



Discusiones

Técnicas



XVI Reunión

Washington, D. C.
Septiembre-October 1965

XVII Reunión

Tema 19 del proyecto de programa

CD16/DI/7 (Esp.)
22 septiembre 1965
ORIGINAL: ESPAÑOL

MÉTODOS PARA MEJORAR LAS ESTADÍSTICAS VITALES Y DE SALUD

Séptimo Documento de Trabajo

ACCIONES PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DE LOS SISTEMAS
DE PRODUCCION DE ESTADÍSTICAS VITALES Y DE SALUD

por

Alberto E. Calvo S., M.D., M.P.H.
Director General del Departamento de Salud Pública
de Panamá

ACCIONES PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DE LOS SISTEMAS DE
PRODUCCION DE ESTADISTICAS VITALES Y DE SALUD

Alberto E. Calvo S., M.D., M.P.H.
Director General del Departamento de Salud Pública
de Panamá

SITUACION ACTUAL

En general se observa una preocupación por el valor efectivo y la utilización práctica y oportuna de las estadísticas que en el campo de la salud se están produciendo en los países, especialmente en desarrollo. Esta preocupación se basa primordialmente en los siguientes hechos:

1. El rápido progreso de técnicas y métodos en diferentes campos de la programación y planificación contrasta con el lento desarrollo de los sistemas de producción de estadísticas, hasta el punto que las primeras tienen que llevarse a cabo al margen de las tradicionales operaciones estadísticas, cuya escala de valores es, en la mayoría de los casos, de muy escasa utilidad.
2. La creciente complejidad de los programas y servicios del sector salud, como de otros sectores públicos, está produciendo un extraordinario volumen de datos transcritos en una interminable proliferación de formularios, gran porcentaje de los cuales no contribuye en forma relevante a la valorización del progreso hacia el cumplimiento de objetivos pre-determinados. Esto lleva generalmente a dos principales tendencias:
 - a. Desarrollo de oficinas centrales de elaboración estadística, superdotadas con equipo altamente costoso.
 - b. Producción en masa de datos de baja calidad, como consecuencia de los deficientes recursos locales y de los pobres sistemas de captación de los datos.

Todo ello contribuye a aumentar la distorsión de los elementos de juicio estadístico aplicables a la valorización del progreso y la eficiencia de los programas y la solución progresiva de los problemas.

3. La tendencia a aplicar complejos formularios para la captación de datos en todos los niveles, con el objeto primordial de aumentar la cobertura en perjuicio de la calidad, lleva a otra distorsión: la acumulación de datos no comparables debido a las diferencias de capacidad técnica de las fuentes de registro o captación. A ello se agrega la otra tendencia de incluir en los formularios datos sin importancia real por el solo hecho de ser fáciles de captar.
4. Los cambios en los criterios de cuantificación para la planificación, programación y evaluación o valoración, están produciendo una creciente demanda de otro tipo de indicadores a los tradicionales de natalidad, mortalidad y morbilidad y mientras que los sistemas para la captación

y procesamiento de estos datos tradicionales no han llegado aún a un grado mínimo de adecuación, los correspondientes a la valoración económica de los resultados de los programas del sector salud expresados en la relación costo-efecto, están aún por desarrollarse.

5. La falta de coordinación adecuada entre las múltiples estructuras técnicas encargadas o responsables de las estadísticas vitales y de los servicios de salud, tanto del sector público como del privado, con la estructura típica existente en la mayoría de los departamentos de salud pública, hace difícil sino imposible visualizar una estadística vital y de salud que represente criterios compatibles de conjunto, para cada país.
6. La falta de integración, en la práctica, del técnico estadístico a los programas y a los grupos de trabajo en los diferentes niveles, puede constituir un elemento de distanciamiento de las acciones estadísticas de las otras acciones de los servicios de salud y puede demorar la motivación indispensable que todo funcionario, al servicio de los programas de salud, debe tener hacia su participación activa en el proceso estadístico. En general parece persistir la idea de que el registro de los datos estadísticos es una acción secundaria o de poca importancia. Con excepción de los registros netamente administrativos que tienen un sello de fiscalización, y para los cuales hay generalmente personal adiestrado, los registros de estadísticas vitales y de programas no parecen revestir un carácter obligatorio. Se siguen llevando a cabo como una tradición, sin establecer si vale o no la pena continuarlos.
7. La falta de una actitud estadística o simplemente de una inquietud evaluativa o de valoración racional de los problemas y de los esfuerzos por resolverlos, es posiblemente la causa principal de la poca utilización de las estadísticas como instrumento de trabajo diario. Por consiguiente, la demanda de estadísticas de buena calidad no es alta, ya porque no existe la debida motivación hacia su utilización, o porque se tiene a priori una desconfianza de su veracidad.

NECESIDAD DE CONSOLIDAR ADECUADOS ENFOQUES

Ante esta situación crítica planteada muy someramente en los puntos anteriores parece existir un consenso de opinión de que hay que darle un giro fundamental a los sistemas de estadísticas vitales y de salud existentes, considerando:

Que la expresión numérica del hecho vital, como índice de valoración de los logros que se van obteniendo en las acciones de salud, va tomando cada día mayor importancia.

Que la incorporación reciente de métodos para la planificación y programación del sector salud, como componente de los planes de desarrollo económico y social de los países, ha hecho resaltar la enorme distancia que existe para lograr la meta de un desarrollo eficiente de las estadísticas

de salud en este hemisferio, sin cuya eficiencia se hace difícil el proceso de planificación e implementación racional de los programas.

Que debido al desarrollo acelerado de técnicas y métodos aplicables a las acciones de salud, los objetivos tradicionales de las estadísticas vitales y de servicios de salud están cambiando, o tienden a ampliarse hacia áreas extraordinariamente más interesantes en el proceso de la evaluación de dichas acciones de salud.

Que a pesar de que, sin lugar a dudas, se ha avanzado en la metodología estadística aplicada al sector salud y que se han hecho grandes esfuerzos tanto por los países como por los organismos internacionales en mejorar o cambiar métodos tradicionales, mediante la aplicación de nuevas técnicas, el mejoramiento general es muy lento y muy localizado. Pareciera que el objetivo alcanzado hasta ahora, es el desarrollo de un nivel elite que es capaz de producir en masa, con materia prima derivada de un nivel pobremente desarrollado, material de dudosa calidad para un mercado de consumo caracterizado por un pequeño sector exigente y un gran sector indiferente.

Una operación continental para el mejoramiento de la eficiencia de los sistemas de producción de estadísticas vitales y de salud se impone en estos momentos, como un esfuerzo intenso y continuado de los países de este hemisferio. Esta operación podría considerarse como puntos de partida para su adecuada y práctica orientación los siguientes enfoques:

1. Las estadísticas vitales y de salud son un componente fundamental en el desarrollo de los planes y la implementación de los programas de salud y las acciones tendientes a su producción deben estar integradas a la dinámica de conjunto de las acciones de salud y deben contar con la más alta prioridad para facilitar dichas acciones.
2. Las estadísticas vitales y de salud deben constituirse en un medio que sirva objetivos prácticos y pre-establecidos y no en un fin de "captación para publicación".
3. Todas las acciones de salud, en todos los niveles en donde se ejecutan representan, en mayor o menor grado, un acto estadístico. Para que este acto estadístico, ejercido constantemente, sea consciente, debe desarrollarse una actitud estadística en todo el personal técnico y profesional. Por consiguiente, debe cambiarse el concepto de: acciones estadísticas sólo por los estadísticos, por acciones estadísticas por todo funcionario componente del equipo de salud. La participación consciente de todos debe mejorar el proceso de producción y de consumo de las estadísticas.
4. La medida de complejidad de un producto define su encarecimiento y la limitación de su consumo. Por consiguiente para producir estadísticas vitales y de salud de alto consumo y utilización, es necesario reducir la complejidad tanto de los mecanismos de producción como del producto final. El enfoque debe dirigirse hacia la definición del sujeto estadístico en relación con los planes y programas; la simplificación de los métodos

y técnicas; la sistematización basada en una adecuada "normalización"; la eliminación de todo factor, proceso o elemento no pertinente, de acuerdo con los objetivos para los cuales las estadísticas se van a producir; la adición de factores, procesos o elementos altamente apropiados, no considerados aún de acuerdo con los objetivos para los cuales las estadísticas se van a producir.

5. Así como los fenómenos vitales y todos los procesos relacionados directamente con la salud se definen mejor a nivel local, la captación de los datos que describen estos fenómenos y estos procesos debe llevarse a cabo directamente en dicho nivel y por consiguiente las normas de captación deben adaptarse a los recursos locales y desarrollarse progresivamente de acuerdo con el mejoramiento de los recursos. Como este proceso ha sido lento, y en todos los países hay diferentes grados de desarrollo dentro de su propia estructura geográfica, se hace necesario la implementación por etapas definidas de un programa nacional de mejoramiento de las estadísticas vitales y de salud, en el cual el nivel local deberá tener prioridad en las primeras etapas.
6. Para que la acción de un programa, con carácter urgente, sea efectiva a corto plazo, es recomendable, de acuerdo con la experiencia (erradicación de la malaria, abastecimiento de agua) darles una estructura vertical. Debe considerarse la necesidad de darle, a la operación para el mejoramiento de las estadísticas, especialmente de salud, una estructura vertical, al menos durante las primeras etapas, hasta cuando se logre alcanzar la consolidación de los sistemas adecuados proyectados en el programa.
7. Como existe una proliferación de oficinas que producen estadísticas vitales y de salud, especialmente a nivel nacional, debe evitarse la duplicación de acciones. En este nivel es necesario que el programa contemple los mecanismos más efectivos de coordinación basados en decisiones como las siguientes:
 - a. Si las estadísticas vitales se elaboran en oficinas aparte de los Ministerios de Salud y cuentan con una estructura técnica eficiente, la acción debe enfocarse hacia la cooperación con todas las otras oficinas para el mejoramiento de estas estadísticas tanto en cantidad como en calidad. Estos esfuerzos de coordinación deben dirigirse hacia la producción de estadísticas vitales de alto nivel de utilización, tanto para el sector público como el privado, y muy especialmente para su aplicación en los programas de salud. Si las estadísticas vitales se están produciendo con muy baja eficiencia fuera del Ministerio de Salud, la recomendación debe ser la de incorporarlas a dicho Ministerio.
 - b. Las estadísticas de salud deben ser una responsabilidad de los Ministerios de Salud y las acciones de captación y procesamiento, tanto de datos de las instituciones como de programas, tanto del sector público como del privado hasta su publicación, deben ser realizadas

por los Departamentos de Salud de estos Ministerios. Los esfuerzos de coordinación deben producirse para facilitar el máximo mejoramiento de estas estadísticas de salud, principalmente como instrumentos de trabajo de los programas de salud.

- c. A nivel local debe tratarse de ir más allá de la coordinación y el enfoque debe imprimirse hacia la integración de ambas estadísticas, utilizando como unidad de filtro de ambos tipos de estadísticas, la oficina local en las instituciones de salud, especialmente para mejorar la calidad del dato.
- d. La necesidad fundamental de coordinación a nivel nacional obliga al establecimiento de los tantas veces recomendados Comités Nacionales de Estadísticas. Como un paso práctico, estos Comités Nacionales debieran asegurar su efectividad, enmarcando su acción como Comité de Coordinación de Estadísticas Vitales y de Salud. La formación de Comités locales a nivel de las instituciones de salud cumplirían tanto el propósito de mejorar la captación de los datos como el de incrementar la actitud hacia su utilización.

Comités de Coordinación a Nivel Nacional y Local, a nivel de Organismos de Planificación y de los grupos técnicos normativos de salud, deben producir un efecto catalizador continuado y constituir en realidad el sistema nervioso de toda la implementación del programa, para el mejoramiento de las estadísticas vitales y de salud.

ESQUEMA DEL DESARROLLO DEL PROGRAMA POR ETAPAS

Los enfoques antes comentados pueden visualizarse con mayor claridad al proyectar una acción sistemática, por etapas. Es posible que este enfoque no sea aplicable a todos los países pero al menos dará una idea de los puntos básicos y su ordenación. Es indudable que para realizar paulatinamente una etapa tras otra, el elemento común básico es el recurso humano disponible en la debida oportunidad y que por consiguiente, el programa de adiestramiento en los niveles central y local, que va desde los elementos de información estadística para todos los funcionarios de salud, hasta los cursos complejos para funcionarios técnicos claves, debe proyectarse con eficiencia y prontitud en las primeras etapas. Este trabajo no contempla el análisis de este aspecto importante del programa.

ETAPA I

Propósito General: Estudio preliminar de la situación de las estadísticas vitales y de salud con miras a establecer objetivamente los grados de eficiencia y de deficiencia existentes y sus causas.

Participantes: Grupo de trabajo del Ministerio de Salud, y de otros organismos del sector público, del sector privado y de instituciones autónomas. Grupo de Coordinación Nacional formado por uno o más representantes de cada uno de estos grupos y asesores internacionales.

Metas:

- 1) Presentar en un término no mayor de cuatro meses, recomendaciones fundamentales dirigidas a facilitar el rápido paso a la segunda etapa. Estas metas deben incluir como mínimo lo siguiente:

Revisión de los objetivos de las estadísticas vitales y de salud, a base de las siguientes posibilidades:

 - a. Representación fidedigna de los hechos vitales fundamentales como verdaderos indicadores de los cambios que en este orden se están produciendo en las comunidades y en el país en su conjunto.
 - b. Representación objetiva y con altos niveles de precisión de los hechos pertinentes de los programas y servicios de salud, en sus aspectos técnicos y de utilización de recursos que permitan valorar o evaluar, como por ejemplo:

Medir cambios en los niveles de salud.

Medir progresos o logros en la implementación de los esfuerzos para atender las necesidades y demandas de salud.

Medir eficiencia por unidad de inversión de dinero, tiempo, personal, etc.

Descubrir necesidades no satisfechas, acciones innecesarias, etc.
 - c. Educar a las comunidades e informar con objetividad a los organismos tanto del sector público como del privado que tienen que tomar decisiones en los asuntos de salud.
 - d. Estimular o alertar a los responsables de los programas y servicios de salud.
 - e. Producción en general de datos básicos de alta calidad, para el proceso continuo de planificación de la salud, proyectada al plan general económico y social de los países; para todas las fases de evaluación; para la investigación; para la comparación internacional.
- 2) Determinación precisa de las áreas de acción de cada organismo.
- 3) Proyecto de programa para el mejoramiento de las estadísticas vitales y de salud que consulte los objetivos propuestos.
- 4) Normas para la coordinación a nivel nacional.
- 5) Determinación de la asistencia técnica necesaria.

ETAPA II

Propósito general: Definición de la política nacional para el mejoramiento de las estadísticas vitales y de salud como parte del programa nacional e inicio de ciertas áreas de desarrollo del programa.

Participantes: Grupo de Coordinación Nacional; Grupos de trabajo de los organismos participantes, inclusive locales; personal técnico clave de las oficinas de estadísticas vitales y de salud y asesores internacionales.

Metas:

1) Presentar el Programa Nacional como producto de la participación de todos los grupos enumerados en el acápite anterior y proyecto de metas para el primer año de implementación con énfasis en adiestramiento de personal auxiliar local.

2) Producción de un manual preliminar, el cual puede incluir:

- a. Definición de terminología que permita la estandarización de vocablos y términos usados indiscriminadamente (Ej.: caso, caso bajo control; atención médica, familia, servicio clínico, etc.).
- b. Niveles y métodos para la captación de los datos estadísticos tendientes a la simplificación y a la precisión, inclusive, revisión de formularios para:

Aumentar en cantidad y en amplitud nacional la captación de datos estadísticos mínimos que no demandan gran esfuerzo, ni adiestramiento especial. Debe contemplarse la posibilidad de utilizar el maestro rural como oficial de captación. Los datos estadísticos mínimos tienden a la simplificación llevada al nivel más bajo, en donde no puede esperarse más que datos escuetos como: muerte o nacimiento, edad, sexo, fecha, lugar de ocurrencia. A medida que sube el nivel de captación y se introduce la participación de la estructura de servicios de salud, los datos mínimos se van ampliando y la calidad va mejorando.

Mejorar la calidad mediante esfuerzos directos en las instituciones de salud y mediante el establecimiento de áreas piloto en donde se implementen al mismo tiempo prácticas para el mejoramiento integral de los programas de salud.

- c. Normas de coordinación.
- d. Normas de supervisión y de auditoría estadística.
- e. Método para ordenar el curso a seguir de los datos crudos desde el nivel de captación hasta el nivel final de procesamiento, incluyendo los mecanismos de utilización oportuna de éstos en los niveles de los servicios de salud, mientras continúa el procesamiento central.

3) Inicio del estudio para el establecimiento de métodos de evaluación, dirigida a medir logros de acuerdo con los objetivos y metas propuestas, partiendo de bases iniciales de información estadística. Este estudio debe incluir métodos para el establecimiento de la base inicial de información estadística, determinación de indicadores, criterios de selectividad de los datos apropiados que van a incluirse en los formularios estadísticos de acuerdo con los niveles y progreso de la cobertura y los grados de vulnerabilidad de los grupos demandantes de servicios de salud.

4) Selección de una o más áreas experimentales, piloto o de demostración, las cuales, además de servir para la acción intensiva del programa propuesto, deben ser utilizadas para todas las acciones tendientes a mejorar la eficiencia de los servicios y programas de salud. Inicio de las acciones en la o las áreas guías con el establecimiento de la base inicial de información estadística, utilizando el método de encuesta o de muestreo. Inicio del programa de adiestramiento mínimo. Debe destacarse un oficial de estadística adiestrado y/o asegurar alguna asesoría internacional.

5) Inicio de algunas acciones en el resto del país, con la aplicación de métodos tendientes a la simplificación de la captación con base en los datos estadísticos mínimos.

6) Inicio de acciones para promover los procesos de coordinación a nivel central.

Esta etapa debe tener un término de duración máximo de seis meses.

ETAPA III

Propósito general: Desarrollo intenso del programa en las áreas piloto o de registro y si los resultados lo permiten, ampliación del programa a una o más áreas, paulatinamente; consolidar las acciones de coordinación a nivel central y de aplicación de la metodología de captación de datos estadísticos mínimos en las áreas rurales.

Participantes: Todos los de las etapas anteriores, todos los funcionarios de las áreas piloto o de registro y los auxiliares de captación de las áreas rurales y asesores internacionales.

Metas:

1) Establecimiento de métodos de coordinación que permitan medir una mejora significativa, al final de esta etapa, tanto en la cantidad de los datos captados como en la calidad y precisión. Debe establecerse entre las alternativas factibles de ponerse en práctica, la utilización de las instituciones de salud como paso intermedio de los formularios de estadísticas vitales, antes de seguir el curso al nivel central y/o el envío de listas tabuladas mensuales del nivel central al nivel local, para la verificación de los datos y el desarrollo de acciones para mejorar su calidad y completar los vacíos que se descubran. Desarrollo de las acciones de auditoría estadística desde el nivel central.

2) Desarrollo de los métodos de captación y utilización de las estadísticas vitales y de salud en la o las áreas piloto o de registro. Estos deben incluir como mínimo:

- a. Definición de normas, de indicadores, de criterios de selectividad de datos para la confección de los formularios que van a formar parte del sistema que se ha de proyectar con amplitud nacional y desarrollo de métodos de evaluación.
- b. Métodos para el mejoramiento de los datos captados en los formularios de estadísticas vitales y la oportuna utilización de estos datos para el incremento de los programas y servicios prestados (Ej.: Certificados de nacimiento para los programas de salud del niño).
- c. Experimentación de formularios típicos, para estadísticas de salud, especialmente tendientes a integrar la información a base de atenciones por programas, como medida para hacer participar a todos los miembros del equipo de salud en el proceso de captación a base de un solo formulario.
- d. Unidades de adiestramiento mínimo a personal auxiliar fuera de la institución base, como auxiliares de enfermería, parteras empíricas bajo supervisión, auxiliares de registro, especialmente maestros rurales.
- e. Primera evaluación del programa en la o las áreas piloto al final de esta etapa, usando como nivel de referencia la base inicial de información estadística, los objetivos y las metas propuestas.

3) Inicio de la ampliación del programa a una o más áreas del país, aplicando las experiencias de las áreas piloto o de registro. Para dicha ampliación, cada nueva área escogida debe llenar los requisitos iniciales de las áreas piloto.

4) Consolidación de la captación de datos estadísticos mínimos en las áreas rurales en todo el país.

Esta etapa debe tener un término de duración máximo de un año.

ETAPA IV

Propósito general: Consolidación de los métodos y normas con la ampliación del programa gradualmente a todo el país, aplicando oportunamente los cambios y ajustes que la experiencia indique.

Participantes: Los anteriores y los funcionarios de las áreas que progresivamente se vayan desarrollando y todo el personal auxiliar adiestrado y asesores internacionales.

Metas:

- 1) Desarrollo de la estructura central para la adecuada elaboración tanto de las estadísticas vitales como de salud.
- 2) Publicación formal de estadísticas producidas por los métodos aplicados en el programa de mejoramiento con un análisis que tome como marco de referencia la calidad de las estadísticas producidas antes del desarrollo del programa.
- 3) Incorporación gradual de todas las áreas del país al programa de mejoramiento de las estadísticas.
- 4) Evaluación anual.

El período de duración de esta etapa depende del tamaño del país, pero no debiera extenderse a más de tres años. La quinta etapa sería de duración continua y su propósito será el mantenimiento de una alta eficiencia en la producción de las estadísticas vitales y de salud.

Como punto final se debe poner énfasis en el hecho de que el desarrollo de un programa de esta naturaleza tiene que ir no solamente paralelo sino completamente junto o integrado con los demás programas de salud, para los cuales el proceso estadístico se desarrolla y de los cuales trata de medir su eficiencia a lo largo de su implementación y los logros alcanzados. Para ello, el programa tendrá que aceptar ajustes y cambios en métodos y estructuras a medida que los planes, programas y servicios de salud progresen y evolucionen dentro de las directrices generales del desarrollo económico y social de los países.