



Consejo Económico y Social

Distr. general
19 de diciembre de 2018
Español
Original: inglés

Comisión de Estadística

50º período de sesiones

5 a 8 de marzo de 2019

Tema 4 b) del programa provisional*

Temas de información: estadísticas sanitarias

Informe de la Organización Mundial de la Salud en el que se resume la labor actual sobre estadísticas sanitarias

Nota del Secretario General

De conformidad con la decisión 2018/227 del Consejo Económico y Social y la práctica anterior, el Secretario General tiene el honor de transmitir el informe de la Organización Mundial de la Salud, en el que se resume la labor actual sobre estadísticas sanitarias para el seguimiento en todo el mundo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud, la Clasificación Internacional de Enfermedades y su labor normativa. En el informe también se incluye información actualizada sobre la labor que se está llevando a cabo para fortalecer los sistemas nacionales de información sanitaria.

Se invita a la Comisión a tomar nota del informe.

* [E/CN.3/2019/1](#).



Informe de la Organización Mundial de la Salud sobre estadísticas sanitarias

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

1. Desde la adopción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y basando su labor en los 100 indicadores básicos de la salud y en el compromiso que contrajo con sus Estados miembros en cuanto a presentar informes sobre los Objetivos relacionados con la salud, la Organización Mundial de la Salud publica un informe anual principal titulado *Estadísticas sanitarias mundiales*, que contiene estimaciones mundiales, regionales y nacionales en materia de salud preparadas a partir de los datos facilitados por los Estados miembros. El último informe¹ se centró en diversos Objetivos relacionados con la salud, incluidos la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, los riesgos ambientales, los riesgos para la salud y los brotes de enfermedades.

2. Las seis oficinas regionales de la OMS también aportaron información sobre los aspectos más destacados de sus regiones en relación con los Objetivos y sobre cuestiones regionales y temáticas de salud, incluida las relacionadas con la salud ambiental.

3. Los datos y estadísticas utilizados y producidos por la OMS se ajustan a los Principios Fundamentales de las Estadísticas Oficiales², en los que la Comisión puso de relieve la importancia de las estadísticas oficiales para satisfacer las necesidades de información de un país y describió más detalladamente la calidad necesaria, la utilización y la difusión de las estadísticas oficiales. Las estadísticas oficiales de salud deben ajustarse a los Principios Fundamentales. Según el Principio 5, que se refiere específicamente a las fuentes de las estadísticas oficiales, los 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 más apropiada con respecto a la calidad, la oportunidad, el costo y la carga que impondrá a los encuestados.

4. Rara vez se dispone de mediciones de los indicadores de salud para cada población y período de interés y los datos disponibles pueden no ser comparables. Las Directrices sobre la Presentación de Estimaciones Sanitarias Exactas y Transparentes (GATHER)³ definen las mejores prácticas de presentación de información para los estudios dirigidos a calcular estimaciones de salud de diferentes poblaciones (en tiempo o en espacio) utilizando múltiples fuentes de información. Las estimaciones de salud que corresponden al ámbito de GATHER comprenden todas las estimaciones cuantitativas poblacionales mundiales, regionales, nacionales o subnacionales de los indicadores de salud, en particular el estado de salud, la incidencia y prevalencia de las enfermedades, las lesiones y la discapacidad y el funcionamiento y los indicadores de los factores determinantes de la salud, entre otros los hábitos de salud y las exposiciones sanitarias. GATHER comprende una lista de verificación de 18 puntos que son esenciales para las mejores prácticas en presentación de información.

5. Habida cuenta del enorme trabajo que se está llevando a cabo en el sector de la salud, dirigido por la OMS, la Organización necesitará todo el apoyo que pueda obtener de la comunidad mundial, incluida la comunidad estadística, y sobre todo de

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS), *World Health Statistics 2018: Monitoring Health for the Sustainable Development Goals* (Ginebra, 2018).

² Resolución 68/261 de la Asamblea General.

³ Disponible en: <http://gather-statement.org>.

las oficinas nacionales de estadística. El Grupo de Trabajo Intersecretarial sobre Estadísticas Sanitarias, creado en 2004, ha elaborado un marco para las estadísticas de salud, que tiene los siguientes objetivos:

a) Aclarar el contenido de las estadísticas de salud (por ejemplo, los niveles y las causas de muerte y la morbilidad, el estado de salud en términos de funcionamiento, factores de riesgo y determinantes de la salud; la disponibilidad, calidad y utilización de los servicios de atención de la salud; y los gastos en atención de la salud) y la relación entre el contenido y las fuentes más comunes de datos de salud (registro civil, encuestas de población e institucionales, vigilancia de las enfermedades y atención de la salud, y registros administrativos);

b) Reflejar la naturaleza jerárquica de la información dentro de las distintas áreas de contenido y destacar la necesidad urgente de mediciones generales de la salud de la población, así como las mediciones que se relacionan específicamente con condiciones fisiológicas definidas biomédicamente y los determinantes de esas condiciones;

c) Posibilitar la identificación de un sistema global y coherente de recogida de datos que proporcione información sobre una serie de temas de modo que se puedan eliminar los sistemas estadísticos fragmentarios o aislados;

d) Facilitar la identificación de áreas donde se necesitan enfoques innovadores para la recolección de datos;

e) Facilitar la institucionalización de asociaciones entre las oficinas nacionales de estadística, los ministerios de salud y otros grupos de interés dentro de los países.

6. La OMS, en su calidad de organismo rector de las estadísticas de salud, debe consultar a los expertos pertinentes, incluidos los que trabajan a nivel nacional, para hacer avanzar la labor.

II. Seguimiento de un nuevo marco de impacto

7. En el 71º período de sesiones de la Asamblea Mundial de la Salud, celebrado en mayo de 2018, los Estados miembros aprobaron el decimotercer programa general de trabajo, 2019-2023 y acogieron con satisfacción la ambiciosa visión expresada en los objetivos de los “tres mil millones” a los que aspira. El marco de impacto de la OMS del decimotercer programa general de trabajo tiene como objetivo garantizar que los programas de la OMS tienen un impacto medible sobre las personas en los países. Como tal, puede transformar la forma en que la OMS desarrolla su labor, en particular velando por que sus compromisos se basen en resultados medibles y de este modo aumentar la probabilidad de alcanzar las metas de los tres mil millones. El Marco guía la implementación estratégica y el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular —aunque no exclusivamente— el Objetivo 3, consistente en garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades, adoptando un enfoque basado en el ciclo de vida. Entre sus fines está el seguimiento de los esfuerzos conjuntos de la Secretaría de la OMS, los Estados miembros y los asociados para lograr las metas del decimotercer programa general de trabajo y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

8. El marco de impacto es un sistema de medición de tres niveles: a) una medida general y comparable de los progresos establecida por el indicador de esperanza de vida sana que conecta las metas de los tres mil millones; b) las metas de los tres mil millones, que se centran en la cobertura sanitaria universal, las emergencias sanitarias y la mejora de la salud de las poblaciones; y c) 46 metas programáticas e indicadores asociados.

9. Las metas de los tres mil millones son las siguientes: cobertura sanitaria universal para 1000 millones más de personas, mejor protección frente a emergencias sanitarias para 1000 millones más de personas, y mejor salud y bienestar para 1000 millones más de personas. Estas metas se lograrán principalmente mediante un enfoque multisectorial en materia de formulación de políticas, sensibilización y reglamentación. Cada una de las metas de los tres mil millones se medirá mediante índices compuestos, a saber, un índice relativo a la cobertura sanitaria universal, un índice sobre la protección frente a emergencias sanitarias y un índice relativo a la mejora de la salud de las poblaciones, que se describen a continuación, en las secciones A a C.

A. Índice relativo a la cobertura sanitaria universal

10. Para monitorear el progreso hacia las metas del decimotercer programa general de trabajo se utilizará una medida combinada de la cobertura de servicios y las dificultades financieras conexas. La medida combinada se define como la proporción de una población que tiene cobertura de servicios y que no experimenta dificultades financieras debidas al desembolso de grandes gastos para el pago de servicios de salud en un país en un año determinado. En consonancia con el indicador 3 (8) (1) de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, se utiliza el principio de los indicadores trazadores para evaluar la cobertura de servicios. La protección contra el riesgo financiero se medirá utilizando la proporción de hogares que reciben atención sanitaria y que no hacen frente al desembolso de grandes gastos para el pago de servicios de salud en un año determinado (véase el indicador 3 (8) (2)). La equidad en la cobertura sanitaria universal se determinará examinando la distribución por grupo de edad (curso de la vida) y por sexo de las personas incluidas en los datos de referencias y los aumentos de la cobertura sanitaria universal.

11. Para captar mejor la ambición de la meta 3 (8) sobre el logro de la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos, es necesario elaborar una mejor metodología para incorporar los aspectos de calidad de la cobertura de los servicios descritos en el indicador 3 (8) (1), cobertura de los servicios de salud esenciales (definida como la cobertura media de los servicios esenciales entre la población general y los más desfavorecidos, calculada a partir de intervenciones trazadoras como las relacionadas con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos). En respuesta a la necesidad de contar con programas efectivos que ofrezcan servicios de salud de calidad, la OMS está trabajando con sus Estados miembros, asociados y con el Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para que las estadísticas de salud de los Objetivos capturen las verdaderas aspiraciones de los Estados miembros y los objetivos que se han fijado para transformar nuestro mundo. Las mejoras propuestas abordarán el criterio de calidad de la meta midiendo la cobertura efectiva y las mejoras de la salud que proporcionan los servicios esenciales. La metodología revisada se presentó al Grupo para que la examine y formule observaciones al respecto en diciembre de 2018. Se ha programado una reunión virtual del Grupo para enero de 2019 para examinar la metodología revisada.

B. Índice de protección frente a emergencias sanitarias

12. La meta consistente en una mejor protección frente a emergencias sanitarias para 1000 millones más de personas está en consonancia con la meta 3 (d) y el indicador 3 (d) (1) de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y con el informe de 2016

del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote de ebola y la respuesta que se le ha dado. Los progresos hacia su consecución se medirán utilizando un índice de protección frente a emergencias sanitarias compuesto por tres indicadores trazadores (o subíndices) que dan cuenta de las actividades de preparación, prevención, detección y respuesta a emergencias sanitarias.

C. Índice de mejora de la salud de las poblaciones

13. La meta de una mejor salud para 1000 millones más de personas se centra en el impacto de las intervenciones multisectoriales influenciadas por enfoques normativos, de sensibilización y de reglamentación impulsados por el sector de la salud. Los 19 indicadores prioritarios actuales se basan en la disminución de la carga de morbilidad lograda al abordarse diversos riesgos sociales, ambientales y conductuales a través de intervenciones en el ámbito de las políticas, la sensibilización y la reglamentación.

D. Metas e indicadores del programa de salud

14. Un total de 46 metas programáticas e indicadores conexos hacen las veces de conjunto de herramientas flexibles para medir el desempeño en la ejecución del programa de la OMS y hacer un seguimiento y acelerar los progresos hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Los países utilizarán estos indicadores para hacer un seguimiento de los progresos que realicen respecto de las prioridades que hayan definido; por tanto, no todos los países harán un seguimiento de todos los indicadores para monitorear su desempeño respecto del decimotercer programa general de trabajo.

15. En total, 29 metas están en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible; 10 metas están en consonancia con resoluciones, planes de acción y/o marcos de la Asamblea Mundial de la Salud; 5 metas están en consonancia tanto con los Objetivos de Desarrollo Sostenible como con resoluciones, planes de acción y/o marcos de la Asamblea de la Salud; y 2 metas son totalmente nuevas y abordan prioridades emergentes de salud pública, a saber, la resistencia a los antimicrobianos y la reducción de la mortalidad por enfermedades sensibles al clima. El cuadro que figura a continuación contiene un resumen del alineamiento de las metas del marco de impacto de la OMS.

<i>Alineamiento de las metas</i>	<i>Número de metas</i>
Objetivos de Desarrollo Sostenible	29
Resoluciones/planes de acción/marcos de la Asamblea Mundial de la Salud	10
Objetivos de Desarrollo Sostenible y resoluciones/planes de acción/marcos de la Asamblea Mundial de la Salud	5
Subtotal	44
Nuevas metas (relacionadas con la resistencia a los antimicrobianos y la mortalidad por enfermedades sensibles al clima)	2
Total	46

III. Seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud

16. La OMS hizo aportaciones considerables a la labor de la Comisión y del Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La OMS participa plenamente en la labor y los debates del Grupo presentando propuestas sobre los indicadores más adecuados, metadatos para los indicadores seleccionados y datos para el informe anual sobre los Objetivos preparado por la División de Estadística del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales en nombre del sistema de las Naciones Unidas.

17. El marco de impacto de la OMS también está en consonancia con el plan de acción mundial a favor de una vida sana y bienestar para todos⁴, un compromiso histórico para unirse en favor de la salud, solicitado por la Canciller de Alemania, el Presidente de Ghana y la Primera Ministra de Noruega con el apoyo del Secretario General de las Naciones Unidas. La respuesta compartida esboza un marco y un conjunto de hitos para 2023, a través de la alineación de los esfuerzos, la aceleración del progreso y la mejora de la rendición de cuentas con respecto a 50 metas relacionadas con la salud de 14 Objetivos de Desarrollo Sostenible.

18. La vigilancia de la situación, los progresos y las tendencias del sector de la salud, así como de los Objetivos relacionados con la salud, presenta grandes desafíos para la mayoría de los países. La capacidad estadística en materia de salud sigue siendo deficiente en muchos países. Esta situación se ve aún más afectada por la gran demanda de datos desglosados por sexo, edad y otras características que son relevantes según los contextos nacionales para atender a las necesidades de los pobres, los vulnerables y las personas en situación de desventaja. En todos los programas de la OMS se está haciendo un esfuerzo denodado para prestar apoyo técnico a los países con el objetivo de ayudarlos a solventar sus necesidades de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Para poder contar con un sólido sistema nacional estadístico de salud es fundamental una mayor coordinación y colaboración entre el sector de la salud, como los ministerios de salud, y las oficinas nacionales de estadística. Además, las instituciones nacionales pertinentes no cuentan con suficiente capacidad institucional para la reunión, el procesamiento, el análisis, la utilización, la difusión y la presentación de informes eficaces de los datos. El sector de la salud y la OMS desempeñarán un papel decisivo en esta tarea.

19. El proyecto Health Data Collaborative se puso en marcha en el 47º período de sesiones de la Comisión de Estadística a partir de la conclusión de que las inversiones para fortalecer los sistemas nacionales de información sanitaria tenían que ser más eficientes para poder satisfacer las necesidades relacionadas con el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud y contribuir al desarrollo sostenible de los sistemas estadísticos nacionales.

20. La misión del proyecto Health Data Collaborative es maximizar las inversiones en los sistemas de información sanitaria nacionales y dirigirlos para aumentar su eficiencia, además de garantizar que las partes interesadas y los asociados apliquen enfoques y métodos armonizados para la recopilación y el análisis de datos. El proyecto Health Data Collaborative se apoya en el llamamiento a la acción basado en cinco puntos relativos a la medición de la salud y la rendición de cuentas en cuestiones sanitarias para establecer un enfoque armonizado que sea adoptado por los países, socios y partes interesadas que se han comprometido a: a) mejorar la eficiencia y orientación de las inversiones técnicas y financieras en los sistemas de información sanitaria nacionales; y b) aumentar el impacto de los bienes públicos mundiales

⁴ Disponible en www.who.int/sdg/global-action-plan.

mediante una mayor armonización y coherencia de los instrumentos, métodos y enfoques⁵.

IV. Nuevo paquete técnico para el fortalecimiento de los sistemas de datos sanitarios de los países

21. En apoyo del fortalecimiento de los sistemas de datos de los países y de las capacidades para vigilar la salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud, en colaboración con los asociados del proyecto Health Data Collaborative, la OMS ha desarrollado un nuevo paquete técnico de datos sanitarios, conocido con el nombre de SCORE (estudiar, contabilizar, optimizar, evaluar, facilitar). El paquete está diseñado para ayudar a los países a:

a) Identificar rápidamente las brechas y necesidades críticas de los sistemas de datos de los países y las capacidades necesarias para monitorear los Objetivos relacionados con la salud;

b) Centrar las inversiones en intervenciones prioritarias que, en su conjunto, puedan tener un impacto sustancial en la generación, calidad, análisis, uso y difusión de datos relacionados con la salud;

c) Acceder a las acciones, herramientas y normas recomendadas o de mejores prácticas para fortalecer los diferentes componentes de los sistemas de información sanitaria y las capacidades estadísticas relacionadas con la salud.

22. En 2019 se publicará un primer informe mundial sobre el estado de los sistemas de información sanitaria de los países y las capacidades de seguimiento de los Objetivos relacionados con la salud, que brindará una importante oportunidad para determinar las medidas y necesidades prioritarias, orientar las inversiones y servir de punto de referencia para poder hacer un seguimiento de la evolución de los resultados a lo largo del tiempo.

V. Clasificaciones

23. Las estadísticas sanitarias de los países se basan en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE). Ya se está terminando el proceso de la 11ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). En junio de 2018 la OMS publicó una versión para dar comienzo a los preparativos de su aplicación. La CIE-11 se someterá a la consideración del Consejo Ejecutivo en enero de 2019 y a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2019. Se han alcanzado los objetivos del examen, a saber simplificar el uso de la CIE e incorporar actualizaciones científicas, la utilidad clínica en todos los niveles de atención y la posibilidad de aplicarlo en entornos de salud digital mediante el uso de ontologías. La CIE-11 estará vinculada a la base de datos de la denominación común internacional para sustancias farmacéuticas, al Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química y a la nomenclatura de productos sanitarios de la OMS. Gracias a una sección sobre funcionamiento, que se corresponde con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) y contiene elementos del anexo 9 de esa Clasificación, el plan de la OMS de evaluación de la discapacidad y la versión breve de la encuesta modelo sobre discapacidad, los usuarios tienen la posibilidad de calcular puntuaciones del funcionamiento en un contexto clínico. En el sitio www.icd.who.int se puede consultar la CIE-11 y todo el material auxiliar.

⁵ Health Data Collaborative, “Health Data Collaborative progress report 2016–2018”.

24. En 2019 se someterá a pruebas sistemáticas una clasificación de las intervenciones sanitarias que incluye intervenciones médicas, funcionales, de enfermería y de salud pública.

25. En la actualidad se está preparando una versión actualizada de la CIF para su publicación.

VI. Un nuevo programa de encuestas

26. Habida cuenta de la creciente necesidad de encuestas de salud específicas y de la acuciante necesidad de realizar encuestas basadas en múltiples indicadores para poder hacer un seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud, y sobre la base de la experiencia obtenida en el pasado con la realización de la Encuesta Mundial de Salud (2002-2004) y el estudio de la OMS sobre el envejecimiento mundial y la salud de los adultos, la OMS está debatiendo con sus Estados miembros la posibilidad de poner en marcha un nuevo programa de encuestas que abarquen una variedad de temas, modalidades y plataformas, sobre la base de las necesidades determinadas por los países, la priorización de indicadores y un estudio sobre la financiación sostenible y ejecución de estas encuestas. La Encuesta Mundial de Salud ya se ha puesto a prueba en algunos países. La OMS está ultimando la metodología y los cuestionarios para las pruebas sobre el terreno y su uso a mayor escala. La OMS trabajará en este ejercicio con otros organismos de las Naciones Unidas, incluido el Grupo de Trabajo Intersecretarial sobre Encuestas de Hogares, expertos técnicos, oficinas nacionales de estadística y otras partes interesadas.

VII. Puesta en práctica de la encuesta modelo sobre discapacidad

27. En la actualidad, la OMS brinda apoyo a los Estados miembros en la recopilación de datos sobre la discapacidad y el funcionamiento entre la población mediante la encuesta modelo sobre discapacidad⁶, una encuesta de hogares dirigida a la población en general.

28. La encuesta modelo sobre discapacidad fue elaborada por la OMS y el Banco Mundial en colaboración con una amplia gama de partes interesadas, tal como se recomendó en el informe de 2013 de la OMS sobre la discapacidad⁷ y en el plan de acción mundial sobre discapacidad para el período 2014-2021 de la OMS⁸, aprobado por 194 Estados miembros en el 67º período de sesiones de la Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en 2014. La encuesta se basa en la CIE y está diseñada para detectar y abordar los obstáculos y las necesidades no atendidas con miras a la formulación de políticas y estrategias nacionales de discapacidad con base empírica, y contribuir a la evaluación de los progresos realizados por los Estados partes en el cumplimiento de sus obligaciones con arreglo a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

29. Actualmente existen dos versiones de la encuesta: una versión independiente, ideal para una encuesta centrada en la discapacidad, y una versión abreviada, que podría utilizarse como módulo en las encuestas de hogares.

30. La encuesta ya se ha implementado como una encuesta a nivel nacional dedicada a la discapacidad en Chile, Costa Rica, Filipinas, Qatar y Sri Lanka. También se ha utilizado a nivel regional en Camerún (Adamaoua), el Pakistán (Baluchistán) y los

⁶ Disponible en www.who.int/disabilities/data/mds/en/.

⁷ OMS, documento A66/12.

⁸ OMS, *WHO Global Disability Action Plan 2014–2021: Better Health for All People with Disability* (Ginebra, 2015).

Emiratos Árabes Unidos (Dubai). La versión abreviada de la encuesta se implementará en 2018 en el contexto de la encuesta Gallup en la India, la República Democrática Popular Lao y Tayikistán. Los resultados de la encuesta se utilizaron en el informe principal de las Naciones Unidas sobre discapacidad y desarrollo publicado en 2018⁹.

VIII. Seguimiento de las desigualdades en materia de salud

31. Para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible es fundamental el concepto de “no dejar a nadie atrás”. El lema “Servir a las poblaciones vulnerables” es la piedra angular del decimotercer programa general de trabajo de la OMS y su marco de impacto. Por lo tanto, la OMS debe prestar especial atención al seguimiento de las desigualdades en materia de salud, utilizando datos desglosados por sexo, edad y otras características de relevancia para identificar los subgrupos de población desfavorecidos y crear así un cúmulo de información en la que se puedan basar las políticas, los programas y las prácticas de salud orientados a la equidad.

32. La OMS ha desarrollado varias herramientas y recursos para el monitoreo de las desigualdades en materia de salud, incluida la plataforma *Health Equity Monitor*¹⁰, que pone a disposición información y recursos sobre el monitoreo de la desigualdad en materia de salud e incluye una gran base de datos desglosados por las características relevantes, y el juego de herramientas Health Equity Assessment Toolkit (HEAT)¹¹, una aplicación informática que permite evaluar las desigualdades sanitarias nacionales y está disponible en dos ediciones: HEAT, la edición de base de datos incorporada, y HEAT Plus, la edición de base de datos que se carga.

33. Para difundir información sobre las desigualdades en materia de salud, la OMS ha publicado varios informes sobre el estado mundial de la desigualdad, en particular sobre la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil¹² y sobre la inmunización infantil¹³ y ha informado sobre las desigualdades en el informe mundial anual *Estadísticas Sanitarias Mundiales* y el informe mundial de monitoreo sobre la cobertura sanitaria universal.

34. Las actividades de creación de capacidad para el monitoreo de la desigualdad nacional en materia de salud entre los Estados miembros han incluido la celebración de talleres de capacitación y el desarrollo de recursos de capacitación¹⁴. La OMS también ha presentado una evaluación exhaustiva de las desigualdades en materia de salud dentro de un país dado¹⁵.

⁹ Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *United Nations Flagship Report on Disability and Development 2018: Realization of the Sustainable Development Goals by, for and with Persons with Disabilities*, 3 de diciembre de 2018.

¹⁰ Disponible en www.who.int/gho/health_equity/en/.

¹¹ Disponible en www.who.int/gho/health_equity/assessment_toolkit/en/.

¹² OMS, *State of Inequality: Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health – Interactive Visualization of Health Data* (Ginebra, 2015).

¹³ OMS, *State of Inequality: Childhood Immunization – Interactive Visualization of Health Data* (Ginebra, 2016); y *Explorations of Inequality: Childhood Immunization – Interactive Visualization of Health Data* (Ginebra, 2018).

¹⁴ OMS, *Handbook on Health Inequality Monitoring with a Special Focus on Low- and Middle-Income Countries* (Ginebra, 2013) y otras herramientas disponibles en www.who.int/gho/health_equity/handbook/en/; y *National Health Inequality Monitoring: a Step-by-Step Manual* (Ginebra, 2017).

¹⁵ Véase, por ejemplo, OMS, *State of Health Inequality: Indonesia – Interactive Visualization of Health Data* (Ginebra, 2017).

IX. Conclusión

35. Se invita a la Comisión a tomar nota del informe.
-