

INDICADORES DE BIENESTAR Y SALUD. SELECCION Y EMPLEO DE INDICADORES SOCIOECONOMICOS PARA MONITORIA Y EVALUACION¹

Philip Musgrove²

El plan de acción de la OPS para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 requiere la evaluación del progreso del bienestar mediante el empleo de por lo menos ocho indicadores. En este artículo se examinan esos ocho indicadores, se estima la utilidad para su evaluación y se indica cómo se podría organizar y desdoblar la información relacionada con cada uno de ellos.

Introducción

El plan de acción de la Organización Panamericana de la Salud para la instrumentación de las estrategias regionales orientadas a lograr la salud para todos en el año 2000 establece ocho tareas que deben realizarse como parte del proceso de evaluación y monitoría. Una de ellas consiste en "evaluar el progreso de los niveles de bienestar en la Región y las relaciones de estos con la salud" (1). Se señalan dos razones que justifican este énfasis en el bienestar general, que incluye componentes que no se relacionan directamente con la salud. La primera es que la salud "se encuadra dentro del marco general del bienestar", lo que indica la conveniencia de estar bien informado acerca de la evolución de otros elementos que contribuyen al bienestar. La segunda es que esos otros componentes "son factores que en mayor o menor grado condicionan el estado de salud y por consiguiente, ... serán empleados

para los análisis que deben hacerse para la explicación de los niveles de salud" (1). Esta última es obviamente una razón mucho más sustancial para estudiar los componentes del bienestar que no se vinculan directamente con la salud, ya que implica el compromiso de investigar las relaciones causales e interacciones entre la salud y otros elementos del bienestar del hombre.

Además de la contribución general que esas investigaciones pueden aportar para una mejor comprensión de la salud, los resultados que de ellas se obtengan pueden tener por lo menos dos aplicaciones en la práctica. Por una parte serán útiles al diseñar políticas de salud pues permitirán aprovechar (o contrarrestar) medidas o hechos originados en otros sectores de la economía, que probablemente afecten la salud de la población. En segundo lugar contribuirán a persuadir a otras instituciones públicas a que elaboren sus propias políticas de tal modo que sea posible optimar los beneficios indirectos para la salud. En ambos casos el objeto sería aumentar el bienestar en términos de salud sin que se requieran esfuerzos proporcionalmente mayores por parte del sector salud.

¹ Se publica en inglés en el *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 1984.

² Organización Panamericana de la Salud, Desarrollo de Sistemas de Salud, Washington, D.C., EUA.

Casi todos los cambios en la economía tienen repercusiones en cuanto a la salud, al menos para un sector de la población; del mismo modo, en casi todos los componentes del bienestar es posible encontrar una correlación con el estado de salud. Por consiguiente, para no resultar abrumados por el número y complejidad de esas relaciones es conveniente escoger un pequeño conjunto de indicadores que sirvan como guía. Si se desea que resulte útil para este propósito, el indicador de bienestar que no se refiera a la salud debe ser relativamente fácil de obtener y de interpretar, estar claramente vinculado con el bienestar y tener alguna relación causal significativa con la salud.

En sus estrategias para lograr la salud para todos en el año 2000 (2), la OPS propuso una lista de indicadores obligatorios para el proceso de evaluación y monitoría, y dejó a criterio de los países miembros la elección de otros indicadores específicos; los indicadores considerados obligatorios se incluyeron más tarde en el *Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales* (1). En este artículo se analiza brevemente cada uno de los indicadores obligatorios aplicando los criterios ya señalados. Luego se examinan varios aspectos comunes a diversos indicadores, se señalan las necesidades en cuanto a investigación que implica la incorporación de estos y de otros indicadores a las actividades de evaluación y monitoría, y se discuten de manera somera algunos de los problemas metodológicos que plantea una investigación de este tipo.

Indicadores propuestos

Los ocho indicadores socioeconómicos considerados obligatorios son (1):

- información demográfica (la población clasificada según la edad, el sexo, la distribución geográfica y la condición socioeconómica);

- fecundidad general;
- disponibilidad de proteínas y calorías per cápita;
- alfabetización;
- proporción de población en extrema pobreza;
- desempleo;
- producto interno bruto (PIB) per cápita y estructura del producto nacional bruto (PNB);
- proporción de la población que vive en condiciones marginales.

Se reconoce que la información demográfica, el primer indicador, es fundamental para obtener los otros ya que cada uno de ellos (excepto la estructura del PNB) es una proporción en la que la información demográfica aparece en el numerador, en el denominador o en ambos. De hecho, los datos demográficos no indican directamente el bienestar sino que proporcionan las bases para obtener indicadores del bienestar.

También se reconoce que los distintos indicadores miden aspectos diferentes del bienestar, de tal modo que se pierde información cuando se combinan en una medida única. Por ejemplo, estos indicadores obligatorios incluyen un componente del "índice de calidad física de la vida" (3) cual es la alfabetización; los otros dos componentes, mortalidad de lactantes y mortalidad de niños pequeños, pueden considerarse como parte de la información demográfica básica. Cuando se emplean los índices de mortalidad de esta manera se los considera medidas directas del bienestar. No obstante, en el plan de acción no se recomienda el empleo del índice de calidad física de la vida ni de ningún otro índice combinado.

Información demográfica

La distribución de la población por edad, sexo y localización geográfica (el tipo más elemental de información de-

mográfica reunida mediante un censo) no exige mayor análisis. Los datos obtenidos en los censos tienen ciertas deficiencias e inexactitudes pero los problemas que de estas derivan por lo general no son graves y se compensan con la cobertura de todo el país que proporcionan; además resultaría en extremo oneroso obtener datos comparables por otros medios. Lo que convierte esta información demográfica en un indicador de bienestar es la insistencia en que también se clasifique la población según la condición socioeconómica. Por lo general los censos incluyen algunas variables que pueden utilizarse para llegar a una clasificación de ese tipo, como las variables relacionadas con la educación y la ocupación; a veces también proporcionan una estimación del ingreso familiar total. Sin embargo, solo se puede obtener información más detallada o más variada mediante encuestas entre las familias. Dichas encuestas, obviamente, deben abarcar todo el país; aquellas que solamente consideran ciertos elementos demográficos—como la población urbana o la fuerza de trabajo estructurada—son inútiles para este propósito, a menos que solo se evalúe la salud de esos grupos limitados.

En este sentido la mejor variable única que permite medir el bienestar de un hogar o grupo familiar es el consumo anual total por persona (4). Las familias en general informan con más exactitud acerca del consumo que acerca del ingreso. Por otra parte el consumo goza de una mayor estabilidad a través del tiempo ya que las variaciones transitorias en el ingreso no se reflejan por completo en el consumo. Si bien estas circunstancias hacen que el consumo constituya un mejor indicador del bienestar que el ingreso, a veces se dispone de datos sobre este último (como los que proporciona un censo) y no se cuenta con información sobre el consumo; en tal caso es preciso utilizar los datos relacionados con el ingreso.

Como es natural, es necesario hacer un ajuste de precios en relación con los datos sobre el consumo para eliminar, en la mayor medida posible, los efectos de la inflación de un año a otro (o, incluso, de un mes a otro cuando la inflación es muy rápida). Además es preferible no utilizar el mismo índice de precios para todos sino, más bien, calcular índices de precios por separado para distintos niveles de ingreso, de acuerdo con lo que en realidad compran las personas con esos ingresos diferentes. Esto es conveniente porque los diferentes precios se modifican en distintas proporciones en épocas de inflación rápida; los precios de los alimentos pueden aumentar mucho más o mucho menos que, por ejemplo, los de bienes duraderos, de tal suerte que los ricos y los pobres se ven afectados por tasas de inflación diferentes (5). Los ajustes regionales de los precios (para distintas regiones) también son útiles cuando difieren notablemente los precios en las zonas urbanas y rurales o en distintas partes del país, si bien en este caso no ha progresado tanto la teoría de los índices (6). El empleo de ajustes regionales de los precios está también implícito en la conversión de la moneda nacional en una moneda común, con el propósito de establecer comparaciones entre distintos países (7).

Además de hacer ajustes de precio es preciso tener en cuenta el tamaño de la familia, y tal vez incluso su composición. Un ingreso de US\$ 1 000 entraña niveles de bienestar muy diferentes para una familia de dos personas y otra de 10, y quizás tenga distintas implicaciones según el número de adultos y de niños que integren la familia. El ajuste más simple se logra dividiendo el consumo total de la familia (o su ingreso) por el número de integrantes para obtener un indicador de bienestar per cápita.

En ajustes más complejos se pueden considerar la edad y el sexo de los miembros de la familia, pero esos ajustes

no son necesarios para llegar a un indicador razonablemente preciso del bienestar.

Aun cuando estos ajustes básicos en relación con los precios y el tamaño de la familia exigen un mayor esfuerzo es fundamental realizarlos puesto que, si bien no alteran la distribución general en la población, influirán en la identificación de las familias que en apariencia disponen de escasos recursos y permitirán apreciar cómo parece modificarse su bienestar con el tiempo.

El propósito básico del indicador sobre la condición socioeconómica de la población es proporcionar una estimación de lo que habitualmente se denomina "distribución del ingreso", o de un equivalente de la misma, en la cual los diversos grupos que se establezcan sean suficientemente numerosos y se definan con precisión mediante variables relacionadas con el ingreso. Una estimación de este tipo podría en ocasiones suministrar dos de los indicadores buscados: la proporción de población en una situación de extrema pobreza y la proporción que vive en "condiciones marginales", cuando estas condiciones se definen en términos económicos.

Tal vez parezca que este procedimiento hace demasiado hincapié en el elemento económico del término "socioeconómico", pero, en realidad, muchas otras variables sociales como la educación, la ocupación (o fuente de ingresos), los patrones de consumo y demás, se relacionan estrechamente con el ingreso. Esas variables pueden y, quizás, deben usarse al obtener información socioeconómica; el punto clave, no obstante, es reunir datos sobre un conjunto de múltiples variables de tal modo que las variables económicas se crucen con las variables puramente demográficas y sociales. Por ejemplo, se debería conocer la distribución de las familias según el tamaño en el grupo socioeconómico menos favorecido y también la distribución según la educación de los adultos que pertenecen a ese mismo grupo.

Fecundidad

La tasa de fecundidad es otro elemento fundamental de la información demográfica. Sin embargo, cuando se obtiene como promedio considerando toda la población, no es fácil de interpretar como medida del bienestar y no es muy firme su vinculación con la salud maternoinfantil. Se sabe que tiende a deteriorarse la salud de madres y niños cuando las primeras son muy jóvenes o de edad avanzada, o cuando tienen muchos hijos. Por consiguiente, el promedio representado por la tasa de fecundidad debería complementarse con dos distribuciones menos globales: nacimientos agrupados según la edad de la madre (que proporcionen índices de natalidad específicos de acuerdo con la edad de la madre) y según el número de niños aún vivos de partos anteriores (o al menos, el número de hijos por madre). Es probable que no se necesiten más de tres grupos para cualesquiera de estas distribuciones, que convertirían las tasas de fecundidad en mejores medidas del bienestar y las relacionarían más estrechamente con la salud maternoinfantil.

Disponibilidad de calorías y proteínas

Los datos relacionados con la disponibilidad o ingesta diaria media de calorías y proteínas (en gramos) por persona y considerando toda la población son inútiles para nuestros propósitos. Aun cuando en algunos países esos promedios son ligeramente inferiores a los requerimientos biológicos mínimos, esto casi nunca sucede en el Hemisferio Occidental. De acuerdo con los promedios parece que hay suficientes alimentos en todas partes. En consecuencia, aun más que en el caso del ingreso, lo importante es la *distribución* ya que muchas personas pueden sufrir desnutrición a pesar de que las cifras medias no lo revelen. Por otra parte las personas que in-

gieren una cantidad muy escasa de calorías deben metabolizar las proteínas en lugar de que estas sirvan para formar y mantener los tejidos orgánicos; por lo tanto, en realidad no se puede considerar ambas clases de nutrientes por separado a menos que sea adecuada la ingestión de calorías.

En general se puede decir que existen tres formas diferentes de obtener medidas significativas relacionadas con la ingestión de calorías y proteínas. La primera consiste en estimar la ingesta real en distintos grupos socioeconómicos, utilizando información acerca de los gastos en alimentos o la medición directa de la ingestión física. Este es el método más preciso pero también el más difícil y costoso.

La segunda forma es estimar indirectamente la ingesta sobre la base del ingreso medido o el gasto total, utilizando funciones del consumo del tipo elaborado por Reutlinger y Selowsky (8) para la ingesta de calorías y la ingesta de proteínas. Inicialmente se requiere información presupuestaria muy detallada sobre el consumo de alimentos para aplicar esas funciones, pero luego se pueden convertir las modificaciones en los ingresos en cambios estimados en el consumo de alimentos, sin que sea necesario medir nuevamente la ingestión real de alimentos. Este procedimiento es, en principio, el mismo que se aplica al inferir modificaciones en el bienestar a partir de cambios en el índice de precios cuando se dispone de nueva información sobre los precios pero no sobre las cantidades o ponderaciones del índice.

El tercer método consiste en ignorar por completo los insumos — es decir la ingesta de nutrientes — y vigilar solo el resultado o estado nutricional real de los individuos afectados. En este caso el indicador debe ser la distribución de la desnutrición entre los tres niveles normalizados, en particular entre los lactantes y niños pequeños. Esta información se puede obtener mediante encuestas directas; ya no es entonces necesario (si bien es aconsejable) medir va-

riables socioeconómicas (9) y los datos estarán relativamente libres de errores. Si se realizan las encuestas en los hogares en lugar de las instituciones de salud, también se puede reunir información sobre otros determinantes importantes del estado nutricional como la alimentación con leche materna, los principales tipos de alimentos que se consumen y los conocimientos acerca del valor de los alimentos (10).

Es preciso destacar dos ventajas de medir los resultados en lugar de los insumos (o determinantes menos relacionados). La primera es que la ingesta total de alimentos puede ser adecuada para una determinada familia y, no obstante, tal vez los niños estén desnutridos. Esto no se puede comprobar mediante encuestas sobre el presupuesto familiar sino que se vuelve evidente cuando se mide directamente el estado nutricional. (De hecho, puesto que los 12 indicadores globales para medir el progreso hacia la salud para todos (11) explícitamente incluyen patrones mínimos para el peso al nacer y el peso de los niños como una función de la edad hasta los cinco años, no es seguro que las mediciones de la ingesta de alimentos agreguen alguna información útil para pronosticar desnutrición.) La segunda ventaja es que los cambios en las condiciones económicas pueden fácilmente crear circunstancias en que la disponibilidad de alimentos parece mejorar mientras empeora el estado nutricional. Por ejemplo, si a causa de la recesión aumenta el desempleo o se reduce el ingreso entre las clases de menores recursos, entonces sufrirán en cuanto a su nutrición los desempleados o personas de escasos recursos, aun cuando la disminución de la demanda de alimentos coincida con un aumento de la oferta o, por sí misma, lleve a una reducción de los precios. En este sentido merece destacarse que, aun en tiempos de hambruna cuando muere mucha gente, por lo general disminuye poco la disponibilidad total de alimentos; las personas mueren porque se elevan los precios,

disminuyen sus ingresos o se desmorona el sistema de distribución.

Estas ventajas de medir los resultados se ven contrarrestadas por el hecho de que la información acerca de la ingesta de alimentos es valiosa para determinar la causa de la desnutrición y para decidir sobre la intervención adecuada con el fin de corregirla o prevenirla. Sin embargo, aún es necesario insistir en que la información sobre insumos es útil solo al considerar individuos o grupos pequeños; los promedios que abarcan poblaciones completas no tienen ningún valor (12).

Alfabetización

Generalmente se acepta que la educación es uno de los principales determinantes y predictores del ingreso y, por consiguiente, del estándar general de vida de la población. Asimismo se sabe que la alfabetización es un elemento crucial no solo para tener acceso a empleos sino también para una participación mucho más amplia en la sociedad (3). Por último, un creciente conjunto de investigaciones indica que la educación tiene un considerable efecto directo sobre el estado de salud aparte de su efecto indirecto a través del ingreso, aun cuando no incluya una educación específica para la salud (13).

La conexión más clara es la que parece existir entre la educación de los padres y la salud de los hijos. Los padres con mayor educación son más eficientes en el cuidado de sus hijos en el hogar, utilizan mejor las instalaciones de salud existentes y, en general, usan los recursos (tanto propios como los que proporciona el estado) en forma más provechosa.

Por todas estas razones los índices de alfabetización—en particular los concernientes a las madres—forman parte de los indicadores básicos del bienestar. Su valor como indicadores aumenta mucho si se obtienen no solo índices relacionados con la totalidad del país sino también respecto a

los diversos grupos especificados por el primer indicador, es decir, grupos clasificados según el sexo, la edad, la ubicación geográfica y el nivel socioeconómico. Como las fuentes que proporcionan los datos desglosados según estas últimas características invariablemente suministran también información acerca del grado de alfabetización y el de escolaridad, no se requiere un esfuerzo adicional para reunir y transmitir información de este tipo. No obstante, también es esencial distinguir entre la alfabetización funcional y la simple habilidad para escribir el propio nombre o leer unas líneas.

Obviamente, la alfabetización no es el único indicador de la educación y, si bien es el más sencillo, también las diferencias entre los grados de escolaridad son importantes para la salud, tanto directa como indirectamente a través del ingreso, aun después de que se ha llegado a la alfabetización. Por esta razón puede ser útil clasificar a los adultos, sobre todo a las mujeres, de acuerdo con el grado de escolaridad más alto que hayan alcanzado. El principal problema con estas clasificaciones es que registran únicamente el grado de escolaridad alcanzado, sin tener en cuenta la repetición de grados o las grandes diferencias en cuanto a calidad, características de la educación. La distinción más sencilla entre alfabetización y analfabetismo evita este problema.

En cuanto a los niños es difícil establecer cualquier relación entre su escolaridad y su estado de salud o el ingreso ordinario de sus familias. En consecuencia, los datos acerca de la alfabetización, el progreso escolar o la asistencia a la escuela de niños menores de 14 ó 15 años, no son valiosos como indicadores de bienestar. Cuanto más, apuntan hacia el bienestar y el estado de salud futuros. También en este caso los datos acerca de la asistencia a la escuela, en particular, no tienen en cuenta la repetición de grados y las grandes diferencias en cuanto a calidad de la instrucción (14).

*Prevalencias de la pobreza extrema
y las condiciones marginales de vida*

Estos dos indicadores se consideran juntos porque, según qué implique el término "condiciones marginales", pueden coincidir. Por eso es necesario precisar qué se entiende por "condiciones marginales". Esas condiciones se pueden definir desde el punto de vista económico y entonces coinciden con la pobreza, o desde el punto de vista geográfico en el sentido de aislamiento físico, y se refieren así a la parte "dispersa" de la población rural; también es posible definir las socioculturalmente, incluidos conceptos como falta de participación en la vida social y política del país, sometimiento a la ignorancia y la superstición, etc. Estas últimas definiciones socioculturales son las que distinguen con mayor claridad las "condiciones marginales" de los otros indicadores propuestos, y pueden también incluir factores que influyen de manera considerable sobre la salud. Sin embargo, una definición sociocultural eficaz de las "condiciones marginales" es evidentemente la más difícil de obtener, inclusive en un solo país, y es probable que las comparaciones entre distintos países no tengan sentido. En consecuencia, a menos que se pueda dar una definición clara y coherente de la marginalidad sociocultural, tal vez sea preferible usar una definición en términos económicos de tal suerte que el concepto signifique lo mismo que pobreza y haya un indicador menos que buscar.

También existen problemas para definir la "pobreza extrema", pero son menos graves. En general se concuerda en que se debe definir una línea de pobreza en relación con el costo de una dieta adecuada mínima, convirtiendo esa línea en una función de los precios y de la composición de la familia. El tratamiento de las necesidades no alimentarias es por fuerza algo arbitrario; el procedimiento usual consiste sencillamente en multiplicar el presupuesto

mínimo para alimentos por un factor próximo a 2,0; se puede entonces definir una línea de indigencia o pobreza extrema utilizando solo el presupuesto para una alimentación adecuada mínima (15).

La pobreza, por supuesto, también puede estudiarse en términos relativos, pero entonces la línea de pobreza se vuelve del todo arbitraria y lo que se mide es la desigualdad y no la privación. Si bien la desigualdad en sí misma puede ser considerada inconveniente, no influye sobre la salud a menos que implique que algunas personas tienen niveles absolutos de bienestar bajos. Más aún, cierto grado de desigualdad es más o menos tolerable en términos de bienestar absoluto ya que el promedio de este es más alto o más bajo. Estas cuestiones han sido investigadas en detalle por Fields (16).

Como se señaló antes, al aplicar el procedimiento para determinar la distribución de la población en diversos grupos socioeconómicos también se puede incluir a los pobres y los extremadamente pobres como grupos particulares en esa clasificación.

Son bastante evidentes las implicaciones de la pobreza en cuanto al bienestar y sus relaciones con la salud. La principal falla en el indicador propuesto es que solo cuenta el número o proporción de pobres y no dice nada acerca del grado de su pobreza como promedio, o cuánto difieren entre sí. En especial cuando la población pobre es numerosa no debe darse por sentado que sus integrantes son igualmente pobres. Sen (17) ha elaborado un índice que considera las proporciones de personas en distintos niveles de pobreza, a qué distancia por debajo de la línea de pobreza se encuentran como promedio y cuánto difieren en relación con el bienestar, para de ese modo medir la difusión y gravedad de la pobreza. Kakwani (18) analiza una serie de esos indicadores derivados en forma axiomática. En general parece que es necesario usar un índice de ese tipo en lugar del simple recuento de individuos que están por de-

bajo de la línea de pobreza, pues es posible que disminuya la prevalencia de la pobreza mientras que aumenta su gravedad, y viceversa (5).

Desempleo

Es un hecho ampliamente reconocido que la pobreza es en gran parte consecuencia de la falta de oportunidades de empleo productivo, y que el mejoramiento general del bienestar y la disminución de desigualdades dependen de la creación de empleos (19). Según esto, podría pensarse que la tasa de desempleo (la proporción de personas sin empleo que buscan trabajo con respecto a la fuerza de trabajo total, incluidos los empleados y desempleados) es un buen indicador. Por desgracia en muchos aspectos las tasas de desempleo, si bien en cierto grado miden las penurias económicas, son no obstante indicadores muy deficientes, aun en esas raras ocasiones en que pueden estimarse con precisión para toda la población.

Entre sus deficiencias cabe mencionar:

1) Miden solo el desempleo manifiesto, no el "disfrazado" de los trabajos no productivos.

2) El desempleo solo puede ser afrontado por personas que tienen otros recursos para mantenerse, comúnmente gracias a sus familias. Durante períodos breves, al menos en algunos países, algunos trabajadores (casi nunca los trabajadores rurales) pueden recurrir al seguro estatal de desempleo. Por consiguiente, el desempleo es en realidad raro entre las personas de muy pocos recursos y entre los jefes de familia y es más frecuente entre asalariados secundarios (20) y personas que acaban de incorporarse a la fuerza de trabajo.

3) Los trabajadores "desalentados" quizás dejen de buscar trabajo y ya no sean contados entre los desempleados; así la tasa de desempleo tiende a subestimar las privaciones reales.

4) Por lo general no se mide la duración del desempleo; pero los períodos largos de desempleo concentrados entre algunas personas tienen un efecto mucho más grave sobre el bienestar que períodos breves distribuidos entre toda la fuerza de trabajo.

5) Como la demanda de trabajadores rurales es estacional y estos trabajadores a menudo tienen otros trabajos durante el año es en extremo difícil medir el desempleo rural y se suelen cometer grandes errores (21).

Estas deficiencias implican que las simples tasas de desempleo no deben usarse como indicadores de bienestar y que, cuando se usen, deben complementarse con indicadores que midan la duración de los períodos de desempleo y la magnitud del subempleo. Además, como sucede con varios de los otros tipos de indicadores enumerados, es conveniente reunir y presentar información sobre el desempleo en diversos grupos específicos definidos según la edad, el sexo, la ubicación geográfica y la condición socioeconómica. A menos que se siga este procedimiento, la tasa general de desempleo en sí agregará poco o nada a la información suministrada por el ingreso (o consumo) y la pobreza, y tal vez proporcione una imagen engañosa en lugares donde están muy difundidas las privaciones.

Producto interno (y nacional) bruto

El producto interno bruto (PIB) o el producto nacional bruto (PNB) per cápita son las medidas más usadas para estimar el "ingreso" de un país o su grado de "desarrollo". Con todo, no constituyen un indicador muy satisfactorio del bienestar o de los factores que promueven la salud. En cuanto al bienestar, este depende de la distribución del ingreso y no sencillamente del ingreso medio, punto que ya se ha analizado al hablar de la pobreza y la información demográfica agrupada según

la condición socioeconómica. De hecho, si se pudieran obtener esos indicadores demográficos y de la pobreza con la frecuencia y exactitud necesarias, no habría razón para usar el PIB o el PNB per cápita como un indicador más. Esos índices son útiles solo porque se estiman cada año de manera uniforme y porque los cambios bruscos en el ingreso per cápita indican modificaciones del bienestar, al menos para una parte de la población. Estas modificaciones del bienestar serán, por supuesto, consecuencia de la distribución del ingreso y de la difusión y grado de la pobreza.

En cuanto a la salud, el ingreso per cápita no se relaciona en forma muy firme con la salud; además la relación es compleja y muy distinta a corto y a largo plazo (22). (El hecho de que el ingreso per cápita se relacione coherentemente con los gastos de cuidado de la salud (23) no contradice esa observación, pues esos gastos tienen una relación muy débil con el estado de salud.) Nuevamente, lo que cuenta es la distribución. También hay que señalar que los cambios en el PIB o en el PNB per cápita tal vez anuncien alteraciones del estado de salud, especialmente cuando esos cambios afectan a personas que viven en condiciones socioeconómicas precarias y, por consiguiente, sus dietas y su salud pueden verse muy afectadas por modificaciones más o menos pequeñas en el ingreso.

Las justificaciones algo débiles para usar el PIB o el PNB per cápita como indicadores no incluyen la estructura del PNB como un tipo de indicador y, por lo tanto, debe ser eliminada de la lista. Es verdad que existen algunas relaciones sistemáticas entre la estructura y el nivel del ingreso nacional, pero estas relaciones tienden a variar considerablemente de acuerdo con las características demográficas, los recursos, la historia y las políticas económicas recientes del país en cuestión (24). La estructura económica, es decir, las proporciones del PNB correspondientes a distintos secto-

res como la agricultura, la industria, los servicios, etc., también tiende a modificarse lentamente, excepto cuando se originan grandes cambios en el comercio exterior del país. No se puede atribuir pues una vinculación con el bienestar a esas proporciones como tales y su relación con la salud, si es que existe, se observa mejor con otros indicadores, en particular con la clasificación socioeconómica de la población.

Con un ejemplo se verá esto con mayor claridad. Supongamos que se eleva el precio de un importante producto agrícola de exportación de tal modo que aumenta la participación de la agricultura en el PNB. Esto, en cierto sentido, es un paso atrás ya que, por lo general, la participación de la agricultura sistemáticamente disminuye a medida que se desarrolla un país; representa empero un evidente aumento del ingreso para el país. Quién resultará beneficiado dependerá de cómo se divida el ingreso extra entre los propietarios de la tierra, los trabajadores agrícolas, el sector comercial y el gobierno. Incluso es posible que empeore el estado de salud porque los consumidores pobres del país tendrán que pagar un precio más alto por los alimentos. Esta oposición entre los intereses de los productores de alimentos y los de los consumidores constituye el punto central de las políticas de inversiones, comercio y precios en muchos países; en ese caso las participaciones de los sectores no proporcionan ninguna información acerca del efecto neto sobre el bienestar.

Consideraciones acerca de la distribución

A través del análisis anterior se ha hecho evidente que la principal razón para estudiar formas de medir el bienestar, en lo que concierne al sector salud, es identificar a las personas o grupos cuyo bienestar es obviamente inadecuado porque es probable que esto entrañe problemas para la

salud. En todos los casos lo que se necesita es información sobre la distribución del bienestar, no simplemente sobre los niveles medios de bienestar.

Esto no significa que la desigualdad relativa tenga alguna repercusión particularmente importante sobre la salud. Lo que cuenta es, más bien, la distribución del bienestar con respecto a niveles absolutos. Lo dicho antes es muy evidente en el caso del consumo de calorías y proteínas, donde una ingesta insuficiente conduce a la desnutrición y a la mala salud, mientras que la ingesta excesiva produce obesidad y enfermedades cardiovasculares. No importa que algunas personas coman más que otras, pero sí tiene importancia que algunas no satisfagan sus requerimientos biológicos mientras que otras lo hacen en exceso.

Lo mismo se aplica a la pobreza, que debe definirse en relación con una norma de absoluta subsistencia, aun cuando esta norma incluya algunas "necesidades" definidas socialmente y deba ser algo arbitraria. La desigualdad en los ingresos como tal puede tener una gran importancia política y social pero, en lo que concierne a la salud, lo que cuenta es la difusión y gravedad de la pobreza absoluta. Este énfasis en el extremo más bajo de la distribución absoluta del bienestar se aplica inclusive a indicadores como las tasas de desempleo que pueden indicar la probabilidad de que exista pobreza, y a las tasas de fecundidad que tienen consecuencias diferentes para la salud según la distribución de los partos entre mujeres de distintas edades, niveles de ingreso y número de hijos.

El plan de acción de la OPS explícitamente hace hincapié en la información relacionada con la distribución cuando se trata de indicadores del estado de salud, señalando que la evaluación del progreso en cuanto a la salud debe referirse no solo a "los logros conseguidos en términos de promedios nacionales... sino en el grado

de reducción de las diferencias" entre los grupos de población, en particular los postergados o menos favorecidos (1). Es preciso aplicar el mismo énfasis en todas las mediciones del bienestar. Otra justificación del empleo de un método que explícitamente tome en cuenta la distribución es que, si bien el estado de salud se relaciona con muchas variables socioeconómicas, siempre esa relación es de tipo no lineal. Es decir, con una parte considerable de una determinada variable, tal vez no exista ningún efecto sobre la salud, mientras que, con otros niveles de la misma variable, pequeñas modificaciones pueden producir grandes efectos sobre la salud. Por supuesto, según sea la variable estudiada, la escala de escaso bienestar puede coincidir con valores bajos (del ingreso) o con valores altos (del tamaño de la familia). En el caso de algunas variables (como el consumo de alimentos), los problemas de salud pueden asociarse con valores de ambos extremos de la escala. Pero cuando se trata de variables no biológicas por lo general es importante solo un extremo de la escala.

La no linealidad de estas relaciones y la consiguiente importancia de las mediciones que toman en cuenta la distribución en lugar de los promedios, también contribuyen a explicar por qué parece no existir una relación entre la salud y las variables del promedio de bienestar en el transcurso del tiempo. Por ejemplo, si la forma de la curva de distribución del ingreso no se modifica cuando aumenta el ingreso, aunque sea unos puntos de porcentaje al año, entonces el único cambio importante para la salud es el desplazamiento de una reducida parte de la población que sale de la pobreza. Ese pequeño paso adelante puede ser fácilmente contrarrestado por movimientos económicos cíclicos o por un ligero empeoramiento de la desigualdad en cuanto al ingreso. Es probable que exista el mismo tipo de relación respecto al consumo de alimen-

tos, donde los promedios cambian solo muy lentamente y producen escasos efectos sobre la salud, mientras que pequeñas modificaciones en la distribución pueden tener una importancia fundamental.

Se pueden extraer otras dos conclusiones como consecuencia de la naturaleza de estas relaciones entre los indicadores de bienestar y la salud. La primera es que la atención del sector salud debe concentrarse en mejorar la distribución, en parte porque la conveniencia de aumentar el ingreso medio, la alfabetización y otras variables del bienestar, es ya ampliamente reconocida y no es necesario insistir en ella. En segundo lugar debe esperarse que el progreso en cuanto a la salud sea mucho más rápido que el crecimiento de los niveles medios de bienestar, y de hecho así debe suceder si se desea alcanzar la meta de salud para todos. (Este progreso relativamente rápido debe lograrse sobre todo mediante intervenciones directas para mejorar la salud y la higiene, y también, en parte, aprovechando los efectos e interacciones favorables para la salud relacionados con otros componentes del bienestar.) Esperar que las mejoras en los niveles medios de bienestar eleven los niveles medios de salud sencillamente tomaría mucho tiempo, en particular en el caso de los grupos más necesitados.

Investigación y empleo de los datos

El plan de acción de la OPS señala la necesidad de usar datos relacionados con componentes ajenos a la salud, con el propósito de analizar y explicar niveles de salud. De hecho esto implica el compromiso de investigar las conexiones entre esos componentes y la salud. También se reconoce explícitamente la necesidad de realizar investigación metodológica, es decir, aprender y aplicar nuevas técnicas analíticas como parte del proceso de evaluación.

Sin embargo, no se establece específicamente quién será responsable de esa investigación o qué tipo y cantidad de estudios se realizarán. A continuación se presentan algunas sugerencias sobre la forma en que se debe interpretar ese compromiso y cómo cumplirlo.

En primer término el sector salud no debe comunicar información socioeconómica a menos que esta sea generada por otros sectores, pues los recursos del sector salud no pueden distraerse para la reunión de datos excepto cuando estos describen específicamente la salud de la población o el funcionamiento del sector. Así, es esencial para el sector salud estimar las necesidades y la demanda en cuanto a atención de salud pero no tiene sentido intentar, en forma independiente, estimar la difusión de la pobreza. Por otra parte no se ha definido aún si las encuestas realizadas para reunir datos sobre el estado de salud deben también obtener otra información y cuál es el organismo que debe efectuar esas encuestas. En general el sector salud debe hacer conocer mejor sus necesidades de datos y análisis a las instituciones de estadística y de otro tipo, que deciden cuáles datos se reunirán y publicarán.

Segundo, no hay razones para ampliar la lista de indicadores socioeconómicos más allá de los ya señalados como "obligatorios". (Por el contrario, por lo menos uno de esos indicadores, la estructura del PNB, debería omitirse.) Es sumamente fácil imaginar muchos otros indicadores como la densidad de carreteras, la tierra cultivable por persona, o el promedio de personas por habitación de la vivienda (25), pero esos indicadores no agregan información pertinente sino que únicamente aumentan la labor de reunir e interpretar datos.

Tercero, si se va a agregar algún indicador, este debe tener una relación clara con la salud. Las incidencias del consumo de alcohol y de tabaco constituyen buenos

ejemplos; por desgracia se mencionan en el plan solo como indicadores "optativos". En la medida en que gran parte de la salud de las personas dependa de su comportamiento más que del medio económico externo, los datos acerca del comportamiento relacionado con determinados riesgos para la salud deben considerarse tan valiosos como los indicadores generales del bienestar.

Cuarto, dada la importancia asignada a la distribución y a la clasificación de la población en grupos demográficos y socioeconómicos, toda investigación que se realice debe ser microanalítica. Ya se sabe bastante acerca de la evolución de los indicadores macroscópicos del bienestar y de las relaciones entre ellos (26) y es poco probable que nuevas investigaciones macroscópicas de ese tipo revelen algo importante para la salud. En lugar de eso son necesarios estudios cuidadosos y detallados que relacionen los resultados de salud con variables socioeconómicas específicas como la educación (13), o con la interacción de esas variables e intervenciones directas como el suministro de agua potable inocua (27). Cuando el foco apropiado de la atención es una unidad mayor que el individuo o la familia, es probable que sea la comunidad en que viven las personas donde existen o no servicios específicos de salud y sanidad (28). El país en su totalidad es una unidad demasiado grande para este propósito, que proporciona promedios más que información sobre la distribución.

Quinto, el tipo de investigación que probablemente sea más valiosa es también la más exigente desde el punto de vista analítico. Es correcto afirmar, como lo hace el plan de acción, que los "criterios lógicos y conceptuales... en todo momento primarán sobre consideraciones de índole matemática o estadística" (1). No obstante, así sucede con toda buena investigación y no disminuye la necesidad de un trabajo estadístico de gran calidad si se

quiere averiguar algo de verdadero valor. Esto significa que habrá que contratar a otras personas para que realicen esa investigación, o que la OPS tendrá que asignar recursos adecuados a esa labor, o que será necesario encontrar en los países miembros a personas capacitadas que puedan realizarla. También será preciso tener debidamente en cuenta las deficiencias de los datos socioeconómicos que a menudo contienen errores de considerable importancia, en particular cuando se intenta medir cambios a través del tiempo (29). El propósito es detectar e interpretar cambios significativos para el bienestar sin dejarse distraer por fluctuaciones no pertinentes.

Sexto, el valor de la investigación para la política de salud dependerá en gran medida de cómo se presenten los resultados a quienes formulan las políticas y de cómo los interpreten estos. En consecuencia, la necesidad de una investigación analíticamente difícil no debe impedir que se presenten resultados importantes; tampoco debe la necesidad de respuestas relativamente sencillas llevar a examinar preguntas equivocadas o a dedicar esfuerzos a una investigación inadecuada.

Por último, todo lo relacionado con la evaluación debe considerarse valioso para el diseño de la política de salud y para el esfuerzo que realizan los planificadores y administradores de salud por influir en las políticas de otros sectores. No constituye un aporte para la administración a corto plazo del sector salud, pero tiene un gran valor potencial para la planificación y evaluación a plazo más largo.

Resumen

El plan de acción de la OPS para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 requiere la evaluación del progreso del bienestar, en parte porque la salud "se encuadra dentro del marco general del

bienestar" y porque es preciso recurrir a factores no directamente vinculados con la salud que, no obstante, condicionan el estado de salud, para estimar y explicar los niveles de salud. Por consiguiente, el plan establece ocho indicadores que, junto con otros indicadores apropiados, pueden emplearse para esa evaluación. Estos ocho indicadores incluyen la información demográfica (la población clasificada según la edad, el sexo, la distribución geográfica y la condición socioeconómica); la fecundidad general; la alfabetización; el desempleo; la pobreza; la disponibilidad de proteínas y calorías per cápita; el producto interno bruto per cápita y la estructura del producto nacional bruto, y la proporción de población que vive en condiciones marginales. El propósito de este artículo es examinar cada uno de esos indicadores, estimar su valor e indicar cómo deben organizarse y clasificarse los datos con ellos relacionados. Entre otras cosas el autor destaca la importancia de clasificar la información obtenida de acuerdo con subgrupos de la población, según la edad, el sexo, la ubicación geográfica y la condición socioeconómica; y la necesidad de ir más allá de los valores medios, los cuales dicen poco acerca de los problemas globales del bienestar, con el fin de obtener valores correspondientes a subgrupos apropiados, que pueden ser muy significativos.

Otros puntos señalados son la necesidad de agrupar los datos sobre fecundidad según la edad de la madre y el número de hijos; la utilidad de los datos sobre desnutri-

ción como indicación de la disponibilidad de calorías y proteínas; la posibilidad de que dos indicadores sean equivalentes (el de la extrema pobreza y el relacionado con las condiciones marginales de vida); la necesidad de complementar los datos sobre el desempleo con información sobre la duración del mismo y la difusión del subempleo; y la utilidad marginal de la información sobre el producto interno (o nacional) bruto per cápita para evaluar deficiencias en el bienestar público. También se hacen diversas observaciones acerca de la investigación sobre las conexiones entre la salud y componentes del bienestar no estrictamente vinculados con ella. Específicamente se señala que la información socioeconómica no relacionada con la salud no debe ser recopilada por el sector salud; los indicadores "obligatorios" enumerados bastan para los propósitos establecidos y cualquier indicador que se agregue debe estar estrechamente relacionado con la salud. Toda investigación que se realice debe tener un carácter microanalítico más que macrocópico; este tipo de investigación exige una labor estadística de gran calidad y su valor dependerá de la forma en que se presenten los resultados a quienes formulan las políticas y de cómo interpreten esos resultados. ■

Agradecimiento

El autor agradece los valiosos comentarios de Antonio Solís, John Elac, Jorge Peña, Renate Plaut, James Robey, Mark Crowley y Alberto Gónima.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos en el año 2000. Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales*. Washington, D.C., 1982. (Documento Oficial 179.)
2. Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos en el año 2000. Estrategias*. Washington, D.C., 1980. (Documento Oficial 173.)
3. Morris, M. D. *Measuring the Condition of the World's Poor: The Physical Quality of Life Index*. New York, Pergamon, 1979.

4. Deaton, A. Measurement of welfare: Theory and practical guidelines. Living Standards Measurement Study. World Bank, Washington, D.C., 1980. (Working Paper 7.)
5. Musgrove, P. The oil price increase and the alleviation of poverty. *J Dev Econ* 9:229-250, 1981.
6. Thomas, V. Spatial differences in the cost of living. *J Urban Econ* 8:108-122, 1980.
7. Kravis, I. B., Heston, A. W. y Summers, R. Real GDP per capita for more than one hundred countries. *Econ J* 88:215-242, 1978.
8. Reutlinger, S. y Selowsky, M. *Malnutrition and Poverty: Magnitude and Policy Options*. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1976. (World Bank Staff Occasional Paper 23.)
9. Martorell, R. Nutrition and health status indicators: Suggestions for surveys of the standard of living in developing countries. Living Standards Measurement Study. World Bank, Washington, D.C., 1982. (Working Paper 13.)
10. Berg, A. *The Nutrition Factor: Its Role in National Development*. Washington, D.C., Brookings Institution, 1973.
11. Organización Mundial de la Salud. *Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000*. Ginebra, 1981. (Serie Salud para Todos 4.)
12. Musgrove, P. *Consumer Behavior in Latin America*. Washington, D.C., Brookings Institution, 1978.
13. Cochrane, S., O'Hara, D. y Leslie, J. The effects of education on health. World Bank, Washington, D.C., 1980. (World Bank Staff Working Paper 405.)
14. Behrman, J. R. y Birsall, N. The quality of schooling. *American Economic Review* 73:928-946, 1983.
15. Altimir, O. y Sourrouille, J. Measuring levels of living in Latin America: An overview of main problems. Living Standards Measurement Study. World Bank, Washington, D.C., 1980. (Working Paper 3.)
16. Fields, G. S. *Poverty, Inequality and Development*. Cambridge, Cambridge University Press, 1980.
17. Sen, A. K. Poverty: An ordinal approach to measurement. *Econometrica* 44:219-231, 1976.
18. Kakwani, N. C. *Income Inequality and Poverty: Methods of Estimation and Policy Applications*. New York, Oxford University Press, 1980.
19. Organización Internacional del Trabajo. *Employment, Growth and Basic Needs: A One-World Problem*. New York, Praeger, 1977.
20. Berry, R. A. Open unemployment as a social problem in urban Colombia: myth and reality. *Econ Dev Cult Change* 23:276-291, 1975.
21. Figueroa, A. *La economía campesina de la sierra del Perú*. Lima, Universidad Católica del Perú, 1981.
22. Fuchs, V. Economics, health and post-industrial society. *Milbank Mem Fund Q* 57:153-182, 1979.
23. Musgrove, P. Family Health Care Spending in Latin America. *J Health Econ* 2:245-257, 1983.
24. Chenery, H. y Syrquin, M. *Patterns of Development, 1950-1970*. New York, Oxford University Press, 1975.
25. Barrenechea, J. J. Esquema de evaluación y monitoría del proceso SPT/2000. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1982. (Documento de trabajo.)
26. Morawetz, D. *Twenty-five Years of Economic Development*. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1977.
27. Merrick, T. The impact of access to piped water on infant mortality in urban Brazil, 1969 to 1976. World Bank, Population and Human Resources Division. Washington, D.C., 1981. (Discussion Paper 81-52.)
28. Rosenzweig, M. R. y Schultz, T. P. Child mortality and fertility in Colombia: Individual and community effects. *Health Polic Educ*, julio de 1981.
29. Morgenstern, O. *On the Accuracy of Economic Observations*. Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 1963.

Welfare indicators and health. The selection and use of socioeconomic indicators for monitoring and evaluation (Summary)

PAHO's plan of action for attaining the goal of health for all by the year 2000 calls for evaluating improvements in well-being—

partly because health "is included within the general framework of well-being" and partly because nonhealth factors conditioning health

status should be used to assess and explain health levels. Accordingly, the plan sets forth eight indicators that, together with other appropriate indicators, can be used for such evaluations. These eight indicators include demographic information (the population classified according to age, sex, geographic distribution, and socioeconomic status); general fertility; illiteracy; unemployment; poverty; the availability of calories and proteins; per capita gross domestic product and the structure of gross national product; and the proportion of the population living in marginal conditions. The purpose of this article is to examine each of these indicators, assess its value, and suggest how the data relating to it should be organized and broken down. Among other things, the author stresses the importance of breaking down the information obtained in terms of population subgroups—by age, sex, geographic location, and socioeconomic status; and the need to go beyond average values, which tell little about overall welfare problems, so as to develop values for appropriate subgroups, which can tell quite a lot.

Other points noted include the need to group fertility data according to the mother's

age and number of children; the ability of data on malnutrition to serve as an indication of available calories and proteins; the possibility of equating two indicators (extreme poverty and marginal living conditions); the need to supplement data on unemployment rates with information about the duration of unemployment and the extent of underemployment; and the marginal utility of per capita gross domestic (or national) product information for the purpose of assessing deficiencies in public welfare. The piece also makes various points relating to research on the connections between health and nonhealth components of well-being. Specifically, it notes that socioeconomic information unrelated to health should not be produced by the health sector; that the "mandatory" socioeconomic indicators listed are sufficient for the purposes envisaged; that any indicators added to those on the plan's list should bear a close relationship to health; that any research undertaken should be "micro" rather than "macro" in nature; that such research requires high-quality statistical work, and that the value of this research for health policies will depend largely upon how the results are presented to and interpreted by policymakers.

Indicadores de bem-estar e saúde. Escolha e utilização de indicadores sócio-econômicos para o controle e avaliação (Resumo)

O plano de ação da OPAS de atingir a meta de saúde para todos no ano 2000 exige que se faça uma avaliação dos melhoramentos alcançados no campo do bem-estar—por um lado, porque a saúde fica incluída dentro da estrutura geral do bem-estar—e por outro lado, os fatores não diretamente vinculados à saúde mas que condicionam seu status deveriam ser usados para avaliar e explicar os níveis de saúde. Portanto o plano demarca oito indicadores os quais, juntamente com outros indicadores apropriados, podem ser utilizados para essas avaliações. Os oito indicadores incluem a informação demográfica (classificação da população por faixas etárias, sexo, distribuição geográfica e status sócio-econômico); fecundidade em termos gerais; analfabetismo; desemprego; pobreza; disponibilidade de calorias e proteínas;

produto interno bruto per capita e a estrutura do produto nacional bruto; a proporção da população que vive sob condições de extrema marginalização. O objeto deste artigo é examinar cada indicador per se, determinar seu valor, e sugerir de que maneira devem-se organizar e discriminar os dados que se relacionam com os indicadores. O autor ressalta, entre outros pontos: a importância de discriminar a informação obtida sob termos de subgrupos populacionais—classificando-os em faixas etárias, sexo, localização geográfica e status sócio-econômico—e a necessidade de ir mais além dos valores médios os quais pouco expressam dos problemas globais de bem-estar de tal maneira que permitam desenvolver valores para a qualificação de subgrupos apropriados, o que poderia ser muito significativo.

Outros itens destacados incluem a necessidade de colher dados sobre a fecundidade dos grupos no concernente à idade e número de filhos de cada mãe; os dados sobre desnutrição servem para indicar a disponibilidade de calorias e proteínas; a possibilidade de equacionar dois indicadores (extrema pobreza e condições de vida marginalizadas); a necessidade de suplementar dados sobre taxas de desemprego além da informação que se obtenha sobre o período de duração do desemprego e o volume do subemprego, e a utilidade marginal da informação sobre o produto interno (ou nacional) bruto per capita para calcular as deficiências existentes no âmbito do bem-estar público. Mencionam-se também vários pontos que se relacionam com a pesquisa sobre vínculos existentes entre os componentes do bem-estar que dependam ou

não da saúde. Indica-se de maneira específica que a informação sócio-econômica que não esteja diretamente relacionada com a saúde não deva constar dos relatórios apresentados pelo setor da saúde; que o listado dos indicadores sócio-econômicos "obrigatórios" basta para os propósitos considerados; que quaisquer outros indicadores que se acrescentem à lista contida no plano, deve manter estreita relação com a saúde; que qualquer pesquisa empreendida deve ter o caráter de "micro" e não de "macro"; que esse tipo de pesquisa exige trabalho estatístico de alta qualidade e que o valor dessa pesquisa vis-à-vis as políticas de saúde dependerá muito da apresentação dos resultados e da interpretação que lhes dêem os que planejem as políticas que sejam adotadas.

Indicateurs de bien-être et de santé. Sélection et emploi d'indicateurs socio-économiques pour une observation et une évaluation permanentes (Résumé)

Le plan d'action conçu par l'OPS pour atteindre l'objectif de santé pour tous d'ici l'an 2000 requiert une évaluation constante des progrès réalisés sous l'aspect du bien-être, car la santé "s'inscrit dans le cadre général du bien-être". De plus, pour mesurer et expliquer le niveau de santé général il faut tenir compte de facteurs qui, sans être directement liés à celle-ci, exercent néanmoins une influence sur l'état de santé. Associés à d'autres indicateurs appropriés pour procéder à cette évaluation, huit indicateurs ont été retenus dans ce plan, à savoir: l'information démographique (données concernant la population classée en fonction de l'âge, du sexe, de la distribution géographique et de la situation socio-économique); la fécondité générale; le degré d'alphabetisation; le proportion du chômage; la pauvreté; les disponibilités per capita de protéines et de calories; le produit intérieur brut per capita et la structure du produit national brut, enfin la proportion de population vivant dans des conditions marginales. Cet article a pour but d'analyser chacun de ces indicateurs, d'en mesurer la valeur et de suggérer la manière dont il faut sélectionner et classer les données ayant avec

eux certain rapport. L'auteur insiste notamment sur l'importance de classer l'information par sous-groupes de population, selon l'âge, le sexe, la localisation géographique et la situation socio-économique; il souligne également la nécessité de se dégager des valeurs moyennes qui n'apportent que peu d'éclaircissement sur le problème global du bien-être, afin d'obtenir des valeurs qui, elles, correspondent plus fidèlement aux sous-groupes directement concernés et ont une signification plus précise.

L'auteur insiste enfin sur la nécessité de grouper les données ayant trait à la fécondité selon l'âge de la mère et le nombre d'enfants; sur l'utilité des informations relatives à la dénutrition, révélatrices de la disponibilité de protéines et de calories; signale l'équivalence possible de deux indicateurs (conditions d'extrême pauvreté et marginalisation), la nécessité de compléter les données relatives au chômage au moyen d'information concernant sa durée et la proportion du sous-emploi; enfin, l'importance secondaire de l'information concernant le produit intérieur (ou national) brut per capita pour évaluer les déficiences au niveau du bien-être public.

Diverses observations sont en outre formulées au sujet de la recherche portant sur le rapport qui existe entre la santé et certaines composantes du bien-être qui n'ont pas avec la santé de lien direct. Il est notamment précisé que l'information socio-économique ne saurait provenir du secteur sanitaire; les indicateurs "obligatoires" énumérés ci-dessus suffisent pour permettre d'atteindre l'objectif poursuivi et tout indicateur additionnel doit être en étroite relation avec la santé. Toute recherche

entreprise dans ce domaine doit avoir un caractère microanalytique plutôt que macroscopique. Ce type de recherche implique un labeur de toute première qualité sous l'aspect statistique et sa valeur dépend de la forme sous laquelle seront présentés les résultats aux autorités auxquelles il incombe de formuler les politiques sanitaires et de l'interprétation que celles-ci donneront elles-mêmes aux résultats qui leur sont fournis.

PSICOLOGIA DE LA SALUD

La ciudad de La Habana, Cuba, será sede del I Seminario Internacional de Psicología de la Salud que se celebrará del 4 al 7 de diciembre de 1984, auspiciado por la Sociedad Interamericana de Psicología, el Grupo Nacional de Psicología del Ministerio de Salud Pública de Cuba y la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud. El programa del Seminario abarca los temas siguientes: cuidados prenatales, adhesión al uso de medicamentos, higiene ambiental, control de presión arterial, consumo de tabaco, alcoholismo, salud comunitaria, evaluación de programas, implicaciones psicológicas de la salud y la enfermedad, control del dolor, tratamiento de enfermedades crónicas, estrés psicológico y ambiental, grupos de respaldo, diseño de servicios de salud, adiestramiento de psicólogos y médicos, y diseño ambiental de clínicas y hospitales. Unos días después, del 10 al 14 de diciembre se dictará un curso sobre psicología de la salud en Cuba que incluye conferencias, visitas a centros de salud, a instituciones infantiles y educativas, y a organizaciones comunitarias.

La fecha límite para la presentación de trabajos es el 31 de julio de 1984. La cuota de inscripción para el Seminario, cuyos idiomas oficiales serán español e inglés, es de US\$ 100. Para mayor información diríjase a: Lic. Lourdes García Averasturi, Grupo Nacional de Psicología, Ministerio de Salud Pública, 23 y N, Vedado, La Habana, Cuba.