

## El objeto de estudio de la salud pública

*Luis Fernando Duque Ramírez*

Asesor en Asuntos de Salud de las Naciones Unidas para  
Colombia y Consultor del Banco Mundial

La universidad y la facultad han sido ejes y epicentros de muchas de las innovaciones que en materia de salud pública se han operado en el país. El trabajo de profesores y alumnos, la discusión, acalorada unas veces, científica y respetuosa otras, ha sido productiva para el país.

De sus profesores, de sus alumnos y de sus egresados, el país ha visto nacer innovaciones tan importantes en Colombia como las primeras expresiones de promoción de la salud y de participación comunitaria en el año 1957, con la creación de las promotoras rurales de salud. Se creó el Departamento de Medicina Preventiva y su primera formación se hizo en esta escuela, en este mismo lugar donde estamos hoy.

La planificación de la salud en Colombia se inició en esta escuela; el desarrollo de la epidemiología se inició en esta escuela. El programa de las grandes ciudades de salud

como se llamó en esa época, fue dirigido por un egresado de esta escuela y a ello se debe que todavía permanezcan las líneas matrices de la organización de las dos Secretarías Municipales de Salud que funcionan bien en Colombia y que son las de Cali y Medellín, —la de Bogotá no entró en ese momento en el plan y hoy es, una Secretaría de Salud con graves deficiencias técnicas, con poco servicio efectivo a la salud de los bogotanos—. El Sistema Nacional de Salud fue gestado por personas de esta escuela, el que se acaba de reformar hace poco tiempo, con él empezó la descentralización de la salud y de la administración pública en Colombia y no sigamos comentando más cosas porque las que he dicho yo creo que indican el profundo impacto que desde esta casa de estudios ha habido para el país. Es muy excitante la noticia que los señores decano y vicedecano me transmitieron hace unos días, sobre este clima

de nueva reflexión de la facultad para hacer un plan de desarrollo estratégico hacia el futuro, estoy seguro que será la base para otro avance más de la facultad. Las ideas que voy a comentar hoy en gran parte están contenidas en los trabajos de Dean Jamison de la Universidad de California y del profesor Henry Mosley de la Universidad de Hopkins, es un libro que debe aparecer este año y se llama: "**Prioridades para el control de las enfermedades en los países en desarrollo**", y algunos de sus avances presentados en el **Public Health Review** del año pasado, sobre todo los aspectos demográficos presentados por el profesor Mosley.

Saber cuáles deben ser los objetos de estudio de una Facultad de Salud Pública es muy difícil, hemos de partir de una rápida visión de donde venimos y hacia donde vamos, todos ustedes están familiarizados con las etapas de la transición demográfica, hubo una época en que las poblaciones, específicamente la nuestra, tenían altas tasas de mortalidad y altas tasas de fecundidad, y un bajo crecimiento poblacional por lo tanto: empiezan las actividades de control de las patologías transmisibles y empieza la disminución de la mortalidad generando la segunda etapa de la transición demográfica, con la cual se aumenta el crecimiento de la población. En Colombia pasamos ya esas dos etapas, los cambios de la urbanización, la industrialización, la expansión de la educación y los progresos de la tecnología médica y de la salud pública, inducen la disminución de la fecundidad, y con ello entramos en la tercera etapa de la

transición demográfica; esa tercera etapa de la transición demográfica, se caracteriza por una disminución en el crecimiento y se caracteriza por tener bajas tasas de fecundidad, bajas tasas de mortalidad y una población tendiente al envejecimiento. Es importante, caer en la cuenta de que, el envejecimiento de la población y por lo tanto el inicio de la transición epidemiológica, no está en función primordialmente de la disminución de la mortalidad. El factor que más interviene en la generación de una población que cambia su distribución por edad, no es la mortalidad, es primordialmente el descenso de la fecundidad, y este hecho es uno de los hechos que más va a condicionar la transición epidemiológica. Es el descenso de la fecundidad con el cambio de la pirámide de población el que desata realmente la transición epidemiológica, no es el cambio de la mortalidad; el cambio de la mortalidad es la causa subyacente, es lo que cuando uno escribe un certificado de defunción pone como la causa verdadera, es la que genera el fenómeno no es la que lo produce; en este momento cuando se produce el envejecimiento de la población empiezan a aparecer las otras etapas de la transición epidemiológica a las que se refería Omron en el año 1971 cuando él la describió como de tres etapas.

La primera es la edad de la peste y el hambre que está mucho antes de esto. La segunda es la edad de las epidemias cíclicas y el inicio del control de la enfermedad transmisible o infecciosa; ese control de la enfermedad infecciosa unido a

estos fenómenos económicos y sociales genera fundamentalmente el cambio de la disminución de la fecundidad; y después viene la última etapa que él describió, que es la de las enfermedades degenerativas y de las enfermedades causadas por el hombre. El profesor Holt en el año 1986 describió una cuarta etapa de la transición epidemiológica que es la edad de las enfermedades degenerativas postergadas; las sociedades postindustriales, como los países nórdicos de Europa, están presentando disminuciones de la mortalidad específica en los más ancianos, y esas patologías van dejando unas últimas que son las que se llaman enfermedades crónicas postergadas, aquellas que la tecnología todavía no es capaz de controlar; ciertos tipos de cáncer, el deterioro general sobre todo por problemas del árbol circulatorio y esa es la que se denomina la cuarta etapa de la transición epidemiológica.

¿Qué es lo que le espera a los principales continentes subdesarrollados del mundo frente a esta etapa de la transición epidemiológica hacia el futuro? Como el tema de la charla es mirar que es lo que se debe enseñar en salud pública, pues no podemos mirar lo que ocurrió en el pasado, sino prever un poco los problemas que vamos a tener en el futuro, para poder saber que es lo que hay que enseñar, cuales son los problemas con los cuales ustedes los alumnos, que van a egresar de esta facultad en este año y en los próximos años van a tener que trabajar y van a tener entre sus manos. Si se mira a Latinoamérica, se encuentra como los grupos de edad jóvenes, de

0 a 15 años no van a tener grandes variaciones, va a crecer en un 2% la población menor de 4 años y va a crecer en un 18% de aquí al 2015 la población de 5 a 14 años; pero por este proceso que estábamos discutiendo anteriormente, de transición epidemiológica, los grupos de edad de 45 a 64 y de 65 y más años, van a crecer en un 159% y en un 140%, es decir, se van más que a duplicar, eso a pesar de que las tasas de mortalidad van a disminuir en todos los grupos de edad en Latinoamérica y el Caribe, todos tienen signo negativo, y las tasas de mortalidad que más van a seguir disminuyendo, son las de los menores de 15 años, de acuerdo con las tendencias que tenemos; pero el número de muertes, a pesar de que las tasas de mortalidad disminuyen en todos los grupos de edad, va a disminuir fundamentalmente en los grupos de 0 a 4 y de 5 a 14; en los grupos de 45 y más, 45 a 64 y 65 y más años, las muertes van a aumentar extraordinariamente. Van a aumentar en un 84% y que se van más que a duplicar, 84% para el grupo de 45 a 64 y más que a duplicar en los de 65 y más; es decir el fenómeno de mortalidad se va a concentrar en las etapas de las personas adultas y ancianas.

Un fenómeno parecido observan en Asia; Asia tiene una transición epidemiológica similar a la de América Latina un poco más retrasada que la nuestra, y en África, Medio Oriente y África del Norte y en el África Sudsahariana es decir la parte más pobre, se observa un fenómeno completamente diferente; el tamaño de la población aumentará

notablemente, en el Africa Sudsaharica los menores de cuatro años van a aumentar en un 70%, se van a duplicar los de 5 a 14, se van a aumentar en un 163% los de 15 a 44, etc. y sigue en un gran aumento, ¿Por qué? Porque están en una etapa más retrasada de la transición epidemiológica. Este es el panorama que vamos a tener en América Latina y el Caribe. En Colombia, que está en un estado intermedio de los países de América Latina y el Caribe, en cuanto a transición demográfica y a transición epidemiológica, estas cifras pueden ser bastante razonables para el futuro, si estuviéramos hablando de Argentina, Costa Rica, Chile o Cuba, definitivamente no serían estas las cifras, como tampoco lo serían para Haití, Guatemala, Bolivia, etc. pero para nosotros son unas cifras bastante razonables. De manera que este es el efecto que vamos a tener en cuanto a mortalidad, en cuanto a número de muertes y en cuanto a tamaño de la población por grupos de edad hacia el futuro en nuestro país, en los próximos años en los cuales ustedes van a ejercer la salud pública.

Este cambio demográfico-epidemiológico, no solamente nos trae modificaciones en la estructura de edades, sino, que al cambiar la estructura de edades cambia el patrón de mortalidad, lo vamos a ver ahora más adelante, también estamos asistiendo a otros cambios que son los cambios de los patrones de riesgo; un patrón de riesgo importante en el continente y en Colombia nuestro país es la distribución urbano-rural con lo que eso significa de medio

ambiente, de entorno físico y de entorno cultural.

En el año 1985, los países subdesarrollados tenían un 30% de la población urbana, y en el año 2015 se espera que estos países tengan un 50% de la población en áreas urbanas. Los países desarrollados en el año 1985 tenían un 72% de la población en áreas urbanas, y en el año 2015 van a tener entre un 75 y un 80%, es decir, en los países desarrollados, la urbanización prácticamente permanece estable o aumenta en un 5 a 7%, en este período de 1985 al 2015. En los países subdesarrollados, aumenta en un 75% el proceso de urbanización. En Colombia tenemos hoy, más o menos, un 60 a 70% de población urbana, según lo que se llame urbano, si urbano es de 2000 y más habitantes concentrados, es de un 70%, si es de más de 5000 no tenemos más de un 60% y para el año 2015 se estima que Colombia va a tener un 80% o más de población urbana es decir similar al patrón de urbanización que van a tener los países desarrollados. Esto agrava el fenómeno de transición epidemiológica.

El segundo problema que tenemos en los cambios de patrones de riesgo es el problema de la violencia y los accidentes. Es un fenómeno reciente en los países subdesarrollados, a pesar de la modernización de los países desarrollados, uno diría que hay más ocasiones de accidentes, hay más máquinas, hay más vehículos, hay más aglomeración, pero hay unas tasas de accidentabilidad mucho más altas en

los países subdesarrollados, tasas ajustadas por grupos de edad. En Tailandia los accidentes de automotores han aumentado desde el año 1950 hasta el año 1985 en cerca de un 25 a un 30% por año, es decir cada tres años se está duplicando la tasa de accidentes de tránsito en Tailandia y pasó de ser la sexta o séptima causa de muerte a ser la primera causa de muerte hoy en ese país, en el grupo de 1 a 44 años.

Etiopía y Nigeria tienen una tasa de accidentes de vehículo automotor, y estoy hablando de Etiopía y Nigeria que son dos de los países más pobres de Africa, cincuenta veces más alta que la tasa de accidentes automotores que hay en Inglaterra y en Estados Unidos; estamos comparando dos de los países más pobres que son Etiopía y Nigeria con dos de los países más ricos del mundo que son Estados Unidos y el Reino Unido. En cuanto al fenómeno de la violencia no hay que referirse a él en la Facultad Nacional de Salud Pública que ha sido la pionera con el Servicio Seccional de Salud de Antioquia en el estudio de los aspectos de violencia en Colombia. Hoy tenemos las tasas de muertes violentas, muertes intencionales, probablemente más altas del mundo en el país, y es la primera causa de muerte en el grupo de edad productiva de 15 a 45 años. Este es un segundo patrón de riesgo, que no hay que despreciar y que debe tenerse en cuenta hacia el futuro.

Problemas de enfermedades del trabajo: cuando ustedes analizan los accidentes y enfermedades del trabajo que uno también supondría que deberían ser más altos en los

países desarrollados, porque hay más exposición a los problemas, a los riesgos ambientales del trabajo, en todos los países subdesarrollados las tasas de morbilidad y las tasas de mortalidad por accidentes y por enfermedades de trabajo son más altas que en los países desarrollados. Y el problema de contaminación ambiental no es propio solamente de los países desarrollados que lo tienen en muy alto grado, en Sri Lanka en la época de los ochenta a los noventa, hubo el doble de muertes por pesticidas que de muertes que por polio, tosferina, tétanos y difteria, y Sri Lanka es uno de los países más pobres del mundo.

El tercer ejemplo de como están cambiando los patrones de riesgo es el tabaco: en los últimos treinta años hemos visto una epidemia de tabaquismo, el consumo de tabaco ha estado aumentando hasta hace pocos años, cuando en algunos grupos de edad ha empezado a disminuir, pero todos sabemos que el problema del tabaco tiene un período de latencia, el factor de riesgo induce un período de latencia muy largo sobre todo cuando se refiere al cáncer. Y el cuarto ejemplo de cambios en los patrones de riesgo es el fenómeno del cambio de los hábitos sexuales de la población. Hasta la aparición de la píldora anticonceptiva creada por el doctor Pinkus, la sexualidad venía casi irremediamente unida a la procreación. En ese momento se produce uno de los cambios socioculturales más grandes de la humanidad y se empieza a cambiar y apenas estamos empezando a ver el efecto del descubrimiento del doctor

Pinkus. Se comienza a ver como la sexualidad no necesariamente tiene que estar unida a la fecundación, en términos masivos, en términos de fenómeno social, y se empiezan a romper valores culturales, valores religiosos, valores históricos de cerca de 15.000 años de historia. Y lo que estamos empezando a ver es sólo el principio de lo que va a ocurrir en el cambio de los hábitos sexuales en la humanidad, lo estamos empezando a ver de nuevo no solamente con el crecimiento de las enfermedades sexualmente transmitidas, lo estamos mirando también en cosas mucho más profundas como es el embarazo indeseado en los jóvenes; el problema de las enfermedades sexualmente transmitidas es un problema para el cual hay una serie de tecnologías conocidas excepto para algunas como el Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida, SIDA, pero los fenómenos que trae no el exceso de fecundidad sino el desequilibrio en los hábitos sexuales es profundamente grave para personas que se exponen por falta de cuidados a embarazos no deseados y esto trae una serie de consecuencias psicológicas de escalas de valores frente a la vida que se cambian artificialmente para poder hacer un equilibrio de la personalidad, etc. Entonces el problema de la transición epidemiológica no es simplemente la repercusión demográfica de la transición epidemiológica no son simplemente los progresos de la tecnología médica y de la salud pública que han permitido la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas, etc., sino que también estamos teniendo una serie de nuevos factores de riesgo que

vamos a tener que afrontar hacia el futuro.

Pero no todo está ocurriendo en la humanidad, como se indicó en el año 1971 cuando se empezó a hablar de la transición epidemiológica; se esperaba entonces que disminuyeran las enfermedades infecto-contagiosas, se esperaba entonces que las enfermedades crónicas aumentaran y que habría unos patrones más o menos nítidos de evolución de los patrones de mortalidad en las poblaciones. Estos dos fenómenos, las recesiones económicas y el aumento de la inequidad, en el mundo moderno y muy especialmente en la última década, han inducido a que haya una persistencia innecesaria de las enfermedades infecto-contagiosas o una reaparición de las enfermedades transmisibles, y entonces, esta historia que se debió haber desarrollado así, por estas dos causas, produce esta situación que es una coexistencia de fenómenos epidemiológicos que pertenecen a distintas etapas de la transición epidemiológica, que es lo que estamos viviendo hoy en los países subdesarrollados y en el nuestro muy especialmente. Ustedes tienen hoy principales causas de muerte en el país por accidentes, violencia, cáncer, enfermedades cardiovasculares muy seguidas todavía de diarrea, de problemas por falta de atención a la madre, problemas perinatales, es decir problemas que hoy tienen países desarrollados con problemas que ya se debían haber superado si no se hubieran presentado estos dos fenómenos, que han permitido que aparezca esta situación que es la que hoy

algunos llaman **polarización epidemiológica**, hasta donde yo entiendo, fueron Julio Frenquel y José Luis Bobadilla del Instituto de Salud Pública de México, los que introdujeron esa terminología.

Es decir, la situación actual y la que se va a presentar en los próximos años es hija del progreso de la tecnología médica, de la evolución demográfica, pero también es hija de la falta de equidad y de la recesión económica.

Muy interesante sería que leyeran un informe publicado hace tres años del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Unicef, en los trabajos de córnea, y el trabajo de Teresa Albanes cuando por primera vez una organización de las Naciones Unidas enrostró a las políticas de ajuste económico indicando que eran unas políticas de ajuste sin rostro humano, por la recesión, por la deuda económica acumulada y por la inequidad que los fenómenos de ajuste empezaron a producir en los países. La polarización epidemiológica no necesariamente trae un retroceso general en la disminución de la mortalidad, los trabajos de Hill y de Lamsen en 1990 y en 1992 incluyen un gran agravamiento de la desnutrición y una persistencia por casi cerca de una década de altos índices de desnutrición, la mortalidad infantil no ha dejado de disminuir; estamos frente a esa paradoja, las últimas encuestas de salud y población —que entre otras cosas son dirigidas en todo el mundo por un exprofesor de esta Facultad de Salud Pública, el profesor Hernando Ochoa, quien ha dirigido veintisiete encuestas

del año 1986 a 1990 en veintisiete países— han mostrado que en el período más agudo del ajuste económico, la mortalidad en menores de cinco años en el Africa del Norte disminuyó en un 46%, en Latinoamérica disminuyó en un 32%, en el Asia en un 28% y en el Africa Sudsaharica en un 12%; pero es que los promedios y estas tendencias son promedios, esconden profundamente los extremos. Cuando uno lee los trabajos de Patricio Márquez, del Banco Mundial, indicando como el ajuste económico, no afectó el nivel de salud, estamos hablando de promedios, y estos promedios son verdaderos.

Pero en un trabajo que tuve la ocasión de hacer con el doctor Francisco Yepes y del cual presentamos algunos de los hallazgos en la pasada reunión de la Sociedad de Epidemiología, vimos cómo en las áreas rurales colombianas que no habían tenido desarrollo de los sistemas básicos de salud, en algo más de doscientos municipios que estudiamos de ese tipo, encontramos a trescientos o cuatrocientos que habían tenido apoyo a los servicios de salud en áreas rurales colombianas, en las que no tuvieron ese apoyo a los servicios básicos de salud, la mortalidad infantil aumentó en todos, en promedio general, y cuando lo miramos por departamentos encontramos exactamente lo mismo. Se hizo por el método de Brash haciendo uso de los datos del último censo del 1985, es decir en Colombia hay evidencia de que en regiones postergadas, regiones rurales, sin adecuado desarrollo de los servicios de salud, la

política de ajuste produjo un aumento de la mortalidad infantil. Les voy a mostrar parte de un trabajo que presentamos a la Reunión Latinoamericana de Directores del UNICEF ¿Qué ha pasado entre 1960 y cerca de 1985 a 1988 en los países de América Latina? La mortalidad en niños menores de un año y en menores de uno a cuatro años, se aprecia en las tendencias que hubo un ritmo más rápido de disminución, si venía disminuyendo en la época de los sesenta, por ejemplo al 3%, en la época de los ochenta disminuyó al 4 o al 5%, en general mantuvo una tendencia similar y mantuvo el ritmo de disminución porque en ningún país aumentó la mortalidad infantil, entonces en los países que por ejemplo tenían un 3% de disminución por año en los años sesenta y principios de los setenta, en los años ochenta no tenían un 3% sino un 2%; y lo que se observa, es que en menores de un año hay ocho países que mantuvieron el ritmo de disminución de la mortalidad infantil en niños de uno a cuatro años y entre los que lo disminuyeron están Barbados, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Ecuador, Haití, entre otros, son como trece o catorce países. Eso significa que para que el ritmo de disminución sea menor, como promedio, ha habido un grupo de niños que siguió manteniendo un ritmo de disminución mayor, —estos son los niños que tienen acceso a los servicios de salud, que tienen mejores condiciones de vida— a ellos no se les redujo el ritmo de disminución. Hubo otros que mantuvieron una tendencia similar, pero hubo otros que para que eso pudiera ocurrir,

tuvieron que haber aumentado su mortalidad, en menores de un año y en menores de cinco años, y esos son los hijos de las familias que están en las áreas urbanas deprimidas y en las áreas rurales dispersas, es decir, el fenómeno de la polarización, ha hecho que la mortalidad en menores de cinco años en trece o quince países de América Latina entre los pobres haya aumentado, y la mortalidad infantil como en seis u ocho países, haya aumentado; esto no se presentaba con esta gravedad antes de los años setenta, es un fenómeno de los años ochenta.

Los diferenciales de mortalidad, por áreas urbano-rurales son inmensamente grandes en todas partes, menos en Colombia, que es el único país de América Latina que no tiene diferencias sustantivas de mortalidad en menores de cinco años urbano-rurales, y yo no me explico por qué en Colombia la mortalidad en niños menores de cinco años urbana es de 35 y la en rural es de 32. Pero el patrón de educación de la madre, el patrón de nivel socio-económico, y otros, si son marcadamente grandes. En Colombia es 74 para los hijos de madres sin educación, 36 para las que terminaron primaria y 26 para las que tienen siete o más años de educación, es decir es el doble para las que no terminaron con respecto a las que terminaron primaria y es cuatro veces para las que tienen una educación de siete o más años; pero esto no es solamente para la mortalidad infantil, es un fenómeno que se presenta también en la mortalidad de los adultos. El Banco Mundial publicó a

finales del año pasado un texto sobre: "Salud de los adultos en América Latina", y están allí los datos de estudios en Porto Alegre, Buenos Aires y en varias ciudades donde muestran como las tasas de enfermedades crónicas en los adultos, también son más altas entre las poblaciones de menores recursos, y entre las poblaciones con menores niveles de educación, que entre las poblaciones con mayores niveles de educación dentro de un mismo país. La causa de la polarización epidemiológica, fundamentalmente, es la inequidad; inequidad en el acceso a los bienes económicos e inequidad en el acceso a los bienes de la cultura, y esto es muy grave porque estamos en la época en que por primera vez en la historia del mundo, la mayoría de los servicios básicos podrían ser accesibles a todas las poblaciones; anteriormente ese fenómeno no se presentaba, antes de la Primera Guerra Mundial, a principios del siglo ese fenómeno no existía; hoy, el acceso a la educación básica es una de las posibilidades reales en el mundo, al igual que el acceso a las técnicas básicas de salud, y el acceso a la alimentación, ustedes saben que el mundo produce cerca de un 15% más de los alimentos que necesita lo cual sería suficiente para que toda la población del mundo se mantuviera bien nutrida, no es por falta de alimentos que hay desnutrición.

¿Qué repercusiones nos trae esta situación para los servicios de salud? Ustedes tienen aquí lo que va a pasar en general en los países desarrollados y en los países subdesarrollados como cambio en el perfil

epidemiológico. En los países desarrollados no va a haber ningún cambio importante de aquí al año 2015, en los países subdesarrollados si van a haber varios cambios, las muertes por infecciones prácticamente van a disminuir a la mitad, como proporción de la totalidad de muertes, la mortalidad por cáncer va a aumentar proporcionalmente a un doble, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares va a aumentar como en un 30 o 40% y las demás van a mantenerse más o menos en el mismo rango. Entonces vamos a tener un problema de cáncer, un problema del aparato circulatorio y una disminución de enfermedades infecto-contagiosas, como perfil de la mortalidad, no de las tasas de mortalidad. Estos fenómenos que hemos visto de, la transición demográfica y epidemiológica, del mejoramiento en el acceso a la educación, de la urbanización, y de los cambios económicos que tendremos en el país, yo creo que se caracterizarán por dos grandes hechos: un incremento sustantivo en la proporción de divisas con que va a contar el país sobre todo por los ingresos petroleros, a partir de dentro de tres años el país va a tener un exceso de divisas, pero también va a continuar con la concentración de la riqueza que ha venido trayendo en los últimos treinta o cuarenta años, no se observa un cambio en la democratización en los accesos a la riqueza sino todo lo contrario, en los próximos quince o veinte años le va a traer al sistema de salud cuatro consecuencias sustantivas:

**La primera es la demanda por servicios de salud, la cual va**

a aumentar: Las necesidades de salud van a ser mayores por la transición epidemiológica-demográfica; el aumento en la educación hará que haya una conversión más rápida en la necesidad sentida y en la demanda efectiva de servicios de salud, el fenómeno de urbanización aumentará las posibilidades de acceso sobre todo a los hospitales, y entonces las poblaciones presionarán más por recibir asistencia en los hospitales.

En segunda instancia **tendremos un aumento en el daño o impacto general de la enfermedad sobre la población** en los próximos veinte años, aumentarán los números de días de incapacidad, aumentarán los años de vida potencialmente perdidos, y los potenciales perdidos.

En tercer lugar **tendremos un aumento en la complejidad de los servicios de salud fundamentalmente por la mayor ocurrencia de accidentes y violencia** que exigen una tecnología y una infraestructura en los servicios de salud mejor que la tradicional, el incremento de las enfermedades crónicas que también exige una tecnología de depuración mucho mayor.

Y aumentará en cuarto lugar, **la necesidad de financiamiento del sector salud**. Los estudios que hasta hoy demuestran que con lo que se dedica a salud en el país, que es cerca del 7% del producto interno bruto, habría para tener un buen sistema de salud, lo que hay es un fenómeno de organización y de administración que en los próximos años ya no será verdad, por todo lo que hemos dis-

cutido anteriormente. Esas son las cuatro grandes consecuencias.

¿Cuáles son las implicaciones que estas consecuencias van a traer para las políticas de salud? ¿Qué es entonces lo que debieran ser los objetos fundamentales de estudio de la salud pública en los próximos años? Yo creo que son dos los más importantes: como lograr la equidad y como lograr la eficiencia

Estos son dos fenómenos que están íntimamente relacionados el uno con el otro, uno no puede lograr la equidad en nuestro país en el acceso a los servicios de salud, sin aumentar la eficiencia y viceversa, no es posible tener éxito en mejorar el nivel de vida a través de la eficiencia si no hay equidad.

Los editoriales y los principales artículos del **American Journal of Public Health** de hace unos cuatro meses, muestran un estudio comparativo de la mortalidad en distintos países del mundo, y muestran como ella no está tan íntimamente relacionada con el nivel del ingreso, que obviamente lo está, pero tiene una mayor correlación con la equidad en la distribución del ingreso. Son dos variables que influyen sobre el fenómeno de mortalidad; hasta ahora en los textos de economía de la salud y en los textos de epidemiología que tenían que ver con aspectos sociales, se hablaba siempre del aspecto económico, del rango en el nivel social en el cual se estaba, del país con un mayor nivel de ingreso o con un menor nivel de ingreso per cápita. Los estudios epidemiológicos que empiezan a aparecer, empiezan a

mostrar como es tanto o más importante, que el nivel del ingreso, la equidad en la distribución del ingreso como condicionante del patrón de mortalidad y del nivel de mortalidad de una población.

¿Cómo lograr estas dos metas de equidad y eficiencia? yo creo que hay cinco caminos, que es hacia los que deberíamos concentrar esfuerzos hacia el futuro:

1. La eficiencia misma de los servicios
2. La focalización de los servicios
3. El uso de los servicios y la accesibilidad a ellos
4. El uso, desarrollo y control de la tecnología
5. Es la capacidad analítica

Cómo lograr la eficiencia. En primer lugar hay que buscar la eficiencia del sistema de salud como un todo, y yo no encuentro sino una forma de lograr la eficiencia y la racionalidad del sistema de salud como un todo, que es el fortalecimiento y la ampliación de los servicios básicos de salud; así los técnicos en salud pública no comulguen con esta teoría por razones de equidad o de justicia social, deberían estar de acuerdo con ella, sobre todo los más neoliberales, porque es la que le introduce racionalidad al sistema, racionalidad administrativa y económica. En el estudio que les mencionaba que hicimos con el doctor Yepes, encontramos como el apoyo a los servicios básicos de salud, aumenta en los primeros seis años aproxima-

damente, el número de consultas per cápita, es decir aumenta el acceso a los servicios de salud y encontramos midiéndolo aquí en Colombia, que disminuye el número de hospitalizaciones per cápita, estudiando lo que pasó durante diez años en seiscientos municipios colombianos, es decir racionaliza el uso de los recursos más costosos que son los recursos hospitalarios. Todavía tengo viva en la mente, la conferencia que dictó el doctor Milton Terris en las pasadas Jornadas de Epidemiología, cuando haciendo un análisis de lo que ha pasado en los Estados Unidos, indicó como allá están completamente separados lo que son los servicios de promoción, de prevención y de atención precoz, en lo que se llama el sistema de salud pública de Estados Unidos, separados de lo que son los servicios de atención a los enfermos que es el sistema de hospitales. Y en una conferencia muy vehemente que él dictó, muy calurosa, indicó como todos los avances en salud de los Estados Unidos o casi todos los avances para el mejoramiento de las condiciones de salud se debe a lo que han hecho los servicios de salud pública de los Estados Unidos y no lo que han hecho los servicios de curación y rehabilitación.

Hace tres años fue publicado en Inglaterra un estudio hecho por la Escuela de Epidemiología de Edimburgo y otras instituciones sobre lo que había pasado en los diez años de dominio del sistema político conservador en Inglaterra; y después de hacer todo el análisis que es muy interesante, llegan entre otras conclusiones a la siguiente: de todas las

muerdes evitadas en el último decenio en Inglaterra, el último decenio que ellos estudiaron terminó como en 1985, el 10% fueron evitadas en el sector secundario y terciario, el 90% fueron evitadas en el nivel primario de atención. De manera que los servicios de salud básicos, o primer nivel de atención, no son para los países pobres, son para darle racionalidad a cualquier sistema de salud en cualquier parte del mundo.

Cómo logramos también la eficiencia: logramos la eficiencia, como consecuencia de lo anterior, con un incremento en el énfasis de las acciones de promoción de la salud, prevención y detección precoz de la enfermedad. Y esto requiere un hecho muy importante, que es el cambio de los hábitos y los comportamientos; tanto frente a los riesgos para la salud, como frente al uso de los servicios de salud.

Para hablar de los servicios básicos de salud, el costo aproximado en dólares por una vida adicional salvada, es decir por una muerte prevenida, en los servicios curativos directamente, es entre 500 y 5000 mil dólares, en los servicios preventivos directos a los pacientes, se refiere a vacunación por ejemplo, es entre 100 y 600 dólares, y en los servicios a nivel comunitario, es decir aquellos que llevan al cambio de hábitos, de actitudes, y de comportamientos, es de menos de 250 dólares. Esto es, un estudio que publicó el Banco Mundial en el año 1987, que se llama el **Financiamiento de los Servicios de Salud en los países en Desarrollo, una agenda para una reforma**. Se puede decir que la dedicación de los

fondos en salud hoy, en todos los países del mundo es: del 70 al 85% en servicios curativos, el 10 a 20% en servicios directamente preventivos y el 5 al 10% en servicios de promoción a través de la comunidad, es decir estamos poniendo el dinero donde es menos eficiente, estamos poniendo el esfuerzo y el recurso donde es menos eficiente en términos de salud. Yo celebro que los gobiernos desde el año 1975 hasta ahora, hayan estado presionando a la Banca Multilateral, BID y al Banco Mundial a que les financien proyectos de salud, porque ha obligado a estas dos instituciones sobre todo al Banco Mundial a hacer una serie de estudios de economía y de financiamiento de la salud, y estos son los datos que están encontrando: el último informe técnico publicado por el banco, se llama: **Invertir en Desarrollo Social, es invertir en Desarrollo Económico**, y trabajan el tema de salud y sobre todo de educación más que de salud, pero trabajan las dos.

Un ejemplo del cambio de actitudes, es el riesgo percibido de contraer SIDA entre adolescentes sexualmente activos en varias ciudades de Chile y del Brasil, pero lo interesante, es lo que cada uno de los encuestados percibe como riesgo de sus amigos, de la *barra*, del grupo con el cual ellos convivían, es decir, a los que sabían como eran los comportamientos sexuales de sus amigos, todos perciben en general, en el Brasil que el 75% y más de sus compañeros tienen hábitos que son altamente peligrosos para contraer el SIDA, en Santiago un 30%; esto ocurre con los hombres encuestados

y una cosa similar ocurre con las mujeres, pero cuando le preguntan al encuestado, cómo se percibe él en su comportamiento sexual para contraer el Sida, el problema no es con ellos, el problema es de los otros, esta es una de las bases de los comportamientos, son las percepciones, como percibo yo las cosas, como siento yo si eso es un problema que tiene que ver conmigo o no tiene que ver conmigo, mientras esto ocurra, controlar el SIDA en el Brasil, y en menor grado en Santiago de Chile va a ser virtualmente imposible, porque las grandes tasas de SIDA hoy en la región, se están presentando en los grupos jóvenes. Esto no es conmigo, entonces, para lograr la eficiencia, también hay que tener unos cambios de actitud de las personas frente a los servicios de salud. Hemos estado hablando de la participación comunitaria, pero la participación comunitaria es un espejismo, la participación comunitaria es una forma de decir que yo quiero que los demás hagan lo que yo creo que deben hacer. Si ustedes analizan en el fondo todos los programas que se denominan de participación comunitaria, lleva a que un grupo de personas que saben, porque saben, le dicen a las comunidades en que deben colaborar y como deben colaborar; crean los clubes de madres, crean una serie de cosas, pero entonces es para que tu hagas lo que yo creo que tu debes hacer; y eso no siempre ha dado resultado; frente a fenómenos socioculturales que se están desencadenando como algunos de los que hemos tratado, tenemos que llegar en las próximas épocas, es tema de estudio, llegar a saber como se puede

generar un cambio endógeno en las comunidades que permita unos hábitos saludables y unas formas de uso de los servicios de salud apropiadas.

Deje de fumar, el señor que va con su hipertensión, que está preocupado porque tiene hipertensión que está nervioso porque tiene hipertensión y eso le genera más hipertensión, el médico le dice que deje de fumar, haga lo que yo quiero que usted haga, y eso es por su bien, porque yo se que eso le disminuye a usted el problema circulatorio, no es por molestarlo, el problema no es que lo que yo diga no sea cierto, el problema es que con eso yo le estoy generando más angustia a la persona, porque dejar de fumar es muy difícil, entonces el fenómeno que hay que empezar a estudiar, y que ya se está empezando a estudiar afortunadamente, es como generar cambios endógenos en las comunidades, y de eso los epidemiólogos, debo decirlo, sabemos bastante poco, de eso saben más los sociólogos, los antropólogos, los etólogos, pero hablamos dos lenguajes distintos, los epidemiólogos tradicionalmente hemos ido mas hacia la cuantificación y hacia el trabajo con lo que denominamos el método científico positivo, los sociólogos y los antropólogos tienen unas formas diferentes de aprender, de descubrir la realidad, un esfuerzo importante, para que a través de esta vía encontremos una respuesta, es que en las facultades de salud pública se haga una adecuación y armonización de las diferentes metodologías de estudio, sobre todo en aquellos fenóme-

nos que tienen que ver profundamente con el comportamiento humano.

La tercera forma de lograr la eficiencia es focalizar los esfuerzos en acciones o en intervenciones costo-efectivas. El informe de este año del Banco Mundial, sobre un aspecto del desarrollo mundial va a estar dedicado por primera vez en la historia del banco, a un sector social, como es la salud. —el año pasado fue el ambiente, el antepasado fue la pobreza—. Este informe se ve nutrido por los trabajos previos que tienen que ver con las medidas más costo-efectivas para lograr salud en los niños, es decir, cuantos dólares vale prevenir una muerte en niños menores de cinco años; por estas medidas, la medida más costo-efectiva que hay hoy para problemas de la infancia es la vacuna contra el sarampión, vale cinco dólares prevenir una muerte, y la menos efectiva de las efectivas, es la terapia con antibióticos para prevenir la infección respiratoria aguda que vale 35 dólares, es decir no vale nada, aquí hay que cantar al contrario del corrido mejicano, no es que la vida no valga nada, evitar la muerte no vale nada, vale muy poquito, cinco dólares, dos o tres cocacolas, vale prevenir una muerte de un niño por sarampión, por tétano neonatal, por mortalidad perinatal, por carencia de vitamina A, entre otras. Hay tecnologías costo-efectivas, en el segundo apéndice del informe del Banco este año, van a estar listadas las medidas más costo-efectivas para niños y para adultos, estoy diciendo a la facultad que estudie con cuidado y discuta y analice ese

documento que lleva como tres años de preparación.

La focalización trae una dificultad, ¿Qué hago yo frente al cuidado integral? Y ese es otro problema que hay que trabajar hacia el futuro, si yo se que hay acciones altamente costo-efectivas, si yo se que hay acciones que pueden llegar a todos los rincones como son éstas, focalizo allí mis recursos, y entonces ¿Qué pasa con lo que se denomina acción integral del paciente? Es un dilema; yo tengo mis ideas sobre eso, pero no son más que unas ideas y las podemos discutir después, pero lo que si se y en lo que creo que todos vamos a estar de acuerdo es que ese es un tremendo problema de políticas de salud, que hay que afrontar con seriedad y con fundamentos científicos, económicos, epidemiológicos, administrativos y éticos.

El segundo camino para lograr la equidad y la eficiencia es la focalización, tenemos que aprender a focalizar, en tres dimensiones, tenemos que aprender a focalizar por tipos de patologías, es decir, patologías que causen daño importante a la población, éste es un criterio de focalización, las que causen la mayor incapacidad, la mayor muerte, la mayor muerte prematura, ya que esa es la medida de años de vida saludables potencialmente perdidos, pero hay otro criterio que se nos olvida con mucha frecuencia, y es que hay unos que son más iguales que otros frente a la muerte, eso de que todos somos iguales frente a la muerte en cuanto a salud y repercusiones para la comunidad, no es cierto, hay unos que son más iguales que otros, no es

lo mismo en términos de repercusiones para la salud de la comunidad, la muerte del abuelito de ochenta años, que la muerte de la madre joven jefe de hogar, no es lo mismo, la muerte de una madre joven jefe de hogar como es en el 35 a 40% de las familias colombianas, y que deja niños huérfanos, y desprotegidos, está probado, en la conferencia de mortalidad y riesgo que hubo hace como tres años se presentaron los trabajos, sobre como esos niños de esas madres que murieron tenían unos riesgos muchísimo mayores de morir que los niños de otras mujeres de la misma edad, del mismo ingreso económico, cuya madre si vivía.

En segundo lugar tenemos que *aprender a focalizar* por regiones o áreas geográficas y por grupos de riesgo, y lo más importante porque estas dos cosas se han traginado más o menos bastante, es aprender y diseñar como focalizar en las familias nominalmente conocidas con mayor riesgo, cuando quiero decir nominalmente conocidas, no es el promedio, no es el grupo, que son los de la comuna tal, que son los del municipio tal, es a nivel de cada área de atención primaria, la familia de don Pascual Arroyave, la familia de doña Anita Medina, que son las que tienen el mayor riesgo de salud, mientras no lleguemos a hacer que la tecnología de la salud pública sea capaz de pasar del promedio al nombre, no hay impacto profundo, ni en los cambios de actitud, ni en las medidas de promoción y protección, ni en las medidas de atención.

Hay un problema frente a eso, que hay que discutir y dilucidar,

si usted aplica todos estos criterios, los más pobres, los más marginados, los que viven en las zonas más dispersas, no serían los primeros en la lista de las prioridades. ¿Por qué? Porque allá es más costoso llegar con servicios de salud y producir salud, en primer lugar y en segundo lugar, porque esas comunidades por lo general, tienen un nivel tan bajo de desarrollo general que no absorben las tecnologías administrativas y las tecnologías médicas. Hoy la tendencia de todos los organismos de las Naciones Unidas y de la Banca Multilateral es concentrar esfuerzos en esas poblaciones, pero estudios recientes están empezando a mostrar como los fracasos son inmensos, hay que tener un mínimo de desarrollo integral en una comunidad que fundamentalmente son los cambios de actitud frente a la vida, para que los sistemas de salud tengan éxito; entonces entre los pobres hay unas comunidades que tienen una actitud positiva frente a su propio desarrollo, no es la actitud pasiva de que lo que me pasa es un signo del destino y entonces yo que voy a hacer, eso es un castigo de Dios, entonces esas comunidades lo que quieren es recibir, como se recibe una limosna, como se recibe un apoyo, como se recibe una ayuda, pero no se han planteado el problema de como la comunidad puede organizarse para resolver el problema, para apropiarse de su problema, y entonces empieza allí la posibilidad de un cambio, ese es un dilema que hay que discutir y dilucidar.

Lo tercero, el tercer camino es *el uso de los servicios de salud:*

allí hay tres cosas importantes a mi juicio. Primero los sistemas básicos de salud para que puedan tener la función de la que hemos estado hablando, tienen que tener una nota sustantiva, básica, y es que sean capaces de resolverle los problemas a la gente, mientras sigamos con la caricatura de atención primaria que hemos tenido muchos países de América Latina, que es medicina de tercera para gente de segunda, los servicios básicos de salud no son ningún sistema para lograr la salud y para racionalizar los servicios de salud, el sistema básico de salud tiene que ser bueno, tiene que tener excelente calidad técnica, tiene que ser capaz de resolverle el problema a la gente, por qué creen ustedes que están estudiando administración de la salud en Colombia, que el índice ocupacional de los hospitales básicos o de primer nivel del país, es como del 30 o 35% y el de los hospitales secundarios es como del 65 o 70% y el de los hospitales terciarios es como del 85% y algunos llegan a más de eso, por una razón muy sencilla, porque la gente no es boba, la gente sabe que si va a ese hospitalito, que tiene un médico recién salido, donde no hay rayos X porque está dañada la máquina hace días, donde no le pueden hacer una cirugía, no van allá, se brincan al hospital de cabecera regional o se vienen a los hospitales de tercer nivel a presionar sobre ellos. Entonces la primera nota es que los servicios básicos de salud sean buenos, allí no hay posibilidad de que es que si yo hago un poquito, una pequeña promoción y la dejo a la mano de Dios algo hará por la comunidad, no, hay que llegar a un

límite de capacidad de resolución, para que el sistema de salud sea eficiente.

En segundo lugar, para que haya un buen uso de los servicios de salud, por parte de la gente, tiene que haber buenos recursos humanos; yo creo que en Colombia, estamos perdiendo la lucha para que se produzca lo que hace veinte años se está diciendo, que es el médico que necesita el país. Yo veo a las facultades de medicina con un discurso muy positivo hacia formar médicos generales que sean capaces de hacer todo esto que estamos diciendo, pero su actitud práctica, es diferente, cuantas de ellas tienen como centros sustantivos, no como un paseíto de cada semana, o de cuando pasan por medicina preventiva, los centros de salud y los hospitales periféricos, me han dicho que nuestro programa de la KELLOG y la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia están retomando esta línea, ojalá esto llegue al corazón de la facultad.

Cuantos de estos muchachos tienen como un ejemplo entre sus docentes y entre la comunidad médica a un médico en su vida profesional y en su vida personal, el paradigma es otro, el paradigma es el especialista, en epidemiología, en obstetricia, pediatria, ese es el paradigma; la sociedad médica, la salud pública colombiana, ya no tiene paradigmas de médicos generales, las condiciones del mercado se han encargado de acabarlos, mientras no haya un cambio en la formación de los médicos, las enfermeras y los odontólogos, no vamos a tener un adecuado uso de los servicios de

salud porque no van a saber hacer medicina de la comunidad; por eso es tan importante como una medida de urgencia en el país un vigoroso programa de educación continuada, y un cambio en las condiciones laborales de los médicos, enfermeras y profesionales del primer nivel de atención. Y para un buen uso de los servicios de salud hay que plantearse también los problemas de la recuperación de costos y del subsidio a la demanda con libertad de elección.

El problema de la recuperación de costos, es un problema muy serio, porque lo que se llama el tiquete regulador o cualquier cosa de esas, lo que se cobra por una consulta, puede traer como consecuencia que los pobres no tengan acceso, es decir que el dintel se ponga tan alto para los pobres que sea discriminante realmente no del uso inoficioso de los servicios de salud, sino discriminante para los pobres. Hay dos estudios que yo conozco el de Milton Terris en California, cuando el señor Reagan era Gobernador de California, el profesor Remen seguramente algunos de ustedes lo conocen, es el Profesor Emérito de Salud Pública de la Universidad de California e hizo unos estudios de lo que pasó en California, que es el estado más rico de los Estados Unidos pusieron un tiquete regulador y se disminuyó el acceso de los pobres de California a los servicios de salud y los estudios de Holl en Perú han mostrado cosas similares, entonces el tiquete regulador debe ser para tipos de patologías más que para las enfermedades comunes, yo mucho me temo que con la ley que están acordando en el con-

greso en estos días, vamos a volver por los pasos que otros ya recorrieron y que tuvieron problemas al recorrerlos.

Aquí tienen ustedes algunas presentaciones de lo que pudieran ser las conductas en gracia de discusión, y que se pudieran tener frente a los servicios de salud de acuerdo con tres variables.

— La primera es el grado de daño que la enfermedad produce en la comunidad, si es una patología que produce un daño alto o bajo, en términos de repercusión hacia la comunidad.

— La segunda variable es si la intervención que yo voy a hacer frente a esa patología es de una alta o una baja relación de costo-efecto.

— La tercera variable es si yo tengo un servicio de salud bien organizado, eso llamo yo un servicio de salud fuerte, o si tengo un servicio de salud muy incipiente, muy desorganizado, entonces ahí ven ustedes, si ustedes tienen una patología que produce alto daño en la comunidad, y tienen una medida altamente costo-efectiva para atacarla, y tienen ustedes un servicio de salud fuerte, lo que debe adoptarse como política es lograr la cobertura total de la población con ese servicio de salud para esa patología, y mejorar la calidad del servicio, pero si el servicio de salud es débil, que tiene que hacer, en primer lugar lo que tiene que hacer antes de ponerse a ampliar el servicio y de gastar el dinero en ampliarlo, si usted sabe que es débil y que tiene deficiencias, mejore los recursos humanos, allí hay que concentrar el

esfuerzo y desarrolle sistemas técnicos y administrativos y por último, amplíe y mejore la infraestructura, usualmente hacemos al contrario, primero construimos el centro de salud, compramos el estetoscopio, rayos X, el no se que, después nos ponemos a ver como se organiza eso, cuanta gente necesitamos y como se organiza, y por último nos ponemos a ver que los médicos, enfermeras, auxiliares, y otros, sean buenos para lo que tienen que ser, que es para producir salud, y así hay una serie de sugerencias que bien vale la pena analizarlas, hasta que llegamos a lo peor de todo que es cuando yo tengo una patología que causa bajo daño, no es el problema grave de la comunidad, tengo una medida de intervención con una relación costo-efecto muy baja, es decir mucho costo para obtener un efecto, y tengo un servicio de salud muy malo ¿Qué debo hacer? ese servicio no lo puedo producir, no puedo prestar ese servicio en esa comunidad, tengo que concentrarme en otros; esto es una especie de aplicación de la planeación estratégica a los problemas de salud pero cambiando las variables, aunque el raciocinio que hay de fondo es el mismo.

Como cuarto camino, tenemos que *hacer un uso, un desarrollo y un control adecuados de la tecnología*, sobre ese tema no quiero profundizar, solamente lo quiero dejar enunciado, hay tecnologías muy costosas que requieren una base de pautaación determinada para que se justifiquen, ustedes me dirán bueno pero doctor una vida no tiene precio, cierto, una vida no tiene precio, pero

salvar una vida si tiene un costo y entonces yo no puedo favorecer la introducción de tecnologías muy complejas, muy costosas, frente a otras menos costosas, para solucionar el mismo problema, o la introducción de tecnologías en poblaciones que no tienen el número de pacientes para que esa tecnología sea costo-efectiva para la comunidad, yo no puedo poner un tac en Santa Rosa de Osos, no me da la comunidad, no me da la patología de la comunidad para aguantar un tac, y entonces a los de Santa Rosa de Osos no van a poder diagnosticarle los problemas cerebrales, tienen que venir a Medellín, porque aquí hay una comunidad que si aguanta un tac.

Y como último pero no lo menos importante es que el país tiene que fortalecer, yo diría que **volver a desarrollar la capacidad de análisis** en el sector público para poder definir las políticas de acuerdo con lo que hemos conversado, esto es un proceso analítico con grandes implicaciones éticas pero es un proceso analítico, requiere conocimientos demográficos, epidemiológicos, de economía de la salud, la cultura de las comunidades, de administración de los servicios de salud, yo tengo que saber como están evolucionando los factores de riesgo en el país y en sus principales áreas, tengo que saber como están evolucionando las patologías, hay que tener un buen sistema de vigilancia epidemiológica, pero tengo que tener esa capacidad para saber en donde pongo mis esfuerzos para obtener la mayor salud de la población, y eso no se hace cambiando la gente cada seis meses, eso no

se hace sin un ambiente que le permita esa discusión y decirle al ministro o al secretario que es el jefe de esa unidad de análisis, usted va por mal camino; mientras no seamos capaces de generar unas unidades de esas en el ministerio y me parece a mi más importante fuera del gobierno para que haya un monitoreo de la sociedad civil, de gentes técnicas y serias de la sociedad civil, bien sea en una universidad, en un centro de investigación, u otros que tengan la independencia de criterio, pero que tengan el conocimiento técnico y el acceso a los datos, que sean capaces de manejar esas bases de datos que hay que manejar, para ir haciendo el seguimiento de la salud en Colombia, seguiremos manejando un jet sin carta de navegación, seguiremos tocando de oído y no por nota, al impulso de la mejor buena voluntad del ministro o del secretario de salud de turno.

Colombia necesita y cada vez necesita con más urgencia porque como ustedes ven la carga de problemas que el país va a afrontar en los próximos veinte años en términos de salud pública es sensiblemente más compleja que la que afrontó en los últimos veinte años, necesitamos como llama ahora Colciencias unos observatorios de la salud en el país; así como existen en economía, el Ministro de Hacienda y el Gerente del Banco de la República, el Presidente de la Andi, los que tienen que ver con la vida económica del país, tienen cada más un indicador del costo de vida, tienen cada más el conocimiento de como está la masa monetaria, es decir tienen los instrumentos para decidir a tiempo, ellos

pueden decidir a tiempo, nosotros no, nosotros sabemos que pasó hace dos años por las estadísticas de mortalidad, de morbilidad y de factores de riesgo y ni siquiera estas estadísticas están sistematizadas, no utilizamos herramientas como la encuesta de hogares que se hace para medir la canasta familiar, si se hace en el país, si se hace cada mes, si es representativa de las áreas urbanas más representativas del país.

¿Por qué no tenemos ahí unas preguntas de salud? Si ya hay países que las tienen; yo tuve la ocasión de trabajar con la doctora Elida Marconi en Buenos Aires y ya han montado un sistema como ese, entonces ahora el Ministro de Salud de la Argentina, tiene cada año unos estimadores de lo que está pasando en el país y lo va a tener con más frecuencia porque se va a introducir con más frecuencia la encuesta de hogar, es decir tenemos que saber analizar y para poder analizar tenemos que tener grupos libres cuyo único fin y objetivo sea poder diagnosticar como van nuestros problemas de salud, en donde estamos colocando los esfuerzos, si son más o menos eficientes los esfuerzos que se están haciendo para que podamos evaluar los planes que se han hecho, que se han formulado, evaluarlos en el impacto que realmente han tenido en las poblaciones.

Los informes de los Ministros de Salud a los congresos son muy limitados, nunca nos dicen si vamos en la vía correcta o no vamos en la vía correcta, no hay una visión prospectiva y eso es otro de los temas que una facultad como ésta debe

enseñarle a sus alumnos, como hacer los análisis en el microambiente, del nivel local, como hacer los análisis en el macroambiente con miras al monitoreo general de la salud, y no simplemente de la vigilancia epidemiológica.

Como ustedes ven, los retos son muy grandes, el panorama que se nos va a presentar es relativamente

conocido, no estamos frente a un viaje como el de Colón que no sabía a donde iba a llegar, nosotros más o menos sabemos hacia a donde vamos, que problemas vamos a tener, de antemano lo sabemos, solucionarlos por estas cinco vías, puede haber otras obviamente, es el papel de una facultad como la Facultad Nacional de Salud Pública.