

Municipios saludables en América Latina: indicadores de salud y bienestar¹

Siguiendo el ejemplo de ciudades y comunidades saludables en Europa y América del Norte, varios países latinoamericanos han acogido con entusiasmo una nueva estrategia en pro de la salud y el bienestar. Se trata del movimiento de municipios saludables en América Latina, fuente en los últimos 5 años de numerosas iniciativas destinadas a aprovechar las oportunidades de organización, colaboración interinstitucional y movilización de recursos que brinda la unidad municipal para mejorar las condiciones de vida y salud de sus habitantes. Aunque hubo proyectos pioneros anteriores a 1991, ese año marca el comienzo del nombramiento oficial de municipios modelo — Cienfuegos en Cuba, Manizales en Colombia, Valdivia en Chile, El Hatillo en Venezuela, y muchos más — que han sentado ejemplos muy notables para toda América Latina en lo que respecta al lanzamiento de proyectos de participación comunitaria orientados a lograr ambientes propicios para el pleno desarrollo humano. El joven movimiento de los municipios saludables se caracteriza por su gran creatividad, variedad y fuerza política.

La definición de un municipio saludable se basa en las definiciones de ciudades saludables propuestas a partir de los años ochenta. Aunque la definición ha sufrido modificaciones a lo largo del tiempo, actualmente la OPS considera que “un municipio empieza a ser saludable cuando sus organizaciones locales y sus ciudadanos adquieren el compromiso e inician el proceso de mejorar continuamente las condiciones de salud y el bienestar de todos sus habitantes”.

Los problemas de salud de los países latinoamericanos son demasiado complejos para ser abordados satisfactoriamente por la medicina tradicional y exigen una reorientación radical de los servicios de atención. El movimiento de municipios saludables, manifestación en el nivel local de los postulados de la Carta de Ottawa de 1987, representa un esfuerzo por llevar a la práctica esta reorientación en el contexto de las cuatro vertientes conceptuales que definen las políticas y estrategias de salud en la década actual: equidad, salud y desarrollo, promoción de la salud y descentralización del sector sanitario.

En la mayor parte de América Latina, actualmente enfrascada en consolidar sus procesos de democratización y ampliación de libertades civiles, el municipio es la unidad política, administrativa y jurídica idónea para coordinar recursos y crear proyectos y programas de salud y bienestar comunitarios adaptados a las características sociales y culturales de cada localidad. Esto implica partir de un diagnóstico inicial de la situación de salud de cada municipio e idear un sistema para planificar, dirigir y evaluar programas y proyectos, pasos que requieren el uso de indicadores de salud y bienestar formulados en el nivel local y elegidos muy cuidadosamente.

Un grupo de trabajo convocado por la OPS discutió una propuesta de una lista básica de indicadores para uso en el nivel municipal. De esta forma se ha iniciado un proceso de discusión y construcción de indicadores por varios grupos en

¹ Se basa en el documento de trabajo “Indicadores para el movimiento de municipios para la salud”, preparado por la División de Promoción y Protección de la Salud con la colaboración de E. Rojas Ochoa (OPS, Washington, DC, 1995).

la Región. Esos indicadores son optativos y sin duda se prestan a debate, pero al menos son factibles y se pueden derivar con facilidad. En última instancia, cada municipio deberá evaluar la utilidad de los mismos en el marco de su realidad local. A continuación se hacen algunas reflexiones sobre las características de los indicadores y las fuentes de información disponibles, elementos que deben tenerse en cuenta en la medición de los sucesos y su impacto.

Características ideales de los indicadores de salud y bienestar

Un indicador es un dato que se aplica a una unidad de análisis (individuo, familia, comunidad, país, etc.) para medir o clasificar un fenómeno social o de salud, sea este muy concreto y medible, como la mortalidad infantil, o relativamente abstracto, como el estilo de vida, la satisfacción con los servicios de salud o la discapacidad. Para que tenga máxima utilidad, un indicador debe ser, ante todo, fácil de definir, interpretar y calcular a partir de datos obtenibles sin el uso de tecnologías complejas o costosas. Simultáneamente, debe reflejar los objetivos y prioridades programáticas establecidos oficialmente y contribuir a la toma de decisiones y a la ejecución de intervenciones.

Un buen indicador tiene alta fiabilidad, sensibilidad, especificidad y validez. Por fiabilidad se entiende la capacidad de representar la realidad fielmente. Es muestra de fiabilidad la obtención de resultados idénticos cuando un mismo observador o varios aplican el indicador en circunstancias similares. La sensibilidad es la capacidad que tiene el indicador para detectar fluctuaciones pequeñas en el fenómeno que mide, y su especificidad es la propiedad de modificarse solamente cuando hay cambios en la situación que cuantifica, y no en otra. Se dice que un indicador tiene validez cuando mide lo que se propone medir. Por último, un indicador debe gozar de aceptación general y permitir la definición de metas cuantitativas razonables e interpretables.

Fuentes de información para calcular indicadores

Los registros de fenómenos demográficos — nacimientos de niños vivos, defunciones fetales, matrimonios, adopciones, divorcios, anulaciones matrimoniales, etc. — por lo general son buenas fuentes para la obtención de indicadores. Para los efectos de la salud pública, los nacimientos de niños vivos, las defunciones y las defunciones fetales son los más importantes. No obstante, en América Latina estos registros a menudo poseen datos incompletos o de mala calidad, particularmente en las zonas rurales, que son precisamente las que tienen los problemas de salud más graves. Por otra parte, hay países con registros de mortalidad y natalidad muy buenos, mientras que otros tienen un porcentaje de subregistro mayor de 40%. En todo caso, los datos tomados del registro civil pueden complementarse con los obtenidos de otras fuentes.

Los censos de vivienda y población, que habitualmente se efectúan cada 10 años y que son de alcance nacional, contienen información valiosa desde el punto de vista de los indicadores de salud y bienestar pero son poco útiles en municipios y otros territorios pequeños, especialmente cuando las estadísticas de interés se tienen que estimar lejos del año en que se realizó el censo. En el nivel municipal no suele haber estimaciones intercensuales para períodos cortos, y cuando las hay, suelen ser inexactas. Por consiguiente, se obtendría información más fidedigna si se

efectuaran encuestas municipales *ad hoc* con participación activa de la comunidad y de los trabajadores locales de salud. Estas encuestas, que habitualmente son de tipo domiciliario, pueden orientarse hacia problemas de salud específicos o hacia fines más generales y permiten conocer el perfil socioeconómico y demográfico de la población investigada. Cabe recordar, sin embargo, que están sujetas a los problemas de infraestructura, muestreo, olvido y simplificación excesiva de la realidad propios de toda encuesta.

Los registros de los hospitales y servicios médicos ambulatorios son fuentes de información relativamente económicas pero tienen algunas desventajas. La principal es la falta de uniformidad en la recolección de datos institucionales, aun dentro de un mismo territorio. Los hospitales docentes, por ejemplo, tienden a obtener información más completa y de mejor calidad que las clínicas privadas. Otra dificultad es la de definir la población en riesgo, ya que las personas que acuden a los servicios de salud de una localidad no siempre viven en ella. En otras palabras, aunque puede haber abundante información para el numerador de un indicador determinado, se torna más difícil saber qué cifra colocar en el denominador. Una tercera limitación estriba en que los datos procedentes de servicios de atención están sesgados hacia la presencia de enfermedades. En general, los registros de actividades municipales en las áreas de prevención de enfermedades y promoción de la salud, como los correspondientes a campañas de vacunación, educación sanitaria y saneamiento ambiental, pueden ser excelentes fuentes indirectas de información sobre el estado de salud y las condiciones de vida de la población y proporcionar información más exacta respecto a las poblaciones en riesgo.

Por último, los sistemas de vigilancia epidemiológica constituyen una buena fuente de información sobre aquellas enfermedades que están bajo control, pero por lo general la información se reduce a cifras absolutas y en algunos casos a una simple advertencia sin cuantificación alguna. Para que los sistemas de vigilancia sirvan para derivar indicadores de salud se necesitan tres condiciones: 1) que el sistema esté vinculado con un programa de control de cobertura nacional o al menos que se ubique en zonas representativas de todo el país para evitar la obtención de datos sesgados; 2) que la duración del programa permita tener un período de monitoreo adecuado para obtener indicadores fidedignos; 3) que se sepa cuál es la población en riesgo, según datos del propio programa o derivados de otras fuentes.

Clasificación de los indicadores

Existen varios enfoques para clasificar indicadores. La siguiente descripción refleja los criterios del autor del documento sometido a discusión.

Los indicadores de salud y bienestar pueden clasificarse según su propósito general (medir o no medir el riesgo), las características de la observación que se pretende hacer (objetiva o subjetiva), la escala de medición empleada (nominal, ordinal, o cuantitativa) y la unidad de análisis (individual o colectiva). En un sentido más general, también se pueden clasificar en globales o específicos de acuerdo con el número de fenómenos que miden (varios o uno solo). Constituyen ejemplos de indicadores globales el índice de calidad de vida física, que pretende medir el bienestar alcanzado por una población integrando su mortalidad infantil, esperanza de vida al año de edad y alfabetismo, y el índice de desarrollo humano, que integra la esperanza de vida, el nivel de educación y el producto interno bruto per cápita.

Los indicadores de riesgo pueden indicar riesgos absolutos o riesgos relativos. Así, por ejemplo, la tasa de mortalidad por una causa específica en un grupo

de población definido mide el riesgo absoluto de muerte por esa causa. En cambio, un riesgo relativo es un número que compara el riesgo absoluto debido a una causa en dos poblaciones. A menudo se cita, por ejemplo, el riesgo relativo de cáncer de pulmón, que es de 10 a 20 en los fumadores respecto a los no fumadores. Muchas veces se calcula la razón de posibilidades² como aproximación al riesgo relativo. También puede estimarse el impacto potencial mediante diversas medidas de riesgo atribuible. Por otra parte, los indicadores pueden dividirse en objetivos y subjetivos, según midan un fenómeno observable, como la temperatura corporal, o pretendan aproximarse a fenómenos no observables como el malestar, la ansiedad o la felicidad. Por lo general, los indicadores que no pretenden medir riesgos se pueden calcular para estudiar fenómenos como mortalidad, morbilidad, letalidad, fecundidad, invalidez y uso de recursos y servicios de salud.

Uso de los indicadores

Dentro del movimiento de municipios saludables, los indicadores pueden emplearse con el fin de 1) comparar una situación de base con una meta de salud establecida a priori; 2) comparar un mismo municipio en diferentes momentos; 3) comparar distintos municipios de un país en un mismo momento; 4) comparar municipios de diferentes países en el mismo momento, y 5) hacer comparaciones entre municipios en momentos distintos. Estas comparaciones suponen contrastar situaciones que han cambiado a lo largo del tiempo o que varían de un lugar a otro. El valor que toma un indicador puede verse afectado por variaciones en la calidad de las técnicas o criterios de diagnóstico aplicados, si se trata de una enfermedad, así como por cambios en la forma de calcular el indicador, en la cobertura y calidad del registro de información y en la estructura de la población subyacente. Por esto es aconsejable validar los datos antes de analizarlos, verificándolos mediante el cruce de información obtenida de distintas fuentes. Para compensar el efecto de la desigualdad de las estructuras poblacionales y hacer que los indicadores sean comparables suele hacerse una estandarización o ajuste, que puede ser por sexo, edad, escolaridad u otras variables.

A menudo surge la pregunta de si en una población determinada es necesario crear nuevos indicadores o si basta con los usados tradicionalmente. En general, la naturaleza cambiante de la realidad socioeconómica y los nuevos enfoques que estos cambios suelen engendrar exigen el desarrollo de nuevos instrumentos. En época reciente, por ejemplo, el problema de la desigualdad económica, que previamente recibía poca atención, obligó a los salubristas, economistas y políticos a crear indicadores destinados a cuantificar esa desigualdad. Afortunadamente, los adelantos tecnológicos relacionados con el procesamiento, cálculo y análisis de datos facilitan la obtención de nuevos indicadores.

Aunque con frecuencia los indicadores empleados en un programa o proyecto permiten fijar metas numéricas que se prestan para medir y, por ende, evaluar objetivamente sus resultados, por lo general se desconoce la manera en que se han fijado dichas metas y se cae en el fenómeno de la pseudoobjetividad. Debe evitarse la tentación de poner más énfasis en las metas que en las acciones dirigidas a mejorar la realidad. Estas metas deben establecerse teniendo en cuenta las restricciones financieras, logísticas, organizativas, políticas y socioculturales impuestas por el

² En inglés *odds ratio*, que a veces también se traduce como razón de momios, desigualdad relativa, razón de ventajas, etc.

medio en que se desenvuelve el programa. Asimismo, no hay que olvidar que el cómputo de indicadores no es una finalidad en sí misma, sino un medio para definir la realidad, fijar objetivos y evaluar el resultado de acciones.

Los indicadores pueden interpretarse en distintos niveles, ya que sirven no solo para cuantificar un fenómeno específico, sino también para aproximarse a los fenómenos más amplios que se asocian con este. La tasa de mortalidad de menores de 5 años, para dar un ejemplo, mide el riesgo de morir en los primeros 5 años de vida, pero indirectamente refleja el estado nutricional de los menores de 5 años y su estado de bienestar general. El problema surge cuando a la hora de interpretar un indicador se pone más énfasis en sus connotaciones indirectas, no necesariamente fidedignas, que en el fenómeno específico que pretende medir.

Cuando se elige un indicador es necesario tener presente el tamaño del territorio en que se va a aplicar, ya que sería ilógico y poco fructífero usar un indicador de tipo general para un territorio pequeño. Los indicadores negativos tienen tanta validez como los positivos y no deben ser menospreciados, pero es preferible que un indicador se base en fenómenos concretos y no en ideas abstractas, tales como adaptabilidad, felicidad o grado de satisfacción, que difícilmente contribuyen a la toma de decisiones y cuya validez, especificidad, sensibilidad y reproducibilidad suelen ser bajas. Otros atributos que merecen consideración a la hora de elegir indicadores municipales son su utilidad en relación con el costo de obtenerlos, su capacidad discriminadora y la facilidad con que se pueden interpretar.

Indicadores propuestos para uso en el nivel municipal

El grupo de trabajo al que se ha hecho referencia propuso, después de discutir el documento de trabajo, una lista básica de indicadores para uso en el nivel local, cualquiera que sea la división política o administrativa de cada país. A continuación se resumen los 20 indicadores que lograron algún consenso, los cuales serían sometidos a prueba posteriormente por los participantes del grupo, quienes continuarían afinándolos según los resultados obtenidos.

1. Índice de compromiso de los líderes locales. Es el porcentaje del total de líderes locales que participan en el programa de municipios saludables.
2. Índice de áreas verdes y recreación. Es el número de habitantes por kilómetro cuadrado de superficie urbana dedicada a áreas verdes y recreativas.
3. Número de mensajes de radio sobre promoción de la salud. Puede calcularse para una o varias emisoras y distintos períodos temporales.
4. Índice de cobertura de agua potable. Porcentaje del total de habitantes que reciben agua potable en su domicilio o en un lugar razonablemente accesible.
5. Índice de cobertura de disposición de excretas. Porcentaje del total de habitantes que disponen en su domicilio de instalaciones adecuadas para la disposición de excretas.
6. Índice de cobertura de disposición de basura. Porcentaje del total de habitantes cuyo domicilio es servido por un sistema eficaz de disposición de basura.
7. Índice de calles pavimentadas. Porcentaje pavimentado o empedrado del total de kilómetros de calles en la zona urbana.
8. Índice de electrificación de viviendas. Porcentaje del total de viviendas que reciben electricidad.
9. Índice de calidad de la vivienda. Porcentaje del total de viviendas que no tienen defectos estructurales.

10. Índice de maternidad precoz. Porcentaje del total de nacidos vivos de madres menores de 20 años.
11. Índice de retención escolar. Porcentaje del total de alumnos que inician la escuela primaria que terminan el curso escolar.
12. Índice de violencia contra las personas. Número de personas lesionadas y muertas como consecuencia de hechos violentos por 1000 habitantes.
13. Índice de violencia relacionada con el consumo excesivo de alcohol. Número de hechos violentos vinculados al consumo excesivo de alcohol por cada 1000 habitantes.
14. Índice de instalaciones deportivas. Número de instalaciones deportivas por 100 000 habitantes.
15. Índice de inmunizaciones. Número de menores de 1 año inmunizados contra difteria, tos ferina y tétanos dividido por el total de nacidos vivos, expresado por 100 nacidos vivos.
16. Tasa de mortalidad infantil. Defunciones de menores de un año por 1000 nacidos vivos.
17. Tasa de mortalidad de menores de 5 años. Defunciones de menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos en el mismo año.
18. Índice de asentamientos irregulares. Porcentaje del total de habitantes que habitan en asentamientos improvisados.
19. Índice de restaurantes con restricciones para fumar. Porcentaje del total de restaurantes en los que no se permite fumar o que tienen áreas para no fumadores.
20. Índice de capacitación en promoción. Porcentaje del total de las personas mayores de 14 años que reciben capacitación en actividades educativas formales para la promoción y protección de la salud como parte del programa.

COMENTARIO

El tema de los indicadores positivos de salud y de calidad de vida que pueden servir para monitorear y medir el efecto de intervenciones de promoción de la salud es de gran actualidad y controversia. Las propuestas son diversas y cada vez surgen más en la Región, en la medida que se extienden las experiencias de promoción de la salud orientadas a la modificación de las condiciones de vida de los más postergados. El hecho de que las intervenciones de promoción de la salud implican una amplia participación social y el impulso a las acciones intersectoriales hace que la evaluación sea más difícil.

Es muy complejo medir los cambios en los procesos sociales y políticos que favorecen la salud y determinar el impacto de esos cambios en la salud misma. Ello requiere además disponer de medios de información que van más allá de los que suelen estar al alcance del sector salud. Teniendo en cuenta todo esto, la OPS continúa promoviendo y facilitando los intercambios de metodologías innovadoras de

medición de procesos y de impactos de las intervenciones poblacionales de promoción de la salud. Este documento es una muestra, pero ya hay diversos aportes de diferentes grupos de América Latina y el Caribe. Se siguen organizando talleres para la discusión de nuevas propuestas de indicadores, lo cual ofrece perspectivas muy alentadoras en el avance de la construcción colectiva de nuevas formas de trabajo en salud pública.

División de Promoción y Protección de la Salud (HPP)
Organización Panamericana de la Salud



Premio Albert Dubois de Patología Tropical

El 10 de febrero de 1996 será otorgado por tercera vez este premio quinquenal en honor del doctor Albert Dubois, por la Fundación que lleva su nombre. La científica merecedora del galardón para el período de 1990 a 1994 es la doctora Wendy Gibson, de nacionalidad británica, por su trabajo sobre el intercambio genético en tripanosomas africanos.

Se abre inmediatamente el cuarto período quinquenal del premio, que abarcará los años de 1995 a 1999, inclusive. Los interesados en proponer candidatos para el premio, que asciende a 500 000 francos belgas, deben enviar sus solicitudes a la secretaria de la Real Academia de Medicina de Bélgica, antes del 31 de mayo de 1999.

Información:

Fondation Docteur A. Dubois
Académie royale de Médecine de Belgique
Palais des Académies
Rue Ducale, 1
1000 Bruxelles, Belgique