



10 de septiembre de 1948

Me refiero atentamente al Informe Final de la IV Reunión del Comité Ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, celebrada en Washington del 3 al 13 de mayo de 1948 que fué enviado a usted con fecha 8 de junio de 1948. En la parte del Informe referente a las Secciones I y II, Organización y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana, el Comité Ejecutivo recomendó que el Consejo Directivo que se reunirá en la Ciudad de México a partir del 4 de octubre de 1948, apruebe un presupuesto adecuado, distribuido de acuerdo con una escala fija de contribuciones, mas bien que basado como en la actualidad en una contribución fija per capita, de un dólar por mil habitantes mas las contribuciones suplementarias que puedan ser gestionadas por el Director de la Oficina ante los gobiernos individualmente considerados.

La acción del Consejo Directivo en Buenos Aires, que estableció para el año completo de 1948, la cuota actual de un dólar por mil habitantes, mas las contribuciones adicionales de aquellos países en posibilidad y voluntad de hacerlas, se basó en los Artículos 60 y 56 del Código Sanitario Panamericano, cuya parte pertinente dice lo siguiente:

Art. 60 - "Para los fines del desempeño de las funciones y deberes que se imponen a la Oficina Sanitaria Panamericana ....recogerá un fondo....cuya suma será prorrateada entre los Gobiernos signatarios sobre la misma base o proporción en que se prorratean los gastos de la Unión Panamericana."

Art. 56 - ".....  
.....  
A fin de poder desempeñar con mayor eficacia sus funciones, dicha Oficina puede.....aceptar dádivas, donaciones y legados."

Hasta antes del año fiscal de 1949, las contribuciones a la Unión Panamericana eran prorrateadas entre los Gobiernos signatarios sobre una base fija per capita, pero en enero de 1948, la Unión Panamericana abandonó la base para obtener fondos per capita, favoreciendo una fór-

mula que señala a cada país un determinado porcentaje del presupuesto aprobado. La fórmula para el año fiscal que principió el primero de julio de 1948 fué obtenida calculando el 40% de ella sobre la base de población y el 60% sobre la base de capacidad de pago, estimada según la fórmula de pagos a las Naciones Unidas. Teniendo en cuenta que, de acuerdo con el Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano citado anteriormente, los fondos de la Oficina Sanitaria Panamericana deben ser prorrateados entre los Estados Miembros en la misma forma que lo son los fondos de la Unión Panamericana, el cambio en la escala de la Unión afecta automáticamente el prorratio de las contribuciones para la Oficina.

El Comité Ejecutivo, creyendo que la disparidad de condiciones económicas que existe entre los países del Hemisferio Occidental hace difícil preparar un presupuesto adecuado para el trabajo de la Oficina, por medio de contribuciones distribuidas en la base de cualquiera de las fórmulas aprobadas, sin que al mismo tiempo se sobrecarguen algunos países, instruyó al Director para preparar una nueva escala de contribuciones la que debería reflejar el interés declarado por un cierto número de países en las actividades sanitarias interamericanas. El Comité penso que debería reconocerse la buena voluntad de algunos países para cubrir un porcentaje mayor del costo del programa de salud internacional para elaborar un presupuesto adecuado, sin imponer sobre ningún país una carga muy pesada.

Se resolvió además que el presupuesto se divida en dos partes, una administrativa que deberá ser distribuida entre los Gobiernos Miembros de acuerdo con la fórmula usada por la Unión Panamericana y una funcional que será distribuida de acuerdo con la nueva escala.

El Director no ha tenido a su disposición información alguna que no hubiera estado a disposición del Comité distribuidor, de la Unión Panamericana o de las Naciones Unidas, excepto la espléndida respuesta de algunos países a la petición del Director, en nombre de la Oficina.

La nueva escala ha sido obtenida sólo después de una cuidadosa consideración de las fórmulas existentes. La proporción asignada a los Estados Unidos se hizo en una base directa, per capita, y llega a 51.67%. El restante 48.33% se ha dividido entre los otros estados miembros teniendo en consideración: 1) el por ciento que habría correspondido a cada estado en la distribución si se hubiera usado la escala de la Unión Panamericana; 2) la relativa facilidad con la que algunos países pudieran disponer de dólares; y 3) la buena voluntad declarada por varios países, para hacer contribuciones suplementarias a la Oficina.

Se cree que la presente escala no establece ninguna carga indebida sobre ningún país. En efecto la nueva escala reúne las contribuciones de todos los países latinoamericanos, contribuyendo los Estados Unidos con algo más de una cantidad semejante.

El presupuesto calculado para la primera mitad de 1949 es de \$700,000 en proporción de \$1,400,000 anuales lo que dá un ligero aumen-

to sobre el presupuesto aprobado para el año completo de 1948. El presupuesto calculado para el año fiscal de 1950, empezando el primero de julio de 1949, alcanza aproximadamente \$2,000,000. Estos presupuestos permitirán una expansión razonable de las actividades de la Oficina y al mismo tiempo permitirá disponer de fondos para encuestas epidemiológicas y otros estudios y para proyectar una mayor ampliación futura.

El Comité Ejecutivo ha instruido al Director para solicitar a los Gobiernos, en nombre del Comité que autorizen a sus Representantes a la Segunda Reunión del Consejo Directivo para aprobar los programas y los presupuestos para la primera mitad de 1949 y para el año fiscal de 1949-1950.

Las estimaciones presupuestales que se acompañan a este oficio se dividen de acuerdo con las secciones administrativa y funcional, en un cuadro que muestra las respectivas proporciones para cada país: 1) de acuerdo con la escala de la Unión Panamericana para el año fiscal de 1949 y 2) de acuerdo con la escala de la Unión para la parte administrativa del presupuesto y con la escala especial para la parte funcional del presupuesto de acuerdo con lo ordenado por el Comité Ejecutivo.

Me permito solicitar encarecidamente que su Gobierno considere cuidadosamente el problema financiero esencial para el trabajo adecuado de la Oficina Sanitaria Panamericana y que se den instrucciones, de acuerdo con esa necesidad, a su Representante a la Reunión del Consejo Directivo en la Ciudad de México.

Como Director de la Oficina durante el último año y medio, he encontrado que es imposible por carencia de fondos mejorar los servicios existentes o iniciar la ejecución de proyectos para cubrir las demandas de la sanidad panamericana. Es indispensable que se establezcan provisiones financieras adecuadas, a fin de que la Oficina sirva a las autoridades sanitarias de las Américas de acuerdo con el Código y con las oportunidades y necesidades presentes.

Reitero a usted mi distinguida consideración y me repito de usted,

su muy atto. y s. s.,

Fred L. Soper

FLS/em

Adj.

## INFORME SOBRE EL PROGRAMA DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

## INDICE

Página

Programa Autorizado

Introducción - Fines del Código Sanitario Panamericano.....	1
I. Funciones y Deberes de la Oficina Sanitaria establecidos por el Código Sanitario Panamericano (Habana 1924) Artículos 54 a 59, inclusive .....	1
II. Responsabilidades de la Oficina Sanitaria Panamericana determinadas por las Conferencias Sanitarias Panamericanas, de acuerdo con el Artículo 54 del Código Sanitario (Habana 1924).....	3
III. Responsabilidades de la Oficina Sanitaria Panamericana determinadas por el Consejo Directivo de acuerdo con el Artículo 8 de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana.....	5
IV. Responsabilidades de la Oficina Sanitaria Panamericana determinadas por la Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad.....	6
V. Responsabilidades de la Oficina Sanitaria Panamericana establecidas por la Conferencia Fronteriza Mexicana-Estadounidense de salubridad pública, Laredo, 1947.....	6

Programa Actual

VI. Actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana durante 1948 en relación con las responsabilidades establecidas por el Código Sanitario, por las Conferencias y por el Consejo Directivo.....	7
--	---

Programa Propuesto

VII. Consideraciones que orientan el programa de la Oficina Sanitaria Panamericana para los períodos de enero 1 a junio 30 de 1949 y julio 1 de 1949 a junio 30 de 1950.....	12
VIII. Resumen del presupuesto propuesto para los seis meses comprendidos entre enero 1 a junio 30 de 1949.....	26
IX. Resumen del presupuesto propuesto para el año fiscal, julio 1 de 1949 a junio 30 de 1950.....	27

10 de septiembre de 1948

INFORME SOBRE EL PROGRAMA DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Programa Autorizado

La Oficina Sanitaria Panamericana fué creada por la Primera Conferencia Sanitaria Panamericana en 1902 para la colección y diseminación de información sobre la forma en que ocurren las enfermedades pestilenciales. El Código Sanitario Panamericano de 1924, Tratado bajo el cual funciona la Oficina, estableció muchas funciones y deberes adicionales para la Oficina, y se le han añadido de cuando en cuando otras por las Conferencias Sanitarias Panamericanas.

Los fines del Código Sanitario Panamericano son los siguientes (Art. 1):

- a. Prevenir la propagación internacional de infecciones o enfermedades susceptibles de transmitirse a seres humanos;
- b. Estimular o adoptar medidas cooperativas encaminadas a impedir la introducción y propagación de enfermedades en los territorios de los Gobiernos signatarios o procedentes de los mismos.
- c. Uniformar la recolección de datos estadísticos relativos a la morbilidad en los países de los Gobiernos signatarios.
- d. Estimular el intercambio de informes que puedan ser valiosos para mejorar la sanidad pública y combatir las enfermedades propias del hombre.

I. Funciones y Deberes de la Oficina Sanitaria Panamericana Establecidos por el Código Sanitario Panamericano (Habana 1924) en los Artículos 54 a. 59, inclusive.

- A. Constituirá la agencia sanitaria central de coordinación de las varias Repúblicas que forman la Unión Panamericana.
- B. Servirá como el centro general de recolección de informes sanitarios procedentes de dichas Repúblicas y enviados a las mismas.

C. Publicará informes sobre:

1. Clasificación de causas de defunción.
2. Formas estándar para informar sobre enfermedades transmisibles.
3. Formas estándar para todas las demás estadísticas vitales.
4. Tabulación de las condiciones sanitarias en puertos del Hemisferio Occidental.
5. Instrucciones sobre las medidas que se deberán tomar por dueños y capitanes de buques para prevenir la propagación internacional de enfermedades.

D. Proveer a las autoridades sanitarias de los gobiernos signatarios por medio de sus publicaciones o de otra manera apropiada de toda la información disponible en relación con:

1. El estado actual de las enfermedades transmisibles del hombre.
2. Nuevas invasiones de tales enfermedades y medidas empleadas para erradicarlas.
3. Estadísticas de morbilidad y mortalidad.
4. Nuevos métodos para combatir las enfermedades.
5. Organización y administración de sanidad pública (Códigos Sanitarios).
6. Progresos en cualquiera de las ramas de la medicina preventiva.

E. Emprender estudios epidemiológicos u otros, en cooperación, empleando especialistas con este propósito.

F. Estimular y facilitar la investigación científica y la aplicación práctica de los resultados obtenidos.

G. Actuar como consultor y consejero de las autoridades sanitarias de los diversos gobiernos en la interpretación y aplicación de las disposiciones del Código Sanitario. (Cuarentena)

H. Obtener para los fines de ayuda y adelanto mutuos en la protección de la sanidad pública, a solicitud de las autoridades sanitarias de cualquiera de los gobiernos signatarios, - el intercambio de profesores, de oficiales médicos y sanitarios, de especialistas o consejeros en higiene pública o en cualquiera de las ciencias sanitarias, \*

I. Aquellas funciones administrativas y obligaciones que puedan serle impuestas o determinadas por las Conferencias Sanitarias Panamericanas.

II. Responsabilidades de la Oficina Sanitaria Panamericana determinadas por las Conferencias Sanitarias Panamericanas, de acuerdo con el Artículo 54 del Código Sanitario (Habana 1924).

- A. La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, enero de 1947) aumentó considerablemente la materia objeto de obligaciones de la Oficina Sanitaria Panamericana, resolviendo:
1. Que la Oficina deberá añadir a su programa los aspectos médico-sanitarios de la asistencia médica y la seguridad social;
  2. Que la Oficina deberá actuar como la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en el Hemisferio Occidental, sobre la base de un acuerdo que se negociará con tal Organización.
- B. Las Conferencias Sanitarias Panamericanas, IX, X, XI y XII, han dado ordenamientos expresos a la Oficina, que cubren:
1. Peste bubónica.
    - a. Continuación de la campaña para su erradicación en la América del Sur (XI-1942).
    - b. Intensificación de las investigaciones de peste en roedores silvestres (XII-1947).
  2. Brucelosis. Que fué declarada problema de importancia internacional (XII-1947).
  3. Tifo.
    - a. Organización de un Comité (XI-1942).
    - b. Popularización de insecticidas residuales y de rodenticidas (XII-1947).
    - c. Vigorización de la ayuda a investigadores de tifo en instituciones oficiales o privadas; (XII-1947).
    - d. Estandarización de la nomenclatura de las rickettsiasis (XII-1947).
  4. Tripanosomiasis. (Enfermedad de Chagas)(XII-1947).
    - a. Encuestas epidemiológicas en países del Hemisferio Occidental.
    - b. Estudios de la biología del parásito, del insecto vector y de métodos diagnósticos.
    - c. Desarrollo de habitación rural y económica a prueba de insectos vectores.
    - d. Estudio sistemático de insecticidas activos contra triatomas.

B. Ordenamientos expresos, etc. (continuación)

5. Alimentos y Medicamentos (XII-1947).
  - a. Creación de una Comisión Permanente de veintiún miembros que representen a todos los Gobiernos Miembros.
  - b. Creación de una Sección para estudiar los problemas de exportación, importación, elaboración y abastecimiento de alimentos y medicamentos.
  - c. Preparación de un Código Bromatológico Panamericano, que defina, clasifique y establezca patrones de pureza.
  - d. Arreglos para proveer a los laboratorios oficiales de patrones farmacológicos, biológicos y bacteriológicos.
6. Educación higiénica (XII-1947).
  - a. Formación de un Comité Técnico.
  - b. Creación de una Sección en la Oficina.
7. La formación de Comités Panamericanos de
  - a. Paludismo (X-1938); (XII-1947)
  - b. Ingeniería Sanitaria (XI-1942)
  - c. Habitación (higiénica) (XI-1942)
  - d. Bioestadística (XI-1942)
  - e. Nutrición (X-1938)
8. La convocación de reuniones panamericanas.
  - a. Conferencias Sanitarias Panamericanas cuatrienales (X-1938)
  - b. Conferencias de Directores de Sanidad, cuatrienales (X-1938)
  - c. Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana, anualmente (XII-1947)
  - d. Comité Ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, bianualmente (XII-1947)
  - e. Ingenieros Sanitarios de los Departamentos de Salubridad (X-1938).
9. La orientación técnica del saneamiento a lo largo de la Carretera Panamericana (XI-1942)
10. La formulación de las normas y condiciones en que las Instituciones que así lo deseen, deban inscribirse en la Oficina Sanitaria Panamericana como instituciones panamericanas de investigación científica, de enseñanza sanitaria y de estandarización de productos de aplicaciones diagnósticas y terapéuticas. (B.A. IX-1934).

B. Ordenamientos expresos, etc. (Continuación)

11. Tuberculosis. Organización de una sección especial para el estudio de la tuberculosis (B.A. IX-1934).
12. Farmacopea. Coordinación de las actividades de los Comités de Farmacopeas Nacionales con el propósito de llegar finalmente a la preparación de una sola farmacopea (B.A. IX-1934).

C. Las Conferencias han hecho también recomendaciones especiales para que se tome acción común, por los Gobiernos, en diversos problemas, que comprenden:

1. Administración sanitaria
2. Escuelas de higiene
3. Enfermería sanitaria
4. Mortalidad infantil
5. Protección materna
6. Patrones biológicos
7. Tuberculosis
8. Enfermedades venéreas
9. Lepra
10. Rabia
11. Poliomiélitis.

La experiencia muestra que las recomendaciones de esa naturaleza pueden tener gran valor práctico, siempre que la Oficina actúe como agencia coordinadora central, a través de la cual se mantenga interés común en los problemas.

III. Responsabilidades de la Oficina Sanitaria Panamericana determinadas por el Consejo Directivo de acuerdo con el Artículo 8 de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana.

Ordenamientos expresos se dieron a la Oficina en la Primera Reunión del Consejo Directivo, celebrada en Buenos Aires en 1947, para:

- A. La solución del problema continental de la fiebre amarilla urbana basada fundamentalmente en la erradicación del Aedes aegypti. La Oficina está autorizada para desarrollar el programa de acuerdo con los países interesados, tomando las medidas necesarias para resolver los problemas que puedan suscitarse: ya sean sanitarios, económicos y legales.
- B. El establecimiento de una Sección de relaciones con otras organizaciones.

IV. Responsabilidades de la Oficina Sanitaria Panamericana determinados por la Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad.

La V Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad

(Washington, 1944), recomendó que

La Oficina acepte la responsabilidad de prepararse debidamente para ser el conducto uniforme para solicitar, transmitir y obtener becas inter-gubernamentales para enseñanza en materias de salubridad pública y asistencia.

V. Responsabilidades de la Oficina Sanitaria Panamericana establecidas por la Conferencia Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad Pública, Laredo, 1947.

La Conferencia Fronteriza con representantes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México, del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos, y de los Departamentos Estaduales de Salubridad de Arizona, California, Nuevo México y Texas, acordaron:

Que la Oficina Sanitaria Panamericana coordine las actividades sanitarias a lo largo de toda la frontera para la intensificación del control de las enfermedades venéreas y de la tuberculosis; para promover la educación higiénica y la higiene materno-infantil y para el control del paludismo y el tifo en ciertas zonas limitadas.

Programa Actual

La Oficina Sanitaria Panamericana nunca ha tenido suficientes fondos con los cuales llevar a cabo, directamente, el programa que se le ha autorizado. La Oficina ha dependido siempre del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos, para la mayor parte de su personal profesional y ha llevado a cabo muchos de sus estudios de campo con fondos recibidos del Instituto Nacional de Higiene. Durante la II Guerra Mundial se recibieron fondos suplementarios de algunas otras organizaciones de salubridad para llevar a cabo programas concretos de higiene, pero se han reducido considerablemente durante los últimos dos años. Aún en el máximo de trabajo durante esa época las actividades de la Oficina fueron relativamente reducidas en número y la mayor parte de ellas tenían distribución geográfica muy limitada.

Las cuotas con que contribuyen los Estados Miembros se han dedicado principalmente para sostener el personal en la oficina central, para coleccionar y distribuir informes estadísticos y para la publicación del Boletín mensual que es ampliamente distribuido a toda la América Latina. Cuando se dispuso de algunos fondos para nuevos programas de campo durante la época de la II Guerra Mundial, no se efectuó el aumento necesario del personal de la oficina central, ni se modernizó la organización de la Oficina para poder satisfacer las actividades crecientes.

La siguiente lista de actividades de la Oficina muestra la dispersión de sus actividades, sin tratar de indicar con precisión, lo muy insuficiente del personal con el cual se deberían supervisar y dirigir adecuadamente dichas actividades.

VI. Actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana durante 1948 en relación con las responsabilidades establecidas por el Código Sanitario, por las Conferencias y por el Consejo Directivo.

Programas y Compromisos

A. Oficina Central

1. Epidemiología y Estadística - Recolección y distribución de información. Notificación internacional y localización de contactos de enfermedades venéreas. Informe Epidemiológico Semanal. Informe Epidemiológico Mensual.
2. Sección Editorial. Boletín Mensual. Preparación de informes.
3. Biblioteca.
4. Servicio de información a organizaciones oficiales y particulares, sobre condiciones médicas y sanitarias en América. Consultas técnicas, colocación de becarios y estudiantes, construcción de hospitales, proyectos, etc. Muy insuficiente.
5. Servicio de Compras. Nuevo servicio que pudo obtener los archivos del catálogo de la UNRRA; organizado y preparado para adquirir materiales para los servicios sanitarios de cualquier país de las Américas; actuará como agente para las adquisiciones de radioisotopos, narcóticos, patrones biológicos y cepas bacterianas.
6. Servicio Consultivo de Enfermería y Enseñanza de Enfermería. (Con ayuda financiera de la Fundación Rockefeller durante un año).
7. Ingeniería Sanitaria.
  - a. Consultas sobre abastecimientos de agua, eliminación de aguas servidas y habitación higiénica.
  - b. Colaboración con la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria en sus conferencias y su publicación de su Periódico Trimestral.
8. Reuniones auspiciadas por la Oficina Sanitaria Panamericana.
  - a. Conferencias Fronterizas de Salubridad
    - 1) Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay, - Montevideo, marzo de 1948.
    - 2) Argentina, Bolivia, Paraguay - Salta, marzo de 1948.
    - 3) Argentina, Chile, - Santiago, noviembre de 1948.
    - 4) Ecuador, Perú - septiembre de 1948.
  - b. Segunda Reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana - Ciudad de México, octubre de 1948.
  - c. Sexta Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad - Ciudad de México, octubre de 1948.
  - d. Cuarta Reunión del Comité Ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana - Washington, D.C., mayo de 1948; Quinta Reunión del Comité Ejecutivo - Ciudad de México, octubre de 1948.
  - e. Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad Pública, Laredo, Texas, y Nuevo Laredo, México, marzo de 1948.
  - f. Conferencia Interamericana de Brucelosis - Mendoza y Buenos Aires, Argentina, noviembre de 1948.

8. Reuniones auspiciadas por la Oficina Sanitaria Panamericana (Continuación)
  - g. Primer Congreso Interamericano de Ingeniería Sanitaria - Santiago, Chile, abril de 1948.
  - h. Comité de Especialistas en Paludismo de la Organización Mundial de la Salud - Washington, D. C., mayo de 1948, con asistencia del Comité Panamericano de Paludismo.
9. Reuniones con participación de la Oficina Sanitaria Panamericana.
  - a. Primera Asamblea de la Organización Mundial de la Salud - Ginebra, junio - julio de 1948.
  - b. Asamblea General de 1948 de la Unión Internacional contra las Enfermedades Venéreas - Copenhague, septiembre de 1948 (Celebración del 25to. Aniversario).
  - c. Comisión de Revisión de las Convenciones Sanitarias Internacionales, Comité de Especialistas en Control Internacional de Epidemias (Organización Mundial de la Salud), Ginebra, abril de 1948; noviembre de 1948.
  - d. Novena Conferencia Internacional de los Estados Americanos - Bogotá, marzo-abril de 1948.
  - e. IX Congreso Panamericano de Protección a la Infancia - Caracas, enero de 1948.
  - f. Grupo Conjunto de Estudio de l'Office International d'Hygiène Publique y de la Organización Mundial de la Salud sobre peste, tifo y otras enfermedades - Comité de Especialistas en Control Internacional de Epidemias - París, marzo-abril de 1948; octubre de 1948.
  - g. Comisión Económica de la América Latina - Santiago, junio de 1948.
  - h. Cuartos Congresos Internacionales de Medicina Tropical y Paludismo - Washington, mayo de 1948.

---

\*Este Congreso, reunido en Washington, mayo 10-18, 1948, aprobó una resolución pidiendo a la Oficina que actúe como centro de información y coordinación entre las instituciones e investigadores interesados en el estudio de la enfermedad de Chagas y en leishmaniasis, con el fin de obtener una investigación metódica, de acuerdo con un programa coordinado, en el Hemisferio Occidental.

10. Ayuda de Personal Técnico para la celebración de Conferencias Internacionales

Quinto Congreso Internacional de Lepra - Habana, Cuba, abril de 1948.

Conferencia de Nutrición para Latino América - Montevideo, julio de 1948. (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación).

11. Colaboración en Programas de Becas con:

el Gobierno Venezolano (Paludismo)  
la Sociedad Americana Trudeau (Tuberculosis)  
la Fundación Kellogg (Nutrición)

12. Especialistas técnicos prestados por y a la Oficina

Especialista en Paludismo de los EE.UU. a Venezuela  
Ingeniero Sanitario de los EE.UU. a Brasil (Bahía)

B. Oficina de El Paso

1. Coordinación de las actividades sanitarias a lo largo de toda la Frontera de México y Estados Unidos, con especial énfasis en el control de enfermedades venéreas, tuberculosis, tifo y paludismo. (La poliomielitis se incluyó en 1948).
2. Asociación de Salubridad Fronteriza Mexicana-Estadounidense.

C. Oficina de Guatemala

1. Programas de investigación en colaboración con el Instituto Nacional de Higiene (NIH), EE.UU., en
  - a. Onocercosis. Estudios clínicos, investigación, terapéutica, estudios entomológicos, insecticidas.
  - b. Investigación de productos terapéuticos para el paludismo.
  - c. Investigación en enfermedades venéreas.
2. Control de tifo. Vacunación y DDT. (En colaboración con el Gobierno de Guatemala).
3. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Contribuciones de la Fundación Kellogg y de los gobiernos interesados.
4. Control de Enfermedades Venéreas.
  - a. Estandarización de laboratorios.
  - b. Centro internacional de adiestramiento para laboratoristas (serólogos).

D. Oficina de Lima

1. Peste. Epidemiología, investigación y orientación de las medidas de control.
2. Enseñanza de enfermería.
3. Ingeniería Sanitaria.
4. Coordinación de las actividades sanitarias a lo largo de las fronteras.

E. Erradicación del Aedes aegypti.

1. Sector sur de Sud América.

Coordinación de actividades en Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay.

2. Sector norte de Sud América.

- a. Coordinación de actividades en Brasil, Ecuador, Venezuela.
- b. Negociaciones con Colombia, Guayanas Francesa, Holandesa e Inglesa, y Trinidad.

Programa Propuesto

Al considerar cualquier programa para una organización regional de salubridad, debe tenerse en cuenta que no existen zonas internacionales en las que operen organizaciones sanitarias internacionales. Las actividades de las organizaciones sanitarias internacionales deben estar ligadas siempre a las de los servicios nacionales de salubridad. La organización sanitaria internacional es la institución a través de la cual cooperan entre sí las autoridades sanitarias de los Gobiernos Miembros, sea para recoger y distribuir información de todas clases, para el estudio y la solución de problemas higiénicos de interés común, para el intercambio de especialistas técnicos y para el adiestramiento de personal.

VII. Consideraciones que determinan el programa de la Oficina Sanitaria Panamericana para los períodos de enero 1<sup>o</sup> a junio 30 de 1949 y de julio 1<sup>o</sup> de 1949 a junio 30 de 1950.

El programa de la Oficina no puede abarcar en el futuro inmediato, todas sus funciones y obligaciones oficiales. Existen numerosos factores, además de los financieros, que obligan a limitarlo y es necesario escoger algunas de entre las varias oportunidades que existen de dar servicio.

En general, debe darse preferencia a las responsabilidades establecidas en el Código (Sección I, de la A a la H), poniendo énfasis en la consolidación y vigorización del programa actual antes de emprender nuevas actividades. Se ha dado preferencia a los programas de carácter internacional y a las actividades en las cuales hay oportunidad de obtener ayuda financiera de los gobiernos o de algunas instituciones particulares. Algunas de estas actividades son especialmente oportunas porque hay posibilidad de disponer de personal especializado que pertenece a otras agencias y que puede utilizarse. La decisión tomada en algunos casos ha sido influenciada por la importancia real de ciertos problemas particulares, así como también porque disponemos de métodos eficaces para su solución. En algunos casos se han tenido en cuenta varias o todas las consideraciones expresadas.

A. Factores que limitan la acción.

1. Insuficiencia del personal actual en el campo y en la Oficina Central para el programa asignado.
2. Imposibilidad de improvisar el personal técnico urgente para el trabajo internacional de salubridad.
3. Falta de información básica esencial para preparar planes para la realización de algunas actividades.
4. Magnitud de la ayuda obtenible en la zona que vaya a ser servida por la Oficina.
5. Necesidad de negociar acuerdos entre los gobiernos, comprendiendo los detalles técnicos, administrativos y financieros de los programas, dentro de cada país.
6. Falta de capital circulante y reserva para cubrir los gastos iniciales en 1949 y garantizar la con-

tinuidad de las operaciones hasta que se cubran las cuotas.

B. Factores que influyen sobre la selección de actividades.

1. Responsabilidad fundamental establecida en el Código.

a. Los deberes fundamentales impuestos por el Código son: La obligación de proveer a las autoridades sanitarias de veintidós países, en los cuales se hablan cuatro idiomas, con toda la información disponible sobre enfermedades transmisibles, medidas para la erradicación de las mismas, estadísticas de morbilidad y mortalidad, nuevos métodos para combatir las enfermedades, administración sanitaria y todos los progresos de medicina preventiva.

(1) Para cumplir debidamente con las funciones expresadas se necesita la organización de una Sección de Información y un aumento considerable en el personal de la Biblioteca, del de la Sección de Estadística y Epidemiología, del de la Editorial y el de la Oficina Central.

(2) Se necesita establecer contacto en el terreno con los oficiales estadígrafos, a fin de obtener estadísticas comparables, procedentes de todos los países y además dar cursos uniformes de adiestramiento.

(3) Para obtener el mayor provecho y utilidad de las estadísticas recogidas, debe proveerse el análisis e interpretación epidemiológica de los datos obtenidos sobre problemas de interés general.

b. Históricamente, las organizaciones internacionales de salubridad deben en su mayor parte su existencia a las enfermedades pestilenciales, la fiebre amarilla, viruela, cólera, peste y tifo, y una gran parte del Código Sanitario Panamericano está dedicado a la reglamentación sobre estas enfermedades. Por tanto tiempo cuanto continúen existiendo en una región estas enfermedades, forzosamente constituirán una responsabilidad primordial de la organización sanitaria regional.

(1) Fiebre Amarilla. Por un poco más de treinta años, la Fundación Rockefeller ha tomado parte activa en el estudio y control de la fiebre amarilla en las Américas y con respecto a esta enfermedad, ha funcionado como una organización sanitaria regional aliviando a la Oficina Sanitaria Panamericana de mucho del peso de este problema. Durante este período, se han desarro-

llado métodos para la erradicación del Aedes aegypti, vector urbano de la fiebre amarilla, y para la protección en masa por medio de la vacunación de las poblaciones expuestas; se ha descubierto la existencia de la fiebre amarilla selvática entre los animales de la selva y se han resuelto algunos de sus misterios; además, se han instalado y están preparados para elaborar vacuna, tres laboratorios, uno en los Estados Unidos, otro, en Brasil, y otro, en Colombia.

La Fundación Rockefeller considera hoy que su contribución a este problema está terminada y está retirando su participación en los estudios de la fiebre amarilla y su control. Se considera que el momento es propicio para hacerlo porque no han ocurrido brotes de fiebre amarilla urbana en las Américas desde hace muchos años, y sólo pequeños brotes de la enfermedad selvática, desde 1945. La Oficina Sanitaria Panamericana necesita entrar a cubrir el hueco dejado por esa retirada.

Servicios de laboratorio. Elaboración de vacuna. Es esencial que las autoridades sanitarias a través de todo el continente dispongan de servicios de laboratorio para el diagnóstico de fiebre amarilla y para la elaboración de vacuna. La Fundación Rockefeller colaboró con los gobiernos de Colombia y de Brasil en la instalación de esta clase de servicios en Bogotá y en Río de Janeiro, centros estratégicos desde los cuales se puede servir al resto del continente. Durante el período de colaboración de la Fundación fué relativamente fácil coordinar el trabajo ejecutado en esos laboratorios y dirigir sus energías a la solución de los problemas, incluyendo la elaboración y distribución de vacuna, asunto de interés general para todos los países. Es importante que esa coordinación continúe y que la Oficina Sanitaria Panamericana tenga la responsabilidad de mantener contacto con estos dos laboratorios y con el problema completo de fiebre amarilla en Sud América.

Se ha hecho la sugestión de que se use la vacuna combinada contra la fiebre amarilla y la viruela, como lo hacen los franceses en Africa Occidental. El método tiene decididas ventajas, pero nunca ha sido ensayado en las Américas. La prueba de este método en las Américas es un asunto de interés general y deberá ser realizado en fecha próxima.

(1) Fiebre Amarilla (continuación)

Erradicación de Aedes Aegypti. Aunque se tienen a mano los medios para la solución del problema de la fiebre amarilla, la tarea está muy lejos de completarse, y continúa la amenaza en estos días de rápido transporte aéreo a todas las ciudades que pueden albergar al Aedes aegypti. La Oficina ha estado trabajando bajo órdenes expresas del Consejo Directivo desde octubre de 1947 coordinando las actividades para la erradicación del aegypti de las Américas a fin de eliminar completamente el peligro de fiebre amarilla urbana. Para este programa la Oficina tiene la colaboración total del Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Brasil, cuyo Director acepta decididamente que la liberación permanente de su país del aegypti, depende de su erradicación de los países vecinos.

Como resultado de los muchos años de experiencia en trabajos de erradicación en Bolivia y en Brasil, no se duda de que el Aedes aegypti, el vector de la fiebre amarilla y del dengue, puede ser erradicado del continente. Es sumamente importante impulsar el programa hasta su conclusión en Sud América y ascender con la mayor rapidez posible a través de la América Central y las Antillas hasta México y los Estados Unidos, eliminando en esa forma el peligro de reinfestación de las zonas ya limpias.

Podría parecer a algunas personas que considerarían la aparente falta de importancia relativa de la fiebre amarilla en los últimos años, que se ha dado un énfasis exagerado a este problema en el programa de la Oficina. Pero no puede olvidarse que la fiebre amarilla continúa existiendo como una enfermedad animal y que de cuando en cuando ocurren en la mayoría de los países de la América del Sur, con excepción de Uruguay y Chile, algunos casos humanos capaces de introducir la enfermedad en áreas urbanas. La ocurrencia reciente de casos de fiebre amarilla (selvática) (junio de 1948) en Misiones, Argentina, y Río Grande do Sul, Brasil, solamente recalca la amplia distribución geográfica de la amenaza.

Por otra parte, la situación actual es el resultado de muchos años de esfuerzo constante junto con el gasto de muchos millones de dólares.

(1) Fiebre amarilla (continuación)

El estado de adelanto del programa para la erradicación de Aedes aegypti en Bolivia, Brasil y Perú, hace imperioso continuar la erradicación en otras regiones tan rápidamente como sea posible.

Los fondos invertidos en la erradicación del Aedes aegypti deben ser considerados a la luz de una inversión de capital de la cual se obtendrán en el futuro dividendos bajo la forma de liberación de la fiebre amarilla y del dengue, y un aumento de bienestar para todos los habitantes de las ciudades del Hemisferio Occidental.

(2) Peste. Desde la fecha de invasión del Hemisferio Occidental por la peste, al principiar el siglo, la peste ha sido una amenaza constante para las Repúblicas Americanas. Está confinada principalmente a los distritos rurales de Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador, Estados Unidos, Perú y Venezuela.

Se piensa que se debe en parte al trabajo de la Oficina cooperando con los países infectados, el que en años recientes la enfermedad sea un problema de poca importancia para los embarques en el Hemisferio Occidental. Los principales puertos están hoy libres de peste, pero de tiempo en tiempo se describe la enfermedad en algunos de los pequeños puertos o pueblos del interior. Se podrán suprimir esos focos localizados de peste y hacerlo con rapidez por medio del uso de nuevos agentes químicos, insecticidas y rodenticidas. Miembros del personal de la Oficina han tomado parte importante en el desarrollo de métodos para estudiar y usar esos agentes químicos en el campo.

Con las facilidades ofrecidas a la Oficina en el Perú y por las que dispondrá de un laboratorio bien equipado y personal de campo, la Oficina está en posibilidad de adiestrar médicos y tecnólogos de otros países en la epidemiología de la peste y métodos modernos de control de la misma. La esperanza final para la erradicación de la peste en las Américas, dependerá de la acción armónica de personal adecuadamente adiestrado que trabaje concertadamente en los

(2) Peste (continuación)

países infectados. La continuación de la existencia de peste en las Américas es un desafío definitivo para la Oficina que durante tantos años ha trabajado en este importante problema.

(3) Rickettsiasis: Tifo.

La introducción del DDT ha hecho factible el control y la erradicación del tifo ya sea transmitido por piojos o por pulgas. No puede subestimarse la importancia de estas enfermedades en muchas partes de las Américas.

La Oficina Sanitaria Panamericana ha venido colaborando con las autoridades sanitarias de Guatemala en un programa de tres años, propuesto por el Comité Panamericano de Tifo en 1945, el que se basa en el uso de vacuna y DDT.

Queda mucho por hacer a fin de desarrollar métodos económicos para la erradicación del tifo y para introducir tales métodos en todas las zonas infectadas.

(4) Viruela. Desde que Jenner demostró en 1796 el valor de la vacunación, la erradicación de la viruela de todo el mundo ha sido científicamente posible, pero la vieja amenaza persiste todavía. Las Repúblicas Americanas en el Caribe y unas cuantas en la parte continental evidentemente han erradicado la enfermedad, ya que no han habido ni casos ni brotes notificados durante varios años. Por otra parte, se han notificado casos y brotes con alguna frecuencia en otros países y la enfermedad continúa pasando de un sitio a otro. (En 1947 ocurrió un brote en la ciudad de Nueva York resultante de un caso importado de México).

Deberá utilizarse la posición de la Oficina como agencia internacional para coordinar el control de las enfermedades transmisibles, a fin de ayudar en la erradicación de la viruela en las Américas. Pagará grandes dividendos en la solución de este eterno programa el gasto de una cantidad relativamente pequeña, empleada en mejorar el tipo de vacuna usada en los trópicos

y para estimular a los servicios locales de salubridad para realizar programas uniformes de vacunación en masa.

- (5) Cólera. Aunque el cólera no ha constituido en el presente siglo un serio problema, la invasión de Egipto por esta enfermedad en 1947, produjo considerablemente preocupación en algunos sectores. Aunque el programa de la Oficina no presta consideración a este problema, la institución deberá estar lista para sugerir un programa de acción común, si volviera a presentarse nuevamente el peligro.

c. Intercambios de personal; becas.

La experiencia ha mostrado que una función muy importante de las organizaciones sanitarias internacionales consiste en presentar la información y las técnicas de que se dispone en un país llevándolas a la atención de otros, haciendo esto por el intercambio de personal técnico, consultivo y de servicio; para efectuar investigaciones especiales, y para realizar educación formal en instituciones especiales y dar becas viajeras. Es notoriamente insuficiente la cantidad asignada para becas en el presupuesto propuesto por la Oficina, y no alcanzará a cubrir la demanda interamericana.

Sin embargo, antes de emprender el desarrollo de un extenso programa de becas, deberá hacerse una encuesta sobre las necesidades en el campo sanitario en los diversos países de América de personal preparado. La encuesta deberá hacerse también sobre las oportunidades para adiestramiento de diferentes tipos de personal, en los diversos países del Hemisferio Occidental.

2. Carácter Internacional de algunos Problemas.

La solución de los problemas fronterizos de salubridad depende de un grado de colaboración internacional muy difícil de obtener, aun entre vecinos en muy buenas relaciones, en ausencia de una agencia internacional coordinadora.

a. Actividades fronterizas.

- (1) Frontera de México y Estados Unidos. A lo largo de la extensa frontera entre los Estados Unidos y México desde el Golfo hasta el Pacífico, hay una serie de ciudades gemelas, una en los Estados Unidos, una en México; naturalmente con administraciones políticas y sa-

nitarias separadas, pero con un intercambio diario de población muy amplio y con muchos problemas comunes de salubridad. Al principio de los años de la guerra, la Oficina Sanitaria Panamericana tuvo un extenso servicio fronterizo pagado en parte por los Estados Unidos. Posteriormente este Servicio se redujo considerablemente, hasta que en 1947, a iniciativa de la Subsecretaría de Salubridad y Asistencia de México, se celebró una conferencia fronteriza de las autoridades sanitarias de los dos países y se convino en un programa de coordinación que se ha llevado a cabo por medio de la Oficina Sanitaria Panamericana, abarcando tuberculosis, enfermedades venéreas, paludismo, tifo y algunas actividades generales de higiene. Hay una oportunidad para un importante trabajo constructivo a lo largo de la frontera que hasta ahora no ha sido adecuadamente realizada por falta de los elementos necesarios.

(2) Conferencias del Río de la Plata.

Tempranamente en 1948 se celebraron dos conferencias sanitarias, una en Montevideo, Uruguay, y la otra en Salta, Argentina. En la primera, Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay agruparon en un acuerdo sanitario regional puntos de interés especial para los países del Río de la Plata. En la segunda, se llegó a un acuerdo semejante por Argentina, Bolivia y Paraguay. Estos acuerdos locales son muy importantes, pero es indudable que sólo podrán ser completamente eficaces cuando la Oficina Sanitaria Panamericana esté organizada para mantener contacto permanente entre las autoridades de los países participantes.

Se han firmado acuerdos semejantes por Ecuador y Perú, y por Bolivia, Chile y Perú.

b. Oncocercosis.

La oncocercosis es una filariasis de origen africano que se ha establecido en las Américas sólo en algunas partes de Guatemala y México, y que ha mostrado una tendencia inquietante para extenderse de áreas infectadas a zonas limpias. El desarrollo de la Carretera

b. Oncocercosis (continuación)

Panamericana y la mejoría de transportes locales en las regiones infectadas ha facilitado en gran parte el movimiento de individuos infectados de un sitio a otro para satisfacer demandas cambiantes de trabajadores agrícolas, de lo que ha resultado una subsecuente extensión de la enfermedad. La oncocercosis es un problema en el que tienen interés otros países distintos de Guatemala y México. Es indudable que todos los países americanos deberán colaborar a través de la Oficina Sanitaria Panamericana en el esfuerzo para resolver este problema por el desarrollo de métodos terapéuticos y entomológicos de erradicación.

c. Verruga peruana.

La Verruga peruana es una enfermedad originaria de Sud América, desconocida en otras partes del mundo y que por mucho tiempo se creyó limitada a algunos pequeños valles de la región costera del Pacífico en el Perú. Hoy se sabe que existe en muchos más de esos valles y que ha invadido Ecuador y Colombia. También hay informes de casos de la enfermedad en la vertiente oriental de los Andes, en Bolivia, los cuales todavía no han sido investigados conclusivamente. Afortunadamente el insecto vector de esta enfermedad es altamente susceptible a la acción del DDT residual. Cierta número de países tiene interés directo en la realización de una encuesta cuidadosa sobre la distribución de la verruca y en la organización de una campaña para su erradicación antes de que se extienda más.

d. Hidatidosis.

La hidatidosis constituye un problema creciente en la Argentina, Uruguay, el sur del Brasil y Chile. Estos países tienen interés común en que se desarrollen y se implanten vigorosamente métodos para su control.

e. Esquistosomiasis.

La esquistosomiasis es una helmintiasis seria originaria de otras partes del mundo que ya se ha establecido en cierto número de islas de las Indias Occidentales, en Venezuela y en varios estados del Brasil. La enfermedad tiene menor extensión que su caracol huésped (Planorbis), y hay indicaciones de que continúa extendiéndose. Es importante que se hagan estudios de campo bajo cuidadosas condiciones de control examinando un

número grande de productos químicos hasta que se llegue a encontrar un molusquicida satisfactorio.

3. Ayuda financiera de otras organizaciones.

Una organización internacional de sanidad no puede esperar contar con suficientes fondos para llevar a cabo por sí sola todas las actividades que tienen importancia internacional. Debe recordarse que los proyectos que desarrollan en cooperación tienden a obtener fuerza y carácter de cada una de las instituciones cooperantes.

a. Erradicación de Aedes aegypti.

El programa para la erradicación de Aedes Aegypti se basa en la creencia de que la mayor parte de las unidades políticas de las Américas serán capaces de financiar la erradicación del aegypti una vez que reciban orientación experimentada para usar económicamente DDT en este programa. En este momento la Oficina está coordinando las actividades en varios países y en la mayor parte de los casos la erogación total es cubierta por el país respectivo. En ningún caso está contribuyendo la Oficina a cubrir costos del personal empleado localmente.

b. Tifo y peste.

El programa de tifo en Guatemala y los programas de peste en Ecuador y Perú, son financiados por los gobiernos respectivos y los representantes de la Oficina Sanitaria Panamericana actúan en calidad de consejeros.

c. Nutrición.

El proyecto para la creación de un Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá, se basa en las contribuciones económicas de cada uno de los países participantes y de la Fundación Kellogg. La ayuda de la Fundación Kellogg a ese proyecto, ha hecho posible para la Oficina el hacer planes definitivos para contar con una sección de nutrición en la Oficina, y para la selección de su futuro Director, en un momento en que los fondos de la Oficina no permitían hacer tal cosa.

d. Enfermería.

La colaboración financiera de la Fundación Rockefeller ha hecho posible la designación de una Consultora en Enfermería en la Oficina, en una época en que sus fondos propios eran insuficientes.

4. Personal Disponible.

No puede improvisarse el personal encargado de actividades especializadas, en el terreno de la salubridad internacional, y por lo mismo ha sido y deberá continuar siendo política de la Oficina aprovechar todos aquellos casos en los que se pueda disponer de personal capacitado.

a. Erradicación de Aedes aegypti.

La organización del programa para la coordinación de medidas para la erradicación del Aedes aegypti ha sido posible solamente porque en el momento se puede disponer de personal altamente experimentado procedente del Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Brasil. El programa para la erradicación ha progresado en Brasil hasta el momento en que es posible disponer de miembros de su personal para trabajo internacional. Sin esta reserva de personal, se habría demorado considerablemente la organización del programa.

b. Tripanosomiasis (Enfermedad de Chagas).

La Oficina no ha tenido actividad en el problema de la tripanosomiasis, pero se han formulado programas iniciales para coordinar los planes de varios trabajadores activos y bien preparados que estudian en diferentes países, que están trabajando independientemente y que en muchos casos no disponen de suficientes recursos de personal y equipo.

5. La importancia de los problemas particulares y la disponibilidad de métodos para resolverlos.

Hay algunos problemas de tan notoria importancia que aun cuando no constituyen por sí mismos y en esencia, problemas internacionales, merecen colaboración internacional para lograr su resolución.

a. Paludismo.

El paludismo continúa siendo uno de los más importantes problemas de salubridad en el trópico americano. La introducción del DDT como un veneno residual ha hecho posible realizar el sueño de la erradicación práctica de esta enfermedad en el futuro próximo. Es excesivamente importante la diseminación de información sobre los métodos para el uso correcto de este insecticida y la demostración de dichos métodos. Esto es particularmente

cierto, ya que el uso del DDT como un insecticida residual domiciliario es de gran valor para el control de un gran número de otras enfermedades que son transmitidas por insectos en condiciones domésticas. Por esta razón, la sección responsable para el control del paludismo deberá también ser responsable de la liberación de otros insectos en los domicilios, transformándose por lo mismo de Sección de Paludismo en Sección de Desinfestación Domiciliaria.

Se puede comprender la importancia de la Sección de Desinfestación Domiciliaria por la siguiente lista de enfermedades que existen en América y son transmitidas por insectos domésticos o en algunas condiciones en las casas:

- Paludismo
- Fiebre Amarilla
- Dengue
- Fiebre recurrente
- Verruga peruana (enfermedad de Carrión)
- Peste
- Tifo murino
- Tifo epidémico
- Tripanosomiasis (enfermedad de Chagas)
- Leishmaniasis visceral
- Fiebre manchada (Montañas Rocosas)
- Filariasis
- Enfermedades intestinales dispersadas por moscas

La desinfestación doméstica también ayudará grandemente a la comodidad de los habitantes gracias a la eliminación de moscas, chinches y cucarachas.

Es importante que se lleven a cabo estudios para determinar:

- (1) el método más económico de usar insecticidas para resolver importantes problemas dependientes de un solo vector o para la erradicación de una especie dada, y
- (2) el método más útil y económico para la aplicación general de insecticidas que satisfagan la mayoría de los problemas expresados.

b. Enfermedades venéreas.

Las enfermedades venéreas son un importante problema de salubridad pública que se vuelve de importancia internacional en las poblaciones fronterizas y en los puertos internacionales. Se ha realizado un trabajo inicial de colaboración internacional en ciertos estudios terapéuticos especiales, en la estandarización de técnicos de laboratorio para diagnóstico serológico y en la notificación internacional de casos de contactos descubiertos, que ocurren entre personal militar y marino.

Con el desarrollo de métodos que hacen posible la esterilización rápida de casos infectantes puede anticiparse un progreso creciente para la erradicación de las enfermedades venéreas siempre que se haga un esfuerzo administrativo serio. A medida que la frecuencia de los casos de enfermedades venéreas disminuya en el futuro, se prestará más y más atención a las fuentes de infección. Es inevitable pensar que en un futuro no muy distante, las enfermedades venéreas llegarán a ser un asunto de creciente preocupación internacional. Es de considerable importancia que los laboratorios en toda la América se preparen uniformemente para hacer trabajo diagnóstico de calidad y que los métodos terapéuticos y administrativos para la erradicación de las enfermedades venéreas se estandaricen.

6. Importancia de los campos comunes de acción sanitaria.

Ciertos campos generales tienen tanta importancia para cualquier programa de higiene pública que debe considerarse la coordinación de actividades relacionadas con ellos, como parte integrante de los programas regionales de salubridad. En el programa futuro de la Oficina se han previsto secciones de

- a. Ingeniería Sanitaria
- b. Enfermería, y
- c. Educación higiénica.

Una técnica que está demostrando tener bastante éxito en campos generales de actividad es el desarrollo de organizaciones permanentes técnicas con afiliación internacional. La Asociación Mexicana-Estadounidense de Salubridad Pública, actualmente en su sexto año, es activa y útil y tiene reu-

niones anuales bien concurridas que se celebran en diferentes ciudades fronterizas. La más reciente Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria tiene más de 1200 miembros en las diversas Repúblicas Americanas y publica un periódico trimestral.

Parece lógico mirar en el futuro hacia la colaboración de la Oficina con la Asociación Interamericana de Hospitales y con una Asociación Interamericana de Enfermería por establecer.

#### Observación

Muchos puntos que no se han citado anteriormente figuran en los presupuestos que se proponen: uno para los seis meses de enero 1<sup>o</sup> a junio 30 de 1949 y otro para el año fiscal de 1<sup>o</sup> de julio de 1949 al 30 de junio de 1950. No deben considerarse las cantidades propuestas para los renglones particulares como sugiriendo la importancia relativa de ellos ni tampoco programas que eventualmente se desarrollen en los próximos años.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

RESUMEN

VIII.

PRESUPUESTO PROPUESTO PARA SEIS MESES  
ENERO 1<sup>o</sup> DE 1949 A JUNIO 30 DE 1949

---

PARTE I. PRESUPUESTO ADMINISTRATIVO	\$ 243,000.00
PARTE II. PRESUPUESTO FUNCIONAL	457,000.00
TOTAL	<u>\$ 700,000.00</u>

	<u>PARTE I</u>	<u>PARTE II</u>
Oficina Central (Administración)	137,000.00	
Reserva para Impuesto sobre la Renta (Income Tax) y Retiro	20,000.00	
<u>OFICINAS DE ZONA</u>		
Zona No. 1 Sector meridional de América del Norte	21,500.00	19,250.00
Zona No. 2 Sector occidental de América del Sur	21,500.00	19,775.00
Zona No. 3 Sector meridional de América del Sur	21,500.00	19,250.00
Zona No. 4 Sector oriental de América del Sur	21,500.00	19,640.00

PROGRAMAS DE CAMPO Y SECCIONES

Servicios de Biblioteca	8,525.00
Epidemiología y Estadística	19,650.00
Editorial y Publicaciones	27,450.00
Servicios de Compras a los Gobiernos Miembros	13,200.00
Ingeniería Sanitaria	18,300.00
Sección de Enfermería	12,250.00
Sección de Nutrición	-
Higiene Maternal e Infantil	11,425.00
Sección de Odontología	-
Sección de Veterinaria	11,000.00
Alimentos y Medicamentos	15,550.00
Sección de Becas	16,760.00
Sección de Conferencias	10,000.00
Educación Higiénica	11,600.00
División de Salubridad Pública	7,500.00
Administración de Hospitales	13,250.00
División de Servicios Médicos	5,500.00
Desinfestación de domicilios	13,000.00
Rickettsiasis	8,050.00
Tripanosomiasis y Leishmaniasis	9,025.00
Viruela (Programa)	8,050.00
Verruga Peruana (Programa)	4,500.00
Fiebre Amarilla (Programa)	55,250.00
Peste (Programa)	4,100.00
Oncocercosis (Programa)	-
Enfermedades Venéreas (Programa)	45,450.00

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

RESUMEN

PRESUPUESTO PROPUESTO PARA SEIS MESES  
ENERO 1<sup>o</sup> DE 1949 A JUNIO 30 DE 1949

VIII. (Continuación)

PARTE I

PARTE II

Programas de Campo y Secciones

Lepra (Programa)		-
Tuberculosis (Programa)		\$ 7,500.00
Poliomielitis (Programa)		5,500.00
Fiebre Tifoidea (Programa)		3,500.00
Esquistosomiasis (Programa)		7,500.00
Hidatidosis (Programa)		5,700.00

El presupuesto anterior no considera ningún capital circulante.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

IX. RESUMEN  
 PRESUPUESTO PROPUESTO PARA EL AÑO FISCAL 1950  
 JULIO 1º DE 1949 A JUNIO 30 DE 1950

PARTE I. PRESUPUESTO ADMINISTRATIVO	\$ 486,000.00
PARTE II. PRESUPUESTO FUNCIONAL	1,514,000.00
TOTAL	\$2,000,000.00

	<u>PARTE I</u>	<u>PARTE II</u>
Oficina Central (Administración)	318,375.00	
Reserva para Impuesto sobre la Renta (Income Tax) y Retiro	55,000.00	
<u>OFICINAS DE ZONA</u>		
Zona No. 1 Sector meridional de América del Norte	28,156.25	60,043.75
Zona No. 2 Sector occidental de América del Sur	28,156.25	57,893.75
Zona No. 3 Sector meridional de América del Sur	28,156.25	59,543.75
Zona No. 4 Sector oriental de América del Sur	28,156.25	60,243.75
<u>PROGRAMAS DE CAMPO Y SECCIONES</u>		
Servicios de Biblioteca		18,000.00
Epidemiología y Estadística		70,850.00
Editorial y Publicaciones		72,900.00
Servicios de Compras a los Gobiernos Miembros		52,970.00
Ingeniería Sanitaria		39,100.00
Sección de Enfermería		48,900.00
Sección de Nutrición	(No sumado)	55,500.00 *
Higiene Maternal e Infantil		22,400.00
Sección de Odontología		20,200.00
Sección de Veterinaria		21,000.00
Alimentos y Medicamentos		30,000.00
Sección de Becas		123,100.00
Sección de Conferencias		31,105.00
Educación Higiénica		24,700.00
División de Salubridad Pública		14,175.00
Administración de Hospitales		38,500.00
División de Servicios Médicos		11,000.00
Desinfestación de domicilios		26,000.00
Rickettsiasis		27,050.00

\* Financiado por tres gobiernos y la Fundación Kellogg.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

RESUMEN  
PRESUPUESTO PROPUESTO PARA EL AÑO FISCAL 1950  
JULIO 1º DE 1949 A JUNIO 30 DE 1950  
---

<u>IX. (Continuación)</u>	<u>PARTE I</u>	<u>PARTE II</u>
<u>Programas de Campo y Secciones</u>		
Tripanosomiasis y Leishmaniasis		44,025.00
Viruela (Programa)		24,350.00
Verruga Peruana (Programa)		15,950.00
Fiebre Amarilla (Programa)		122,500.00
Aedes Aegypti (Programa)		200,000.00
Peste (Programa)		12,600.00
Oncocercosis (Programa)		4,000.00
Enfermedades Venéreas (Programa)		99,050.00
Lepra (Programa)		1,750.00
Tuberculosis (Programa)		16,200.00
Poliomielitis (Programa)		10,500.00
Fiebre tifoidea (Programa)		7,000.00
Esquistosomiasis (Programa)		15,000.00
Hidatidosis (Programa)		11,400.00

El presupuesto anterior no considera ningún capital circulante.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

ESCALAS DE DISTRIBUCION DE CONTRIBUCIONES  
A LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA  
(PRESUPUESTOS DE 1949 Y 1950)

Países	Escala Per Capita	Escala Naciones Unidas	Escala Union Panamericana	Nueva Escala (Comité Ejecutivo)
	1	2	3	4
ARGENTINA	5.72	3.98	4.68	12.50
BOLIVIA	1.37	.17	.65	.60
BRASIL	14.77	3.98	8.30	12.35
COLOMBIA	3.09	.80	1.71	1.83
COSTA RICA	.27	.08	.16	.21
CUBA	1.80	.62	1.09	2.30
CHILE	1.95	.97	1.36	.87
ECUADOR	1.15	.11	.52	.36
EL SALVADOR	.70	.11	.35	.15
ESTADOS UNIDOS	51.67	85.77	72.13	51.67
GUATEMALA	1.28	.11	.58	.90
HAITI	.97	.08	.44	.15
HONDURAS	.43	.08	.22	.20
MEXICO	7.90	1.36	3.97	7.35
NICARAGUA	.39	.08	.21	.20
PANAMA	.24	.11	.16	1.27
PARAGUAY	.41	.08	.21	.20
PERU	2.84	.43	1.39	.90
REPUBLICA DOMINICANA	.73	.11	.36	.55
URUGUAY	.79	.39	.55	1.67
VENEZUELA	<u>1.53</u>	<u>.58</u>	<u>.96</u>	<u>3.77</u>
	100.00	100.00	100.00	100.00

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

PRESUPUESTO PARA LOS PRIMEROS SEIS MESES DE 1949  
Enero 1º de 1949 a Junio 30 de 1949

ESCALA DE CONTRIBUCIONES

PAIS	ADMINISTRATIVO	F U N C I O N A L			COMBINADO			
		ESCALA DE U.P. (1)	CANTIDAD (2)	NUEVA ESCALA (3)		CANTIDAD EN NUEVA ESCALA (4)	CANTIDAD EN ESCALA DE U. P. (5)	U.P. NUEVA ESCALA
Argentina .....	4.68	\$ 11,372.40	12.50	\$ 57,125.00	21,387.60	9.79	\$ 68,497.40	\$ 32,760.00
Bolivia .....	.65	1,579.50	.60	2,742.00	2,970.50	.62	4,321.50	4,550.00
Brasil .....	8.30	20,169.00	12.35	56,439.50	37,931.00	10.94	76,608.50	58,100.00
Colombia .....	1.71	4,155.30	1.83	8,363.10	7,814.70	1.79	12,518.40	11,970.00
Costa Rica .....	.16	388.80	.21	959.70	731.20	.19	1,348.50	1,120.00
Cuba .....	1.09	2,648.70	2.30	10,511.00	4,981.30	1.88	13,159.70	7,630.00
Chile .....	1.36	3,304.80	.87	3,975.90	6,215.20	1.04	7,280.70	9,520.00
Ecuador .....	.52	1,263.60	.36	1,645.20	2,376.40	.42	2,908.80	3,640.00
El Salvador .....	.35	850.50	.15	685.50	1,599.50	.22	1,536.00	2,450.00
Estados Unidos .....	72.13	175,275.90	51.67	236,131.90	329,634.10	58.77	411,407.80	504,910.00
Guatemala .....	.58	1,409.40	.90	4,113.00	2,650.60	.79	5,522.40	4,060.00
Haití .....	.44	1,069.20	.15	685.50	2,010.80	.25	1,754.70	3,080.00
Honduras .....	.22	534.60	.20	914.00	1,005.40	.21	1,448.60	1,540.00
Mexico .....	3.97	9,647.10	7.35	33,589.50	18,142.90	6.18	43,236.60	27,790.00
Nicaragua .....	.21	510.30	.20	914.00	959.70	.20	1,424.30	1,470.00
Panamá .....	.16	388.80	1.27	5,803.90	731.20	.88	6,192.70	1,120.00
Paraguay .....	.21	510.30	.20	914.00	959.70	.20	1,424.30	1,470.00
Peru .....	1.39	3,377.70	.90	4,113.00	6,352.30	1.07	7,490.70	9,730.00
Republica Dominicana .....	.36	874.80	.55	2,513.50	1,645.20	.48	3,388.30	2,520.00
Uruguay .....	.55	1,336.50	1.67	7,631.90	2,513.50	1.28	8,968.40	3,850.00
Venezuela .....	.96	2,332.80	3.77	17,228.90	4,387.20	2.80	19,561.70	6,720.00
<b>TOTAL</b>	<b>100.00%</b>	<b>\$ 243,000.00</b>	<b>100.00%</b>	<b>\$ 457,000.00</b>	<b>\$ 457,000.00</b>	<b>100.00%</b>	<b>\$ 700,000.00</b>	<b>\$ 700,000.00</b>

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

PRESUPUESTO PARA EL AÑO FISCAL 1950  
(Julio 1<sup>o</sup> de 1949 a Junio 30 de 1950)

ESCALA DE CONTRIBUCIONES

PAIS	ADMINISTRATIVO		F U N C I O N A L			G O B E R N A D O		
	ESCALA DE U. P. (1)	CANTIDAD (2)	CANTIDAD EN NUEVA ESCALA (3)	CANTIDAD EN NUEVA ESCALA (4)	CANTIDAD EN ESCALA DE U. P. (5)	U. P. NUEVA ESCALA 1/3	SUMA TOTAL DEL PRESUP. U. P. N. ESCALA 2/4	SUMA TOTAL DEL PRESUP. DE U. P. (2) ESCALA (1) 2/5
Argentina .....	4.68	\$ 22,744.80	12.50	\$ 189,250.00	\$ 70,855.20	10.60	\$ 211,994.80	\$ 93,600.00
Bolivia .....	0.65	3,159.00	.60	9,084.00	9,841.00	.61	12,243.00	13,000.00
Brasil .....	8.30	40,338.00	12.35	186,978.00	125,662.00	11.37	227,316.00	166,000.00
Colombia .....	1.71	8,310.60	1.83	27,706.00	25,889.40	1.80	36,016.60	34,200.00
Costa Rica .....	0.16	777.60	.21	3,179.40	2,422.40	.20	3,957.00	3,200.00
Cuba .....	1.09	5,297.40	2.30	34,821.40	16,502.60	2.01	40,118.80	21,800.00
Chile .....	1.36	6,609.60	.87	13,172.00	20,590.40	.99	19,781.60	27,200.00
Ecuador .....	0.52	2,527.00	.36	5,450.00	7,872.80	.40	7,977.00	10,399.80
El Salvador .....	0.35	1,701.00	.15	2,271.00	5,299.00	.20	3,972.00	7,000.00
Estados Unidos .....	72.13	350,552.00	51.67	782,285.00	1,092,048.20	56.64	1,132,837.00	1,442,600.20
Guatemala .....	0.58	2,818.80	.90	13,626.20	8,781.20	.82	16,445.00	11,600.00
Haiti .....	0.44	2,138.40	.15	2,271.00	6,661.60	.22	4,409.40	8,800.00
Honduras .....	0.22	1,069.20	.20	3,028.00	3,330.80	.20	4,097.20	4,400.00
Mexico .....	3.97	19,294.20	7.35	111,279.00	60,105.80	6.53	130,573.20	79,400.00
Nicaragua .....	0.21	1,020.60	.20	3,028.00	3,179.40	.20	4,048.60	4,200.00
Panama .....	0.16	777.60	1.27	19,228.00	2,422.40	1.00	20,005.60	3,200.00
Paraguay .....	0.21	1,020.60	0.20	3,028.00	3,179.40	.20	4,048.60	4,200.00
Peru .....	1.39	6,755.40	.90	13,626.00	21,044.60	1.02	20,381.40	27,800.00
Republica Dominicana .....	0.36	1,749.60	.55	8,327.00	5,450.40	.50	10,076.60	7,200.00
Uruguay .....	0.55	2,673.00	1.67	25,284.00	8,327.00	1.40	27,957.00	11,000.00
Venezuela .....	0.96	4,665.60	3.77	57,078.00	14,534.40	3.09	61,743.60	19,200.00
TOTAL	100.00%	\$ 486,000.00	100.00%	\$ 1,514,000.00	\$1,514,000.00	100.00%	\$2,000,000.00	\$2,000,000.00

# OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

