

# Situación de salud en las Américas

Carlos Castillo<sup>1</sup>

Nuestro equipo de trabajo es parte de un proceso histórico de la reconstrucción de este mosaico de salud pública que es las Américas. En esta ocasión, trataré de ubicar algunos de los parámetros cualitativos y cuantitativos de lo que es la situación de salud de las poblaciones de las Américas. Voy a hacer un enlace de lo que serían las condiciones en 1980 y la entrada de este siglo hacia el año 2000, viendo las tendencias y las dinámicas que se han ejercido y que de alguna forma están transformando el rol y la situación en la región. Primero que nada, en este año ya tenemos 892 millones de personas en nuestro continente, 276 más en que en 1980; de hecho, tenemos 21 millones de nacimientos y 6 millones de defunciones, con un crecimiento anual de más o menos 10,5 millones de nuevas personas que están en nuestro continente.

En 1850 teníamos 331 millones de personas. Ha habido cambios importantes en la medida en que en las Américas ahora tenemos una población eminentemente urbana, con la excepción de muy pocos países: el 76% de la población actual está en las ciudades. Curiosamente, también el crecimiento más relevante ha sido de la población de mayores de 60 años. El ritmo de crecimiento en la mayoría de los países es de 2% en los mayores de 64 y de 3% en el grupo de 84 años, es decir, que estamos entrando también a considerar lo que hemos denominado una polarización epidemiológica y demográfica.

Quiero hacer notar también que las Américas no es una región homogénea; de hecho, ayer se presentaba con evidencia que es la región más inequitativa del mundo, es más inequitativa que África, más inequitativa que cualquier otro continente. En la figura 1 pueden verse nuestras grandes brechas, que cada vez son mayores. En 1978, la brecha era menor y sigue abriéndose entre los muy ricos y los muy pobres; esta es una brecha que ha preocupado enormemente por la implicación que tiene dentro de la salud pública y de la sociedad, y aún más, el hecho de que no se han hecho los esfuerzos suficientes para ir cerrando esta enorme brecha de la riqueza.

Me he permitido empezar a caracterizar grupos de países en donde vemos las tendencias, y estos cinco grupos son para indicarles que treinta o cuarenta años después, los países pobres siguen teniendo las mismas condiciones —o peores— que hace cuarenta o cincuenta años. Esta caracterización se aprecia en la figura 2. El grupo primero es el grupo de

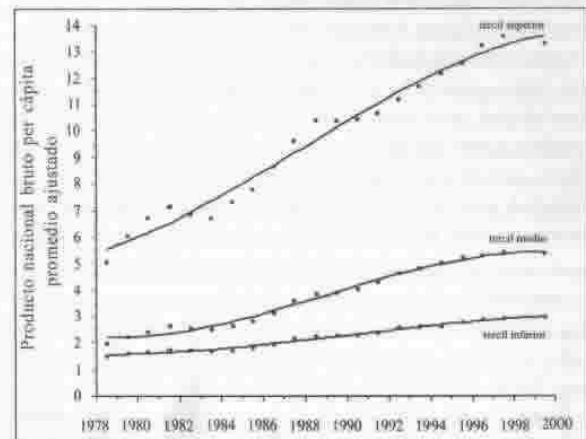


Figura 1. Crecimiento económico por terciles de ingreso en las Américas, 1978-2000

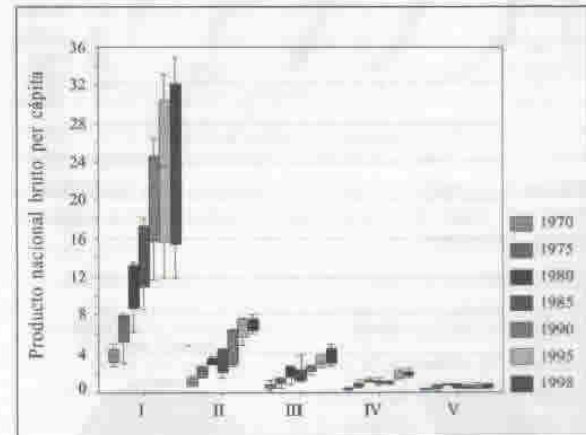


Figura 2. Conglomerados de países por ingreso

los países más ricos. Hemos caracterizado en estos cinco grupos, ya que la cooperación técnica que ofrecemos a un grupo de países no puede ser la misma de la de otros grupos de países. Se observa que el nivel de ingreso que tenían en 1970 los países ricos aún no se ha alcanzado a finales del 2000 por parte de los pobres; los países pobres siguen siendo muy

<sup>1</sup> Programa especial de análisis de salud de la Organización Panamericana de la Salud, Washington. Cibercorreo: castillo@paho.org

pobres; eso indica que todas la políticas internacionales de desarrollo en general han fracasado. La tasa de fecundidad es cada vez menor, cada cinco años está siendo recortada. La máxima ruptura está en Brasil y podemos decir que esto está llevando a una enorme transición demográfica en nuestros países.

Por otro lado, quisiera mostrar con esta caracterización sobre los países con menor o mayor ingreso de la figura anterior lo que pasa con la mortalidad infantil de una manera prospectiva. La figura 3 muestra en cada uno de los quinquenios el promedio o la mediana y su distribución. Se aprecia que en los países pobres las medianas son muy altas, de una gran mortalidad, pero también de una gran dispersión que están estableciendo las grandes brechas dentro de los países, es decir, que no solo el promedio está reflejando una gran inequidad, sino la propia distribución, que es lo que más nos interesa. Como trabajadores de la salud pública, tenemos que

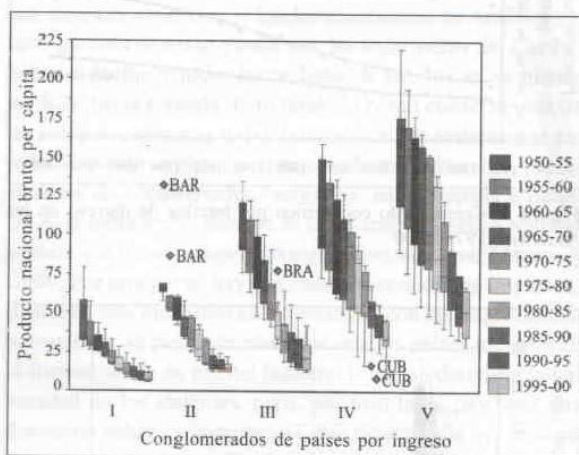


Figura 3. Escenarios prospectivos. Tendencia de la mortalidad infantil en la región de las Américas por conglomerados de ingreso de países, 1950-2000

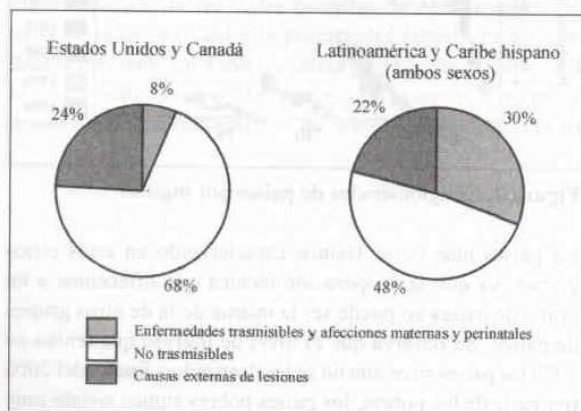


Figura 4. Años potenciales de vida perdidos por grandes grupos de causas, por áreas y último año disponible alrededor del 2000

mostrar no solo las frecuencias sino las distribuciones desiguales y diferenciales de los riesgos de enfermar o morir prematuramente; y esta figura muestra cómo, para el año 2000, los países pobres no habían alcanzado los niveles de mortalidad infantil que los países ricos ya tenían en 1950, es decir, que a pesar de que hemos hecho grandes avances en la disminución de la mortalidad infantil en las Américas, no hemos eliminado la enorme brecha que existe entre los países ricos y los países pobres. Es preocupante observar que cincuenta años después, los países pobres no han alcanzado los niveles de la mortalidad infantil que los países ricos tenían en 1950. Quisiera también indicar que la salud pública tiene que considerar que los perfiles dentro de los países y dentro de los grupos de edad no son homogéneos.

Por otro lado, hemos desarrollado conjuntamente con la oficina de censos de los Estados Unidos una metodología para descomponer la carga que tienen en la mortalidad y en la expectativa de vida los grupos de enfermedad. Así, encontramos la carga más importante de mortalidad de los hombres y en ella vemos que los jóvenes se están muriendo de sida. Luego, los homicidios es lo que mata más a los jóvenes y después, la diabetes. Lo que más aporta a la mortalidad en las Américas en general en los hombres es el homicidio y la violencia. ¿Y esto por qué tiene una gran implicación? Porque las acciones no son la prestación de servicios de salud, son las acciones intersectoriales, las acciones sociales, que exigen que se controle a quienes matan a la población joven.

Debido a estos hallazgos en relación con la expectativa de vida, hemos estado discutiendo con la Comisión Estadística de las Naciones Unidas la necesidad de cambiar los algoritmos o las fórmulas para la construcción de las expectativas de vida, ya que la expectativa de vida, como ustedes conocen, tiene un gran componente: la mortalidad de menores de un año y las mortalidades de mayores de 65 años, cuando en realidad estamos viendo que los jóvenes se nos mueren por sida y por violencia y no hacemos la corrección suficiente.

Como responsable en los últimos años de las estadísticas de salud en las Américas, he convocado a un comité y a los directores nacionales de estadística y les he preguntado en forma directa si la expectativa de vida que ellos reportan sigue avanzando. En tres países, incluida Cuba, me indicaron que hay una pérdida de la expectativa de vida, pero no la pueden reportar, al igual que en Brasil y México; y esto se debe a que los algoritmos de la expectativa de vida que tenemos actualmente son insuficientes para corregir el efecto del homicidio y del sida en los jóvenes.

Como se observa en la figura 4, los elementos que tenemos inicialmente en los jóvenes con una pequeña curva al inicio están dados por el sida perinatal; son el sida y la diabetes. Se observa algo que no existía probablemente hace veinte o treinta años, que es el cáncer de pulmón, que en este momento está matando a las mujeres en las Américas. ¿Por qué les digo que esto es muy importante? Veán ustedes: ayer

que fuimos a un restaurante y quedé muy sorprendido al ver un grupo de jóvenes bastante atractivos, mujeres y varones, distribuyendo gratuitamente cigarrillos, lo que me indica que acá esto se hace públicamente. Obviamente que en los Estados Unidos los tendrían que meter a la cárcel: está prohibido no solo distribuir sino fumar. Es interesante ver por ejemplo, cuando se va a Atlanta, al CDC (Centro para el Control de Enfermedades), que si uno fuma tiene que hacerlo en unas cabinas especiales, como de teléfonos. Hay que meterse ahí para que al fumar no se contamine el ambiente, y aquí, desde luego que es una frustración porque todo el mundo ve el que fuma.

Quiero también indicar que la región de las Américas, particularmente Latinoamérica y el Caribe, es un continente polarizado. Me he permitido considerar los casos de Estados Unidos y Canadá, que refleja más los países industrializados, en donde la mayoría de los años potencialmente perdidos se deben a enfermedades crónicas y un porcentaje mucho menor, a las enfermedades transmisibles y, desde luego, una proporción mucho más grande, el 24%, a las causas externas: es decir, el homicidio, la violencia son de especial relevancia en los países industrializados, es la segunda causa de muerte en Canadá, para que ustedes vean la magnitud de las implicaciones que tiene la violencia en las Américas.

Esta comparación se muestra en el gráfico siguiente, en el que se ve que en América latina, que está a la derecha, tenemos un continente polarizado en donde coexisten, casi con la misma importancia, las enfermedades trasmisibles con las enfermedades crónicas, y una gran cuota de la violencia, los accidentes, las lesiones, las causas externas. No podemos, por tanto, considerar que las políticas que pueden ser efectivas en los países industrializados en general puedan ser aplicadas en nuestra región. Es una región polarizada en donde coexiste la pobreza con la violencia.

Esto nos llevó a cambiar la metodología de la que hablamos hace un rato. Esta es una metodología que nos permitió ver si el problema de alcanzar la máxima esperanza de vida era por ser pobre o por ser desigual. Repito: no es lo mismo ser pobre que ser desigual; entonces lo que hemos hecho es caracterizar a los grupos de países que son pobres y menos pobres, o ricos y desiguales o menos desiguales, y encontramos por primera vez la evidencia empírica y, desde luego, esto apareció en todos los periódicos del mundo, incluso en China: que no es la pobreza sola la que incide en la salud y la enfermedad; es la mala distribución de la riqueza, es la desigualdad. Los países ricos desiguales tienen más problemas que los países pobres no desiguales. Y este elemento empírico fundamental nos permite reconocer no solo las políticas de buscar el crecimiento, sino la eliminación de las inequidades y las desigualdades. No son solo políticas de redistribución de ingresos, sino un elemento de desarrollo y desarrollo humano los que deben considerarse. De ahí que ese mensaje, publicado por primera vez en Salud de las Américas del 2002,

haya recorrido el mundo con la señal para los sanitaristas y los trabajadores de la salud pública, para que insistieran en trabajar el concepto de «desigualdad y brecha» como un elemento sustantivo para conocer los niveles de salud de la población.

Detengámonos ahora a mirar en términos de salud pública los resultados que se obtuvieron bajo la meta «Salud Para Todos en el año 2000». En esto encontramos dos cosas importantes: la primera, que la atención primaria —y esta es nuevamente la primera evidencia empírica que pudimos mostrar colectivamente en las Américas— tuvo un enorme impacto en la salud de la población. El efecto de las ganancias que hemos tenido en salud, medidas a través de los años de expectativa de vida, se debe al control de las enfermedades diarreicas, y hemos visto en esta evaluación que el máximo impacto está en los menores de un año y hasta en los menores de cinco años.

Las políticas de atención primaria, la visión de Alma Ata, funcionó, pero nunca lo quisimos mostrar; y es interesante, porque en el 2000 había un mandato constitucional de las Naciones Unidas y de la OMS de presentar la evidencia de lo que había pasado con el eslogan de «Salud para todos al año 2000». Desafortunadamente, la doctora Brundiland, nuestra anterior directora, indicó que no se haría la evaluación y los países quedaron conformes. Sin embargo, en la OPS indicamos que era un mandato constitucional que teníamos que realizar y efectuamos la evaluación del impacto que tuvieron las políticas de atención primaria, y pudimos ver que el crecimiento de la expectativa de vida que estamos obteniendo actualmente se debe al gran impacto de la atención primaria, no de la atención a los servicios. Y solo tuvo efecto un poco en los viejos, además del ya anotado en los niños, porque la atención primaria fue concentrada básicamente en estos grupos, y en el resto, a partir de la adolescencia, la atención primaria no funcionó porque no existió como tal.

Esto mismo se vio para las enfermedades respiratorias, en que solo el aumento de la ganancia está en los menores de cinco años. Hemos cubierto algunos de los ancianos, o la edad mayor, y en el resto no tuvo ningún impacto. Los servicios de salud no han sido ajustados al concepto de atención primaria, excepto la población materno-infantil. Este es el programa que se ha destruido en la mayoría de los países, el proceso de inmunización. No se imaginan el gran impacto, al igual que medidas como la rehidratación oral, los elementos de participación comunitaria; es lo que ha funcionado en la salud pública, no los servicios de salud.

Las principales ganancias que hemos cuantificado, basadas por otro lado en la base de datos de mortalidad más grande del mundo, de la cual la OPS es depositaria. A partir de ella proveemos el 85% de toda la mortalidad que publica Ginebra para el mundo, no por que en las Américas tengamos el 85% de la mortalidad, sino porque tenemos los registros menos ineficientes —no digo los más eficientes—; pero desde Chi-

na, África no existen estadísticas vitales; Europa es muy pequeña, por tanto, la contribución nuestra —y quiero hacer un reconocimiento a algunos de ustedes que colaboran y participan en el fortalecimiento de las estadísticas vitales— es lo que permite hacer los estimadores mundiales. La Comisión de Estadística de Naciones Unidas, Ginebra y la oficina de Población y Demografía de Naciones Unidas y Celade reconocen que sin esta información no podríamos hacer las predicciones, ni de las Américas ni del mundo; este depende de nuestra información para poder saber lo que pasa en el globo, de tal manera que es de especial importancia para todos nosotros el fortalecer estos sistemas.

La expectativa de vida al nacer se incrementó en ocho años; de ellos, el mayor incremento está dado por la reducción de las enfermedades transmisibles, particularmente en los niños y en los cardiovasculares durante las últimas dos décadas. De hecho, encontramos que la mortalidad por problemas cardiovasculares es la única enfermedad en el mundo que no tiene una distribución desigual, todas las demás la tienen; ello representaría un reto para cualquiera que quiera hacer una tesis doctoral al respecto. Me dirían: ¿cómo es eso? Pues bueno, este es un tema de tesis que les sugiero a aquellos que quieran hacer un doctorado y pasar a la historia.

Lo hemos visto en China, en Europa, en Canadá, en las Américas: no hay el coeficiente ajustado. El de Gini nos indica que no hay desigualdad en la distribución de las enfermedades cardiovasculares; es la única; ¿por qué? No lo sabemos. Entonces pediremos a todos ustedes: en el futuro hagan los trabajos para indicarnos por qué la distribución no es diferencial en estos grupos de edad.

De los años ganados, la mayoría —dos de ellos— fueron ganados solo en el manejo de las enfermedades transmisibles, en la vacunación, en ese efecto de atención primaria. Y quiero insistir porque todos estuvimos convencidos de que la atención primaria era la estrategia adecuada. Sin embargo, no hemos mostrado empíricamente que sí ha resultado y necesitaríamos fortalecer aquellas acciones intersectoriales y la participación de la comunidad para sostener estos programas que se están cayendo.

Quiero indicar también que durante los últimos seis años la Organización ha hecho un cambio fundamental en la visión de las estadísticas de salud para los análisis situacionales. Y hemos visto que los promedios nacionales cancelan las desigualdades sociales; el promedio es un tirano. La tiranía del promedio nacional está en decirnos un valor esperado que no existe; los promedios nacionales no reflejan las características de la distribución desigual dentro de los países, y a partir de este proceso hemos hecho un nuevo replanteamiento de las estadísticas en las Américas, en donde nos interesan los niveles desagregados, no por país sino dentro del país. Y así se puede ver que es un mosaico epidemiológico distinto.

De hecho, siempre ha habido la preocupación de los ministros por decir: de qué me interesa saber que la malaria, por

ejemplo, en Brasil, sea 3,8 por mil; ese es el promedio nacional del Brasil; pero la malaria en Brasil, si van a Rondonia o a Pará, en donde está el 96% de la malaria, esta ha sido de 500 a 1.200 por mil. Es decir, que el promedio nacional totalmente se diluyó. Si yo le digo al ministro: 3,6 creció a 4 por mil, no es lo mismo decir que la mitad de la población en las áreas maláricas tienen malaria. Esto ha obligado a que la desagregación de la información es vital para conocer distribuciones diferenciales dentro de los países.

Con un esfuerzo gigantesco que hemos hecho en todos los países de Centroamérica durante los últimos treinta años, hemos hecho encuestas sobre nutrición a los niños en edad escolar. Encontramos tres bloques de municipios o áreas con desnutrición severa en donde estamos muy preocupados, en donde la visión de conjunto nos indica que el problema no es tan serio, pero cuando hacemos un acercamiento a la realidad, vemos —fundamentalmente en Guatemala y en Honduras— bloques de niños en que sus condiciones de retraso son fundamentales y tienen que ser intervenidos de manera severa. Esto ha sido posible a través obviamente de los usos de esta información que estamos recavando más, el uso de los sistemas de información geográfica.

También quiero indicar que esto de las estadísticas por promedios nacionales no es un fenómeno solo de América latina. En los Estados Unidos y en Canadá existe una eliminación de la clase media de la sociedad; obsérvese en la figura 5, por ejemplo, uno de los condados de Texas por zonas censales. En rojo están las zonas centrales, que generalmente son las más pobres y en donde están los hispanos. Existe una no cobertura del 38 al 48% de la población: si tienen un problema y no tienen dinero, se mueren. Ustedes dirán: ¿cómo es posible en un país tan rico? Eso es lo que pasa. Es impresionante ver la descomposición de los sistemas y servicios de salud en los Estados Unidos y en Canadá, y ahora han hecho un gran esfuerzo para recomponer esta situación.

En los últimos años, el 60% de la mortalidad en mayores de 65 años se atribuye a la mala calidad de los servicios de salud y de los médicos; esto ha llevado a un cambio cualitativo en las recetas, porque el médico prescribía tratamientos antagónicos con los tratamientos que tenía el paciente y, por tanto, las reacciones secundarias más las infecciones intrahospitalarias hacían que el 60% de la mortalidad prematura en los adultos mayores se debía a la mala calidad de los servicios. Esto ha producido un cambio sustantivo en los últimos tres años en Canadá para cambiar los sistemas y los niveles y esquemas de tratamiento.

Como les había indicado, es importante que la información esté desagregada. Para eso, hemos efectuado una iniciativa estandarizando los indicadores que existen en los países de las Américas. Hemos identificado que existe de 5.000 a 8.000 indicadores que todos los países recolectan en forma cotidiana, de los cuales el 95% nunca se analizan, y son muy caros y de muy mala calidad.

Encontramos que existen 117 indicadores que se denominan básicos porque son indispensables; con ellos podemos manejar toda la salud pública y, por tanto, el esfuerzo ha consistido en los últimos once años en indicar y fortalecer a los países en el diseño de bases de datos de 117 indicadores, que incluyen indicadores sociodemográficos, de calidad de vida, de mortalidad, de morbilidad, de acceso, de cobertura, etc., y que permiten realmente reconocer lo que está pasando con los niveles de desigualdad y con los niveles de salud de la población. Los insto —particularmente a aquellos que están trabajando las áreas de salud pública— a que utilicen esta base que está disponible en el cibernsio de la OPS.

Brasil, solo, invierte en los procesos de validación en los últimos nueve años un millón de dólares en el proceso de validación, no de construcción. Han pasado siete ministros y todos ellos lo han mantenido porque es la que se usa para la asignación de recursos a escala municipal en ese país.

¿Qué significa entonces para la situación de salud en las Américas? Definitivamente, si trabajamos los indicadores convencionales y los indicadores promedios, nunca hemos estado mejor en las Américas; pero eso no significa que los

grupos humanos, los diversos grupos que componen la sociedad, sean partícipes de estos logros. Existe una polarización en que los extremos nos indican que dentro de estos países, estos logros no se han extendido a toda la población. Existen grandes diferencias entre los ricos y pobres y se requiere una mejor distribución, tanto de los ingresos como del desarrollo humano. Las ganancias en salud en la región de las Américas solo podrán ser alcanzadas para los distintos grupos, no solo promoviendo el crecimiento económico, sino reduciendo fundamentalmente las desigualdades, tanto en la distribución del ingreso como en las oportunidades para el desarrollo humano dentro de los países.

Uno de los elementos que siempre me ha preocupado es los indicadores de los objetivos y metas del milenio para el desarrollo. En mi opinión, obviamente es una iniciativa importante; todo lo que galvanice a la comunidad internacional y nacional para el desarrollo humano sostenible es una gran iniciativa, pero yo he cuestionado en mi equipo que los indicadores que están recolectando son indicadores nacionales, no son indicadores subnacionales, y que los indicadores nacionales nuevamente van a impedir observar en dónde el

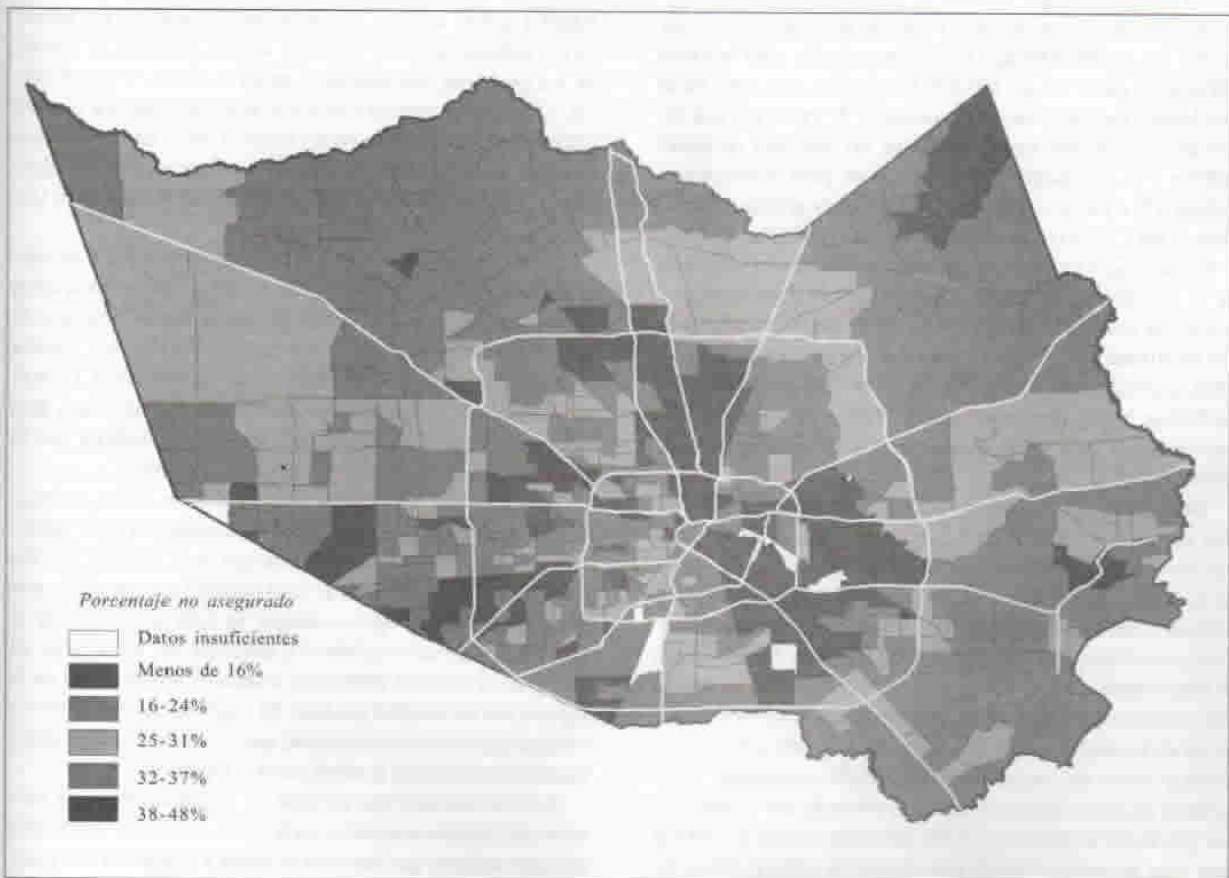


Figura 5. Porcentaje de población menor de 65 años sin seguro de salud, condado Harris, Texas

desarrollo no ha funcionado dentro del país, y a pesar de las luchas que hemos realizado, no fuimos lo suficientemente exitosos para mostrar, incluso en Naciones Unidas, que la desagregación de la información a escala subnacional es relevante, y hemos pedido a los ministros de salud y a sus equipos que realicen no solo los promedios nacionales, sino la distribución, dentro de los países, de los indicadores relacionados con las metas y los objetivos.

Quisiera indicar ahora cómo en los análisis de situación de salud ha habido un cambio sustantivo en un hito de la epidemiología, que fue la reunión en la que algunos de ustedes o sus profesores participaron en Buenos Aires en 1983: la gran Reunión de Desafíos de la Epidemiología, que fue una reunión de mucha importancia para el desarrollo de la epidemiología y de la salud pública en las Américas. Allí se propuso el uso de la mortalidad en los análisis de situación de salud; se instrumentó y fue muy importante porque los aportes de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia fueron importantísimos, con el concepto de planificación estratégica, con dependencia e incertidumbre en conflicto y con el papel de la administración de los servicios de salud.

En la epidemiología del 2005 necesitamos hacer importantes transformaciones que nos permitan mostrar no solo los retos y las dificultades que hemos encontrado para la salud pública. El concepto de tributabilidad es un concepto en el que hemos indicado que los problemas de salud pública no son necesariamente responsabilidad del ministro de salud pública y de su equipo. Hemos hecho un gran esfuerzo con Celade y Naciones Unidas para señalar en la última publicación de los Objetivos del Milenio qué porcentaje de la salud y de su no logro se debe al sector educación, al sector vivienda, al ministro de economía, para denunciar no solo qué porcentaje de esa mortalidad prematura o de esa morbilidad o de esa insatisfacción o de esa escasa calidad de vida se deben a otros sectores. Siempre hablamos de la intersectorialidad y no hemos hecho los estudios consistentes para indicar qué porcentaje de esos problemas pueden ser atribuibles a estos otros sectores.

Nuevamente, la presento como una oportunidad para todos nosotros, en la comunidad de salud pública, de ver nuevas herramientas, nuevas visiones de la medición y la visión de la salud pública. Tenemos que abrir en esta globalización nuevos espacios de trabajo. Yo comparto que la globalización es un fenómeno dramático, difícil, crítico. Sin embargo, la humanidad, en todos sus ciclos de producción, ha tenido ese componente o ese esfuerzo histórico de transformar, y a pesar de los esfuerzos de los esclavistas, de los señores feudales y ahora del capitalismo, ha habido un cambio, y ese cambio se debe a todos nosotros. A pesar de los esfuerzos y las presiones económicas y del mercado, queda no solo el reto sino la oportunidad de transformar la salud pública, así como nuestros predecesores transformaron la salud pública a principios del siglo XX.

Esa transformación de la salud pública que ocurrió a principios del siglo XX fue extraordinaria, nos dejó un legado fantástico, el legado que usamos hasta hoy pero que tenemos que transformar; es un legado histórico de más de cien años, y ahora tenemos que decir: la globalización es un reto, pero también es una oportunidad para transformar y poner la salud pública nuevamente como un elemento fundamental de nuestro trabajo hacia la salud del público.

En estos espacios de medición que nos presenta esta nueva salud pública, el reto más importante en nuestra opinión es la equidad, dar a cada quien lo que le corresponde, lo que necesita; no es dar a todos lo mismo porque si les damos lo mismo, seguimos haciendo lo mismo. Tenemos que dar a cada uno lo que necesita y, por tanto, la visión de OPS o de la OMS es insuficiente; son visiones globales y, al igual que la fotografía del mundo, ve el mundo pero no ve las personas; las personas las vemos nosotros y ustedes en el nivel local, en el nivel real. Por tanto, la equidad es poder dar esos estudios y ese trabajo en lo cotidiano, en lo usual, en estos espacios de trabajo nuestro, y en este sentido, desde luego, necesitamos tener visión. Tenemos herramientas, pero las herramientas científicas nunca han avanzado como ahora. Tenemos herramientas que no usamos, que están sin embargo en los libros, en los últimos estudios, pero que aún no ponemos en práctica. La medicina, por otro lado, en un año hace la transferencia. ¿Cuántos procedimientos diagnósticos, cuántos nuevos tratamientos han venido en los últimos cinco años y cuántos cambios en la salud pública? Y esto es una responsabilidad, no de la población; es una responsabilidad nuestra, y es importante entonces asumirla, trabajarla.

Tenemos que olvidar el concepto de enfermedad, el concepto de daño. La enfermedad es un daño, pero existen otros daños que tenemos que considerar; asimismo, el elemento de la mortalidad prematura y, fundamentalmente, los nuevos conceptos de calidad y satisfacción de la población. En este momento, calidad de vida ha sido una de las vertientes más relevantes de la epidemiología y debemos considerar que la satisfacción de la población también es relevante.

Esto nos lleva finalmente a considerar un nuevo paradigma de la salud pública y a ver qué elementos son esenciales y útiles para el análisis de situación que es la primera *función esencial* de la salud pública; pero también tenemos que usar la salud pública, la epidemiología, en toda la evaluación de las políticas de salud pública. Curiosamente, no escuché en este evento ninguna referencia a un hito fundamental en la legislación de la salud pública. En mayo se aprobó el nuevo Código Sanitario Internacional, que va a tener unas grandes transformaciones en la salud pública mundial.

Les recomiendo que revisen las implicaciones que va a tener ese cambio sustantivo en la legislación; una legislación bastante antigua que fue transformada y cambiada con grandes polémicas en este mes de mayo. Tenemos también que evaluar cuál es el impacto de nuestros programas y de nues-

tro trabajo en la salud de la población. Uno de los aspectos que más será relevante es el de ver por qué los programas de salud pública en realidad no funcionan. Creo que esta será

una de las tareas más relevante para observar: la evaluación del impacto que tenemos como programas de salud pública en la calidad de vida de la población.