



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD



COMITE EJECUTIVO DEL CONSEJO DIRECTIVO

SUBCOMITE ESPECIAL SOBRE LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO

13ª Reunión

Washington, D.C., 5-7 de abril de 1993

Tema 10 del programa provisional

MSD13/9, Corrig. (Esp.)

26 marzo 1993

ORIGINAL: ESPAÑOL

PROPUESTA DE UN SISTEMA REGIONAL DE MONITOREO Y EVALUACION DE LA SITUACION DE SALUD DE LA MUJER Y LOS DIFERENCIALES ENTRE LOS SEXOS

Corrigendum

Página 13, párrafo 4.1, dice: "El cuadro que se presenta en la página siguiente, y la figura 1 del Anexo, muestran las tasas de referencia para hombres y mujeres ...". Debe decir: "El cuadro y figura 1 del Anexo ...".

Página 14. El cuadro que allí se presenta pasa a formar parte del Anexo.



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD



COMITE EJECUTIVO DEL CONSEJO DIRECTIVO

SUBCOMITE ESPECIAL SOBRE LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO

13ª Reunión

Washington, D.C., 5-7 de abril de 1993

Tema 10 del programa provisional

MSD13/9 (Esp.)

15 marzo 1993

ORIGINAL: ESPAÑOL

PROPUESTA DE UN SISTEMA REGIONAL DE MONITOREO Y EVALUACION DE LA SITUACION DE SALUD DE LA MUJER Y LOS DIFERENCIALES ENTRE LOS SEXOS

Con el fin de contribuir al diseño de ese sistema, en este documento se resumen algunas características del análisis de la situación de salud en general y la de la mujer y los diferenciales según sexo en particular; se enfatiza que la selección de los datos cuya producción se decida promover y apoyar debe estar precedida por la definición de los problemas de salud sobre los que se decida actuar; se ilustran tres criterios para la selección de problemas de salud a vigilar, y se discuten algunas características generales de los indicadores.

Entre los procedimientos que se sugieren para el análisis, se incluyen: la obtención y el mejoramiento de indicadores que, aunque específicos, como la mortalidad materna, tengan valor informativo para aspectos de salud más amplios; el uso de las estadísticas de los establecimientos de salud para obtener una aproximación al monto de recursos insumido por grandes grupos de categorías diagnósticas, tanto en términos de hospitalización como de atención ambulatoria; la vigilancia basada en procedimientos que no involucren la cobertura de la población total (encuestas de hogares, establecimientos centinela), y el análisis en términos de mortalidad evitable o excesiva.

Finalmente, se proponen algunas líneas de acción a ser realizadas en los diferentes programas técnicos junto con los grupos nacionales correspondientes y en la Sede de la OPS, a fin de formalizar el sistema de vigilancia regional deseado.

PROPUESTA DE UN SISTEMA REGIONAL DE MONITOREO Y EVALUACION DE LA SITUACION DE SALUD DE LA MUJER Y LOS DIFERENCIALES ENTRE LOS SEXOS

ANTECEDENTES

Durante la 45ª Asamblea Mundial de la Salud, los Representantes de los Estados Miembros reiteraron la necesidad de prestar atención a la situación de salud de la mujer, recordaron las recomendaciones formuladas en años anteriores y manifestaron su preocupación por "la falta de información sobre los resultados obtenidos en la aplicación de dichas resoluciones, por la falta de suficientes datos establecidos en función del sexo, y porque no se conocen bien las consecuencias específicas de ciertas enfermedades para la mujer (1)".

Visto el informe de las Discusiones Técnicas sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (2), celebradas en el curso de la 45ª Asamblea Mundial de la Salud, la misma, entre otras recomendaciones, instó a los Estados Miembros "a que establezcan un sistema adecuado para informar sobre la medida en que se han aplicado en el país los elementos claves de las resoluciones existentes, así como las insuficiencias que aún persistan al respecto, las razones que las explican y la asistencia que se requiere para lograr su plena aplicación".

Asimismo, y a fin de dar la máxima visibilidad y urgencia posibles a la salud de la mujer, la Asamblea hizo una serie de pedidos al Director General, entre los que en relación al tema de esta presentación se destacan los siguientes:

- Que establezca en 1992 una Comisión sobre Salud de la Mujer, cuyo mandato incluya hacer conscientes a los políticos de los problemas sanitarios de la mujer, utilizando datos desglosados por sexo sobre las condiciones socioeconómicas y sanitarias de esta.
- Que apoye las actividades de la Comisión Mundial en sectores tales como: el establecimiento de normas y criterios para poder vigilar sistemáticamente el estado de salud de las mujeres, y la vigilancia de los progresos globales realizados en la aplicación de elementos básicos de anteriores resoluciones y estrategias relativas a la salud de la mujer, utilizando datos en función del sexo.

De acuerdo con lo anterior, y con diversas resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS (3), la agenda provisional para la 13ª Reunión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo incluye entre sus temas la discusión de una propuesta para un sistema regional de monitoreo y evaluación de la situación de salud de la mujer y los diferenciales entre los sexos.

Con el fin de contribuir al diseño de ese sistema, a continuación se resumen algunas características del análisis de la situación de salud en general y el de la mujer y los diferenciales según sexo en particular; se ilustran tres criterios para la selección de problemas de salud a vigilar; se discuten algunas características generales de los indicadores, y se sugieren algunos procedimientos para el análisis.

EL ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD EN LA OPS

En la actualidad, el análisis de la situación de salud en la OPS se sistematiza en torno a dos grandes ejes: por país y por área temática. Los análisis por área temática son responsabilidad de los programas que tienen a su cargo la cooperación técnica respectiva; a la vez, cada programa técnico tiene la responsabilidad de capturar y analizar la información pertinente, y de fortalecer los mecanismos conducentes a este fin en el ámbito nacional. Algunos datos requeridos por la gran mayoría de los programas (población, mortalidad y algunos datos socioeconómicos) son capturados y administrados por el Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, quien los pone a disposición de los programas restantes mediante el Sistema de Información Técnica (TIS).

Este enfoque tiene la ventaja de tratar de subordinar la selección de indicadores y datos a las características de los problemas mismos y a las necesidades de conocimiento científico-técnico y administrativo de quienes tienen la responsabilidad de contribuir a su solución. A pesar de ello, muchos de los análisis continúan careciendo de la calidad deseable. El problema es especialmente evidente cuando se requiere de un proceso de análisis-síntesis para obtener una visión integral de aquellos procesos de salud-enfermedad que trascienden las fronteras programáticas, como lo son la situación de salud en su conjunto y la situación de salud de la mujer y su comparación con la de los hombres.

El último de los múltiples grupos multiprogramáticos convocados para discutir el fortalecimiento del análisis de la situación de salud en la OPS se reunió en septiembre de 1989, bajo la coordinación del Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias (4). Este grupo usó como referencia práctica la experiencia de varios de sus integrantes en la preparación de Las condiciones de salud en las Américas, Edición de 1990 (5), por constituir un ejemplo de una actividad analítica en curso. El grupo no profundizó en lo relativo a ningún aspecto de salud ni programa técnico en particular y formuló sus comentarios en términos generales, todos ellos válidos para el análisis específico de la situación de salud de la mujer y su comparación con la de los hombres.

Tal como los que le precedieron, este grupo escuchó el ya familiar coro de quejas de que la falta de análisis y utilización eran debidas a que "no hay datos", los datos que hay son de "mala calidad", no responden a la esencia de la problemática y "no conducen a la acción". Así también, diversos documentos que proponen acciones para mejorar la situación de salud de la

mujer proponen que la primera de ellas debe ser el obtener más datos. Sin embargo, en la firme convicción que una mayor (o mejor) oferta de datos por sí sola no mejora su utilización, el grupo focalizó su discusión en el campo de la utilización y calidad de los análisis, y no en los contenidos de datos a ser considerados.

No se pretende restar importancia a la necesidad de mejorar la información en cuanto a su pertinencia, validez y oportunidad. Pero, antes de ceder a la tentación de tratar de definir mejores (o más) indicadores y datos, es preciso revisar las premisas que los problemas de conducción se deben primordialmente a la falta de datos adecuados, y que los usuarios en los niveles de decisión saben cuáles son los datos que necesitan.

En primer lugar, la gran mayoría de las decisiones se toman sin utilizar información, aun en los pocos casos en que existan datos adecuados. Por otra parte, una decisión no es más correcta porque haya sido obtenida simplemente como consecuencia de un algoritmo: el proceso de validación de una decisión resulta del análisis evaluativo, explicativo de las semejanzas y discrepancias entre la realidad resultante y la prevista. Por último, siempre se presentarán circunstancias imprevisibles para las cuales no es posible prever los datos que se requerirían.

Los principales impedimentos para la acción no derivan del área de información. En general existe conocimiento suficiente para identificar los grandes problemas, y, en muchos casos, incluso para comenzar a actuar. Pero, si así no fuera, es esencial que primero se identifiquen los problemas sobre los cuales se desea actuar y solamente después se definan los datos necesarios a ser recolectados sistemáticamente, y no al revés.

Por otra parte, el lograr que las decisiones se tomen sobre una base informativa requerirá un salto cualitativo, pero este salto debe darse mucho más entre los responsables de tomar las decisiones que en el sistema de información.

La información debe estar acorde con la utilización que se le quiera dar, la que a su vez debe corresponder a la valoración de los grandes problemas a resolver. La dificultad radica en lograr la correspondencia entre los problemas y los datos que permitan definirlos, en un nivel compatible con las acciones a ser desarrolladas en una realidad y tiempo concretos, y no copiados de sistemas insertos en realidades ajenas (6).

Por otra parte, la experiencia enseña que los datos que la OPS logra conseguir resultan habitualmente de menor integridad, validez y oportunidad que los que sobre el particular existen en el país. Esto vale incluso para sistemas tan establecidos y reglados como lo son los de las estadísticas de mortalidad. Es necesario no perder de vista que la OPS no genera los datos atinentes a la situación de salud de los pueblos de la Región. Salvo limitadas excepciones, esta institución está limitada a capturar datos registrados en los países bajo sus propios mandatos y con sus propios recursos. La OPS no puede obtener de los países lo que estos no tienen.

Lo anterior refuerza la necesidad de continuar incrementando en los propios países el conocimiento sobre los problemas que afectan la situación de salud de la mujer, sea mediante la organización o el mejoramiento de sistemas de información formales, sea mediante la investigación de aquellos aspectos que no son adecuados para ser incorporados a un proceso de información sistemático, o que no deban ser incorporados aún. En el país la evaluación de esos problemas requiere la apreciación de su magnitud absoluta y relativa, su estructura y cambios a lo largo del tiempo; el análisis crítico de sus causas y de las circunstancias que tienden a agravarlos o atenuarlos, y el de la eficacia, efectividad, eficiencia, factibilidad y viabilidad de las intervenciones tendientes a su solución.

La información a que la OPS puede aspirar en el nivel regional es un subproducto de la información disponible en los países. Se espera que ello sirva de estímulo para que la OPS contribuya a fortalecer los mecanismos nacionales conducentes a datos progresivamente más pertinentes, válidos y oportunos sobre aquellos problemas que han sido identificados como prioritarios.

En resumen:

- La pertinencia y calidad de los datos que se obtengan en el nivel regional no puede ser mejor que la de los datos existentes en los países.
- La selección de los datos cuya producción se decida promover y apoyar debe estar precedida por la definición de los problemas de salud sobre los que se decida actuar, y las características de esos datos estarán condicionadas por las que deban tener los indicadores necesarios para vigilar la evolución de los problemas y el resultado de las acciones que se lleven a cabo.
- La aparente carencia de datos no debe servir de excusa para posponer la acción.

LA VIGILANCIA Y EVALUACION DE LA SITUACION DE SALUD DE LA MUJER Y LOS DIFERENCIALES ENTRE LOS SEXOS

Ser mujer lleva en sí ventajas y desventajas con respecto al hombre en diversos aspectos de la vida, incluida la salud. Algunas diferencias entre la salud de las mujeres y los hombres provienen de la configuración de sus cromosomas, es decir, de la variable "sexo" propiamente tal. Otras, entendidas como variables de "género", traducen las consecuencias de tratos diferenciales derivados de la construcción psico-socio-cultural de la imagen de lo femenino y lo masculino y del papel que al hombre y a la mujer asigna una sociedad dada. La vigilancia de la salud de la mujer con miras a su mejoramiento requiere considerar todas las circunstancias que afectan la salud de la población, con especial atención a aquellas que contribuyen a la situación de desventaja de la mujer o resultan de ella.

En el nivel regional, esta vigilancia deberá contemplar la situación de salud en términos generales, con atención específica a los problemas que son objeto de cooperación técnica y a otros que, aunque no reciban esa cooperación, sean considerados esenciales por su magnitud, evitabilidad o necesidad de abogacía, o por su capacidad para servir de indicadores con respecto a aspectos de interés difíciles de medir.

Selección de problemas

La selección de problemas a cuya solución se concede prioridad en la cooperación técnica entre la OPS y los gobiernos de los Estados Miembros resulta de la interacción entre diversos grupos nacionales e internacionales, y en los programas técnicos de la OPS existe abundante información sobre el particular. Por otra parte, los documentos oficiales de las agencias preocupadas por esta área contienen extensos listados de problemas, que seguramente se irán expandiendo aún más a medida que vayan cerrándose las lagunas del conocimiento sobre la salud en general y la de la mujer en particular.

La imposibilidad de resolverlos todos a la vez obliga a jerarquizar estos problemas con miras a identificar aquellos que habrán de recibir atención inmediata o prioritaria, antes de definir los indicadores y datos para su vigilancia. Para facilitar los análisis y discusiones que contribuyan a lograr esta jerarquización en los diferentes ámbitos y niveles nacionales e internacionales se propone que las circunstancias y problemas que afectan la situación de salud de la mujer y los diferenciales entre los sexos se analicen utilizando una combinación de los tres criterios siguientes:

- Causas específicas de enfermedad y muerte.
- Etapas de la vida.
- Condiciones de vida de los grupos humanos.

Las definiciones operativas que se usen deberán ser elaboradas en conjunto por profesionales de los grupos nacionales y los programas técnicos de la OPS. A continuación se dan algunos ejemplos, de ningún modo exhaustivos.

Causas específicas de enfermedad y muerte

En el pasado, la atención a la salud de la mujer se ha limitado casi exclusivamente a su vida reproductiva y su aparato reproductor. La atención a diferenciales según sexo de los procesos patológicos que afectan a hombres y mujeres continúan siendo un campo relativamente poco explorado, aunque de mayor interés en épocas recientes. Así lo demuestra la creación de una instancia específica en los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, cuyo mandato es promover y realizar investigaciones sobre la salud de la mujer, no limitadas a su papel reproductor y basado en las siguientes premisas:

- Las mujeres constituirán la mayoría de la población y en el futuro serán las más susceptibles a las enfermedades.
- En conjunto, la salud de las mujeres es peor que la de los hombres.
- Ciertos problemas de salud son más prevalentes en las mujeres que en los hombres.
- Ciertos problemas de salud afectan únicamente a las mujeres o las afectan de manera diferente que a los hombres (7).

Como ejemplos de patologías que para la mujer son más frecuentes, más severas o de consecuencias adversas más marcadas que para los hombres, se pueden citar la diabetes, la hipertensión arterial, las colecistopatías, las artritis, y algunas enfermedades depresivas. También requieren vigilancia las afecciones que, aunque de menor prevalencia que en los hombres, en la mujer están aumentando rápidamente como, por ejemplo, el cáncer del pulmón.

Por último, habría que incluir los factores nocivos a que la mujer está más expuesta o expuesta con más frecuencia que el hombre, ya sea en el hogar o en el trabajo, o que, aunque su exposición sea igual o menor, repercuten en ella con mayor severidad. A este grupo pertenecen categorías tan diversas como la exposición a sustancias químicas tóxicas usadas en el hogar, y el abuso físico, psicológico y sexual.

Etapas de la vida

Las circunstancias y problemas que afectan la situación de salud, así como los diferenciales derivados de las variables de sexo y género, presentan un perfil distinto en cada una de las distintas etapas de la vida de la mujer y del hombre.

Este criterio está siendo usado desde hace tiempo en la OPS, la OMS y otras agencias, y constituye el otro gran eje de las investigaciones sobre salud de la mujer de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos.

A continuación se presenta uno de los posibles listados de etapas de la vida, con algunos ejemplos de problemas de salud más intensos o prevalentes en cada una de ellas:

- Infancia y niñez (desnutrición, maltrato, abuso).
- Adolescencia (embarazo precoz, drogadicción, causas externas de enfermedad y muerte).
- Edad reproductiva, temprana y tardía (problemas derivados de la planificación familiar inadecuada y del embarazo, del parto y el puerperio; enfermedades de transmisión sexual y sus secuelas; neoplasias; riesgos ocupacionales).

- Menopausia (poco estudiada, a excepción de la osteoporosis).
- Edad avanzada, subdividida en dos o tres subgrupos (problemas osteo-articulares y otros que comienzan en etapas previas pero se agravan en esta; discapacidades; maltrato, abuso, soledad y abandono, y otros que pueden resultar en enfermedad mental o física).

Condiciones de vida de los grupos humanos

La vigilancia de la situación de salud según las condiciones de vida privilegia como objeto central del análisis al grupo humano en su conjunto, y no se limita al individuo ni a la enfermedad como categoría biopatológica aislada. Se trata de entender la epidemiología dentro del fenómeno de lo social, y no solamente de agregar variables sociales a la caracterización del individuo.

La situación de salud de diferentes grupos de población es una de las formas de concreción, a nivel particular, de los procesos más generales que caracterizan a una sociedad en un momento dado de su historia, así como de las condiciones naturales donde dicha sociedad se desarrolla (8).

Las condiciones de vida de un grupo humano constituyen una expresión del perfil de oportunidades de las mujeres y los hombres de ese grupo para satisfacer la estructura peculiar de sus necesidades y aspiraciones, en términos de su acceso a los bienes y servicios de que la sociedad dispone (vivienda, educación, alimentación, trabajo, ingreso, etc.). Se entiende a la salud como un componente y como un resultado, que integra y define esas condiciones de vida.

Consecuentemente, los problemas de salud de un grupo humano de condiciones de vida similares traducen la exposición a factores adversos o de riesgo que le son comunes, como consecuencia de condicionantes biológicos, demográficos, económicos, sociales y del ambiente físico, cultural y político en que el grupo deviene. El perfil de las necesidades de salud guarda relación con el de las condiciones de vida.

En la práctica, los grupos humanos se integran en espacios geográficos denominados "espacios-población" (o "unidades geográfico-poblacionales"), y se postula que es posible reconocer espacios-población relativamente homogéneos en su interior, pero heterogéneos entre sí en cuanto al perfil de las condiciones de vida. Una primera aproximación a su diferenciación sería la distinción entre estratos rurales y urbanos. En el área rural, el criterio de mayor importancia sería la dispersión de la población. En las ciudades sería factible distinguir los estratos mediante variables operativas derivadas de características de la vivienda, disponibilidad de agua potable, disposición de excretas, nivel de alfabetización, renta per cápita, consumo de energía eléctrica, y otras que caracterizan a barrios o vecindarios en su conjunto.

Este abordaje facilita el análisis de las características del conjunto de problemas que afectan a las mujeres y los hombres de un grupo humano con determinado perfil de condiciones de vida, y ayuda a identificar el conjunto de factores de riesgo que puedan estar condicionando ese perfil de problemas, a la vez que permite reconocer las circunstancias favorables para la salud. Aquí se incluyen también todos los factores que favorecen la participación de la mujer en el desarrollo en general y en la salud en particular, no solo en el sector formal, sino también en el cuidado de su familia y suyo propio. Este enfoque contribuye a orientar la formulación de las estrategias de control dirigidas a grupos de población, es decir, el tipo y estructura del conjunto de las acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud que se diseñen para contrarrestar las circunstancias adversas ligadas a las condiciones de vida de las mujeres y hombres de esos grupos, así como las acciones de abogacía y negociación intersectorial que la situación requiera (9).

La malnutrición en los preescolares, el abuso y la violencia, el maltrato en las edades tempranas y avanzadas de la vida, y las consecuencias de las enfermedades de transmisión sexual, son ejemplos de problemas que se manifiestan con características e intensidad distinta en mujeres y hombres que comparten las mismas condiciones de vida, a la vez que varían bajo condiciones distintas. Ellos también ejemplifican la necesidad de ajustar las estrategias de control según las condiciones de vida de la población a que están dirigidas.

Los tres criterios presentados no se excluyen entre sí; ellos responden a ópticas distintas pero complementarias, y la secuencia de su aplicación estará determinada por la óptica que se desee privilegiar. Los Cuerpos Directivos de la OPS han formulado en diferentes oportunidades mandatos conducentes a asegurar la contribución del sector salud a la reducción de las desigualdades sociales y económicas entre los países y entre los grupos humanos de cada país (10), y a la atención de las necesidades humanas esenciales (11). De ello se desprende como secuencia lógica que el análisis comience por el criterio grupal de condiciones de vida y salud, y luego se complemente con los dos criterios restantes.

Los indicadores

Existe en la actualidad una extensa lista de medidas e índices recomendados como indicadores de la situación de salud de la población y la de las mujeres, tanto en general, como en relación a subgrupos de mujeres y problemas de salud específicos. Preparadas y adoptadas por diversas agencias nacionales e internacionales, estas listas no serán repetidas aquí.

Muchos indicadores usados para la vigilancia de la situación de salud adolecen de serios defectos en cuanto a su validez; la gran mayoría se basa en datos incompletos y sesgados, y en muchos casos se les atribuye un valor explicativo que no tienen. Con el propósito de contribuir a su mejor utilización, a continuación se harán algunas consideraciones sobre sus características generales.

Los indicadores deben su existencia al deseo de conocer la magnitud de ciertos fenómenos complejos cuya medición es difícil o imposible, como por ejemplo, la salud, la calidad de la vida y el bienestar.

Para obviar esta dificultad se recurre a fenómenos más simples cuya medición sí es factible, que sirven de variables auxiliares y de los cuales se sabe o presupone que están estrechamente correlacionados con el fenómeno cuya magnitud se desea conocer y que constituye la variable de interés. La medida de la variable auxiliar se usa entonces como un indicador de la variable de interés.

Ejemplo: La fiebre, o sea, una medida de la temperatura corporal elevada, se usa como indicador de la presencia de enfermedad.

Este ejemplo permite ilustrar varios aspectos de la relación entre el indicador y el fenómeno de interés:

- Se acepta que hay una correlación entre tener fiebre y estar enfermo.
- Se sabe que la fiebre no es causa de la enfermedad; ambas son consecuencia de una causa común para cuya identificación se requiere información adicional.
- La presencia de fiebre y su cuantía solamente indica la presencia y, a veces, la intensidad de la enfermedad, pero no explica su naturaleza ni su causa.
- La ausencia de fiebre no indica si hay enfermedad o no; hay enfermedades afebriles. O sea, que la temperatura corporal proporciona más información cuando está elevada que cuando no lo está.
- Se puede intervenir sobre la temperatura y hacer que baje la fiebre, con lo cual la persona podrá sentirse mejor sin que ello signifique que haya cesado la enfermedad.

Expresado en términos generales, esto equivale a lo siguiente:

- La validez de un indicador será tanto mayor cuanto más estrecha sea la correlación entre la variable auxiliar y la de interés. En la práctica, la validez también depende de cuán bien se haya hecho la medición.
- La correlación entre el indicador y el fenómeno de interés no necesita ser causal; generalmente ambos derivan de una causa común, frecuentemente desconocida.
- Un indicador "indica" pero no "explica".

- Con frecuencia, la correlación entre el indicador y el fenómeno de interés solamente existe o es mayor en cierto tramo del recorrido de los valores numéricos posibles de la variable auxiliar. Si el resultado de la medición cae fuera de ese tramo, el indicador pierde parte o todo su valor informativo con respecto al fenómeno de interés, es decir, ni siquiera indica.
- La correlación entre la variable auxiliar y la de interés puede ser destruida artificialmente. Ello ocurre cuando se interviene sobre la variable auxiliar y se modifican sus valores, sin haber modificado la(s) causa(s) que actúa(n) sobre la variable de interés.

Ejemplo: *La tasa de mortalidad materna constituye un excelente ejemplo para ilustrar algunos méritos y limitaciones de los indicadores de salud pública.*

Esta tasa está concebida para medir el riesgo de una mujer de morir como consecuencia de complicaciones del embarazo, del parto o del puerperio. La imposibilidad de conocer el número total de mujeres embarazadas obligó a construir esta medida en la forma en que se la usa en la actualidad, con el denominador truncado por una definición que excluye todos los embarazos que no terminan con un nacimiento vivo.

En la práctica, la mayor limitación de esta medida no deriva de su definición, sino de las marcadas deficiencias que en la mayoría de los países aquejan a los datos del numerador y, al menos en los países en desarrollo, al denominador. Habitualmente, esta medida subestima el valor real de la tasa porque los defectos del numerador pesan más que el subregistro del denominador. Estudios especiales han mostrado que entre 33 y 50% de las defunciones maternas no son diagnosticadas (ni codificadas) como tales (12,13).

A pesar de sus imperfecciones como medida de la mortalidad materna, cuando sus valores son elevados esta tasa es un indicador de gran utilidad en relación a diversos aspectos de la salud de la mujer y la población en general.

En primer lugar, una tasa elevada de mortalidad materna es importante porque refleja la persistencia de problemas evitables: con una adecuada atención del embarazo, del parto y del puerperio, es posible prevenir la mayoría y tratar exitosamente las complicaciones restantes de este proceso fisiológico, prácticamente eliminando el riesgo de morir.

En segundo lugar, la importancia de una tasa de mortalidad materna elevada deriva de su correlación con otros problemas que afectan a la salud de la mujer y de la población en su conjunto. En general, puede usarse como indicador de fallas en la cobertura y calidad de la atención de salud, tanto preventiva como curativa. Así, por ejemplo, cuando esta tasa es alta, se puede esperar encontrar un número excesivo de casos de cáncer uterino invasivo en las salas de internación de mujeres, debido a deficiencias en la política de exámenes citológicos o del seguimiento de los que resultan positivos.

Pero tal como la ausencia de fiebre, esta tasa es poco informativa cuando es baja; la ausencia de mortalidad evitable o prematura no es sinónimo de salud de las mujeres, embarazadas o no.

Además, si bien el reducir la mortalidad materna es importante en sí por la trascendencia que ello tiene para la madre, su criatura y el resto de su núcleo familiar, el impacto sobre la salud de la población femenina en su conjunto es solo limitado: aun en países con elevadas tasas de mortalidad materna, estas muertes no representan más de 2% de las defunciones de mujeres menores de 65 años (14), y solo en muy pocos sobrepasan 10% de las defunciones de mujeres de 15 a 44 años (15).

Finalmente, tal como un único signo no basta para describir una enfermedad, un solo indicador tampoco basta para caracterizar una situación de salud.

SUGERENCIAS

1. Sin perjuicio de que cada programa defina indicadores válidos y de fácil obtención para satisfacer sus necesidades analíticas específicas, se sugiere prestar atención a la obtención y el mejoramiento de indicadores que, aunque específicos como la mortalidad materna, tengan valor informativo para aspectos de salud más amplios.

En particular, sería deseable obtener indicadores de este tipo para otras etapas de la vida. Podría ser interesante explorar indicadores relacionados con la malnutrición de niños y niñas durante los primeros años de vida; la frecuencia de embarazos en niñas menores de 15 años; la violencia y el maltrato; los riesgos ocupacionales, y, para aquellos países con un rápido incremento de su población en edad avanzada, algún indicador relacionado con la capacidad de las mujeres y los hombres de 65 años y más de valerse por sí mismos dentro y fuera de su hogar.

2. Se sugiere volver a promover el uso de las estadísticas de los establecimientos de salud, no solo con fines administrativos inmediatos, sino para obtener una aproximación del monto de recursos insumido por grandes grupos de categorías diagnósticas, tanto en términos de hospitalización (número de egresos y promedio de días de estadía) como de atención ambulatoria.

Dado el estado en que en muchos países se encuentran las estadísticas de servicios, en un comienzo los egresos podrían agruparse según las especialidades de los departamentos de los hospitales, e incorporar los diagnósticos una vez que se logre mejorar la calidad de los informes de egreso.

En ambos casos, los datos demográficos deberán incluir la dirección de la residencia habitual para permitir su codificación según el espacio-población de donde provienen los pacientes: hombres y mujeres. Esto permitirá la incorporación de perfiles de morbilidad hospitalaria en los perfiles de salud-enfermedad según condiciones de vida que se construyan (16).

3. Renunciar a que la vigilancia se base en información de cobertura total. No es imprescindible que la cobertura sea total, pero sí es importante saber a quiénes representa y a quiénes no representa la información obtenida.

Las encuestas de hogares que las direcciones nacionales de estadísticas realizan para estimar empleo y desempleo en la mayoría de las grandes ciudades de los países de la Región representan una espléndida oportunidad potencial para negociar la inserción de módulos breves sobre aspectos claves de la salud de la población. Los módulos de salud incorporados en las encuestas demográficas constituyen otra fuente importante, de gran uso en la actualidad.

Otro método a considerar es la vigilancia de patologías específicas en establecimientos centinela, seleccionados de acuerdo con la calidad del establecimiento y la magnitud de su clientela. En varios países de Europa este procedimiento se está usando exitosamente para la vigilancia de ciertas enfermedades, sobre la base de la notificación de casos atendidos por médicos privados en su consultorio particular.

4. Dar mayor uso a indicadores de mortalidad evitable o excesiva, que resultan de comparar la mortalidad observada con la que hubiera ocurrido en teoría, si la población hubiera estado expuesta a riesgos de muerte más bajos que los observados.

Estos riesgos más bajos se expresan en términos de tasas de mortalidad específicas según sexo y edad. Se puede usar las tasas observadas en un país más avanzado en términos de salud, o la combinación de las mejores tasas observadas en momentos y países distintos (17,18). El riesgo de morir se modifica con lentitud, por lo que el mismo conjunto de tasas de referencia puede ser usado durante un período, posiblemente de hasta cinco años.

Se recomienda incluir siempre el análisis para todas las causas en conjunto, sin perjuicio de los análisis específicos según causa de defunción que se realicen. Estos últimos deben ser abordados con gran cautela, dadas las deficiencias de que adolecen los datos de mortalidad según causa de defunción.

Dos aplicaciones útiles de este enfoque se basan en el análisis del riesgo de muerte excesivo, específico según sexo y edad, y el de la razón estandarizada de mortalidad y el exceso de mortalidad.

4.1 Riesgo de muerte excesivo, específico según sexo y edad

Para cada sexo por separado se comparan las tasas de mortalidad observadas con las tasas teóricas que se usan como referencia para los distintos grupos de edad. El cuadro que se presenta en la página siguiente, y la Figura 1 del Anexo, muestran las tasas de referencia para hombres y mujeres, y las Figuras 2 a 9 muestran tasas observadas en dos períodos distintos en relación a las tasas de referencia para cada uno de ocho países de América Latina. Ellas permiten visualizar el progreso hecho entre uno y otro momento de observación, y el exceso de riesgo que aún queda por superar.

4.2 La razón estandarizada de mortalidad y el exceso estandarizado de mortalidad

El impacto que el riesgo de muerte excesivo tenga sobre la mortalidad de un país o región depende no solo de la magnitud de la diferencia entre la tasa observada y la teórica, sino también del tamaño del grupo de población afectado: Diferencias de riesgo relativamente pequeñas pueden tener un gran impacto si afectan a un grupo numeroso de la población, y viceversa.

La razón estandarizada de mortalidad (REM) toma en cuenta este hecho. Ella es el cociente entre el número de muertes observadas en una población y las esperadas en esa misma población según las tasas teóricas de referencia. Habitualmente, se las multiplica por 100 para expresarlas como porcentaje (19).

El exceso estandarizado de mortalidad (EEM) resulta de dividir las diferencias entre las muertes observadas y esperadas por las esperadas, o bien se obtiene restando una unidad de la REM, ó 100 si ella esta está expresada como porcentaje.

4.3 Vigilancia de los diferenciales entre los sexos

Se recomienda comparar la situación observada con la teórica para cada sexo por separado y luego analizar cuál de los dos está en mejores o peores condiciones con respecto a lo que podría ser. Esto es preferible a comparar las tasas de hombres y mujeres en forma directa.

Es obvio que las diversas medidas de la mortalidad siguen proporcionando indicadores de salud de gran utilidad, no solamente porque "indican" deficiencias de la situación de salud cuando están elevadas, sino porque son factibles de obtener con una cobertura y calidad que, aunque ciertamente perfectibles, son más aceptables que las de muchas otras medidas. Es igualmente obvio que estos indicadores son insuficientes para caracterizar los procesos de salud-enfermedad de la era actual, cada vez menos letales pero más prolongados y discapacitantes. En todo caso, conviene recordar que los indicadores de mortalidad no son metas de salud: postergar la muerte no es suficiente.

Tasas de referencia para estimar mortalidad evitable^a

Edad en años	Hombres			Mujeres		
	País	Año	Tasa ^b	País	Año	Tasa ^c
Menos de 5	Canadá	1988	200,2	Canadá	1985	144,4
5-9	Puerto Rico	1986	15,4	Puerto Rico	1989	14,7
10-14	Canadá	1989	26,4	Puerto Rico	1987	13,2
15-19	Costa Rica	1986	64,1	Costa Rica	1987	28,8
20-24	Costa Rica	1986	103,3	Costa Rica	1985	38,4
25-29	Uruguay	1985	107,3	Canadá	1987	43,0
30-34	Costa Rica	1983	119,3	Canadá	1987	55,1
35-39	Canadá	1985	155,5	Canadá	1987	78,8
40-44	Canadá	1989	222,0	Canadá	1988	130,9
45-49	Costa Rica	1983	328,9	Costa Rica	1986	207,7
50-54	Costa Rica	1983	542,1	Canadá	1989	342,3
55-59	Costa Rica	1988	807,7	Costa Rica	1988	522,7
60-64	Costa Rica	1987	1.327,1	Canadá	1989	869,6
65-69	Cuba	1978	2.177,9	Canadá	1989	1.354,8
70-74	Cuba	1983	3.763,5	Canadá	1989	2.206,6
75-79	Puerto Rico	1979	5.479,3	Canadá	1989	3.678,1
80 y más	Cuba	1983	12.174,0	Canadá	1989	9.713,3

^a Valores inferiores para las tasas de mortalidad específicas según sexo y edad, registrados a partir de 1978 en países de las Américas con por lo menos 5.000 muertes informadas por año, y un subregistro estimado menor de 10,0%.

^b Tasas específicas según edad por 100.000 hombres.

^c Tasas específicas según edad por 100.000 mujeres.

Fuente: Sistema de Información Técnica de la Organización Panamericana de la Salud.

Finalmente, se piensa que las próximas etapas para formalizar el sistema regional de vigilancia deseado deberían contemplar lo que sigue:

1. En los diferentes programas técnicos, junto con los grupos nacionales correspondientes:

- La revisión de la selección de los problemas y factores de riesgo objeto de esa vigilancia y, a continuación, la de los indicadores y los datos necesarios para su construcción. Se empleará el mayor esmero para minimizar el acopio de datos y evitar duplicaciones de información ya existente.
- La identificación de las necesidades de cooperación técnica para el apoyo en los países a la producción de los datos y su mejor utilización en los procesos decisorios nacionales.

2. En la Sede de la OPS:

- El establecimiento de un mecanismo de coordinación para lograr el análisis integral de la situación de salud. Este trasciende tanto la responsabilidad como la competencia de cualquiera de los programas técnicos por separado y necesita ser enfrentado por la institución en su conjunto.
- El establecimiento, en el Programa Mujer, Salud y Desarrollo, de un sistema de documentación sobre la salud de la mujer, mediante la organización, clasificación e indización de todo el material informativo existente en cada uno de los diferentes programas técnicos de la OPS, incluida la descripción del contenido de sus bases de datos.

El Programa de Análisis de Salud y sus Tendencias asesorará al Programa Mujer, Salud y Desarrollo en los aspectos técnicos y metodológicos que sean de su competencia.

Anexo

REFERENCIAS

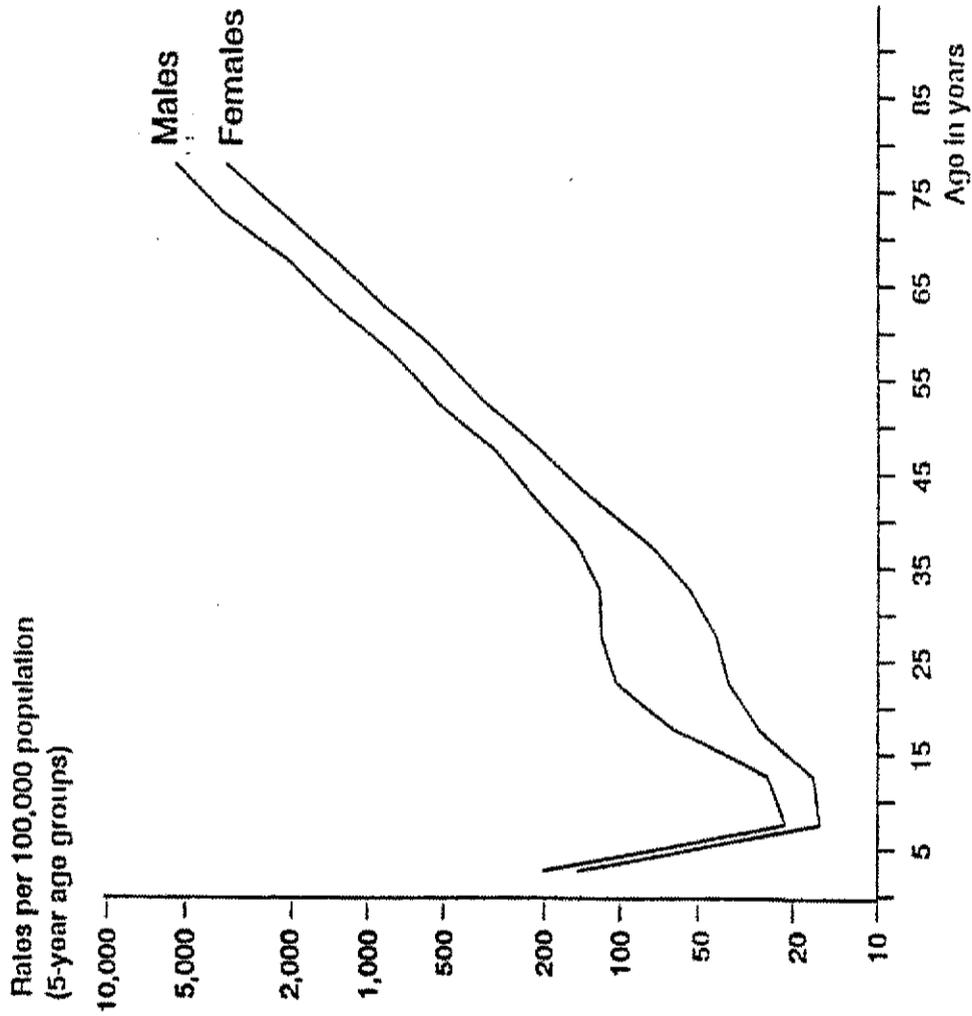
1. Organización Mundial de la Salud. La mujer, la salud y el desarrollo. En: Colaboración dentro del Sistema de las Naciones Unidas. Asuntos Generales. 45a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Documento WHA45.25, 14 mayo 1992.
2. Organización Mundial de la Salud. Women, health and development: Progress report by the Director-General. Ginebra, Documento WHO/FHE/WHO/92.5, 1992.
3. Organización Panamericana de la Salud. Informe del Subcomité Especial sobre la mujer, la salud y el desarrollo. 109a reunión. Washington, DC, Documento CE109/6, 22 mayo 1992.
4. Fortalecimiento de la capacidad de análisis de la situación de salud en la OPS. Documento de trabajo, Programa Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC, 1989.
5. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Edición 1990. Vol. I. Washington, DC, Publicación Científica 524, 1990.
6. Miglioni, A. Información, decisión y políticas nacionales de información sanitaria. Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud, Representación Argentina, 1988.
7. Report of the National Institutes of Health: Opportunities for research on women's health. Washington, DC, USDHHS (PHS/NIH), Publicación No. 92-3457A, septiembre 1992.
8. Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar. Documento de trabajo preparado bajo la coordinación del Dr. Pedro Luis Castellanos, Programa Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC, Junio 1991.
9. Barrenechea, JJ, Trujillo, E y Chorny, A. Salud para todos en el año 2000. Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud. OPS/Universidad de Antioquia. Medellín, Editorial Universidad de Antioquia, 1990.
10. Salud para todos en el año 2000. Estrategias. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, Documento Oficial No. 173, 1980.

11. Orientaciones estratégicas y programáticas para la OPS en el cuatrienio 1991-1994. XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1990.
12. Mortalidad materna en áreas seleccionadas, año 1985. En: Análisis de datos, Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Serie 8, Número 13. Buenos Aires, Dirección de Estadísticas de Salud, Secretaría de Salud, Ministerio de Salud y Acción Social, OPS/OMS, enero 1992.
13. Mutarelli, MA de. Directora de Estadística del Ministerio de Salud, Uruguay, 1992 (Comunicación personal).
14. Organización Panamericana de la Salud. Estadísticas de salud de las Américas. Edición 1991. Mortalidad desde 1960. Washington, DC, Publicación Científica No. 537, 1991.
15. La mortalidad materna en las Américas. En: Boletín Epidemiológico de la OPS, Vol. 14, No. 1, pp. 1-9, marzo 1993.
16. Diferenciales de salud según condiciones de vida. Líneas futuras de investigaciones sobre perfiles de salud. En: Boletín Epidemiológico de la OPS, Vol. 9, No. 3, pp. 1-3, 1988.
17. Chackiel, J y Plaut, R. Demographic trends: An overview with emphasis on mortality. En: Causes and prevention of adult mortality in developing countries. Report from a seminar in Santiago, Chile, 7-11 October 1991. Londres (en prensa) Oxford University Press.
18. Uemura, K. Excess mortality ratio with reference to the lowest age-sex-specific death rates among countries. World Health Statistics Quarterly Vol. 42, No. 1, pp. 26-41, 1989.
19. Plaut, R y Roberts E. Preventable mortality: Indicator or target? Applications in developing countries. World Health Statistics Quarterly Vol. 42, No. 1, pp. 4-15, 1989.

GRAFICAS*

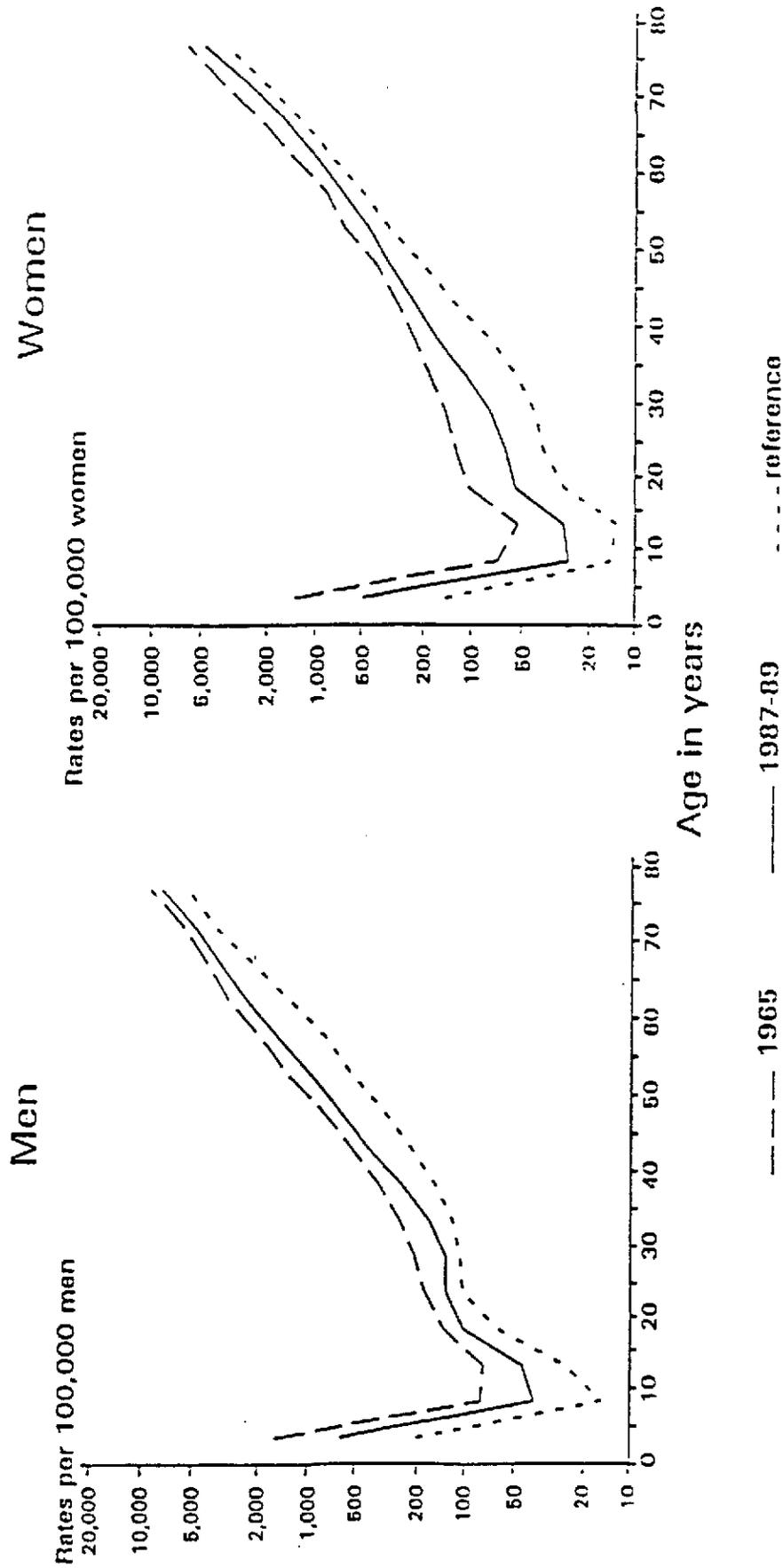
* Se presentan en inglés por razones técnicas.

Reference rates to estimate avoidable mortality.*



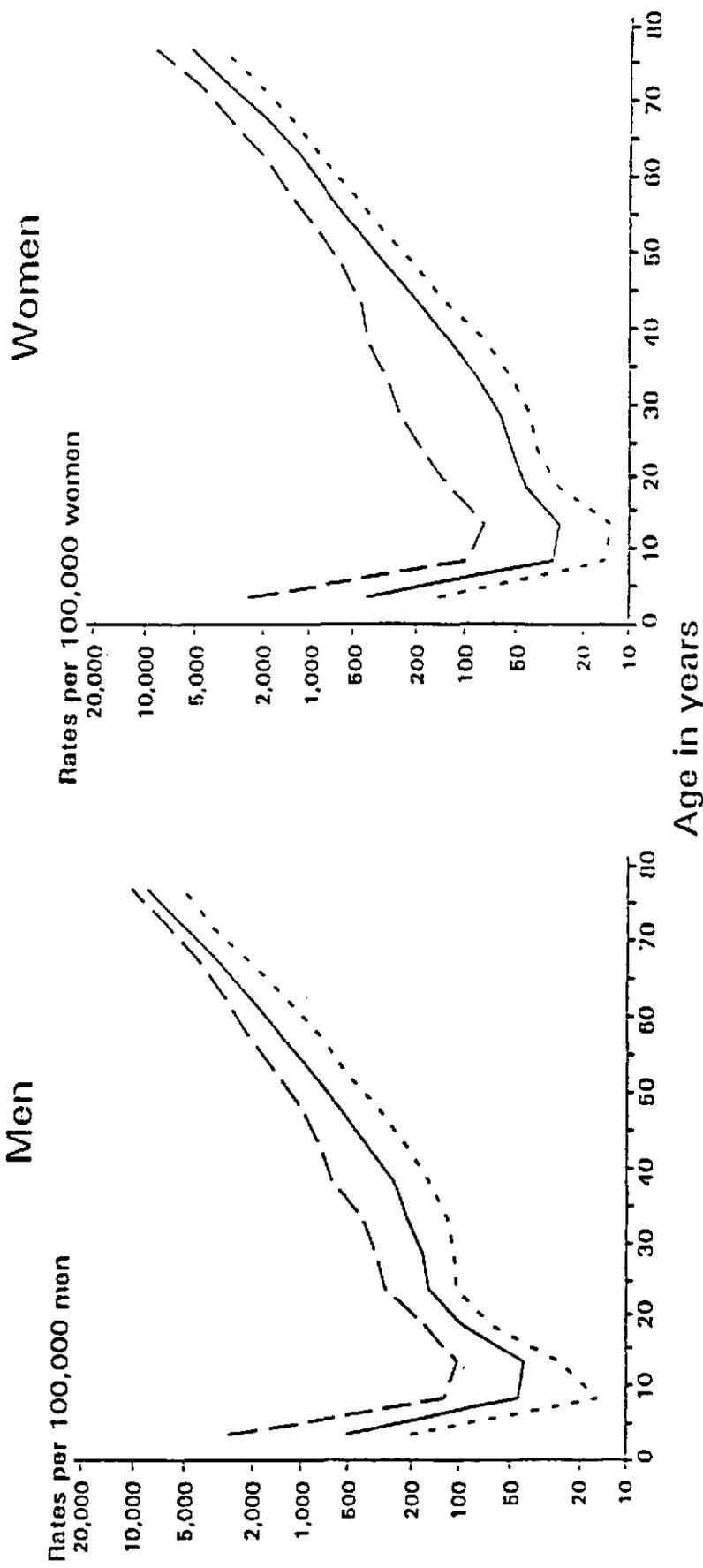
* Lowest age-specific rates reported by countries in the Americas
Source: PAHO Technical Information System

Age Specific Mortality Rates Argentina



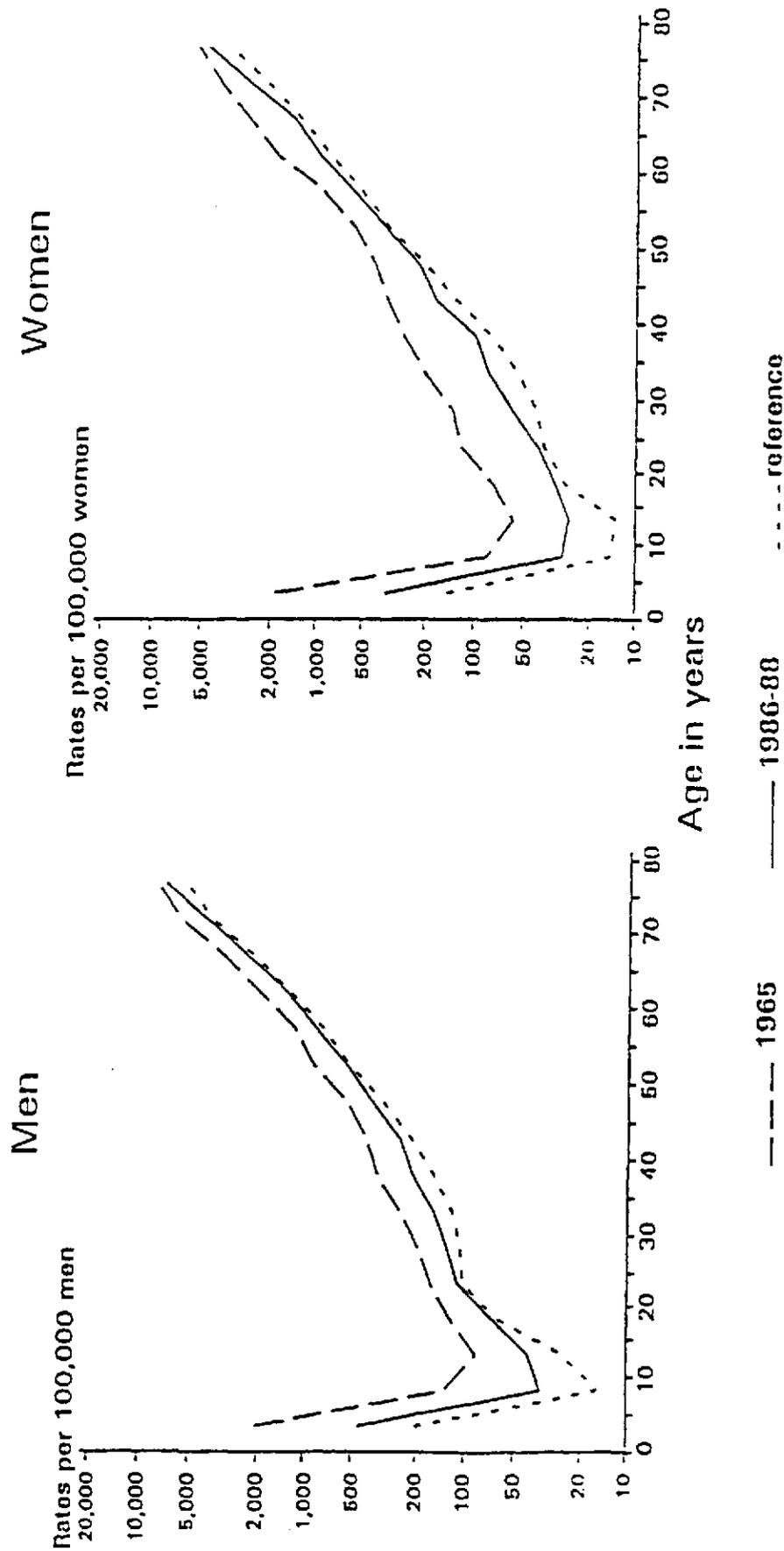
Source: PAHO Technical Information System

Age Specific Mortality Rates Chile



Source: PAHO Technical Information System

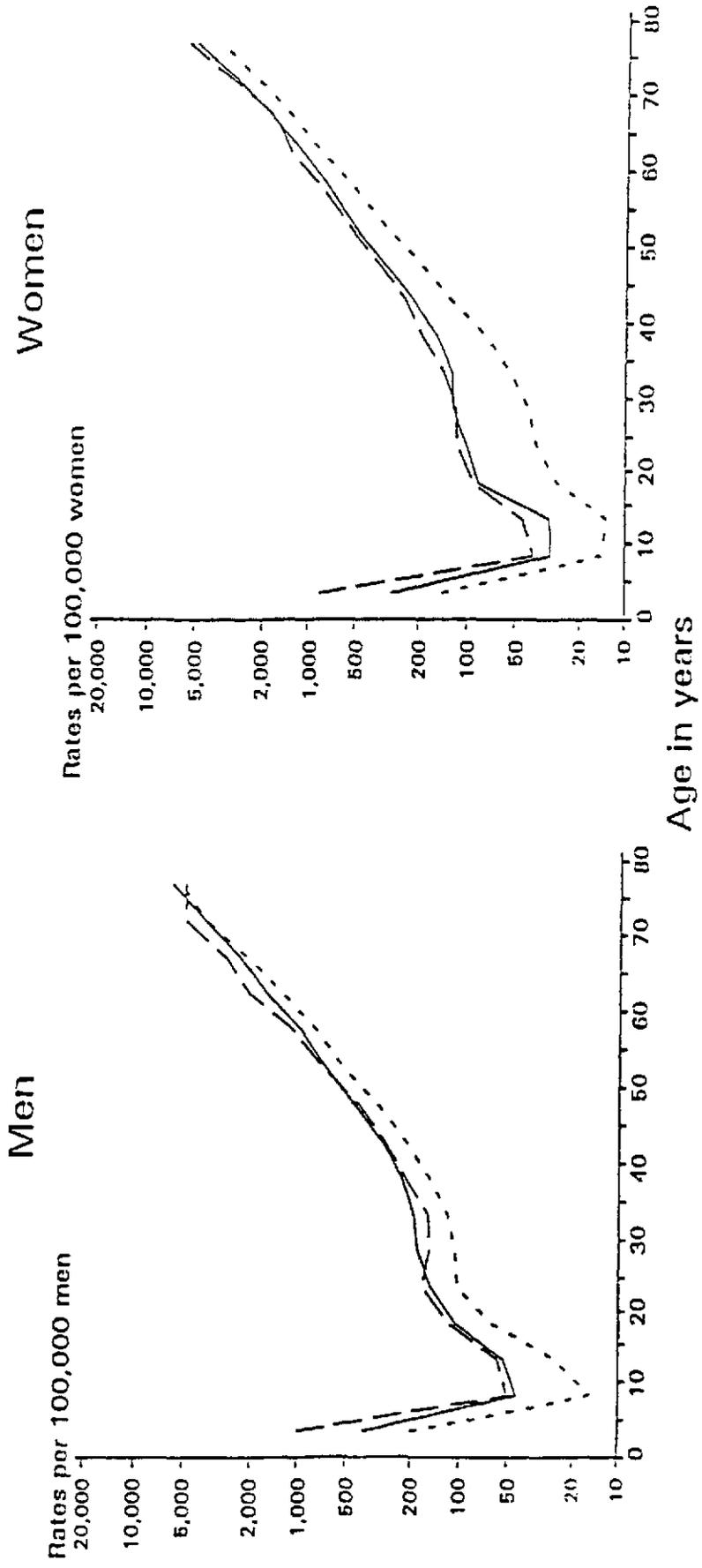
Age Specific Mortality Rates Costa Rica



Source: PAHO Technical Information System

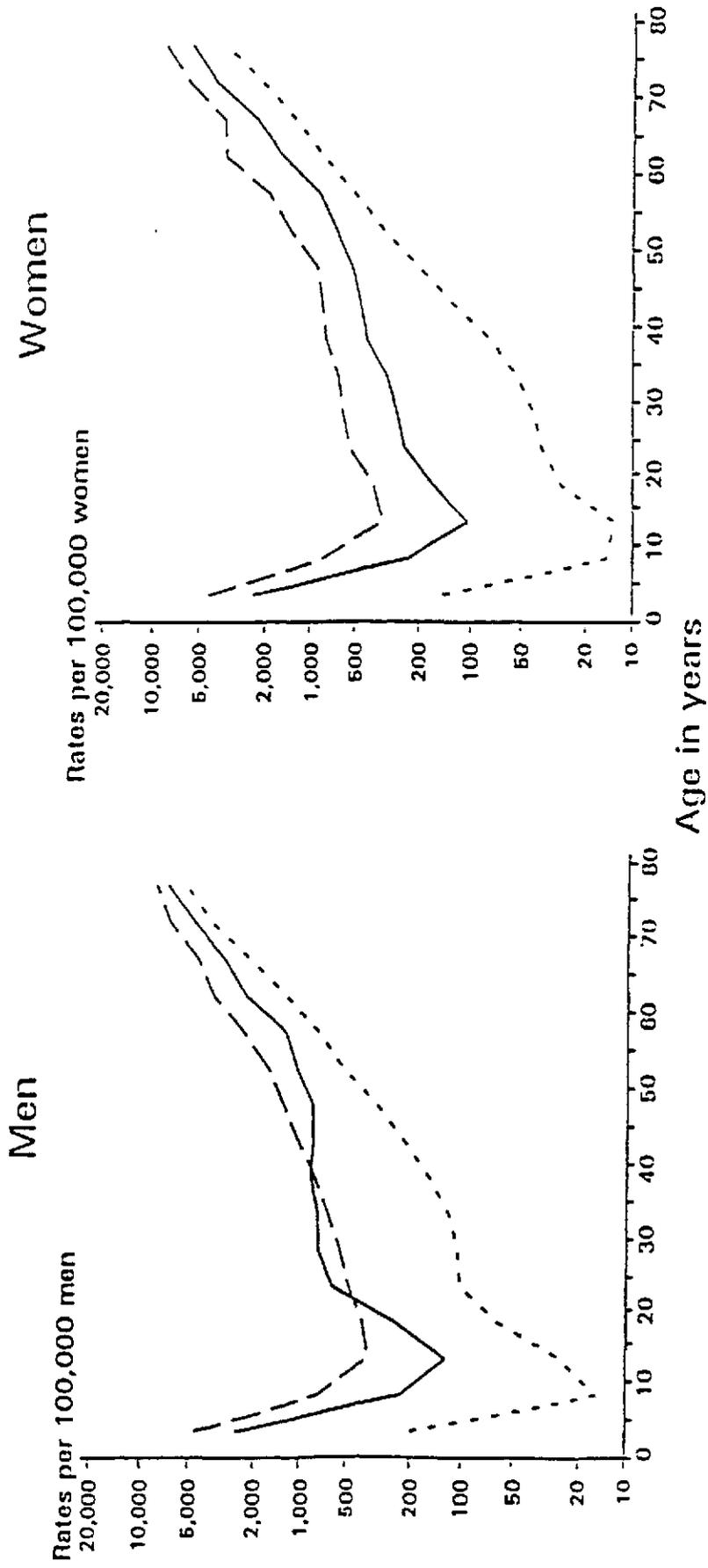
Age Specific Mortality Rates

Cuba



Source: PAHO Technical Information System

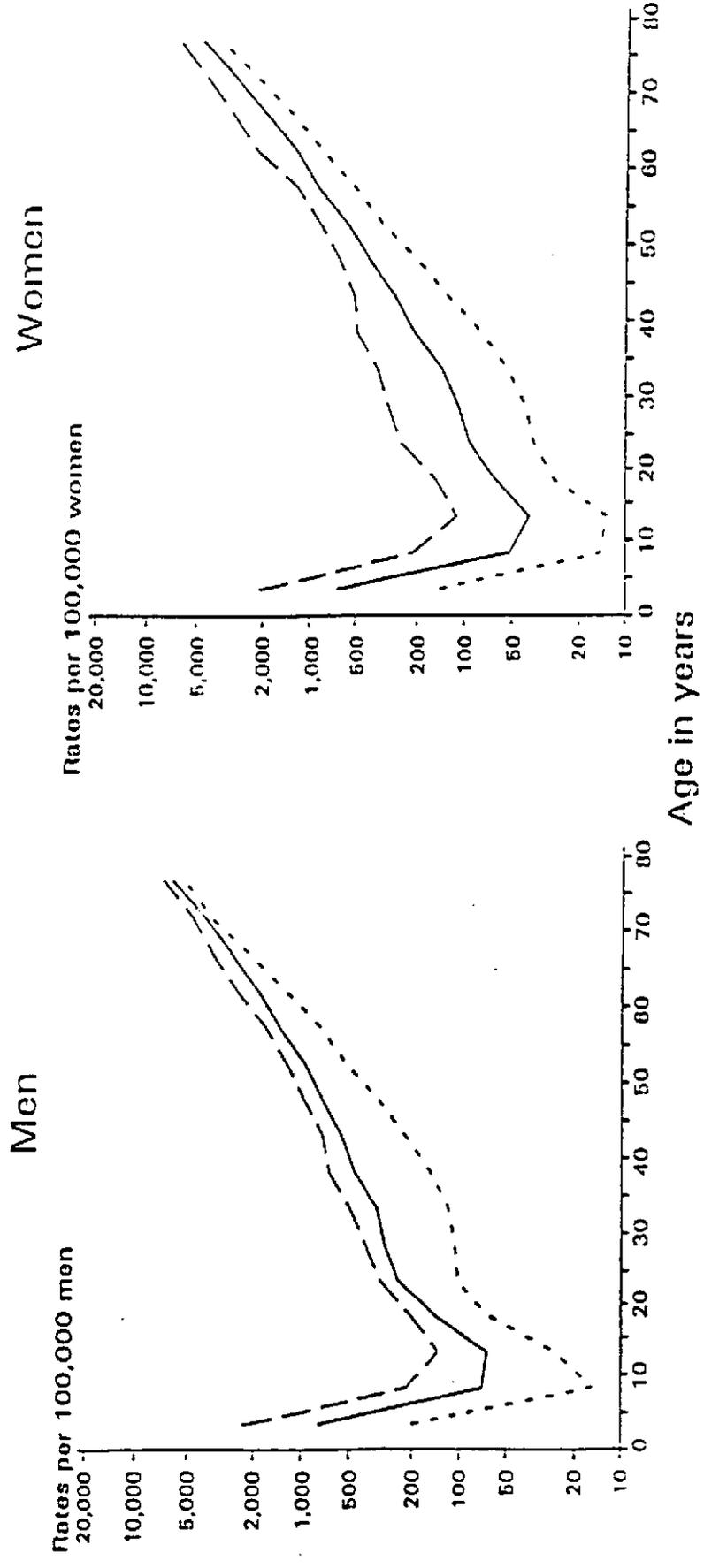
Age Specific Mortality Rates Guatemala



--- 1965 — 1980-81, 1984 - · - · - reference

Source: PAHO Technical Information System

Age Specific Mortality Rates Mexico

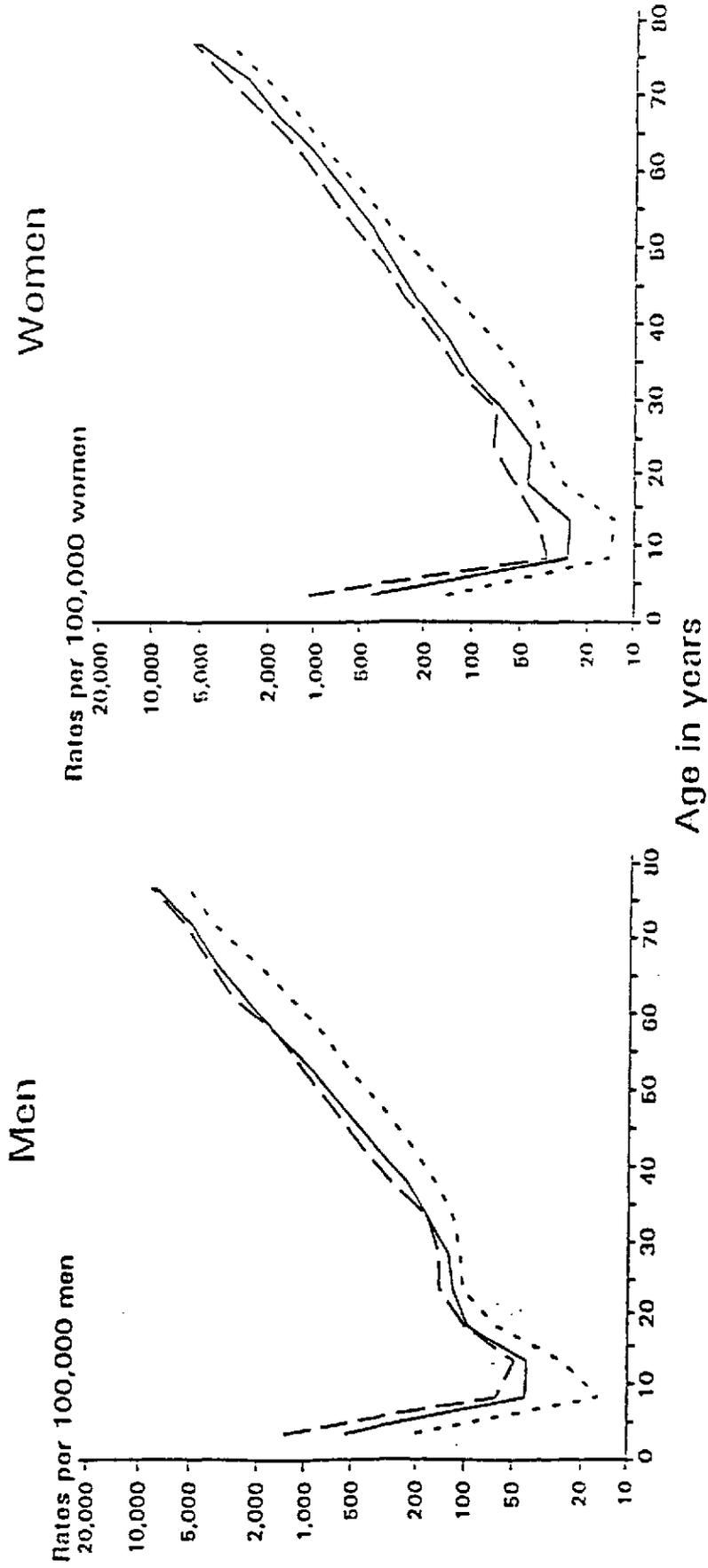


— 1965 — 1983, 1985-86 - - - - - reference

Source: PAHO Technical Information System

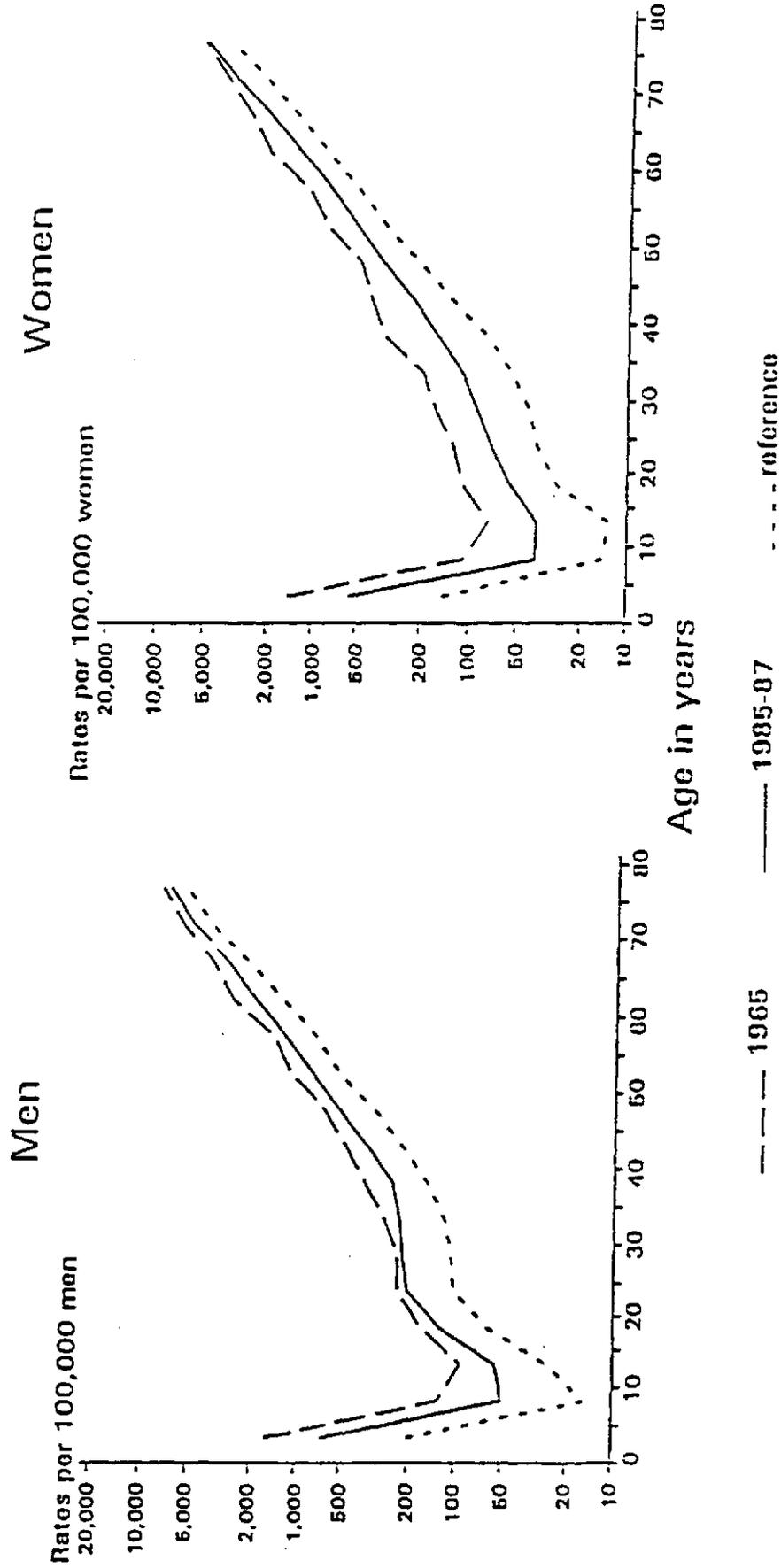
Age Specific Mortality Rates

Uruguay



Source: PAHO Technical Information System

Age Specific Mortality Rates Venezuela



Source: PAHO Technical Information System