

Algunos países tienen una larga tradición de utilización de registros administrativos para la producción de estadísticas oficiales. En los últimos años ha venido aumentando el número de países que se plantean la posibilidad de producir estadísticas basadas en registros administrativos.

Un registro es una compilación sistemática de datos por unidades organizados de tal manera que puedan actualizarse. La actualización es el proceso de

seguimiento de los cambios que se producen en los datos que describen las unidades y sus características. Los registros computadorizados son más fáciles de utilizar como fuentes estadísticas que los basados en documentación en papel.

Aunque la importancia y la viabilidad de los registros como fuente de estadísticas varía de un país a otro, las experiencias de diversos países indican que un registro estratégico puede redundar en costos más bajos y reducir la carga para los encuestados.

En general, los registros contienen información sobre un grupo completo de unidades de una población determinada (por ejemplo, personas, hospitales). Esas unidades están definidas por un conjunto preciso de normas (por ejemplo, el personal que trabaja en hospitales), y las características se actualizan atendiendo a los cambios experimentados por las unidades. Al nivel más básico, un registro puede ser simplemente una lista de todas las unidades de la población objetivo. En la práctica, la mayoría de los registros contienen asimismo información sobre características adicionales de cada unidad. Algunas unidades de interés para las estadísticas de salud son *acontecimientos* relacionados con las personas, como acontecimientos demográficos (nacimientos, defunciones).

Un requisito básico es el de que cada unidad del registro pueda ser identificada inequívocamente. Para ello lo mejor es utilizar un sistema de códigos de identificación, pero también es posible identificarlas sin un código si se dispone de suficiente información sobre ellas (en el caso de las personas, pueden utilizarse su nombre y apellidos, su dirección, su fecha de nacimiento, etc.). La utilización del mismo código de identificación en diferentes registros permite establecer el enlace correspondiente, pero no todos los registros utilizan los mismos códigos de identificación, por lo que no siempre es posible establecer esa correspondencia.

Los registros administrativos son registros utilizados principalmente en sistemas de información administrativa. Algunos registros administrativos utilizados con fines estadísticos son registros de ámbito nacional mantenidos por el Estado o por las autoridades locales. Es el caso, por ejemplo, del registro de nacimientos y las defunciones. También pueden utilizarse registros privados, por ejemplo los de entidades privadas encargadas de la prestación de servicios de salud.

Procesando los datos obtenidos de registros administrativos pueden crearse registros estadísticos, que pueden basarse en un único registro administrativo o en la combinación de datos de varias fuentes administrativas.

Los registros administrativos deben ser tan completos y exactos como resulte posible, pero aun registros incompletos pueden utilizarse para fines estadísticos.

Es importante que las estadísticas permitan el seguimiento de los mismos acontecimientos y unidades a lo largo del tiempo. Las definiciones de los registros administrativos no deben modificarse, con el fin de mantener su comparabilidad histórica. La dimensión temporal y las fechas de los acontecimientos deben incluirse en los registros administrativos, pues tienen una importancia fundamental para las estadísticas.

Muchos países cuentan con un registro administrativo oficial de las causas de muerte. La cobertura y el grado de computadorización pueden variar de un país a otro, pero esos registros suelen ser en cualquier caso una fuente útil para fines estadísticos.

La información de los registros administrativos puede almacenarse de diversas formas. En muchos países, los registros administrativos utilizados con fines estadísticos están computadorizados y pueden consultarse en formato electrónico.

Razones para utilizar los datos administrativos con fines estadísticos

Desde el punto de vista del público, la utilización de datos administrativos para fines estadísticos presenta las siguientes ventajas:

- Es eficiente en función de los costos
- No impone a los encuestados la carga de averiguaciones innecesarias
- Resulta más fácil salvaguardar la seguridad de los datos si el número de personas encargadas de su manipulación es limitado
- El formato electrónico facilita la preservación de la privacidad de los datos.

Un factor importante que facilita la utilización estadística de los datos administrativos es el empleo de un único sistema de identificación para la misma fuente a lo largo del tiempo y entre diferentes fuentes. Cuando no existe ese sistema de identificación único, resulta mucho más difícil producir estadísticas significativas que representen algo más que el registro escueto de determinados acontecimientos.

Requisitos jurídicos

La legislación proporciona un fundamento para la utilización de fuentes administrativas de datos para fines estadísticos. La legislación nacional debe atender a las directrices internacionales tendentes a reducir la carga que supone para los encuestados la respuesta a los cuestionarios, a fin de aprovechar las fuentes administrativas existentes y evitar así tener que reunir de nuevo los datos necesarios para fines estadísticos. En algunos países está estipulado que los productores de estadísticas deben utilizar ante todo los datos ya reunidos con otros fines. Antes de iniciar un proceso de reunión directa de datos, la oficina nacional de estadística ha de evaluar si los datos pertinentes están ya disponibles en los registros administrativos.

En algunos países el procesamiento de los datos personales está regulado por ley, con el fin de salvaguardar la privacidad y los derechos jurídicos de las personas al establecer y utilizar registros computadorizados que contengan datos personales.

El establecimiento de nuevos registros administrativos en la sociedad suscita, como es natural, cuestiones de privacidad, en particular en lo que se refiere a los datos relacionados con la salud. Si en la opinión pública predominan actitudes escépticas o negativas, es posible que los políticos se muestren reacios a establecer nuevos registros o a mejorar los existentes, o incluso que opten por limitar el acceso del personal estadístico a los registros de salud.

Es importante que el público en general aprecie y entienda las ventajas de la utilización de registros como fuente estadística y que ésta goce de amplia aprobación. Es fundamental que la legislación nacional sobre los registros esté actualizada y que las autoridades de registro realicen su labor en forma abierta y transparente.

Ventajas e inconvenientes

En principio los registros administrativos permiten la cobertura total de la población objetivo con un costo relativamente bajo de reunión y procesamiento de los datos. Por lo general la utilización de registros administrativos permite producir estadísticas más detalladas que las resultantes de encuestas por muestreo, por ejemplo estadísticas correspondientes a zonas geográficas reducidas o a criterios de clasificación detallados.

Los datos obtenidos de registros ofrecen importantes posibilidades, pues es posible enlazar entre sí registros diferentes mediante códigos de identificación claramente definidos. Los datos de los registros administrativos son por lo general coherentes y de elevada calidad para los fines administrativos a los que se destinan. No obstante, cuando se utilizan para fines estadísticos, afloran a veces problemas de coherencia y calidad de los datos.

La cobertura insuficiente de los registros puede introducir sesgos en los datos, al igual que la falta de respuesta en el caso de las encuestas por muestreo.

Los estadísticos están constreñidos en gran medida por las definiciones y las prácticas administrativas de las autoridades responsables de los registros. Puede existir la percepción de que los datos procedentes de fuentes administrativas responden a la posición de las autoridades. Además, los estadísticos no participan directamente en el propio proceso de reunión de los datos, y en muchos casos no tienen un conocimiento suficiente del contenido, los métodos de procesamiento y la calidad de los datos. La mejor manera de subsanar ese problema es promover una estrecha colaboración entre los estadísticos y las autoridades responsables de los registros administrativos.

Los registros administrativos no siempre contienen todas las variables u observaciones necesarias para las estadísticas de que se trate. En tales casos, puede reunirse información adicional a partir de encuestas por muestreo, no sólo para completar las estadísticas (por ejemplo, cuando la cobertura es insuficiente), sino también para evaluar la calidad de los datos y mostrar distintos aspectos de la misma cuestión (por ejemplo, para comparar los datos de morbilidad de los registros de los hospitales con los datos de autoevaluación del estado de salud).

Registros sobre atención de la salud

Aunque no se cuente con un registro administrativo de los datos relacionados con el sistema de salud, en muchos casos pueden utilizarse para producir estadísticas de salud los datos procedentes de las entidades encargadas de la prestación de servicios de salud. Esa fuente permite obtener dos tipos de información: a) información derivada de los informes de centros de salud, como la referente a la utilización de medicamentos, otros suministros o camas de hospital o a la duración media de las estancias hospitalarias; y b) información derivada de historiales individuales, como la referente a diagnósticos, características de los pacientes, intervenciones realizadas y tasas de supervivencia.

Sistemas de contabilidad

A nivel nacional

Otra fuente potencial de datos para el sector de la salud son los sistemas de contabilidad que utilizan departamentos de la administración pública, hospitales y compañías de seguros. Entre los datos aportados por esas fuentes se cuentan los referentes a los costos y la financiación de los servicios de salud.

Los hospitales, otras entidades del sector de la salud, las administraciones locales y la administración central mantienen un registro periódico de sus costos, ingresos y fuentes de financiación, utilizando para ello diversos sistemas de contabilidad. A menudo se elaboran informes contables para mantener informados a los gestores sobre la situación financiera y el rendimiento de los hospitales o del sistema de salud en su conjunto, y esos informes suelen contener resúmenes de los ingresos y gastos, del activo y el pasivo, y de las corrientes de efectivo. Además, las instituciones o dependencias de la administración pública suelen publicar diversos informes y estados detallados, que pueden ser anuales, trimestrales o mensuales.

Ventajas e inconvenientes

Esos sistemas no utilizan un formato uniforme para la presentación de los datos, y no siempre están computadorizados. En los sistemas computadorizados las estadísticas pueden compilarse utilizando extractos de archivos electrónicos de los diversos sistemas de contabilidad.

Puesto que los distintos sistemas de contabilidad difieren en su concepción, es necesario clasificar y codificar los diferentes rubros para obtener valores agregados que resulten comparables y coherentes. También es preciso introducir procedimientos de edición y controles de calidad para garantizar la coherencia de los datos de diferentes sectores e instituciones. Los valores editados/revisados proporcionarán un cuadro general de los costos sanitarios globales, que pueden desglosarse por sectores e instituciones. Pueden elaborarse indicadores que proporcionen información sobre las actividades, las prioridades, la productividad y el grado de satisfacción de las necesidades. La estandarización de las aportaciones de información permite comparaciones entre regiones, instituciones y grupos de instituciones, así como el seguimiento de los cambios que se producen.

A nivel internacional

El sistema de cuentas de salud de la OCDE proporciona un marco internacionalmente comparable para la presentación de datos sobre costos, ingresos y financiación. Aporta asimismo directrices para la labor de sistematización y armonización de las fuentes de datos de las cuentas nacionales.

La utilización de ese marco facilita la producción de un conjunto de cuentas completas, coherentes, sistemáticas y comparables internacionalmente que respondan a las necesidades de los analistas y los encargados de la elaboración de políticas en relación con la salud tanto en el sector público como en el privado (OCDE, 2000). Se aborda así la cuestión de la comparabilidad internacional en la presentación de los datos sobre costos, ingresos y financiación.

En el manual del sistema de cuentas de salud se sientan las bases conceptuales de las normas para la presentación de estadísticas de salud que resulten compatibles con otras estadísticas económicas y sociales. Se propone una Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud —actualmente en su versión 1.0— que abarca tres aspectos de la atención de la salud:

- Financiación de los servicios de salud
- Proveedores de servicios de salud
- Fuentes de financiación de los servicios de salud

Sección 4. Estructura del Marco

El Marco constituye una forma de organizar las diversas dimensiones de la salud que ha de abordar el sistema estadístico y de mostrar las interrelaciones entre ellas. Está estructurado en forma jerárquica, con unos pocos indicadores de carácter general apoyados en indicadores cada vez más concretos. La relación entre los indicadores no es necesariamente causal, sino que se asemeja más bien a una red extremadamente compleja. El propósito del Marco no es especificar cada relación, sino señalar los tipos de indicadores comprendidos en el concepto general de estadísticas de salud y esbozar a grandes rasgos la naturaleza de las relaciones entre ellos. A continuación se describen someramente la estructura del Marco y los tipos de indicadores incluidos.

Indicadores generales de la salud. Esos indicadores se consideran en general como los indicadores básicos de salud que se necesitan para el seguimiento de la situación general de salud de una población. Los niveles y las modificaciones de esos indicadores dependen de diversos factores que recogen otros indicadores del Marco. Diferentes combinaciones de indicadores concretos pueden dar lugar al mismo valor de un indicador general, por lo que la igualdad de esos indicadores puede encubrir condiciones sanitarias muy diferentes. Los indicadores no pueden traducirse en general en actuaciones prácticas, puesto que no proporcionan información sobre los cambios que hay que introducir para influir positivamente en la situación de salud. A pesar de esas limitaciones, los indicadores proporcionan una descripción útil de la situación de salud general de poblaciones o subpoblaciones. Los indicadores deben ser sensibles a las políticas y programas que se aplican para mejorar la situación de salud y a la degradación del sistema de salud o de la estructura económica o social. Esos son los criterios que se persiguen, aunque no siempre los cumplan los indicadores efectivamente disponibles. Entre los indicadores generales de la salud se cuentan la esperanza de vida, la mortalidad infantil y la autoevaluación del estado de salud.

Otro tipo de indicadores generales son los indicadores sintéticos, que suelen caracterizarse por un nivel elevado de elaboración y de complejidad. Entre ellos se cuentan los diversos indicadores de la esperanza de vida ajustados en función del estado de salud, que tienen por objeto indicar no sólo la duración de la vida, sino también la calidad de vida desde el punto de vista de la salud. Esos indicadores requieren información sobre el estado de salud, en relación con la mortalidad e independientemente de ésta, y han de combinar esos dos aspectos para determinar cuántos años de esperanza de vida “saludable” tiene una persona en una determinada población, a la luz de las tasas de mortalidad y la situación de salud de esa

población. El Marco puede facilitar la definición de indicadores de la salud no relacionados directamente con la mortalidad que pueden utilizarse también como componentes de indicadores sintéticos.

Indicadores de la capacidad funcional de la población (denominada situación de salud en la Iniciativa de Budapest). La capacidad funcional puede medirse por diversos indicadores, como nivel de percepción sensorial, movilidad, capacidad cognitiva, psicológica y de comunicación, y capacidad de funcionar con la parte superior del cuerpo. Los indicadores de discapacidad también se incluyen en este apartado, pues no sólo aportan información sobre la capacidad funcional, sino también sobre el entorno, con el fin de determinar en qué medida pueden todos los ciudadanos participar plenamente en la sociedad. La Iniciativa de Budapest y el Grupo de Washington están elaborando indicadores de la capacidad funcional.

Indicadores biológicos, incluidas características fisiológicas, patologías y enfermedades. Las enfermedades se definen por una serie de características patológicas que están relacionadas a su vez con la estructura y las funciones biológicas. Esas características fisiológicas pueden ser complejas, y medirse en relación con uno o varios órganos, o más específicas, como las anormalidades o predisposiciones genéticas. En la actualidad se utilizan habitualmente indicadores de estados de enfermedad, y existen numerosos indicadores de enfermedades concretas. En este apartado se incluirían los indicadores de causas de muerte, así como síntomas tales como dolores o fatiga.

Factores de riesgo. Este conjunto de indicadores comprende los factores que aumentan o disminuyen el riesgo de desarrollar patologías y enfermedades, por lo que afectan a los niveles funcionales y repercuten en los indicadores generales de la salud. Ejemplos de esos indicadores son la dieta y la nutrición, el hábito de fumar y la actividad física.

Factores conexos. Hay una amplia gama de factores relacionados con la salud. Un conjunto importante de indicadores abarca diversos aspectos de los servicios de salud, como la gama de servicios prestados, el acceso, el nivel de utilización, la cuantía del gasto sanitario y otras características del sistema. Otros componentes importantes se refieren a características del sistema público de salud y las intervenciones de salud pública, así como a factores relacionados con la situación socioeconómica a nivel individual y como característica estructural. Las relaciones entre esos factores y la salud son complejas.

Relación entre grupos de indicadores. La forma de construir la matriz puede ilustrarse mediante un ejemplo. La esperanza de vida es un indicador general de la salud que proporciona información sobre los niveles de mortalidad, pero no sobre la calidad de vida. Esa última información se encontraría en la sección de la matriz referente a la capacidad funcional. Los cambios en la capacidad funcional pueden ser causados por toda una serie de patologías relacionadas con la estructura y las funciones corporales, dependientes a su vez de factores biológicos, genéticos y ambientales. En los países desarrollados buena parte de las limitaciones funcionales se derivan de enfermedades crónicas, sobre las que proporcionarían información los indicadores relacionados con condiciones biológicas. En los países en desarrollo las enfermedades infecciosas son causa frecuente de limitaciones funcionales y de muerte; en el Marco se recomendaría la inclusión de indicadores de esas enfermedades. Los factores de riesgo y las medidas de prevención de enfermedades concretas se incluyen en este apartado del Marco, al igual que otros factores

conexos, entre los que cabe citar efectos ambientales tales como el nivel de saneamiento y la medida en que el entorno propicia el ejercicio físico.

Sección 5. Trabajos en curso (incorporación de indicadores al Marco)

Pendiente de elaboración. En la sección 5 se presentarán los trabajos en curso sobre estadísticas de salud que se podrían utilizar para dar contenido al Marco (es decir, para proporcionar indicadores correspondientes a los conceptos del Marco), como los relacionados con la familia de clasificaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud, el Grupo de Washington, la Iniciativa de Budapest, los grupos de trabajo sobre enfermedades concretas, la Red de la Métrica de Salud, la Oficina de Estadística de las Comunidades Europeas (Eurostat) y otras actividades. Se utilizará la información facilitada en las secciones 1 a 4 para relacionar los indicadores con otros trabajos en curso y fuentes actuales de datos. Ello permitirá determinar las lagunas de los datos y evaluar la necesidad de elaborar normas internacionales.

Referencias

Principios fundamentales de las estadísticas oficiales adoptados en el período extraordinario de sesiones de la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas, 11 a 15 de abril de 1994, *Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 1994, Suplemento No. 9* (E/1994/29), cap. V.

Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, *A System of Health Accounts*, versión 1.0, OCDE, 2000.

Recomendación de la Comisión Europea, de 25 de mayo de 2005, relativa a la independencia, la integridad y la responsabilidad de las autoridades estadísticas de los Estados miembros y de la Comunidad (COM/2005/0217).

Register-based statistics in the Nordic countries, Naciones Unidas, Nueva York y Ginebra, 2007.
