

D. INICIATIVA REGIONAL DE DATOS BÁSICOS EN SALUD Y PERFILES DE PAÍS

Introducción

50. En 1997, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó la resolución CD40.R10 sobre Recopilación y utilización de datos básicos en salud (1) para vigilar la ejecución de los mandatos adoptados por los Estados Miembros. En el 2004, se presentó al Consejo Directivo la Evaluación decenal de la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud (2). En este informe se describen los progresos realizados desde el 2004.

Antecedentes

51. Entre 1995 y 1998, los programas técnicos de la Organización, en estrecha colaboración con los Estados Miembros y las representaciones en los países, elaboraron la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud (IRDBS), que se forjó en el contexto de las orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS y se concibió con objeto de mejorar la capacidad de la Organización para describir, analizar y explicar la situación y las tendencias regionales en materia de salud que requieran atención.

Puesta al día sobre la situación actual

52. Se está modificando el Sistema de Información de los Indicadores Básicos en Salud¹. La compilación de los datos y su validación en las representaciones de la OPS y los programas técnicos se llevarán a cabo mediante una aplicación web de elaboración propia, un nuevo método que reemplazará la actual compilación en formato Excel. Esta nueva aplicación permite fusionar las diferentes bases de datos y admite la validación de datos a escala de país y regional. El nuevo sistema de información incluye un registro de metadatos y permite la visualización de los datos.

53. Tanto el folleto estadístico como la base de datos en línea (sistema generador de tablas) han sido actualizados anualmente y se difunden ampliamente. La base de datos en línea, que consta de 114 indicadores (a julio del 2010), permite el análisis de tendencias anuales desde 1995.

¹ El Sistema de Información de los Indicadores Básicos en Salud puede ser consultado en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=1775&Itemid=1866&lang=es.

54. Con objeto de actualizar sistemáticamente los perfiles de salud de los países, en el 2009 se llevó a cabo el proyecto de “Análisis de la situación sanitaria de los países de las Américas”. Como resultado de esta iniciativa, se revisó la metodología para futuros análisis. El análisis actual permite la observación de las tendencias temporales de los indicadores estratégicos de salud. Se han elaborado los perfiles de salud de 35 países y de Puerto Rico.

55. La mayor parte de los países de la Región han adoptado la Iniciativa de Datos Básicos en Salud mediante el establecimiento de un conjunto de indicadores nacionales básicos. Aproximadamente, la mitad de los países y territorios consultados (19 de 39²) han actualizado y difundido regularmente un conjunto de indicadores básicos desde hace más de diez años. De los países de habla hispana, actualmente, solo Venezuela y Uruguay no figuran en la lista. Belice es el único país de habla inglesa que actualiza y difunde regularmente sus indicadores básicos, mientras que Bahamas, Antigua y Barbuda, Jamaica y San Vicente y las Granadinas no han podido mantener las iniciativas de consolidación y difusión de sus indicadores nacionales básicos. Los 13 países o territorios de habla inglesa restantes aún no han establecido sus indicadores básicos nacionales.

56. La calidad de los datos informados a la OPS (indicadores básicos regionales) debe mejorarse. Con base en los últimos datos informados a la OPS por 48 países o territorios, se evaluaron determinados indicadores básicos de mortalidad (3). En los siguientes párrafos se muestran los aspectos más destacados de este análisis.

57. Según la Organización, el subregistro de la mortalidad en América Latina y el Caribe alcanza un porcentaje de 16,1%. Los niveles de subregistro son superiores a 20% en diez países y se encuentran entre 10 y 20% en otros seis países.

58. Los países con la proporción más alta de causas de muerte mal definidas o desconocidas son Bolivia (datos del 2003) y Haití (datos del 2004), seguidos por Ecuador, El Salvador, Guayana Francesa y Paraguay. Estos cuatro últimos países se encuentran en una proporción de 10 a 15%.

59. La evaluación de la presentación oportuna de los datos de mortalidad indica que nueve países los presentaron con un retraso de cuatro a cinco años. Honduras solo informa la mortalidad acaecida en los hospitales públicos. Jamaica no forma parte de la base de datos.

² Actualizaciones correspondientes a 39 países y territorios que respondieron a la consulta. Se han excluido del análisis los territorios franceses de ultramar, las Antillas Holandesas, Aruba, Bermudas, Estados Unidos, Islas Vírgenes de los Estados Unidos y Canadá.

60. Algunos países no informan periódicamente a la OPS la razón de mortalidad materna ni la tasa de mortalidad infantil, aunque estos indicadores forman parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

61. La mayor parte de los países y los programas técnicos actualizan oportunamente sus sistemas de vigilancia de enfermedades para objetivos programáticos específicos. Sin embargo, la consistencia de los datos suele ser escasa y ello afecta a su comparabilidad con el transcurso del tiempo.

Medidas encaminadas a mejorar la situación

62. Muchos países han logrado evidentes avances en la recopilación de los indicadores básicos nacionales. Sin embargo, la calidad y la oportuna presentación de los datos requieren atención urgente. Por otra parte, a menudo no se analizan los datos para la vigilancia de los programas. A nivel nacional y regional, es preciso institucionalizar la recopilación, la validación y la generación de datos. Se requiere el apoyo al más alto nivel de las instancias normativas con objeto de institucionalizar estas iniciativas.

63. Se debe incrementar el apoyo técnico para que se pueda generar información sanitaria fidedigna y oportuna. El apoyo técnico debe fortalecer además el proceso de validación de datos de todos los programas técnicos, la capacitación de los recursos humanos sobre el tema, las aptitudes técnicas del personal existente, y la modernización de los procesos de generación y difusión de las estadísticas sanitarias. La mejora en el análisis de los datos favorecerá una mayor precisión de los programas en la determinación de las inequidades en materia de salud y una mejor asignación de recursos.

64. Es esencial el compromiso político al más alto nivel para ejecutar esta iniciativa solicitada por los países.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. Recopilación y utilización de datos básicos en salud (documento CD40/19). 40.º Consejo Directivo, 49.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; septiembre de 1997; Washington (DC). Washington (DC): OPS; 2010 [consultado el 14 de julio de 1997][MFLI].
2. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación decenal de la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud (documento CD45/14) [en línea]. 45.º Consejo Directivo, 56.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2004. Washington (DC): OPS; 2004. Se puede consultar en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd45-14-s.pdf>.
3. Pan American Health Organization, Health Information Analysis Project. Health Situation in the Americas: Basic Indicators 2009. Washington (DC). Washington (DC): OPS; 2009.