



Discusiones

Técnicas



Washington, D. C.
Septiembre-Octubre 1965

Tema 19 del proyecto de programa

CD16/DT/1 (Esp.)
27 agosto 1965
ORIGINAL: INGLES

METODOS PARA MEJORAR LAS ESTADISTICAS VITALES Y DE SALUD

Primer Documento de Trabajo

I N D I C E

	<u>Página</u>
Recomendaciones sobre sistemas estadísticos	1
Nuevos procedimientos y métodos	3
La participación del estadístico como miembro del grupo de salud	5
Estadísticas hospitalarias	5
Informes y actividades estadísticas de los centros de salud	7
Recursos y personal de salud	7
Estadísticas de nacimientos y defunciones	8
Resumen	10
Referencias	12

MÉTODOS PARA MEJORAR LAS ESTADÍSTICAS VITALES Y DE SALUD

Para alcanzar las metas establecidas en la Carta de Punta del Este (1) y medir los progresos realizados a este respecto se requieren datos estadísticos en varios campos. No cabe duda de que la disponibilidad, oportunidad y calidad de los datos a utilizar en el análisis de las condiciones y recursos en el campo de la salud son deficientes. Los datos estadísticos son indispensables para los programas de salud y, en la actualidad, las necesidades de la planificación indican la conveniencia de adoptar medidas de urgencia para resolver estos problemas. En los programas de erradicación de la malaria, se tomaron las disposiciones necesarias para el rápido adiestramiento de personal de todas clases, a fin de poder llevar a cabo las actividades en gran escala, dentro de un plan bien definido. De manera similar, la necesidad actual de disponer de estadísticas vitales y de salud para la planificación basta para justificar la adopción de sistemas capaces de suministrar los datos básicos para los programas de salud y el rápido adiestramiento de toda clase de personal para esos programas.

Con los fondos que se inviertan ahora para establecer un sistema satisfactorio de recopilación y análisis de datos se obtendrán, a largo plazo, beneficios en las actividades de salud. Resultará, probablemente, más económico elaborar en este momento un sistema satisfactorio, que continuar con sistemas ineficaces que no permiten obtener datos adecuados sobre salud. Así, pues, la tarea que hay que llevar a cabo consiste en modernizar y mejorar los sistemas de estadísticas vitales y de salud, con la mayor rapidez posible, como parte de las actividades de planificación previstas en la Carta de Punta del Este.

RECOMENDACIONES SOBRE SISTEMAS ESTADÍSTICOS

Los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud han mostrado una gran clarividencia en el establecimiento de las necesidades relativas a las estadísticas de morbilidad y mortalidad. El Código Sanitario Panamericano, (2) firmado en 1924, contiene una sección referente a las estadísticas de morbilidad y mortalidad, y la XIV Conferencia

Sanitaria Panamericana (3) aprobó en 1954 diez resoluciones en las que se indicaban las estadísticas que se necesitaban para los programas de salud y los métodos para mejorar las estadísticas vitales y de salud. El gran alcance de estas resoluciones puede apreciarse en el texto de la primera de ellas:

"Recomendar a los Estados Miembros que, de acuerdo con las posibilidades que su desarrollo económico, social y cultural permita, extiendan y mejoren la recolección, elaboración, análisis y oportuna publicación de las estadísticas de población, vitales, de morbilidad, de recursos de salubridad y de los servicios que ellos prestan, y económicas y sociales relacionadas con la salud."

Otras resoluciones se refieren a las bases para mejorar las estadísticas vitales, las de morbilidad, las de recursos y servicios relacionados con la salud y las estadísticas económico-sociales también relacionadas con la salud. En la Resolución XXII se recomendó:

1. "Que los Estados Miembros creen o impulsen y fortalezcan el servicio de estadística en los organismos de salubridad, dotándolos de medios materiales y de personal estadístico que tenga un adiestramiento adecuado.
2. "Que con el fin de coordinar los diversos organismos que producen estadísticas de interés sanitario, los Estados Miembros fomenten la creación y desarrollo de Comités Nacionales de Estadísticas Vitales y Sanitarias, de acuerdo con el Informe de la Primera Conferencia Internacional sobre Comités Nacionales de Estadísticas Vitales y Sanitarias.
3. "Que con el objeto de producir datos básicos fidedignos, esenciales a las estadísticas vitales, se establezca la coordinación local de los servicios de salubridad, de registro civil y de estadísticas."

Estas resoluciones, continúan en vigor y se reproducen del Acta Final de dicha Conferencia (Documento Oficial No. 61, a distribuir por separado).

Los Comités Regionales Asesores sobre Estadísticas de Salud, (4) en sus reuniones de 1962 y 1964, formularon recomendaciones sobre programas de estadística de conformidad con la Carta de Punta del Este. En la reunión de 1962, el Comité examinó la función que corresponde a los estadísticos en la planificación para el próximo decenio, así como la ampliación del programa de enseñanza y adiestramiento, y formuló recomendaciones para un programa encaminado a mejorar los datos estadísticos básicos y a ampliar las actividades de investigación. De conformidad con las recomendaciones del Comité, se definieron las metas en materia de estadísticas de salud para el período decenal, las que figuran en otro documento.* Se trata de metas específicas en cuanto a las actividades que es preciso llevar a cabo en el campo de las estadísticas vitales, enfermedades de notificación obligatoria, estadísticas de hospitales y programas de educación y

*Metas en Estadísticas de Salud, a distribuir por separado.

adiestramiento. Asimismo, una de las metas consiste en el establecimiento de un servicio de estadística, al nivel adecuado en el Ministerio de Salud para lograr que esos servicios sean accesibles y respondan a todas las necesidades del Ministerio.

El Comité, en su reunión de 1964, (5) concentró su atención en las estadísticas hospitalarias y en los índices de evaluación. Los informes de los Comités Asesores, que también serán distribuidos por separado, sirven de referencia básica para los programas en materia de estadísticas vitales y de salud. La finalidad de estas Discusiones Técnicas consiste en establecer métodos para mejorar las estadísticas, mediante la aplicación de las recomendaciones existentes y la introducción de nuevos métodos para obtener más rápidamente resultados satisfactorios en esta materia.

NUEVOS PROCEDIMIENTOS Y METODOS

En este momento, el suministro de las clases de datos que se requieren para la planificación de salud impone una responsabilidad importante a los estadísticos. Para los planes de salud de los próximos 10 a 20 años es necesario conocer el alcance y las características de los problemas de salud, los recursos en cuanto a instalaciones y personal y la manera en que éste puede utilizarse eficazmente para eliminar o reducir problemas específicos de salud. Es así que se están investigando los cambios requeridos para obtener resultados concretos. Por ejemplo, ¿cómo se distribuye el tiempo profesional de un médico y de toda la profesión médica? ¿Cuántas horas-médico dedicadas a hospitales, consultorios, administración, servicios preventivos, enseñanza e investigación se necesitan en un país para atender a la población? El estadístico, como miembro del grupo de salud interesado en esos problemas, puede aportar su colaboración mediante el desarrollo del sistema y la recopilación de los datos correspondientes al país o a determinadas zonas del mismo y por medio del apropiado análisis e interpretación de los mencionados datos para la planificación de programas y la evaluación de los progresos realizados.

También es importante, en la actualidad, estudiar nuevos procedimientos en cada una de las fases de los programas de estadística. Los nuevos adelantos en cuanto a equipo mecánico y computadoras electrónicas van cambiando los métodos de ordenación y análisis de datos. Las empresas industriales y los organismos gubernamentales de casi todas las capitales y grandes ciudades ya utilizan este equipo. Por consiguiente, la disponibilidad de equipo de esa clase indica la conveniencia de reestructurar los programas de ordenación y análisis de los datos de los certificados de nacimiento y defunción, resúmenes analíticos de historias clínicas hospitalarias, casos de enfermedades de notificación obligatoria, actividades de servicios de salud y otros informes. El sistema de programación permite preparar rápidamente las tabulaciones. El Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Estados Unidos de América prepara actualmente sus informes anuales sobre estadísticas vitales mediante una computadora electrónica.

La Comisión de Actividades Profesionales y Hospitalarias (6) ordena y analiza corrientemente los datos de cerca de cuatro millones de pacientes de por lo menos 400 hospitales mediante la computadora Honeywell, y otras organizaciones efectúan asimismo operaciones con los datos procedentes de grupos de hospitales. A fin de aprovechar plenamente las ventajas del equipo mecánico, se puede reunir información de manera que el formulario básico facilite los datos necesarios y sea llenado correctamente. Se puede suprimir la copia y la duplicación y prepararse en la máquina los informes necesarios. La tarea consiste en elaborar un sistema relativamente sencillo, que puedan entenderlo fácilmente los auxiliares de oficina, y en adiestrar a este personal para llenar los formularios. Para esto se puede organizar un programa a fin de adiestrar, mediante cursillos, a varios miles de personas encargadas de llenar y transmitir los mencionados formularios.

Durante muchos años, los certificados de nacimiento y de defunción para los efectos legales han sido la fuente de las estadísticas de natalidad y mortalidad. Sin embargo, para los programas de salud e investigación se necesita información médica adicional, tanto sobre los nacimientos como con respecto a las defunciones registradas. Los exámenes médicos y las autopsias podrían facilitar información mucho más completa en relación con los nacimientos, muertes fetales y defunciones de la primera infancia. La Investigación Interamericana de Mortalidad indica que los informes de laboratorio y autopsias, provenientes de hospitales y médicos, suministran datos completos y precisos sobre la causa de defunción. Los hospitales tienen ciertas obligaciones con respecto a los certificados de nacimiento y de defunción. Se podrían facilitar informes médicos confidenciales de nacimientos y defunciones que no se incorporarían en los certificados legales y contribuirían a mejorar el conocimiento sobre importantes problemas médicos y de salud.

Es preciso organizar zonas piloto o experimentales para ensayar los nuevos métodos que, una vez que resultaran satisfactorios se podrían extender a todo el país. También sería muy ventajoso utilizar dichas áreas para obtener datos sobre costos-beneficios. Se propone que todas las escuelas de salud pública tengan una zona experimental en la que se lleven a cabo investigaciones operativas.

Se han establecido los principios fundamentales y las metas de los sistemas de estadísticas de salud. El presente documento se refiere principalmente a los métodos para mejorar las aportaciones de los estadísticos como elementos integrantes del grupo de salud, así como a los procedimientos para mejorar los datos en su propia fuente, es decir, en los hospitales, centros de salud y oficinas del registro civil. Se dedica especial atención a la urgencia de adiestrar personal auxiliar mediante cursillos.

LA PARTICIPACION DEL ESTADISTICO COMO MIEMBRO DEL GRUPO DE SALUD

A los efectos de obtener datos satisfactorios para la planificación de salud y para medir los progresos realizados, el estadístico, que colabora con el grupo de planificadores y administradores, tendrá que adoptar en determinadas circunstancias medidas con carácter inmediato. Para obtener los datos que permitan estimar los servicios necesarios, los recursos humanos requeridos, los costos, etc., de programas de salud concebidos de manera realística es preciso disponer de información adecuada sobre los servicios y recursos de un país o bien conseguirla mediante muestras o zonas experimentales. Para medir el efecto de determinadas actividades de salud en el mejoramiento del nivel de salud de las poblaciones es necesario establecer zonas experimentales y llevar a cabo investigaciones. Las medidas recomendadas en la Carta de Punta del Este (1) en el sentido de "mejorar la recopilación y análisis de las estadísticas vitales y sanitarias, como base para formular y evaluar los planes nacionales de salud", deben ser objeto de alta prioridad en la planificación. Sería preciso confiar a un estadístico del Ministerio de cada país la responsabilidad de coordinar esta labor de estadísticas vitales y de salud, así como de llevar a la práctica las recomendaciones formuladas por los Comités Regionales Asesores sobre Estadísticas de Salud, en sus segunda y tercera reuniones. A continuación se indican cinco campos específicos en que se debería asumir sin demora la firme dirección necesaria y proceder a la ejecución de programas.

ESTADISTICAS HOSPITALARIAS

El hospital constituye una importante fuente de datos necesarios en materia de estadísticas vitales y de salud. El Comité Asesor, en su tercera reunión, (5) dió a conocer los requisitos de un sistema de estadísticas hospitalarias. De acuerdo con dichos requisitos, cada hospital debería tener una historia clínica para 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 lograr la administración y funcionamiento eficaz del hospital, a fin de atender a los pacientes en forma adecuada. Las estadísticas sobre el hospital, así como sobre el paciente, son necesarias para administrar la propia institución y se requieren también a nivel local, regional y nacional: (a) para la organización, coordinación y planificación de los servicios hospitalarios en un área administrativa; (b) la utilización económica de las instalaciones y servicios hospitalarios dentro del programa general de salud de una localidad, región o país, y (c) la evaluación de la morbilidad en la población, incluyendo los aspectos epidemiológicos de las enfermedades.

En el campo de las estadísticas hospitalarias se están elaborando nuevos métodos para la preparación de informes utilizando equipo mecánico y computadoras electrónicas. En el programa de la Comisión sobre Actividades Profesionales y Hospitalarias se envía a la oficina central para su

tramitación un resumen de los datos sobre cada paciente, en el que se incluye el diagnóstico y tratamiento. Corrientemente se prepara el índice de diagnósticos, así como los informes sobre cada hospital, a fin de que puedan utilizarlos la administración del hospital y el servicio de estadística de todo el grupo de hospitales. También se está llevando a cabo un programa de adiestramiento relativamente breve destinado al personal de registro encargado de preparar los resúmenes.

En las zonas urbanas, muchos nacimientos y defunciones ocurren en hospitales, y en las zonas rurales también va aumentando el número de los que se registran en dichos establecimientos. A menudo, el diagnóstico de casos de enfermedades de notificación obligatoria se hace en hospitales. Por consiguiente, corresponde al personal hospitalario una importante función en el suministro de datos básicos para las estadísticas vitales y de salud. Sin embargo, es muy poco lo que se ha hecho para desarrollar las estadísticas hospitalarias y adiestrar personal para la preparación y transmisión de esos informes.

Según reciente información, (7) en 1962 había 9.417 hospitales en América Latina. La persona encargada de los informes del hospital debería recibir instrucción sobre la forma de extender los certificados de nacimiento y defunción, la notificación de casos de declaración obligatoria, la forma de llevar los archivos hospitalarios y la preparación de informes del hospital y resúmenes de la historia clínica de cada paciente. Probablemente la mitad de dichos hospitales no cuentan con más de 50 camas, pero habrá una cuarta parte con 100 o más camas. Para estos últimos, habría que adiestrar por lo menos a dos personas en la preparación de informes. En los grandes hospitales universitarios, el departamento de registros médicos cuenta generalmente con numeroso personal, parte del cual debería recibir instrucción a tal efecto. Así, pues, el adiestramiento de personal de registros hospitalarios constituye una tarea de gran magnitud. Se calcula que en los próximos cinco años necesitarán adiestramiento unas 14.000 personas. El encargado del departamento de registros de grandes hospitales debería recibir preparación durante varios meses (a nivel intermedio). En los hospitales universitarios, estos departamentos podrían servir de centros de adiestramiento de personal auxiliar, en los que se ofrecerían cursillos de dos o tres semanas.

Se propone que se tomen medidas inmediatas para obtener estadísticas hospitalarias. Así, se podrían organizar cursillos para el personal técnico que estará encargado del adiestramiento de otros, como parte del programa de la Organización Panamericana de la Salud. Ahora bien, la formación de personal para cada hospital es una función que corresponde esencialmente a los países, lo mismo que el diseño del programa, los registros y procedimientos, la selección de las personas que hayan de ser adiestradas, así como su constante supervisión. Podrían encargarse del programa los estadísticos profesionales y otro personal técnico de categoría intermedia que ya hubiera recibido adiestramiento.

INFORMES Y ACTIVIDADES ESTADISTICAS DE LOS CENTROS DE SALUD

Para la planificación de programas de salud, la distribución, las actividades, la dotación de personal, etc. de los centros de salud en los países constituyen también aspectos a los que es preciso prestar detenida atención. Lo ideal es que en el personal de todos los grandes centros de salud haya por lo menos un auxiliar de oficina o de estadística encargado de transmitir los informes de enfermedades de notificación obligatoria, llevar los registros de servicios y actividades y preparar los informes diarios, semanales, mensuales y anuales. En las pequeñas unidades de salud una sola persona se encarga de esas funciones. El análisis de los servicios de los centros de salud es importante para los planes relacionados con el personal y los recursos de los países. Entre las funciones del estadístico a nivel nacional cabe mencionar el desarrollo de registros y procedimientos para los servicios de salud, un método de transmisión habitual de datos que permita disponer rápidamente de los mismos para la planificación y evaluación, y un programa de adiestramiento y supervisión del personal local para familiarizarlo en el empleo de estos métodos.

Al nivel local, cuando los hospitales y centros de salud están vinculados, una sola persona se puede ocupar del registro y transmisión de datos sobre ambas actividades. En los países en que los servicios de salud están totalmente separados y los procedimientos son distintos, se requerirá personal adiestrado para los centros de salud, así como para los hospitales. Por consiguiente, conviene organizar un programa de formación para este personal auxiliar. El número de personas que hayan de recibir adiestramiento en materia de informes y notificación de las actividades de los centros y unidades de salud dependerá del sistema que se aplique en los países y de la cobertura de la población. En este programa será necesario preparar y supervisar a miles de trabajadores locales. Si bien ésta es una labor que incumbe a los países, la Organización puede prestar su colaboración, especialmente en relación con cursos para instructores y cursos piloto.

RECURSOS Y PERSONAL DE SALUD

Los planificadores en salud se ocupan de los recursos económicos, en equipo y personal, de fuentes públicas y privadas, así como de preparar una estimación, ajustada a la realidad, de las necesidades en estos campos en el próximo decenio. Por consiguiente, una de las principales funciones del estadístico, al nivel nacional, consiste en desarrollar un método sistemático de recopilación de datos de esta naturaleza. Como se indicó en la Resolución XX de la Conferencia de 1954, es fundamental evaluar el rendimiento y costo de los programas de salud, y para ello son imprescindibles las estadísticas de los recursos y de los servicios que se prestan. Las principales fuentes de datos son los hospitales y los centros y unidades de salud. Se necesitan datos de servicios tanto gubernamentales como privados, y para esta evaluación es importante la recopilación y análisis sistemáticos de información básica.

ESTADISTICAS DE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES

Es preciso llevar a cabo un vigoroso programa encaminado a obtener certificados de nacimiento y defunción para uso de los programas de salud y elaborar estadísticas de mortalidad y natalidad, como base para la planificación de programas y la medición de los progresos realizados. La responsabilidad de reunir los certificados corresponde, por lo general, a las oficinas del registro civil, que constituyen una dependencia del Ministerio de Justicia o Gobernación, aunque en muchos países no existe ningún organismo nacional directamente encargado de estas funciones.

En el Segundo Seminario Internacional de Registro Civil (8) (30 noviembre-11 diciembre de 1964, Lima, Perú) se señalaron las deficiencias de los servicios de registro civil en América Latina. Entre ellas cabe citar la existencia de una legislación anticuada, el hecho de que no existan requisitos para el nombramiento de funcionarios del registro civil ni programas de adiestramiento para ellos, documentos con datos insuficientes, procedimientos excesivamente complejos, presupuestos que no cubren las necesidades en esta materia, etc.

En vista de que estos registros son esenciales para la realización de los programas de salud, corresponde a los Ministerios de Salud la importante tarea de lograr que funcione en forma satisfactoria el sistema de registro civil. La certificación del hecho de la muerte, así como de la causa de la misma, es función del médico. Puesto que muchos nacimientos tienen lugar en hospitales, estas instituciones tienen la responsabilidad de asegurar que se proporcionen los datos relativos a dichos nacimientos. Por consiguiente, a los profesionales del campo de la salud les corresponde desempeñar un importante papel en la labor de facilitar estos hechos vitales. Además, los servicios de salud necesitan los registros y estadísticas para sus respectivos programas. Es lógico que las profesiones médicas y de salud que proporcionan y al mismo tiempo utilizan la información de los certificados de nacimiento y de defunción, tomen la iniciativa para garantizar la recopilación adecuada de datos tan valiosos.

En unos cuantos países, los Ministerios de Salud están proporcionando eficaz ayuda y dirección con miras al mejoramiento del registro. Por ejemplo, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela ha asumido la responsabilidad, al nivel nacional, del registro de nacimientos y está compilando estadísticas sobre las causas de defunción y de muertes fetales en todo el país, y sobre nacimientos en áreas de notificación organizadas. En 1953 se estableció una zona experimental en el Estado de Lara con el objeto de mejorar, cualitativa y cuantitativamente, el registro de hechos vitales en Venezuela. Se obtuvieron notables mejoras en esta zona, y luego las actividades se extendieron a otros Estados. En la "Gaceta Oficial" de Venezuela, del 12 de diciembre de 1963, se publicó una Resolución del Ministerio de Sanidad y Asistencia

Social referente a dos importantes aspectos relacionados con el mejoramiento de las estadísticas de mortalidad, a saber: 1) el establecimiento de una área representativa de registros de defunción, y 2) el requisito de que todas las "entidades" federales contarán por lo menos con un inspector encargado del mejoramiento del registro. Asimismo, el Ministerio ha organizado cursillos de dos semanas a fin de capacitar a estos inspectores, para que lleven a cabo programas intensivos en colaboración con los servicios de salud, registros locales y otros organismos, con el objeto de mejorar el registro.

En el Brasil, el Servicio Federal de Bioestadística del Departamento Nacional de Salud formuló un amplio programa de trabajo para establecer áreas de registro en dicho país. En siete Estados y en una zona del Nordeste se ha completado la labor complementaria de comprobación de los registros de nacimientos y defunciones.

En los Estados Unidos de América, la responsabilidad de registrar los nacimientos vivos, las defunciones y los mortinatos corresponde a los departamentos estatales de salud (con excepción de un Estado), y el Servicio de Salud Pública se encarga de la publicación de las estadísticas de mortalidad y natalidad en escala nacional. En varios Estados a nivel local, el oficial de salud tiene a su cargo el registro y un oficial de oficina del departamento de salud actúa de adjunto de aquél en dicha labor.

En otros varios países, los Ministerios de Salud tienen a su cargo la recopilación y publicación de estadísticas vitales. El tipo de organización del registro debe ajustarse a las condiciones de cada país.

En el Manual de Métodos de Estadísticas Vitales, (9) publicado por las Naciones Unidas, se señala el valor de que los servicios de salud tengan a su cargo el registro, y a este respecto se hace notar lo siguiente:

"La jurisdicción de los servicios de salubridad sobre el registro presenta la gran ventaja de poder identificar las necesidades e intereses de la salud pública con las de los servicios del registro y de permitir el aprovechamiento máximo de las posibilidades que presentan los datos en el campo de la salud. Bien dirigido, este tipo de organización puede propender al mejoramiento de la calidad de las actas y estadísticas vitales, que son de especial utilidad para quienes trabajan en pro de la salud pública."

Las organizaciones internacionales pueden coordinar sus actividades y facilitar toda la asistencia posible a los organismos nacionales, a fin de que se reconozca debidamente la importancia del registro civil y de las estadísticas vitales. La Oficina Sanitaria Panamericana ha expresado el deseo de cooperar en el comité de representantes de organismos internacionales (recomendado por el Segundo Seminario Interamericano de Registro Civil) para proceder a una acción inmediata en este campo.

En relación con cualquier medida que adopten los organismos nacionales e internacionales para colaborar en el desarrollo del registro civil, será necesario organizar programas de adiestramiento. Los servicios de salud podrían iniciar dichos programas, ya sea conjuntamente con uno para el adiestramiento de auxiliares de oficina de los departamentos locales de salud o por separado, como un medio de mejorar el registro de nacimientos y defunciones.

RESUMEN

1. Los principios y metas en materia de estadísticas vitales, establecidos en el Código Sanitario Panamericano, por la Conferencia Sanitaria Panamericana y las reuniones del Comité Asesor, constituyen un sólido fundamento para organizar los programas encaminados a mejorar las estadísticas vitales y de salud.

2. Los estadísticos deben desempeñar un importante papel, como miembros del grupo de salud, en la obtención de los datos necesarios mediante un sistema satisfactorio de recopilación de información.

3. Conviene utilizar nuevos procedimientos para mejorar rápidamente los sistemas estadísticos, ensayando métodos en zonas experimentales y piloto.

4. Es muy conveniente proceder a la modernización de los programas, utilizando en mayor grado equipo mecánico y reestructurando aquéllos para hacer frente a necesidades específicas.

5. Puesto que el hospital es una fuente principal de los datos necesarios en el campo de las estadísticas vitales y de salud, es importante estructurar minuciosamente el sistema de registro y transmisión de datos esenciales y adiestrar al personal que se encargará de los registros hospitalarios para que pueda llevar los archivos, transmitir resúmenes analíticos de datos, preparar informes, etc.

6. Es necesario mantener un sistema de recopilación y transmisión habitual de informes sobre las actividades, personal, etc. de los centros y unidades de salud, para obtener datos sobre recursos y servicios.

7. Puesto que los planificadores de salud se preocupan de los recursos humanos y materiales, tanto públicos como privados, y del costo de estos recursos para calcular las necesidades futuras, una de las funciones del estadístico consiste en establecer un sistema satisfactorio de recopilación y análisis de material en este campo.

8. Los certificados de nacimiento y defunción son indispensables para la ejecución de programas de salud y, por consiguiente, a los Ministerios de Salud corresponde la importante función de garantizar el funcionamiento satisfactorio de sistemas de registro civil. Pueden asumir cada vez en mayor grado la dirección necesaria en este aspecto, de modo que se obtengan registros y estadísticas vitales de alta calidad y de particular utilidad para el personal de salud.

9. Dada la urgencia de disponer de información estadística para la planificación de salud, se requiere un programa de urgencia encaminado al desarrollo de sistemas satisfactorios y un programa de adiestramiento de personal auxiliar de salud.

REFERENCIAS

- 1) Alianza para el Progreso, OEA, Documentos Oficiales/Ser.IX/XII.1, Unión Panamericana, Washington, 1961.
- 2) Código Sanitario Panamericano (firmado el 14 de noviembre de 1924), Pub. No. 43, OSP, 1931.
- 3) Actas de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, Documentos Oficiales No. 10, OSP, octubre de 1954.
- 4) Comité Regional Asesor sobre Estadísticas de Salud, Segundo Informe, Publicaciones Científicas No. 65, OSP, agosto de 1962.
- 5) Comité Regional Asesor sobre Estadísticas de Salud, Tercer Informe, Publicaciones Científicas No. 103, septiembre de 1964.
- 6) Comisión de Actividades Profesionales y Hospitalarias, Ann Arbor, Michigan (Comunicación personal).
- 7) Las condiciones de salud en las Américas, 1961-1962, Publicaciones Científicas No. 104, agosto de 1964.
- 8) Segundo Seminario Interamericano de Registro Civil, Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, ST/ECLA/CONF.19/L.23.
- 9) Manual de Métodos de Estadísticas Vitales. Estudios metodológicos, Serie F, No. 7, Nueva York, 1955.

PUBLICACIONES A DISTRIBUIR POR SEPARADO DURANTE LA REUNION

- 1) Resoluciones XVI-XXV en Estadísticas de Salud, Acta Final, XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, Documentos Oficiales No. 9, octubre 1954.
- 2) Metas en Estadísticas de Salud
- 3) Comité Regional Asesor sobre Estadísticas de Salud, Segundo Informe, Publicaciones Científicas No. 65, OSP, agosto de 1962.
- 4) Comité Regional Asesor sobre Estadísticas de Salud, Tercer Informe, Publicaciones Científicas No. 103, OSP, septiembre de 1964.

XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

RESOLUCIONES XVI-XXV
EN ESTADISTICAS DE SALUD

ACTA FINAL

SANTIAGO, CHILE
7-22 DE OCTUBRE DE 1954

Documentos Oficiales No.9

Octubre, 1954



OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
WASHINGTON, D.C., E.U.A.

RESOLUCIONES XVI-XXV EN ESTADISTICAS DE SALUD

ACTA FINAL

RESOLUCION XVI

ESTADISTICAS NECESARIAS PARA LOS PROGRAMAS DE SALUD

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana,

CONSIDERANDO:

Que la salud en sí misma constituye un todo indivisible y que, por otra parte, está estrechamente ligada al desarrollo económico, social y cultural de la colectividad;

Que la salubridad comprende todas las acciones de fomento, protección y reparación de la salud;

Que la desproporción entre la magnitud de los problemas de salud y los recursos que habitualmente se destinan a su solución, obliga a clasificar estos problemas jerárquicamente para abordarlos según su importancia relativa y a emplear los recursos de tal modo que produzcan el máximo de rendimiento; y

Que los programas de salud requieren indispensablemente datos estadísticos básicos para su correcta planificación, desarrollo, evaluación y perfeccionamiento,

RESUELVE:

Recomendar a los Estados Miembros que, de acuerdo con las posibilidades que su desarrollo económico, social y cultural permita, extiendan y mejoren la recolección, elaboración, análisis y oportuna publicación de las estadísticas de población, vitales, de morbilidad, de recursos de salubridad y de los servicios que ellos prestan, y económicas y sociales relacionadas con la salud.

RESOLUCION XVII

ESTADISTICAS DE POBLACION

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana,

CONSIDERANDO:

Que el conocimiento de la población en sus distintos componentes es de fundamental importancia en los programas de salud,

RESUELVE:

Recomendar a los Estados Miembros que sus organismos de salubridad:

- (a) Promuevan y cooperen en la obtención de estadísticas demográficas oportunas y fidedignas;
- (b) Participen en la planificación de los censos de población para obtener que ellos incluyan el máximo de datos posibles que sean esenciales para los programas de salud; y
- (c) Utilicen las encuestas sanitarias, cuando ello sea necesario, para proporcionar información adicional sobre la población.

RESOLUCION XVIII

ESTADISTICAS VITALES

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana,

CONSIDERANDO:

Que es tarea básica de los organismos de salubridad conocer, tanto al nivel local como al nacional, los hechos vitales que ocurren en las poblaciones cuyos problemas sanitarios desean combatir;

Que para los programas de salubridad es especialmente importante, entre estos hechos vitales, conocer del modo más completo posible las causas de las muertes que ocurren en la población;

Que existen, para los objetivos señalados, detalladas recomendaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud y de las Naciones Unidas; y

Que, sin embargo, las estadísticas vitales siguen adoleciendo de errores en su recolección, de insuficiencia de análisis y de publicación tardía, circunstancias que dificultan su uso oportuno en la planificación, desarrollo, evaluación y perfeccionamiento de los programas de salubridad, y obstaculizan la comparabilidad de los datos tanto en escala nacional como internacional,

RESUELVE:

1. Recomendar a los Estados Miembros que, por medio de sus instituciones nacionales, mejoren la aplicación de:

- (a) Los "Principios para un Sistema de Estadísticas Vitales" de las Naciones Unidas, concediendo importancia especial a la recolección y elaboración de aquellos datos que sirven específicamente a los fines de salubridad; y
- (b) La Reglamentación No. 1 de la Organización Mundial de la Salud, relativa al uso de la "Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción".

2. Recomendar que en esta aplicación se conceda atención especial al perfeccionamiento de los procedimientos para recoger la información estadística básica al nivel local.

RESOLUCION XIX

ESTADISTICAS DE MORBILIDAD

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana,

CONSIDERANDO:

Que las estadísticas de morbilidad son indispensables para la determinación, desarrollo, evaluación y perfeccionamiento de los programas de salud;

Que la recolección de esta información es compleja, y la extensión y detalle con que ella puede obtenerse depende en alto grado del desarrollo económico, social y cultural;

Que es evidente que existen, en la mayoría de los países, informaciones sobre las enfermedades de ciertos grupos de la población, tales como las estadísticas hospitalarias, de seguros de enfermedad, de accidentes de industrias, etc., que interesa desarrollar, normalizar y utilizar;

Que una acabada descripción de la importancia, tipos, fuentes y usos de las estadísticas de morbilidad, está contenida en el Tercer Informe del Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias de la Organización Mundial de la Salud; y

Que para el grupo especial de las enfermedades transmisibles, cuyo conocimiento completo y oportuno es de importancia local, nacional e internacional, existen disposiciones legales en los países y detalladas recomendaciones internacionales, a pesar de las cuales estas estadísticas adolecen aún de inexactitudes y no se cumplen totalmente las disposiciones relativas a su envío y publicación,

RESUELVE:

1. Recomendar a los Estados Miembros que promuevan la utilización de las estadísticas de morbilidad general para beneficio de los programas de salud, y que desarrollen una acción permanente para cumplir las recomendaciones hechas en el Tercer Informe del Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias de la Organización Mundial de la Salud.

2. Recomendar a los Estados Miembros que tomen medidas inmediatas para mejorar la denuncia de las enfermedades transmisibles, por medio de la aplicación de:

- (a) El Reglamento No. 2 de la Organización Mundial de la Salud (Reglamento Sanitario Internacional);
- (b) Los "Procedimientos Básicos para la Notificación de las Enfermedades Transmisibles" (Publicaciones Científicas, No. 8, de la Oficina Sanitaria Panamericana); y
- (c) La "Guía para la Notificación de las Enfermedades Cuarentenables y de Otras Enfermedades Transmisibles de las Américas" (Publicaciones Varias, No. 5, Oficina Sanitaria Panamericana).

RESOLUCION XX**ESTADISTICAS DE RECURSOS Y SERVICIOS**

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana,

CONSIDERANDO:

Que para los programas de salubridad es necesario conocer los recursos económicos, de personal y de equipos, tanto gubernamentales como privados, que el país destina específicamente a dichos programas;

Que es fundamental evaluar el rendimiento y costo de los programas de salud, y que para ello son imprescindibles las estadísticas de los recursos y de los servicios que se prestan; y

Que, a pesar de su importancia, este tipo de estadísticas se encuentra poco desarrollado en la mayoría de los países americanos,

RESUELVE:

Recomendar que los Estados Miembros tomen medidas para la obtención de estadísticas de los recursos nacionales destinados a salubridad y de los servicios que con ellos se prestan a la colectividad, de tal modo que esta información facilite la planificación, desarrollo, evaluación y perfeccionamiento de los programas de salud.

RESOLUCION XXI**ESTADISTICAS ECONOMICO-SOCIALES
RELACIONADAS CON LA SALUD**

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana,

CONSIDERANDO:

Que hay una estrecha interdependencia entre el desarrollo económico, cultural y social de la colectividad y sus problemas de salud;

Que de esto resulta que los programas de salud deben formar parte de un plan integral de gobierno para mejorar las condiciones de vida de la población;

Que los encargados de los programas de salud necesitan disponer de estadísticas económico-sociales que contribuyan a darles una visión unitaria de la comunidad; y

Que, a pesar de que existe una información de esta índole en la mayoría de los países, no es suficientemente utilizada por los organismos de salud,

RESUELVE:

Recomendar a los Estados Miembros promover el uso de las estadísticas económico-sociales relacionadas con salud por las organizaciones de salubridad con el propósito de dar unidad a las acciones que tienden a elevar las condiciones de vida de la población.

RESOLUCION XXII

SERVICIO DE ESTADISTICA EN LOS ORGANISMOS DE SALUBRIDAD

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana,

CONSIDERANDO:

Que algunos de los datos estadísticos básicos que los organismos de salubridad necesitan, deben someterse, en estos departamentos, a un proceso de recolección, elaboración y análisis de tal modo que puedan usarse constante y oportunamente para la planificación, desarrollo, evaluación y perfeccionamiento de los programas de salud;

Que además de la información estadística anteriormente mencionada, es igualmente necesario el uso de datos estadísticos producidos por otros organismos nacionales; y

Que para un adecuado aprovechamiento de la información estadística en los programas de salud es necesario que estadísticos con conocimientos básicos en salubridad colaboren estrechamente con quienes desarrollan estos programas,

RECOMIENDA:

1. Que los Estados Miembros creen o impulsen y fortalezcan el servicio de estadística en los organismos de salubridad, dotándolos de medios materiales y de personal estadístico que tenga un adiestramiento adecuado.

2. Que con el fin de coordinar los diversos organismos que producen estadísticas de interés sanitario, los Estados Miembros fomenten la creación y desarrollo de Comités Nacionales de Estadísticas Vitales y Sanitarias, de acuerdo con el Informe de la Primera Conferencia Internacional sobre Comités Nacionales de Estadísticas Vitales y Sanitarias.

3. Que con el objeto de producir datos básicos fidedignos, esenciales a las estadísticas vitales, se establezca la coordinación local de los servicios de salubridad, de registro civil y de estadística.

RESOLUCION XXIII

**DIVULGACION Y ENSEÑANZA DE LAS ESTADISTICAS
APLICADAS A SALUBRIDAD**

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana,

CONSIDERANDO:

Que para mejorar la exactitud y fidelidad de los datos estadísticos necesarios en la planificación, desarrollo, evaluación y perfeccionamiento de los programas de salud, es indispensable la enseñanza a los profesionales que trabajan en este programa (médicos, enfermeras, ingenieros sanitarios, visitadoras sociales, educadores sanitarios etc.) de los métodos estadísticos y su aplicación a salubridad;

Que con la misma finalidad, es igualmente necesario que el personal estadístico perfeccione el nivel de sus conocimientos técnicos; y

Que es evidente la conveniencia de acrecentar los estímulos para que progresivamente se vayan formando cuerpos de estadísticos y oficiales de estadística idóneos,

RESUELVE:

1. Recomendar a los Estados Miembros que, respecto de los profesionales que trabajan en salubridad:

- (a) Incluyan en el curriculum de las Escuelas de Medicina, de Enfermería, de Servicio Social, etc., la enseñanza de los métodos estadísticos aplicados a salubridad; y
- (b) Orienten la enseñanza de estadística impartida por las Escuelas de Salubridad a su aplicación práctica en los programas de salud.

2. Recomendar a los Estados Miembros que, respecto de los funcionarios de servicios de estadística, y según sean sus necesidades nacionales, desarrollen programas de enseñanza en los siguientes niveles:

- (a) Cursos universitarios para la formación de estadísticos, con sólidas bases en matemáticas y especialización en diversas disciplinas, salubridad entre ellas;
- (b) Cursos de especialistas en salubridad para los estadísticos que tengan conocimientos universitarios básicos;
- (c) Cursos de nivel medio en las Escuelas de Salubridad para los funcionarios de servicios de estadística que hayan completado estudios de humanidades; y
- (d) Cursos de adiestramiento en los propios servicios de estadística para los oficiales que trabajan a nivel local o central, en la recolección y manejo de la información estadística original.

3. Recomendar a los Estados Miembros la creación de la carrera funcionaria de estadístico, en la que se contemplen escalafones adecuados y salarios suficientes.

4. Recomendar a los Estados Miembros que estimulen el trabajo en equipo de los profesionales de salubridad con los estadísticos, a fin de divulgar la aplicación de los métodos estadísticos a los programas de salud y a la investigación clínica.

RESOLUCION XXIV

**RESUMEN DE LOS INFORMES DE LOS
ESTADOS MIEMBROS PARA 1954-1957**

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana,

CONSIDERANDO:

Que el "Resumen de los Informes de los Estados Miembros 1950-1953", preparado por la Oficina Sanitaria Panamericana, es un valioso documento para conocer los problemas de salud de las Américas y para coordinar los programas de salubridad; que contiene informes estadísticos sobre población, natalidad, mortalidad, morbilidad por enfermedades transmisibles, personal y organización de servicios de salubridad y descripción de algunos programas; y

Que es evidente que los datos de estos informes no son estrictamente comparables debido a diferencias en las definiciones y en los procedimientos seguidos por los diversos países.

RESUELVE:

Recomendar a los Estados Miembros que:

- (a) Inicien de inmediato el mejoramiento de estos datos estadísticos, de acuerdo con las recomendaciones de los organismos internacionales; y
- (b) Alcancen un acuerdo para ampliar la información estadística que deberían contener sus informes a la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana, y que determinen los procedimientos para obtenerla y los métodos para asegurar su comparabilidad internacional, con la activa cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana y por medio de seminarios y otras actividades destinadas a intercambiar ideas y procedimientos.

RESOLUCION XXV

**METODOS PARA MEJORAR LA EXACTITUD Y FIDELIDAD
DE LOS DATOS ESTADISTICOS PRIMARIOS
INDISPENSABLES PARA PROGRAMAS DE SALUD**

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Considerando la importancia que las estadísticas tienen para la planificación, desarrollo, evaluación y perfeccionamiento de los programas de salud; y

Tomando en cuenta las deliberaciones sostenidas en el seno del Grupo de Trabajo nombrado para estudiar ese tema y el informe y recomendaciones propuestas por el mismo,

RESUELVE:

1. Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que, de acuerdo con sus posibilidades, estimule el desarrollo de las recomendaciones técnicas contenidas en el informe sobre "Métodos para mejorar la exactitud y fidelidad de los datos estadísticos primarios indispensables para programas de salud" del Grupo de Trabajo ad hoc, dando cuenta en sus informes anuales al Consejo Directivo de las gestiones que la Oficina haya realizado en este sentido.

2. Solicitar a la Oficina Sanitaria Panamericana que asista a los Estados Miembros, en la mayor amplitud posible, con el objeto de desarrollar programas de educación y adiestramiento en estadísticas aplicadas a salubridad.

3. Encomendarle al Director de la Oficina que dé amplia difusión al trabajo preparado por el Dr. Enrique Pereda (Documento CSP14/26) y al informe del Grupo de Trabajo ad hoc (Documento CSP/14/69, Rev. 1).

METAS EN ESTADISTICAS DE SALUD

TEN-YEAR GOALS IN HEALTH STATISTICS



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

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the
WORLD HEALTH ORGANIZATION

METAS EN ESTADÍSTICAS DE SALUD PARA EL DECENIO

El Comité Regional Asesor sobre Estadísticas de Salud,⁽¹⁾ que se reunió en Washington entre el 11 y el 13 de junio de 1962, consideró la planificación requerida para la próxima década a fin de alcanzar las metas establecidas en la Carta de Punta del Este. Recomendó que se establezcan las metas de la Organización Panamericana de la Salud en el campo de las estadísticas para el decenio. Estas metas se han establecido y se presentan esquemáticamente a continuación.

Población

1. Realización de un censo alrededor de los años 1960 y 1970. Disponibilidad de las tabulaciones dentro de los dos años siguientes a la fecha del censo y publicación completa antes de los cuatro años.

Expectativa de vida

2. Elaboración de tablas de vida en todos los países, con datos para los períodos comprendidos alrededor de los años 1960 y 1970, con correcciones por las deficiencias que puedan existir en el registro de las defunciones. En caso de haber deficiencias en los datos para la totalidad del país, se dará preferencia a la elaboración de tablas basadas en áreas de registro con estadísticas de mortalidad y datos de población de buena calidad.

(1) *Comite Regional Asesor sobre Estadísticas de Salud, segundo informe, Publicaciones Científicas No.65, OSP, 1962.*

TEN-YEAR GOALS IN HEALTH STATISTICS

The Regional Advisory Committee on Health Statistics,⁽¹⁾ which met in Washington on 11-13 June 1962, gave consideration to the planning required for the next decade in order to achieve the goals set forth in the Charter of Punta del Este. It recommended that the goals of the Pan American Health Organization in the field of statistics for the next decade be established. These goals have been set forth and are outlined below:

Population

1. Census taken in or around 1960 and in or around 1970. Tabulations released within 2 years and published in not less than 4 years.

Life Expectancy

2. Preparation of a life table for each country around 1960 and around 1970 corrected for deficiencies in registration of deaths. Life tables for large registration areas based on accurate mortality and census data are preferable to those for the entire country when there are deficiencies in registration.

(1) *Regional Advisory Committee on Health Statistics, Second Report, Scientific Publications No.65, PAHO, 1962.*

Estadísticas vitales

3. Establecimiento de sistemas de registro de nacimientos y defunciones en todos los países, con cobertura total.

4. Mejoramiento de la calidad de los datos a través de las medidas siguientes:

- a. Pruebas del grado de integridad del registro.
- b. Establecimiento de áreas de demostración para obtener datos de mortalidad de buena calidad, en la etapa inicial y final del período de 10 años. Se debe estudiar con detenimiento la mortalidad de los niños menores de 5 años de edad.
- c. Extensión rápida de los procedimientos utilizados en las áreas de demostración, al resto del país.
- d. Adopción del modelo internacional del certificado médico de causa de defunción y del uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades.
- e. Mejoramiento de la calidad de la certificación médica de causas de defunción.

Enfermedades de declaración obligatoria

5. Desarrollo de los sistemas de notificación de las enfermedades de declaración obligatoria, hacia el logro de una cobertura total, incluyendo:

- a. Énfasis en el mejoramiento de la notificación proveniente de los hospitales, clínicas, centros de salud y médicos para lograr la cobertura total del país.

Vital Statistics

3. Development of registration systems of births and deaths in each country with complete coverage.

4. Improvement of quality of data by the following measures:

- a. Tests of completeness of registration.
- b. Establishment of demonstration areas to provide accurate data on mortality now and at the end of 10-year period. Special emphasis is to be placed on mortality of children under 5 years of age.
- c. Rapid extension of procedures from demonstration areas to country.
- d. Adoption of international form of medical certificate of cause of death and use of International Classification of Diseases.
- e. Improvement in medical certification of causes of death.

Notifiable Diseases

5. Development of complete coverage in reporting system of notifiable diseases with the following:

- a. Emphasis on improvement of reporting by hospitals, clinics, health centers and physicians to cover the entire country.

- b. Atención especial a la notificación completa y correcta de las enfermedades cuarentenables y de otras enfermedades que son objeto de programas de erradicación, v.g. paludismo y pian.
- c. Tabulación continua y utilización de los informes.
- d. Los informes anuales deberán completarse dentro de los 6 primeros meses del año siguiente.

Estadísticas hospitalarias

6. Desarrollo de las estadísticas hospitalarias por medio de las actividades siguientes:

- a. Organización de un departamento central o unidad de registro y estadística en cada hospital.
- b. Introducción de la Clasificación Internacional de Enfermedades adaptada para índices de diagnósticos y estadísticas de morbilidad.
- c. Provisión de datos al día sobre el número de hospitales, camas, y admisiones por hospitales en el país.
- d. Desarrollo de las estadísticas de morbilidad para uso en el planeamiento dentro de los hospitales y en el país.
- e. Provisión de personal adiestrado en estadísticas hospitalarias en el Ministerio de Salud, en coordinación con las oficinas de estadística y planificación.
- f. Establecimiento de áreas experimentales para el estudio de métodos.

- b. Special attention to complete and accurate reporting of quarantinable diseases and others with eradication programs, namely, malaria and yaws.
- c. Current tabulation and use of reports.
- d. Annual reports completed within 6 months of end of year.

Hospital Statistics

6. Development of hospital statistics by the following activities:

- a. Organization of a central department or unit of records and statistics in each hospital.
- b. Introduction of International Classification of Diseases for diagnostic indices and morbidity statistics.
- c. Provision of current data on number of hospitals, beds and admissions by hospitals in the country,
- d. Development of morbidity statistics for use in planning for the hospital and for the country.
- e. Provision for trained personnel in hospital statistics in the Ministry of Health with liaison with statistical and planning offices.
- f. Establishment of experimental areas for study of methods.

7. Establecimiento de metas en cada país para el adiestramiento del personal especializado en fichas clínicas y estadísticas hospitalarias. Consideración de las posibilidades de desarrollo de centros de adiestramiento en el país, coordinados con otros programas de adiestramiento que tenga el país para los próximos 10 años.

Estadísticas de servicios

8. Establecimiento de sistemas para la recolección de datos sobre servicios prestados por las clínicas, incluyendo las de los centros de salud, los servicios del seguro social y los hospitales.

Estadísticas de recursos

9. Recolección continua de datos sobre recursos, incluyendo: personal, instalaciones disponibles, escuelas y cursos para el personal de salud, gastos para salud, etc.

Investigación operativa

10. Exploración del desarrollo de una nueva metodología en estadísticas de salud.

Planeamiento de salud

11. Utilización de las estadísticas para el planeamiento, con la cooperación de estadísticos.

Educación y adiestramiento

12. Desarrollo de planes específicos para el adiestramiento del personal de acuerdo con las recomendaciones de los decanos y profesores de bioestadística de las escuelas de salud pública, que incluyen:

7. Establishment of goals in each country for training of personnel to work on medical records and hospital statistics. Consideration of developing training center in the country. Incorporation of training plans in those for country for the 10 years.

Service Statistics

8. Establishment of systems for collection of data on services rendered by clinics including those in health centers, social security facilities and hospitals.

Statistics of Resources

9. Current collection of data on resources including manpower, facilities, schools and courses for health personnel, expenditures for health etc.

Operational Research

10. Exploration of development of new methodology in health statistics.

Health Planning

11. Utilization of statistics for planning with cooperation of statisticians.

Education and Training

12. Development of specific plans for training of personnel in accordance with recommendations of deans and professors of biostatistics of schools of public health to include the following:

- a. Adiestramiento especializado para los profesores de estadística médica y directores de estadísticas de salud en cursos avanzados en escuelas seleccionadas.
- b. Cursos para técnicos estadísticos en cada escuela de salud pública.
- c. Cursos nacionales para empleados de estadística.
- d. Adiestramiento para el personal que trabaja en fichas clínicas y estadísticas hospitalarias.
- e. Preparación especial para investigación.

**Servicio de estadística
en los ministerios de salud**

13. Establecimiento de un Servicio a un nivel adecuado, que sea accesible y responda a todas las necesidades del Ministerio. (Segundo Informe del Comité Regional Asesor sobre Estadísticas de Salud, OSP, Pub. Cient. No. 65, agosto de 1962.)

- a. Specialized training for professors of medical statistics and directors of health statistics in advanced courses in selected schools.
- b. Courses for statistical technicians in each school of public health.
- c. National courses for statistical clerks.
- d. Training for personnel working in medical records and hospital statistics.
- e. Special preparation for research.

**Statistical Service
in the Ministry of Health**

13. Establishment of a Service at a proper level accessible and responsive to all needs of the Ministry. (Second Report of Regional Advisory Committee on Health Statistics, PASB, Sc. Pub. No. 65. Aug. 1962.)

COMITE REGIONAL ASESOR SOBRE ESTADISTICAS DE SALUD

Segundo Informe



Publicaciones Científicas
No. 65

Agosto de 1962

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
1501 NEW HAMPSHIRE AVENUE, N.W., WASHINGTON 6, D.C., E.U.A.

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

COMITE REGIONAL ASESOR SOBRE ESTADISTICAS
DE SALUD

Segundo Informe

	Página
I. Introducción	7
II. Planificación para la próxima década	8
A. Función de la estadística en el logro de las metas establecidas en la Carta de Punta del Este	8
B. Métodos para asegurar la máxima contribución por parte de los estadísticos ...	9
III. Programa ampliado de educación y adiestramiento	11
A. Desarrollo de los programas	12
B. Planes para el futuro	14
C. Adiestramiento sobre manejo de fichas clínicas y estadísticas hospitalarias	15
IV. Desarrollo de la investigación	17
A. Programa en funcionamiento	17
B. Desarrollo de la investigación sobre epidemiología del cáncer	18
C. Ampliación de la Investigación de Mortalidad	19
D. Investigación operativa	19
V. Consideración de la política de la OPS con respecto a servicios estadísticos en los organismos de salud.....	20

COMITE REGIONAL ASESOR SOBRE ESTADISTICAS
DE SALUD

Washington, D.C., 11-13 de junio de 1962

Miembros

- Dr. Harold Dorn, Jefe, Departamento de Investigaciones Biométricas, Instituto Nacional de Cardiología, Institutos Nacionales de Salud, Bethesda, Maryland
- Dr. Carlos Ferrero, Coordinador del Programa de Estadísticas Vitales y Sanitarias, Provincia de Buenos Aires, y Profesor de Bioestadística de la Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Buenos Aires, Argentina (Rapporteur)
- Dr. John Fertig, Profesor de Bioestadística, Escuela de Salud Pública y Medicina Administrativa, Universidad de Columbia, Nueva York, N. Y.
- Dr. Forrest E. Linder, Director, Centro Nacional de Estadísticas de Salud, Servicio de Salud Pública, Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, Washington, D. C. (Presidente)
- Dr. Noel Manceau, Profesor de Bioestadística, Escuela Nacional de Salud Pública, y Director del Servicio Federal de Bioestadística, Ministerio de Salud, Rio de Janeiro, Brasil
- Dr. Iwao Moriyama, Jefe, Oficina de Análisis de Estadísticas de Salud, Centro Nacional de Estadísticas de Salud, Servicio de Salud Pública, Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, Washington D.C. (Asesor del Director del Centro Nacional de Estadísticas de Salud)
- Dr. Enrique Pereda, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile (No pudo asistir)

Miembros (continuación)

Dr. Matthew Tayback, Sub-Comisionado, Sección de Investigación y Planificación, Departamento de Salud de la Ciudad de Baltimore, Baltimore, Md.

Dr. David Tejada, Jefe, Programa Nacional de Bioestadística, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Lima, Perú

Organización Mundial de la Salud

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

Representantes de otros Organismos Internacionales

Sr. Octavio Cabello, Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina, Santiago, Chile

Sr. Alfonso Perea, Especialista de Programas, Instituto Interamericano de Estadística, Washington, D. C.

Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades

Dr. Darío Curiel, Director, Caracas, Venezuela

Secretaría - Oficina Sanitaria PanamericanaPersonal de campo

Dr. W. E. Charter, Consultor Estadístico para la Zona I, Kingston, Jamaica

Dr. José Coll, Consultor Estadístico para la Zona IV, Lima, Perú

Srta. Carol Lewis, Consultora en Fichas Clínicas, Zona VI, Buenos Aires, Argentina

Dr. Eduardo Sarué, Consultor Estadístico para la Zona III, Guatemala, Guatemala, (Asignado temporalmente a Caracas, Venezuela)

Dr. Raúl Vargas, Consultor Estadístico para la Zona VI, Buenos Aires, Argentina

Miembros (continuación)

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

Personal del Departamento de Estadísticas de Salud en Washington, D. C.

Srta. Mary Burke, Estadístico de Enfermedades Crónicas

Dr. G. W. Griffith, Epidemiólogo, Investigación Interamericana de Mortalidad

Dra. Ruth R. Puffer, Jefe

Dra. Gertrud Weiss, Oficial Médico, Investigación Interamericana de Mortalidad

COMITE REGIONAL ASESOR SOBRE ESTADISTICAS DE SALUD

Segundo Informe

I. Introducción

El Comité Regional Asesor sobre Estadísticas de Salud se reunió en Washington, D. C. del 11 al 13 de junio de 1962. En la sesión inaugural el Dr. Abraham Horwitz, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, dió la bienvenida a los miembros y describió los campos en los cuales se pusieron en ejecución las recomendaciones de la primera reunión, celebrada en 1960. Se expusieron tres actividades específicas sustentadas por el Comité.

Este apoyó las recomendaciones emitidas por la Conferencia Sudamericana sobre Enseñanza de Estadística Médica y, de acuerdo con el programa recomendado, el profesor de Estadística de la Escuela de Higiene y Salud Pública de São Paulo elaboró planes para cursos breves en 1961 y 1962, que son financiados mediante un subsidio para adiestramiento en investigación, proveniente de los Institutos Nacionales de Salud del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. Estos cursos sirven de estímulo para el estudio de la estadística médica y para la utilización de métodos estadísticos en investigación.

En segundo término, un hecho importante fue la iniciación de actividades regionales encaminadas a la preparación de la Revisión de 1965, de la Clasificación Internacional de Enfermedades que es una responsabilidad de la Organización Mundial de la Salud. Como consecuencia, se realizó la primera reunión del Comité Regional Asesor sobre Clasificación, del 20 al 24 de febrero de 1961, y desde ese momento, se han puesto a prueba en varios países las clasificaciones propuestas para enfermedades nutricionales, diarreicas e infecciosas. La segunda reunión de este Comité Regional Asesor se celebrará el 14 de junio de 1962.

Un tercer evento de relieve es la iniciación del proyecto de investigación denominado Desarrollo Regional de Estudios Epidemiológicos, que incluye la Investigación Interamericana de Mortalidad, que se llevará a cabo entre 1961 y 1965. En este programa de investigación para el cual los Institutos Nacionales de Salud han otorgado un subsidio, se recolectarán datos en diez ciudades de las Américas, prestando especial atención al cáncer y a las enfermedades cardiovasculares. Se obtendrá para el análisis información completa de alrededor de 40,000 defunciones de adultos.

El Director informa que la Organización enfrenta ahora nuevos problemas y se han solicitado a este Comité recomendaciones sobre la planificación para la próxima década. Los objetivos principales de esta segunda reunión del Comité Regional Asesor sobre Estadísticas de Salud son los de obtener asesoramiento acerca de la función de los estadísticos en la planificación para los próximos diez años, incluyendo la ampliación de los programas de educación y adiestramiento, y preparar las recomendaciones para el cumplimiento de un programa intenso destinado a mejorar los datos estadísticos básicos y a ampliar el programa de investigación.

II. Planificación para la próxima década

A. Función de la estadística en el logro de las metas establecidas en la Carta de Punta del Este

Las resoluciones de la Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Ministerial, celebrada en Punta del Este, Uruguay¹, reconocen la necesidad de acelerar el desarrollo económico y social de los países latinoamericanos a fin de que ellos puedan alcanzar máximos niveles de bienestar. Se indicaron los elementos importantes en los programas de desarrollo nacional, incluyéndose entre ellos la salud.

La Resolución A.2 de la Alianza para el Progreso indica la necesidad de planificar programas de salud para el progreso en la próxima década, que estén debidamente coordinados con los programas económicos y sociales de las naciones. La planificación requiere datos estadísticos tanto para la determinación de los problemas de salud y de los recursos disponibles, como para la evaluación de la utilización de dichos recursos y del progreso realizado hacia el logro de los objetivos. La Carta de Punta del Este recomienda específicamente el mejoramiento de la recopilación y análisis de las estadísticas vitales y de salud "como base para formular y evaluar los planes nacionales de salud". En consecuencia, es esencial contar con estadísticos adiestrados, con una orientación adecuada acerca de los objetivos y técnicas para las actividades de planificación en salud.

B. Métodos para asegurar la máxima contribución por parte de los estadísticos

Después de considerar minuciosamente la función de la estadística para lograr las metas establecidas para la próxima década y para asegurar su adecuada aplicación a la planificación y evaluación del progreso alcanzado, el Comité recomienda que la Organización realizara las siguientes cinco actividades:

1. Organizar conferencias sobre planificación en materia de salud, para estadísticos que ocupen puestos importantes en los servicios de salud. En estas conferencias se deberá delinear la función de la estadística en el proceso de planificación en materia de salud. También deberá hacerse hincapié sobre la producción y utilización de los datos requeridos. Para el mutuo entendimiento sobre la necesidad de trabajar en equipo cuando se trata de planificar, también deberían participar de estas conferencias otros miembros profesionales del personal, tales como administradores de salud, ingenieros, etc. Tales conferencias son necesarias para el personal de todos los países latinoamericanos. En relación

con una conferencia de esta naturaleza, se solicitó a la Organización que promoviera, juntamente con otras agencias, la realización de una reunión de Comités Nacionales de Estadísticas Vitales y de Salud.

2. Organizar cursos breves para estadísticos, de seis semanas a dos meses de duración sobre planificación en materia de salud, similares a los destinados a administradores que tienen a su cargo los programas nacionales de planificación. Deberían destacarse en forma adecuada los aspectos estadísticos y la función de los estadísticos en el proceso de la planificación. A fin de facilitar la coordinación con el personal profesional encargado de la planificación para el desarrollo económico y social, los cursos deberían contar con la asistencia de otros especialistas. Los consultores de estadística de la organización deberán participar en los cursos sobre planificación en materia de salud.

3. Aumentar el personal que presta servicios consultivos de estadística, para poner especialmente de relieve sus importantes contribuciones en el campo de la planificación para la salud.

4. Establecer áreas experimentales para poner a prueba en forma adecuada los métodos y procedimientos diseñados para obtener datos apropiados para la planificación. A fin de superar algunas de las deficiencias de los datos requeridos para la planificación, el Comité propone las cinco áreas siguientes:

- a. Proyectos en zonas urbanas y rurales para el desarrollo de estadísticas vitales (tanto para el rápido mejoramiento de la calidad, como de la cobertura).
- b. Programa para el desarrollo de datos esenciales para la planificación en zonas urbanas.

- c. Proyecto para la utilización de datos existentes de morbilidad, para la determinación de problemas de salud en programas generales, incluso los de medicina preventiva y curativa.
- d. Proyectos de demostración sobre fichas clínicas y estadísticas de hospitales, que sirvan como centros de adiestramiento para el personal de hospitales.
- e. Proyectos para la recolección y utilización de estadísticas de servicio teniendo en cuenta las necesidades cada vez mayores de planificar con respecto a los recursos de personal en campos específicos.

5. Establecer metas en lo que respecta a la Organización en el campo de la estadística, para el período de diez años.

III. Programa ampliado de educación y adiestramiento

A fin de suministrar datos esenciales para una cabal planificación y para la evaluación de los programas, es esencial un programa de educación y adiestramiento que abarque los campos de estadísticas médicas, hospitalarias y de salud, destinado al personal que trabaja en los niveles profesional, técnico y auxiliar. En este proceso es primordial el empleo del método estadístico, el cual debe enseñarse no solamente para la utilización de técnicas y procedimientos, sino también para poder interpretar plenamente el razonamiento y los preceptos lógicos implicados en la atención de las necesidades de una colectividad o nación, de acuerdo con los recursos de una economía planificada.

A. Desarrollo de los programas

Se han llevado a cabo varios programas de educación, con éxito cada vez mayor, en escuelas de Salud Pública y de medicina de América Latina. Se han dictado muchos cursos breves especiales, principalmente para estimular el interés en campos específicos. Por ejemplo, en 1960, los profesores del Departamento de Farmacología de la Facultad de Medicina, del Instituto Bacteriológico y de la Escuela de Salud Pública de Chile dieron un curso sobre métodos estadísticos aplicados a la evaluación biológica. Los consultores de la Organización han enseñado estadística médica en Argentina, Brasil, Chile y en otros varios países en donde existía interés en aplicar los métodos estadísticos y recibir adiestramiento más intensivo. La Escuela de Salud Pública de México ha suministrado cursos de cinco o seis meses de duración para estadísticos que trabajan en los estados.

Desde 1944, la Escuela de Salud Pública de Santiago de Chile ha estado realizando cursos sobre estadísticas aplicadas. A partir de 1953, el profesorado de esta escuela ha llevado a cabo anualmente un programa internacional de adiestramiento en estadísticas vitales y de salud. Durante el período 1953-1961, han recibido adiestramiento 293 estudiantes provenientes de 20 países. En el curso de 1961-1962 se impartió especialización en bioestadística para médicos y otros graduados universitarios que habían seguido el curso de licenciados en salubridad para médicos y otros profesionales.

La Conferencia Sudamericana sobre Enseñanza de Estadística Médica de 1958 recomendó el establecimiento de cursos sobre estadística médica en América Latina. En 1961 se dió en la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de São Paulo el primer curso de estadística aplicada a los servicios de medicina. Asistieron al curso, que tuvo una duración de seis semanas, 52 estudiantes provenientes de los profesados de facultades de medicina, odontología, medicina veterinaria y de servicios de salud

de 12 países latinoamericanos. Muchos de estos estudiantes han sido invitados para un curso adicional avanzado de seis semanas, en 1962. También se dará en São Paulo, en 1962, un curso sobre teoría de probabilidades y un segundo curso elemental de seis semanas. La enseñanza impartida en estos cursos permitirá a los miembros del profesorado dar clases sobre bioestadística, proporcionar servicios de asesoramiento sobre diseño estadístico para la investigación médica y apreciar el valor de las estadísticas vitales y de salud para los servicios de salud.

En 1961, la Segunda Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina² prestó especial atención a la enseñanza de la bioestadística y a la función de la estadística en las actividades relacionadas con la salud, e hizo recomendaciones para el programa de actividades de los departamentos de estadística. Se estableció una diferenciación con respecto a la preparación de personal de estadística a tres niveles:

1. Nivel profesional, caracterizado por una preparación universitaria básica.

2. Técnicos en estadísticas de salud, sin preparación universitaria pero a cargo de las estadísticas de salud (estadísticas hospitalarias, vitales, sobre enfermedades transmisibles, etc.).

3. Personal auxiliar.

Se reconoció el hecho de que no todas las escuelas de salud pública podrían preparar estadísticos en un nivel profesional. Sería de incumbencia de esas escuelas la preparación del segundo grupo, es decir, los técnicos en estadísticas de salud. El adiestramiento de personal auxiliar podría llevarse a cabo a través de los servicios de salud, con la ayuda de las escuelas de salud pública.

B. Planes para el futuro

Considerando los resultados satisfactorios logrados en los centros de Santiago, São Paulo y otros sitios, el Comité recomienda enfáticamente que se suministren recursos, no sólo para apoyar y mejorar los programas establecidos anteriormente, sino también para permitir la necesaria ampliación. En el campo de la estadística médica, se recomienda que el próximo paso sea el de proporcionar adiestramiento para profesores, mediante un programa de uno o dos años. Se necesitarán fondos para un programa de cinco años que ya ha sido planeado en São Paulo. Con base en la experiencia de las escuelas de salud pública, especialmente las de São Paulo y Santiago, el Comité recomienda que se ponga todo empeño en obtener los recursos necesarios para mantener y ampliar estos centros de adiestramiento y para crear, tan pronto como sea posible, otros centros que permitan el adiestramiento de personal estadístico a los niveles que se consideren necesarios.

El Comité recomienda que cada una de las escuelas de salud pública realice cursos de estadística a nivel intermedio, por ejemplo para técnicos en estadísticas de salud, y que preste ayuda en el adiestramiento de personal auxiliar. Deberá hacerse plena utilización del nuevo centro de adiestramiento establecido en Chile en 1962 por el Instituto Interamericano de Estadística, denominado Centro Interamericano de Enseñanza Estadística (CIENES). Se indicó la necesidad de contar con personal adiestrado en registro civil en muchas áreas de América Latina. El Comité cree que puede pedirse al CIENES que dé cursos especiales en este campo, como parte de un curso de estadísticas vitales.

La demanda de personal con adiestramiento en estadística está aumentando en casi todos los países latinoamericanos. En consecuencia, el Comité recomienda que se procuren fondos adicionales para becas, a fin de que puedan prepararse candidatos potenciales para que presten servicios

en América Latina. Deberán considerarse los recursos de los diferentes centros de adiestramiento. Algunos de estos centros deberían concentrarse más activamente en un programa de estadística médica y otros en estadísticas vitales y de salud, siempre de acuerdo con las condiciones locales y las necesidades del país.

Reconociendo que la deficiencia del personal adiestrado persistirá por algún tiempo, el Comité recomienda que se realicen cursos breves de estudios avanzados sobre muestreo, planificación y otras materias especiales, para aumentar el conocimiento de los estadísticos en estos campos. A fin de llevar a cabo programas de adiestramiento que den buenos resultados, el Comité recomienda que la Organización actúe de estímulo para que los gobiernos faciliten el adiestramiento de estadísticos, garantizando puestos a tiempo completo a la terminación de los estudios, y deroguen reglamentaciones que interfieran con el apoyo del adiestramiento.

Finalmente, el Comité recomienda, en lo posible, el fomento de técnicas pedagógicas que tiendan a simplificar o facilitar la enseñanza de la estadística.

C. Adiestramiento sobre manejo de fichas clínicas y estadísticas hospitalarias

Las estadísticas hospitalarias revisten gran importancia en lo que respecta a la administración de la atención médica al nivel local y nacional. Los datos sobre hospitales, si están elaborados en forma adecuada, pueden suministrar información sobre morbilidad y administración aplicable a la planificación. Para establecer programas hospitalarios eficientes, tanto desde el punto de vista del hospital en sí, como en el orden nacional, se necesitan datos sobre la utilización de camas de hospital, pacientes tratados, y servicios prestados. La experiencia de varios países latinoamericanos ha demostrado la falta de personal calificado para hacerse cargo de las fichas clínicas y de las estadísticas hospitalarias. El primer paso hacia el suministro de datos adecuados es el adiestramiento en este tipo de personal.

Los medios para adiestrar personal estadístico para hospitales (conocido en los Estados Unidos como "medical record librarians") en los países de habla hispana son limitados o no existen en absoluto. Se están llevando a cabo programas de adiestramiento en Puerto Rico, Venezuela y Brasil. En Argentina se realizó un curso de seis meses en 1961, con la participación de la Organización.

A fin de atender a las necesidades de adiestramiento en este campo, el Comité propone que se realicen cursos acelerados de fichas clínicas y de estadística para hospitales en varios países para adiestrar maestros y jefes de departamentos de estadística en hospitales, así como el personal de estadística de los hospitales. El curso de adiestramiento deberá establecerse para atender a las necesidades del personal que trabaja en los hospitales, tanto grandes como pequeños. En vista de la magnitud de la tarea, es aconsejable iniciar programas de adiestramiento tan pronto como sea posible.

Como complemento a la ayuda que se preste al establecimiento de programas de adiestramiento en estadísticas hospitalarias, la Organización deberá realizar estudios sobre atención médica y hospitalaria en los diferentes países, en cuanto a sistemas de registro de historias clínicas y estadísticas hospitalarias. Por ejemplo, es conveniente hacer una exploración para saber cuáles son los datos que se necesitan para la planificación de programas de atención médica, la forma en que puedan establecerse sistemas de muestreo, etc.; Deberá emprenderse una tarea exploratoria considerable; es conveniente la utilización de definiciones y estándares internacionales.

Por cuanto muchos de los hospitales de los países latinoamericanos forman parte de sistemas gubernamentales, se ofrece una oportunidad para un rápido progreso en el campo de las estadísticas hospitalarias. Por tanto el Comité recomienda que la Organización estimule el establecimiento de un programa de entrenamiento para el personal que trabaja con las fichas clínicas y las estadísticas hospitalarias y apoye la investigación en este campo.

IV. Desarrollo de la investigación

El Comité tiene la creencia de que la ampliación del programa de investigación de la Organización en el campo de la estadística deberá realizarse de acuerdo con la propuesta presentada más abajo.

A. Programa en funcionamiento

El Comité advierte que la Organización está realizando un extenso proyecto de investigación, la Investigación Interamericana de Mortalidad. Este proyecto de investigación, diseñado para 10 ciudades de las Américas, se hizo posible mediante un subsidio otorgado por los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos. El trabajo de campo se inició durante los primeros meses de 1962, como un primer paso para el desarrollo de estudios epidemiológicos regionales. Se recopilará y analizará la información completa de aproximadamente 40,000 defunciones por enfermedades y accidentes, de personas entre 15-74 años de edad, manteniendo en todo momento los mismos procedimientos de recolección de datos y de asignación y clasificación de las causas de defunción, a fin de poder obtener tasas de mortalidad ajustadas por edades, tan comparables como sea posible. La información preliminar obtenida de los primeros formularios recibidos indica hallazgos interesantes en las pautas de mortalidad de la población adulta de las ciudades participantes. También se están obteniendo del estudio provechosos rendimientos adicionales. Además de sus implicaciones de estímulo a la investigación, debe mencionarse el creciente reconocimiento por parte de los médicos sobre la importancia de la certificación médica adecuada de las causas de defunción; el evidente interés en este tipo de estudios para la investigación del cáncer, de las enfermedades cardiovasculares y de otras enfermedades; y la demostración de la eficiencia de los métodos usados para conducir esta clase de investigación.

Hasta este momento, el estudio ha puesto de manifiesto la escasez de trabajos patológicos en varias ciudades

de las Américas y la necesidad de aumentar los medios para la formación y adiestramiento de patólogos, tan rápidamente como sea posible.

B. Desarrollo de la investigación sobre epidemiología del cáncer

Los análisis de las estadísticas de mortalidad, disponibles para ciudades de las Américas, y los registros de autopsias y de otros exámenes patológicos realizados en hospitales, indican que puede que existan, en los países de las Américas, diferencias notables en la distribución del cáncer por localizaciones. El primer paso en el desarrollo de la investigación sobre el cáncer, para el estudio de los factores que originan esas diferencias, fue el establecimiento del programa de Desarrollo Regional de Estudios Epidemiológicos. Una parte del programa, la Investigación Interamericana de Mortalidad, ya está en marcha. Los resultados preliminares provenientes de este estudio, indican que aproximadamente el 25 por ciento de las defunciones totales entre las edades 15-74 años serán causadas por cáncer.

En vista de la importancia del problema indicada por la elevada proporción de defunciones por cáncer de personas de 15-74 años de edad, y considerando que se ha expresado interés en el desarrollo de estadísticas sobre cáncer en áreas y países seleccionados, tanto para mejorar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, como para propósitos de investigación, el Comité está de acuerdo en recomendar que la Organización prosiga con el planeamiento de la investigación epidemiológica sobre cáncer y continúe fomentando el estudio de la incidencia de esta enfermedad. Deberá convocarse para principios de 1963 una reunión de especialistas, con intereses y programas específicos en este campo, para planificar la investigación sobre la epidemiología del cáncer.

C. Ampliación de la Investigación de Mortalidad

En la Investigación Interamericana de Mortalidad, se están estudiando las defunciones de personas entre 15-74 años de edad. En el período de edad de 1-14 años, la mortalidad es excesiva debido a enfermedades transmisibles comunes propias de la infancia, tales como sarampión, tos ferina y difteria, enfermedades diarreicas y respiratorias. En unos pocos países, parecen estar aumentando las tasas de mortalidad por sarampión y difteria. En una ciudad, ya se ha iniciado un estudio sobre la mortalidad en la niñez, utilizando los procedimientos de la Investigación de Mortalidad. Cuando se finalice el trabajo de campo de la Investigación Interamericana de Mortalidad en 1964, parece aconsejable investigar cuidadosamente las causas de la excesiva mortalidad en niños, en varias de las ciudades que presentan tasas elevadas. Se propone que se suministren instalaciones de laboratorios para el trabajo de diagnóstico en este proyecto, de tal manera que sea posible la confirmación de las causas de defunción. Por cuanto en la mortalidad excesiva puede que influyan enfermedades causadas por virus, se necesitaría un laboratorio virológico.

El Comité tiene la creencia de que a medida que la Organización avance en la Investigación de Mortalidad estará en posición de emprender otros proyectos de investigación. El Comité da su apoyo y estímulo a la Organización para que amplíe su programa de investigación, a fin de interpretar las pautas de mortalidad en la Región.

D. Investigación operativa

Existe la necesidad de fomentar en las Américas el uso de métodos adecuados de investigación operativa en salud. Con una utilización más apropiada de los recursos existentes, pueden obtenerse resultados más eficientes. La investigación operativa es de utilidad para describir las fases defectivas de un proceso y para tomar las medidas necesarias para corregirlas. Se reconoce que hay necesidad de investigar la aplicabilidad de los métodos existentes y las posibilidades para idear métodos más apropiados que puedan utilizarse en el campo de la salud

El Comité recomienda que la Organización fomente las actividades en este campo, enviando consultores a los países y sugiere que las escuelas de salud pública incluyan en sus cursos de estadística la enseñanza de métodos de investigación operativa.

V. Consideración de la política de la OPS con respecto a servicios estadísticos en los organismos de salud

El rápido progreso social requiere programas planeados para lograr desarrollos simultáneos y equilibrados en salud y en otros campos. Para poder medir en forma adecuada los problemas, recursos y necesidades en materia de salud, es menester contar con datos sobre población, natalidad, morbilidad y mortalidad causada por enfermedades y accidentes, por condiciones desfavorables (sanitarias o de trabajo), por falta de abastecimiento adecuado de alimentos, etc. La inclusión del tema de estadísticas vitales y de salud en la Resolución A.2 de la Alianza para el Progreso indica claramente la importante función atribuida a las estadísticas.

A fin de ir hacia adelante en la planificación, utilizando la información sobre las condiciones de salud, es sumamente urgente el mejoramiento de la recopilación de estadísticas vitales y de salud. Durante muchos años, los dirigentes de salud de las Américas han hecho hincapié sobre la necesidad de contar con sistemas para la recolección y tabulación de las estadísticas vitales y de salud. El Artículo 14 del Código Sanitario Panamericano³ establece estos puntos principales. Aunque estas recomendaciones sobre sistemas de estadísticas vitales han existido desde 1924 y se han cumplido en muchos sentidos, debe hacerse mucho más a fin de suministrar los datos esenciales para la planificación. En vista de las necesidades inmediatas para la década, éste es un momento muy oportuno para tomar nuevas medidas que permitan concretar las recomendaciones del pasado.

Las oficinas que tienen a su cargo la recolección, tabulación y análisis de las estadísticas vitales varían según los países y sus funciones están a menudo divididas entre las oficinas de registro, de estadísticas y los servicios de salud. Debería desarrollarse ahora una máxima cooperación y coordinación entre estas oficinas, para tener datos rápidamente disponibles para la planificación; estos datos deberán ser de una calidad y tipo tal que puedan ser usados por los administradores en el campo de la salud, los planificadores y los economistas, como base de programas y para la evaluación del progreso alcanzado en el cumplimiento de las metas establecidas. En el campo de la salud, algunas de estas metas requieren datos de estadísticas vitales, tales como la meta de reducir a la mitad la presente tasa de mortalidad entre niños menores de 5 años de edad. Otra meta, consistente en la erradicación del paludismo y de la viruela, hace necesario disponer de sistemas completos de búsqueda de casos, notificación y certificación médica, con una coordinación adecuada para tener la seguridad de que los casos siempre se investigan inmediatamente y se toman medidas para prevenir su difusión. También se establecen como metas la intensificación de programas de control de otras enfermedades transmisibles comunes, tales como enfermedades entéricas y tuberculosis.

La Organización Panamericana de la Salud se ocupa primordialmente de prestar servicios de asesoramiento a los Ministerios de Salud y, en el campo de la estadística, a los servicios de estadística de los organismos de salud. La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana recomendó que "los Estados Miembros creen o impulsen y fortalezcan el servicio de estadística en los organismos de salubridad, dotándolos de medios materiales y de personal estadístico que tenga un adiestramiento adecuado".⁴ Así, se ha recomendado como línea de acción que cada Estado Miembro deberá tener un servicio de estadística en su correspondiente organismo de salud. Para los programas de salud se necesitan estadísticos especializados en estadísticas médicas y de salud, que trabajen como miembros importantes del equipo de salud. A fin de trabajar en forma

efectiva con el personal médico, el cual generalmente ha recibido su formación en escuelas de salud pública, los estadísticos también necesitan adiestramiento en las disciplinas de salud pública.

Se reconoce plenamente la importancia de la coordinación con otros organismos. La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud recomendaron el establecimiento y desarrollo de Comités Nacionales de Estadísticas Vitales y de Salud, a fin de coordinar los programas y eliminar duplicaciones.

Las estructuras administrativas de los Servicios Nacionales de Salud varían de acuerdo con los problemas de salud y con la importancia que se dirija a ciertos campos específicos. Ellas están siendo constantemente modificadas para que marchen al mismo paso que el progreso. En los últimos años, los Ministerios de Salud de varios países, entre ellos México, Perú y los Estados Unidos, han establecido servicios de estadística a un alto nivel funcional. Esto es importante por cuanto las actividades de una unidad general de estadística que esté colocada bajo una división con un campo específico de actividad, es susceptible de concentrarse en ese campo específico. Históricamente, los servicios de estadística se han formado con frecuencia como parte de programas de enfermedades transmisibles, debido a la magnitud de dichos problemas. Sin embargo, en la actualidad se reconocen plenamente los múltiples y variados campos de salud en los cuales se necesitan servicios de estadística.

En las Sedes Centrales de la Organización Mundial de la Salud y de la Oficina Sanitaria Panamericana, la estadística ocupa una alta posición dentro de la estructura orgánica. En ambos organismos se reconoce el hecho de que se necesitan servicios de estadística en todo tipo de programas. En consecuencia, el Comité está recomendando la siguiente línea de acción para las Américas.

En vista de las recomendaciones de la Carta de Punta del Este, instando a la planificación de programas de salud para la próxima década y en razón de la necesidad de contar con datos adecuados concernientes a estadísticas vitales y de salud, necesidades y recursos materiales y humanos para la planificación en materia de salud, y en vista de las recomendaciones del Código Sanitario Panamericano y de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, en el sentido de que se establezcan servicios de estadística dentro de los Organismos Nacionales de Salud,

El Comité Asesor recomienda que la Organización adopte una línea de acción que fomente

1. El establecimiento de un Servicio de Estadística, a un nivel adecuado, en los Ministerios de Salud, para hacer que esos servicios sean accesibles y respondan a todas las necesidades del Ministerio. El director del Servicio de Estadística deberá tener formación especial en materia de salud y estadísticas de salud y el personal deberá ser muy bien calificado.

2. El desarrollo de las siguientes funciones por parte del Servicio de Estadística:

- a. Recolectar y producir datos estadísticos continuos, que son esenciales para los programas de salud y que están a cargo del organismo de salud.
- b. Efectuar, como una función principal, análisis estadísticos de los datos de salud. La oficina de estadística deberá tener libre acceso a todos los datos básicos.
- c. Fomentar y establecer normas para los sistemas de recolección y producción de datos sobre salud.
- d. Fomentar el establecimiento y desarrollo de sistemas para la recolección de estadísticas de salud.

- e. Participar en actividades de planificación en materia de salud, con otros miembros del equipo de salud.
- f. Suministrar servicios de asesoramiento en la recolección y análisis de los datos sobre salud.
- g. Fomentar o conducir investigación operativa.
- h. Prestar ayuda a los Ministerios de Salud en su contribución a la planificación de programas nacionales para el desarrollo económico y social.
- i. Coordinar las actividades de las estadísticas en los servicios de salud con las de otros organismos gubernamentales, a través de medios apropiados, en particular mediante los comités nacionales de estadísticas vitales y de salud, de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

3. El suministro por parte del Servicio de Estadística, de los siguientes datos, para los Organismos Nacionales de Salud: (Aunque la recolección de algunos de los datos puede ser efectuada por otra agencia, el Servicio de Estadística en el Organismo de Salud tiene a su cargo la utilización y análisis de estos datos).

- a. Estadísticas de población.
- b. Estadísticas vitales.
- c. Estadísticas de morbilidad.
- d. Estadísticas de recursos destinados a salud y estadísticas de servicios.
- e. Estadísticas de saneamiento y de salud ambiental.
- f. Estadísticas socioeconómicas relacionadas con la salud.
- g. Estadísticas de gastos para la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alianza para el Progreso, OEA Documentos Oficiales, OEA Ser. H/XII.1 Unión Panamericana, Washington, D.C., 1961.
2. Segunda Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública en América Latina con Atención Especial a la Enseñanza de la Bioestadística, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana LII (3): 187-213, marzo de 1962.
3. "Código Sanitario Panamericano", Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud 4a Ed. Doc. Of. No. 42, Washington, D.C., abril 1962.
4. Actas de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, VI. Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, D.C., 1954.
5. Clasificación Internacional de Enfermedades, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1948.

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 ESTADÍSTICAS
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 Postgraduados 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 Milanesi, 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 será 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 podrán 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 podrían enviarse en informes separados sobre cada paciente o en forma de resumen, de acuerdo con el método de transmisión 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 revisen cuidadosamente 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 Sistemizada 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.