



Comisión de Estadística**46º período de sesiones**

3 a 6 de marzo de 2015

Tema 4 a) del programa provisional*

Temas de información: estadísticas de salud**Informe de la Organización Mundial de la Salud
sobre estadísticas de salud****Nota del Secretario General**

De conformidad con la decisión 2014/219 del Consejo Económico y Social, el Secretario General tiene el honor de transmitir el informe sobre las actividades de la Organización Mundial de la Salud en materia de estadísticas de salud. La vigilancia de la situación y las tendencias de los países en el ámbito de la salud es una de las funciones básicas de la Organización Mundial de la Salud, según se especifica en su Constitución. Su programa de trabajo se elabora sobre la base de una estrecha interacción con los Estados miembros y con frecuencia va asociado con una resolución específica aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud.

En el informe presentado a la Comisión de Estadística en su período de sesiones de 2013 ([E/CN.3/2013/12](#)) se ofreció un panorama general de la labor realizada por la Organización Mundial de la Salud en tres esferas principales de trabajo: la vigilancia de los niveles y tendencias en el ámbito de la salud; la elaboración y promoción de normas e instrumentos para la información sobre salud; y el fortalecimiento de la vigilancia y la cuantificación en los países. En el presente informe se examinan brevemente las actividades realizadas en esas tres esferas en 2014 y también se destacan los progresos alcanzados en tres temas prioritarios actuales: los sistemas de registro civil y estadísticas vitales, la vigilancia de la salud en la agenda para el desarrollo después de 2015, y la revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Se invita a la Comisión de Estadística a que tome nota del informe.

* [E/CN.3/2015/1](#).



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

I. Actualización general sobre la labor en materia de estadísticas de salud

1. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe anual *Estadísticas Sanitarias Mundiales*, presentado durante la celebración, en 2014, del 67º período de sesiones de la Asamblea Mundial de la Salud, publicó estimaciones mundiales, regionales y nacionales en materia de salud, así como datos aportados por los Estados miembros sobre un conjunto de indicadores básicos de salud. Las seis oficinas regionales de la OMS publicaron datos estadísticos actualizados en apoyo de las reuniones anuales de las comisiones regionales. Además, algunos programas y organizaciones asociadas de la OMS publicaron estimaciones actualizadas de las tendencias en cuanto a indicadores clave como parte de los informes mundiales, como los informes relativos a la tuberculosis, el paludismo, los ahogamientos, el suicidio y las enfermedades no transmisibles.

2. Se elaboraron nuevas estimaciones en materia de mortalidad infantil (como parte de la labor del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez), causas de muerte en la infancia (en colaboración con el Grupo de Referencia en Epidemiología de la Salud Infantil) y enfermedades específicas como la tuberculosis y la malaria. Se elaboraron estadísticas de gastos de salud de todos los Estados miembros, que se publicaron en *Estadísticas Sanitarias Mundiales* y en la web.

3. La OMS publicó estimaciones completas de las tendencias en cuanto a las causas de mortalidad para los años 2000 y 2012, entre estimaciones sistemáticas e internamente coherentes de la mortalidad y la carga de morbilidad. Esta labor se basa en la labor de los programas de la OMS, la División de Población de las Naciones Unidas, instituciones académicas como el Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud y otros grupos interinstitucionales y de expertos que colaboran en esa esfera.

4. El Observatorio Mundial de la Salud de la OMS tiene por objeto mejorar el acceso a los datos, las estadísticas y los análisis relacionados con la salud. El Observatorio es un recurso de toda la Organización y mantiene estrechos vínculos con los países y las oficinas regionales. Se ha actualizado y ampliado el contenido de los materiales que proporciona el Observatorio y actualmente abarca más de 1.000 indicadores de salud y más de 70 conjuntos de datos que se pueden descargar de su sitio web (www.who.int/gho/es). Las oficinas regionales han actualizado y ampliado el volumen de la información estadística en materia de salud y a menudo han añadido información cualitativa sobre los sistemas de salud y programas de lucha contra enfermedades de países concretos que se utiliza para interpretar las estadísticas de salud.

5. Todas las estimaciones de la OMS en materia de salud están sujetas a un proceso internacional de verificación concebido para obtener estadísticas de la mayor coherencia y calidad posibles. La OMS utiliza un conjunto de criterios para sus estadísticas oficiales, en consonancia con los Principios Fundamentales de las Estadísticas Oficiales. Entre esos principios figuran el acceso público a los datos y resultados a nivel nacional; la aplicación de métodos públicamente accesibles,

repetibles y revisados por pares; un mecanismo de grupos de expertos; la verificación de la coherencia de los datos sobre mortalidad; y la celebración de consultas con los países antes de que se publiquen las estadísticas. Este último elemento conlleva un proceso de interacción de dos a tres meses de duración en que todos los datos recogidos, los métodos y resultados se comparten con el Estado miembro de que se trate (a través de la web) para que el Ministerio de Salud y los organismos estadísticos puedan hacer observaciones y aportaciones. Además, en algunas regiones se han organizado talleres de formación.

6. Los datos y las estadísticas facilitados por centros sanitarios son una aportación esencial de los sistemas nacionales de información de la salud y generan estadísticas esenciales para indicadores múltiples como cobertura de las intervenciones y prevalencia de las enfermedades. La OMS ha ampliado su labor relativa a las normas y los instrumentos de los sistemas de información de la salud proveniente de centros sanitarios, entre ellos el análisis y la utilización de los datos facilitados por centros sanitarios en los estudios nacionales de salud; la normalización del contenido de los sistemas de presentación de informes en la web; instrumentos de evaluación sistemática de la calidad de los datos; y encuestas en centros sanitarios. Las encuestas en centros sanitarios, denominadas Evaluación de la Disponibilidad y Preparación de los Servicios (SARA), actualmente incluyen indicadores y cuestiones claves para los principales programas de salud y se han llevado a cabo en más de una docena de países en apoyo de la vigilancia y el examen de los servicios de salud, a menudo en el marco de iniciativas mundiales en materia de salud, como el Fondo Mundial de Lucha contra el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización.

7. El estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre el envejecimiento mundial de la población y la salud de los adultos es una iniciativa lineal en la que se han utilizado cohortes representativas a nivel nacional de personas de 50 o más años de China, la Federación de Rusia, Ghana, la India, México y Sudáfrica y muestras de comparación más pequeñas de adultos más jóvenes (de entre 18 y 49 años) de cada uno de los países participantes, con el objetivo de estudiar la salud y los resultados relacionados con la salud, y sus determinantes, a partir de una muestra de más de 40.000 individuos. En 2014, cinco de los seis países llevaron a cabo una segunda campaña del estudio, que cuenta con el apoyo financiero del Instituto Nacional sobre el Envejecimiento de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos e instituciones locales. Además, en dos emplazamientos de África Subsahariana se llevó a cabo la segunda fase de un estudio de seguimiento de personas de edad que viven con el VIH. Se han realizado, en varios idiomas, pruebas cognitivas de una encuesta modelo sobre discapacidad. En Camboya se llevó a cabo una prueba experimental sobre el terreno de la encuesta modelo sobre discapacidad, y en 2015 se realizarán nuevas pruebas experimentales en varios Estados miembros.

II. Sistemas de registro civil y estadísticas vitales

8. El sector de la salud contribuye a la producción de datos de los sistemas de registro civil y estadísticas vitales y, al mismo tiempo, se cuenta entre los usuarios de esos sistemas. Aunque la elaboración de estadísticas vitales fiables, especialmente la mortalidad por edad, sexo y causa de muerte, es la base de la salud

pública, todavía en muchos países no se dispone de esas estadísticas. No obstante, en los últimos años, el sector de la salud se ha vuelto más activo a nivel mundial en apoyo de los países. En parte mediante el apoyo catalizador prestado a raíz de la recomendación formulada por la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño, más de 25 países llevaron a cabo evaluaciones amplias y elaboraron un plan estratégico, mientras que otra docena de países están en vías de hacerlo. Esos procesos a nivel nacional contaron con el apoyo de la OMS bajo el liderazgo de las comisiones regionales de las Naciones Unidas y la participación de asociados mundiales como la División de Estadística del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

9. A nivel mundial se han realizado progresos en varias esferas. En primer lugar, la OMS facilitó y apoyó el establecimiento de un grupo interinstitucional de las Naciones Unidas sobre los sistemas de registro civil y estadísticas vitales, denominado Grupo Mundial sobre Sistemas de Registro Civil y Estadísticas Vitales, cuya secretaría tiene su sede en la División de Estadística. En segundo lugar, la OMS celebró una consulta para elaborar principios que aseguraran que las inversiones pertinentes en materia de salud contribuyeran al desarrollo de los sistemas de registro civil y estadísticas vitales a nivel de todo el sistema. Esto supone innovaciones en la vigilancia de la salud materna, neonatal e infantil, el registro y la presentación de datos sobre muertes y las causas de muerte en centros sanitarios y comunidades, y mejoras en las estadísticas vitales. En tercer lugar, la OMS colaboró con el Banco Mundial en la elaboración del plan de ampliación de las inversiones a nivel mundial, ayudando a determinar las cuestiones prioritarias respecto de las cuales se debían lograr mejoras¹.

10. Además, la OMS revisó y amplió sus orientaciones y las herramientas disponibles para las estadísticas sobre mortalidad en el contexto general del fortalecimiento de los sistemas de registro civil y estadísticas vitales dirigido por los propios países. El documento pertinente² se centra en las actividades prioritarias para fortalecer las estadísticas sobre mortalidad y sobre causas de muerte de países que se encuentran en diferentes etapas de desarrollo de los sistemas de registro civil y estadísticas vitales. El fortalecimiento de las estadísticas sobre mortalidad debería ser un componente fundamental de las estrategias y los planes de inversión nacionales.

11. Por último, se publicó un instrumento estándar para la autopsia verbal, es decir, la verificación de la causa probable de muerte mediante una entrevista con los familiares del fallecido. La autopsia verbal sirve para recoger esa información en los casos en que no puede realizarse una certificación médica de la defunción. Esto suele suceder cuando el fallecimiento se produce en el hogar en muchos países de ingresos bajos y medianos. La nueva versión, considerablemente más breve que el instrumento estándar de 2007, se elaboró en colaboración con numerosas partes

¹ Véase <http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/global-civil-registration-vital-statistics-scaling-up-investment>.

² OMS, “Improving mortality statistics through civil registration and vital statistics systems: guidance for country strategies and partner support”, documento final de una reunión técnica celebrada en Ginebra los días 4 y 5 de noviembre de 2014 (Ginebra, 2014). Se puede consultar en: http://www.who.int/healthinfo/civil_registration/CRVS_MortalityStats_Guidance_Nov2014.pdf?ua=1.

interesadas. En el Brasil, la India e Indonesia se está poniendo a prueba y utilizando el nuevo instrumento. La determinación de la causa de muerte sobre la base de las respuestas al cuestionario de la autopsia verbal puede hacerse tanto por intermedio de personal médico como por métodos automatizados.

12. El objetivo de la OMS es continuar su labor en esta esfera, centrándose en el apoyo técnico y estratégico al sistema de registro civil y estadísticas vitales, fortaleciendo la labor que llevan a cabo las comisiones regionales de las Naciones Unidas, vinculando las inversiones en la salud maternoinfantil a los sistemas de registro civil, mejorando la información sobre mortalidad y causas de muerte y fomentando la capacidad nacional para generar estadísticas vitales mediante el uso de múltiples fuentes de datos.

III. Clasificaciones

13. La OMS está en vías de revisar la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) mediante un proceso sistemático; se prevé que la revisión concluya en 2017 y se publique por primera vez a nivel internacional para su uso en 2018.

14. La Clasificación Internacional de Enfermedades es la base de las estadísticas de salud, en particular de las estadísticas de mortalidad y morbilidad. En los últimos decenios, también se ha utilizado en ámbitos como el diagnóstico, la seguridad de los pacientes y la calidad de los servicios que reciben, además de con fines administrativos. Los 194 Estados miembros de la OMS se han comprometido a utilizar la Clasificación Internacional a la hora de informar de sus estadísticas a la Organización, habida cuenta de que la Clasificación proporciona un lenguaje común para la elaboración de estadísticas comparables. En consonancia con las solicitudes de los Estados miembros, en la oncenava revisión de la Clasificación (CIE-11) se deberán incorporar los avances científicos ocurridos en las ciencias de la salud desde 1990. Además, el objetivo es vincular la CIE-11 con los sistemas computarizados de información de la salud (en particular, utilizando directamente las terminologías normalizadas y otros avances informáticos sobre salud) de manera que la revisión se pueda utilizar en aplicaciones de sistemas electrónicos de información de la salud.

15. En mayo de 2012 se publicó una versión Beta de CIE-11 a fin de solicitar observaciones y propuestas adicionales y realizar ensayos sobre el terreno antes de finalizar la revisión. La versión Beta de la CIE se presenta en una plataforma estructurada de tipo wiki, sujeta a moderación, en la que las propuestas se someten de forma sistemática a la revisión por pares. Este enfoque permite que el proceso se mantenga abierto a muchos interesados. Se confía en que el resultado sea la versión más completa, científica y fácil de utilizar de la clasificación (véase www.who.int/classifications/icd11).

16. El proceso de revisión permite incorporar nuevas enfermedades de las que se pueda informar como consecuencia del descubrimiento de nuevos genes y agentes patógenos. Además, se está digitalizando en su totalidad dicho proceso, de manera que los usuarios puedan moverse de lo general a lo particular y viceversa dentro de la estructura de la clasificación, como si fuera un mapa digital. De esa manera, se podrán usar versiones coherentes de la CIE para diversas aplicaciones, como la presentación de información básica sobre mortalidad mediante la autopsia verbal y estadísticas simples de atención primaria, la presentación de información sobre

episodios de mortalidad y morbilidad clínica sobre la base, por ejemplo, de estadísticas facilitadas por los hospitales, y la especialización e investigación en disciplinas clínicas como oncología, neurología y enfermedades raras, así como genómica.

17. El acontecimiento más importante de 2014 fue la elaboración de una versión CIE-11 que mantiene el código de continuidad (es decir, la linealización) con CIE-10. Este código se denomina “Linealización Conjunta de las Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad” y deberá constituir el volumen 1 de CIE-11, posee cerca de 15.000 códigos estándar e incluye una “tabla de transcodificación” y “referencias cruzadas” que establecen equivalencias entre los códigos de CIE-10 y los de CIE-11. Actualmente se examinan el contenido, la precisión y la utilidad de esas tablas de equivalencias. Las nuevas cuestiones (relacionadas con alrededor de 600 códigos) se debatirán en una reunión a principios de 2015, tras lo cual se pondrá a disposición de los países una versión para pruebas sobre el terreno durante la Fase Beta.

18. Entre las mejoras efectuadas en CIE-11 figuran unos 4.000 códigos más detallados propuestos por expertos en esferas temáticas; un sistema de codificación más fácil (conocido como poscoordinación) para evitar la explosión de códigos; el enlace directo con terminologías estándar como la nomenclatura sistematizada de términos médicos y clínicos SNOMED-CT; definiciones que determinarán mejor el contenido del código, lo que redundará en mejoras en su uso y traducción; el desarrollo plurilingüe en los idiomas oficiales de las Naciones Unidas (y otros idiomas, según su disponibilidad); la revisión científica y formal por pares; y protocolos oficiales para realizar ensayos sobre el terreno sobre cuestiones fundamentales como la fiabilidad y la utilidad.

19. Entre las tareas que quedan por resolver respecto de la versión Beta de CIE-11 figuran:

- a) Concluir la Linealización Conjunta de las Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad y su análisis de estabilidad (es decir, la concordancia de CIE-11 con CIE-10; con 2.201 artículos por concordar de un total de 15.710);
- b) Elaborar un índice y un instrumento computarizado de codificación más fáciles de usar;
- c) Terminar de elaborar las reglas de codificación en materia de morbilidad;
- d) Asegurar el uso conjunto de SNOMED-CT y otras terminologías estándar;
- e) Concluir las linealizaciones corta e intermedia de atención primaria de la salud (códigos).

20. Además, la OMS ha encargado a un grupo de consultores independientes externos que examinen todo el proceso de revisión. Se contrató a los consultores para que realizaran una evaluación general del proceso de revisión de CIE-11, analizaran la pertinencia y la eficacia de las características previstas para atender a las necesidades de las principales partes interesadas de los Estados miembros de la OMS (como su uso en las estadísticas de mortalidad o en la atención clínica). Se espera que el informe de evaluación se presente en marzo de 2015.

IV. La salud en la agenda para el desarrollo después de 2015

21. La OMS ha colaborado activamente en múltiples frentes para contribuir a la elaboración del componente de salud en la agenda para el desarrollo después de 2015. El 24 de mayo de 2014, la Asamblea Mundial de la Salud, en su 67° período de sesiones, aprobó la resolución WHA67.14 para reafirmar la importancia de la salud en la agenda para el desarrollo después de 2015. En dicha resolución, la Asamblea instó a los Estados miembros a que afirmaran su compromiso permanente con la consecución de las metas y los objetivos de salud convenidos, así como la necesidad de acelerar la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud; asimismo instó también a los Estados miembros a que incorporaran en la agenda para el desarrollo después de 2015 la necesidad de adoptar medidas en relación con el nuevo reto mundial que plantean las enfermedades no transmisibles y el persistente problema de la seguridad sanitaria mundial. A ese respecto, se reconoció que la cobertura sanitaria universal era un principio básico de la agenda para la salud después de 2015.

22. En los últimos años, la secretaría de la OMS ha colaborado con asociados internacionales y los Estados miembros para establecer nuevas metas de salud para 2030, varias de las cuales han sido aprobadas por los órganos rectores. Las metas pueden dividirse en cuatro grupos:

a) Mejorar la salud reproductiva, materna e infantil y reducir la carga de las enfermedades transmisibles (por ejemplo, alcanzar y superar los Objetivos de Desarrollo del Milenio); esto es, reducir en el 80% la tasa de incidencia de la tuberculosis y en el 90% el número de muertes por tuberculosis;

b) Reducir la carga de las enfermedades no transmisibles, las lesiones y las enfermedades mentales (reducir en un tercio la mortalidad causada por enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas entre las personas de 30 a 70 años de edad);

c) Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros: asegurar que nadie se vea sumido en la pobreza o empobrecido aún más debido al pago directo de gastos médicos;

d) Abordar los factores determinantes sociales y ambientales de la salud.

Este conjunto de metas guarda una estrecha correspondencia con los objetivos y sub-objetivos de salud propuestos por el Grupo de Trabajo Abierto de la Asamblea General sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

23. En 2014, la OMS y el Banco Mundial publicaron un nuevo marco para el seguimiento de la cobertura sanitaria universal, después de celebrar amplias consultas con los asociados y el público en general y llevar a cabo en diferentes países 15 estudios monográficos dirigidos por investigadores nacionales. El marco mundial de seguimiento de la cobertura sanitaria universal recomienda el uso de un conjunto de indicadores de seguimiento de la cobertura de intervenciones esenciales y de la protección contra el riesgo financiero asociado con los gastos directos, desglosados por situación socioeconómica, lugar de residencia y sexo, siempre que sea posible y pertinente. El conjunto básico de indicadores y metas de cada país debe basarse en sus características demográficas y epidemiológicas, sistemas de salud, nivel de desarrollo socioeconómico y necesidades y expectativas de la

población y debe incluir, como mínimo, el pequeño conjunto de indicadores de seguimiento recomendados a nivel mundial. El seguimiento de la cobertura sanitaria mundial debería integrarse plenamente en los exámenes generales periódicos de los progresos y el rendimiento en materia de salud que se llevan a cabo en la mayoría de los países.

24. Los asociados mundiales para la salud, académicos y otros están colaborando en la elaboración de una amplia hoja de ruta para la cuantificación y la rendición de cuentas en materia de salud después de 2015, aprovechando la experiencia adquirida con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En el marco del proceso de elaboración de la hoja de ruta se han celebrado varias reuniones técnicas sobre la normalización de los módulos de encuesta en las encuestas domiciliarias sobre salud, los indicadores de alto nivel de los resultados en materia de salud (como la mortalidad prematura y la esperanza de vida sana), los indicadores específicos de sub-objetivos (como la mortalidad materna), la rendición de cuentas para la salud de la mujer y el niño, y las estadísticas de mortalidad, entre otras cuestiones.

25. Además, los dirigentes de 19 organismos mundiales de salud acordaron una lista de referencia de 100 indicadores básicos de salud en un esfuerzo por reducir la carga que supone para los países la presentación de informes, mejorar la calidad de la información y armonizar mejor las inversiones dirigidas a fortalecer los sistemas nacionales de información de la salud. La lista ha tenido como efecto impulsar iniciativas para seguir racionalizando la recopilación de datos en las encuestas domiciliarias y los sistemas de información de los centros sanitarios. A principios de 2015 se establecerá una amplia hoja de ruta común para la cuantificación de resultados y la rendición de cuentas en materia de salud después de 2015.
