

Editorial

LAS ESTRATEGIAS EPIDEMIOLOGICAS PARA LA SALUD EN UN MUNDO CAMBIANTE

Del 17 al 23 de septiembre de 1977 se celebró en Las Croabas, Puerto Rico, la 8ª Reunión Científica de la Asociación Internacional de Epidemiología (IEA) patrocinada por la OMS y la OPS. En las sesiones se examinaron las relaciones de las estrategias epidemiológicas con los factores biológicos del medio; el estilo de vida; el comportamiento humano; la evaluación de la atención de la salud, y la regionalización de los servicios de salud. Fue también objeto de análisis el enfoque epidemiológico de diferentes enfermedades: artritis; cáncer; desórdenes oculares; enfermedades bacterianas, víricas, parasitarias y respiratorias crónicas; así como medicamentos, salud mental y toxicomanía; vivienda; micotoxinas en los alimentos; nutrición; reproducción; información y estadísticas de salud, recursos humanos y atención médica.

Asistieron como invitados especiales el Dr. Halfdan Mahler, Director General de la OMS; el Dr. Héctor R. Acuña, Director de la OSP, y el Hon. Marc Lalonde, entonces Ministro de Salud y Bienestar de Canadá. El Dr. Mahler se refirió al tema central de la Reunión "Las estrategias epidemiológicas para la salud en un mundo cambiante"; el Dr. Acuña centró su exposición en las estrategias epidemiológicas para la salud en América Latina y el Caribe, y el Hon. Lalonde, a su vez, enfocó el tema desde la perspectiva canadiense. El discurso del ex Ministro de Canadá se publicará en la sección editorial del número de marzo del Boletín.

DISCURSO PRONUNCIADO POR EL DR. HALFDAN MAHLER

Director General de la Organización Mundial de la Salud

La invitación para hablar ante esta Reunión Científica de la Asociación Internacional de Epidemiología me complace por muchas razones. Como epidemiólogo que dejó de ejercer hace muy poco tiempo, me satisface participar en este importante acto. En mi calidad de Director General de la Organización Mundial de la Salud, me da la oportunidad de expresar mi sincero aprecio por los trabajos en colaboración que hemos llevado a cabo hasta ahora. Asimismo, me permite renovar e intensificar el diálogo y fortalecer los vínculos entre la OMS y la comunidad mundial de epidemiólogos, en momentos en que la OMS se encuentra en un punto crítico de su historia y se están introduciendo cambios radicales en la metodología de fomento y desarrollo de la salud en todo el mundo.

¿Mejoramiento de la salud o de los servicios de salud?

Personalmente opino que si en salud pudiéramos imaginar una *tabula rasa*, en el sentido de estar en posesión de todo el conocimiento científico contemporáneo res-

pecto de los estados positivos y negativos de salud, pero sin tener ante nosotros las restricciones—o la tiranía, si se quiere—de la actual industria de consumo de la medicina, difícilmente encararíamos las actividades de salud del mismo modo que ahora.

A decir verdad, creo que el estado de bienestar físico, mental y social, por no decir un ciclo continuo y armonioso de salud desde el nacimiento, el curso de la vida a la muerte por oposición a un ciclo discontinuo de episodios mórbidos, es casi una incógnita sin sentido en un mundo consumidor de medicina.

Sin embargo, sea cual fuere el significado de estos dilemas existenciales para la salud futura de la gente que vive en las prósperas sociedades de consumo, algunas características sorprendentes de los llamados sistemas de atención de la salud actuales están fuera de toda duda, a saber:

1. Que los recursos políticos, sociales, técnicos y financieros, en ningún país se asignan de manera apropiada a la solución de los problemas de salud de la población total.
2. Que no se ha demostrado objetivamente que la mayor parte de las intervenciones médicas sean verdaderamente eficaces y específicas en la prevención, tratamiento o rehabilitación ni se han identificado objetivamente los grupos a riesgo, a los que debieran aplicarse las relativamente pocas intervenciones eficaces y específicas.
3. Que los sistemas de atención de la salud o, mejor dicho, los sistemas de consumo de servicios médicos no tienen una estructura claramente encaminada a proporcionar las intervenciones más válidas para la mayor proporción de personas a riesgo, lo más temprano posible, al menor costo y de una manera aceptable.

Si bien los países ricos que han aceptado, más o menos voluntariamente, convertirse en sociedades de derroche pueden darse el lujo de hacer oídos sordos a la situación, está lejos de ser esta una posibilidad para los países en desarrollo donde los hombres y mujeres continuarán siendo, por muchos decenios, la fuente más importante de energía. Es posible que los países ricos estén agotando su energía no humana, pero en los países pobres la energía humana está minada por un bajo nivel de salud al punto de socavar un aporte decisivo a la productividad social y económica. Que más de mil millones de personas que habitan en este llamado mundo en desarrollo estén afectadas por una combinación de carencias nutricionales y enfermedades parasitarias, es acaso suficiente ilustración de este calamitoso derroche de la energía humana. Estos países no pueden darse el lujo de perpetuar el síndrome de la adopción tecnológica que muchos de nosotros, los profesionales del desarrollo, hemos tenido tanto éxito en propagar. Por cuanto la realización de la salud no es solo un anhelo humano individual, sino también y por sobre todas las cosas un objetivo social, un elevado grado de pertinencia social debe ser la clave de la política en salud; en cambio, con mucha frecuencia, esta política se dicta en función de una tecnología sumamente compleja y onerosa que no ha sido puesta a prueba y sin que se preste una atención satisfactoria a sus objetivos y consecuencias sociales.

Estas situaciones, a las cuales hasta hace poco se prestó escasa atención, llevaron al Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud a declarar solemnemente en su 51ª Reunión de 1973: "...el desarrollo de los servicios de salud no va en muchos países a la zaga del crecimiento demográfico, tanto cuantitativa como

cualitativamente, y esta situación lleva camino de empeorar. Aun cuando, haciendo gala de optimismo, se afirme que esos servicios tienden a mejorar, el Consejo considera que estamos en vísperas de una grave crisis a la que habrá que hacer frente sin demora, pues podría provocar una reacción tan destructiva como onerosa. Los servicios de salud parecen suscitar gran descontento entre las poblaciones no solo de los países desarrollados, sino también de los del tercer mundo. Las causas de este descontento se pueden resumir del modo siguiente: la incapacidad de conseguir que los servicios respondan a los deseos de la población; la imposibilidad de lograr una cobertura nacional suficiente para satisfacer la demanda manifiesta y para adaptarse a la evolución de las necesidades; la incapacidad de los servicios para eliminar las importantes diferencias existentes en cuanto a situación sanitaria entre los distintos países o, en el interior de un mismo país, entre los distintos grupos de población; el rápido aumento de los gastos de salud sin mejora apreciable y significativa de los servicios; por último, el sentimiento de impotencia del usuario que, con razón o sin ella, estima que los servicios de salud y su personal siguen una vía que les es propia y que quizá sea satisfactoria para las profesiones sanitarias, pero que no responde a los deseos del usuario y queda fuera de su esfera de influencia".¹

Relación entre salud, ambiente, sociedad y economía

La salud, uno de los anhelos más importantes del hombre, no existe en el vacío. Está vinculada con un complejo de factores ambientales, sociales y económicos; además, sobre ella influyen estos factores ambientales, sociales y económicos que, en último análisis, guardan relación entre sí. En las poblaciones menos privilegiadas que mencioné hace un momento, además de la enfermedad, se advierte "una combinación perniciosa de desempleo y subempleo, de pobreza económica, de escasez de bienes materiales, de un nivel bajo de instrucción, de malas condiciones de vivienda, de saneamiento deficiente, de malnutrición, de mala salud, de apatía social y de falta de voluntad y espíritu de iniciativa para mejorar la situación".² Sería utópico esperar mejoramientos substanciales de la salud en estos países si antes no se eliminan, o mitigan, estas condiciones restrictivas.

A fin de realizar un progreso verdadero, por lo tanto, debemos dejar de ver el mundo a través del color de los cristales de nuestra profesión médica. Quiero señalar y honrar las contribuciones de la epidemiología y de los epidemiólogos que, gracias a sus descubrimientos fundamentales respecto de la causalidad multifactorial de la enfermedad, por mucho tiempo han venido destacando el nexo entre los problemas de salud de gran importancia para el hombre y los factores sociales, económicos y ambientales. Sin embargo, habida cuenta de las enormes consecuencias políticas, sociales, técnicas y económicas de esta percepción multidimensional de los problemas de la salud, creo que la mayor parte de los epidemiólogos contemporáneos se ajusta a criterios sumamente convencionales.

Con frecuencia utilizamos los aportes del fomento de la salud y de los servicios de salud como si fueran conceptos intercambiables. Es común creer que el mejoramiento de la salud se debe enteramente a las intervenciones médicas y que si se contara con más recursos se podría adquirir una nueva parte alícuota de salud.

¹OMS. *Actas Oficiales de la Organización Mundial de la Salud* No. 206, Parte I, Anexo II. Estudio orgánico sobre métodos para promover el desarrollo de los servicios básicos de salud. Ginebra, 1973.

²Mahler, H.. Salud para todos en el año 2000. *Crónica de la OMS*. 29 (12): 497-502, 1975.

Naturalmente, esto no es verdad. La salud es un objetivo que un país procura alcanzar por todos los medios posibles. No es monopolio de un sector particular, ni siquiera del sector salud. La experiencia ha enseñado que en algunas sociedades en proceso de industrialización, los grandes descubrimientos médicos y los perfeccionamientos tecnológicos han hecho poco más que acentuar una tendencia ya existente. En una reciente reseña de los cambios en la situación de salud en relación con los posibles factores causales en el Reino Unido y otros países, el profesor McKeown demostró que pocos aspectos podían vincularse directa o indirectamente con las intervenciones médicas.³ Asimismo, es evidente que las medidas adoptadas fuera del sector salud pueden tener efectos de salud superiores a los obtenidos a través de la actividad del sector específico. Además de los conocidos resultados del abastecimiento de agua potable y el mejoramiento de los servicios de eliminación de desechos, lo mismo puede decirse del perfeccionamiento de las prácticas agropecuarias y comercialización de los productos, así como de una educación general mejor y más amplia de la población, etc. También es cierto que los proyectos de desarrollo económico pueden tener efectos nocivos sobre la salud o, por lo menos, una mezcla de efectos positivos y negativos. Como se ha observado, por ejemplo, en los grandes proyectos de riego en Africa Oriental y Occidental que requieren la creación de embalses artificiales, esta actividad ha ampliado el volumen de proteína de pescado puesto a disposición del pueblo, pero también se ha intensificado el riesgo de esquistosomiasis y otras infecciones transmitidas por vectores.

Prevención de la enfermedad y fomento de la salud

En cuanto a la situación del mundo próspero, que se está haciendo rápidamente extensiva a la del mundo en desarrollo, advertimos que, a la sombra del vasto volumen de recursos que ahora se destina a los problemas de la enfermedad y la mortalidad tratados con medios altamente tecnológicos, la prevención de la enfermedad y el fomento de la salud quedan relegados a segundo lugar y el hombre, la familia y la comunidad pasan a ser espectadores negativos. A decir verdad, hemos ido olvidando que hoy más que nunca la solución de los problemas de salud contemporáneos—como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades de transmisión sexual, los accidentes de tránsito, la desnutrición (y la obesidad), la farmacodependencia (incluido el alcoholismo) y la mortalidad infantil—depende de aquello que los individuos *por sí mismos* hacen o no hacen *en su propio beneficio*. Ayudarles a hacerlo es el desafío que enfrenta un servicios de salud genuino, por oposición al servicio médico que genera dependencia. ¿Acaso es extraño que a los médicos se nos acuse de constituir la profesión socialmente más alienada de la sociedad contemporánea?

Creo que debemos modificar radicalmente la actitud de establecer una vinculación restringida entre la salud y las realizaciones de los servicios de salud, adquirir una perspectiva más amplia y pensar en la salud como resultado del avance en todo el frente del desarrollo socioeconómico del cual forman parte los servicios de salud. A este respecto, considero que los epidemiólogos y sus mecanismos de investigación e información son los centinelas de la sociedad en cuestiones de salud: proporcionan la información esencial para definir prioridades, así como la información funda-

³ McKeown, T. *The role of medicine, dream, mirage or nemesis* The Nuffield Provincial Hospital Trust, Londres, 1976.

mental sobre la salud y la enfermedad y, al poner de manifiesto asociaciones significativas con factores afines, en una perspectiva de tiempo y espacio, allanan el camino a la intervención, participan en el proceso de cambio mediante el pronóstico del efecto de distintas estrategias de atención de la salud según las diversas pautas de las condiciones vigentes y, por último, contribuyen a evaluar el efecto de la intervención y la identificación de las posibles causas del fracaso. El epidemiólogo, al igual que otros integrantes del equipo de salud, debe aceptar una mayor función social en el fomento de la salud; la nítida distinción entre investigaciones y capacitación por un lado, y servicios por el otro, ya no es aceptable. Debemos formar una nueva generación de epidemiólogos orientados hacia la atención de la salud, por conducto de la aplicación del conocimiento adquirido a la solución de los problemas de salud en un contexto integral. Debemos considerar que la identificación de conceptos, enfoques y métodos epidemiológicos son no solo pertinentes a la formación del epidemiólogo profesional, sino también a la capacitación de todo el personal de salud. A mi juicio, la epidemiología puede contribuir a la formación de una actitud mental sumamente favorable a la realización de las nuevas funciones que se exigen a las profesiones de la salud, si queremos alcanzar, antes de que termine el siglo, un nivel de salud que dé ocasión de llevar una vida social y económicamente productiva a todos los ciudadanos del mundo.

Si examinamos los progresos alcanzados en cuanto a hábitos dietéticos y de fumar, condiciones del trabajo, contaminación del medio, estabilidad del medio familiar y por último, aunque con el mismo grado de importancia en cuanto a la creación de un nuevo orden económico y social internacional para atacar directamente a la pobreza, debemos decir que, como profesionales y como seres humanos, tenemos poquísimas razones para felicitarnos.

La salud como respuesta de la comunidad a sus problemas

Ha llegado el momento de que me refiera a la parte más interesante de nuestro trabajo. Ya he mencionado la falta de habilidad de muchos servicios de salud para responder de manera apropiada a las necesidades de la comunidad. Con frecuencia hablamos de la "cobertura" de los servicios de salud y, con orgullo no disimulado, decimos que se ha establecido tal o cual servicio a fin de dar cobertura a esta o aquella zona, donde viven tantos miles de habitantes. Al parecer no percibimos que, para ser válida, la cobertura debe guardar relación con un contacto productivo entre el servicio de salud y la población respecto de necesidades específicas, y que nuestras exposiciones normativas fácilmente pueden constituir una distorsión de la realidad. La realidad es la de la población para la cual se dice que se ha provisto un servicio, pero en muchos lugares solo una minoría vive cerca del servicio y puede, por lo tanto, utilizarlo, quedando excluida la mayoría. Rara vez se consideran los conceptos de accesibilidad y aceptabilidad. Sin embargo, quiero añadir sin tardanza que la sola extensión de los servicios de salud convencionales, por grande que sea su alcance en la comunidad, no ha de producir las mejoras necesarias. La salud no es un producto que se da: se debe generar desde dentro. Análogamente, la acción en salud no puede y no debe ser un esfuerzo impuesto desde afuera, ajeno a la población; en cambio, debe ser una respuesta de la comunidad a los problemas que percibe, llevada a cabo de modo que sea aceptable a la comunidad y cuente con el debido apoyo de una infraestructura apropiada. Este es, en esencia, el pro-

ceso de infiltración interior de la atención primaria de salud. Exige que las comunidades asuman mayores responsabilidades en la definición de sus necesidades, la identificación de soluciones, la movilización de recursos locales y la creación de los organismos locales necesarios. Se la define como una serie de actividades sencillas, no todas ellas de naturaleza médica, encaminada a satisfacer las necesidades esenciales de salud de individuos, familias y comunidades y a mejorar la calidad de la vida. Estas actividades se deben llevar a cabo de manera congruente con las realidades locales y vinculadas de manera apropiada con los servicios de salud establecidos y otras actividades de desarrollo emprendidas en la comunidad.

La atención primaria de salud está condicionada por su marco ecológico y por lo tanto puede comenzar en distintos sectores y manifestarse de distintas formas. Por ejemplo, en algunos países la administración de salud se debe considerar unida a otros elementos, como el aumento o perfeccionamiento de la producción alimentaria, el mejoramiento del riego, la comercialización de productos, etc. El Dr. Carrol Behrhorst, cuando trabajaba con las pobres y aisladas poblaciones mayas de la meseta india de Guatemala, tratando de determinar primero las prioridades reales del pueblo, observó que, a pesar de que la mortalidad infantil era elevada, las enfermedades diarreicas y respiratorias abrumadoras y no se contaba con servicios organizados de salud, los problemas de la salud y la enfermedad se ubicaban muy abajo en la lista de necesidades percibidas. La medicina curativa ocupaba el séptimo lugar en la lista de prioridades, después de la justicia social y económica, la tenencia de la tierra, la producción y comercialización agrícolas, el control de la natalidad, la buena nutrición y la formación en salud. Esta secuencia no era nada ilógica. "Curar a los enfermos en clínicas y hospitales ubicados en la selva, la sabana y la montaña, dice el Dr. Behrhorst, era algo así como vaciar el Océano Atlántico con una cucharilla; servía para que el personal se sintiese activo y útil, y que todo el mundo se maravillase contemplando la cuchara."⁴ Esto no significa que el pueblo considere que los servicios de salud carecen de importancia, sino que otras necesidades, como la de obtener alimento, tierra, vivienda o una fuente accesible de agua, son de vida o muerte y, de acuerdo con la sabiduría popular, se deben obtener primero para que las demás cosas tengan sentido. Rara vez hemos considerado que estas necesidades tienen un lugar en nuestra política explícita de mejoramiento de la salud y, por lo tanto, corremos el riesgo de obrar de manera restringida, unilateral e ineficaz. Esto pone de manifiesto la interdependencia del mejoramiento de la salud y otros aspectos del desarrollo social y económico e incorpora nuevas dimensiones a los análisis epidemiológicos. También en este caso me temo que la sabiduría epidemiológica convencional poco ha hecho por otorgar verosimilitud científica a la presunta importancia de la participación individual, familiar y comunitaria en la promoción de la salud.

Los países se han mostrado muy activos en el establecimiento de servicios de atención primaria de salud. Desde el punto de vista técnico, estimo que nos estamos aproximando a un punto en el cual será necesario emprender grandes esfuerzos de evaluación nacional a fin de determinar los servicios más prometedores y viables para considerarlos como modelos aptos y fáciles de adaptar en amplia escala, en distintas regiones de un país o en otros países. Esto, sumado a la iniciación y administración de programas de atención primaria de salud en gran escala entrañará

⁴ Behrhorst, C. El proyecto de salud de Chimaltenango (Guatemala) En K. W. Newell (ed). *La salud por el pueblo* OMS, Ginebra, 1975.

considerables problemas metodológicos, pues tendremos ante nosotros variables sociológicas con las cuales no estamos tan familiarizados y trabajadores de salud de un nivel relativamente bajo de capacitación tecnológica. Ya es tiempo de que, teórica y prácticamente, comprendamos que el conocimiento de la estrategia de iniciación del cambio social es un instrumento tan útil de mejoramiento de la salud como el conocimiento de la tecnología médica. Sin embargo, esta es la dirección que debe imprimirse al mejoramiento de la salud, y la atención primaria es un instrumento importante para avanzar en tal rumbo.

El concepto de pertinencia en investigación y tecnología

En este momento en que luchamos por reorientar el programa mundial de salud hacia el desarrollo y la participación de la comunidad, la atención primaria de salud en sus expresiones sectoriales e intersectoriales y hacia una mayor vinculación con las necesidades sociales, quisiera establecer una distinción entre el concepto de "alta tecnología" y el de "tecnología apropiada". Podría decirse que idealmente debiéramos proporcionar los "mejores" tipos de atención de salud asequibles al mayor número posible de personas. Aunque debe continuar el progreso y encontrarse variantes nuevas y más perfectas, este enfoque puede llegar a ser contraproducente en las circunstancias más favorables. Si consideramos que la tecnología de salud, a más de proporcionar los instrumentos de la acción en salud, debiera también tener en cuenta cuestiones relativas a la forma en que el pueblo vive y se comporta, los recursos que tiene a su disposición, los demás problemas que ha de encarar y las modalidades de atención de salud, resulta evidente que no existe una solución ideal para el problema, sino solo variantes apropiadas a las condiciones vigentes. También en este caso hemos de reemplazar los conceptos de complejidad, eficiencia y profesionalismo con los de pertinencia, eficacia y aceptabilidad.

La elaboración de una tecnología apropiada a las condiciones sociales y económicas específicas no es cosa sencilla. El descubrimiento de instrumentos simples requiere el mismo nivel de pensamiento, originalidad y utilización de métodos científicos que cualquier otro tipo de investigación, y la identificación de métodos de solución de problemas que sean eficaces y seguros, al par que de utilización económica y sencilla, puede requerir un proceso complejo y una inversión considerable. Lo mismo puede decirse de la puesta a prueba de la tecnología en distintas condiciones de aplicación. En la 29ª Asamblea Mundial de la Salud (mayo de 1976) indiqué que la aplicación de la tecnología para la prestación de servicios de salud requerirá no menos inversión que la elaboración de esa tecnología, y que la investigación en sistemas de salud es un aspecto descuidado, al cual la comunidad mundial tendrá que prestar mucho más atención si se quiere hacer un progreso auténtico en la organización y administración de la salud. Sin embargo, hay distintas formas de hacer las cosas. No podemos aceptar ya los resultados de los ensayos clínicos controlados o las pruebas de eficiencia operativa realizadas en poblaciones cautivas o en condiciones artificiales como criterios definitivos en virtud de los cuales se ha de justificar el éxito de una intervención. Las cuestiones que se plantean se han modificado a la luz de la situación mundial de salud y los criterios deben ser distintos, esto es, deben ser sociales y económicos, más que profesionales y técnicos. El concepto de pertinencia en un determinado contexto ambiental y socioeconómico,

debe ser el concepto dominante; esto tiene varias consecuencias interrelacionadas. Primero, significa que la prueba última de las técnicas, instrumentos, métodos y enfoques es saber si dan resultado en el medio social y físico al cual se han de destinar; segundo, por esta razón los resultados de la investigación de sistemas de salud se aplican principalmente a las condiciones en las cuales se obtuvieron y difícilmente se pueden aplicar en otras; tercero, esta clase de investigaciones no se puede considerar como un esfuerzo independiente, sino como parte de la acción y el sistema a los cuales previsiblemente contribuirá; cuarto, la investigación de sistemas de salud debe estar constantemente presente en el proceso integral del desarrollo de los sistemas de salud, inducir la participación de autoridades y trabajadores de salud junto con los investigadores, dejar de ser la preocupación de un reducido núcleo académico y convertirse en el derecho y la responsabilidad de todos aquellos a quienes interesa el mejoramiento de la salud.

Por definición, la epidemiología es una ciencia aplicada y, como tal, sus avances se han de juzgar de acuerdo con la contribución que hagan a una vida mejor. Para eso, el requisito previo esencial es una interacción apropiada entre el epidemiólogo y la autoridad, no solo en los sistemas convencionales de salud, sino también en relación con cualquier acción extrasectorial que pueda influir en la salud. El profesor Anderson dice que "los epidemiólogos son excelentes críticos sociales, y los programas de capacitación epidemiológica, al poner el acento más en el análisis que en la síntesis, pueden preparar iconoclastas y no personas con una imaginación epidemiológica creativa".⁵

El profesor Anderson censura así un posible comportamiento improductivo, pero al mismo tiempo indica que estas cualidades críticas pueden ser sumamente útiles para la sociedad si los epidemiólogos tratan de participar más ampliamente en las investigaciones orientadas hacia la acción, se les da oportunidad de participar más directamente en el proceso de toma de decisiones administrativas, consienten en comunicar sus resultados en términos que se puedan comprender y utilizar con facilidad y si, asimismo, se fortalecen o establecen las estructuras que facilitarán esta creciente interacción entre el epidemiólogo y la autoridad.

Por lo tanto, mi conclusión es que los epidemiólogos podrán hacer grandes contribuciones metodológicas en tres aspectos esenciales:

1. Definición de problemas. No podemos todavía medir los problemas de salud en el marco de tendencias integrales e interactivas y de sistemas de preferencia social.

2. Evaluación de la intervención. Necesitamos una metodología de insumo-producto para evaluar las intervenciones—tales como la creciente participación de la comunidad—en sistemas de atención de salud preexistentes. En la mayoría de los casos faltan estudios válidos de control en poblaciones comparables.

3. Sistemas de información. No podemos todavía generar datos pertinentes, lógicos y congruentes con destino a las autoridades, en todos los niveles políticos y operativos, de los sistemas de salud establecidos.

Picasso dijo una vez: "Para ser joven se necesitan muchos años". Ciertamente estimo que, si bien esta Asociación y la OMS se acercan cronológicamente a la madurez, ambas muestran síntomas inequívocos de comportamiento juvenil, por

⁵ Anderson, D. O. *Canada Epidemiology in the Planning Process in British Columbia Description of an Experience with a New Model in Epidemiology as a Fundamental Science* Oxford University Press, Nueva York, 1976

cuanto se están adaptando cada vez mejor a las necesidades de nuestras sociedades y están actuando con más imaginación, flexibilidad y capacidad de adaptación e integración en el mundo del que forman parte. Como ha dicho Goethe: "En el principio fue la acción". ¿Estamos finalmente listos para ella?

DISCURSO PRONUNCIADO POR EL DR. HECTOR R. ACUÑA

Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

Es para mí muy grato asistir a la 8ª Reunión Científica de la Asociación Internacional de Epidemiología que se celebra en la capital de esta bella isla, con la participación de tantas autoridades internacionales en este campo. Es una grata coincidencia que este acontecimiento se lleve a cabo en el año que la Organización Panamericana de la Salud celebra su 75º aniversario.

El Dr. Mahler acaba de exponer el tema global "Estrategias epidemiológicas para la salud en un mundo cambiante". En mi calidad de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, enfocaré mi exposición hacia las estrategias epidemiológicas para la salud en América Latina y el Caribe. Me referiré a Canadá y a Estados Unidos de América, en la medida en que estos países participen en las propuestas epidemiológicas para los países en desarrollo de la Región.

En primer lugar, daré un breve informe sobre el estado de la epidemiología en la Región. Luego, identificaré cuatro áreas problema que son de especial importancia para que la epidemiología marche a tono con el mundo en rápida evolución, e indicaré estrategias generales compatibles con el programa de trabajo de la OPS/OMS que ayudarán a los Países Miembros a fortalecer el componente de epidemiología de sus servicios de salud.

Estado de la epidemiología en la Región

En América Latina y el Caribe, lo mismo que en otros lugares, la epidemiología tuvo su origen en la prevención y control de las enfermedades transmisibles. La vigilancia y evaluación epidemiológicas constituyeron elementos básicos de los programas de erradicación de la malaria iniciados durante los decenios de 1940 y 1950. El enfoque epidemiológico fue también la piedra angular de las campañas de erradicación de la viruela en el Hemisferio que alcanzaron resultados satisfactorios. El éxito de la epidemiología en estos programas verticales supervisados y bien organizados se hizo sentir en dos direcciones. Primero, la mayoría de los países han aplicado la epidemiología a programas verticales semejantes, como los encaminados a combatir la tuberculosis, la lepra y al control y erradicación de los vectores. Segundo, se ha procurado usar la epidemiología como un servicio complementario en relación con otras enfermedades, incluyendo las no transmisibles, y en programas generales de salud.

No obstante, los datos epidemiológicos de América Latina y el Caribe indican claramente que las enfermedades transmisibles, y sobre todo las infecciones res-