

dicadores de mortalidad proporcional por causa, AVPP por causa y AVPP por causa y defunción, utilizando en cada caso el procedimiento identificado como el mejor en las etapas precedentes.

Estos estudios debían contribuir no solo al conocimiento substantivo sobre el perfil de salud, sino además estimular el desarrollo del proceso analítico mismo en las instituciones del sector oficial. Para ello se requirió la participación activa tanto de los funcionarios involucrados en el proceso de producción de información, como de los responsables de las decisiones con respecto a las acciones a desarrollar en los sistemas de servicios. Así, los grupos investigadores estuvieron compuestos esencialmente por profesionales de epidemiología y estadística vinculados a los ministerios de salud, aunque en algunos casos participaron investigadores de las universidades.

En la línea de investigación descrita han participado equipos de 11 países: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia,

Cuba, Chile, México, Paraguay, Suriname, Uruguay y Venezuela. Los investigadores de los proyectos que ya habían concluido su análisis, junto con otros expertos seleccionados de las áreas de epidemiología, estadística y demografía, fueron invitados por la OPS a la Reunión Regional sobre Guías y Procedimientos para el Análisis de la Mortalidad, celebrada en Washington, D.C. del 22 al 26 de febrero de 1988. En esta reunión se discutieron las conclusiones alcanzadas en los proyectos y se formularon recomendaciones y guías para el mejor uso de los datos de mortalidad en el análisis de la situación de salud en los países de la Región. Un resumen de la reunión se presenta a continuación.

(Fuente: Programa Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, OPS.)

## Reunión Regional sobre Guías y Procedimientos para el Análisis de la Mortalidad

Esta reunión se realizó en Washington, D.C., del 22 al 26 de febrero de 1988. Fue convocada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con el propósito de contribuir a una mejor utilización de los datos de mortalidad en el análisis de la situación de salud. Sus objetivos fueron: formular recomendaciones para el análisis de la estructura según causa de la mortalidad y para la identificación de las principales causas de defunción. Específicamente, se esperaba obtener recomendaciones en relación a los procedimientos a ser usados en el nivel regional para el análisis comparativo de las principales causas de defunción en los países; y los criterios para definir procedimientos a ser usados en los países, para comparaciones internas y estudios especiales. Las recomendaciones se formularían con el beneficio de la experiencia ganada en los proyectos de investigación sobre perfiles de salud/análisis de mortalidad, realizados con el apoyo técnico del Programa Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias y el financiero del Programa de Subsidios de Investigación de la OPS.

En la reunión participaron los investigadores principales de los proyectos, quienes presentaron los resultados obtenidos. Concurrieron además otros expertos de las áreas de epidemiología, estadística y demografía, tanto de los países como de la propia OPS y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las recomendaciones se basaron en discusiones plenas y sesiones de grupo.

La reunión fue inaugurada por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Carlyle Guerra de Macedo, quien señaló la trascendencia de esta convocatoria e

indicó que ella contribuiría a recuperar visibilidad para el tema, destacar su importancia, fomentar el análisis y la utilización de los datos disponibles y, por último, fortalecer la capacidad para el análisis de la situación de salud a nivel de país, como uno de los elementos para la planificación, vigilancia y evaluación de las acciones y servicios de salud.

Los antecedentes de la reunión se remontan al Seminario sobre Usos y Perspectivas de la Epidemiología realizado en Buenos Aires, Argentina, en 1983, entre cuyas recomendaciones se incluían la promoción del análisis e investigación de la situación y tendencias de salud en diferentes grupos de población. Los cambios ocurridos en los perfiles de salud de la población en la Región de las Américas agregan pertinencia a esta actividad.

Los temas tratados en la reunión giraron alrededor de dos aspectos fundamentales para facilitar la caracterización de las principales causas de defunción: las agrupaciones de causas o listas abreviadas, y los indicadores para la vigilancia de la mortalidad prematura.

### Listas abreviadas para el análisis de la estructura según causa de la mortalidad

Como introducción al tema se hizo referencia al origen y bases conceptuales de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), sus usos y limitaciones para el análisis

lisis de mortalidad, y las modificaciones esperadas para la 10ª Revisión. Se señaló la necesidad de difundir el conocimiento en relación a la CIE y sus artificios (reglas, normas, disposiciones y conceptos que regulan su aplicación) entre quienes analizan información.

Con respecto a la 10ª Revisión de la CIE, se informó que su estructura será alfanumérica, aumentará el número de categorías y se modificarán diversos criterios de clasificación. En la última reunión del Comité de Expertos de la CIE se propuso una lista resumida de 77 categorías, para cuya elaboración se tuvieron en cuenta seis principios en que debían basarse esas listas, según fueron sugeridos por el Centro Colaborador de la OMS de los Estados Unidos para la Clasificación de Enfermedades: jerarquía, comparabilidad, expandibilidad, consistencia, posibilidad de detectar las principales causas de defunción y contemplar las necesidades de salud pública. Se aclaró que esa propuesta podría ser modificada en función de los resultados de las investigaciones realizadas por los países de la Región, ya que uno de los propósitos de dichas investigaciones fue disponer de un mejor instrumento para describir los principales problemas de salud.

Se discutió si en las tabulaciones deberían incluirse o no las defunciones sin certificación médica, a la luz de una disposición de la OMS según la cual, si las defunciones sin certificación médica son menos de 2%, se las debe tabular dentro de la categoría "causa ignorada", y si superan ese porcentaje, se las debe tabular por separado. Algunos países tabulan el total de las defunciones según causa independientemente de la proporción que carece de certificación médica. Se consideró que deberían realizarse estudios para conocer en qué forma afectaría a la estructura por causa de la mortalidad la inclusión o exclusión de estas defunciones, antes de formular sugerencias acerca de la disposición existente.

Se señaló la necesidad de que las causas de muerte sean analizadas según diversos criterios epidemiológicos y se discutió su agrupamiento según criterios de evitabilidad, dependiendo del tipo de tecnología disponible para su prevención. Este tipo de agrupamiento, utilizado en varios de los estudios presentados en la reunión, se diseñó originalmente en Chile para analizar la mortalidad infantil en ese país; posteriormente ha sido adaptado para el estudio de la mortalidad en otros grupos de edades.

Al discutir la conveniencia de disponer de una lista única, se reconoció la necesidad de contar con una lista abreviada regional que facilite el análisis comparativo de la mortalidad entre países. Al mismo tiempo se reconoció que objetivos diferentes pueden requerir agrupamientos diferentes. Las listas abreviadas de mortalidad deberán ser pertinentes para sus respectivos usos, y así podrán diferir según si los análisis han de servir para la generación de conocimiento, la identificación de las principales causas de muerte y estudios de tendencias, o bien la definición de prioridades y formulación de mensajes para orientar acciones, tanto en el plano político como en el técnico. Por otra parte, se anotó la necesidad de disponer de listas diversas para el uso en el nivel nacional, ya que dentro de los países de la Región el análisis de mortalidad también constituye una herramienta fundamental para la formulación y el monitoreo de políticas, estrategias, planes y programas. Se anotó que la intencionalidad, requerida por todo buen

análisis, trae como consecuencia que ningún criterio de agrupamiento pueda estar desprovisto de subjetividad.

Se concluyó que, además de los seis criterios ya adoptados por el Comité de Expertos de la CIE, las listas resumidas deberían ser apropiadas para analizar la mortalidad con diversos criterios epidemiológicos; ser de fácil construcción, y tener buena capacidad informativa y especificidad en relación al uso propuesto. Además, las listas deben ser dinámicas, con la posibilidad de ser modificadas según los cambios que se produzcan en las patologías prevalentes y las tecnologías para su prevención y tratamiento.

Finalmente, se encomendó a la OPS que construya una nueva lista abreviada basada en la 9ª Revisión de la CIE, utilizando la experiencia resultante de las investigaciones realizadas y los criterios discutidos, con el fin de facilitar las comparaciones entre los países de la Región.

Se señaló que cualquier lista abreviada de uso regional basada en la 9ª Revisión deberá ser compatible con el formulario de recolección de datos usado por OPS y OMS, pero que esta limitación dejará de existir cuando se implante la 10ª Revisión.

### **Vigilancia de la mortalidad prematura: años de vida perdidos prematuramente**

Las tasas específicas de mortalidad y la mortalidad proporcional son indicadores tradicionalmente utilizados para destacar causas de gran impacto desde el punto de vista de la salud; el indicador basado en los años de vida perdidos prematuramente (AVPP) constituye un indicador complementario que toma en cuenta la edad al morir. Fue propuesto hace más de 35 años en Canadá, pero en los países de la Región su uso ha comenzado a difundirse solo en forma reciente, y se le conoce también bajo denominaciones tales como años de vida potencial perdida o años potenciales de vida perdidos. Resulta un indicador útil para llamar la atención sobre causas que ocasionan muertes a edades tempranas, ya que su magnitud depende tanto de la importancia numérica de una causa de muerte como de la edad en que ella ocurre.

Los atractivos principales del indicador AVPP derivan de que utiliza datos reales del presente y que es de fácil construcción. Su desventaja principal proviene de la arbitrariedad de su construcción, la que requiere definir qué se entiende por muerte prematura y los consiguientes límites de edad. La selección de los mismos dependerá del propósito que orienta la construcción del indicador, pues las causas de muerte que se destaquen dependerán en cierto modo de los límites seleccionados. Además, tal como la mortalidad proporcional según causa, el indicador AVPP está afectado por la estructura de edad de la población. Por todo lo anterior la interpretación de este indicador no es sencilla.

Se discutieron además algunos de los indicadores derivados de los modelos de la tabla de vida, los que eliminan los efectos de la estructura de edad de la población. Permiten estudiar diversos aspectos relacionados con la probabilidad de sobrevivencia, según diferentes supuestos en cuanto a la reducción o eliminación de causas de muerte determinadas, y los consiguientes cambios en la esperanza de vida. También este tipo de indicadores tiene limita-

ciones, ya que se construyen con una estructura de mortalidad teórica, basada en datos que reflejan riesgos pasados. No obstante, es un excelente modo de analizar y resumir la experiencia de sobrevivencia cuando la calidad de los datos básicos justifica su utilización.

Se recomendó que los países incorporen indicadores derivados de los AVPP a sus publicaciones, por ser de utilidad para llamar la atención sobre problemas que causan la muerte a edades tempranas. Sin embargo, se insistió en la necesidad de que este indicador sea interpretado con cautela, y que sea usado en conjunto con otros indicadores, tales como las tasas de mortalidad por causa específica, mortalidad proporcional, esperanza de vida al nacer y a otras edades.

Con respecto a su construcción se recomendó utilizar como límite inferior el momento de nacer (edad "0"); este límite fue ampliamente preferido al de 1 año de edad debido a la importancia de las muertes de menores de 1 año en los países de la Región. Para el límite superior no hubo consenso, pero para fines de un análisis más general se consideró adecuada la edad de 65 años. Se insistió en que esta edad no debe tener una connotación de límite biológico ni de la productividad económica.

Durante el transcurso de la reunión los participantes de los países involucrados en el proyecto "Perfiles de Salud", presentaron los resultados de sus trabajos de investigación. Ello permitió comparar las principales causas de defunción entre los países representados, aportando valiosos elementos de juicio a los participantes. En general los investigadores encontraron que la lista abreviada propia de cada país era la que mejor reflejaba las condiciones de salud del mismo. En relación a los AVPP, la gran mayoría utilizó el nacimiento como límite inferior, pero fijó el límite superior según diversos criterios juzgados como adecuados para el país.

### **Fortalecimiento de los sistemas de estadísticas de mortalidad**

En la reunión se discutieron además diferentes estrategias para fortalecer al análisis de la situación de salud, entre las que se destaca el fortalecimiento de las estadísticas de mortalidad. Los participantes informaron sobre el estado actual de los sistemas de estadísticas vitales en sus países, evidenciándose una considerable heterogeneidad en cuanto a los problemas que presentan y a las alternativas para su superación.

Entre los problemas principales de las estadísticas de mortalidad se mencionaron los de cobertura e integridad, y los de calidad del dato básico. Mientras en algunos países la integridad y calidad de los datos son satisfactorios, en otros no se registran ni la mitad de las muertes. Otros problemas mencionados fueron el procesamiento inadecuado de la información, la escasa utilización de las estadísticas de mortalidad y la falta de conocimiento de su importancia, así como la falta de motivación en cuanto al registro de los hechos, tanto en la población como entre el personal de salud. Estos problemas varían en los países de la Región, los que se encuentran en estados diferentes de desarrollo de sus sistemas de estadísticas vitales y sanitarias. Por otra parte, dentro de un mismo país pueden coe-

xistir situaciones que corresponden a momentos históricos diferentes.

Se señaló también que los esfuerzos por mejorar un instrumento, como lo es la Clasificación Internacional de Enfermedades, no han ido acompañados en la Región de un esfuerzo similar para mejorar los datos de mortalidad que constituyen su sujeto y objeto. Asimismo, poco se ha hecho en los niveles nacionales e internacional para mejorar la certificación médica de la causa de muerte, el subregistro de las muertes y las deficiencias en el instrumento de recolección.

Los participantes de la reunión concluyeron que para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y sanitarias es necesario que en los países de la Región se promuevan y apoyen las actividades siguientes: elaborar un diagnóstico del estado actual de los sistemas estadísticos existentes; reactivar la conformación y actividad de comités nacionales de estadísticas vitales y sanitarias; promover la cooperación intersectorial para el mejoramiento de las estadísticas de salud; facilitar la difusión periódica de estas estadísticas y promover su uso a través del desarrollo de investigaciones en diferentes niveles; estimular en los niveles locales la elaboración y uso de las estadísticas para analizar la situación de salud, así como la capacitación del personal que participa en la producción de los datos, y, finalmente, estimular una mayor capacitación y participación en esta temática de epidemiólogos y estadísticos que actúan en los diferentes niveles del sistema de servicios de salud.

Además, los participantes solicitaron a la OPS que enfatice la urgente necesidad de mejorar las estadísticas vitales y sanitarias, y que brinde mayor apoyo a los países de la Región para el fortalecimiento de sus sistemas estadísticos, especialmente en los aspectos siguientes: la coordinación con otras agencias internacionales para una mejor utilización de los recursos y la movilización de las instituciones y recursos nacionales; el desarrollo de proyectos en áreas seleccionadas de los países, que puedan ser extendidos a otras áreas y sirvan para la motivación del personal de salud, con el fin de mejorar la recolección, procesamiento y utilización de los datos de mortalidad; el desarrollo de investigaciones orientadas al análisis de mortalidad en niveles intermedios (provincias, zonas, áreas programáticas), y, la coordinación en los países de la Región de nuevas investigaciones orientadas al conocimiento real de la situación de las estadísticas de mortalidad, con el objeto de instrumentar medidas correctivas. Finalmente, se recomendó dar mayor difusión a la publicación "Condiciones de salud en las Américas" vista su utilidad para fines docentes y como fuente de información para los organismos de salud.

### **Líneas de trabajo futuras**

La OPS seguirá apoyando en los países la continuidad de las actividades conducentes al análisis de la situación de salud, y para su afianzamiento utilizará las estrategias de disseminación de información, capacitación e investigación.

En cuanto a la estrategia de investigación, se recordó que la mortalidad no es el único componente del análisis de la situación de salud ni se ha agotado su desarrollo en

la línea de investigación que se está realizando. Se explicitaron algunas líneas futuras de investigación, las que se espera constituyan aportes de la epidemiología para la mejor organización y vigilancia de los servicios de salud. Estas futuras líneas de trabajo requerirán de la participación de técnicos y profesionales que provengan de centros de investigación y de universidades, además de la participación de los Ministerios de Salud.

Se señaló que para fortalecer la capacidad de análisis y mejorar la toma de decisiones es perentorio que a los grupos de trabajo conformados por estadísticos y epidemiólogos se integren demógrafos y planificadores, a fin de compartir con otras áreas de los Ministerios de Salud y otros Ministerios las experiencias del camino iniciado. La

reunión regional marca un hito dentro de un proceso que debe continuar.

(Fuente: Programa Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, OPS. Basado en el Informe Final de la Reunión.)

Para obtener mayor información sobre la reunión o los trabajos presentados en la misma, dirigirse a: Programa Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, At. Reunión Regional sobre Guías y Procedimientos para el Análisis de la Mortalidad, OPS, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, EUA.

## Perfiles de salud, Brasil, 1984

### Introducción

En el Brasil desde 1944 se publican datos de mortalidad con grados variables de calidad y cobertura. Las deficiencias detectadas no justifican, sin embargo, que sean tan escasos los estudios que tratan de analizar la situación de salud a partir de esos datos. La investigación cuyos resultados se resumen a continuación, estuvo dirigida a demostrar la utilidad de los datos disponibles para describir la situación de salud y poner de relieve las principales causas de muerte a fin de señalar prioridades para las acciones en salud. Además, el estudio sirvió para discutir diferentes agrupaciones (listas) de causas e indicadores de mortalidad no usados habitualmente, en especial el de años potenciales de vida perdidos (APVP).

Los autores comienzan con una breve descripción de las características generales del país y señalan su enorme heterogeneidad interna en cuanto a condiciones de vida y salud (véase cuadro 1). A continuación describen el sistema de información de mortalidad, especialmente en lo que se refiere a su operación, variables registradas, flujo, calidad y cobertura de los datos, y el procesamiento, reparo, tabulación, publicación y distribución de los mismos.

### Metodología

Todos los análisis se realizaron con datos de mortalidad de 1984. La fuente del dato es el modelo nacional único de certificado de defunción que es llenado en dos copias, una para el Registro Civil y la otra para ser recolectada por la autoridad estatal de salud. Se piensa que los datos recolectados en 1984 representan el 75% del total de defunciones ocurridas, el que se estima en 1,1 millones. La subnumeración se debe fundamentalmente a subregistro y problemas

de recolección de los datos. Se estima que el subregistro promedio para el país es de 24,9% con variaciones de 5,6% en la región sudeste, hasta 49,3% en la región norte. Las deficiencias de recolección son máximas en el nordeste (7,5%). La calidad de los datos puede ser evaluada por la proporción de defunciones por "signos, síntomas y estados morbosos mal definidos". Este indicador fluctúa entre 1,4% en las capitales de la región sur hasta 62% en el interior del nordeste. En áreas menos desarrolladas predominan las defunciones "sin asistencia médica", es decir, con causas no definidas. Es preciso destacar que una rápida expansión de la cobertura de datos produce un aumento inicial en la proporción de defunciones por causas mal definidas, por la inclusión de datos de áreas menos desarrolladas.

### *Agrupación de causas; listas abreviadas*

Para este estudio se utilizaron: la lista de ordenamiento usada por la OPS (lista "R"), la lista básica de la 9a Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9), la de 72 causas del Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Estados Unidos (NCHS), la brasileña para mortalidad (CIE-BR), y una nueva lista brasileña propuesta, llamada CIE-BR2.

Los criterios básicos definidos previo a la confección de esta última lista fueron la facilidad de construcción (usar tres dígitos y mantener la misma secuencia en que aparecen en la CIE-9), y la capacidad de proveer información (las cinco primeras causas de muerte deberían incluir por lo menos el 50% de las defunciones totales, y las diez primeras el 65%). Además, se trató de evitar el uso de categorías demasiado amplias así como la inclusión de