Sobre mentiras y estadísticas de salud en América Latina*

José Carlos Escudero

En América Latina, los nuevos “métodos indirectos” de demografía están revelando que los niveles de mortalidad —especialmente la infantil— son apreciablemente superiores a las estadísticas oficiales publicadas por los países (recogidas por los anuarios internacionales de estadísticas sanitarias). Por otro lado, en América Latina, la insuficiente cobertura de los sistemas de atención médica genera unas estadísticas de mortalidad que, generosamente subestiman a la mortalidad. Un análisis histórico de las estadísticas de salud de la América Latina capitalista revela que éstas experimentaron una gran expansión a raíz de la Alianza para el Progreso y los sistemas de planificación sanitaria que ésta propiciaba. El fracaso de la Alianza, la creciente crisis económico-política de la América Latina capitalista, y la aparición, en muchos países de regímenes políticos “de excepción”; para los cuales la salud deja de ser motivo de interés, son un síntoma de que la calidad y cobertura de sus estadísticas sanitarias están en vías de deterioro. Se sugieren algunas medidas para combatir parcialmente este deterioro.

I. Introducción

Todo epidemiólogo latinoamericano conoce las publicaciones internacionales de referencia sobre la situación demográfica y sanitaria del mundo. Volúmenes tales como el Anuario Demográfico de las Naciones Unidas¹ y el Anuario de Estadísticas Sanitarias de la Organización Mundial de la Salud² proporcionan información con cobertura mundial casi total sobre población, natalidad, mortalidad, otros fenómenos demográficos

y sobre estadísticas de enfermedades, recursos y servicios para la salud. Otras publicaciones periódicas de la Organización Mundial de la Salud^{3,4,5} difunden datos generales sobre morbilidad u mortalidad y trabajos analíticos sobre enfermedades específicas, también con cobertura mundial. De esta forma, los epidemiólogos que analizan la situación sanitaria de los diferentes países, y los que deseen efectuar comparaciones internacionales, disponen, en teoría, de un enorme volumen de datos a los cuales pueden aplicar métodos epidemiológicos bien probados en el tiempo, ya que han variado relativamente poco en las últimas décadas. Por otro lado, estos mismos datos son recogidos por las publicaciones internacionales que

*Publicado originalmente: Escudero, J.C. (1981). Sobre mentiras y estadísticas de salud en América Latina. En Revista Latinoamericana de Salud, 1, 105-118.

intentan describir la situación de salud en América Latina y evaluar las tendencias de la salud de nuestros pueblos en función de las políticas sanitarias aplicadas.⁶

Sin embargo, existe un gran inconveniente en este panorama beatífico: gran parte de los datos mencionados son falsos, en el sentido de que arrojan una imagen equivocada de la realidad, y, en casi todos los casos, esta equivocación actúa en el sentido de subestimar los problemas sanitarios que enferman y matan actualmente a decenas de millones de seres humanos en nuestro continente y en el mundo. Los organismos de las Naciones Unidas que publican las estadísticas demográficas y sanitarias que han recibido de los países miembros se encuentran en una posición difícil: presionados por el deseo de que la cobertura de sus publicaciones sea la mayor posible, y renuentes a impugnar la calidad de datos que son reportados por los organismos estadísticos de los países (y que sus gobiernos avalan como ciertos), se limitan a publicar la información recibida con una serie de notas generales de calidad y de comentarios a pie de página. El objetivo de la presentación que sigue es apuntar la posibilidad de que el problema de la mala información sobre salud en América Latina trasciende con mucho este tratamiento “tecnocrático” de una información estadística errónea, y que existen condiciones estructurales en nuestro continente que hacen suponer que el problema de los datos falsos sobre demografía y salud va en camino de empeorar en los próximos años. Se utilizará el concepto de “estadísticas oficiales” -por su origen y por el uso que se hace de ellas- para describir esta información que difunden las publicaciones internacionales, y que está avalada por los países que les dan origen, y se la contrapondrá a estadísticas procedentes de otras fuentes, que son muchas veces el resultado de procedimientos de medición más modernos y

con toda verosimilitud más correctos, y que arrojan una visión en muchos casos diferente -a veces con una diferencia dramática- acerca de la salud de los pueblos de América Latina.

II. Subestimación de la mortalidad

En los últimos años, se ha observado un gran avance en la medición de la mortalidad y la fecundidad. A partir del desarrollo de los llamados “métodos indirectos” de medición de estas características demográficas^{7,8,9} se ha configurado lo que se calificó como una “revolución silenciosa” en demografía,¹⁰ que ha llevado a una revalorización de los censos de población y las encuestas probabilísticas como armas de conocimiento demográfico, y, paralelamente, a una relativa pérdida de fe en la información acerca de fecundidad y mortalidad que tradicionalmente presentan las estadísticas vitales. Como se ha hecho notar “una porción importante de las muertes que ocurren cada año en numerosos países en vías de desarrollo ni siquiera es registrada”, y en estos países “el Registro Civil es, con pocas excepciones, una fuente poco confiable, e insuficiente para el estudio de la mortalidad. La cobertura geográfica no es completa, el grado de omisión considerable y diferencial”¹⁰.

El uso de estos métodos indirectos en encuestas probabilísticas de población¹¹ y en los censos de población¹² permiten determinar niveles de mortalidad y fecundidad que para muchos países son sustancialmente diferentes a los que aparecen en las publicaciones internacionales de referencia ya citadas, cuyo origen son las estadísticas vitales, y que en el caso de la mortalidad suelen ser muy superiores a los datos “oficiales”.

No es tema de este trabajo comentar la situación con respecto a fecundidad, pero referido a mor-

talidad, puede observarse que en muchos casos la brecha existente entre las estadísticas vitales “oficiales” de mortalidad de los países miembros de las Naciones Unidas (publicados como tales en los anuarios) y una cuantificación alternativa (que podemos considerar como más correcta), es grande. Unos ejemplos de lo que sucede en América Latina, señalados por recientes trabajos de Hugo Behm y colaboradores en el CELADE de Costa Rica pueden ser ilustrativos al respecto. (ver cuadro 1).

¿A qué se debe esta tremenda discrepancia entre datos provenientes de las estadísticas vitales, y estimaciones como las señaladas? Una explicación inmediata en el caso de la tasa de mortalidad infantil está dada por el subregistro de defunciones de menores de un año, y de nacimientos que, respectivamente, corresponden al numerador y al denominador de la tasa. Ahora bien, el subregistro de muertes es mucho mayor que el de nacimientos;¹³ una muerte no registrada en el momento que ocurre, probablemente no lo será nunca más; un nacimiento puede registrarse indefinidamente, y casi siempre termina siéndolo en algún momento posterior.

Unos ejemplos de México pueden ilustrar estos mecanismos: en 1974, sólo el 63% de los nacimientos registrados habían ocurrido ese año, el 17% habían ocurrido en 1973, el 3% en 1972, el 2% en 1971 y el 16% en 1970 o antes.¹⁴ Este fenómeno ha sido descrito como un factor de “inflación” del número de nacimientos que ocurren.¹⁵ Súmanse a esto las campañas especiales de inscripción masiva de nacimientos, como la de la “familia mexicana”, donde suele existir un estímulo económico para registrar estos hechos vitales¹⁴, la circunstancia de que, ante la carencia de un mecanismo de control, puede suceder que un solo hecho vital se registre en dos o más estados.¹⁵

El trabajo citado anteriormente, sobre Honduras¹¹ ilustra sobre el efecto final de lo que se ha referido en las tasas de mortalidad de un país. El estudio comienza diciendo que “como la mayoría de los países que están en una etapa de incipiente desarrollo, los registros de hechos vitales de Honduras presentan omisiones de importancia”. Corresponde preguntarse aquí si el incipiente desarrollo de Honduras, y de muchos otros países similares, marcha hacia un desarrollo mayor o una estructuración permanente de su “incipiencia”. De cualquier forma, los datos son muy ilustrativos.

Volviendo a México, pese a que este país tiene un desarrollo de sus estadísticas vitales mayor que el de la mayoría de América Latina, se ha hecho notar que la mortalidad infantil, anunciada oficialmente como de 68.5 por mil en 1970,¹⁶ puede ascender en realidad a 101 por mil.¹⁷ Un estudio efectuado recientemente en un municipio del Estado de Morelos reveló que la tasa de mortalidad infantil, según las Estadísticas Vitales de 9 por mil, ascendía a 78.3 por mil mediante una encuesta directa, y a 76.0 por mil, mediante el método de Brass-Sullivan¹⁸

III. Causalidad de muerte errónea. La desnutrición

No solamente los niveles de mortalidad en América Latina se encuentran muy subestimados por las estadísticas vitales vigentes, sino que también debe plantearse un sesgo cualitativo en asignación de la causa de muerte, que viene a sumarse al sesgo cuantitativo dado por el subregistro.

A principios de los 70 se efectuó un estudio que obtuvo información muy precisa sobre las causas de la mortalidad de niños menores de cinco años en América Latina.¹⁹ Se vio que las causas de mu-

Cuadro 1. Comparación entre tasas de mortalidad infantil proporcionada por estadísticas vitales “Oficiales” y por otros métodos de medición. Países de América Latina - varios años

<i>País</i>	<i>Periodo</i>	<i>Tasa de mortalidad infantil por estadísticas “oficiales”</i>			<i>Tasa de mortalidad infantil medida por otros métodos</i>
		<i>(a)</i>	<i>(b)</i>	<i>(c)</i>	<i>(a)</i>
Honduras	1970-1971		36		115 (c)
Nicaragua	1966-1967		43		126 (c)
Perú	1965		74		153 (c)
El Salvador	1966-1967		63		118 (c)
Rep. Dominicana	1969		62		110 (c)
Colombia	1968-1969		70		100 (c)
Paraguay	1967-1968		44		64 (c)
Guatemala	1968-1969		92		110 (c)
Ecuador	1969-1970		81		104 (c)
Costa Rica	1968-1969		65		70 (c)
Cuba	1970		36		38 (d)
Argentina	1966		54		54 (d)
Chile	1970		79		79 (d)
Bolivia	1971-1972		--		161 (d)

(a) Muertes infantiles por mil nacidos vivos.

(b) FUENTE: Datos del “Demographic Yearbook” para el período correspondiente.

(c) FUENTE: Hugo Behm y colaboradores. *Mortalidad en los primeros años de vida en los países de América Latina*, -CELADE-, Serie A, No. 1024 a 1032, 1976-1977.

(d) FUENTE: Hugo Behm y Olinto Rueda: *Colombia 1968-1969*, -CELADE-, Serie A, No. 1032, septiembre de 1977.

Cuadro 2. Subregistro de defunciones en Honduras 1970- 1972

<i>Tasas</i>	<i>Tasa por E. Vitales</i>	<i>Tasa por Encuesta</i>	<i>Porcentaje de Subregistro</i>
De mortalidad general (por mil habitantes)	8.0	14.2	44
De mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	36.5	115.0	69
De mortalidad de 1 a 4 años (por mil habitantes)	9.6	19.3	50

FUENTE: Modificado de "Datos de la encuesta demográfica nacional de Honduras" (EDENH) -CELADE- San José de Costa Rica.

chas de estas muerte -el 34% del total-, que las estadísticas "oficiales" asignaban en casi todos los casos a una enfermedad infecciosa o parasitaria, en realidad se debían a la desnutrición que interactuaba con un agente patógeno cualquiera, pero que el sistema de selección de "causa básica de muerte" de la 8a. revisión de la Clasificación internacional de enfermedades²⁰ asignaba a esta última, excluyendo a la desnutrición.^{21 y 22} Los autores del estudio sugirieron que una solución a este problema consistía en la "Codificación de causas múltiples de muerte", y se efectuaron algunos trabajos en este sentido,^{23 y 24} pero debido a su alto costo no es ésta una solución que pueda generalizarse.

Lo que resulta evidente es que el prejuicio organicista y la ideología unicausal que presiden la práctica médica en América Latina (y que se reflejan en las estadísticas vigentes), llevan a una tremenda subestimación de la desnutrición como causa de muerte en América Latina y el mundo,^{21, 22, 25 y 26} y que la situación no tiene visas de mejorar, ya que la 9a. revisión de la Clasificación internacional de enfermedades, que acaba de po-

nerse en uso, y que regirá en los próximos diez años, presenta los mismos criterios para seleccionar la "causa básica de muerte" en este rubro que la 8a. revisión.

IV. Subestimación de la morbilidad

Las estadísticas de morbilidad que aparecen en los anuarios internacionales ya mencionados y en las publicaciones similares a nivel nacional²⁷ no son en realidad estadísticas de enfermos, sino estadísticas de habitantes (enfermos o no) que son además clientes atendidos por uno u otro sistema de atención médica: el dato estadístico del registro de morbilidad puede solamente generarse como efecto del hecho de haber recibido atención médica. Ahora bien, en países como los latinoamericanos (exceptuando a Cuba), enormes proporciones de la población se encuentran al margen de los sistemas de atención médica. En México se estima que de 15 a 20 millones de personas^{15 y 28} carecen de estos servicios; en América Latina, el 37 % de la población no recibe atención médica de ninguna especie.²⁹

Entonces, resulta evidente que estas “estadísticas de clientes” no tienen nada que ver con una real “estadística de enfermos”. Con respecto a las estadísticas generadas por los sistemas de atención médica de América Latina, su principal problema es la dificultad futura, en función de la crisis económico-política imperente, de que sus servicios, y por consiguiente sus datos, sólo cubren a una fracción afortunada en la población de un país.

Es muy improbable que los anunciados programas de “extensión de cobertura” remedien esta situación, ya que existen serias dudas sobre la posibilidad de que, efectivamente, pueden cumplir sus metas de cobertura de población, y que el personal que se pretende formar para atenderlos no está en condiciones de registrar más que unos pocos datos elementales sobre características demográficas y de morbilidad.

En el caso de la desnutrición, enfermedad de alta prevalencia en América Latina, existe un sesgo metodológico, por parte de los médicos, que presuntamente le diagnosticarían en los servicios de salud, relacionado con lo que acaba de mencionarse acerca del sesgo de la Clasificación internacional de enfermedades: los médicos tienden a “no ver” la desnutrición al igual que la clasificación “no la ve”, al no asignarle papel causal en las muertes. Un médico que observa a un diarreico desnutrido es probable que registre el primer término y no el segundo, inclusive extendiéndose en consideraciones acerca de la etiología microbiana de la diarrea.³⁰ Esto está vinculado a las formas de la educación médica en América Latina, que soslaya las enfermedades con un fuerte componente social, y que no es del caso analizar aquí, pero que tiene importancia para la legitimación del sistema político vigente, ya que un énfasis en la causa microbiana de las enfermedades lleva a

proponer soluciones “técnicas”: atención médica, alcantarillado, medicamentos, hospitales; mientras que un énfasis en la mala alimentación de las víctimas implica una crítica mucho más general y estructural, a sociedades que permiten que esto suceda mientras exportan alimentos a las metrópolis capitalistas.³¹

Escapa del objetivo de este trabajo discutir los diferentes métodos que pueden usarse para medir la subnotificación de enfermedades en los países latinoamericanos. Un procedimiento elemental consiste en comparar el número de muertes causadas por ciertas enfermedades cuya letalidad se conoce aproximadamente (pese a las limitaciones ya reseñadas en el registro de la mortalidad), con los casos notificados de estas enfermedades. De esta forma, 10 000 muertes de una enfermedad con una letalidad del 20% sugerirían la existencia de 50 000 casos que deberían haber sido notificados, y la diferencia entre esta cifra teórica con el número de casos que se notificaron realmente daría la magnitud de la subnotificación.

Son ilustrativos unos estudios recientes efectuados en México con esta metodología sobre varias enfermedades.

Por último, un estudio de consistencia interna de datos provenientes de diversas fuentes revela el notable grado de subnotificación de la morbilidad en América Latina; por ejemplo, entre 1967 y 1974, en México hubo 14 725 muertes por tétanos, y solamente 5522 casos notificados.³² Repetimos que ambos mecanismos subestiman la realidad: en México hubo muchos más muertos y muchos más enfermos de tétanos que lo que indican ambas cifras.

Cuadro 3. Estimación de porcentaje de omisión en el caso del sarampión, México, 1971-1974

Año	No. de Defunciones	No. de Casos Registrados	No. de Casos Estimados(*)	OMISIÓN	
				No. de Casos	Porcentaje
1971	7.107	35.400	98.299	62.899	64
1972	11.504	59.164	159.115	99.951	63
1973	2.609	17.967	36.086	18.119	50
1974	.997	2.325	6.182	3.857	62

* Estimación basada en una letalidad promedio de 7.23%, en base a 10 brotes epidémicos reportados en 1975-1976.

FUENTE: Pedro Crevenna, *Evaluación de nuestros sistemas de información en salud: mortalidad*, México, mimeo, 1978.

V. Lo que subyace: crisis en las estadísticas vitales y de salud

Las estadísticas vitales y de salud en América Latina, llevan la marca de la ideología desarrollista que, hasta ahora, ha sido la dominante en nuestros países, y cuya crisis las ha golpeado duramente. Implícita en la concepción ahistórica que el desarrollismo hace de la realidad, se encuentra -entre muchas otras cosas-, un optimismo acerca de mejoramientos incrementales de la información y un criterio puramente cuantitativo -de indicadores que su propia ideología considera deseables. A la adopción indiscriminada de normas, procedimientos y equipos de procesamiento generados en los países que nos dominan -o en los organismos internacionales que les sirven de eco- se adosó el criterio de aplicarlos a ultranza mediante un uso de recursos que automáticamente iban a asegurar su eficiencia. Por una parte, nunca se analizó la naturaleza estructural de la situación de América Latina que generó la “necesidad” de

disponer de estos sistemas estadísticos, y no de otros; y por el otro, no se consideró que los problemas estructurales de nuestro continente iban a volver su aplicación dificultosa y, en muchos casos, imposible.

En 1950, los sistemas de información en salud de América Latina diferían poco de los que nuestros países habían establecido durante su organización nacional. Se efectuaban censos de población con periodicidad cada vez más frecuente; las leyes de registro civil, en general copias de las napoleónicas y decretadas a fines del siglo XIX, aseguraban un registro limitado de hechos vitales; y una gradual expansión de los servicios de atención médica -reforzados por campañas “verticales”, como la antimalárica- proporcionaban una creciente cantidad de información sobre morbilidad. Hacia 1955 comenzaron a hacerse sentir los efectos de organismos técnicos internacionales, fundamentalmente la oficina de estadística de las Naciones Unidas en Nueva York, que comenzó

Cuadro 4. Estimación del número de casos y porcentaje de omisión por tifoidea, tosferina y poliomiелitis, México, 1972

<i>Padecimiento</i>	<i>No. de Defunciones</i>	<i>No. de Casos Registrados</i>	<i>No. de Casos Estimados(*)</i>	<i>OMISIÓN</i>	
				<i>No. de Casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Tifoidea	3 207	5 748	128 280	122 523	95.5
Tosferina	1 466	10 058	16 288	6 230	38.2
Poliomiелitis	161	269	2 683	2 414	89.9

* La letalidad promedio para tifoidea se estimó en 2.5%; tosferina 9% y poliomiелitis 6%.

FUENTE: Pedro Crevenna, *Evaluación de nuestros sistemas de información en Salud: mortalidad*, México, mimeo, 1978.

a editar y difundir sus manuales de métodos, y a distribuir becas de capacitación para técnicos en estadísticas, en instituciones académicas de América Latina, Estados Unidos y Europa, tarea a la que, al principio de la década de los sesenta, se sumó la Organización Panamericana de la Salud.

En ese momento, las limitaciones de las estadísticas vitales y de salud, en América Latina, eran de recursos, pero también de naturaleza estructural: pobreza, ignorancia, “marginación” y falta de uso de la información, por parte del Estado. Al describir lo que viene a continuación, debe hacerse notar que aunque los recursos destinados a los sistemas aumentaron de forma importante a partir de cierto momento, estos problemas estructurales permanecieron intactos. De esta forma los sistemas de estadísticas de salud, “modernizados” a fuerza de una gran inversión de recursos, solamente mejoraron en cuestiones de detalle, y quedó claro que fueron -y son- estos problemas estructurales los que, en último grado limitan la eficacia de las estadísticas. El ejemplo de Cuba, a partir de 1959, que se mencionará más adelante, lleva a pensar que solamente un país que ha

llevado a cabo una revolución socialista puede, al nivel latinoamericano de desarrollo de las fuerzas productivas (los países capitalistas centrales plantean una problemática que no se discutirá aquí), disponer de unas estadísticas vitales y de salud de alta cobertura, calidad y eficiencia.

A fines de los 50 comenzaron a advertirse los resquebrajamientos del proyecto cepaliano, y triunfó la revolución cubana. Indirectamente, esto tuvo una influencia fundamental en la organización que se propuso para el sector salud en la América Latina capitalista, y, por consiguiente, para sus estadísticas vitales y de salud, a través de la Alianza para el Progreso y sus consecuencias.³³

La Alianza para el Progreso fue la “respuesta suave” inicial con que el imperialismo enfrentó a la revolución cubana, su éxito y su ejemplo. (Las “respuestas duras” comenzaron en Playa Girón y, en los últimos años se han intensificado en toda América Latina).

“Un movimiento de alcance hemisférico se puso en funcionamiento al final de los cin-

cuenta para unir esfuerzos para la producción conjunta del desarrollo, y la búsqueda conjunta de soluciones a problemas comunes. Este movimiento culminó en las decisiones y los compromisos hechos por los gobiernos en Punta del Este en 1961. La importancia de Punta del Este para la planificación en salud es que fue allí que se tomó la decisión de incorporar los sectores sociales -particularmente la salud- a la planificación para el desarrollo”.³⁴

El Sistema de Planificación en Salud elegido -el CENDES, desarrollado en la Universidad Central de Venezuela- requería un impresionante volumen de datos, muy superior al que, en ese momento (1962-1963), podrían ofrecer los sistemas de estadística de salud vigentes en América Latina: datos sobre estructuras de morbilidad en consulta externa e internación, sobre mortalidad, un inventario de recursos, determinación de costos de instrumentos, tareas y técnicas, cálculo de costos unitarios, etc. Casi 300 profesionales latinoamericanos recibieron entrenamiento en el método CENDES, y un número similar de médicos, estadísticos matemáticos, demógrafos y actuarios comenzó a recibir estudios de estadísticas en las escuelas de salubridad de Chile y Puerto Rico, en centros como el CIENES en Chile, CELADE en Chile y Costa Rica y en universidades norteamericanas, en especial Columbia, mientras que miles de técnicos en muchos países recibieron un “curso intermedio” de estadísticas de un año de duración. Argentina fue un ejemplo extremo de esta expansión del sistema de estadísticas de salud, básicamente para alimentar al sistema CENDES: en cinco años, el país capacitó a 30 profesionales universitarios, 350 técnicos y 1 500 auxiliares en estadística, mientras que el programa nacional de estadísticas de salud modernizaba, a alto costo, las estadísticas vitales y sanitarias del país.

Otro fenómeno para la expansión de los sistemas de información relativamente independiente de lo sucedido dentro de América Latina, se puso en evidencia en esas fechas: una tremenda expansión tecnológica de la llamada “informática”, a través de una oferta de equipos electrónicos de procesamiento, que las empresas transnacionales (especialmente la IBM) ofrecían a los países de América Latina directamente o por intermedio de organismos internacionales. Esto hizo que los países compraran equipos, su mantenimiento y “paquetes” de “software” que estaban muy en exceso de lo que podían aprovechar en términos de volumen de datos o en términos de calidad y cobertura de lo producido por los sistemas de información en salud vigentes. El viejo adagio de la computación (“si entra basura al procesamiento saldrá basura procesada”) se cumplía ampliamente, y, una vez más, la “lógica” del sistema productivo imponía su producto por encima de cualquier otra consideración.

La crisis del CENDES fue la crisis de la Alianza y, en general, del “desarrollismo”. A partir de mediados de los 60 se agudiza el desequilibrio de la balanza de pagos, aumenta significativamente la deuda externa de América Latina, y las empresas transnacionales comienzan a invadir masivamente los mercados internos de los países desplazando al capitalismo nacional y pauperizando a su proletariado, tarea que se cumple con el apoyo de golpes militares: República Dominicana, en 1963; Brasil, en 1964; Argentina, en 1966. Chile ofrece un ejemplo paradigmático de la crisis del “desarrollismo”: Frei representa el modelo que la Alianza quiere imponer, pero no es su sucesor político quien gana las elecciones de 1970, sino la Unidad Popular de Salvador Allende, y el ejemplo se completa con la respuesta que el golpe de 1973 da al ascenso del movimiento popular.

La crisis: imposibilidad económica y política para imponer la planificación tipo Alianza, o para priorizar actividades en el sector salud; menos dinero para la infraestructura, para becas de capacitación, para personal humano; menos importancia de los sistemas de información en salud, que acompañaron a la Planificación de salud en su efímero florecimiento. Ésta es la situación general de América Latina de hoy día; y en los sistemas se está reflejando en dificultades financieras para poner en práctica censos, demora en la publicación de sus resultados; ningún aumento en la cobertura de las estadísticas vitales; estancamiento del sector salud, y de las estadísticas que ellos generan; detención de los esfuerzos de realizar encuestas nacionales por muestreo, etcétera.

A esta crisis financiera general para los países, que compromete a sus sistemas de información en salud, al sector salud y a los otros sectores sociales (recuérdese la invariable imposición de los organismos financieros internacionales para recortar el gasto público y el gasto social como medios para “salir” de la crisis) se da en algunos de nuestros países un fenómeno nuevo: la existencia de formas de organización del Estado a las cuales dejan de interesar los sectores sociales, el sector salud y, por supuesto, los sistemas de información que de él dependen.

Este tipo de Estado, cuyo modelo paradigmático se establece en Chile, Uruguay y Argentina, pero del cual se ven esbozos en otros lados, se caracteriza por un desmembramiento del Estado en aras de la “transnacionalización” de las economías de los países.³⁵ También es considerado como “fascista”,³⁶ “burocrático autoritario”³⁷ o “Estado militarizado”,³⁸ el cual tiene un efecto común en el sector salud, y, por consiguiente, en su información: su desarticulación, ya que no los necesita

como elemento de legitimación, redistribución o mediatización.³⁹

Además, surge otra circunstancia que afecta a América Latina: hay que rastrear mucho en la historia económica del siglo XX (Alemania y Austria en 1920, la China del Kuomintang de 1940) para constatar un empobrecimiento tan brutal y rápido de la población como lo están experimentando Argentina, Chile y Uruguay; y casi todos los demás países de América Latina están registrando, aunque en forma mucho más gradual y lenta, una tendencia en el mismo sentido. Estos factores por sí solos llevan a un deterioro de los niveles de salud y de vida, que los sistemas de información terminarán por reflejar. Es razonable prever que los gobiernos de los países donde el problema es más agudo intentarán manipular los datos existentes en un sentido que los favorezca, cosa que pueden lograr con medidas puramente administrativas, tales como moratoria en los registros de nacimientos en las estadísticas vitales o sobrenumeraciones censales (lo que aumenta el denominador de las tasas), cobrando dinero por el registro de fallecimientos o reduciendo la cobertura de servicios de salud (lo que reduce los numeradores). En general es razonable predecir que en el futuro se tenderá a ocultar la información que arroje una imagen negativa para los regímenes en el poder, y se tenderá a no recolectar información cuya naturaleza sea embarazosa, por ejemplo: sobre: desnutrición.

VI. Algunas proposiciones y conclusión

El panorama descrito parece pesimista, y efectivamente lo es: si se cree que existe una relación lineal entre buena información proporcionada por los sistemas de información en salud, y buenas decisiones en el sector salud. Es evidente que una investigación que use datos de los sistemas de in-

formación, sin analizar sus limitaciones, presenta graves fallas. En el terreno de las políticas de salud se puede constatar que la falta de información no ha sido obstáculo para que países como Cuba hayan mejorado drásticamente sus niveles de salud en pocos años, creando, incidentalmente, un sistema de información en salud mucho mejor que el prerrevolucionario.^{40 y 41} Una vez hecho el cambio político fundamental, generador de cambios en el sector salud y en sus sistemas de información, es evidente que los datos y el uso de técnicas numéricas, van a mejorar situaciones y a asignar y aprovechar más eficientemente los recursos. Éstas son mejoras que, aunque importantes, son secundarias, y dependen de un cambio que es fundamentalmente político. Se suele decir que la desamparada situación de la información en salud en América Latina se debe a la deficiencia de los sistemas, y se insiste en la necesaria calidad, cobertura, oportunidad y desagregación de los datos como elementos muy importantes; pero la calidad de los datos; como decía Malahanobis, no importa en cuanto no implique la postulación de una decisión alternativa; la eficacia es inútil ante un sistema político que no puede utilizar una realimentación en base a lo que los datos revelan, una cobertura ampliada de servicios de salud y de sus estadísticas es imposible por razones estructurales; la oportunidad sirve de poco ante situaciones de salud estáticas en el tiempo, y la desagregación de los datos es un lujo en nuestro continente, donde los problemas importantes de salud son pocos en número, y por todos conocidos, No son estas limitaciones en la información las que hacen que nuestros sectores salud se encuentren en la crisis actual; además no será una mejora en ellos la que nos saque de la crisis.

De cualquier forma, es evidente que la situación reseñada plantea problemas de toda índole, a la vez que posibilidades de solución para transitar

camino muy diferentes. La situación de deterioro del aparato del Estado, de descuido de actividades sanitarias y de posible falseo deliberado de la información no tienen solución dentro de las estadísticas, ni siquiera dentro del sector salud, y no serán las estadísticas ni sus técnicos, en cuanto tales, los que aporten soluciones a este problema.

Se plantearán en más detalle, en cambio, las posibles soluciones técnicas en las áreas de estadísticas de salud y epidemiología que pueden ayudar a corregir el panorama descrito dentro de los límites dados por la situación política. Recordemos para empezar lo que los sistemas de información en salud no miden: casi nada acerca del gasto en medicamentos ni su iatrogenia, pese a que aquél debe acercarse a una quinta parte del gasto total en salud; nada acerca de los beneficios que reciben las empresas privadas que brindan atención médica; casi nada acerca de diferenciales de morbilidad y mortalidad de beneficiarios de los diferentes subsistemas de salud que operan en nuestro fragmentado panorama sanitario.

El reciente desarrollo, ya mencionado, de “métodos indirectos” en demografía, y su aplicación a censos de población, a una muestra de los mismos, o a encuestas probabilísticas de población puede ofrecernos mediciones acerca de mortalidad y fecundidad mucho más exactas y baratas que las que provienen de unos sistemas oficiales en estancamiento. La crisis del proyecto desarrollista en América Latina trajo aparejado un cuestionamiento a la relevancia de sus indicadores numéricos; en este momento, por ejemplo, el “milagro brasileño” revela un aumento del producto “per cápita”, correlacionado positivamente con un aumento en la mortalidad infantil.^{42,43 y 44}

La selección de indicadores que reflejen realmente la buena salud y el bienestar de nuestros

pueblos -a diferencia de muchos de los vigentes, que en realidad reflejan la buena salud del proyecto de acumulación capitalista dependiente que nos domina- es una tarea de imaginación, y a su vez, va a generar la información que nuestros países deberán recoger. El reciente énfasis en estudios sobre crecimiento y desarrollo somático de niños,⁴⁵ su valor específico como reflejo de la situación nutricional, e inespecífico como indicador del funcionamiento de una sociedad, es una línea prometedora de trabajo, como correctamente se ha dicho.

“El ritmo de crecimiento de un niño refleja, mejor que cualquier indicador aislado, su estado de salud y nutrición; y a menudo también su situación psicológica. Igualmente, los valores promedio de altura y peso de los niños reflejan con exactitud el estado de la salud pública de una nación, y la situación nutricional promedio de sus habitantes, una vez que se han tomado en cuenta las diferencias en el potencial genético, si es que éstas existen. Esto es especialmente cierto en países que se encuentran en desarrollo o en desintegración. De esta forma, un estudio de crecimiento bien diseñado es una herramienta poderosa para vigilar la salud de una población o para señalar a subgrupos de la población cuya participación en los beneficios económicos y sociales es menor de lo que debería ser”⁴⁵

Como una de las tantas verificaciones latinoamericanas de este escrito, es oportuno citar un estudio de crecimiento somático recientemente efectuado en Honduras,⁴⁶ donde se demostró que la “clase baja” tenía ritmos de crecimiento que eran el 70 a 80% de la clase alta, que su crecimiento a los 10 años correspondía al de la “clase alta” a los 8, y que a los 14 años experimentaba un retardo con respecto a la “clase alta” de 3 años en talla y 4 en peso (incidentalmente, la mortalidad

infantil de la “clase baja” era de 126 por mil, y su esperanza de vida era de 48 años, contra cifras correspondientes a la “clase alta” de 95 por mil y 67 años, respectivamente).

Los sistemas de recolección de estadísticas que reflejan los fenómenos recientemente descritos no son ni complejos ni costosos; además, su análisis puede arrojar luz mucho más viva sobre la forma en que funcionan nuestras sociedades, que gran parte de los datos que han sido tediosamente recopilados por las publicaciones internacionales ya citadas.

Por otro lado, puede definirse al capitalismo como una forma de acumulación económica que se caracteriza por un despilfarro de energía, especialmente de aquellas formas de energía que no son renovables.^{47 y 48} En su tendencia a convertir todos los bienes en mercancías, y en agregar a ésta una cantidad máxima de valor, el capitalismo avanza sobre las disponibilidades de energía, de forma que su solución para el transporte a distancia consiste en el automóvil particular o el avión supersónico, en vez del tren o el autobús; su solución para la nutrición humana es un consumo excesivo de proteínas, grasas animales, frutas, o verduras de poco valor calórico, en lugar de calorías, proteínas y vitaminas, esenciales; su solución arquitectónica son edificios mal aislados y de costoso mantenimiento, que requieren de mucha calefacción y refrigeración. Su propuesta global es la sociedad de consumo y despilfarro.

Un sistema de información que mida los flujos de energía, su aprovechamiento, su derroche, y que en el caso de la salud registre la utilización adecuada o no de energía, tierras, tipos y formas de cultivo para proporcionar alimentos a la población humana, sería otra línea de investigación que generaría indicadores y un sistema de esta-

dísticas más adecuado a la realidad sanitaria latinoamericana.

Como conclusión, debe enfatizarse que la existencia de un Proyecto Nacional⁴⁹ explícito, viable, y que se desee poner en práctica, debe determinar el tipo de información que se necesita para tomar decisiones “tácticas” -dependiendo éstas de las “estratégicas”, que son políticas y forman parte del marco del proyecto- para evaluar la evolución del proyecto a través del tiempo. De acuerdo con una retórica que nadie contradice públicamente, en América Latina, el objetivo de

la sociedad es otorgar bienestar a la población, y el del sector salud es otorgarle salud. La realidad de la crisis general de la sociedad capitalista que vivimos, y la creciente incapacidad de los países capitalistas para gobernar a través de mecanismos de legitimación -en los cuales la salud jugaba un papel predominante-, apunta a una contradicción con el funcionamiento y, en algunos casos, hasta la existencia de sistemas de estadísticas en salud. El desarrollo de esta contradicción deberá ser estudiado prioritariamente por todos aquellos que tengan interés en esta área del conocimiento.

NOTAS

1. United Nations Demographic Yearbook, Organización de las Naciones Unidas, Nueva York, Publicación Anual.
2. World Health Statistics Annual, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, publicación anual, bianual o trianual.
3. World Health Statistics Report, Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Publicado mensualmente desde junio de 1947, bajo el título de *Epidemiological and vital statistics report*, y bajo su nuevo título desde 1967, Última edición mensual en diciembre de 1976.
4. *World Health Statistics Quarterly*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Reemplaza al anterior. Ediciones trimestrales desde enero de 1977.
5. Weekly Epidemiological Record, *Organización Mundial de la Salud*, Ginebra, publicación semanal,
6. Informe del Director, Organización Panamericana de la Salud, Washington, publicación anual,
7. Brass, W., Coale, A. et al., *The Demography of Tropical Africa*, Princeton, Princeton University Press,
8. Sullivan, J., Models for the estimation of the probabilities of dying between birth and exact ages of early childhood, *Populations Studies*, vol. 26, No. 1, 1972,
9. W. Brass y K. Hill *Estimating adult mortality from orphanhood*, Conferencia IUSSP, Lieja, 1973.
10. Guillermo A. Maccio "Métodos de recolección y de análisis de datos en materia de mortalidad" Conferencia General de Población. Unión internacional para el estudio científico de la población. IUSSP/P657/001. México 1977.
11. Como ejemplo, ver la EDENH (Encuesta demográfica nacional de Honduras) datos publicados por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE): *Datos de la encuesta demográfica nacional de Honduras (EDENH)*, Diciembre de 1970-Octubre de 1972. CELADE, San José, Costa Rica.
12. A este respecto, ver trabajos recientes del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE): Hugo Behm y J. Olinto Rueda, *Colombia 1968-1969*, Serie A, No. 1032, septiembre de 1977; Hugo Behm, *Costa Rica 1968-1969*, Serie A, No. 1024, diciembre

- bre de 1976; Hugo Behm y Domingo Primte, *Nicaragua 1966-1967*, serie A, No. 1036; Hugo Behm y Ernesto Vargas, *Guatemala 1968-1969* Serie A, No. 1037, Hay más títulos en la serie.
13. Para una revisión del problema del subregistro de hechos vitales en América Latina, ver la cita 21.
 14. Susana E. Natali, “Los Sistemas de información de las estadísticas de natalidad y mortalidad en México”, *Revista nacional sobre investigación demográfica en México*, 1977 » Mimeo.
 15. H.A, Bruch, S_B, Hartman, J.L. Sánchez Crespo, Organization, functioning and analysis of the vital and Health statistics in México, World Health Organization, May, 1977, Mimeo.
 16. United Nations Demographic Yearbook., 1974, United Nations, New York 1975.
 17. C. Montoya Aguilar, “Levels and trends of infant mortality in the Americas, 1950-1971”. *World Health Statistics Reports*, Vol. 27, No. 12, 1974, p.772.
 18. M. Ordorica et. al; “Subregistro de mortalidad infantil 1976: un estudio de caso”, Trabajo presentado en la Reunión Nacional sobre Investigación Demográfica en México, México, mayo de 1977.
 19. R. R, Puffer y C. Serrano, “Características de la mortalidad en la niñez”. Publicación científica No. 262. Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1973. Se encuentra una versión abreviada en R. R. Puffer y C. Serrano, “La deficiencia nutricional y la mortalidad en la niñez”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 75, No. 1, 1973.
 20. Organización Mundial de la Salud, “*Clasificación Internacional de Enfermedades*”, Revisión 1965 a Ob, Ginebra, 1967.
 21. J. C. Escudero, “Desnutrición en América Latina: su magnitud”. *Rev. mex. de ciencias políticas y sociales* No. 84, 1977.
 22. J.C. Escudero, “The magnitude of malnutrition in Latin America”, *International journal of health services*, Vol, 8, No, 3, 1978, 4
 23. R. Puffer, “Estudio de múltiples causas de defunción”, *Boletín de la oficina sanitaria panamericana*, Vol, 69, No. 2, 1970.
 24. J.C, Escudero y H, Kotliar, “Mortalidad por desnutrición: Un estudio de causas múltiples de muerte”, *Cuadernos de salud pública*, No. 10, Buenos Aires, 1975
 25. H.Kotliar y J.C. Escudero, “Desnutrición en la Argentina”. *Ciencia nueva*, No, 31, noviembre de 1973
 26. J.C, Escudero, “Health Levels in the Sahel, Ethiopia and the Sudan and incidence of the 1972 drought”, mimeografiado, 1976.
 27. Para México, por ejemplo, ver las publicaciones del área de Estadísticas Demográficas y Vitales de la Secretaría de Industria y Comercio. *Serie -V: estadísticas hospitalarias*, 1971; y diferentes ediciones del *Boletín epidemiológico* de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
 28. Asa Cristina Laurell, “Medicina y Capitalismo en México”. *Cuadernos Políticos*, No. 5, México, 1975.
 29. Organización Panamericana de la Salud. III reunión e ial de ministros de Documento oficial No, 123, septiembre de 1973.
 30. Mario Testa, “Planificación de Salud en América Latina: un replanteo, *Salud Problema*, No. 4, México, 1979.
 31. Sobre el tema, por Rolando García y J.C. Escudero, “The Constant Catastrophe”. Report to the International Federation of Institutes and Advanced Study (IFIAS). “Drought and man” Project Ginebra, 1979,
 32. A. Briceño, M.A. López y M. Rozanes Tassler, “El tétanos en México”, maestría en medicina social, UAM-Xochimilco, 1979, inédito.
 33. Para una discusión reciente de esto, ver: Clara Fassler, *Transformación social y planificación de salud en América Latina*, México, Mimeo, 1979.
 34. “Health Planning in Latin America”, Scientific Pu-

- blication Number 272, Pan American Health Organization, Washington, 1973.
35. El Término es de Agustín Cueva en: *El desarrollo del capitalismo en América Latina*, Siglo XXL, 1977.
 36. T. dos Santos, "Socialismo y fascismo en América Latina hoy", *Rev. mex. de Sociología* Vol, XXXIX, No. 1, 1977.
 37. G. O'Donnell, "Reflexiones sobre las tendencias de cambio del Estado burocrático autoritario", *Rev. mex. de sociología*, Vol. XXXIX, No. 1, 1977.
 38. Nelson Minello, "Uruguay: la consolidación del Estado militar", *Rev. mex. de sociología*, Vol. XXXIX, No. 2, 1977.
 39. Sobre aplicaciones de este análisis a la Argentina, ver: S. Bermann y J.C. Escudero, "Health in Argentina under the Military Junta", *International journal of health services*, Vol. 8, No. 3, 1978 y "Argentina: La salud de los militares", Grupo de salud, Movimiento Peronista Montonero, México, Mimeo, 1979.
 40. R.R. Puffer, "Informes acerca de la calidad y cobertura de las estadísticas vitales y sobre investigaciones de mortalidad perinatal e infantil en Cuba", 1-8 de marzo de 1974, Documento AMRO 3513. Organización Panamericana de la Salud, Washington.
 41. "Cuba: Organización de los servicios y nivel de salud", Ministerio de Salud Pública, Rep. de Cuba, 1974, p. 119.
 42. W. Leser, "Relacionamiento de ciertas características populacionales con a mortalidades infantil no municipio de Sao Paulo de 1950 a 1970", *Problemas brasileiros* septiembre de 1972. pp. 17-30. Citado en J. Yunes La Population de Brasil Monografía CICREA.
 43. J. Yunes y V.S.C. Ronchesal, "*Evolução da mortalidade geral, infantil e proporcional no Brasil*", *Revista de saude publica* 8, suplemento No. 3-48, 1979. Citado en M. de M. Moreira, L.M. da Silva y R. Mc Loughlin *Perfil de Brasil*, núm. especial de "Estudios de población", Consejo de Población, octubre de 1978.
 44. Ch. Wood, "*Tendencia da mortalidade infantil e distribuição de renda: estudo sobre Belo Horizonte e São Paulo. Simposio sobre o progresso da pesquisa demografica no Brasil.*", Río de Janeiro, 7-9 de julio, 1976. Citado en Hugo Bhem "Socioeconomic determinents and Mortality in Latin America", World Healt Organization, DSI/SE/WP/79, 6 de junio de 1979.
 45. Phyllis B. Evelerth y J.M. Tanner, "Worldwide variation in human growth", International biological programme & Cartridge University Press, 1976.
 46. Rolando Godoy y col., "Efecto del nivel socioeconómico sobre el crecimiento de población infantil en Tegucigalpa, Honduras". IV Seminario, *Programa centroamericano de ciencias de la salud*, Santa Bárbara de Heredia, Costa Rica, 4 a 9 de julio de 1977.
 47. Laura Conti, *Qu'est ce que l'écologie*, Petite collection Maspero No. 200, 1978.
 48. M. Caldwell, K. Coates, R. Jungle, K.W. Kapp y C. Storeman, *Socialismo y medio ambiente*. Edit. Gustavo Gili, Barcelona, 1976.
 49. Sobre desarrollos de este tema, ver O. Varsavsky, *Proyectos nacionales*, Periferia, 1972 y *Estilos tecnológicos: propuestas para la selección de tecnologías bajo racionalidad socialista*, Periferia, 1974. Como ejemplos de agregaciones a nivel mundial de proyectos nacionales, ver "Qué hacer; el informe Dag Hammarskjold 1975 sobre el desarrollo y la cooperación internacional", Fundación Dag Hammarskjold, Uppsala, 1975. Donnella M. Meadows, *Los Límites del Crecimiento*, FCE, 1972, Amilcar Herrera y col., "El modelo mundial latinoamericano", *Rev. centroamericana de ciencias de la salud*, sept.-dic., 1975, No. 2. Como contribuciones recientes a un proyecto viable e igualitario ver el trabajo citado en último término y Amilcar Herrera, *Un Monde Pour Tous*, 1977.