

COMITE REGIONAL ASESOR SOBRE ESTADISTICAS DE SALUD

Tercer Informe



Publicaciones Cientificas
No.103

Septiembre de 1964

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

COMITE REGIONAL ASESOR SOBRE ESTADISTICAS
DE SALUD

Tercer Informe

	Página
I. Introducción	5
II. Actividades Regionales para la Revisión de 1965 de la Clasificación Internacional de Enfermedades.	6
III. Estadísticas hospitalarias	9
A. Establecimiento de registros e informes médicos en un hospital	10
B. Estadísticas relativas al hospital y al paciente	12
C. Manuales y publicaciones sobre estadísticas hospitalarias	17
D. Indices para la evaluación de los programas hospitalarios	19
E. Programas de educación y adiestramiento . .	20
F. Recomendaciones generales	23
IV. Indices de evaluación	25
A. Antecedentes generales	25
B. Clases de evaluación.	28
C. Recomendaciones	31
V. Actividades del Centro Latinoamericano de la Clasificación de Enfermedades	33
VI. Asuntos generales:	
A. Registro civil y estadísticas vitales	34
B. Programas de educación y adiestramiento . .	35
C. Investigación	36

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

1501 New Hampshire Ave., N. W.
Washington 20036, D. C., E. U. A.

COMITE REGIONAL ASESOR SOBRE ESTADISTICAS
DE SALUD

8-12 de junio de 1964

Miembros:

- Dr. Juan Pablo Abadié, Jefe del Departamento de Estadística, Escuela de Salud Pública, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
- Dr. Hugo Behm, Profesor de Bioestadística, Escuela de Salubridad, Universidad de Chile, Santiago, Chile
- Dr. Antonio Ciocco, Profesor de Bioestadística, Escuela de Post-graduados de Salud Pública, Universidad de Pittsburgh, Pittsburgh, Pa.
- Dr. Darío Curiel, ex-Director del Centro Latinoamericano de la Clasificación de Enfermedades, Caracas, Venezuela
- Dr. Herman E. Hilleboe, Profesor DeLamar, Universidad de Columbia, Escuela de Salud Pública y Medicina Administrativa, New York, N. Y.
- Dr. Schuyler Kohl, Profesor, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad del Estado de Nueva York, Downstate Medical Center, Brooklyn, N. Y.
- Dr. Mariã Lucila Milanese, Departamento de Estadística Aplicada, Facultad de Higiene y Salud Pública, Universidad de São Paulo, São Paulo, Brasil
- Dr. Iwao Moriyama, Jefe de la Oficina de Análisis de Estadísticas de Salud, Centro Nacional de Estadísticas de Salud, Servicio de Salud Pública, Departamento de Salud, Educación y Bienestar, Washington, D. C.
- Dr. Daniel Orellana, Jefe de la Sección de Sanidad Internacional, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas, Venezuela
- Dr. Aurelio Pabón, Jefe de la Sección de Bioestadística, Ministerio de Salud Pública, Bogotá, Colombia
- Dr. Richard Prindle, Jefe de la División de Métodos de Salud Pública, Servicio Nacional de Salud, Departamento de Salud, Educación y Bienestar, Washington, D. C.
- Dr. Vergil Slee, Director de la Comisión sobre Actividades Profesionales y Hospitalarias, Ann Arbor, Michigan
- Dr. David A. Tejada, Director de la Oficina Sectorial de Planificación de Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Lima, Perú

NACIONES UNIDAS

Srta. Nora Powell, Oficina de Estadística, Nueva York

INSTITUTO INTERAMERICANO DE ESTADISTICA

Dr. Roque García-Frías, Washington, D. C.

CENTRO LATINOAMERICANO DE LA CLASIFICACION
DE ENFERMEDADES

Dr. Ramón Fuenmayor, Director, Caracas, Venezuela

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Dr. W. P. D. Logan, Director de la División de Estadísticas de Salud,
Ginebra, Suiza

Dr. Edward Krohn, Asesor Estadístico de la Región de Europa,
Copenhague, Dinamarca

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Personal de campo

Dr. P. I. Boyd, Administrador de Salud Pública, Zona I, Bridgetown,
Barbada

Dr. J. G. Borba, Consultor en Atención Médica, Zona IV, Lima, Perú

Dr. José A. Coll, Consultor Estadístico, Zona IV, Lima, Perú

Dr. Hernán H. Durán, Oficial Médico para Planificación, Zona IV,
Lima, Perú

Srta. Carol Lewis, Consultora en Registros Médicos, Zona VI,
Buenos Aires, Argentina

Dr. C. B. Park, Consultor Estadístico, Zona V, Rio de Janeiro, Brasil

Dr. K. Patwary, Consultor Estadístico, Zona I, Kingston, Jamaica

Dr. S. K. Quo, Consultor Estadístico, Zona III, Guatemala, Guatemala

Dr. R. Vargas, Consultor Estadístico, Zona VI, Buenos Aires, Argentina

Dr. Teodoro Zenteno, Consultor Estadístico, Zona II, Santo Domingo,
República Dominicana

Personal de la Sede de Washington

Srta. M. H. Burke, Estadístico, Departamento de Estadísticas de Salud

Dr. G. Conly, Estadístico, Departamento de Estadísticas de Salud

Dr. Oswaldo Costa, Jefe, Departamento de Promoción de la Salud

Mr. Fredrik Deck, Estadístico, Departamento de Estadísticas de Salud

Dr. Abraham Drobny, Jefe, Oficina de Evaluación e Informes

Dr. G. W. Griffith, Epidemiólogo, Departamento de Estadísticas
de Salud

Dr. P. S. Han, Estadístico, Departamento de Estadísticas de Salud

Dr. Ruth R. Puffer, Jefe, Departamento de Estadísticas de Salud

Dr. A. P. Ruderman, Oficina de Planificación Nacional de Salud

COMITE REGIONAL ASESOR SOBRE ESTADISTICAS DE SALUD

Tercer Informe

I. INTRODUCCION

El Comité Regional Asesor sobre Estadísticas de Salud se reunió en Washington D. C., entre el 8 y 12 de junio de 1964. El Dr. Abraham Horwitz, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, dió la bienvenida a los miembros, hizo comentarios sobre las contribuciones (1,2) de las dos reuniones anteriores y delineó los objetivos de esta reunión. Se pidió asesoramiento al Comité sobre varios asuntos tales como la Revisión de 1965 de la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, registro civil, educación y adiestramiento de personal de estadística y sobre investigación, pero principalmente, sobre dos temas, a saber: a) índices de evaluación o medición del progreso en materia de salud y b) estadísticas hospitalarias.

La importancia dada a los índices de evaluación emanó de un mandato de la Carta de Punta del Este⁽³⁾ y de las recomendaciones específicas formuladas en la Segunda Reunión Anual del Consejo Interamericano Económico y Social⁽⁴⁾ para la evaluación del progreso alcanzado hacia las metas establecidas en la Carta. Se ha tornado indispensable la medición del provecho de las inversiones en los programas de salud, requiriéndose para ello un sistema de índices de evaluación o de unidades de medida. Se debe hacer hincapié en la medición de los resultados de los programas de salud, más bien que de las actividades en sí mismas, dado que estas últimas no siempre conducen a los resultados deseados. La tarea del Comité en este asunto debía consistir en recomendar índices adecuados para medir el progreso en materia de salud y los medios para aplicar esos índices. En esta tarea debe tenerse en cuenta el grado en que las estadísticas vitales y de salud son completas y fidedignas en los países de la Región. Estas dificultades podrían subsanarse mediante el establecimiento de áreas de registro en las cuales podrían recolectarse datos estadísticos confiables.

El segundo asunto especial de esta reunión, la obtención de estadísticas fidedignas sobre hospitales, es de significación importante para la administración de los mismos y para los planes nacionales de salud. Se requiere el establecimiento de sistemas adecuados de registros médicos en los hospitales, para la provisión de datos básicos a ser usados en la medición del progreso en materia de salud. Se necesitan también recomendaciones para un programa de adiestramiento de personal en este campo.

Por último el Dr. Horwitz hizo notar la complejidad de la tarea, haciendo destacar el hecho de que los administradores, planificadores y estadísticos dedicados a actividades de salud deben trabajar juntos para obtener datos sobre estos campos. El asesoramiento del Comité constituiría por lo tanto una gran ayuda para determinar la forma y contenido de los programas de salud en las Américas.

II. ACTIVIDADES REGIONALES PARA LA REVISIÓN DE 1965 DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES

Durante los últimos años, el Centro Latinoamericano de la Clasificación de Enfermedades, con la cooperación de la Organización Panamericana de la Salud, ha llevado a cabo un activo programa de revisión de ciertas secciones de la Clasificación que son de particular interés para los países latinoamericanos - en especial las secciones sobre enfermedades diarreicas, infecciosas y por deficiencias nutricionales. Se realizaron pruebas de campo en varios países y se elaboraron propuestas para la sección I, Enfermedades infecciosas y parasitarias, y para las deficiencias nutricionales y las anemias⁽⁵⁾.

La propuesta Regional sobre la Sección I, sometida a la Sede Central de la Organización Mundial de la Salud, fue considerada por el Subcomité sobre Clasificación de la OMS⁽⁶⁾ y recibió considerable apoyo. Sin embargo, en la misma reunión se presentó otra propuesta al Subcomité para una reordenación de las enfermedades de tal manera que "el modo de transmisión" sea el eje principal de clasificación.

En consecuencia, la OMS ha preparado ahora un borrador de revisión de la Sección I de Enfermedades infecciosas y parasitarias, en el que se usa el modo de transmisión como eje principal de clasificación (Anexo 9 del Informe del Subcomité.)⁽⁶⁾ Se sugirió que esta transferencia permitía agrupar afecciones de interés similar para el epidemiólogo, resultando útil para el control de las enfermedades infecciosas.

El Comité Regional reconoció el objetivo recomendable y el ingenioso enfoque dado al problema de producir una clasificación adecuada para fines epidemiológicos. También se reconocieron las dificultades, como se indica en el informe de la OMS, en el tratamiento de este asunto. La idea de una clasificación de enfermedades infecciosas según el modo de transmisión resultó teóricamente atractiva al Comité. Sin embargo, se consideró que existen serias dificultades prácticas para aplicar este eje de clasificación en forma consistente en toda la sección. Se presenta un problema con ciertas enfermedades que tienen más de un modo de transmisión. Otro problema es el conocimiento insuficiente sobre la forma de transmisión, que obstaculiza las asignaciones definitivas y libres de errores. Por cuanto el conocimiento en este campo está cambiando más rápidamente que el relativo a los agentes etiológicos, una clasificación según el modo de transmisión puede hacerse obsoleta mucho antes de la siguiente revisión periódica de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Si bien la intención de la propuesta era considerar el modo de transmisión como eje principal de la clasificación, el Comité indicó que no era posible aplicar este criterio con consistencia. Para una porción considerable de la sección se usa el sitio de entrada o la localización primaria en lugar del modo de transmisión. Este enfoque ha conducido a muchas agrupaciones poco comunes y desacostumbradas. Por ejemplo, la sífilis y la rabia aparecen bastante próximas entre sí por el solo hecho de que el sitio de entrada es la piel o la mucosa. Algunas enfermedades de primordial importancia en salud pública están colocadas al lado de enfermedades de naturaleza relativamente menos grave, aún cuando el modo de transmisión es completamente diferente, como por ejemplo la rabia y la conjuntivitis viral o la sífilis y la fiebre por mordedura de rata.

La intención explícitamente indicada de la clasificación propuesta es producir estadísticas que resulten útiles para el epidemiólogo. El consenso del Comité fue que la clasificación propuesta no siempre resultará útil en este sentido. Muchas veces, en estudios epidemiológicos, el agente es de mayor importancia que el modo de transmisión. De acuerdo con el estado actual del conocimiento, varias enfermedades de etiología específica quedan en un grupo residual cuando se las clasifica según el modo de transmisión.

Si bien una de las aplicaciones importantes de la Clasificación es presentar datos de enfermedades epidémicas, existen otros usos importantes en los cuales el modo de transmisión no es de interés primordial. Por ejemplo, en el tratamiento de enfermedades en hospitales este factor no es necesariamente importante. Puesto que la forma natural de pensar de los médicos clínicos no sigue esencialmente las líneas del modo de transmisión o sitio de entrada de las enfermedades, la insistencia sobre este aspecto puede afectar la aceptación de la Clasificación para otras aplicaciones que no sean las relativas al control de las enfermedades transmisibles. También no es seguro que la propuesta encontrará aceptación entre la mayoría de los epidemiólogos.

Además, el Comité creyó que sería difícil elaborar, para fines de tabulación, una lista abreviada que tuviera algún significado o que no pareciera ilógica en ausencia de títulos descriptivos que indiquen el modo de transmisión. Sin embargo, podría considerarse la adición de algunas categorías, decidiendo en favor de aquéllas que mejor sirvieran a las necesidades de los países.

En vista de las consideraciones anteriores, el Comité no estimó que haya ninguna ventaja en la Clasificación propuesta con respecto a la existente, o a la propuesta por la Organización Panamericana de la Salud. Por otra parte, la Clasificación propuesta tiene las graves desventajas mencionadas anteriormente. El Comité recomienda, por tanto, que la OMS no utilice el modo de transmisión como eje principal de clasificación para la Sección de Enfermedades infecciosas y parasitarias. Recomienda que se use la propuesta de la OPS como base de esta importante Sección de la Revisión de 1965 y que se transmita esta recomendación a los países de la Región. La Organización deberá solicitar a los países

que hagan un estudio cuidadoso de la Propuesta Regional. Los comentarios que los funcionarios de salud de los países consideren oportunos sobre la propuesta de la OMS y también sobre la propuesta de la OPS, que es la que recomienda este Comité, deberán enviarse a la Organización antes del 31 de agosto de 1964 para que sean considerados por el Comité de Expertos en Estadísticas de Salud de la OMS que se reunirá en Ginebra en octubre de 1964. El Comité de Expertos revisará todos los comentarios y someterá a consideración una propuesta final a comienzos de 1965, para la Conferencia de Revisión que se reunirá en julio de 1965.

III. ESTADISTICAS HOSPITALARIAS

En un documento de trabajo ⁽⁷⁾ se describió la situación general que existe actualmente en América Latina con respecto a los hospitales. Se sabe que hay por lo menos 9,380 hospitales con 727,471 camas. No se dispuso de información completa que permitiera describir los hospitales según clase y tamaño o estudiar datos de morbilidad de los pacientes. Se necesita con urgencia información sobre hospitales; en primer lugar, para la administración de esas instituciones consideradas individualmente y en segundo término, para los planes nacionales de salud. Por su parte los hospitales de las universidades tienen una función importante y especial en la educación y en investigaciones médicas y los educadores en el campo de la medicina reconocen la importancia de adiestrar a sus estudiantes en hospitales que cuenten con sistemas de registro adecuados. Asimismo es esencial disponer de buenos registros hospitalarios para ciertos tipos de investigaciones médicas. Además muchos registros de nacimientos y defunciones e informes de enfermedades transmisibles emanan de los hospitales.

Las estadísticas sobre hospitales han sido objeto de consideración por parte de varios Comités de Expertos en Estadísticas de Salud de la Organización Mundial de la Salud. En el Octavo Informe ⁽⁸⁾ de dicho Comité se incluye un relato detallado de las actividades relacionadas con las estadísticas de hospitales y se dan recomendaciones. El informe sirvió de útil documento de referencia al Comité Regional Asesor.

Este Comité dedicó su atención al establecimiento de registros e informes médicos en los hospitales considerados individualmente, a las estadísticas relativas a hospitales y pacientes, a los manuales sobre estadísticas hospitalarias, a los índices para la evaluación de los programas hospitalarios y a la educación y adiestramiento del personal encargado de los registros médicos y de las estadísticas hospitalarias.

A. Establecimiento de registros e informes médicos en un hospital

Se hizo una revisión de los requerimientos de cada hospital en cuanto se refiere a un sistema adecuado de registro médico. Entre ellos figuran la historia clínica única de cada paciente, un departamento central de registros hospitalarios, un manual de procedimientos y un comité de historias clínicas. Un sistema de registro constituye la fuente de los datos estadísticos básicos que se necesitan para la administración y funcionamiento del hospital en forma efectiva a fin de proveer atención adecuada a sus pacientes.

1. Historia clínica individual

Se consideró el contenido de la historia clínica de cada paciente que sería necesario para garantizar una buena atención médica y para suministrar la información básica de las estadísticas de morbilidad y mortalidad.

Se reconoció que la etapa de desarrollo del hospital influye sobre el contenido de la historia clínica.

El Comité recomienda :

- a. que se prepare una historia clínica para cada paciente
- b. que ésta sea una historia clínica única (una sola historia en el hospital para cada paciente). Al paciente se le asigna un número de historia clínica que conservará indefinidamente
- c. que por lo menos se incluya la siguiente información en cada historia:

- i. número de identificación
- ii. nombre
- iii. edad
- iv. sexo
- v. residencia
- vi. estado civil
- vii. fecha de ingreso
- viii. padecimiento principal
- ix. historia médica
- x. examen físico
- xi. diagnóstico provisional
- xii. procedimientos de diagnóstico (laboratorio, rayos X, electrocardiograma, etc.)
- xiii. tratamiento, médico y quirúrgico
- xiv. notas de evolución de la enfermedad
- xv. diagnóstico final
- xvi. resultados
- xvii. recomendaciones para después del egreso
- xviii. fecha de egreso (alta o defunción)
- xix. resumen

El Comité estima que el personal o los consultores de la OPS podrían prestar valiosa ayuda en el diseño de los formularios de los registros médicos.

2. Departamento central de registros hospitalarios

Para garantizar el manejo adecuado de la historia clínica única, el Comité recomienda que cada hospital mantenga un departamento central de registros hospitalarios que contribuiría al cumplimiento correcto de los procedimientos relativos a las historias y a su utilización.

3. Manual de procedimientos

El Comité recomienda la preparación, publicación (en los idiomas de la Región) y distribución de material preparado especialmente para ayudar al personal de los hospitales a manejar y archivar en forma adecuada las historias clínicas y los índices necesarios.

4. Morbilidad hospitalaria e índices de diagnóstico y operaciones

El Comité recomienda que en los hospitales que mantengan índices de diagnósticos y operaciones o en aquéllos en que se deseen datos de estadísticas de morbilidad hospitalaria, se utilice la Clasificación Internacional de Enfermedades (9) de la OMS. En los Estados Unidos se dispone de una adaptación⁽¹⁰⁾ para índice de diagnósticos y también existe una publicación en español⁽¹¹⁾ para los países de esa habla. El Comité recomienda que se prepare una adaptación en Portugués para ser utilizada en Brasil.

5. Comité de historias clínicas

Se indicó la conveniencia de que cada hospital cuente con un comité de registro médico, compuesto principalmente por médicos. Este comité tiene la misión de establecer las normas para las historias clínicas, revisar las historias a fin de asegurar el cumplimiento de dichas normas y elaborar los formularios requeridos. También es responsable de la calidad de los datos clínicos que se registran y utilizan para varios propósitos, entre ellos, para la atención de los pacientes, para informes con fines administrativos y estadísticos, enseñanza, auditoría médica e investigación.

B. Estadísticas relativas al hospital y al paciente

Las estadísticas hospitalarias administrativas, de morbilidad, servicios y finanzas, se elaboran de acuerdo con los propósitos que deben servir. Como se indicó en el informe del Comité de Expertos, el primer objetivo de las estadísticas hospitalarias es la administración y funcionamiento del hospital en forma efectiva a fin de suministrar atención adecuada a sus pacientes. En este informe se ha hecho la división de las estadísticas hospitalarias en dos clases: aquéllas basadas en el "hospital" y las relativas al "paciente". Esta división se ha hecho de acuerdo con la establecida en el Informe del Comité de Expertos⁽⁸⁾ en cuyo Anexo, utilización de las estadísticas de hospital, se dieron sus usos en el hospital o en la comunidad, y los de carácter regional y nacional.

1. Estadísticas relativas al hospital

El Comité de Expertos adoptó la siguiente definición provisional de hospital:

"Un hospital es un establecimiento donde ingresan personas que padecen o que se supone que padecen enfermedades o traumatismos así como parturientas, y que puede dispensarles asistencia médica de corta o larga duración consistente en servicios de observación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. El hospital puede además tener o no tener servicios de asistencia para pacientes ambulatorios."

Así, un hospital está equipado con camas, medios para diagnóstico y tratamiento de pacientes y provisto de personal para el diagnóstico, atención de los pacientes y mantenimiento de la institución. También es necesario un sistema de contabilidad con asiento de recaudaciones y gastos. De esta manera, los datos mínimos esenciales para cada hospital son los siguientes: a) número, distribución y utilización de las camas; b) servicios suministrados por el laboratorio, la sala de operaciones, el departamento de urgencia, los consultorios externos, etc.; c) número y clase de personal; d) datos fiscales, recaudaciones y gastos.

En el Octavo Informe se presentan estos datos en forma detallada, de la siguiente manera:

- a. Camas de hospital y su distribución por servicio, por clase de comodidades y por utilización (medicina, cirugía, obstetricia, etc., habitaciones privadas, semiprivadas, salas, etc.)
- b. Estadísticas de servicios (laboratorio, radiología, clínica, sala de operaciones, servicios de urgencia, etc., y dietética, mantenimiento y limpieza, etc.)
- c. Estadísticas de personal (número empleado, calificaciones, condiciones y horas de trabajo, remuneración, etc.; distribución por funciones y servicios.)
- d. Estadísticas de recaudaciones, gastos y balances financieros del hospital

- i. Cuantía y procedencia de las entradas en caja: pago de los servicios prestados a los pacientes, subvenciones, donativos, renta de las inversiones, etc.
- ii. Gastos clasificados por servicio y por finalidad; clasificación según departamentos, cálculo de los costos.
- iii. Balances financieros: detalles del activo y pasivo para el fondo de réditos, fondo de edificio y fondo de dotación.

Además de estas cuatro clases de datos, se recomendaron también en el Octavo Informe las estadísticas sobre facilidades de adiestramiento en el hospital, incluyendo en particular el número de estudiantes, costo, etc. de los cursos para enfermeras, auxiliares y técnicos. Si bien los hospitales pequeños no contarán con estas facilidades, los hospitales grandes que efectúan adiestramiento de esa clase deben llevar un registro de esas actividades.

2. Estadísticas relativas al paciente

Las estadísticas relativas a los pacientes tienen dos propósitos principales, a saber: a) suministrar datos sobre la utilización de las camas de hospital especificando las clases de enfermedades y afecciones y b) producir estadísticas de morbilidad hospitalaria para conocer el estado de salud de la población. Estas estadísticas se obtienen de las historias clínicas individuales recomendadas en A. 1, que se mantienen en el departamento central de registros hospitalarios recomendados en A. 2.

Los datos mínimos relacionados con los pacientes, que se extraen de las historias clínicas, son:

- a. edad y sexo
- b. duración de la estancia
- c. diagnóstico
- d. operación
- e. condición en el momento del egreso

Esta lista mínima a ser obtenida de las historias clínicas completadas al egresar el paciente fue ampliada en el Octavo Informe (8) incluyendo: a) enfermos y días de hospitalización según residencia del paciente, b) enfermos y días de hospitalización según diagnóstico, edad y sexo, utilizando la Lista Detallada, la Lista Intermedia de la Clasificación Internacional de Enfermedades o una lista especial para hospitales y c) operaciones según diagnóstico. Además de estos datos sobre pacientes internados, también deberán mantenerse informes de las consultas externas.

El Comité recomienda que cada hospital elabore planes, tan pronto como sea posible, para la recolección y utilización de tales datos estadísticos.

Se sugirió un método alternativo para agrupar: (1) estadísticas de recursos y facilidades del hospital incluyendo (a) camas, (b) equipo y facilidades y (c) personal; (2) estadísticas de las actividades del hospital, o sea, egresos, visitas a consultorios externos y servicios, tales como rayos X, exámenes de laboratorio, etc. y (3) estadísticas de las finanzas del hospital, con recaudaciones y gastos. Sin embargo, la discusión y las recomendaciones se concentraron en el primer método de agrupación propuesto por el Comité de Expertos.

3. Estadísticas en el nivel local, regional nacional e internacional

Además de la utilización de las estadísticas hospitalarias para la administración de cada hospital, se necesitan datos similares en el nivel local, regional y nacional. Los objetivos de tales estadísticas son los siguientes:

- a. organización, coordinación y planificación de los servicios hospitalarios en un área administrativa
- b. utilización económica de las facilidades hospitalarias dentro del programa general de salud de la localidad, región o país
- c. evaluación de la morbilidad en la población, incluyendo los aspectos epidemiológicos de las enfermedades

Cada hospital deberá transmitir un informe a las autoridades locales, regionales y nacionales, por lo menos con base anual. Este informe anual de cada hospital deberá contener datos mínimos esenciales sobre el número y utilización de las camas, los servicios proporcionados, el personal y los datos fiscales. Además de los datos sobre el hospital deberán transmitirse datos mínimos relacionados con los pacientes, incluyéndose la edad, sexo, diagnóstico, operación, días-paciente y condición al egresar. Tales datos podrán enviarse en informes separados sobre cada paciente o en forma de resumen, de acuerdo con el método de tramitación de informes seguido por las oficinas regionales o nacionales.

Los métodos mecánicos para la elaboración de datos sobre hospitales están demostrando rápidamente su factibilidad. En la reunión se describió el sistema usado por la organización denominada "Professional and Hospital Activities Study" para elaborar los datos de más de trecientos hospitales con tres millones de egresos anuales, mediante una computadora electrónica. El mismo sistema de elaboración podrá considerarse en uno o dos países con registros hospitalarios adecuados y disponibilidad de equipo mecánico. Se anticipa que en el futuro, con una mayor accesibilidad a equipos mecánicos y a computadoras electrónicas, se hará un uso mucho mayor de los registros hospitalarios para propósitos de administración, planificación e investigación.

Además de la utilización de los datos sobre hospitales dentro de cada país, se ha expresado la necesidad de estadísticas hospitalarias relativas a un hemisferio y a todo el mundo. Los datos suministrados por los países se publican en el *Annual Epidemiological and Vital Statistics* de la OMS y en *Las Condiciones de Salud en las Américas* de la OPS. Las Naciones Unidas también incluyen los datos sobre hospitales y su utilización en la serie de estadísticas básicas cuyo uso se recomienda para la medición de los programas de desarrollo económico y social.

Son objetivos importantes de estas publicaciones estimular y alentar a los servicios nacionales de salud de los países para que elaboren datos nacionales sobre una base práctica y, al mismo tiempo, proporcionar a los países información comparable sobre otras áreas del mundo, para evaluar sus programas.

Los datos a ser usados internacionalmente incluyen el número de hospitales, camas, egresos, días-paciente, según categoría de hospital y propiedad. Se espera que en los próximos años cada servicio nacional de salud obtendrá dicha información regularmente y de esa manera se podrá contar con estadísticas hospitalarias para múltiples propósitos.

El Comité recomienda que se elaboren y transmitan estadísticas hospitalarias a la Organización Panamericana de la Salud para que puedan incluirse en los informes de la OPS y la OMS, y que, mediante dichas publicaciones, estas organizaciones suministren a los países estadísticas hospitalarias con base regional y mundial.

C. Manuales y publicaciones sobre estadísticas hospitalarias

La Organización Mundial de la Salud ha reconocido la necesidad existente de definiciones y procedimientos uniformes a fin de producir datos comparables. En el Octavo Informe⁽⁸⁾ se dan definiciones básicas sobre hospitales, hospitales generales y se mencionan las aplicaciones de los datos relativos a estas instituciones. El Comité de Expertos recomendó que la Organización Mundial de la Salud prepare y publique manuales que traten sobre los aspectos técnicos del registro, recolección, recopilación y presentación de las estadísticas relativas a hospitales.

El Comité está de acuerdo con lo expresado por el Comité de Expertos y también pide orientación a la Organización Panamericana de la Salud en el diseño y contenido de los formularios para la transmisión de los datos y sobre los sistemas de recolección y recopilación de estadísticas de hospitales.

A fin de lograr la comparabilidad de las estadísticas hospitalarias dentro de un país y entre distintos países el Comité recomienda que se prepare un manual que contenga los siguientes puntos:

- 1) definiciones básicas para estadísticas hospitalarias administrativas y de morbilidad
- 2) formularios y procedimientos básicos sugeridos para el registro, recopilación y presentación de las estadísticas de hospitales

- 3) indicadores de las actividades hospitalarias para las estadísticas administrativas y de morbilidad

Las partidas específicas a ser incluidas son las siguientes: camas (número, distribución y utilización); estadísticas de los departamentos de servicio (laboratorio, sala de operaciones, radiología, sala de urgencias, etc.); estadísticas del departamento de consultas externas; estadísticas del personal del hospital (número y clase de personal, etc.); movimiento de pacientes internados; estadísticas de morbilidad hospitalaria y datos fiscales (capital, recaudaciones y gastos).

El Comité nota con satisfacción que el Borrador del Manual sobre Estadísticas Hospitalarias de Morbilidad ⁽¹²⁾ ha sido traducido al español y portugués. Como complemento del Manual que se propone más arriba, el Comité recomienda la publicación del Manual de Heasman como una contribución a la literatura sobre hospitales y una amplia distribución de la versión española, portuguesa e inglesa.

La *Clasificación Internacional de Enfermedades* es publicada por la Organización Mundial de la Salud en inglés, francés y español. La Revisión de 1955 de esta Clasificación no se ha publicado en portugués para uso en Brasil, que es un país con más de 70 millones de personas. El Comité nota con satisfacción que está casi terminado el trabajo de traducción de la Revisión de 1955, que fue llevado a cabo por el "Serviço Federal de Bioestatística" de Brasil y recomienda que la Organización Panamericana de la Salud tenga a su cargo la publicación en idioma portugués de la Clasificación, de su Adaptación para Índice de Diagnósticos ⁽¹¹⁾ y del material técnico relacionado con las mismas para que pueda utilizarse en Brasil.

El Comité recomienda que un grupo regional asesor, en el que figuren representantes de la administración de hospitales, las estadísticas hospitalarias y los planes de salud, examine los manuales de estadísticas hospitalarias producidos por la OMS para determinar su aplicabilidad a las necesidades de esta Región y recomienda además que la OPS tenga a su cargo la preparación y adaptación de los manuales de acuerdo con las necesidades específicas de la Región.

D. Índices para la evaluación de los programas hospitalarios

El Comité recomienda que se elaboren índices de evaluación en cada hospital, en la localidad y en el país. Sin embargo, en este informe el Comité se limita a recomendar un número mínimo para el país, que puede ampliarse para atender necesidades específicas. Deberán obtenerse datos básicos de población, para así poder calcular tasas y otros índices relativos al país. Los servicios nacionales de salud deberán recolectar, por lo menos anualmente, los datos mínimos relativos a los hospitales y a los pacientes, que se indican en el punto B, para el cálculo de índices y también para otros usos.

Los índices a ser calculados de acuerdo con la clase de hospital y otras variables son los siguientes:

1. camas por 1,000 habitantes
2. porcentaje de ocupación para un hospital y para cada servicio específico.

La razón entre el número real de días-paciente y el máximo de días-paciente durante un período de tiempo dado

$$\text{con base anual: } \frac{\text{días-paciente}}{\text{camas} \times 365} \times 100$$

3. índice de renovación o giro de camas (turnover)

número de egresos durante un período dividido por el número promedio de camas disponibles durante dicho período
4. promedio de días de estada en el hospital

para hospitales de corta estada, el número total de días-paciente dividido por el número de egresos

para hospitales de larga estada, días-paciente de los egresados dividido por el número de egresos
5. tasas de mortalidad hospitalaria, incluyendo las tasas de mortalidad neonatal, mortinatalidad y mortalidad materna
6. egresos según diagnóstico
7. costo por día-paciente

El Comité recomienda un estudio y desarrollo más amplios de estos índices, con definiciones y procedimientos a ser usados en este campo.

E. Programas de educación y adiestramiento

Para producir y utilizar las estadísticas hospitalarias se requiere que cada hospital tenga una persona a cargo del movimiento de los registros médicos y de la producción de estadísticas. En Latinoamérica hay aproximadamente 9,400 hospitales que necesitan personal para atender los registros médicos. En esa área el adiestramiento de esta clase de personal se ha llevado a cabo solamente en forma muy limitada. La ocasión es muy oportuna para el establecimiento de programas de educación y adiestramiento en esta materia. La *Clasificación Internacional de Enfermedades*⁽⁹⁾ de la OMS se acepta actualmente como la clasificación adecuada para usar en la preparación de las estadísticas de morbilidad y para índice de diagnósticos. El Centro Latinoamericano de la Clasificación de Enfermedades ha elaborado materiales de enseñanza y está ampliando sus actividades para el adiestramiento en el campo de las estadísticas de morbilidad hospitalaria.

Se han establecido unidades de planificación en los servicios nacionales de salud y una de las metas de la Alianza para el Progreso es tomar medidas para "procurar que se atienda cada vez mejor a mayor número de enfermos, perfeccionando la organización y administración de los hospitales y centros de protección y defensa de la salud". El Comité Ejecutivo de la OPS⁽¹⁴⁾ ha confiado a la Organización la responsabilidad de prestar ayuda en un programa de adiestramiento para personal auxiliar. También debería adiestrarse personal auxiliar para trabajar en el campo de registros hospitalarios.

El Comité está de acuerdo acerca de la necesidad de contar con un programa de adiestramiento para el personal que trabaja con los registros y las estadísticas hospitalarias. Este personal se clasifica de la siguiente manera:

estadísticos especializados en estadísticas hospitalarias
personal a cargo de los departamentos de registros médicos en grandes hospitales

personal a cargo de los registros médicos en hospitales pequeños
 personal auxiliar para trabajar con los registros médicos

Ese personal deberá prepararse de acuerdo con las responsabilidades asignadas. Los servicios regionales o nacionales de salud deberán establecer un sistema de supervisión y adiestramiento que garantice registros médicos y estadísticas hospitalarias que sirvan en forma adecuada para la atención de los pacientes y para fines administrativos y de planificación.

Los estadísticos especializados en estadísticas hospitalarias deberán prepararse mediante cursos de postgrado, por lo general vinculados con escuelas de salud pública.

El Comité recomienda que las escuelas de salud pública de Latinoamérica dicten cursos de cuatro o cinco meses para las personas que estén a cargo de los registros médicos en grandes hospitales y especialmente en hospitales de universidades que se utilizan para el adiestramiento de estudiantes de medicina. Se sugirieron los siguientes lugares para centros de adiestramiento:

Escuela de Salud Pública, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
 Facultad de Higiene y Salud Pública, Universidad de São Paulo, São Paulo, Brasil
 Instituto de Higiene, Universidad de Recife, Recife, Brasil
 Escuela de Salubridad, Universidad de Chile, Santiago, Chile
 Escuela de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
 Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica
 Facultad de Medicina, Universidad de las Indias Occidentales, Kingston, Jamaica
 Escuela de Salubridad y Asistencia de México, México, D. F.
 Escuela de Salud Pública, Lima, Perú
 Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela

El Comité recomienda que se estimule a estas escuelas, así como a otras que cuenten con personal y medios, para que proporcionen, a través de cursos breves, adiestramiento a un gran número de personal encargado de los registros médicos.

El Comité incita a la OPS a que preste ayuda a través de su personal y consultores y por otros medios y a que solicite fondos de UNICEF para las becas y estipendios requeridos en los programas de adiestramiento para personal auxiliar.

A fin de adiestrar a la brevedad posible un grupo más numeroso de personal para registros médicos que el que podría lograrse mediante cursos regulares, se sugiere que un centro establezca como proyecto piloto un curso que combine instrucción sobre trabajos prácticos, con un curso por correspondencia. La "American Association of Medical Record Librarians" de los Estados Unidos y la "Canadian Association of Medical Record Librarians" ya han establecido cursos por correspondencia, en inglés. Cursos de esta misma clase, adaptados al español y portugués podrían establecerse en forma experimental. La falta de libros de texto y de material de enseñanza en español y portugués requiere la traducción de material de referencia y también la adaptación de las lecciones. Un centro piloto podría comenzar por establecer, como objetivo, el adiestramiento de alrededor de 75 personas al año, por los primeros años.

Además de los cursos de cuatro o cinco meses de duración, deberá experimentarse con cursos más cortos sobre temas específicos, para el adiestramiento de personal. Por ejemplo, en Argentina resultó valioso un curso de dos semanas sobre estadísticas relacionadas con los pacientes internados. La Comisión de Actividades Profesionales y Hospitalarias de los Estados Unidos ha establecido un programa de instrucción de dos días sobre la utilización de los informes. Esta instrucción en grupo se da a equipos provenientes de hospitales, constituidos por un médico, el director del hospital y el jefe del departamento de registros hospitalarios, a quienes se muestra la utilización de los datos del hospital considerado individualmente. También, en este sistema de computadora electrónica se lleva a cabo el adiestramiento mediante la preparación completa de resúmenes de

casos. La publicación titulada *Programmed Instruction in the Use of the ICDA* (13) es un ejemplo de otro importante método de adiestramiento, que permite al estudiante aprender contestando preguntas referentes a la *Adaptación de la Clasificación Internacional de Enfermedades*. Este manual ha sido adaptado al español (15) en el Centro Latinoamericano de la Clasificación de Enfermedades. El Grupo de trabajo recomienda que esta publicación sea adaptada al portugués. También es aconsejable explorar con mayor cuidado el establecimiento de cursos breves y de materiales de enseñanza para atender las necesidades específicas de organización de los registros de un hospital y para producir estadísticas hospitalarias.

F. Recomendaciones generales

Se hicieron varias recomendaciones generales para el cumplimiento del programa de estadísticas hospitalarias.

1. Actividades de investigación y demostración

El Comité recomienda que la Organización preste ayuda para establecer proyectos seleccionados que puedan servir como unidades experimentales y/o de demostración para la recolección y elaboración de estadísticas hospitalarias. El Comité cree que los datos sobre pacientes en servicios de consulta externa y morbilidad son un complemento necesario de los datos sobre pacientes internados en hospitales y por tanto recomienda que se lleve a cabo un programa de investigación para determinar la clase de datos que deben recolectarse y establecer una metodología eficiente para la recolección y demostración de su uso para fines administrativos y de planificación.

2. Elaboración mecánica de los datos

El Comité recomienda el establecimiento de métodos para recolectar y tabular datos sobre los pacientes. El éxito en la obtención de estadísticas adecuadas sobre pacientes en hospitales, dentro de un número razonable de años, depende del uso de sistemas simples. Se describió un sistema que implica los siguientes pasos: (a) registrar los datos básicos, tanto para ser utilizados en la historia clínica,

como en la elaboración de datos, a través de copias carbónicas; (b) usar, en la preparación de los informes e índices, medios mecánicos centralizados de tabulación para un grupo de hospitales. Ese procedimiento reduce notablemente el programa de adiestramiento requerido, por cuanto en el nivel local solamente se necesita llenar meticulosamente un solo documento. La recolección de datos sobre cada paciente por separado y la tabulación mecánica en una oficina central permite una mayor variedad de estudios y análisis estadísticos, que los posibles de realizar, de una manera confiable, a nivel local. En este sistema está implícita la devolución de los índices y estadísticas a cada hospital para que los mismos puedan utilizarlos, así como la provisión de datos sobre un grupo de hospitales.

El Comité recomienda que se comience a utilizar un sistema mecánico en un grupo de hospitales a fin de estudiar su aplicabilidad y de demostrar las ventajas de la elaboración mecánica de los datos sobre los pacientes.

3. Coordinación entre los organismos encargados de la recolección de estadísticas

Las estadísticas hospitalarias pueden ser recolectadas por varios organismos del gobierno dentro de un país (oficina nacional de estadística, servicio nacional de hospitales, o servicios especiales de salud, tales como los de tuberculosis). Con frecuencia, la duplicación del trabajo conduce a la producción de datos inconsistentes, debido a diferencias de interés y de cobertura. En consecuencia, el Comité recomienda que en cada país se tomen medidas para evaluar el estado actual de las estadísticas hospitalarias, con el fin de lograr coordinación en este campo, haciendo que un organismo sea responsable de la recolección y análisis de estos datos. El Comité Nacional de Estadísticas Vitales podría encargarse de estudiar esta coordinación.

4. Divulgación y distribución de los informes de la reunión

El Comité recomienda que el informe de esta reunión sea ampliamente distribuido en los países, entre los hospitales, las asociaciones hospitalarias, los servicios y asociaciones de salud, los grupos médico-profesionales, etc.

IV. INDICES DE EVALUACION

A. Antecedentes generales

En 1961, las repúblicas americanas resolvieron, en la Carta de Punta del Este, adoptar un programa de acción para establecer y llevar adelante la Alianza para el Progreso. En el Título Primero de la Alianza se especificaron doce metas fundamentales, entre las que figura la siguiente relativa a salud:

"Aumentar en un mínimo de cinco años la esperanza de vida al nacer, y elevar la capacidad de aprender y producir, mejorando la salud individual y colectiva. Para lograr esta meta se requiere, entre otras medidas, suministrar en el próximo decenio agua potable y desagüe a no menos del 70 por ciento de la población urbana y del 50 por ciento de la rural, reducir la mortalidad de los menores de cinco años por lo menos a la mitad de las tasas actuales, controlar las enfermedades transmisibles más graves, de acuerdo con su importancia como causas de invalidez o muerte; erradicar aquellas enfermedades para las cuales se conocen técnicas eficaces, en particular la malaria; mejorar la nutrición; perfeccionar y formar profesionales y auxiliares de salud en el mínimo indispensable; mejorar los servicios básicos de la salud al nivel nacional y local; intensificar la investigación científica y utilizar plena y más efectivamente los conocimientos derivados de ella para la prevención y la curación de las enfermedades."

La resolución A. 2, Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso, suministró las recomendaciones para medidas básicas a largo y corto plazo. Dentro de la Alianza se encomendó al Consejo Interamericano Económico y Social la responsabilidad de examinar el progreso anual alcanzado en la formulación y realización de los programas nacionales de desarrollo y en su financiamiento por parte de los organismos internacionales. Desde que se firmó la Carta de Punta del Este se han realizado reuniones anuales a nivel ministerial y también reuniones de expertos. La Organización Panamericana de la Salud ha preparado cada año un cuestionario sobre salud que se incluye como parte de las Pautas para la Preparación de los Informes Nacionales enviados por el CIES a los países.

Entre las resoluciones sobre salud aprobadas en la Segunda Reunión Anual del Consejo Interamericano Económico y Social realizada en São Paulo, Brasil, en noviembre de 1963, figura la siguiente:

"Sugerir a la Organización Panamericana de la Salud que designe un Comité Técnico Asesor, para elaborar un sistema de unidades de medida o índices de evaluación que permita medir el progreso de las acciones de salud tanto al nivel continental como nacional, dentro de y en relación con las metas generales establecidas en la Carta de Punta del Este."

Para dar cumplimiento a esta resolución se incluyó en el programa de la Tercera Reunión del Comité Regional Asesor sobre Estadísticas de Salud el tópico de índices de evaluación.

El Comité examinó los objetivos del título I, 8 de la Carta de Punta del Este, así como la Resolución A. 2, clasificándolos de la siguiente manera:

1. Recomendaciones expresadas en cambios en el nivel de salud, tales como:
 - (a) *"Establecer, como meta general de los programas de salud en el próximo decenio, un aumento de cinco años en la esperanza de vida de cada persona al nacer."*
 - (b) *"Reducir la mortalidad de los menores de cinco años de edad a la mitad de las tasas actuales."*
 - (c) *"Erradicar del Continente el paludismo y la viruela e intensificar el control de otras enfermedades infecciosas frecuentes, tales como las entéricas y la tuberculosis."*
2. Recomendaciones tendientes a modificar la susceptibilidad de la población a contraer enfermedades, por ejemplo:

“Mejorar sustancialmente la alimentación y nutrición de los grupos más vulnerables de la población, aumentando la ingestión de proteínas de origen animal o vegetal.”

3. Recomendaciones referentes a la modificación del medio ambiente, tal como:

“Suministrar agua potable y servicios de alcantarillado por lo menos al 70 por ciento de la población urbana y al 50 por ciento de la población rural en el próximo decenio, como mínimo.”

4. Recomendaciones referentes a recursos para los programas de salud y a las actividades desarrolladas con ellos, como por ejemplo:

(a) *“Dar particular importancia a la formación y capacitación de profesionales y auxiliares para las acciones de prevención y curación de las enfermedades.”*

(b) *“Procurar que se atienda cada vez mejor a mayor número de enfermos, perfeccionando la organización y administración de los hospitales y otros centros de protección y defensa de la salud.”*

5. Recomendaciones referentes a planificación:

(a) *“Preparar planes nacionales para el próximo decenio.”*

(b) *“Crear en los Ministerios de Salud unidades de planificación y evaluación.”*

(c) *“Mejorar la recopilación y análisis de las estadísticas vitales y sanitarias, como base para formular y evaluar los planes nacionales de salud.”*

En particular, los tres últimos de estos cinco grupos representan métodos y recursos a ser usados para alcanzar metas tanto generales como específicas en las principales áreas de salud que presentan problemas en Latinoamérica, las cuales están indicadas en la Carta de Punta del Este.

Las metas generales consisten en reducir la incidencia, prevalencia, debilidad y defunciones debidas a enfermedades y accidentes, aumentando por tanto la esperanza de vida al nacer y el bienestar y la productividad de la población. Además, una meta general es promover la salud de las personas que no están enfermas, estableciendo buenos hábitos personales, nutrición adecuada y medidas generales que no pertenecen al campo de la salud, tales como mejor educación, vivienda y mejoramiento de las condiciones económicas y sociales.

Las principales áreas problemáticas en el campo de la salud, para las cuales también se han delineado metas específicas en la Carta de Punta del Este, comprenden los siguientes puntos:

- a. Salud maternal y de niños (incluyendo la de niños con impedimentos físicos o retraso mental);
- b. enfermedades transmisibles, tanto agudas como crónicas, incluyendo infecciones e infestaciones;
- c. saneamiento ambiental, especialmente relacionado con el abastecimiento de agua y alcantarillado, pero también referente a condiciones de los accidentes (hogar, trabajo, juego, carretera), del aire, alimentos, desperdicios sólidos y vivienda;
- d. estado nutricional;
- e. otras clases de condiciones médicas no incluidas en los puntos anteriores, especialmente aquellas que requieren atención hospitalaria y también las enfermedades crónicas que necesitan atención prolongada.

B. Clases de evaluación

La evaluación del progreso en materia de salud puede encararse en dos formas. La primera consiste en medir el éxito de los programas de salud a través de los cambios producidos en el nivel de salud. El segundo enfoque es medir los cambios en el número de actividades de salud realizadas y de personas atendidas.

Para ambos propósitos se necesitan índices o indicadores que deberán ser, en la medida de lo posible, válidos, confiables y fáciles de obtener. Las actuales deficiencias en los sistemas de estadísticas obstaculizan la construcción de ambas clases de índices y ponen de relieve la necesidad de mejorar la información estadística básica.

Se requiere la evaluación en varios niveles - regional, nacional e internacional. Para fines internacionales, a menudo son suficientes índices o medidas generales para la totalidad del país. En el nivel nacional, para que los índices sean más útiles deben desarrollarse y analizarse en relación con otros factores dentro del país, tal como la división según características urbanas y rurales.

1. Evaluación de los cambios en el nivel de salud

Entre las medidas clásicas del estado de salud de las poblaciones existen varias relativas a la mortalidad por edad y causas - v. g. tasas de mortalidad de niños menores de un año y de 1-4 años de edad, mortalidad materna, tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y por causas mal definidas y mortalidad proporcional de menores de cinco años y de mayores de 50 años de edad. Todas estas medidas reflejan el efecto de condiciones ambientales que pueden ser controladas. En la Resolución A. 2 de la Alianza para el Progreso se recomienda el mejoramiento de todas estas medidas. También son de uso común las tasas de casos notificados de ciertas enfermedades transmisibles - viruela poliomielitis, tétanos, difteria, tos ferina, tuberculosis, paludismo y otras enfermedades para las cuales se dispone de programas de prevención o erradicación - para indicar el éxito en la utilización de técnicas disponibles de prevención y de esta forma determinar el nivel resultante de enfermedad de la población.

Los cambios en el nivel de salud a menudo no son un resultado exclusivo de determinadas actividades o programas de salud; otras componentes del nivel de vida pueden también afectar simultáneamente el nivel de salud de una población. Asimismo, puede que muchos índices sobre el nivel de salud no reflejen, dentro de un corto intervalo, las realizaciones de los programas de salud y se necesite una evaluación a largo plazo para destacar la evidencia del progreso alcanzado.

2. Evaluación de las actividades de los servicios de salud

Existen muchos indicadores que muestran la cantidad de actividades de salud y el progreso de las mismas en relación con la población a ser atendida. Sin embargo, la medida de la cantidad de actividades de salud llevadas a cabo, en relación con la población, no indica necesariamente que aquéllas sean efectivas en términos de mejorar el nivel de salud. Se necesita urgentemente investigación para determinar el efecto de acciones específicas de salud. No obstante, cuando se establecen programas de salud, las metas de los programas son esenciales - esto es, expresiones numéricas de las actividades de salud que se proyectan para un número definido de personas en una comunidad, durante un plazo de tiempo definido. El establecimiento de metas razonables y objetivas es una función de la planificación. En el proceso de la planificación se mide el nivel de salud, los factores que lo condicionan y los recursos disponibles a fin de determinar las prioridades, las técnicas eficientes y los objetivos. Una vez establecidas las metas, la estructura general de los indicadores para la evaluación de los programas de salud consistirá en la comparación de las actividades realizadas con las programadas.

Los indicadores pueden dividirse en aquéllos relativos a los recursos disponibles y los relacionados con los servicios de salud que se ofrecen a la comunidad.

a. Recursos

Con respecto a los recursos, los indicadores deberán medir:

- i. disponibilidad (o sea el número y clase de estos recursos en relación con la población a ser atendida).

Ejemplos: número de camas de hospital por 1,000 habitantes
número de médicos por 10,000 habitantes

- ii. utilización (la relación entre la cantidad de recursos utilizados y la cantidad disponible).

Ejemplo: Porcentaje de ocupación de camas hospitalarias

- iii. producción (el volumen de actividades realizadas mediante los recursos disponibles).

Ejemplo: número de egresos por cama de hospital en un año

b. Actividades

Con respecto a las actividades realizadas los indicadores deberán medir:

- i. cobertura (la relación entre la población directamente atendida mediante las actividades y la población que debería atenderse).

Ejemplos: porcentaje de población con provisión de agua potable;
 porcentaje de niños susceptibles vacunados;
 porcentaje de partos con atención profesional

- ii. servicios prestados (el número promedio de actividades provistas a la población que debe recibir esos beneficios).

Ejemplo: número de consultas prenatales por 1,000 mujeres embarazadas.

Dentro de esta estructura general los indicadores pueden variar ampliamente, dependiendo de los programas y de los recursos para recolectar información estadística. En esta área el Comité no hizo recomendaciones específicas.

C. Recomendaciones

1. En la búsqueda de los objetivos de la Carta de Punta del Este, los países de este hemisferio deberán hacer todo el esfuerzo posible para establecer índices de evaluación destinados a medir el progreso de sus programas de salud y la realización y resultados de sus actividades de salud.

- a. Las comparaciones internacionales de índices de salud utilizando medidas estadísticas precisas del estado de salud, tales como la morbilidad y mortalidad, constituyen un medio conveniente de evaluar el progreso, y se pide por consiguiente a los países que produzcan esa información.

- b. Aunque el Comité cree que en este momento no es posible proponer indicadores internacionales uniformes sobre la organización y administración de los servicios de salud, sugiere que los países se esfuercen en producir datos nacionales para este propósito.

El Comité ha hecho referencia y ha dado ejemplos sobre las clases de índices e indicadores que serán útiles para la evaluación del progreso alcanzado hacia las metas establecidas en cada país.

2. Las estadísticas vitales y de salud de la mayoría de los países de la Región presentan múltiples deficiencias, que dificultan la medición del nivel de salud. Por lo tanto se recomienda que se haga todo el esfuerzo posible para mejorar la información estadística fundamental.

Para lograr esto se propone:

- a. Que se mejore el nivel profesional del personal de estadística y se intensifique su adiestramiento.
- b. Que se creen áreas de registro completo de las defunciones y sus causas y de los nacimientos, con notificación adecuada de los casos de enfermedades transmisibles y, en general, con un sistema confiable de estadísticas sobre las actividades de salud que se desarrollan y sobre los recursos disponibles en este campo. La creación de estas áreas es esencial en aquellos países donde no se cuente con un registro satisfactorio de estos hechos. Dichas áreas deberán extenderse progresivamente hasta cubrir la totalidad del país.
- c. Que los organismos de salud revisencuidadosamente los sistemas de registro de datos de sus actividades, de modo que esa información sirva para propósitos realmente prácticos y facilite la construcción de indicadores e índices de evaluación.

3. La discusión de los problemas relacionados con la evaluación destaca la necesidad de investigar varios aspectos, entre ellos los siguientes:

- a. Procedimientos para medir el efecto real que tengan los programas de salud en el nivel de salud, considerando que los cambios de este nivel dependen también de las modificaciones que se presenten en otras componentes del nivel de vida.
- b. La validez y confiabilidad de los diversos indicadores, para poder llegar a seleccionar aquéllos que sean más recomendables en las condiciones que prevalecen en los países de la Región.

Para cumplir con los fines anteriores el Comité recomienda que se creen en los países áreas experimentales o de estudio, debidamente seleccionadas.

4. El Comité también recomienda que la Organización Panamericana de la Salud estudie los medios más adecuados para llevar a cabo un programa de investigación aplicada en relación con el efecto real de las actividades de los servicios de salud sobre el mejoramiento del nivel de salud de las poblaciones.

V. ACTIVIDADES DEL CENTRO LATINOAMERICANO DE LA CLASIFICACION DE ENFERMEDADES

El Comité expresó su interés por las actividades realizadas por el Centro Latinoamericano de la Clasificación de Enfermedades y por los planes que contempla para el futuro. La Revisión de 1965 de la Clasificación Internacional de Enfermedades exigirá la intensificación de las actividades del Centro para poder familiarizar a los países latinoamericanos con la nueva Revisión e impone la necesidad de verter o adaptar al castellano y portugués cuantioso material de enseñanza.

Aún cuando el Centro ha venido cubriendo los campos de aplicación de la Clasificación Internacional en mortalidad lo mismo que en morbilidad, se encuentra hoy en una etapa de expansión en el campo de la última, derivada de la necesidad que ha sido creada por la creciente demanda de los países. Ello significará necesariamente un aumento importante que habrá de agregarse en la preparación de material de enseñanza y en sus actividades docentes y de divulgación.

Consideró también el Comité que las recomendaciones contenidas en el Informe del Comité Regional Asesor sobre Clasificación Internacional de Enfermedades⁽⁵⁾ en relación con la promoción de la Clasificación en lengua portuguesa crean la necesidad de extender la docencia al Brasil, así como adaptar los volúmenes básicos al idioma portugués con la colaboración de las instituciones brasileñas.

En consecuencia, a fin de hacer posible la realización del programa del Centro, el Comité recomienda a la Organización Panamericana de la Salud que continúe dando su apoyo al Centro y provea los fondos requeridos para su desarrollo.

VI. ASUNTOS GENERALES

A. Registro civil y estadísticas vitales

El Comité consideró la importancia de las estadísticas vitales en los procesos de planificación y evaluación y la función del registro civil en la recolección de estos datos. Se informó sobre los planes de la Oficina de Estadística de las Naciones Unidas y del Instituto Interamericano de Estadística, así como sobre el trabajo de promoción llevado a cabo por la Organización Panamericana de la Salud.

El Comité recomienda que la Organización Panamericana de la Salud continúe trabajando en colaboración con otros organismos internacionales en favor del mejoramiento de los sistemas de estadísticas vitales, por los siguientes medios:

1. estimulando el establecimiento de áreas de registro para obtener datos correctos y oportunos que permitan hacer estimaciones nacionales y que puedan usarse para medir el progreso de los planes nacionales de salud;

2. extendiendo la cobertura de las áreas de registro a la totalidad del país;
3. incitando el mejoramiento de los sistemas de registro civil, mediante el establecimiento de un sistema centralizado;
4. explorando las posibilidades de usar encuestas por muestras para obtener estimaciones de natalidad y mortalidad y recomendando su aplicación en los casos apropiados. Sin embargo, deberá conservarse siempre el objetivo de extender las áreas de registro a fin de obtener una cobertura completa y permanente.

El Comité recomienda que la Organización envíe participantes de los Servicios de Salud de los países al Segundo Seminario Interamericano de Registro Civil auspiciado por las Naciones Unidas, el Instituto Interamericano de Estadística, el Instituto Interamericano del Niño, la Asociación Interamericana de Registro Civil y la Organización Panamericana de la Salud, que se realizará en Lima, Perú, entre el 30 de noviembre y el 11 de diciembre de 1964.

B. Programas de educación y adiestramiento

Se hizo una revisión de los programas de educación y adiestramiento en estadística teniendo en consideración la necesidad de estadísticos profesionales, de técnicos y de auxiliares de estadística. Cada país deberá producir datos cuantitativos concernientes a las necesidades de personal adiestrado para trabajar en estadísticas de salud e incluir estos datos en sus planes decenales de salud.

Se trataron problemas relacionados con la educación general de los países latinoamericanos y los requerimientos para el ingreso a los cursos. No existen escuelas de estadística en número suficiente como para producir todo el personal estadístico que se necesita. Una solución consiste en reclutar personal en otras disciplinas, tales como economía, ingeniería y matemáticas, que tenga cierta formación y adiestramiento en estadística. Podría ofrecerse adiestramiento a aquellas personas interesadas en hacer una

carrera en el campo de las estadísticas de salud. Otra forma de encarar el problema, que se ha probado en Chile, consiste en utilizar equipos de médicos y estadísticos, cuyos conocimientos se complementarían.

Se hicieron recomendaciones para adiestrar personal en tres niveles. En cada país deberían dictarse cursos para auxiliares. También se puso de relieve la necesidad de cursos intermedios y básicos. Aunque durante los últimos once años se han adiestrado más de 300 personas en la Escuela de Salubridad de Chile, se necesita un número mucho mayor de personal adiestrado.

En varios seminarios y conferencias sobre medicina preventiva⁽¹⁶⁾ y sobre estadísticas médicas⁽¹⁷⁾ se ha recomendado que se agreguen profesores de estadística médica en las escuelas de medicina. Esto se ha hecho en algunos lugares. Un programa de demostración del valor y uso de las estadísticas médicas, a cargo del personal de los departamentos de salud próximos a las escuelas de medicina, podría ayudar a prevenir que se diera demasiada importancia a los aspectos teóricos de la metodología estadística en cursos introductorios. En São Paulo, Brasil, se dictaron cursos breves de promoción de la enseñanza de la estadística médica, en los años 1961 y 1962. Se espera que pueda disponerse de fondos adicionales para cursos breves y también para otros de larga duración, sobre estadística médica.

C. Investigación

La investigación, en marcha o planeada, en el campo de las estadísticas de salud, cubre los siguientes aspectos: (a) Investigación Interamericana de Mortalidad, (b) epidemiología del cáncer, (c) enfermedades cardiovasculares, (d) investigación coordinada sobre malformaciones congénitas, (e) recursos humanos para las actividades de salud y educación médica en América Latina y (f) investigación en demografía.

Se informó sobre el progreso y desarrollo de la Investigación Interamericana de Mortalidad en doce ciudades. La Oficina de Washington ha recibido casi el 88 por ciento

de los 40,000 cuestionarios esperados y a principios de 1965 quedarán terminados los 5,000 cuestionarios restantes. Se presentó un informe sobre un estudio de defunciones debidas a tumores malignos. Para un 90 por ciento de las defunciones debidas a cáncer hubo evidencia corroborativa del diagnóstico, además de los hallazgos clínicos. En otro análisis de los datos se encontró que se habían realizado autopsias en el 22 por ciento de 8,000 defunciones; un 12 por ciento estuvo constituido por autopsias médico-legales y el 10 por ciento restante, por autopsias en el hospital. En casi 40 por ciento de las defunciones que fueron objeto de autopsia se cambió la asignación de la causa de defunción establecida originalmente en el certificado médico. En un 25 por ciento el cambio fue de un sistema a otro.

Se está llevando a cabo el trabajo preparatorio del estudio piloto sobre recursos humanos para actividades de salud, auspiciado por el Milbank Memorial Fund, la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud Pública de Colombia. Este estudio se inaugurará oficialmente en un futuro cercano y se realizará en un plazo de dos años. Al poner de relieve la importancia de los estudios sobre recursos humanos para las actividades de salud, el Comité recomendó que se cree en cada país una unidad permanente, que suministre los datos necesarios a ser utilizados en los planes nacionales de salud.

Se dió un esquema de los campos generales de investigación sobre salud, que está siendo recomendado por la Organización Mundial de la Salud, a saber:

- a. investigación biológica, que generalmente es llevada a cabo por un gran instituto;
- b. estudios epidemiológicos y sobre estadísticas vitales;
- c. ciencias sociales relacionadas con la salud, como ser las características culturales y el motivo para buscar atención médica;
- d. también se mencionó la investigación administrativa en la cual se incluirá la investigación operativa.

A fin de realizar la investigación mencionada en los últimos tres campos, es aconsejable centralizar la atención en áreas experimentales. El Comité expresa gran interés en las investigaciones de estos tipos.

REFERENCIAS

1. *Comité Asesor en Estadística, Primer Informe, Publicaciones Varias No. 61, OSP, Washington D. C., octubre de 1960.*
2. *Comité Regional Asesor sobre Estadísticas de Salud, Segundo Informe, Pub. Cient. No. 65, OSP, Washington D. C., agosto de 1962.*
3. *Alianza para el Progreso, Documentos Oficiales Ser. H/XII. 1, Unión Panamericana, Washington D. C., 1961.*
4. *Informe Final de la Segunda Reunión Anual del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Ministerial, OEA/Ser. H/X. 4, CIES/580 Rev., diciembre 6 de 1963.*
5. *Comité Regional Asesor sobre Clasificación Internacional de Enfermedades, Tercer Informe, Pub. Cient. No. 83 OSP, Washington D. C., julio de 1963.*
6. *Sub-Committee on Classification of Diseases, Expert Committee on Health Statistics, WHO/HSICD/50, 5 February 1964 and Annexes.*
7. *General Situation of Hospitals in Latin America, Documento de trabajo ACS3, H/1, OSP, Washington D. C., 1964.*
8. *Comité de Expertos en Estadística Sanitaria, Octavo Informe, OMS, Serie de Informes Técnicos No. 261, Ginebra, 1963.*
9. *Clasificación Internacional de Enfermedades, OMS, Ginebra, 1957.*
10. *International Classification of Diseases, Adapted, U.S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, Pub. No. 719, Revised Edition, December 1962.*
11. *Clasificación Internacional de Enfermedades, Adaptada para Índice de Diagnósticos de Hospitales y Clasificación de Operaciones, Pub. Cient. No. 52, Segunda Edición, OSP, febrero de 1963.*
12. *Borrador del Manual sobre Estadísticas Hospitalarias de Morbilidad, M. A. Heasman, traducción, OSP, julio de 1963.*
13. *Programmed Instruction in the Use of the ICDA, Commission on Professional and Hospital Activities, Ann Arbor, Michigan, 1963.*
14. *50a Reunión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud, Resolución V, Documento Oficial No. 57, OPS, junio de 1964.*
15. *Instrucción Sistematizada en el Uso de la Adaptación de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Pub. Cient. No. 101, OSP, julio de 1964.*
16. *Seminarios sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva, Pub. Cient. No. 28, OSP, Washington D. C., 1957.*
17. "Relatório da Conferência Sul-Americana de Ensino de Estatística Médica", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. XLVI, octubre de 1959.