

*Este informe recoge la opinión colectiva de un grupo internacional de especialistas y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud.*

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD  
SERIE DE INFORMES TECNICOS

Nº 133

# COMITE DE EXPERTOS EN ESTADISTICAS SANITARIAS

## Quinto Informe

	Página
1. Estadísticas de morbilidad . . . . .	3
2. Comisiones nacionales de estadísticas demográficas y sanitarias . . . . .	8
3. Obtención de estadísticas sanitarias en las zonas insuficientemente desarrolladas . . . . .	10
4. La formación del personal de estadística : función de la OMS . . . . .	14
5. Estadísticas y registros de casos de cáncer . . . . .	15
6. Estadísticas Hospitalarias de morbilidad . . . . .	17
7. « Indicadores sanitarios » apropiados para los fines del estudio de las Naciones Unidas sobre definición y medición del nivel de vida (medición del componente « Salud, con inclusión de las condiciones demográficas ») . . . . .	19
8. Cuestiones diversas . . . . .	24

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

PALAIS DES NATIONS

GINEBRA

1957

**COMITE DE EXPERTOS  
EN ESTADISTICAS SANITARIAS**

**Quinta Reunión**

*Ginebra, 10-14 de diciembre de 1956*

*Miembros*

- Dr. Julie E. Backer, Departamento de Investigación Estadística, Servicio Central de Estadística de Noruega, Oslo, Noruega (*Vicepresidente*)  
Dr. Darío Curiel, Jefe de la División de Epidemiología y Estadística Vital, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas, Venezuela  
Dr. P. F. Denoix, Chef des Services techniques et de la Section du Cancer, Institut national d'Hygiène, París, Francia  
Dr. H. F. Dorn, Chief, Biometrics Branch, Division of Research Services, National Institutes of Health (Public Health Service), Bethesda, Md., Estados Unidos de América (*Presidente*)  
Dr. Munir Grais, Jefe de la Sección de Estadística, Ministerio de Salud Pública, El Cairo, Egipto  
Sr. F. Fraser Harris, Director de la División de Sanidad y Beneficencia, Oficina Federal de Estadística, Ottawa, Canadá  
Dr. W. P. D. Logan, Chief Statistician (Medical), General Register Office, Londres, Inglaterra (*Relator*)  
Dr. Takemune Soda, Subdirector del Instituto de Salud Pública, Tokio, Japón

*Representantes de las Naciones Unidas y de la Organización Internacional del Trabajo*

- Sr. William R. Leonard, Director de la Oficina de Estadística, Naciones Unidas, Nueva York  
Sr. H. P. Lacroix, División de Estadística, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra

*Consultor*

- Dr. H. Romero, Profesor de Higiene y Medicina Preventiva, Escuela de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

*Secretaría*

- Dr. Y. Biraud, Director de la División de los Servicios de Epidemiología y Estadísticas Sanitarias, OMS  
Dr. M. Pascua, Director-Consultor en Estadística Sanitaria, OMS  
Dra. Marie Cakrtova, Jefa de la Sección de Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Defunción, OMS  
Dr. M. Pizzi, Jefe de la Sección de Estudios Epidemiológicos, OMS (*Secretario*)  
Dr. S. Swaroop, Jefe de la Sección de Estudios Estadísticos, OMS  
Dra. Ruth R. Puffer, Jefa de la Sección de Epidemiología y Estadística, Oficina Regional de la OMS para las Américas  
Dr. Bojan Pirc, Asesor de Estadística, Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental  
Sr. J. Nielsen, Sección de Estudios Epidemiológicos, OMS

Esta publicación anula y reemplaza al Cuarto Informe del Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias, que no ha sido publicado como documento independiente y cuyo contenido se ha incorporado al Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades (revisión de 1955).

## COMITE DE EXPERTOS EN ESTADISTICAS SANITARIAS

### Quinto Informe\*

El Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias se reunió en Ginebra, del 10 al 14 de diciembre de 1956. El Comité eligió Presidente al Dr. H. F. Dorn, Vicepresidente al Dr. Julie E. Backer, y Relator al Dr. W. P. D. Logan.

El Comité adoptó el orden del día provisional.

### 1. ESTADISTICAS DE MORBILIDAD

#### 1.1 Examen de las medidas adoptadas en cumplimiento de las recomendaciones formuladas por el Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias en su tercera reunión

En su tercera reunión, celebrada en 1951,<sup>1</sup> el Comité se ocupó de numerosos problemas relacionados con las estadísticas de morbilidad, formuló importantes recomendaciones sobre el particular y encargó a las comisiones nacionales de estadísticas demográficas y sanitarias y a los organismos que desempeñan funciones análogas, que prosiguieran el estudio de ciertas cuestiones. En la reunión a que se refiere el presente informe, el Comité examinó las medidas adoptadas en cumplimiento de sus anteriores recomendaciones, tomó nota de que éstas han servido de base a numerosos estudios sobre morbilidad realizados en varios países, y expresó su satisfacción por el progreso de las estadísticas de morbilidad en distintos aspectos.

\* En el curso de su 20ª reunión, el Consejo Ejecutivo adoptó la siguiente resolución:

El Consejo Ejecutivo

1. TOMA NOTA del quinto informe del Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias;
2. PIDE al Director General que tome en consideración las recomendaciones del Comité de Expertos ;
3. DA LAS GRACIAS a los miembros del Comité por su labor; y
4. AUTORIZA la publicación del informe.

(Resolución EB20.R9, *Act. of. Org. mund. Salud*, 1957, 80, 3)

<sup>1</sup> *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.; Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1952, 53

tos. Después de un examen general de la importancia de distintos tipos y fuentes de estadísticas de morbilidad mencionados en la reunión de 1951, y de sus ventajas e inconvenientes particulares en tanto que medios de información, el Comité estudió detenidamente la posibilidad de utilizar las encuestas de morbilidad, y los registros de los médicos generales, para obtener datos fidedignos sobre las enfermedades sufridas por las poblaciones.

#### 1.1.1 *Encuestas de morbilidad*

El Comité tomó nota con gran interés de la creación de un Servicio Nacional de Encuestas Sanitarias en el Public Health Service de los Estados Unidos, medida que, a su juicio, será de gran importancia, no sólo para conocer mejor las características que presenta la morbilidad en dicho país, sino también, desde un punto de vista más general, para adquirir experiencia en el uso de las técnicas y los métodos propios de esas encuestas. El Comité volvió a encarecer la importancia de las encuestas de morbilidad, señalando que son a veces el único medio de obtener datos fidedignos sobre la frecuencia de las enfermedades, e insistió en la necesidad de delimitar sus fines con claridad y precisión, y de restringir, salvo en casos excepcionales, su duración y su alcance.

#### 1.1.2 *Los registros de los médicos generales*

El Comité examinó asimismo la conveniencia de utilizar los registros de ciertos médicos (dispuestos a colaborar voluntariamente en las encuestas de morbilidad); para completar los datos obtenidos por otros procedimientos. Se tendría así una idea más exacta de la clase de enfermedades existentes en una colectividad y de sus respectivas frecuencias. A juicio del Comité, si el grupo de población incluido es una muestra representativa del conjunto, desde los puntos de vista geográfico, demográfico, social y económico, y si los datos se obtienen de consultas de médicos que sean efectivamente médicos generales y que no estén influídas en exceso por las condiciones locales particulares, esa documentación permite obtener una imagen más veraz de la morbilidad de las enfermedades de carácter benigno y que no dejan secuelas permanentes, que los archivos de los hospitales. El estudio que de los registros se haga puede abarcar un largo periodo de tiempo, pero también es posible obtener muchas indicaciones útiles compulsando exclusivamente los datos de algunos días convenientemente elegidos de cada año.

#### 1.1.3 *Intercambio de informaciones entre las comisiones nacionales de estadísticas demográficas y sanitarias*

El Comité examinó las actividades desplegadas por la OMS en esta materia y, teniendo en cuenta las recomendaciones formuladas en la reunión

de 1951, expresó su satisfacción por las disposiciones que el servicio central encargado de mantener el enlace entre las Comisiones Nacionales ha adoptado para organizar los intercambios de información entre esas comisiones y los organismos que hagan sus veces.

Vista la importancia de que dichas comisiones y organismos estén al corriente de las novedades que se registren en materia de estadísticas de morbilidad,

El Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias

RECOMIENDA:

1) que se amplíe el programa de intercambios de información a fin de dar a conocer con más detalle los progresos realizados en distintos países en materia de estudios de morbilidad;

2) que la OMS siga actuando como un centro de esos intercambios en lo que respecta a las informaciones sobre los principios y los métodos utilizados en los estudios nacionales de morbilidad.

### **1.2 Definición de algunos términos e índices empleados en las estadísticas de morbilidad**

El Comité tomó nota de que la interpretación de las estadísticas de morbilidad obliga a tomar en consideración ciertos factores que no influyen en las estadísticas de mortalidad; son éstos, por ejemplo, la ausencia de una divisoria perfecta entre la salud y la enfermedad, la imposibilidad de apreciar exactamente el comienzo y la terminación del proceso patológico, la duración en extremo variable de las enfermedades y la posibilidad de recaídas. Todas estas circunstancias hacen muy difícil establecer una terminología y un sistema de índices adecuados para identificar y evaluar las manifestaciones de morbilidad y cuyo uso pueda recomendarse en todos los países, y el Comité estimó, en consecuencia, que sería prematuro formular recomendaciones sobre todos los aspectos del problema. El Comité reconoció que en el curso de los últimos años ciertas nociones han merecido la aceptación general de los círculos estadísticos y que se acerca el momento de que aquéllas puedan entrar en consideración para un uso de carácter internacional. Estima el Comité que, como primera medida en ese sentido, convendría dar mayor difusión a los informes que contienen definiciones de términos basadas en la experiencia nacional, con objeto de fomentar así la aplicación experimental de estas definiciones y suscitar la discusión del problema y una crítica constructiva de las soluciones propuestas. El Comité opina que debe aconsejarse el empleo de esos términos no sólo para poner en claro su utilidad en distintas partes del mundo, sino también como medida preliminar para recomendar ulteriormente el uso internacional de algunos de ellos.

Después de examinar la posibilidad de comparar las unidades empleadas en la compilación de estadísticas de morbilidad, el Comité llegó a la conclusión de que esas unidades habrán de ser en casi todos los casos « personas », « enfermedades », o « episodios patológicos » (o « periodos de enfermedad »). Así, por ejemplo, si durante un periodo de observación determinado (verbigracia, de un año) una persona padece dos veces la enfermedad A y tres veces la B y si los episodios del proceso A se presentan en distinta época que los del B, ese enfermo contribuirá con una unidad a la estadística de « personas », con dos a la de « enfermedades » (es decir, de « diagnósticos » o « causas de enfermedad ») y con cinco a la de « episodios ». Es, por eso, indispensable, a juicio del Comité, que al dar a conocer las estadísticas de morbilidad se especifique claramente a cuál de esas tres nociones se refieren. Ocurre, además, que los datos empleados para la compilación de las estadísticas de morbilidad de cualquiera de las tres clases citadas pueden referirse a enfermedades *iniciadas*, *terminadas*, en *curso constantemente* o en *curso en un momento dado*, dentro del periodo de observación, e incluso a la *duración* de las enfermedades en curso en ese periodo o terminadas en él, como sucede muchas veces con las estadísticas de los servicios de seguridad social. Esas diferencias pueden dar lugar a una gran confusión cuando se intenta comparar las estadísticas de enfermedades que empiezan, terminan o siguen su curso en un periodo de observación dado, con las estadísticas que se refieren a la duración del proceso patológico. El Comité no consideró conveniente, de momento, formular ninguna recomendación sobre las denominaciones que cabría utilizar para distinguir el aspecto de la enfermedad a que las estadísticas se refieren, pero indicó que:

a) para las estadísticas de enfermedades que hayan empezado en un periodo determinado, suelen emplearse en inglés las expresiones « incidence rate » o « inception rate » (« taux de fréquence des cas nouveaux » en francés) que pueden traducirse por « tasa de frecuencia » o simplemente por « incidencia »;

b) para las estadísticas de enfermedades en curso durante un espacio de tiempo determinado suelen usarse la expresión inglesa « prevalence rate » y la francesa « taux de fréquence globale », que cabría traducir por « tasa de prevalencia » o simplemente por « prevalencia ». A veces se distingue entre la prevalencia en un momento dado, por ejemplo, en un día (« point prevalence rate » o « prevalencia momentánea ») y la prevalencia en un periodo que se indica (« period prevalence rate » o « prevalencia durante un periodo »).

En ocasiones, se desglosan los datos de morbilidad con arreglo a la *gravedad* de los casos, procedimiento que resulta útil, a juicio del Comité, aun cuando la diversidad de los criterios que pueden haberse empleado

para apreciar la gravedad, según la fuente de procedencia de los datos y los fines a que se destinen, no aconsejan formular recomendaciones concretas a este respecto.

El Comité reconoció asimismo que muchas veces resulta conveniente distinguir, por ejemplo, los pacientes que por primera vez contraen una enfermedad o son admitidos en un hospital, de los que sufren dolencias recurrentes, agravaciones o recaídas, de los readmitidos, etc., pero no consideró oportuno recomendar, de momento, la adopción de normas internacionales con ese propósito.

Muchas veces, aunque no siempre, las estadísticas de morbilidad tienen por denominador el número de « personas expuestas ». Aun cuando la acepción precisa de ese término depende de las circunstancias particulares de cada encuesta, el Comité, con objeto de dar una idea de su significado, remite a los interesados a una de las definiciones que se han propuesto, según la cual son « personas expuestas » en un momento dado « todas las que, de caer enfermas, se contarían como tales para los fines de la encuesta, con exclusión de cualesquiera otras. »<sup>1</sup>

El Comité sugirió también que, en los informes destinados a la publicación, la expresión de « tasa de morbilidad » (*morbidity rate* o *sickness rate*) no se emplee más que en su acepción general, es decir, para establecer la distinción respecto de las tasas de mortalidad. En los demás casos, la terminología empleada en la presentación de los datos de morbilidad debe indicar claramente el aspecto particular de la morbilidad que se trata de evaluar estadísticamente.

En resumen,

El Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias

RECOMIENDA que en la publicación de las estadísticas de morbilidad se tengan presentes los principios generales que a continuación se enuncian, haciendo constar de manera inequívoca:

- a) el fin de las estadísticas que presentan y la definición de « enfermedad » que se haya adoptado;
- b) si la estadística se refiere a los casos de enfermedad sobrevenidos durante el periodo de observación (es decir a la « incidencia »), a las enfermedades en curso durante ese periodo (« prevalencia momentánea » o « prevalencia durante un periodo ») o a la duración de la enfermedad;
- c) la enfermedad o enfermedades a que se refieren los datos;

<sup>1</sup> England and Wales, Registrar General's Advisory Committee on Medical Nomenclature and Statistics, Statistics Sub-committee (1954) *Measurement of morbidity*, London, p. 3 (General Register Office, Studies on Medical and Populations Subjects, No. 8)

- d) el criterio seguido para determinar el comienzo y la terminación de la enfermedad (el ingreso y el alta en el hospital, la interrupción y la reanudación del trabajo, etc.);
- e) la duración del periodo de observación (un mes, un año, etc.);
- f) el denominador (población expuesta, etc.).

## 2. COMISIONES NACIONALES DE ESTADISTICAS DEMOGRAFICAS Y SANITARIAS

En la Conferencia para la Sexta Revisión Decenal de las Listas Internacionales de Enfermedades y Causas de Defunción (París, 1948) se recomendó la constitución de comisiones nacionales de estadísticas demográficas y sanitarias; la Primera Asamblea Mundial de la Salud suscribió esa recomendación.<sup>1</sup> La finalidad principal de esas Comisiones debe ser facilitar el intercambio de impresiones y de formación entre los diversos organismos nacionales encargados de la obtención y análisis estadísticos, demográficos y sanitarios, y su cometido se definió en la Primera Conferencia Internacional de Comisiones Nacionales (Londres, 1953)<sup>2</sup> en los siguientes términos:

a) Contribuir a la evaluación de las necesidades en materia de estadística demográfica y sanitaria y de la medida en que se atienden esas necesidades, y colaborar en la obtención de estadísticas y datos sobre demografía y sanidad, adecuados y útiles para las personas y las asociaciones que hayan de servirse de ese material.

b) Contribuir al establecimiento de la indispensable uniformidad en los informes, los métodos y las tabulaciones, con objeto de que se disponga del mínimo de estadísticas demográficas y sanitarias susceptibles de comparación que hacen falta con fines nacionales e internacionales.

c) Asegurar el libre intercambio de datos y de impresiones, de manera que las necesidades y las preferencias de quienes obtienen las estadísticas demográficas y sanitarias y de los que las utilizan puedan expresarse sin trabas y recibir la debida consideración.

d) Coordinar las actividades y funciones de los diversos servicios encargados de la obtención de estadísticas, de manera que puedan actuar al unísono, evitando, por una parte, la duplicación innecesaria de esfuerzos, y por otra, que queden lagunas importantes en ciertos aspectos esenciales de la documentación estadística.

e) Mejorar la utilidad y el interés práctico de las estadísticas demográficas y sanitarias.

<sup>1</sup> *Actes off. Org. mond. Santé ; Off. Rec. Wld Hlth Org.*, 1948, 13, 304

<sup>2</sup> *Org. mond. Santé ; Sér. Rapp. techn. ; Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1954, 85, 4

f) Fomentar la realización de los estudios estadísticos que se consideren necesarios por las personas o los grupos de personas más capacitadas para llevarlos a cabo.

g) Facilitar la formación y la colocación de un número suficiente de expertos en estadística demográfica y sanitaria y despertar el interés de la clase médica por la aplicación de los métodos estadísticos al estudio de sus problemas.

h) Facilitar, cuando se considere conveniente o necesario, el cumplimiento de las recomendaciones internacionales de la estadística.

El Comité quedó enterado de las últimas novedades referentes a la creación de comisiones nacionales; expresó su satisfacción por la constitución de las 33 que hasta la fecha se han establecido, y suscribió las recomendaciones formuladas a fin de que los países donde todavía no existe una comisión o un organismo que haga sus veces estudien la conveniencia de crearlo. Por otra parte,

#### I. El Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias,

Considerando que la creación de Comisiones Nacionales de Estadísticas Demográficas y Sanitarias, o de organismos que hagan sus veces, es uno de los medios más eficaces para estudiar los diversos problemas planteados en el campo de aplicación, cada vez más extenso, de los estadísticas de morbilidad, y para obtener datos susceptibles de comparación internacional,

RECOMIENDA a la Organización Mundial de la Salud que siga fomentando la creación de esas comisiones y que al propio tiempo intensifique los intercambios de información entre las que ya funcionan.

#### II. El Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias,

Considerando que los problemas que plantea la obtención de estadísticas sanitarias dependen de las condiciones locales (disponibilidades de personal médico, organización administrativa, costumbres locales, etc.);

Convencido de que la discusión de esos problemas en reuniones regionales o interregionales a las que concurren especialistas de países que presenten condiciones análogas sería más fructífera que su estudio en escala mundial,

RECOMIENDA que periódicamente se celebren conferencias regionales o interregionales, con la colaboración técnica de la Sede de la OMS y de las oficinas regionales correspondientes, y con la participación activa de las Comisiones Nacionales de las regiones interesadas.

### 3. OBTENCIÓN DE ESTADÍSTICAS SANITARIAS EN LAS ZONAS INSUFICIENTEMENTE DESARROLLADAS

Tanto el Comité de Expertos en su cuarta reunión, celebrada en 1954, como la Conferencia para la Séptima Revisión de las Listas Internacionales de Enfermedades y Causas de Defunción, celebrada en 1955, encarecieron la conveniencia de establecer métodos de registro demográfico y sanitario adecuados a las necesidades de las zonas de distinto grado de desarrollo.

El Comité tomó nota con satisfacción de las medidas adoptadas al respecto.

#### 3.1 Examen del informe del Seminario Africano de Estadísticas Demográficas y Sanitarias

En noviembre de 1956, se reunió en Brazzaville, bajo el patrocinio de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para África y de la Comisión de Cooperación Técnica en África al Sur del Sahara (CCTA), un Seminario sobre Estadísticas Demográficas y Sanitarias. Antes de inaugurarse la reunión y como preparación de la misma, la CCTA había enviado a las administraciones de los países y territorios de la Región un cuestionario muy completo, para conocer las disponibilidades de estadísticas demográficas y sanitarias y la importancia de los grupos de población a que se referían. Las respuestas recibidas se complementaron con los resultados de una encuesta llevada a cabo por dos asesores de la OMS. Los fines principales del Seminario eran examinar la situación reinante en África en lo que respecta a la obtención y publicación de estadísticas demográficas y sanitarias, y ofrecer a los estadígrafos de la región una oportunidad de reunirse para estudiar los problemas de interés común. Los principales temas de discusión fueron:

- a) servicios existentes y procedimientos seguidos para la obtención de estadísticas demográficas y sanitarias en los territorios de África;
- b) establecimiento de métodos adecuados para la obtención de datos estadísticos demográficos y sanitarios en zonas de distinto grado de desarrollo administrativo;
- c) métodos para el levantamiento de censos y para las evaluaciones de la población;
- d) métodos para calcular el crecimiento natural de la población;
- e) métodos para calcular la distribución por edades de la población en los lugares donde no existen registros civiles;
- f) formación de personal en los métodos de obtención de datos demográficos y sanitarios y de compilación de estadísticas, y

g) interpretación y publicación de estadísticas demográficas y sanitarias.

El Comité examinó con gran interés el informe del Seminario Africano de Estadísticas Demográficas y Sanitarias<sup>1</sup> y expresó su satisfacción por la celebración de ese seminario, que ha de tener gran importancia para el mejoramiento de las estadísticas demográficas y sanitarias en África.

El Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias,

Convencido de la importancia primordial de obtener las estadísticas demográficas y sanitarias que con tanta urgencia se necesitan para las actividades de salud pública y de otra índole, y habida cuenta de los graves problemas que se plantean a este respecto en los territorios de África y de la dificultad de resolverlos,

RECOMIENDA que las actividades encaminadas a mejorar la obtención de estadísticas demográficas y sanitarias en las zonas donde existen servicios administrativos, siquiera sean rudimentarios, se complementen, mediante la organización de zonas de registro, en las regiones acerca de las cuales no se dispone de ninguna información de esa índole. La imposibilidad de establecer de momento sistemas completos y eficaces de registro en ciertas zonas no debe ser obstáculo para que se creen, siempre que sea posible, e incluso en escala muy modesta, sistemas sencillos que sirvan, por lo menos, para obtener algunos datos sobre el crecimiento natural de las poblaciones indígenas.

En lo que respecta a la confección de estadísticas de morbilidad, el Comité examinó las diversas fuentes de que se dispone para la obtención de datos, como hospitales, dispensarios, y los equipos móviles que funcionan en varios países y que se ocupan en su mayoría de un pequeño número de enfermedades. Se hizo resaltar que, reforzando su personal con pequeños grupos de especialistas, estos servicios podrían encargarse de obtener datos demográficos fundamentales y de estudiar la prevalencia de otras enfermedades que quizá adquieran importancia más adelante.

El Comité suscribió las recomendaciones formuladas anteriormente acerca del establecimiento de listas abreviadas de causas de defunción para las zonas donde no hay otro personal médico que el de categoría auxiliar y de listas especiales para las localidades donde los datos necesarios sólo pueden obtenerse de personal no médico (ministros de cultos, funcionarios de administración, etc.). El Comité expresó su satisfacción por el uso experimental que viene haciéndose de algunas de esas listas y acordó que el asunto debería examinarse de nuevo en fecha próxima cuando se conozcan los resultados de esas experiencias.

<sup>1</sup> Documento no publicado CCTA/WHO/STATS.SEM./35 Rev.1

### **3.2 Examen de las actividades del Centro Latino-americano de Clasificación de Enfermedades**

El Centro Latino-americano de Clasificación de Enfermedades, creado en Caracas en 1955, bajo los auspicios del Gobierno de Venezuela y de la Oficina Sanitaria Panamericana (que sirve de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas), se ocupa principalmente de estudiar los problemas que plantea la aplicación de la versión española del «Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción» y de fomentar la obtención de estadísticas de mortalidad completas, exactas y comparables en los países de las Américas, a cuyo fin colabora estrechamente con la Sede de la OMS, con la OSP y con el Centro de Clasificación de Enfermedades de la OMS, establecido en Londres.

El Comité quedó enterado de las actividades del Centro de Caracas, entre las que figuran la ejecución de un programa de adiestramiento en el uso de claves estadísticas, la publicación de manuales de instrucciones y folletos de divulgación, y la realización de estudios especiales sobre mortalidad. El Comité ofreció su apoyo sin reservas al Centro, cuya creación calificó de notable progreso para el mejoramiento de la certificación de causas de defunción en las Américas y para la obtención de estadísticas de mortalidad más fácilmente comparables en los países de esa Región.

### **3.3 Examen de la situación en las regiones**

Después de oír el informe rendido por los asesores en Estadística de las Regiones del Mediterráneo Oriental y de las Américas sobre la marcha de las actividades de obtención de estadísticas demográficas y sanitarias en sus regiones respectivas, el Comité manifestó su satisfacción por la labor que esas Oficinas Regionales llevan a cabo con objeto de mejorar los procedimientos de recopilación de datos y la exactitud de las estadísticas, por medio de cursos de adiestramiento, visitas de consultores, becas, etc.

El Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias,

Considerando que para la mayor eficacia del asesoramiento en materia de estadística sanitaria es necesario conocer las condiciones particulares de las distintas regiones del mundo,

RECOMIENDA que se procure dotar de asesores de Estadística a las oficinas regionales que no los tienen todavía.

### **3.4 Tipos de estadísticas sanitarias que hacen falta en países de distinto grado de desarrollo (principios y métodos)**

El Comité formuló a este respecto varias recomendaciones generales que figuran en las correspondientes secciones del presente informe y

reconoció que, dada la gran variedad de las condiciones reinantes en distintas partes del mundo, resulta difícil determinar, salvo en líneas generales, los métodos más adecuados, y que se deben considerar las circunstancias que concurren en cada caso. Parece indispensable disponer, cuando menos, de un censo de población y de un sistema — siquiera sea rudimentario — para registrar los nacimientos y las defunciones. Si de momento no fuera posible levantar un censo completo o establecer un registro para todo el territorio, convendrá recurrir a otros métodos que pueden facilitar una gran cantidad de datos útiles, como las encuestas sobre muestras representativas de la población y la creación de zonas de registro, sin perjuicio de exigir, tan pronto como sea posible, la certificación de las causas de defunción y la obtención de estadísticas de morbilidad, medidas que no es imprescindible, pero sí conveniente, que tengan alcance nacional. El objetivo perseguido debe ser la organización de los servicios estadísticos con arreglo a los principios cuya aplicación internacional se ha recomendado. A ese respecto, el Comité expresó su satisfacción por el servicio que han prestado las Naciones Unidas al publicar las obras Principios para un Sistema de Estadísticas Vitales<sup>1</sup> y Manual de Métodos de Estadísticas Vitales.<sup>2</sup>

#### El Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias,

Considerando que en numerosos países hay regiones que no han alcanzado el mismo grado de exactitud en el registro de los datos demográficos y en la certificación de las causas de defunción, y que la combinación de datos de exactitud variable disminuye la utilidad de las estadísticas,

RECOMIENDA que en los países donde los datos de base de las estadísticas demográficas y sanitarias sean desiguales, éstos se subdividan en grupos homogéneos; y que, si se publican, vayan acompañados de indicaciones explícitas sobre su grado de exactitud y sobre los grupos de población (ya sean geográficos, raciales o de otra índole) a que se refieren.

El Comité hizo hincapié en la necesidad de dedicar atención principalísima a la calidad del material estadístico, y encareció que la regularidad en la publicación de los datos, que siempre es de desear, no debe redundar en perjuicio de esa calidad. Es preferible publicar estadísticas dignas de crédito de vez en cuando a dar a conocer con regularidad datos de veracidad dudosa.

<sup>1</sup> Informes Estadísticos, Serie M, N° 19, 1953

<sup>2</sup> Estudios Metodológicos, Serie F, N° 7, 1955

#### **4. LA FORMACION DEL PERSONAL DE ESTADISTICA : FUNCION DE LA OMS**

##### **4.1 Categorías de personal necesarias en regiones de distinto grado de desarrollo**

El Comité suscribió las recomendaciones formuladas con anterioridad acerca de esta cuestión e insistió en la necesidad de dar enseñanzas de estadística a los estudiantes de medicina.

Considerando que en la reunión a que se refiere el presente informe, no le era posible estudiar con la atención y el detenimiento debidos un asunto tan importante como la función de la OMS en la formación del personal de estadística, propuso que se reuniera un subcomité encargado de formular recomendaciones al respecto.

Entretanto, y teniendo en cuenta que, en términos generales, ese personal puede considerarse dividido en tres grupos principales, a saber :

1) personal de formación universitaria amplia y con conocimientos especiales de estadística sanitaria ;

2) personal de categoría intermedia (archiveros, encargados de registros locales, jefes de pequeños servicios de estadística demográfica y sanitaria, estadígrafos de hospitales, etc.), y

3) personal administrativo,

el Comité estimó que para ayudar eficazmente a los países de distinto grado de desarrollo conviene establecer un justo equilibrio entre esas tres categorías de personal, y estudiar a fondo las necesidades de cada región antes de preparar los planes de formación profesional.

En lo que respecta al personal de la categoría 1), el Comité considera que sería conveniente incluir en los planes nacionales e internacionales correspondientes un programa de concesión de becas para cursar estudios en los centros especializados del extranjero. En cuanto al personal de la categoría 2), quizá la mejor solución para hacer frente a las necesidades fuera organizar en las distintas regiones cursos internacionales y encomendar a las personas que los hubieran seguido la instrucción del personal moderno de las categorías 2) y 3) de cada país.

##### **4.2 Métodos de formación que la OMS puede aplicar eficazmente o a cuya aplicación puede contribuir : Concesión de becas, cursos de adiestramiento, edición de manuales de enseñanza, etc.**

El Comité quedó enterado de un informe sobre las actividades de formación profesional patrocinadas por la OMS en colaboración con las Naciones Unidas.

El Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias,

Convencido de la primordial importancia de las actividades de formación profesional para el mejoramiento de los métodos de obtención e interpretación de las estadísticas demográficas y sanitarias,

RECOMIENDA:

- 1) que se intensifiquen las actividades de esa índole emprendidas por la OMS; y
- 2) que la Organización prepare manuales sobre algunas cuestiones, como, por ejemplo, la compilación de estadísticas de mortalidad y morbilidad, el registro de casos de enfermedades transmisibles, los principios de la organización de servicios de estadísticas sanitarias, los procedimientos recomendados para la obtención de estadísticas de los hospitales y, en particular, sobre la aplicación o la adaptación de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

## **5. ESTADISTICAS Y REGISTROS DE CASOS DE CANCER**

### **5.1 Estadísticas de los casos en tratamiento**

Para apreciar la eficacia de los distintos tratamientos es imprescindible disponer de una clasificación precisa de los tumores, con arreglo a su localización anatómica, a su tipo histológico y a su fase de evolución. El Comité tomó nota de que la OMS y las organizaciones profesionales vienen dedicando cada vez mayor atención a ese asunto.

El Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias,

Convencido de la necesidad de ampliar las actividades emprendidas,

RECOMIENDA:

- 1) que la OMS intensifique la publicación de estudios estadísticos sobre los distintos tipos de cáncer ;
- 2) que la OMS aumente la distribución a los organismos interesados de todos los datos disponibles y, en particular, de los referentes a la metodología estadística aplicable a esos estudios ; y
- 3) que la OMS, en colaboración con las organizaciones profesionales competentes, prosiga sus esfuerzos para mejorar la clasificación de los tumores.

No ignora el Comité que para evaluar los resultados del tratamiento en un grupo importante de población o en todo un país, es imprescindible llevar un registro de los casos de cáncer. La finalidad principal de esos

registros será obtener datos sobre la frecuencia del cáncer, con expresión de la localización y tipo de la neoplasia primaria, y seguir la evolución de los casos para conocer el tiempo que tarda en sobrevenir la muerte de los enfermos. Para que esa vigilancia de los pacientes sea eficaz, es necesario establecer una estrecha colaboración entre los hospitales donde reciben tratamiento los enfermos y los servicios de estadística encargados de registrar las causas de defunción.

El Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias,

Habiendo examinado la situación reinante en los países donde funcionan desde hace algunos años registros de cáncer, y convencido de que la diversidad de las condiciones que se dan en distintas partes del mundo no permite proponer, de momento, la adopción de un sistema uniforme,

RECOMIENDA :

- 1) que la OMS siga estudiando los distintos sistemas y métodos utilizados para el registro de los casos de cáncer, con objeto de determinar la organización que debe darse a los correspondientes servicios para que estos registros llenen su cometido con la máxima eficacia; y
- 2) que la OMS difunda entre las comisiones nacionales de estadística demográfica y sanitaria y los organismos análogos todos los datos de que en la actualidad dispone.

Enterado de que por iniciativa de la OMS se reunirá en 1957 un Grupo de Estudio sobre Epidemiología, que examinará, entre otras cuestiones, los problemas epidemiológicos que plantean las enfermedades crónicas, el Comité propuso que la epidemiología del cáncer figure entre los asuntos sometidos al estudio de este Grupo.

## **5.2 Mandato del Subcomité de Estadísticas sobre Cáncer que ha de reunirse en 1957**

El Comité tomó nota de la labor realizada hasta la fecha por el Subcomité de Estadísticas sobre Cáncer y expuesta en los dos informes de ese Subcomité<sup>1</sup> y reconoció la utilidad de las recomendaciones que éste ha formulado acerca de varios problemas metodológicos que plantean las estadísticas sobre la citada enfermedad. Al examinar los progresos realizados desde la última reunión del Subcomité, el Comité tomó nota, entre otras cosas, de la creación de varios registros de casos de cáncer; de la colaboración internacional establecida bajo los auspicios de la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC) en los estudios sobre clasificación histológica de los neoplasmas, que han de servir de base para la compila-

<sup>1</sup> *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.*, 1950, **25**, 17; *Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1950, **25**, 19; *Org. mund. Salud : Ser. Inform. técn.*, 1953, **53**, 43

ción de una clave estadística de los tumores humanos; de los progresos realizados en la clasificación de los neoplasmas malignos, según su fase de evolución clínica, y de los ensayos emprendidos en distintos países con objeto de aplicar la clasificación propuesta por la UICC para los tumores malignos de la laringe y del tórax, según su estadio clínico; del perfeccionamiento y la aplicación de varias técnicas para determinar la incidencia y la prevalencia del cáncer en la población; de la extensión de los estudios estadísticos a la etiología del cáncer, mediante la correlación de las estadísticas de morbilidad y mortalidad, los factores étnicos, climáticos, alimentarios y de otro género; y de los cambios introducidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades con motivo de la Séptima Revisión (1955).

El Comité considera que ha llegado el momento de que el Subcomité examine y enjuicie esos progresos, de que analice, resuma y evalúe las experiencias de los últimos años, y de que estudie las medidas de carácter internacional que convendría adoptar al respecto.

## 6. ESTADISTICAS HOSPITALARIAS DE MORBILIDAD

### 6.1 Preparación de formularios para la obtención de datos de morbilidad en los hospitales

El Comité estimó que no era posible, de momento, hacer recomendaciones acerca de los modelos de formularios adecuados para obtener de los hospitales datos de morbilidad susceptibles de comparación internacional. Ello no obstante,

El Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias,

Vista la importancia cada vez mayor que revisten las estadísticas hospitalarias de morbilidad, y convencido de la necesidad de unificar con carácter internacional la presentación de esos datos,

RECOMIENDA que la OMS estudie los sistemas seguidos en distintas partes del mundo, como medida preliminar para proceder a un detenido estudio del problema.

### 6.2 Definición de algunos términos e índices que se emplean en las estadísticas hospitalarias de morbilidad

En su tercera reunión, celebrada en 1951, el Comité recomendó que las comisiones nacionales de estadística demográfica y sanitaria prepararan, examinaran y evaluaran definiciones de los términos de uso corriente en las estadísticas de morbilidad, sin descuidar los términos especiales utilizados en las estadísticas hospitalarias.<sup>1</sup> En la reunión a que se refiere el

<sup>1</sup> *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.*, 1952, 53, 22; *Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1952, 53, 19

presente informe, el Comité de Expertos examinó la labor realizada por algunas comisiones nacionales en cumplimiento de esa recomendación.

El Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias,

Convencido de la necesidad de continuar el estudio del asunto,

RECOMIENDA a la OMS que recopile las definiciones de los términos e índices que están en uso en distintos países y las estudie detenidamente, con objeto de proponer la adopción ulterior de las que parezcan susceptibles de obtener la aprobación general.

### **6.3 Utilización de los registros hospitalarios de morbilidad para evaluar la morbilidad general**

Las estadísticas hospitalarias de morbilidad adolecen, como es sabido, de dos defectos principales: 1) que por lo general se desconoce la importancia numérica de población expuesta, y 2) que los enfermos hospitalizados no son representativos del común de la población, puesto que las enfermedades que se tratan en los hospitales no lo son necesariamente de la morbilidad general. La utilidad de los registros de los hospitales para la compilación de estadísticas de morbilidad depende de los fines a que éstas se destinan, y por eso conviene decidir de antemano el uso que va a hacerse de los datos que se obtengan, la naturaleza de los que hace falta obtener y el método más eficaz y más práctico de conseguirlos. Una vez aclarados esos extremos, es posible determinar hasta qué punto pueden utilizarse los registros disponibles (historias clínicas de enfermos hospitalizados, etc.).

Conviene advertir, en cualquier caso, que los registros de los hospitales son la única fuente de información disponible en algunas regiones, y que, si se toman las debidas precauciones, puede obtenerse de ellos una gran cantidad de datos sobre la prevalencia de las enfermedades en una colectividad.

El Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias,

Deseoso de aumentar la utilidad de las estadísticas de morbilidad basadas en los registros de los hospitales,

RECOMIENDA que al compilar las estadísticas hospitalarias se establezca una distinción entre la población vecindada en la zona y los transeúntes, a fin de que pueda establecerse una relación más exacta entre los datos obtenidos y la población expuesta.

El Comité tomó nota de que en el Japón se han levantado censos de los enfermos que estaban hospitalizados en un determinado día, procedimiento que, a su juicio, permite obtener, sin gasto excesivo, algunos datos útiles sobre las características médicas y de otro género de los casos sometidos a tratamiento en los hospitales.

**7. «INDICADORES SANITARIOS» APROPIADOS  
PARA LOS FINES DEL ESTUDIO DE LAS NACIONES UNIDAS  
SOBRE DEFINICION Y MEDICION DEL NIVEL DE VIDA  
(MEDICION DEL COMPONENTE «SALUD, CON INCLUSION  
DE LAS CONDICIONES DEMOGRAFICAS»)<sup>1</sup>**

A petición del Consejo Económico y Social, las Naciones Unidas convocaron en 1953, de acuerdo con la OIT y la UNESCO, un comité mixto de expertos «encargado de preparar un informe sobre los métodos más satisfactorios para definir y evaluar el nivel de vida». Dicho comité «llegó a la conclusión de que el modo más satisfactorio de medir los niveles de vida en el orden internacional sería proceder a la medición de aspectos o partes claramente delimitados de las condiciones generales de vida que puedan representarse cuantitativamente y expresar objetivos internacionales»<sup>2</sup>, en relación con distintas cuestiones, como la salud, la nutrición, la vivienda, las condiciones de trabajo, la educación, el transporte, etc. El Comité limitó su estudio a los problemas que plantean la definición y la evaluación del nivel de vida efectivo, y estableció a ese efecto una lista de doce elementos que pueden considerarse componentes del nivel de vida, para cuya evaluación recomendó que se establecieran índices adecuados. En cabeza de esa lista figuraba el componente denominado «Salud, con inclusión de las condiciones demográficas».

En su octava reunión<sup>3</sup> la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas recomendó a los organismos especializados que iniciaran, en sus respectivas esferas de actividad, un estudio sobre la utilidad de los indicadores propuestos por el Comité Mixto de Expertos para medir el nivel de vida y sobre la posibilidad de calcular esos indicadores con la exactitud necesaria, tomando como base las estadísticas disponibles. En cumplimiento de esa recomendación, el Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias de la OMS formuló en su cuarta reunión, celebrada en 1954, diversas observaciones sobre los siguientes indicadores propuestos por el

---

<sup>1</sup> El cuarto informe del Comité (documento WHO/HS/56), referente a la reunión celebrada en septiembre de 1954 no se ha publicado, por constituir, esencialmente, un documento preparatorio destinado a la Conferencia para la Séptima Revisión de las Listas Internacionales de Enfermedades y Causas de Defunción. Las observaciones de valor permanente expuestas por el Comité en 1954, en lo que concierne a los « indicadores sanitarios », se han incorporado a esta sección.

<sup>2</sup> Naciones Unidas (1954) *Informe sobre la definición y medición internacional del nivel de vida*, Nueva York, pág. 9 (Documento E/CN.3/179—E/CN.5/299)

<sup>3</sup> Naciones Unidas, Comisión de Estadística (1954) *Informe sobre el octavo periodo de sesiones (5-22 de abril de 1954) — Consejo Económico y Social. Documentos oficiales: 18.º periodo de sesiones. Suplemento N.º 5*, Nueva York, p. 11 (Documento E 2569—E/CN.3/192)

Comité Mixto para evaluar el componente denominado « Salud, con inclusión de las condiciones demográficas »:

- 1) Esperanza de vida al nacer
- 2) Tasa de mortalidad infantil (número de fallecimientos de menores de un año de edad por cada 1000 nacimientos, por año)
- 3) Tasa bruta de mortalidad anual (número de fallecimientos por cada 1000 personas de población, por año)
- 4) Número de camas de hospital en relación con la población total
- 5) Número de médicos en relación con la población total

Como el informe de la cuarta reunión del Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias no va a ser publicado, se transcriben a continuación sus observaciones más importantes:

1) Se atribuye más importancia a los dos primeros indicadores de la lista — « esperanza de vida al nacer » y « tasa de mortalidad infantil » — que a los restantes, pero hay que reconocer que el primero, aunque permite evitar hasta cierto punto las dificultades que plantea la tasa bruta de mortalidad, está en cambio muy influido por la tasa de mortalidad infantil. Con objeto de que los indicadores sean más independientes unos de otros, convendría sustituir el primero de los citados por « esperanza de vida al cumplir 1 año », si el indicador 2) — « tasa de mortalidad infantil » — se conserva en la lista.

Por lo que respecta a los indicadores relacionados con la esperanza de vida, se hizo resaltar que en muchos países y territorios, y más particularmente en las regiones insuficientemente desarrolladas, no se dispone de datos de esa índole, y que, aun en los países donde suelen calcularse, los servicios competentes no lo hacen por lo general de año en año, sino a intervalos de 10 años o más.

2) Como es bien sabido, la tasa de mortalidad infantil (proporción de defunciones de niños menores de 1 año por cada mil niños nacidos vivos) se viene considerando desde antiguo como un índice fiel de la situación sanitaria de un país o de una región. La exactitud de los valores calculados para dicha tasa en numerosos territorios se presta, sin embargo, a ciertas objeciones, ya que su validez y su significación dependen de que los registros de nacimientos y defunciones infantiles sean más o menos completos.

3) La « tasa bruta de mortalidad anual » (número total de defunciones registradas por cada mil habitantes) debe figurar en la serie de « indicadores de salud » propuestos, ya que expresa la magnitud de la mortalidad en un grupo de población o en un país determinado. Para los fines de la comparación internacional, la tasa bruta de mortalidad tiene, en cambio, una utilidad más limitada, puesto que su cuantía depende en parte de la distribución de la población por sexos y por edades. Aun cuando dicha tasa suele ser el índice demográfico más fácil de obtener, y aunque se conoce su valor en muchísimas regiones donde faltan los indicadores 1) y 2), no debe dejar de verificarse su exactitud, especialmente en muchas de las zonas insuficientemente desarrolladas, si se adopta como índice expresivo de un aspecto particular del componente « Salud ».

4) Al examinar los indicadores 4) y 5), relativos a la proporción de camas de hospital y de médicos respecto del total de la población, el Comité señaló que la calidad de los

recursos médicos no se presta a comparaciones internacionales, y afirmó que no cabría considerar esos indicadores como expresión de factores decisivos para el estado de salud. Llamó la atención sobre los problemas que plantea la concentración de los recursos médicos en las zonas urbanas. La proporción de camas de hospital y de médicos por cada mil habitantes de la población total de un territorio puede muy bien enmascarar una diferencia entre las disponibilidades de recursos médicos de las zonas urbanas y las del medio rural en muchos países insuficientemente desarrollados. El Comité expresó asimismo el parecer de que un índice de las condiciones de saneamiento, expresivo, por ejemplo, de la proporción de habitantes de un territorio que disponen de abastecimientos de agua potable o de instalaciones de alcantarillado, o de ambos servicios, guardará seguramente una relación muy estrecha con la tasa de mortalidad general. Calcular un índice de esa naturaleza es tarea que incumbe a los especialistas en saneamiento del medio y, en cualquier caso, sería necesario investigar debidamente su utilidad en diversas circunstancias, por lo que el Comité no juzgó oportuno formular ninguna recomendación definitiva al respecto.

El Comité examinó la posibilidad de utilizar como « indicadores » del estado de salud otros índices demográficos o sanitarios ; por ejemplo, la proporción de casos mortales de enfermedades infecciosas y parasitarias o de defunciones de niños menores de cinco años respecto del total de defunciones, y llegó a la conclusión de que, antes de juzgar de la procedencia y la utilidad de emplear esos datos en cuestión como indicadores de « salud » en el sentido que da al término el informe del Comité Mixto, la OMS debe seguir estudiando el problema para dilucidar hasta qué punto son fidedignos, y si pueden o no encontrarse en las estadísticas disponibles en los distintos países.

El Comité examinó las posibilidades actuales de emplear las estadísticas de morbilidad como « indicadores » comparables. Dado el creciente interés que despiertan las encuestas sanitarias, el Comité opina que cada vez serán más numerosos los datos disponibles sobre la frecuencia de las enfermedades en el conjunto de la población, pero no existe todavía ninguna colección uniforme de estadísticas de ese género, e incluso las relativas a las enfermedades de declaración obligatoria son bastante heterogéneas desde el punto de vista de la calidad, puesto que su exactitud depende de los recursos médicos y de la eficacia de los servicios sanitarios de cada país o de cada territorio.

Vista la complejidad de los problemas planteados, el Comité recomendó, además, que se siguiera consultando el parecer de los expertos en distintas ramas de la estadística sanitaria acerca de la posibilidad de establecer otros « indicadores » de la « salud ».

En cumplimiento de la recomendación formulada por el Comité Mixto de Expertos para que se fomentara el estudio de las condiciones de vida de las familias, la OIT, que desde su fundación viene ocupándose de esos estudios, por lo general desde el punto de vista de los presupuestos familiares, convocó en septiembre de 1955 a un comité de expertos a cuyas sesiones asistieron representantes de la OMS. En esa reunión se examinó la posibilidad de aprovechar los indicados estudios para obtener algunos datos elementales, pero útiles, sobre las condiciones de salud de las familias y se formularon las recomendaciones pertinentes. Al tratar de la evaluación del nivel de vida mediante la determinación de sus elementos componentes, el Comité de la OIT colocó también en primer lugar la « Salud, con inclusión de las condiciones demográficas ».

En octubre de 1955 la OMS convocó a un Grupo de Estudio sobre Evaluación del Nivel de Vida.<sup>1</sup> A juicio de ese grupo, los indicadores sanitarios pueden ser de tres tipos:

- 1) los que miden el estado de salud de las personas o de la población en una región determinada (estadísticas demográficas, estado de nutrición, etc.);
- 2) los que se refieren a las condiciones del medio (abastecimiento de agua, red de alcantarillado, etc.), que tienen de manera más o menos directa influencia sobre el estado de salud en la región, y
- 3) los que se refieren a los servicios sanitarios y a las actividades de mejoramiento de la asistencia sanitaria (disponibilidades de hospitales, de médicos y de otros trabajadores sanitarios y uso que de ellas se hace).

Se desprendía claramente, asimismo, de las discusiones de este Grupo de estudio, que un indicador debe reunir las siguientes condiciones:

- 1) que existan los datos necesarios para calcularlo en escala nacional;
- 2) que las definiciones y los procedimientos empleados para la obtención, la clasificación y la presentación de los datos sean equivalentes en todos los países;
- 3) que el indicador refleje el efecto del mayor número posible de los factores que influyen en el estado de salud, y
- 4) que, de acuerdo con la condición 3), cuando haya que elegir entre varios indicadores se dé la preferencia al más sensible, es decir, al que mejor refleje las variaciones de esos factores.

Por lo que respecta a los indicadores sanitarios basados en las estadísticas disponibles, el Grupo de Estudio de la OMS creyó oportuno distinguir entre los de carácter general y los específicos. A este propósito, el Grupo de Estudio tomó nota de las investigaciones realizadas por la Secretaría de la OMS para preparar indicadores adecuados y expresó el parecer de que el nuevo indicador, cuyo empleo han propuesto S. Swaroop y K. Uemura,<sup>2</sup> a saber, la tasa de mortalidad proporcional en personas de más de 50 años, es decir, el porcentaje de defunciones de personas de 50 ó más años de edad respecto del total de defunciones, será probablemente muy útil, pues presenta la ventaja de fundarse en datos relativamente fáciles de obtener y se calcula por un método muy sencillo. Ello no obstante, el Grupo opinó — como los mismos autores — que antes de adoptar definitivamente esa tasa de mortalidad proporcional como indicador general

<sup>1</sup> Véase *Org. mund. Salud: Ser. Inform. técn.*, 1957, 137.

<sup>2</sup> Artículo que se publicará en el *Bulletin* de la OMS.

sería necesario determinar con mayor precisión, mediante estudios críticos de carácter teórico y práctico, su validez y el alcance de sus posibilidades de aplicación y recomendó, en consecuencia, que se continuaran las investigaciones emprendidas al efecto.

El Comité examinó someramente la labor realizada por los comités y grupos de estudio reunidos con anterioridad en la obtención de indicadores generales y específicos, y reiteró que la « expectativa de vida al nacer, a la edad de un año o a cualquier otra edad » aun siendo en teoría el más expresivo de todos los indicadores propuestos, sólo se calcula en un pequeño número de países y además con poca frecuencia. La tasa bruta de mortalidad puede ser el único indicador de que se disponga en algunos países o ciudades, pero a juicio del Comité en ella puede influir considerablemente la distribución de la población por edades, por lo que sólo puede utilizarse con garantías para comparar datos que abarquen un corto espacio de tiempo, que se refieran a un mismo país. El Comité llegó a la conclusión de que la tasa proporcional de mortalidad es el más adecuado de los indicadores generales del estado de salud que se han propuesto hasta la fecha para los fines particulares señalados por el Comité Mixto de Expertos. En consecuencia,

#### El Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias

RECOMIENDA que la tasa proporcional de mortalidad, es decir, el porcentaje de defunciones de personas de 50 ó más años de edad respecto del número total de defunciones, se use, a título experimental, como indicador general del estado de salud hasta que pueda apreciarse mejor su utilidad a la vista de los resultados obtenidos con su empleo.

Por lo que se refiere a los indicadores específicos, el Comité encareció la utilidad de las tasas de mortalidad infantil, y en particular de la mortalidad registrada entre los niños de uno a orce meses, ya que en esta última influyen menos las causas de defunción prenatales e intranatales. El Comité reconoce que este índice no se calcula con tanta frecuencia como las tasas generales de mortalidad infantil. También examinó el Comité la posibilidad de utilizar la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles (enfermedades infecciosas y parasitarias, que constituyen la Sección I de la Lista Detallada),<sup>1</sup> pero consideró que la ausencia total de certificación médica de las causas de defunción en numerosas regiones, y su imprecisión en otras, limitan mucho la utilidad de dicha tasa para la evaluación del nivel

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud (1950) *Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción*, Ginebra, Vol. 1, págs. 3, 45. En 1957 se ha publicado una nueva edición de este Manual, en la que se recoge la Séptima Revisión de las Listas Internacionales de Enfermedades y Causas de Defunción.

de vida. Cabría asimismo ensayar como indicador específico las tasas totales de mortalidad en el grupo de 1 a 4 años de edad, si la exactitud del registro por edades permite emplearlas.

El Comité quedó enterado de la marcha de las actividades emprendidas por la OIT y la OMS para estudiar las condiciones de vida de las familias y para realizar encuestas sobre sus condiciones de salud, a fin de obtener datos útiles que puedan servir más adelante para proceder a evaluaciones locales del estado de salud y de las tendencias que sigue su evolución.

## 8. CUESTIONES DIVERSAS

### 8.1 Conferencias internacionales

El Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias,

Vistos los resultados satisfactorios que se pueden obtener en conferencias internacionales convocadas para estudiar asuntos determinados, después de una preparación preliminar, como, por ejemplo, las conferencias para la revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades,

RECOMIENDA que la OMS convoque periódicamente conferencias internacionales que estudien la definición de términos e índices utilizados en las estadísticas de morbilidad, los sistemas de registro de casos de cáncer, las estadísticas hospitalarias, etc.

### 8.2 Reuniones del Comité de Expertos

El Comité manifestó su satisfacción por la asistencia a sus sesiones de los asesores de estadística de las Oficinas Regionales de las Américas y del Mediterráneo Oriental y formuló votos por que los asesores regionales puedan seguir asistiendo a las reuniones venideras, a fin de que el Comité pueda estar mejor informado de los problemas estadísticos de las diversas regiones, y de que los asesores estadísticos puedan aprovechar los resultados de las deliberaciones del Comité y las recomendaciones que éste formule, en beneficio de los países de sus respectivas Regiones.