

Boletín Epidemiológico

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

ISSN 0255-6669

Vol. 9, No. 2, 1988

Investigación sobre perfiles de salud. Antecedentes de los proyectos sobre análisis de mortalidad

La política de investigación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha sido formulada con miras a que los limitados recursos financieros disponibles para este fin sirvan de elemento catalítico que contribuya a estimular en los países la movilización de sus propios recursos humanos e institucionales en torno a áreas temáticas identificadas como prioritarias.

Para apoyar esta política, fue establecido el Comité Asesor Interno de Investigación, cuyas funciones incluyen la definición de prioridades de investigación y la evaluación de propuestas a ser financiadas por el Programa de Subsidios de la OPS. Asimismo, se ha asignado un papel activo a los programas técnicos y representaciones de país de la Organización, tanto en la promoción de las investigaciones como para el apoyo técnico durante su diseño y ejecución. Dentro de esta política, las investigaciones a ser realizadas en todos los países deben profundizar en los factores que condicionan o determinan el nivel y la estructura de los problemas de salud. Además, deberán estudiar la interrelación entre salud y desarrollo, y las formas y estilos de organización y funcionamiento de los servicios de salud, dentro del contexto político-económico-social específico de cada país. Uno de los temas identificados como prioritarios está constituido por las investigaciones sobre perfi-

les de salud, y las actividades para su apoyo fueron encomendadas al Programa Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias.

En este documento se usarán como sinónimos los términos "situación", "condiciones" o "diagnóstico" de salud, y se entenderá que la situación de salud tiene tres grandes componentes: (1) el "estado", "nivel", "estructura", "perfil" o "situación" de salud propiamente tal; (2) el sistema de servicios de salud o "sector" salud, y (3) el contexto o ambiente --físico, demográfico, económico, social, cultural, político-- específico para el espacio-tiempo en que una sociedad se desenvuelve.

Se entiende que estos tres componentes están íntimamente ligados entre sí; cada uno de ellos es causa y consecuencia de los otros dos, y resultará imposible conocer la realidad de salud por intermedio del análisis de uno solo de ellos mirado por separado. Más bien, esta subdivisión artificial pretende ayudar a orientar la intencionalidad y por lo tanto el enfoque, el énfasis y los criterios para el análisis, según si la preocupación primordial del usuario está dirigida a la mejor comprensión de los procesos salud-enfermedad y sus determinantes presentes y pasados, o si su interés principal radica en contribuir a un mayor desarrollo de los servicios y la coordinación sectorial e intersectorial.

EN ESTE NUMERO...

- Investigación sobre perfiles de salud. Antecedentes de los proyectos sobre análisis de mortalidad
- Reunión Regional sobre Guías y Procedimientos para el Análisis de la Mortalidad
- Perfiles de salud, Brasil, 1984

- Función de la epidemiología en el logro de salud para todos
- Actividades de epidemiología en los países
- Enfermedades sujetas al Reglamento Sanitario Internacional
- Vigilancia del SIDA en las Américas

rial. En el primer caso, además de la problemática y determinantes de salud de las comunidades, será necesario conocer la infraestructura por medio de la cual se espera entregar las acciones; en el segundo, además de las características del sector, se deberá conocer la problemática de los grupos humanos a los cuales se busca servir.

A partir del Seminario sobre Usos y Perspectivas de la Epidemiología (Buenos Aires, 1983), las actividades de la OPS programadas para el fortalecimiento de la capacidad nacional en epidemiología en los países, se centraron en la promoción y apoyo del análisis de la situación de salud de la población, sus determinantes y tendencias, a fin de reforzar un proceso analítico sistemático capaz de proveer información y retroalimentación oportunas a los diversos niveles administrativos y contribuir así a la toma de decisiones mejor informadas. Los primeros esfuerzos en ese sentido se realizaron en los países de Centroamérica y Panamá, en los que se promovió la formación de grupos nacionales, con el estímulo y apoyo de epidemiólogos y estadísticos. En varios otros países se habían tomado iniciativas similares, sea por intermedio de grupos de trabajo interdisciplinarios integrados por funcionarios de la representación de la OPS y de otras agencias internacionales, o por intermedio de consultores especialmente contratados. Es necesario señalar que, en su mayoría, estos primeros esfuerzos obedecieron más al propósito de mejorar el marco diagnóstico para la programación de la cooperación técnica País-OPS, que a reforzar la capacidad analítica a ser ejercida en forma sistemática por los equipos nacionales como parte integral de las funciones de planificación, administración y evaluación de sus propias actividades.

Los diversos análisis realizados en los países fueron muy disímiles en cuanto a su motivación, enfoque y calidad. Como explicación más frecuente para la escasez de análisis sistemáticos y periódicos se citó la ausencia de datos, o bien las deficiencias excesivas de los datos en cuanto a su tipo, cantidad o calidad. Sin embargo, en prácticamente todos los países que participaron en el ejercicio de actualizar el análisis de su situación de salud se pudo confirmar que existen mucho más datos de lo que los mismos funcionarios --nacionales e internacionales-- suponían. Si bien es cierto que en su gran mayoría los datos existentes eran incompletos, tenían serias deficiencias en cuanto a calidad y oportunidad, y estaban dispersos en un gran número de instituciones --no necesariamente dependientes del sector salud-- no lo es menos el que esos datos eran potencialmente útiles para quienes conocían su existencia y sabían usarlos con cautela. Existe un círculo vicioso: las deficiencias de los datos sirven de excusa para su subutilización progresiva y esta última contribuye a un deterioro cada vez mayor, debido a la baja prioridad asignada a las actividades y recursos necesarios para mejorar su recolección, procesamiento y análisis.

Por otra parte, la elaboración de un buen perfil de salud es una empresa multifacética y compleja, para cuya instrumentación no existe un enfoque único ni un conjunto de procedimientos que sea claramente superior a los demás. Es necesario aprender a seleccionar los diversos enfoques teóricos, y los datos y métodos más adecuados para el sujeto y objeto del análisis. A la vez, aquellas áreas y enfoques para los que aún no existen métodos de estudio ni

datos satisfactorios, requieren que los métodos existentes sean revisados y adaptados, o bien, que nuevos conjuntos de datos --y los métodos y procedimientos para su recolección y análisis-- sean diseñados y cuidadosamente validados.

La complejidad del tema, la diversidad de enfoques posibles, y la limitación de recursos humanos y financieros motivaron la decisión de desarrollar el proceso de investigación sobre perfiles de salud en forma progresiva y de iniciarlo en el preciso punto por donde debería comenzar el proceso analítico: la utilización de la información disponible de mejor cobertura y calidad, que hasta ahora no está siendo bien aprovechada para el análisis de la situación de salud.

Así, los primeros proyectos de investigación sobre perfiles de salud se centraron en el componente de mortalidad, con el objetivo de obtener el mejor conocimiento posible sobre la situación de salud, con base en el análisis de datos de mortalidad existentes. A la vez, estos proyectos estuvieron diseñados para contribuir a sistematizar los procedimientos tradicionalmente utilizados para el análisis de la mortalidad, a fin de facilitar y mejorar su uso, y, por último, a ensayar, validar y verificar la utilidad de algunos procedimientos no habitualmente usados en estos análisis. Todos los proyectos tuvieron un componente común: el análisis de la situación de salud basado en el estudio de las principales causas de defunción. Además, cada grupo podía desarrollar líneas de estudio complementarias.

En relación a los enfoques metodológicos, se recomendó trabajar con datos de todo el país, y realizar comparaciones entre diversas subunidades geográficas. Los análisis debían comenzar con una discusión --lo más documentada posible-- sobre la cobertura y calidad de la información, que incluyera el análisis de la magnitud relativa del grupo de causas mal definidas y la cobertura y calidad de la certificación médica. Para determinar las principales causas de defunción se utilizarían los datos disponibles de los tres últimos años y se les analizaría por medio de indicadores basados en la mortalidad proporcional y los años de vida perdidos prematuramente (también denominados años de vida potencial perdidos o bien años potenciales de vida perdidos), a fin de evaluar su respectivo contenido informativo y complementariedad.

Para ilustrar la repercusión que sobre la determinación de las causas principales ejercen los diversos criterios de agrupación de las causas de defunción, cada equipo de investigación debía emplear la agrupación y criterios habitualmente usados en su país, y además la lista de ordenamiento usada por la OPS ("lista R"), la Lista Básica para la tabulación de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9a Revisión, y la Lista de 72 causas seleccionadas de defunción del Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Estados Unidos de América (NCHS). Además, para ganar experiencia y comprensión acerca del indicador basado en los años de vida perdidos prematuramente (AVPP), se estudiaría la repercusión ejercida sobre la determinación de las principales causas de defunción por el uso de diversas definiciones del indicador en cuanto a sus límites de edad inferior y superior. Finalmente se analizaría la situación de salud por medio de la estructura de la mortalidad según causa, tal como la describen los in-

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 plenarios 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 aná-