

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 218

**COMITE DE EXPERTOS
EN ESTADISTICA SANITARIA**

Séptimo informe

	Página
1. Encuestas sanitarias y de morbilidad: consideraciones generales	3
2. Características, posibilidades y limitaciones de los principales tipos de encuestas	8
3. Encuestas sanitarias locales, encuestas de morbilidad específica y encuestas en zonas insuficientemente desarrolladas	16
4. Preparación de la octava revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción	19
5. Seminario conjunto Naciones Unidas/OMS sobre el Uso de las Estadísticas Vitales y Sanitarias en Estudios relacionados con la Genética y las Radiaciones	22
6. Participación de los asesores regionales en estadística	23
7. Necesidad de una bibliografía sobre los métodos aplicados en las encuestas sanitarias	23
8. Estadísticas hospitalarias	24
9. Comisiones nacionales de estadísticas demográficas y sanitarias	24
10. Resolución de la 11ª Asamblea Mundial de la Salud sobre el programa de la OMS en materia de estadística	25
Anexo 1. Factores técnicos que deben tenerse en cuenta en la preparación de las encuestas por interrogatorio directo	27
Anexo 2. Puntos en que coincide la opinión de los expertos participantes en el Seminario conjunto Naciones Unidas/OMS sobre el Uso de las Estadísticas Vitales y Sanitarias en Estudios relacionados con la Genética y las Radiaciones	29

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA

1961

COMITE DE EXPERTOS EN ESTADISTICA SANITARIA

Ginebra, 5-10 de diciembre de 1960

*Miembros : **

- Sr. F. F. Harris, Director, Health and Welfare Division, Dominion Bureau of Statistics, Ottawa, Canadá
- Dr. D. W. Horn (formerly Senior Specialist (Medical Statistician), Federal Government of Nigeria), Edimburgo, Escocia
- Dr. F. E. Linder, Director, National Center for Health Statistics, Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, Washington, D.C., Estados Unidos de América (*Presidente*)
- Dr. W. P. D. Logan, Chief Statistician (Medical), General Register Office, Londres, Inglaterra (*Relator*)
- Dr. S. C. Seal, Officer on Special Duty (Morbidity Survey), Directorate General of Health Services, Nueva Delhi, India
- Dr. T. Soda, Subdirector del Instituto de Salud Pública, Tokio, Japón (*Vice-presidente*)
- Dr. M. Vacek, Investigador, Departamento de Estadística del Instituto de Investigaciones sobre Organización de los Servicios de Salud Pública, Praga, Checoslovaquia

Representante de las Naciones Unidas :

- Srta. Nora P. Powell, Oficina de Estadística, Naciones Unidas, Nueva York

Secretaría :

- Dra. María Čakrtová, Jefe de la Sección de Clasificación Internacional de Enfermedades y de Organización de Servicios de Estadística Sanitaria, OMS
- Dr. M. Grais, Epidemiólogo, Sección de Preparación de Estadísticas Sanitarias, OMS
- Dr. H. F. Helweg-Larsen, Asesor Regional en Estadísticas Demográficas y Sanitarias, Oficina Regional de la OMS para el Asia Sudoriental, Nueva Delhi, India
- Dr. E. F. Krohn, Oficial Sanitario Regional de Epidemiología y Estadística Sanitaria, Oficina Regional de la OMS para Europa, Copenhague, Dinamarca
- Sr. J. Nielsen, Estadígrafo, Sección de la Clasificación Internacional de Enfermedades y de Organización de Servicios de Estadística Sanitaria, OMS
- Dr. B. Pirč, Epidemiólogo Jefe del Servicio de Preparación de Estadísticas Sanitarias, OMS (*Secretario*)
- Dra. Ruth R. Puffer, Jefa de la Sección de Epidemiología y Estadística Sanitaria, Oficina Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., Estados Unidos de América
- Dr. M. Sédeuilh, Asesor Regional en Administración de Salud Pública, Brazzaville, Congo
- Dr. S. Swaroop, Jefe del Servicio de Métodos de Estadística Sanitaria, OMS

* No pudo asistir a la reunión :

Profesora E. A. Sadvokasova, Jefa del Departamento de Estadística Sanitaria, Instituto Semashko de Administración Sanitaria y de Historia de la Medicina, Moscú, URSS.

COMITE DE EXPERTOS EN ESTADISTICA SANITARIA

Séptimo informe

El Comité de Expertos en Estadística Sanitaria se reunió en Ginebra del 5 al 10 de diciembre de 1960.

El Dr. P. Dorolle, Director General Adjunto de la Organización Mundial de la Salud, abrió la reunión en nombre del Director General.

El Comité eligió Presidente al Dr. F. E. Linder, Vicepresidente al Dr. T. Soda y Relator al Dr. W. P. D. Logan.

1. ENCUESTAS SANITARIAS Y DE MORBILIDAD : CONSIDERACIONES GENERALES

1.1 Objetivos

Las administraciones nacionales y locales de sanidad necesitan tener información fidedigna que les sirva de base para proyectar, organizar y dirigir con mayor eficacia sus respectivos servicios. Para ello, hay que sacar todo el partido posible de la información obtenida por los medios normales, pero, si de un análisis adecuado de esa información, resultara que faltan datos importantes, podrán organizarse encuestas especiales con objeto de obtenerlos. La importancia de esas encuestas aumenta de día en día y sus métodos se van perfeccionando. Considerando que este asunto era uno de los más importantes de su orden del día, el Comité ha examinado los objetivos, los tipos y los problemas metodológicos de las encuestas sanitarias y de morbilidad, ha estudiado sus posibilidades y limitaciones y ha deliberado sobre su esfera de aplicación.

Los métodos de obtención de estadísticas sanitarias por medio de encuestas difieren de los empleados ordinariamente para la recogida y análisis de datos sanitarios y demográficos, sobre los que el Comité no ha deliberado por no considerarlos incluidos en su orden del día. La práctica de las encuestas se funda en el uso de procedimientos y de medios especiales para la obtención de datos que no pueden conseguirse de otro modo. Por lo general, es necesario emplear partes y cuestionarios especiales, señalar a la encuesta objetivos concretos y limitar su duración, aunque en algunos casos pueden organizarse encuestas para obtener datos muy variados o encuestas de duración ilimitada, que se convierten en un medio normal de información estadística.

1.2 Distinción entre « encuestas sanitarias » y « encuestas de morbilidad »

La expresión « encuesta sanitaria » tiene un significado mucho más general que la de « encuesta de morbilidad »; esta última designa en realidad uno sólo de los numerosos elementos de que puede constar una encuesta sanitaria. Las encuestas sanitarias de carácter general permiten obtener información sobre una o sobre todas las cuestiones de conjunto que se indican a continuación :

1) Estado sanitario de la población (morbilidad general, morbilidad específica de una enfermedad o de uno o varios grupos de enfermedades, deficiencias orgánicas, determinaciones antropométricas y mortalidad).

2) Factores que influyen en la salud o que están influidos por ésta, v. gr. las condiciones socioeconómicas, la nutrición, los factores del medio, las costumbres y los factores genéticos.

3) Servicios sanitarios y asistencia médica (determinación de las necesidades, disponibilidades y utilización de servicios sanitarios, evaluación de los programas de salud pública y determinación de los gastos que ocasionan la prevención y el tratamiento de las enfermedades).

Las encuestas de morbilidad suelen referirse exclusivamente a las dos primeras cuestiones del apartado 1), aunque a veces recogen también información sobre alguno de los otros puntos para que sirva de complemento a los datos de morbilidad.

1.3 Características generales de las encuestas sanitarias y de morbilidad

1) La encuesta puede ser de corta duración, periódica o, en ciertos casos, permanente.

2) Puede ser nacional o limitarse a uno solo o a varios distritos.

3) Dentro del territorio elegido, puede incluir a toda la población o un grupo particular de ella. En ambos casos, la encuesta puede efectuarse sobre una muestra de la población.

4) El cuestionario relativo a la salud pública puede formar parte de una encuesta múltiple dedicada a problemas sociales, económicos, de vivienda, etc., o constituir el único objetivo de la investigación.

5) La encuesta puede ser « sanitaria » o de « morbilidad ».

6) La encuesta de morbilidad puede versar sobre la morbilidad general o sobre la específica de una determinada enfermedad.

7) La encuesta puede estar vinculada a un programa de indagación de casos organizado con el fin de proporcionar tratamiento a los enfermos que se descubran, o tener por objeto estimar la prevalencia de una enfermedad y obtener datos al respecto.

8) La unidad del estudio suele ser el individuo, pero a veces lo es la familia o el conjunto doméstico y en ocasiones la colectividad local.

1.4 Elección del tipo de encuesta

La elección del tipo de encuesta más conveniente en cada caso particular requiere un completo análisis preliminar de la finalidad buscada y depende de los datos existentes, de su utilidad o de la posibilidad de adaptarlos fácilmente a los fines de la encuesta, así como de las circunstancias nacionales o locales relacionadas con la situación que se desee investigar y con los recursos disponibles en materia de personal y medios de trabajo.

La elección del método más conveniente para efectuar la encuesta depende asimismo de los objetivos perseguidos, y en ese sentido habrá que tener además en cuenta los siguientes puntos :

- 1) amplitud de la información que se desea recoger ;
- 2) posibilidad práctica de llegar a las unidades estadísticas objeto de investigación ;
- 3) clase de indagaciones que deben hacerse ;
- 4) posibilidad práctica de diagnosticar el estado morbosos en cuestión ;
- 5) clase de personal necesario para ejecutar los trabajos prácticos ;
- 6) costo de la encuesta : como el volumen efectivo de la muestra no suele variar en función de la extensión del país, el costo será relativamente mayor en los pequeños países que en los grandes.

1.5 Otras consideraciones

En relación con los distintos objetivos de las encuestas sanitarias, el Comité estima conveniente señalar además los siguientes puntos :

1.5.1 Encuestas generales

Al tratar de hacerse una idea sobre el estado sanitario de la población, es natural que se busque también información acerca de los factores que influyen sobre la salud y sobre la eficacia de los servicios sanitarios. En el curso de una encuesta más o menos general cuyo objetivo principal sea « la salud », cabe también la posibilidad de recoger datos sobre otras muchas cuestiones conexas como, por ejemplo, el abastecimiento de agua, la alimentación, la vivienda, el grado de instrucción y la situación económica. En tales casos, el estudio se convierte de hecho en una encuesta de objetivo múltiple.

Desde el punto de vista de la información que necesitan las administraciones sanitarias para lograr el funcionamiento coordinado y eficiente de sus servicios en los diversos escalones administrativos, esas encuestas de

carácter general serían muy útiles. Conviene subrayar, sin embargo, que esas operaciones encaminadas a obtener toda la información de una sola vez son difíciles de organizar, y por consiguiente, se estima preferible que los objetivos de una encuesta aislada sean más modestos. Lo que puede hacerse es organizar una serie de encuestas dirigidas hacia uno o varios objetivos, y que proporcionen, paso a paso, toda la información deseada.

1.5.2 *Morbilidad*

La determinación de la morbilidad es el objetivo de casi todas las encuestas organizadas por los servicios sanitarios, destinadas por lo general a proporcionar una idea de la morbilidad general en la población o de la morbilidad específica de una determinada enfermedad o de un grupo de enfermedades. Como se indica en el sexto informe del Comité de Expertos en Estadística Sanitaria,¹ esta labor tropieza con grandes dificultades, tanto en materia de definiciones como de medición. No debe organizarse ninguna encuesta de morbilidad sin un estudio atento del primer capítulo de dicho informe.

1.5.3 *Determinaciones antropométricas*

Todavía no se ha establecido ningún índice que mida la salud en sentido positivo, aunque se están empleando varios valores antropométricos que podrían dar indicaciones en esa dirección. En las encuestas practicadas al efecto se han usado ciertas dimensiones corporales y sus cocientes, así como diversas pruebas relacionadas con la fisiología del organismo. La información obtenida es muy útil, si bien exige que los procedimientos empleados para conseguirla se ajusten escrupulosamente a las normas establecidas sobre las mediciones. Por consiguiente, sólo en circunstancias especiales es posible obtener esos datos, operación que en cualquier caso exige un personal bien preparado para este género de trabajo y métodos de laboratorio modernos. El Comité estima necesario que se emprendan los trabajos oportunos para establecer normas internacionales sobre las determinaciones antropométricas.

1.5.4 *Mortalidad*

En general, es innecesario recurrir a una encuesta para recoger datos de mortalidad, cuando existe un sistema fidedigno de registro demográfico, a menos que se pretenda evaluar por ese procedimiento la eficiencia del sistema. En tales casos, sin embargo, la encuesta debe limitarse a este problema particular. Las encuestas pueden usarse también con carácter provisional para obtener información sobre las poblaciones que carecen

¹ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1959, 164.

de un sistema de registro de la mortalidad. Por las muchas dificultades con que se tropieza en tales circunstancias, sobre todo en lo que se refiere a las causas de defunción, a la edad del difunto y a la fecha del fallecimiento, el objetivo ha de ser modesto: de ordinario, los datos obtenidos sólo dan una idea aproximada de la cuestión.

Cuando exista un sistema de registro de defunciones, podrán efectuarse encuestas especiales utilizando el certificado de defunción como base para pedir nuevos datos (clínicos, de laboratorio, socioeconómicos etc.) a las personas encargadas de la certificación. Estas encuestas son útiles para los estudios epidemiológicos y los programas de investigación.

1.5.5 *Factores que influyen sobre la salud*

Son muchos los factores que pueden influir sobre la salud. Siempre que el objetivo de una encuesta sea investigar los « factores relacionados con la salud », se dará por supuesto que el estudio sólo puede versar sobre un número limitado de tales factores y, en consecuencia, será preciso hacer una selección de los que se consideren más importantes para la población en estudio.

En los países adelantados suele haber abundancia de datos a este respecto, gracias a las estadísticas regulares o especiales que se compilan sobre diversas cuestiones, como la vivienda, el abastecimiento de agua, el grado de instrucción y la situación económica. Sin embargo, no es imposible que falten datos sobre un grupo particular de la población en estudio y en ese caso habrá que proceder a recogerlos. La encuesta deberá proporcionar entonces una información que pueda compararse con la ya existente sobre el conjunto de la población, pues de lo contrario perdería gran parte de su utilidad. De aquí que, entre los métodos que se aplican en las encuestas sanitarias y los empleados para obtener datos sobre estas cuestiones, deba existir una correspondencia absoluta. La encuesta sanitaria puede completarse con algunas cuestiones secundarias relacionadas con factores « que influyen sobre la salud »; en general, sin embargo, esto sólo debe hacerse cuando se cuenta con la estrecha colaboración y el completo acuerdo de los servicios estadísticos encargados de esas cuestiones.

Si la encuesta se hace en ausencia de toda clase de datos sobre los « factores relacionados con la salud », tal vez sea factible aplicar las recomendaciones internacionales que puedan existir, añadiendo las cuestiones que ofrezcan interés sanitario en cada caso particular. A ese respecto, el Comité se informó de las actividades que lleva a cabo la Organización Mundial de la Salud en esa materia, en particular en la esfera de la administración de salud pública.

Conviene dedicar una mención especial a la inclusión en la encuesta de cuestiones relacionadas con factores genéticos, ya que esa información se ha solido pasar por alto en las encuestas sanitarias. En 1960, el Seminario

conjunto Naciones Unidas/OMS sobre el Uso de las Estadísticas Vitales y Sanitarias en Estudios relacionados con la Genética y las Radiaciones (véase Anexo 2, página 29) subrayó que, con sencillas modificaciones, los sistemas de registro existentes ofrecen grandes posibilidades para la obtención de informaciones muy útiles sobre esa cuestión, cuya importancia para la salud pública es cada día mayor.

1.5.6 *Servicios sanitarios*

El objetivo de muchas encuestas sanitarias consiste en recoger información sobre los servicios existentes de sanidad y asistencia médica, sobre su aprovechamiento y eficacia y sobre el gasto que para la población supone la conservación de la salud y la lucha contra la enfermedad. La encuesta sanitaria extrae la información de la propia colectividad a fin de averiguar sus necesidades, el uso que hace de las instituciones sanitarias existentes, la eficacia de las actividades que se llevan a cabo, y lo que gasta la población en fomentar y restablecer la salud. Esta información, puesta en relación con los datos de morbilidad recogidos en la misma encuesta, puede ser de suma utilidad para los servicios de salud pública.

Sin embargo, como se ha indicado anteriormente, no se debe tratar de obtener demasiada información en una sola encuesta. Las encuestas excesivamente ambiciosas pueden resultar frustradas.

2. CARACTERÍSTICAS, POSIBILIDADES Y LIMITACIONES DE LOS PRINCIPALES TIPOS DE ENCUESTAS

2.1 Los tres tipos principales de encuestas

Tres son las principales fuentes de información que suelen utilizarse en una encuesta sanitaria o de morbilidad; el empleo de unas u otras depende de su accesibilidad y de los objetivos de la encuesta. La organización y los resultados del estudio serán muy diferentes según la fuente que se use. Las tres principales a que antes se hizo alusión son:

1) El interrogatorio especial de los sujetos, efectuado por personal adiestrado en el curso de visitas domiciliarias (encuestas por interrogatorio directo);

2) El examen sanitario de los individuos, orientado especialmente a determinar la morbilidad general o la específica de una determinada enfermedad en la zona objeto de estudio (encuestas por examen sanitario);

3) El análisis especial de los registros sanitarios existentes, (ficheros de hospitales, dispensarios, médicos generales y servicios de previsión social); no se considerará como una encuesta, sin embargo, el análisis ordinario de esos registros (encuestas basadas en el análisis de registros médicos).

2.2 Encuestas por interrogatorio directo

Las encuestas de este tipo pueden presentar características muy distintas según sean de objetivo múltiple o se limiten a un tema concreto, tengan un alcance nacional o simplemente local, sean de corta duración o de carácter continuo y comprendan toda la población de la zona en cuestión o sólo una muestra de ella.

La elección de este tipo de encuesta y su organización dependerán de la finalidad que se persiga, de la existencia de datos complementarios, de las circunstancias particulares en que haya de hacerse la encuesta y de los recursos disponibles.

A juicio del Comité, las encuestas basadas en el interrogatorio tienen las ventajas y los inconvenientes que a continuación se indican :

1) *Enfoque amplio del problema.* Las encuestas sanitarias generales ejecutadas por medio de interrogatorio pueden proporcionar una información de conjunto que refleje la situación sanitaria global y muestre los distintos componentes del problema sanitario en sus relaciones recíprocas. Una encuesta de este género permite calcular de un modo aproximado la extensión de la morbilidad y de la invalidez, el número, la edad, el sexo, la capacidad para el trabajo y el estado habitual de actividad de las personas que sufren enfermedades o deficiencias, el tiempo durante el cual los interesados han padecido distintos grados de incapacidad, la intensidad y el género de la asistencia solicitada o recibida, y las consecuencias económicas y sociales de la enfermedad y de la invalidez. De este modo, la encuesta por interrogatorio directo puede ser útil para las personas e instituciones de toda índole que se ocupan de problemas sanitarios.

2) *Flexibilidad de operación.* Muchos tipos de estadísticas de morbilidad son productos accesorios de sistemas de registro que no fueron creados en principio para determinar factores de índole sanitaria ; por ejemplo, los servicios de previsión social y las estadísticas preparadas por ellos están condicionados por la especial actividad que les incumbe.

En contraste con lo que sucede cuando los datos obtenidos constituyen un producto secundario de ciertas operaciones administrativas, un sistema de recogida de datos creado primordialmente para evaluar la situación sanitaria en una determinada zona ofrece un grado de flexibilidad mucho mayor pues, aun cuando tropiece con dificultades financieras o técnicas, la naturaleza de los datos que reúne no está influenciada por consideraciones administrativas extrañas.

3) *Referencia a la población.* La significación científica de las determinaciones del estado de salud o de las tasas de morbilidad es mucho mayor cuando sus resultados pueden expresarse en forma de cocientes o índices referidos a la población en estudio. Las encuestas por interrogatorio directo

tienen la ventaja, no siempre compartida por otros tipos de encuesta, de proporcionar automáticamente las cifras de población correspondientes a todas las subclases que hacen falta para el análisis de cada una de las variables relacionadas con la salud, cuyos valores han sido recogidos en la encuesta.

4) *Empleo del individuo como fuente de información.* Las encuestas por interrogatorio tienen también la ventaja de que toda la información necesaria procede de una fuente única: el individuo. Si bien algunos de los datos deseados pueden extraerse, incluso a veces con mayor precisión, de los registros de los hospitales, de los médicos o de las clínicas, de los institutos de rehabilitación, de las escuelas o de los centros de trabajo, no existe ningún procedimiento sencillo para combinar esos datos de procedencia tan diversa, refiriéndolos a un mismo individuo en forma tal que permita la tabulación cruzada de todos los factores.

El método de encuesta por interrogatorio, al ir directamente al individuo, permite obtener gran variedad de datos en una forma que ofrece las máximas posibilidades analíticas.

5) *Error de respuesta.* El principal inconveniente de las encuestas basadas en el interrogatorio directo, aparte de los problemas de financiación, organización y ejecución, reside en el profundo desconocimiento en que aún hoy se está sobre el carácter y la magnitud del error de las respuestas.

Los errores de muestreo, cuya importancia es de todos conocida, pueden calcularse partiendo de consideraciones teóricas. No existen tales fundamentos teóricos para la evaluación de los errores de respuesta, cuya importancia sólo se llega a conocer a través de una experiencia empírica lentamente adquirida.

No debe suponerse a priori que el error de respuesta sea un factor despreciable en el caso de una variable determinada. En las encuestas sanitarias, donde menos cabe esperar respuestas exactas es en los datos de diagnóstico; por consiguiente, la interpretación de los datos de diagnóstico obtenidos en las encuestas efectuadas por interrogatorio debe hacerse con gran cuidado. En general, se tiende a aceptar que, cuando una persona afirma estar enferma, lo está realmente. En cambio, mucho menos crédito merece la opinión de las personas interrogadas sobre la causa de su enfermedad, salvo tal vez en los casos que han recibido asistencia médica y en los que el médico ha comunicado su diagnóstico al paciente.

Habiendo considerado las mencionadas ventajas y limitaciones de las encuestas basadas en el interrogatorio directo, el Comité estima que este método es especialmente valioso para obtener diversos datos, difíciles de conseguir por otros procedimientos, sobre las tasas de morbilidad general y la utilización de los servicios sanitarios en función de las circunstancias sociales, ambientales y económicas. El método no permite obtener, en

cambio, informaciones exactas sobre la incidencia y la prevalencia de una determinada enfermedad.

El Comité ha examinado los factores que deben tenerse en cuenta en la preparación técnica de una encuesta por interrogatorio directo y los ha reunido en la lista que figura en el Anexo 1 (página 27).

2.3 Encuestas por examen sanitario

En los estudios que requieren una información diagnóstica exacta, basada en pruebas adecuadas de laboratorio o de otra clase, las encuestas por medio de exámenes sanitarios constituyen un método especialmente útil.

Las encuestas efectuadas mediante exámenes médicos especiales comprenden modalidades muy diversas, desde la exploración clínica detenida de un pequeño número de personas, completada con análisis de laboratorio y otras pruebas diagnósticas, hasta el reconocimiento de grupos numerosos de población mediante sencillos procedimientos diagnósticos de carácter selectivo, como las exploraciones radiográficas en serie.

En combinación con el examen sanitario, el método de interrogatorio permite obtener información sobre diversos factores, por ejemplo, los antecedentes médicos y familiares y la situación socioeconómica de las personas examinadas. Por otra parte, el examen diagnóstico puede completarse con pruebas y determinaciones de diversa índole, por ejemplo, de carácter antropométrico.

El objetivo primordial de las encuestas basadas en reconocimientos sanitarios especiales consiste en evaluar la morbilidad (general o específica), a fin de poder organizar con la mayor eficacia los programas de salud pública. La realización de encuestas antes del establecimiento de un programa y durante la ejecución del mismo proporciona además una línea de referencia fidedigna para evaluar la eficacia de las operaciones.

Conviene advertir que el objetivo primordial de estas encuestas no excluye que se tomen medidas sanitarias inmediatas en relación con los casos individuales.

Las principales ventajas de las encuestas basadas en exámenes médicos especiales son : 1) el grado relativamente elevado de precisión diagnóstica que permiten alcanzar ; y 2) la posibilidad de aplicar directamente los resultados obtenidos a una población conocida, siempre que las técnicas de muestreo se empleen correctamente o se examine a toda la colectividad.

Estas encuestas pueden resultar especialmente útiles si se tienen debidamente en cuenta ciertos factores, como su elevado costo en comparación con otros tipos de encuesta, la necesidad de aplicar constantemente procedimientos diagnósticos uniformes, las dificultades que a veces plantea el reclutamiento de un personal convenientemente preparado para efectuar

los reconocimientos médicos y los análisis de laboratorio, y la necesidad de contar con material especial de diagnóstico en cantidad suficiente para la ejecución eficaz de la encuesta.

No siempre es fácil conseguir la cooperación de los individuos elegidos para el examen; su actitud positiva o negativa dependerá de la sencillez del reconocimiento, la duración del mismo, las molestias o dolores que ocasionen las pruebas, el cuidado con que se guarde el secreto profesional y la necesidad de repetir las visitas. La prestación de asistencia médica gratuita en los casos en que ésta sea necesaria estimula con frecuencia la cooperación de los sujetos elegidos. En las encuestas de prevalencia basadas en el estudio de una muestra de la población, es muy importante, a juicio del Comité, que todas las personas de la muestra elegida sean examinadas, a fin de evitar desviaciones debidas a la autoexclusión de una parte de los individuos.

A la vista de todos esos factores, el Comité ha concluido que las encuestas basadas en exámenes médicos especiales están particulamente indicadas para la investigación de determinadas enfermedades en zonas relativamente pequeñas. Si se elige convenientemente la muestra y se dispone de recursos adecuados, el método puede aplicarse también en mayor escala.

2.4 Encuestas sanitarias y de morbilidad basadas en los sistemas de registro existentes

La tercera fuente principal de información que puede utilizarse para evaluar estadísticamente mediante encuestas el estado de salud y las condiciones sanitarias está constituida por los registros y ficheros de los servicios oficiales de sanidad, beneficencia y previsión social o de las instituciones y personas dedicadas a la asistencia médica. Entre otros, se incluyen aquí por su carácter esencialmente médico, los registros de los hospitales y de las instituciones afines (ambulatorios, centros de salud, dispensarios, etc.), los de los médicos generales, los de los organismos de previsión social que reciben certificados médicos de incapacidad a efectos de subsidio de paro, y los registros especiales relativos a determinados estados morbosos.

La utilidad de esos registros como fuente de informaciones sobre morbilidad dependerá de los propósitos de la encuesta, del grado de coordinación que exista en cada país entre los servicios médicos, hospitalarios y sanitarios, de la eficiencia con que funcionen los sistemas de registro, de la finalidad de éstos, y de otros factores análogos. La importancia de tales factores difiere de unos países a otros; incluso en los que tienen sistemas semejantes de registro, la utilidad de éstos para las estadísticas de morbilidad varía según el concepto que se tenga de las necesidades estadísticas y según existan o no otras fuentes de información. Sin tener en cuenta estas consideraciones, será totalmente imposible establecer categóricamente las

ventajas que ofrecen las encuestas basadas en el estudio los registros existentes sobre las efectuadas por medio de exámenes o de interrogatorios.

El Comité estima conveniente, sin embargo, señalar ciertas peculiaridades de las encuestas basadas en el examen de los registros existentes, a fin de ayudar a las autoridades nacionales a decidir cuál de los tres tipos estudiados (o qué combinación de ellos) se ajusta mejor a las condiciones y necesidades de su país.

1) Dada la importancia que tiene en estadística sanitaria la posibilidad de referir todas las informaciones disponibles a cada uno de los individuos o grupos considerados, es natural que las encuestas basadas en los registros existentes estén especialmente indicadas en los países donde todos los servicios médicos forman parte de un sistema único e integrado. En los demás países, lo mejor será tomar las medidas oportunas para refundir la información obtenida por los distintos sistemas de registro y para completarla cuando sea necesario, recogiendo los correspondientes datos personales y socioeconómicos que puedan faltar en los registros ordinarios.

2) Las estadísticas compiladas por los registros sanitarios existentes serán de suma utilidad para resolver los problemas administrativos propios de los diferentes programas relacionados con dichos registros. Según sean las características del registro en lo referente a contenido, calidad y amplitud, su utilidad podrá extenderse además a toda una serie de cuestiones relacionadas con la evaluación del estado de salud, de las condiciones sanitarias y de los servicios de salud pública.

3) Debido al origen médico de la información, la calidad de los datos diagnósticos obtenidos por este método es superior a la de los recogidos por interrogatorio directo; por consiguiente, cuando se trate de investigar problemas tales como la frecuencia relativa de una enfermedad o de un grupo de enfermedades, es preferible recurrir a los registros existentes que a las entrevistas domiciliarias. Con todo, la calidad de los datos diagnósticos será probablemente inferior a la que se obtendría mediante exámenes médicos especiales, ejecutados en condiciones perfectamente definidas.

4) Puesto que el fin primordial de los registros en cuestión no suele ser el de proporcionar datos estadísticos, hay que acoger con muchas reservas los resultados de las encuestas « retrospectivas », es decir, basadas en datos previamente recogidos con otra finalidad. Son preferibles las encuestas que obtienen directamente la información necesaria mediante fichas y métodos de registro ajustados a sus objetivos específicos. Sin embargo, los registros sanitarios existentes pueden ser muy útiles para obtener cierta información general, como el número total de admisiones o visitas, el de días de incapacidad, etc. y también como origen o punto

de partida para la organización de encuestas especiales por medio de exámenes médicos o entrevistas domiciliarias, así como para la preparación de métodos de encuesta más complejos destinados a estudiar el estado de salud y los servicios sanitarios sobre la base de esos mismos registros.

5) En el doble aspecto de la calidad y de las posibilidades de comparación de los datos diagnósticos, los registros hospitalarios son superiores a los de los médicos generales, salvo en los países aludidos en el apartado 1) de esta enumeración (véase página 13), en los que el registro de los diagnósticos se extiende a todos los casos que reciben asistencia médica.

6) Las encuestas basadas en los registros existentes, tanto si constituyen una operación aislada como una actividad periódica, deben convertirse, una vez comprobada su utilidad, en sistemas permanentes de compilación de estadísticas.

7) La utilidad de las encuestas basadas en los registros existentes disminuye cuando la información no puede referirse a una población de tamaño y características conocidos y aumenta considerablemente en caso contrario.

Antes de emprender operaciones de importancia, proyectadas en función de los resultados obtenidos en el examen de los registros sanitarios existentes, se tratará por todos los medios de cumplir los siguientes requisitos :

a) Formular los fines y características de la encuesta con la mayor precisión posible.

b) Organizar los registros y los métodos de recogida de datos de modo que las definiciones, la terminología, el contenido de los cuestionarios, etc., coincidan con los conceptos básicos de la encuesta.

c) Incluir en la encuesta el mayor número posible de comprobaciones e inspecciones.

d) Verificar mediante un ensayo práctico limitado todos los aspectos de la encuesta del modo más completo que se pueda y evaluar en particular todas las fuentes posibles de desviación y de error.

e) Utilizar de momento los resultados de la encuesta con fines limitados o puramente administrativos y adaptar en todo momento la metodología a las necesidades ordinarias o extraordinarias que vayan apareciendo.

La necesidad de las informaciones sobre morbilidad o sobre cuestiones afines es a veces tan apremiante que no permite esperar a que se cumplan todos esos requisitos. De hecho, en la mayoría de los casos es forzoso empezar con los medios disponibles y, en función de los problemas que

surjan, mejorar las técnicas de acuerdo con los principios de la estadística.

Aunque la información extraída de los registros de hospitales y dispensarios no suele ser aplicable a la población general, hay ciertos problemas concretos en que los datos de los hospitales han resultado una fuente útil de información; ejemplos de ello son el tétanos, el cáncer y otras enfermedades que suelen obligar a la hospitalización. Por otra parte, en los países dotados de un buen servicio de hospitales y dispensarios, donde los datos de los registros pueden referirse con suficiente aproximación al conjunto de la población y en los que no es fácil justificar la ejecución de las encuestas sanitarias cuyas fuentes de información son el individuo o la familia, los registros existentes en los hospitales y dispensarios pueden servir con provecho para preparar programas de salud pública eficaces y definir la política sanitaria general.

En ese sentido, sin embargo, sería muy conveniente mejorar los sistemas de registro existentes en los hospitales y dispensarios y adoptar, a efectos estadísticos, una ficha de registro sencilla y uniforme.

2.5 Recomendaciones

El Comité de Expertos en Estadística Sanitaria,

Teniendo en cuenta la demanda de estadísticas de morbilidad completas y actuales, en las que puedan basarse las autoridades sanitarias para preparar, dirigir y evaluar sus actividades de salud pública, especialmente en las zonas en vías de desarrollo, y reconociendo que tanto los censos de población como los sistemas ordinarios de recogida de datos demográficos y sanitarios suelen ser inadecuados e incompletos en esas zonas,

RECOMIENDA

que las autoridades nacionales examinen la conveniencia de completar las estadísticas sanitarias existentes mediante la organización de programas de encuestas sanitarias basados en métodos científicos modernos adaptados a cada zona, y que a esos efectos se tengan presentes los diversos tipos de encuestas descritos en este informe, habida cuenta de sus posibilidades y defectos, y de la norma de que toda encuesta debe limitarse a un objetivo concreto.

El Comité de Expertos en Estadística Sanitaria,

Teniendo también en cuenta las recomendaciones formuladas en su sexto informe sobre la adopción de las nociones, las definiciones y la terminología propuestas en el mismo para la presentación y la publicación de las estadísticas de morbilidad, con inclusión de las obtenidas mediante los diferentes tipos de encuesta,

RECOMIENDA

1) que la Organización Mundial de la Salud señale de nuevo a la atención de los servicios nacionales de estadística sanitaria las nociones, las definiciones y la terminología propuestas en su sexto informe;

2) que tales nociones, definiciones y términos se adopten siempre que sea posible en la publicación de los resultados de las encuestas de morbilidad, y que en la publicación de esos resultados se especifiquen los métodos utilizados en la encuesta.

El Comité de Expertos en Estadística Sanitaria,

En atención a la especial utilidad que los registros hospitalarios de enfermos ingresados tienen como fuente de información sobre morbilidad, en particular cuando los resultados estadísticos pueden referirse a toda la población expuesta,

RECOMIENDA

que los países adopten todas las medidas posibles para mejorar la calidad de los registros de ingresos y de altas y la de los métodos de recogida de datos en los hospitales, a fin de que puedan usarse en las encuestas o en los servicios estadísticos para evaluar el grado de utilización de los establecimientos hospitalarios y estudiar las características de la morbilidad local y nacional.

3. ENCUESTAS SANITARIAS LOCALES, ENCUESTAS DE MORBILIDAD ESPECIFICA Y ENCUESTAS EN ZONA INSUFICIENTEMENTE DESARROLLADAS

Las observaciones del Comité que figuran a continuación (secciones 3.1, 3.2 y 3.3), no constituyen un examen completo de las cuestiones tratadas, sino más bien un complemento del estudio más general efectuado en la sección 2, que deberá leerse en conexión con la presente.

3.1 Encuestas sanitarias locales

Tres son los fines principales con que pueden hacerse encuestas sanitarias en territorios más o menos circunscritos.

En primer lugar, la encuesta puede hacerse para determinar la morbilidad en una colectividad bien definida y expuesta a un riesgo especial, a causa de algún factor geográfico, climático o industrial. Un ejemplo sería la determinación de la incidencia de enfermedades respiratorias en un distrito minero. Se trata en general de una operación aislada que constituye un fin en sí misma y que puede traducirse en la adopción de medidas sanitarias concretas.

En segundo lugar, la circunscripción puede elegirse cuidadosamente a fin de que represente a un territorio mucho mayor. Esto puede ser necesario cuando la organización de los servicios médicos no permita extraer de los registros existentes la información deseada, cuando la asistencia médica no se extienda a toda la población o cuando por razones financieras o de otra índole no sea posible hacer una investigación de mayor envergadura. En cualquiera de esos casos, conviene que la encuesta local se haga con arreglo a pautas uniformes y se repita en otras zonas del territorio, ya que esa uniformidad garantiza la obtención de resultados comparables. Tales encuestas por medio de muestras son muchas veces operaciones aisladas que se emprenden para determinar si es necesario ejecutar programas de lucha contra determinadas enfermedades; sin embargo, cuando la organización local de los servicios sanitarios lo permita, pueden tener carácter permanente, sirviendo las entrevistas domiciliarias encomendadas a visitadores o inspectores sanitarios para reunir informaciones detalladas sobre determinadas familias. Además de servir para evaluar la morbilidad, los registros familiares así compilados pueden utilizarse con otros muchos fines.

En tercer lugar, la encuesta local puede servir para el estudio experimental de los métodos, constituyendo en este caso la fase preparatoria de una investigación mucho más amplia. Este ensayo previo es especialmente necesario en los territorios poco desarrollados, donde los servicios de asistencia médica son escasos y a veces hace falta adiestrar al personal médico en la técnica de las investigaciones sobre el terreno.

La adopción de la familia o del conjunto doméstico como unidad de investigación, en lugar del individuo, suele ser más factible en las encuestas locales que en las de mayor amplitud.

3.2 Encuestas de morbilidad específica

Tienen por objeto determinar la importancia de un problema concreto cuando ni su amplitud ni su naturaleza se conocen con precisión y cuando faltan datos para preparar un programa de salud pública dirigido a combatir o erradicar una determinada enfermedad. Las encuestas de esta clase tienen poca utilidad para la administración sanitaria o para la colectividad si no existe por lo menos la posibilidad de poner en práctica un programa de lucha. Es este uno de los tipos de encuesta en los que suele preferirse el método basado en los exámenes médicos; en circunstancias especiales, sin embargo, puede ser factible usar como fuente de información los registros existentes: así ocurre, por ejemplo, cuando se desea investigar la incidencia del cáncer en una población que cuenta con servicios médicos bien desarrollados. El método de interrogatorio directo también es aplicable, cuando se busca información sobre ciertas dolencias fácilmente identificables, como son los defectos del oído o de la vista.

3.3 Encuestas en zonas insuficientemente desarrolladas

En las zonas poco desarrolladas suelen ser escasos los servicios médicos y más todavía los datos proporcionados por los registros sanitarios. Faltan por lo general informaciones exactas y detalladas sobre la prevalencia y la importancia relativa de las diferentes enfermedades endémicas, aunque a veces exista al respecto un estado de opinión puramente subjetivo, basado en la experiencia de los médicos locales. Los pacientes hospitalizados representan una muestra deformada de la población enferma y, lo que es todavía más importante desde el punto de vista estadístico, se desconoce la cifra de población que debería servir de denominador. En esas circunstancias, las encuestas basadas en el examen médico de los individuos comprendidos en una muestra representativa son el único medio de obtener información exacta para la preparación de medidas de lucha contra la enfermedad.

En general, en esos territorios no pueden aplicarse técnicas de muestreo refinadas. La ejecución de la encuesta se encomienda a un grupo de auxiliares especialmente adiestrados y dirigidos por un médico, y empieza por la confección de un censo especial de la población del territorio elegido. Dicho censo no sólo proporciona el denominador exacto para el cálculo ulterior de las tasas de incidencia, sino que sirve también para comprobar las ausencias que, en caso de desconocerse, podrían deformar los resultados, así como para tener la garantía de que ningún individuo sufre más de un examen. Sobre la base de ese censo se hace después el examen médico de toda la población, que se completará con las pruebas de laboratorio que sean necesarias y practicables en las condiciones locales.

Las encuestas de este tipo pueden considerarse como un ejemplo especial de las encuestas locales estudiadas en la página 16. Conviene subrayar de nuevo que estas encuestas de localización de datos, aunque proporcionan informaciones de gran interés científico, no deben considerarse como un fin en sí mismas. Si se adoptan medidas de lucha contra una o varias enfermedades concretas (y por fortuna la mayoría de las enfermedades tropicales endémicas de importancia pueden combatirse mediante medidas de tratamiento colectivo), los grupos de encuesta podrían dedicarse a la localización y al tratamiento de casos en la zona donde hayan desarrollado sus actividades.

Las encuestas de esa clase, seguidas de campañas de tratamiento, tienen una utilidad particular para la organización de los servicios rurales de salud pública en los territorios poco desarrollados, ya que, una vez terminada la campaña, el personal de los grupos de encuesta puede emplearse en la creación de centros sanitarios rurales, estableciendo así los fundamentos de un servicio nacional de salud pública.

4. PREPARACION DE LA OCTAVA REVISION DE LA CLASIFICACION ESTADISTICA INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES, TRAUMATISMOS Y CAUSAS DE DEFUNCION

El Comité ha examinado los trabajos preparatorios de la octava revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, las medidas adoptadas o previstas para el estudio y la formulación de propuestas de revisión por los grupos de expertos de la OMS especialmente convocados con esa finalidad, y el programa de las reuniones que han de celebrar esos grupos antes de la revisión de la Clasificación en 1965.

La preparación de la octava revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades ha consistido en una serie de trabajos efectuados a diferentes niveles: en el ámbito nacional, los realizados a iniciativa de los organismos encargados de compilar estadísticas demográficas y sanitarias; en el plano internacional, las reuniones bipartitas o tripartitas de los países interesados en cambiar experiencias y unificar los estudios nacionales; en el ámbito regional, las diversas medidas para coordinar las actividades en cada región; y en la Secretaría de la OMS, los trabajos en colaboración con los Centros de la OMS para la Clasificación de Enfermedades, y con los Comités de Expertos convocados para estudiar varias cuestiones clínicas relacionadas con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

El Comité ha subrayado en particular que los países en vías de desarrollo podrían prestar una colaboración muy valiosa si indicaran las posibles deficiencias de la CIE, en relación con sus necesidades respectivas y sugirieran las modificaciones que convendría introducir en ella. Algunas Oficinas Regionales se han esforzado especialmente en obtener la cooperación de los países de su Región. El Seminario celebrado en 1958 en la Región de Asia Sudoriental sobre Clasificación de las Causas de Morbilidad dedicó una parte de sus deliberaciones al estudio de ciertas causas que operan en la Región y para las que no hay estipulaciones adecuadas en la CIE, y sugirió procedimientos y medios para corregir esa situación. En la Oficina Regional para las Américas se ha creado un Comité Asesor encargado de examinar los problemas que plantea la Clasificación en los países de la Región y, en estrecha cooperación con el Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades, formular propuestas para su revisión a fin de adaptarla a las necesidades estadísticas de cada país. Las enfermedades infecciosas, las diarreicas y las relacionadas con la nutrición son objeto de una atención particular.

El Comité ha tomado nota de los progresos realizados en relación con las tres secciones de la Clasificación que más necesitan una revisión completa,

a saber, las enfermedades cardiovasculares, las causas de muerte fetal y de mortalidad y morbilidad neonatal precoz, y los trastornos mentales. En varios países se están haciendo cuidadosas investigaciones sobre la utilidad de la clasificación actual de enfermedades cardiovasculares. También se han emprendido detenidos estudios sobre el registro y clasificación de las causas de muerte fetal y sobre las posibilidades de establecer una clasificación única que comprenda tanto las causas de muerte fetal como de mortalidad neonatal. Además, las respuestas al cuestionario de la OMS sobre la compilación de estadísticas de muerte fetal proporcionará información sobre los resultados obtenidos en varios países con la Clasificación y la aplicación de las definiciones de « nacimiento de niño vivo » y de « muerte fetal » formuladas por la OMS. También se han realizado algunos progresos en la clasificación de los trastornos mentales, habiéndose llevado a cabo un estudio comparativo¹ de las clasificaciones vigentes en varios países a ese respecto, en el que se ha analizado la dificultad de establecer una clasificación internacional de dichos trastornos que sea universalmente aceptable, dada la disparidad de los conceptos diagnósticos.

El Comité ha reiterado las recomendaciones formuladas en su sexto informe² acerca de la revisión. En atención a la complejidad de los problemas clínicos y estadísticos que plantea la clasificación de las enfermedades cardiovasculares, los trastornos mentales y los procesos perinatales, el Comité recomienda que se celebren reuniones mixtas de clínicos y estadígrafos sanitarios a fin de estudiar las posibilidades de revisar la Clasificación con arreglo a los conceptos clínicos y las exigencias estadísticas actuales, y que los resultados de esas reuniones se transmitan al Subcomité de la OMS para la Octava Revisión.

El Comité, teniendo en cuenta el alcance de la revisión y la necesidad de celebrar una serie de debates internacionales sobre la cuestión, propone el siguiente programa de reuniones preparatorias :

- 1961 Reunión de tres grupos consultivos de clínicos y estadígrafos que estudien la revisión de las tres secciones de la clasificación que requieren un examen especial, y emitan sendos informes sobre sus deliberaciones.
- 1961 Reunión del Subcomité para la Octava Revisión destinada a efectuar un estudio preliminar de la revisión de la Clasificación con arreglo a la experiencia adquirida y de acuerdo con las observaciones formuladas tanto en la sede como en las regiones por varios grupos de expertos de la OMS, y, de un modo especial, a examinar los informes de los tres grupos consultivos y proponer nuevas medidas. Las clasificacio-

¹ Stengel, E. (1959) *Bull. Org. mond. Santé — Bull. Wld Hlth Org.*, 21, 601.

² *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1959, 164.

nes provisionales que puedan hacerse de los tres grupos de causas como resultado de esas reuniones se distribuirán para su estudio y ensayo en lugares apropiados.

- 1962 Reuniones de los grupos consultivos mixtos, convocadas de acuerdo con las necesidades, para examinar los resultados de los ensayos de las clasificaciones provisionales.
Reunión del Comité de Expertos en Estadística Sanitaria para examinar el informe del Subcomité.
- 1963 Reunión del Subcomité a fin de formular propuestas provisionales sobre la revisión de la Clasificación en su conjunto, teniendo en cuenta el material acumulado. Estas propuestas se enviarán a las administraciones nacionales para que formulen las observaciones y sugerencias que consideren oportunas.
- 1964 Reunión del Subcomité para preparar propuestas semidefinitivas a la vista de las sugerencias enviadas por los países. Dichas propuestas se remitirán de nuevo a los países para su correspondiente examen.
- 1965 Conferencia para dar forma definitiva a la Octava Revisión.

El Comité ha examinado los cambios que se han producido desde 1948 en relación con la posición, la difusión y la importancia de la Clasificación en la esfera de la salud pública y de la investigación médica. Antes de 1948, la Clasificación Internacional se aplicaba en pocos países. El desarrollo de los servicios sanitarios en un número cada vez mayor de países ha hecho que la Clasificación, convertida en un instrumento habitual de trabajo, se haya incorporado a la práctica sanitaria en todo el mundo. Además, el interés creciente que suscitan las estadísticas de morbilidad ha hecho que aumente enormemente su campo de aplicación. La Clasificación Internacional, ampliada o en su forma actual, es cada vez más usada para establecer los índices de historias clínicas de los hospitales, facilitando de ese modo el estudio de la información diagnóstica contenida en esos documentos. Es evidente pues la necesidad de modificar la Clasificación en forma tal que pueda servir para los variados usos que se hacen de ella.

El Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias,

Considerando la gran amplitud que tendrá probablemente la octava revisión de la Clasificación, la cantidad de trabajo que supondrá su preparación antes de 1965 y su publicación ulterior en varios idiomas, así como la imperiosa necesidad en que se encuentran los servicios nacionales de compilación de estadísticas de tener a su disposición la Clasificación revisada en 1967 para incorporarla a los procedimientos de recopilación de datos y para su aplicación efectiva en 1968, año en el que se prevé la entrada en vigor de la nueva revisión,

RECOMIENDA

que se arbitren los recursos necesarios para la ejecución de cada una de las fases de esa labor a fin de que la OMS pueda cumplir satisfactoriamente sus obligaciones constitucionales a ese respecto y de que no se produzca ningún retraso en la preparación y entrada en vigor de la Revisión.

**5. SEMINARIO CONJUNTO NACIONES UNIDAS/OMS
SOBRE EL USO DE LAS ESTADISTICAS VITALES
Y SANITARIAS EN ESTUDIOS RELACIONADOS
CON LA GENETICA Y LAS RADIACIONES**

El Comité queda enterado de las conclusiones del Seminario internacional sobre el Uso de las Estadísticas Vitales y Sanitarias en Estudios relacionados con la Genética y las Radiaciones, organizado conjuntamente por las Naciones Unidas y por la OMS y celebrado en Ginebra del 5 al 9 de septiembre de 1960. Dicho seminario se organizó con objeto de reunir a diversos especialistas en cuestiones de registro civil, estadística demográfica, estadística sanitaria, genética humana y epidemiología de las radiaciones, afin de que cambiaran opiniones sobre la utilidad actual y las posibilidades futuras de los procedimientos de registro civil y de las estadísticas demográficas y sanitarias como fuente de datos para los estudios sobre genética y sobre los efectos de las radiaciones en las poblaciones humanas.

Los participantes en el seminario examinaron diversas propuestas de carácter práctico para corregir las actuales deficiencias de los registros y estadísticas y, a ese respecto, señalaron que, con medidas bastante sencillas y sin modificar radicalmente los sistemas establecidos, era posible resolver en muchos casos los problemas existentes. De acuerdo con ese criterio, esbozaron diversas medidas que, a su juicio, podrían ser útiles para alcanzar los resultados deseados. En el Anexo II del *Informe Anual del Comité Científico para el Estudio de los Efectos de las Radiaciones Atómicas para 1960*,¹ aprobado por unanimidad por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 1574(XV), figura el dictamen de los expertos que participaron en el Seminario y las medidas propuestas por ellos. Para facilitar la consulta de dicho texto, se ha reproducido de nuevo en el Anexo 2 del presente informe (véase pág. 29).

El Comité, al expresar su vivo interés por este nuevo sector de las actividades de salud pública, reconoce las posibilidades que ofrecen las estadísticas sanitarias como fuente de datos para las investigaciones sobre

¹ Asamblea General de las Naciones Unidas, documento multicopiado A/4528, 4 octubre 1960.

esa materia. Al mismo tiempo, toma nota con satisfacción de las perspectivas que abren las deliberaciones de dicho seminario y recomienda que se pongan en conocimiento de los países las propuestas contenidas en su dictamen, afin de que éstos exploren las posibilidades con que cuentan para cumplimentar las medidas que juzguen procedentes y factibles. El Comité subraya en particular la conveniencia de establecer una cooperación entre los especialistas en genética humana y en epidemiología de las radiaciones por una parte, y las autoridades encargadas del registro civil y de la compilación de estadísticas demográficas y sanitarias por otra, y expresa su confianza en que tales contactos se mantengan e intensifiquen a fin de obtener de esa colaboración el máximo provecho para la preparación de programas recíprocamente útiles.

6. PARTICIPACION DE LOS ASESORES REGIONALES EN ESTADISTICA

En su quinto informe, el Comité expresó el parecer de que sus deliberaciones serían más provechosas si los asesores regionales de la OMS en estadística asistieran a sus reuniones y participaran en ellas como observadores. Al presente Comité asistieron los asesores para las Regiones de Africa, las Américas, Europa y Asia Sudoriental, que intervinieron en los debates y cuya variada experiencia fue sumamente útil para el Comité. Se estima también que mediante ese tipo de participación las opiniones técnicas del Comité podían ser comunicadas de un modo más eficaz a las Oficinas Regionales así como a las autoridades sanitarias y a los estadígrafos de sanidad de los Estados Miembros.

El Comité de Expertos en Estadística Sanitaria

RECOMIENDA

- 1) que la OMS siga ocupándose de que los asesores regionales asistan a las reuniones del Comité ;
- 2) que el orden del día y el programa de trabajo del Comité se dispongan de un modo que permita utilizar todavía con mayor eficacia la amplia experiencia regional que se obtiene por ese medio.

7. NECESIDAD DE UNA BIBLIOGRAFIA SOBRE LOS METODOS APLICADOS EN LAS ENCUESTAS SANITARIAS

El Comité hace observar la falta de fuentes de información adecuadas sobre las diversas encuestas sanitarias que hoy se ejecutan en diferentes países y señala en particular la necesidad de establecer una bibliografía de los informes que tratan de los métodos de encuesta utilizados en toda la

gama de circunstancias que puedan prevalecer en los distintos territorios del mundo.

El Comité estima, sin embargo, que sería más eficaz compilar esa bibliografía en el ámbito regional, y sugiere que la cuestión sea examinada por los asesores regionales en estadística.

8. ESTADISTICAS HOSPITALARIAS

El Comité toma nota de que el problema de las estadísticas hospitalarias, examinado por el Subcomité de Estadísticas de Hospitales en 1950 y que, según reconoció la Conferencia sobre Estadísticas de Morbilidad en el tercer informe del Comité,¹ constituye uno de los aspectos principales de las estadísticas de morbilidad, no ha vuelto a ser estudiado por el Comité, si bien ha sido el tema de una Conferencia convocada en 1958 por la Oficina Regional de la OMS para Europa.

Dada la importancia de los progresos que se han hecho recientemente en esa materia y la necesidad de examinar éstos desde el punto de vista internacional, el Comité ha acogido con satisfacción la noticia de que en el proyecto de programa de la OMS para 1962 se prevé una reunión del Comité de Expertos en Estadística Sanitaria, cuya misión consistirá en formular recomendaciones sobre las estadísticas hospitalarias, tanto en lo referente al estudio de la morbilidad como en el aspecto administrativo. En opinión del Comité, sería muy de desear que en esa reunión se examinaran entre otras las siguientes cuestiones: empleo de los registros hospitalarios de enfermos internados y ambulatorios en las estadísticas de morbilidad; adopción de un formulario uniforme para el registro resumido de casos; terminología y definiciones aplicables en las estadísticas hospitalarias de morbilidad; empleo de la Clasificación Internacional de Enfermedades en las estadísticas hospitalarias y su utilidad como índice de diagnósticos, y formación de personal especializado en registros y estadísticas de hospitales.

9. COMISIONES NACIONALES DE ESTADISTICAS DEMOGRAFICAS Y SANITARIAS

El Comité, después de examinar la labor de las comisiones nacionales de estadísticas demográficas y sanitarias y su utilidad para el programa de la OMS en materia de estadística, propone que se proceda a un estudio de conjunto de las actividades de dichas Comisiones,

¹ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 152, 53.

El Comité hace ver la conveniencia de crear comisiones nacionales de estadísticas demográficas y sanitarias en todos los países. Tales comisiones nacionales deberán reunirse con regularidad, por lo menos una vez al año, e informar a la OMS de sus actividades.

El Comité ha acogido con satisfacción el proyecto de celebrar en 1962 y en la región europea de la OMS una conferencia regional sobre estadísticas demográficas y sanitarias, cuyos objetivos consistirán en intensificar la colaboración entre las comisiones nacionales de estadísticas demográficas y sanitarias, intercambiar las experiencias obtenidas y examinar las esferas de actividad y los métodos de trabajo; con idéntica satisfacción se ha informado de que en la Región de las Américas se despliegan actividades semejantes y de que en 1961 se reunirá un seminario al que concurrirán estadígrafos de América Central y de Panamá, que se ocupará, entre otras cuestiones, del problema de las comisiones nacionales. El Comité espera que también en otras Regiones se celebren reuniones análogas.

10. RESOLUCION DE LA 11ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD SOBRE EL PROGRAMA DE LA OMS EN MATERIA DE ESTADISTICA

El Comité ha reiterado su interés, ya manifestado en su sexto informe, por la resolución de la 11ª Asamblea Mundial de la Salud (WHA11.41), que dice lo siguiente :

La 11ª Asamblea Mundial de la Salud,

Persuadida de la importancia que tendría para el progreso ulterior de los programas de salud pública emprendidos en todo el mundo la determinación cuantitativa del estado de salud de las poblaciones por métodos científicos ;

Enterada de que el Director General, en cumplimiento de la resolución WHA10.17, ha presentado al Consejo Ejecutivo un informe preliminar que trata especialmente de los trabajos realizados o emprendidos por la OMS en materia de estadística demográfica y sanitaria, y de que va a presentar al Consejo un informe definitivo sobre el particular,

PIDE al Director General :

1) que prosiga el estudio sobre estadística demográfica y sanitaria, consultando a los expertos cuyo asesoramiento necesite, con objeto de presentar un informe definitivo en una de las próximas reuniones del Consejo Ejecutivo, y

2) que presente en ese informe las recomendaciones que estime necesarias para que la OMS pueda preparar un programa equilibrado

y constructivo de actividades encaminadas al establecimiento y al perfeccionamiento de métodos que, sistemáticamente aplicados, permitan obtener estadísticas demográficas y sanitarias satisfactorias, y que formule en esas recomendaciones propuestas concretas sobre la manera de que la OMS

- a) determine los procedimientos administrativos y técnicos apropiados a diversas condiciones sociales y estructuras administrativas, y contribuya a mejorarlos ;
- b) evalúe y dé a conocer informaciones sobre los sistemas aplicados en distintos países, y
- c) facilite el establecimiento y la adopción de normas internacionales en materia de estadística sanitaria.

En su sexto informe, el Comité expresó la esperanza de que el informe del Director General no se limite a una mera descripción del programa en curso, sino que exponga con precisión la importancia y la naturaleza de las funciones de la OMS en la esfera de la estadística sanitaria y trace la pauta para la preparación de un programa a largo plazo en consonancia con la rápida expansión de las actividades sanitarias en todo el mundo.

El Comité desea subrayar que todas las administraciones de salud pública sienten cada vez más la necesidad de disponer de una base objetiva y real para la preparación y evaluación de sus programas sanitarios. La actividad profesional de los miembros del Comité y de sus colegas de otros países está en relación con distintos aspectos de esta ciencia cuantitativa que con tanta rapidez se desarrolla. Su labor técnica se vería muy facilitada si enunciasen con mayor precisión los objetivos y el programa general de la OMS en materia de fomento y perfeccionamiento de los métodos administrativos y técnicos propios de un buen programa nacional de estadística sanitaria, evaluación y difusión de informaciones sobre los sistemas vigentes en diferentes países y establecimiento y adopción de normas internacionales en estadística sanitaria.

En atención a esas consideraciones, el Comité recomienda que la preparación del informe pedido por la 11^a Asamblea Mundial de la Salud reciba una atención preferente.

Anexo 1

**FACTORES TECNICOS QUE DEBEN TENERSE EN CUENTA
EN LA PREPARACION DE LAS ENCUESTAS
POR INTERROGATORIO DIRECTO**

En la preparación técnica de una encuesta por interrogatorio directo hay que tener en cuenta una gran variedad de factores. Se ha demostrado repetidamente que la calidad y la validez de los resultados obtenidos dependen estrechamente de factores tan diversos como las reglas aplicadas para la selección de las personas interrogadas, el alcance y el valor exploratorio de las preguntas, la magnitud del periodo de retrospección, los procedimientos de notación y de tabulación y otros muchos elementos del plan de la encuesta.

Los principios que se aplican en la preparación de las encuestas sanitarias son todavía tan rudimentarios y los objetivos y las condiciones de las actuales encuestas sanitarias tan variados, que no existe ninguna posibilidad de llevar a cabo estudios comparativos en el plano internacional. Sin embargo, los elementos que componen el plan de la encuesta son esencialmente los mismos en todos los casos. A continuación, sin señalar la importancia de cada factor ni recomendar ninguna medida en particular, se da una lista de los factores que deben tenerse en cuenta en la preparación de una encuesta por interrogatorio directo.

**Lista de factores que deben tenerse en cuenta en la preparación
de una encuesta sanitaria por interrogatorio directo**

- | | |
|--|--|
| <p>1. <i>Extensión geográfica</i></p> <p>a) Nacional o local</p> <p>b) Urbana o rural</p> | <p>b) Estaciones comprendidas: variación estacional</p> <p>c) Operación única o encuesta permanente</p> |
| <p>2. <i>Extensión demográfica</i></p> <p>a) Población institucional</p> <p>b) Grupos especiales: soldados, etc.</p> <p>c) Intervalo de edad abarcado</p> <p>d) Datos de mortalidad buscados</p> | <p>4. <i>Objeto de la investigación</i></p> <p>a) Estados agudos</p> <p>b) Estados crónicos</p> <p>c) Deficiencias</p> <p>d) Traumatismos</p> <p>e) Hospitalización</p> <p>f) Asistencia médica</p> <p>g) Invalidez o incapacidad</p> <p>h) Asistencia odontológica</p> <p>i) Otras cuestiones</p> |
| <p>3. <i>Extensión cronológica</i></p> <p>a) Años comprendidos: evolución en el tiempo</p> | |

5. *Definición de conceptos*
 - a) Concepto teórico de las unidades de estudio
 - b) Definiciones de trabajo
6. *Estructura de la muestra*
 - a) Muestra representativa de la población total
 - b) Grado de estratificación, conglomerados, etc.
 - c) Tipo de la unidad final de muestreo
 - d) Estimaciones disponibles del error de muestreo
7. *Plan del interrogatorio*
 - a) Unidad visitada : individuo o familia
 - b) Visita única o visitas repetidas : método de cohortes
 - c) Si la encuesta es longitudinal, duración del período de observación
 - d) Interrogatorio reglamentado o libre
 - e) Orden y forma de las preguntas
 - f) Naturaleza de las preguntas exploratorias
 - g) Empleo de diarios
 - h) Períodos de retrospectión para las diferentes cuestiones
8. *Factores relativos a la persona interrogada*
 - a) Selección de la persona interrogada, empleo de sustitutos
 - b) Tasa de respuesta
 - c) Nivel de conocimientos del interrogado
9. *Factores relativos a la persona que interroga*
 - a) Criterios de selección
 - b) Formación profesional y supervisión
 - c) Grado de libertad permitido en la entrevista
 - d) Cantidad de trabajo asignado a la persona que interroga
 - e) Errores y desviaciones debidos a la persona que interroga
10. *Análisis y verificación de los datos*
 - a) Procedimientos de comprobación y notación
 - b) Métodos de verificación de la calidad
11. *Presentación tabular*
 - a) Clasificación de la morbilidad
 - b) Otras clasificaciones
 - c) Conceptos básicos para la presentación en tablas
12. *Métodos analíticos*
 - a) Procedimientos de estimación
 - b) Tipos de tasas utilizados
 - c) Denominadores disponibles
 - d) Notas técnicas publicadas
 - e) Datos de evaluación disponibles
- d) Influencia de la memoria : magnitud del periodo de retrospectión
- e) Comunicación de información errónea u ocultación de hechos

Anexo 2**PUNTOS EN QUE COINCIDE LA OPINION DE LOS EXPERTOS PARTICIPANTES EN EL SEMINARIO CONJUNTO NACIONES UNIDAS/OMS SOBRE EL USO DE LAS ESTADISTICAS VITALES Y SANITARIAS EN ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA GENETICA Y LAS RADIACIONES ¹**

1. Los participantes en el Seminario sobre el Uso de las Estadísticas Vitales y Sanitarias en Estudios relacionados con la Genética y las Radiaciones han realizado un examen general y detallado de la idoneidad actual y las posibilidades futuras de los sistemas de registro civil, así como de las estadísticas vitales y sanitarias como fuentes de datos para los estudios relacionados con la genética y los efectos de las radiaciones sobre las poblaciones humanas. Esos participantes han examinado algunas sugerencias prácticas encaminadas a superar las limitaciones actuales, de forma que permita en particular satisfacer las necesidades apremiantes de los especialistas en genética humana y los epidemiólogos de los efectos de las radiaciones.
2. Los participantes advierten con satisfacción que ya se ha iniciado en varios países la cooperación entre las autoridades oficiales encargadas del registro de los hechos vitales y de la reunión de datos estadísticos vitales y sanitarios, por una parte, y los expertos en genética humana y en epidemiología de los efectos de las radiaciones, por otra, y que se espera que en adelante se establezcan contactos más estrechos entre ellos.
3. Convencidos de que comienza una época en que el conocimiento de las particularidades genéticas de los seres y de las poblaciones humanas permitirá adquirir una nueva visión de las cuestiones de salud y bienestar de la especie humana, los participantes sugieren que se mantengan y amplíen los contactos establecidos entre biólogos y especialistas de las estadísticas vitales y sanitarias, y que se aproveche a fondo esa cooperación mediante consultas frecuentes y continuas, entre las autoridades encargadas de las estadísticas del registro civil y los biólogos, sobre aquellos puntos que sean de interés común.
4. Los participantes comprenden que una gran parte de las funciones confiadas a las autoridades encargadas del registro civil es de carácter

¹ Asamblea General de las Naciones Unidas, documento multicopiado A/4528, 4 de Octubre de 1960, Anexo II.

jurídico y administrativo, y que los procedimientos que se utilizan para reunir los datos referentes a las estadísticas vitales no tienen, ni pueden tener por único objeto el de satisfacer las necesidades de los especialistas en biología humana ; pero al mismo tiempo se dan también perfecta cuenta de que todo progreso en las ciencias biológicas humanas puede tener amplias repercusiones en otras disciplinas, como la demografía, cuya importancia para el bienestar social y económico de la población es bien conocida.

5. El logro de progresos que permitan satisfacer las necesidades de los especialistas en biología humana podría resultar de una modificación de los procedimientos existentes que, como es lógico, habrá de realizarse teniendo en cuenta las circunstancias locales. Con todo, esos progresos podrán alcanzarse a menudo por medios relativamente sencillos, sin necesidad de alterar de manera radical los sistemas establecidos. Para ese fin serán útiles diversas medidas, algunas de las cuales expresadas en términos muy generales, podrían consistir en :

a) Completar los datos suministrados por los registros corrientes vinculándolos a otros datos referentes al mismo individuo ;

b) Reconstruir segmentos de familias biológicas vinculando entre sí los datos pertinentes, con objeto de poder hacer estudios longitudinales sobre un cierto número de generaciones ;

c) Registrar los elementos de información que se necesiten para identificar los matrimonios consanguíneos a fin de poder evaluar los efectos de éstos sobre la supervivencia, la salud y el desarrollo de la descendencia ;

d) Establecer registros parciales o completos para grupos humanos que presentan un interés genético y médico particular, tales como los mellizos y las personas que padezcan enfermedades hereditarias, deformaciones congénitas o afecciones malignas ;

e) Introducir en los programas de estadísticas vitales y sanitarias las nuevas clases de datos que se requieran para el análisis o la vinculación de las fuentes, así como las tabulaciones especiales que puedan necesitarse ;

f) Aprovechar en forma mejor y más amplia los datos que sean útiles para evaluar la estructura y variaciones de la fecundidad ;

g) Facilitar la estimación de las dosis administradas a los pacientes durante las exposiciones médicas a los rayos X, por ejemplo llevando en los departamentos radiológicos registros apropiados que indiquen las prácticas normales, los tipos de equipo utilizados, etc. ;

h) Mejorar la calidad intrínseca de los datos por medios apropiados, en particular eliminando las ambigüedades que pueda haber en la terminología y en la estructura de las preguntas ; dando por dudosas las res-

puestas imprecisas y haciendo esfuerzos para que los médicos certificadores y otros informantes adquieran una conciencia más clara de sus responsabilidades ;

i) Establecer una lista de estados patológicos de significación genética, que pueda completar útilmente la clasificación internacional de las enfermedades ;

j) Tomar las iniciativas que sean necesarias con miras a facilitar el acceso a los registros con fines de investigación.

6. Por sencillas que parezcan, muchas de las medidas que se podrían introducir exigirán un examen detenido antes de adoptarlas. La importancia de algunos de los resultados que cabe prever se limitará principalmente al país en el que se obtengan y, por lo tanto, no hay que desalentar la realización de estudios paralelos. Pero puede haber asimismo investigaciones cuyos resultados tengan una validez general, y para algunas de ellas, teniendo en cuenta los gastos que originan, habrá que evitar cualquier duplicación posible. Por lo tanto, se considera conveniente que las discusiones iniciadas en el Seminario se continúen, no sólo en los distintos países, sino también, en escala limitada, en el plano internacional, con los auspicios de las organizaciones patrocinadoras ; eso permitirá asesorar a las administraciones y a los investigadores acerca del verdadero estado de la cuestión en los diferentes países, de modo que puedan coordinar tales actividades y utilizar los recursos disponibles de la mejor manera posible.

7. El estado actual de desarrollo de la biología humana exige el uso de métodos flexibles ; además, la contribución que aporten las estadísticas vitales y sanitarias a los estudios relacionados con la genética y las radiaciones habrá de juzgarse por los resultados, que no siempre se obtendrán inmediatamente. Algunos de los métodos posibles resultarán más fructíferos que otros, pero el aumento de los conocimientos en estos campos está llamado a producir los mayores beneficios sociales.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
SERIE DE INFORMES TECNICOS

Informes recientes y en preparación:

Nº		Precio		
		s.d.	\$	Fr. s.
209	(1961) La enseñanza de las ciencias médicas fundamentales desde el punto de vista de la medicina moderna Octavo informe del Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar (34 páginas)	1/9	0,30	1,—
210	(1961) Unificación de métodos para las pruebas de sensibilidad microbiana Segundo informe del Comité de Expertos en Antibióticos (27 páginas)	1/9	0,30	1,—
211	(1961) Comité de Expertos en Drogas Toxicomanígenas 11º informe (16 páginas)	1/9	0,30	1,—
212	(1961) Empleo y formación de auxiliares de medicina enfermería, partería y saneamiento Noveno informe del Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar (28 páginas)	1/9	0,30	1,—
213	(1961) Cor pulmonale crónico Informe de un Comité de Expertos (38 páginas)	1/9	0,30	1,—
214	(1961) Molusquicidas Segundo informe del Comité de Expertos en Bilharziasis			<i>En preparación</i>
215	(1961) La planificación de los servicios de salud pública Cuarto informe del Comité de Expertos en Administración Sanitaria			<i>En preparación</i>
216	(1961) Normas recomendadas para las escuelas de sanidad Décimo informe del Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnico del Personal Médico y Auxiliar			<i>En preparación</i>
217	(1961) La insuficiencia ponderal del recién nacido desde el punto de vista sanitario Tercer informe del Comité de Expertos en Higiene Materno-infantil (19 páginas)	1/9	0,30	1,—
218	(1961) Comité de Expertos en Estadística Sanitaria Séptimo informe (31 páginas)	1/9	0,30	1,—
219	(1961) Virus transmitidos por artrópodos Informe de un Grupo de Estudio	5/-	1,00	3,—
220	(1961) Evaluación de la acción carcinógena de los aditivos alimentarios Quinto informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios			<i>En preparación</i>
221	(1961) Reunión científica sobre la rehabilitación de los leprosos Informe			<i>En preparación</i>
222	(1961) Comité de Expertos en Patrones Biológicos 14º informe			<i>En preparación</i>
223	(1961) Preparación de programas de higiene mental 10º informe del Comité de Expertos en Salud Mental			<i>En preparación</i>