



Medición y notificación del estado de salud de las poblaciones

Informe de la Secretaría

ANTECEDENTES

1. La obtención de información fidedigna y puntual sobre la salud de la población como exigencia crucial para el proceso de elaboración de políticas públicas es una necesidad reconocida desde los comienzos mismos de la OMS. De hecho, en la Constitución se señala específicamente (Artículo 64) que «Cada Miembro transmitirá informes estadísticos y epidemiológicos en la forma que determine la Asamblea de la Salud» y, en el Artículo 65, que «Cada Miembro transmitirá a petición del Consejo la información adicional que sea factible concerniente a la salubridad».
2. Hasta los primeros años ochenta la información sanitaria suministrada por los Estados Miembros se centraba en tres áreas generales, a saber, las causas de mortalidad, los casos nuevos de enfermedades infecciosas, y el número y distribución del personal sanitario y de las instituciones de salud que dispensaban atención. Tras la adopción de la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000 por la 34ª Asamblea Mundial de la Salud (resolución WHA34.36), en 1981, se desarrollaron un marco y un formato comunes para vigilar los progresos en la aplicación de esa estrategia. Los 12 indicadores mundiales elegidos para controlar la situación sanitaria estaban basados en gran medida en la mortalidad (p. ej., en la esperanza de vida al nacer y las tasas de mortalidad de los lactantes, los niños y las madres), y entre ellos había sólo un índice de resultados sanitarios no mortales (el estado nutricional). Posteriormente la lista se amplió a más de 70 indicadores específicos, incluida la prevalencia de 12 enfermedades transmisibles o trastornos nutricionales.
3. Con la transición epidemiológica de las enfermedades transmisibles a las no transmisibles, la medición de las consecuencias no mortales de las enfermedades, en particular de las enfermedades crónicas y los traumatismos, reviste un creciente interés para todos los Estados Miembros. Al mismo tiempo, sin embargo, se ha prestado relativamente poca atención a los conceptos, los métodos y los datos necesarios para evaluar los resultados sanitarios no mortales que deben formar parte de las estrategias de medición del estado de salud.
4. El marco común para vigilar y evaluar la aplicación de las estrategias de salud para todos hizo posible la notificación de un gran número de indicadores, muchos de los cuales no incumben directamente al sector de la salud en los países. Ello supuso una importante carga añadida para los limitados recursos normalmente dedicados a la notificación de información sanitaria. A fin de proporcionar los datos y la información establecidos en el marco, los países tuvieron que realizar a menudo encuestas adicionales, en muchos casos mal coordinadas, muy onerosas y poco eficientes.

5. Aun cuando la necesidad de hacer más hincapié en los resultados sanitarios no mortales en el marco de vigilancia y evaluación acabó siendo reconocida, tardíamente, en ningún momento se examinaron detenidamente los conceptos, la terminología y los métodos necesarios para asegurar la comparabilidad de las evaluaciones del estado de salud de distintas poblaciones. Debido a ello, los datos de los Estados Miembros sobre esos resultados no eran comparables, ni a lo largo del tiempo en una misma población ni entre poblaciones. Esta falta de comparabilidad fue socavando las actividades de vigilancia y evaluación de la situación sanitaria a nivel nacional y mundial, solicitadas por la OMS en la resolución WHA35.23.

6. Por último, el marco de salud para todos, si bien abordaba varios aspectos específicos de la situación sanitaria, no poseía el grado de coherencia o integración necesario para poder vigilar la mejora de la salud de la población. La lista de indicadores abarcaba sin duda muchos elementos importantes del proceso de elaboración de políticas de salud, pero no empleaba un enfoque integrado para definir el desempeño del sistema de salud. Esa falta de coherencia dificultaba a menudo la comprensión de la interrelación de los indicadores, la determinación de su importancia relativa y la calibración de los progresos en la aplicación de la estrategia de salud para todos.

MARCO COMÚN PARA LA NOTIFICACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DE LAS POBLACIONES

7. En este informe se describe un marco común para ayudar a los países a notificar su situación sanitaria mediante procedimientos acordes con las actuales necesidades de información de salud. El marco ha sido elaborado en estrecha consulta con los Estados Miembros, grupos de trabajo de expertos y redes de centros colaboradores de la OMS, así como en varias reuniones de la Organización, y ha sido ensayado mediante la realización experimental de encuestas (11 domiciliarias y 60 por correspondencia) en la población general de 71 Estados Miembros.

8. Los elementos integrantes de ese marco común de notificación de información sanitaria son los siguientes:

- la familia de clasificaciones internacionales de la OMS;
- los sistemas operativos de acopio de datos sobre el estado de salud de las poblaciones; y
- los indicadores sintéticos de la salud de la población.

Estos elementos constituyen la base para reunir y presentar información sanitaria útil y comparable. Está previsto revisarlos periódicamente a la luz de los últimos avances y pruebas científicos, para que reflejen los conocimientos más recientes en materia de información sanitaria.

9. Se reconoce que, para ser completo, el marco de vigilancia de los progresos sanitarios debe incorporar información sobre todos los aspectos de la salud de las poblaciones, con inclusión de datos fidedignos y oportunos sobre la distribución y el grado de exposición a los factores de riesgo. La OMS ha preparado directrices y normas para medir la exposición de la población a los principales factores de riesgo, y las revisa periódicamente. El alcance del marco se limita, por lo tanto, a medir y notificar el estado de salud de la población.

Familia de clasificaciones internacionales de la OMS

10. Anteriormente los países notificaban sus estadísticas de mortalidad basándose fundamentalmente en el sistema de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).¹ Esta opción resultaba útil para determinar la esperanza de vida y las causas de defunción, pero los datos reunidos no aportaban ninguna otra indicación sobre el estado de salud (entre las personas con vida). Se necesitaba más información sobre la salud de la población. En la resolución WHA29.35 se aprobó la publicación con fines experimentales de una clasificación suplementaria de las deficiencias y las minusvalías. Como resultado, la OMS publicó en 1980 un instrumento de clasificación de las consecuencias de las enfermedades, la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* (CIDDM). Ésta fue ensayada sobre el terreno en varios países, y en 1995 se inició un proceso de revisión para abordar, entre otros aspectos, la necesidad de usar la clasificación como marco de la notificación de información sobre el estado de salud de las poblaciones. Durante los cinco años siguientes, varios centros colaboradores de la OMS y organizaciones tanto gubernamentales como no gubernamentales han participado en la revisión y el ensayo sobre el terreno de revisiones sucesivas. El título ha cambiado paralelamente a las revisiones, y ahora se propone denominarla Clasificación Internacional del Funcionamiento, de las Discapacidades y de los Estados de Salud.² La actual CIDDM viene a complementar la familia de clasificaciones internacionales de la OMS. Mientras que la CIE facilita los códigos necesarios para describir la mortalidad y la morbilidad, la CIDDM proporciona los códigos que describen el estado de salud de los individuos.

Sistemas operativos de acopio de datos sobre el estado de salud de las poblaciones

11. El desarrollo de políticas de salud en los países se verá muy facilitado por la disponibilidad de datos comparables sobre la situación sanitaria. Para orientar ese proceso es fundamental que los países controlen los progresos globales en materia de salud a lo largo del tiempo y en distintas poblaciones basándose en datos comparables. La adopción de métodos normalizados de medición de la salud a nivel nacional facilitará las comparaciones internacionales y hará más fiables las evaluaciones de las prioridades sanitarias. A fin de ayudar a los Estados Miembros a mejorar la comparabilidad de los datos, la OMS ha desarrollado un marco detallado y un módulo de encuesta para cuantificar la salud. Dichos instrumentos se han diseñado de manera que encajen con la familia de clasificaciones internacionales de la OMS y generen información práctica para elaborar indicadores sintéticos de la salud de la población con arreglo a un formato común que permita las comparaciones internacionales. Los módulos de encuesta y los mecanismos destinados a asegurar la comparabilidad de los datos entre poblaciones podrían integrarse en los procedimientos sistemáticos de acopio de datos de los Estados Miembros.

Indicadores sintéticos de la salud de la población

12. Para poder comunicar más fácilmente la información, los Estados Miembros necesitan indicadores sintéticos normalizados de la salud de la población que reflejen tanto la mortalidad como los resultados sanitarios no mortales. A fin de comparar los niveles de salud y su distribución en las pobla-

¹ CIE: *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. La décima revisión (CIE-10) fue publicada en 1992.

² La versión Beta-1 publicada en 1997 se titulaba *CIDDM-2: Clasificación Internacional de Deficiencias, Actividades y Participación*. En la versión Beta-2 aparecida en 1999 el título se había transformado en *CIDDM-2: Clasificación Internacional del Funcionamiento y de la Discapacidad*. El nuevo título propuesto es *CIDDM-2: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de las Discapacidades y de los Estados de Salud*. Se conserva por razones históricas el acrónimo CIDDM, utilizado como término genérico para referirse a la clasificación.

ciones, los Estados Miembros han de disponer de un indicador sintético positivo, a saber, la esperanza de vida sana. A la hora de notificar las causas de deterioro de la salud de la población con miras a disponer de datos sólidos para la formulación y evaluación de políticas, es preciso cuantificar también las diferencias de salud. Se han preparado recomendaciones sobre los datos requeridos y sobre las normas comunes para el cálculo y la notificación de los indicadores sintéticos. Esas recomendaciones están a disposición de los Estados Miembros.

13. Las definiciones y normas propuestas en este marco se han seleccionado con miras a facilitar la evaluación comparativa de la salud de las poblaciones. Como tales, no pueden cubrir todos los aspectos de una definición más completa de la salud, que incluiría la prevalencia y distribución de los factores de riesgo de los principales trastornos y traumatismos.

RECOMENDACIONES DE UN GRUPO DE EXPERTOS INTERNACIONALES

14. Un grupo de expertos internacionales sobre la medición y la clasificación del estado de salud, convocado por la OMS e integrado por miembros de todas las regiones de la Organización, hizo las recomendaciones que se indican a continuación.

Normas internacionales para notificar la mortalidad y los resultados sanitarios no mortales:

- 1) Debería apoyarse y publicarse la CIDDM-2.¹
- 2) Debería respaldarse la familia de clasificaciones internacionales de la OMS, por cuanto constituye un valioso instrumento para describir y comparar la salud de las poblaciones de los Estados Miembros en lo que atañe tanto a la mortalidad y la morbilidad (CIE-10) como a los estados de salud y los resultados asociados (CIDDM-2).
- 3) Deberían identificarse subgrupos operativos de dominios seleccionados de la CIDDM con diversos fines, entre otras cosas como base de un instrumento de encuesta o de otros métodos de acopio de datos.
- 4) La OMS, en consulta con los Estados Miembros y con las redes de expertos apropiados, incluidos los centros colaboradores, debería mantener y revisar periódicamente la CIDDM, con una periodicidad idónea para garantizar la estabilidad del sistema de clasificación y la incorporación de nuevos conocimientos.
- 5) La Secretaría de la OMS debería disponer de suficientes recursos para mantener y promover las clasificaciones, y para respaldar y realizar actualizaciones regulares y reuniones periódicas.

Normas básicas para cuantificar el estado de salud en las encuestas de población:

- 1) La OMS debería coordinar el desarrollo y la aplicación periódica de un instrumento común de encuesta para medir los estados de salud.

¹ En el sitio web de la OMS <http://www.who.int/icidh/> puede consultarse un proyecto de texto; hay copias impresas a disposición de quienes lo soliciten.

- 2) Dado que la comparabilidad entre poblaciones es un requisito esencial para la notificación de información sanitaria por los Estados Miembros, junto con su aplicabilidad transcultural, fiabilidad y validez, se alienta a los Estados Miembros a que empleen una estrategia explícita para establecer esa comparabilidad como parte fundamental del diseño del instrumento común para cada dominio de salud.
- 3) El subgrupo de dominios básicos de salud seleccionados a partir de la CIDDM-2 debería servir de punto de partida para desarrollar un instrumento de encuesta común con el que medir periódicamente el estado de salud de la población general, y debería desplegarse un esfuerzo continuo para elaborar una lista breve de dominios.
- 4) El instrumento de encuesta debería ser mantenido y revisado periódicamente por la OMS, en consulta con las redes de expertos apropiadas, en función de la experiencia acumulada en su aplicación y de los progresos científicos realizados en el terreno de la cuantificación del estado de salud.

Indicadores sintéticos de la salud de la población:

- 1) Los indicadores sintéticos de la salud de la población, al combinar información sobre la mortalidad y sobre los resultados sanitarios no mortales, proporcionan un valioso instrumento para resumir, controlar y comparar la salud de las poblaciones, así como para determinar la importancia relativa de las diversas causas de las diferencias halladas. Se necesitan dos tipos de indicadores sintéticos: las esperanzas de salud y las diferencias en materia de salud. Las esperanzas de salud permiten comparar fácilmente la salud de las poblaciones, mientras que la determinación de las diferencias de salud es una opción sencilla para comparar la contribución de distintas causas al nivel de salud de la población. Se recomienda:
 - a) que los Estados Miembros usen esos indicadores sintéticos para controlar el nivel de salud de la población y evaluar la contribución de distintas causas a ese nivel; y
 - b) que la Directora General informe anualmente a los Estados Miembros sobre los indicadores sintéticos de la salud de las poblaciones.
- 2) Dada la importancia que revisten no sólo el nivel absoluto de salud, sino también la distribución de ésta en la población, deberían emplearse indicadores sintéticos distintos para informar de esas dos variables.
- 3) Puesto que los valores del estado de salud son un dato fundamental para informar tanto de las esperanzas de salud como de las diferencias de salud, esas determinaciones deberían realizarse en muestras de población representativas en cada Estado Miembro.
- 4) La OMS debería proporcionar asesoramiento técnico detallado a los Estados Miembros para ayudarles a crear o a mejorar sus fuentes de datos sobre mortalidad, causas de defunción, morbilidad y resultados sanitarios no mortales.
- 5) La OMS, en consulta con los Estados Miembros y con las redes de expertos apropiadas, debería formular directrices y normas para el cálculo y la notificación de los indicadores sintéticos de la salud de la población, a fin de facilitar las comparaciones internacionales.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

18. Se invita al Consejo Ejecutivo a que formule sus opiniones y consideraciones, en particular sobre las recomendaciones del grupo de expertos internacionales.

= = =