

INDEXED

INFORME DEL DIRECTOR
DE LA
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
A LOS
GOBIERNOS MIEMBROS
DE LA
ORGANIZACION SANITARIA PANAMERICANA
Enero, 1947- Abril, 1950



OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
OFICINA REGIONAL
DE LA
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

INFORME DEL DIRECTOR
DE LA
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
A LOS
GOBIERNOS MIEMBROS
DE LA
ORGANIZACION SANITARIA PANAMERICANA
Enero, 1947- Abril, 1950



FILE COPY -- LIBRARY
PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
WASHINGTON, D. C.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
OFICINA REGIONAL
DE LA
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Anteproyecto de Informe del Director
de la Oficina Sanitaria Panamericana 1947-1950

A LOS ESTADOS MIEMBROS DE LA
ORGANIZACION SANITARIA PANAMERICANA

De acuerdo con lo establecido por la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana (1947), tengo el honor de presentar este Anteproyecto de Informe sobre el progreso de la Organización desde la celebración de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, enero de 1947). Dicho informe cubre el período comprendido desde el 1ro. de enero de 1947 hasta alrededor del 30 de abril de 1950; en ciertos casos se ha agregado información más reciente. No obstante se proyecta que el informe impreso cubra el período completo de cuatro años, enero de 1947 a diciembre de 1950.

Este anteproyecto preparado especialmente para el uso de los Delegados a la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, contiene muchos detalles y algunos comentarios sobre asuntos relacionados con la Organización los cuales serán omitidos en el informe impreso.

A handwritten signature in dark ink, appearing to be 'L. López', is located at the bottom right of the page.

HOMENAJE

Desde la celebración de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana han desaparecido tres distinguidas figuras que contribuyeron notablemente a la existencia de la Oficina Sanitaria Panamericana:

El Dr. Hugh S. Cumming, que durante 27 años fué Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (1920-1947), ofreció desinteresadamente su tiempo y esfuerzo en beneficio de la Oficina y continuó prestándole servicios como Director Emérito hasta su fallecimiento el 20 de diciembre de 1948. El Dr. Cumming fué la figura más destacada de su generación en lo que se refiere a las actividades de las agencias internacionales de salubridad, tanto de carácter regional como mundial. El ocupa un sitio permanente en la historia del desarrollo de las actividades internacionales de salubridad, y su venerada memoria tiene un lugar preferente en el corazón de los higienistas de las Américas.

El Dr. John D. Long, que por primera vez pudo apreciar los problemas de salubridad de las Américas en la Quinta Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en Santiago de Chile en 1923, desde entonces continuó dedicando su mayor interés a estos problemas hasta su fallecimiento en Guayaquil el 18 de septiembre de 1949. El Dr. Long fué durante muchos años Representante Viajero de la Oficina, y cuando sobrevino su fallecimiento, estaba preparando su viaje para asistir a la Tercera Reunión del Consejo Directivo en Lima, Perú, como Consultor de la Delegación del Ecuador. El constituyó el elemento más importante en la transformación de la Oficina Sanitaria Panamericana de un Centro de Información en una Organización activa con representantes en distintos lugares del Hemisferio. Su paciente trabajo bajo grandes dificultades y con limitados recursos económicos para el control y la erradicación de la peste en las ciudades portuarias de la América del Sur, ofrece un digno y admirable ejemplo de coraje y determinación. El Consejo Directivo, durante su Segunda Reunión celebrada en octubre de 1948, aprobó una resolución donde expresaba su gratitud y agradecimiento por los servicios importantes y continuados que prestó por mucho tiempo el Dr. John D. Long a la causa de la salud panamericana. Entre las importantes aportaciones del Dr. Long, puede mencionarse su colaboración en la redacción del Código Sanitario Panamericano (1924), el cual ha establecido una base liberal de cooperación internacional inigualada por las constituciones de otros organismos internacionales de salubridad.

Con el fallecimiento del Dr. Luis Gaitán en Guatemala el 21 de julio de 1949, la Oficina Sanitaria Panamericana perdió el primero de sus miembros de honor y uno de sus amigos más devotos y sinceros. El Dr. Gaitán fué aclamado miembro de honor de la Oficina por la X Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en 1938.

I PARTE

CONSIDERACIONES GENERALES	1
I. Estudio Sobre la Salud Pública Internacional.....	1
1. Introducción.....	1
2. Evolución de las Organizaciones Internacionales de Salubridad, 1851-1947.....	1
A. Conferencias Internacionales de Salubridad, 1851-1900.....	2
B. Organizaciones Internacionales de Salubri- dad, 1902-1944.....	3
Oficina Sanitaria Internacional, 1902...	3
Office International d'Hygiène Publique, 1907.....	5
Oficina Sanitaria Panamericana - Código Sanitario Panamericano de 1924.....	5
Sección de Higiene de la Liga de las Naciones, 1922.....	6
División de Salubridad Internacional, Fundación Rockefeller, 1913.....	6
Instituto Interamericano de Protección a la Infancia, 1924-1946.....	7
C. Importancia Política y Militar de la Salubridad Internacional.....	7
Instituto de Asuntos Interamericanos - 1942.....	7
Administración de Ayuda y Rehabilitación de las Naciones Unidas - 1943.....	8
D. Nuevas Condiciones que afectan las Necesi- dades de la Salubridad Internacional....	8
E. Organizaciones Internacionales de Salubri- dad, 1946.....	9
Organización Mundial de la Salud, 1946..	9
Organización Sanitaria Panamericana - Reorganización de 1947.....	10
Instituto de Asuntos Interamericanos - Reorganizados en 1947.....	11
Fondo Internacional de Socorro a la In- fancia de las Naciones Unidas - 1946.	11
F. Organizaciones Internacionales de Salubri- dad en las Américas, 1950.....	12
G. Programa de Ayuda Técnica - Las Naciones Unidas y la Organización de Estados Americanos.....	13
II. Reorganización de las Labores de Salubridad Pública Internacional en las Américas.....	16
1. Problemas que se le presentaron a la XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas-1947).....	16
2. Organización Sanitaria Panamericana, 1947..	17

SUMARIO

-2-

	Página
3. Acuerdo con la Organización Mundial de la Salud.....	19
4. Necesidad tanto de la Organización Sanitaria Panamericana como de la Organización Mundial de la Salud.....	21
5. Participación del Canadá.....	22
6. Participación de los Territorios sin Gobierno Propio.....	22
7. Problemas Políticos Relacionados con las Reuniones de Organización.....	24
III. Relaciones con Otras Organizaciones.....	25
1. Organizaciones Intergubernamentales.....	25
A. Organización de los Estados Americanos	25
B. Instituto Interamericano Nacional para la Protección de la Infancia.....	27
C. Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas.....	28
2. Organismos Nacionales de los Estados Miembros.....	29
A. Instituto de Asuntos Interamericanos..	29
B. Servicio de Salubridad Pública en los Estados Unidos.....	30
C. Servicio Nacional de Fiebre Amarilla e Instituto Oswaldo Cruz, del Brasil..	30
D. Instituto Carlos Finlay - Bogotá.....	31
3. Organizaciones no Gubernamentales.....	31
A. La Fundación Rockefeller.....	31
B. La Fundación Kellogg.....	32
IV. Problemas de Organización de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	32
1. Personal Profesional Permanente.....	33
2. Finanzas.....	34
3. Local Adecuado para la Sede.....	40
V. Principios y Política Sanitaria Referentes a Prioridad en los Programas.....	41
1. Diferencias de las Condiciones de Salubridad en las Américas.....	41
2. Enfermedades Epidémicas.....	42
3. Enfermedades Nuevas o Limitadas o Vectores de las Mismas.....	43
4. Proyectos Regionales y de Zona.....	44
5. Estandarización de los Procedimientos de Laboratorio.....	45
6. Enfermedades que Debilitan e Incapacitan.....	45
7. Mejoramiento de los Servicios Nacionales de Salubridad.....	45

	Página
8. Agrupación de los Servicios Especiales.....	46
9. Diseminación de Conocimientos.....	46
10. Método para contribuir al enlace de los Conocimientos Científicos y su Aplicación para el Beneficio de la Humanidad.....	46
11. Servicios de Consulta.....	47
12. Preparación de Personal.....	47
13. Limitaciones a las Actividades de la Oficina..	48
14. Colaboración con las Autoridades Nacionales de Salubridad.....	50

PARTE II

ACTIVIDADES DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 1947-1950 51

I.	Factores que detienen el Desarrollo de los Programas de Campo.....	51
II.	Organización.....	52
	1. Oficinas de Campo.....	52
	A. El Paso.....	52
	B. Ciudad de Guatemala.....	57
	C. Lima, Perú.....	58
	D. Río de Janeiro.....	58
	2. Reuniones y Acuerdos Internacionales.....	58
	A. Reuniones.....	58
	B. Acuerdos entre Gobiernos y con los Mismos.....	60
III.	Salud Materno-Infantil.....	65
IV.	Nutrición.....	67
V.	Actividades de Enfermería de la Oficina.....	70
VI.	Ayuda para Planear y Mejorar las Prácticas Admi- nistrativas de Hospitales.....	74
VII.	Servicios de Abastecimientos.....	76
VIII.	Becas.....	77
IX.	Educación Sanitaria.....	79
X.	Ingeniería Sanitaria.....	80
XI.	Veterinaria de Salud Pública.....	85
	Rabia.....	86
	Brucelosis.....	88
	Hydatidosis.....	89
	Higiene de Leche.....	89
XII	Fiebre Amarilla.....	90
XIII.	Erradicación del <u>Aedes aegypti</u> en las Américas.	93
XIV.	Peste.....	102
XV.	Viruela.....	104
XVI.	Control del Tifo.....	107
XVII.	Enfermedades Venéreas.....	113
XVIII.	Tuberculosis.....	118
XIX.	Oncocercosis.....	126
XX.	Enfermedad de Chagas.....	129

SUMARIO

-4-

	Página
XXI. Malaria.....	130
XXII. Estadísticos y Epidemiológicos.....	133
XXIII. Cartografía y Dibujo.....	138
XXIV. Publicaciones.....	139
XXV. Biblioteca.....	140
XXVI. Información Pública.....	143
XXVII. Servicios de Administración.....	145
RESUMEN Y CONCLUSIONES.....	148
APENDICE.....	i

I PARTE

CONSIDERACIONES GENERALES

I. ESTUDIO SOBRE LA SALUD PUBLICA INTERNACIONAL

1. Introducción

Al cumplir con la disposición de la Constitución de que "presentará a los gobiernos participantes un informe comprensivo sobre el progreso de la Organización desde la última reunión de la Conferencia", el Director reconoce la necesidad de presentar algo más que una exposición cronológica de las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana durante el período 1947-1950. Dicho período ha sido de reorientación y reorganización e igualmente de definición de las responsabilidades de la Oficina en relación con otras organizaciones internacionales, tanto técnicas como políticas. Para comprender la labor que ha efectuado durante este período es imprescindible presentar un relato de los sucesos históricos ocurridos en el campo de la salubridad internacional y una declaración sobre la política y principios actuales de la Oficina Sanitaria Panamericana.

2. Evolución de las Organizaciones Internacionales de Salubridad 1851 - 1947

"La salud es el campo por excelencia para la colaboración internacional, es el verdadero lazo de unión entre todos los hombres. Las enfermedades han sido reconocidas como el enemigo común y universal de la humanidad ya que muestran una enemistad general e impersonal; las enfermedades no reconocen fronteras, ni ideologías políticas, ni prejuicios, ni hacen distinción de razas, credos o nacionalidades. Ninguna nación puede obtener monopolio sobre la salud, el éxito de todo país que aumenta sus recursos propios en esta riqueza incomparable contribuye a aumentar la de los otros países al reducir la exportación de infecciones. Al combinar los esfuerzos para prevenir las enfermedades y promover la salud, las naciones han reconocido la comunidad de intereses de la humanidad en este campo como en ningún otro."

Esta apreciación idealista y práctica de opiniones sobre la salud internacional, tomadas y recopiladas de las declaraciones de varios oradores en conferencias de salubridad no refleja la lentitud histórica del desarrollo de la salubridad internacional y la actual incertidumbre de los gobiernos sobre los métodos y magnitud de la cooperación internacional en el campo de la salubridad.

De los setenta y cinco países que han ratificado la Constitución de la Organización Mundial de la Salud desde 1946, diez con una población de cerca 600 millones de almas han declarado que ya no se consideran miembros. Leyendo las cartas en que anuncian su separación de la Organización se ve claramente que las labores internacionales de salubridad están sujetas a presiones políticas.

Queda por ver si la Oficina Sanitaria Panamericana, la más antigua de las organizaciones internacionales de salubridad, puede mantenerse libre de dichas presiones ahora que ha sumado sus fuerzas a las de la Organización Mundial de la Salud para operar en las Américas.

A. Conferencias Internacionales de Salubridad - 1851 - 1900

El movimiento internacional en pro de la salubridad se encuentra actualmente en su centésimo año, partiendo de 1851 en que los delegados de varios países se reunieron en París con el objeto de acordar ciertas medidas de protección mutua contra la propagación de las enfermedades epidémicas a través de las fronteras internacionales. La cuarentena, impuesta arbitrariamente durante mucho tiempo por los gobiernos como protección propia, sin tomar en consideración los derechos de otros países ni los del comercio internacional, entró a formar parte de la salubridad internacional al acordar los gobiernos notificación mundial de las enfermedades epidémicas y adoptar reglamentos para la aplicación de las medidas de cuarentena.

El interés en la cooperación internacional como medio para prevenir la diseminación de las enfermedades epidémicas provino de dos fuentes: de los países que durante el siglo XIX fueron asolados por enfermedades epidémicas, particularmente el cólera y la fiebre amarilla, y de los intereses comerciales que sufrían pérdidas considerables debidas a la aplicación, a menudo excesiva, de la cuarentena a embarques procedentes de territorios que se sabía o sospechaba infectados. Es muy posible que el barco de vapor, que facilitó el comercio intenso del siglo XIX y redujo considerablemente el tiempo requerido para trasladarse de un sitio a otro, fuera verdadero instrumento de diseminación del cólera y otras enfermedades epidémicas más amplia y frecuentemente que lo fuera el barco de vela.

La reunión de París fué la primera de diez conferencias internacionales de salubridad que fueron convocadas durante la segunda mitad del siglo XIX con el objeto de suscribir acuerdos sobre las medidas necesarias para prevenir el movimiento de las enfermedades epidémicas de un país a otro con un minimum de interrupción del comercio y de la navegación. Fué en una de estas conferencias, en Washington, 1881, que el Dr. Carlos Finlay de La Habana, Cuba, por primera vez presentó a los expertos en salubridad internacional, la teoría de la transmisión de la fiebre amarilla por el mosquito. La experiencia de esos primeros cincuenta años demostró que los

acuerdos internacionales de salubridad no producen por sí solos resultados tangibles y que se necesita una organización especial para realizarlos.

B. Organizaciones Internacionales de Salubridad - 1902-1944

Oficina Sanitaria Internacional - 1902

La Oficina Sanitaria Panamericana, primera organización internacional de salubridad, tiene sus raíces en las primeras tentativas americanas para resolver los problemas relacionados con la propagación internacional de las enfermedades transmisibles.

En 1887, Argentina, Brasil y Uruguay aprobaron la Convención Sanitaria Internacional de Río de Janeiro y, en 1888 Bolivia, Chile, Ecuador y Perú en la Conferencia Sanitaria Americana de Lima acordaron los términos de una convención sanitaria regional semejante a la anterior.

La Primera Conferencia Internacional de Estados Americanos (Washington, 1889-1890) aprobó las disposiciones de las convenciones de Río de Janeiro y Lima para su aplicación general por los Estados Americanos. La Segunda Conferencia Internacional de los Estados Americanos (Ciudad de México, 1901-1902) de carácter político tomó las primeras medidas definidas para el desarrollo de una organización internacional de salubridad. Esta conferencia adoptó las siguientes importantes resoluciones:

"4. Que los gobiernos representados en esta conferencia cooperarán entre sí para obtener y mantener condiciones sanitarias eficientes y modernas en todos sus puertos y territorios respectivos con el fin de que las restricciones de cuarentena puedan reducirse al mínimo y finalmente abolirse

"5. Que se convoque una convención general de representantes de las organizaciones de salubridad de las diferentes repúblicas americanas que dicha convención establecerá la convocación de convenciones sanitarias subsiguientes, a intervalos regulares y en aquellos lugares que la Convención considere mejores, y que designará una Junta Ejecutiva permanente que será conocida con el nombre de "Oficina Sanitaria Internacional" con sede permanente en Washington, D. C.

"7. Que los gastos de oficina incurridos con motivo de investigaciones especiales, juntamente con los de traducción, publicación y distribución de los informes, se satisfarán de un fondo especial que será creado por contribuciones anuales de las repúblicas representadas en dicha convención."

De conformidad con estas resoluciones, la Primera Conferencia General Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas* se reunió en Wáshington, en diciembre de 1902, y organizó la Oficina Sanitaria Internacional. Dicha conferencia se verificó en época enque la actual diseminación mundial de la peste estaba bien avanzada. Dispuso lo siguiente:

1. Reducir al periodo más corto posible la retención de mercancías y personas en las estaciones de cuarentena.
2. Aceptar el dogma del mosquito en la transmisión de la fiebre amarilla.
3. Efectuar estudios ulteriores sobre la importación de mosquitos infectados.
4. Estudiar la distribución geográfica de los mosquitos de la fiebre amarilla.
5. Recomendar la destrucción de los desperdicios de cocina para reducir el número de ratas y controlar la peste.
6. Recomendar medidas para el control de la tifoidea y del cólera.
7. Fijar los deberes de la Oficina Sanitaria Internacional** y asignar la suma de \$5.000 anualmente para desempeñarlos.

Aunque el presupuesto de la Oficina Sanitaria Internacional era limitado, se había establecido el principio de que las organizaciones internacionales de salubridad requieren fondos y que éstos deben ser contribuídos por los estados miembros.

Se encargó a la Oficina de la recepción y distribución de cuanta información fuera posible sobre las condiciones sanitarias en todas las repúblicas, cada una de las cuales debía, a su vez, suministrarle toda clase de oportunidades y ayuda para el estudio e investigación completa, cuidadosa y científica de todo brote de enfermedad pestilencial que pudiera aparecer en su territorio.

La Oficina debía instar a cada república a que le transmitiera rápida y regularmente todos los datos relativos a las condiciones sanitarias de sus puertos y territorios respectivos con el

*Actas de la Primera Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, Wáshington, 1902.

**Desde 1924, la Oficina Sanitaria Panamericana.

objeto de eliminar las enfermedades y facilitar el comercio entre las repúblicas americanas.

Además, la Oficina tenía como deber adicional alentar, ayudar o hacer cumplir de todas las maneras adecuadas el saneamiento de los puertos marítimos, el mejoramiento sanitario de las bahías, cloacas, drenaje del suelo, pavimentación y eliminación de la infección de los edificios y la destrucción de mosquitos y sabandijas.

La Oficina Sanitaria Internacional se mantuvo muy activa hasta el período de inacción causado por la Guerra Mundial I. Entre 1902 y 1911 se verificaron cinco conferencias sanitarias Panamericanas (Washington, 1902 y 1905); Ciudad de México, 1907; San José, Costa Rica, 1909; Santiago, Chile, 1911).

Office International d'Hygiène Publique - 1907

A la organización de la Oficina Sanitaria en 1902, siguió la creación, por una conferencia en Roma en 1907, de la "Office International d'Hygiène Publique" establecida en París en 1909. La Office International d'Hygiène Publique debía servir a los estados miembros de todas partes del mundo, por medio de la recolección y diseminación de informes sobre enfermedades epidémicas.

Tanto la Oficina Sanitaria Internacional como la "Office International d'Hygiène Publique" fueron establecidas como organizaciones técnicas autónomas independientes de las organizaciones políticas nacionales e internacionales y han continuado así hasta el presente*.

Oficina Sanitaria Panamericana Código Sanitario Panamericano de 1924

Después de la Guerra Mundial I renació el interés en la salud internacional y la Oficina Sanitaria Internacional, poco activa durante la guerra, fué reactivada en 1920. En 1924, la Oficina Sanitaria Internacional se convirtió en la Oficina Sanitaria Panamericana, y se redactó en La Habana el Código Sanitario Panamericano, ratificado por las veintiún repúblicas americanas. El Código es un documento muy significativo en lo que se refiere al establecimiento de los deberes y funciones de la Oficina. Antes de 1924 la Oficina Sanitaria recibía instrucciones de otras conferencias y reuniones interamericanas, pero a partir de la adopción del Código, las disposiciones de esos organismos constituyen recomendaciones a la Conferencia Sanitaria Panamericana más que órdenes a la Oficina.

*La absorción de la "Office International d'Hygiène Publique" por la Organización Mundial de la Salud se encuentra actualmente en progreso y se espera completarla a fines de 1950.

La posición de la Oficina es la de una organización internacional técnica, directamente responsable ante los Estados Miembros por medio de los representantes técnicos de esos Estados.

Al mismo tiempo se extendió el campo de operaciones de la Oficina y se fortaleció su situación económica, aunque no se dispuso la adecuada provisión de fondos.

La disposición de que la Oficina debería esforzarse por ayudar a los distintos países en el estudio y control de las epidemias fué una separación definitiva del tradicional concepto defensivo de la salubridad internacional.

Sección de Higiene de la Liga de las Naciones - 1922

En 1922, se creó una Sección de Higiene dentro del marco de la Liga de las Naciones. Esta sección difería de la Oficina Sanitaria Internacional y de la "Office International d'Hygiène Publique" en que no era una organización internacional técnica autónoma. Solamente los Estados miembros de la Liga de las Naciones podían hacerse oír en la Sección de Salubridad. Lo difícil de esta situación se hizo patente cuando los Estados Unidos, entre otras naciones no entraron a formar parte de la Liga y por consiguiente no pudieron participar directamente en las labores de la Sección de Higiene.

Como parte de una organización política limitada, la Sección de Higiene de la Liga, a pesar de que generalmente se le reconoce como una de las secciones de la misma que tuvo más éxito, nunca pudo operar como organización mundial ni aún regional.

División de Salubridad Internacional. Fundación Rockefeller - 1913

Por otra parte, después de 1913, el trabajo de la Junta de Salubridad Internacional de la Fundación Rockefeller, al colaborar con los gobiernos en el control de la anquilostomiasis, la fiebre amarilla y la malaria, en la preparación de funcionarios de salubridad, en el establecimiento de escuelas de salubridad y de enfermería y en el desarrollo de servicios de salubridad general, demostró al mundo lo que puede hacer en el campo de la salubridad internacional una organización dotada de fondos adecuados, independiente, desinteresada, apolítica y no religiosa.

El trabajo efectuado de 1915 a 1949 por la División de Salubridad Internacional en el estudio y control de la fiebre amarilla es un ejemplo destacado de la idoneidad de las organizaciones internacionales de salubridad. La División de Salubridad Internacional se incorporó a la campaña anti-amarílica considerando que se trataba de un problema epidemiológico sencillo que involucraba solamente al hombre y al mosquito aegypti y que probablemente sería resuelto en cinco o diez años por medio de campañas anti-mosquito en unos cuantos focos endémicos. A medida que se descubría la creciente complejidad del problema, la División de Salubridad Internacional

confrontó las nuevas fases que aparecían y continuó las operaciones hasta obtener la solución del problema epidemiológico general por medio del descubrimiento de la fiebre amarilla selvática, del desarrollo de métodos satisfactorio de erradicación del Aedes aegypti, de la preparación y suministro de una vacuna eficaz e inocua y del establecimiento de laboratorios adecuados con personal preparado que operaba en las regiones infectadas de Africa y Sud América.

El trabajo de la División de Salubridad Internacional contribuyó mucho a vencer el prejuicio nacionalista contra los especialistas extranjeros en labores de salubridad y ha sido un factor importante en la aceptación general del intercambio internacional de personal técnico de salubridad, parte muy importante de las labores internaciones en pro de la salud.

Instituto Interamericano de Protección a la Infancia - 1924-1946

El Cuarto Congreso Panamericano del Niño, Santiago, Chile, 1924, dispuso la creación del Instituto Interamericano de Protección a la Infancia en Montevideo. Dicho Instituto mantiene una biblioteca y un centro de información y funciona de acuerdo con estatutos adoptados en 1946 sobre el bienestar infantil en general. La salud es solamente una de las fases del vasto programa de este organismo, el cual tiene la peculiaridad de aceptar como miembros de su Consejo Directivo a los representantes políticos residentes en Montevideo lo mismo que a los delegados técnicos que puedan enviar los Estados Miembros.

C. Importancia Política y Militar de la Salubridad Internacional

En los años que siguieron al advenimiento de la Guerra Mundial II ocurrieron importantes modificaciones en el campo de la salubridad internacional. La organización de las actividades sanitarias que anteriormente en muchos países era asunto solamente de interés, de pronto adquirió importancia internacional como medio para crear buena voluntad entre las naciones, aumentar la producción de materias primas esenciales para la guerra y proteger la salud de las fuerzas armadas internacionales estacionadas en esos países. La salud también estaba llamada a desempeñar un papel importante en el programa de rehabilitación de los territorios devastados por la guerra.

Durante este período, el Instituto de Asuntos Interamericanos del Gobierno de los Estados Unidos (1942) y la Administración de Ayuda y Rehabilitación de las Naciones Unidas (1943), ingresaron al terreno de la salubridad internacional con fondos y personal en una escala jamás soñada por los que trabajaban en el.

Instituto de Asuntos Interamericanos - 1942

El Instituto de Asuntos Interamericanos fué creado en 1942 como corporación de emergencia, autorizada a operar durante cinco años por las leyes del estado de Delaware, Estados Unidos de América. En 1941 la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos había hecho los planes para un extenso programa de colaboración

en el campo de la medicina y de la salud pública entre el Gobierno de los Estados Unidos y las distintas repúblicas latinoamericanas. La Tercera Reunión de Ministros de Relaciones Exteriores de las Repúblicas Americanas, efectuada en Río de Janeiro del 15 al 28 de enero de 1942, otorgó su aprobación oficial a dicha colaboración. La resolución adoptada por dicha reunión dice así:

- "1. Recomendar que los gobiernos de las repúblicas americanas adopten individualmente, o por medio de acuerdos complementarios entre dos o más de ellos, medidas apropiadas para resolver los problemas de salubridad pública y saneamiento suministrando, de acuerdo con sus posibilidades, materias primas, servicios y fondos.
- "2. Recomendar que con ese propósito, se utilice la ayuda y asesoramiento técnicos del Servicio Nacional de Salubridad de cada país, en cooperación con la Oficina Sanitaria Panamericana."

Administración de Ayuda y Rehabilitación de las Naciones Unidas
- 1943

La Administración de Ayuda y Rehabilitación de las Naciones Unidas (UNRRA) fué, como su nombre lo indica, una organización de ayuda y rehabilitación creada específicamente para beneficio de las poblaciones empobrecidas por la Guerra Mundial II. La UNRRA era esencialmente una organización de ayuda que disponía de millones de dólares para labores sanitarias. Como ninguna otra organización contaba con esos medios, UNRRA asumió las responsabilidades epidemiológicas y estadísticas de la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones. Fuera de estas actividades, no operó como organismo internacional en las Américas y su importancia en lo que se refiere a las actividades internacionales de salubridad en el Hemisferio Occidental consiste en haber sido el precursor del Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas y en haber acumulado cuantiosos fondos para el mismo.

D. Nuevas Condiciones que Afectan las Necesidades de la Salubridad Internacional

Hacia fines de la Guerra Mundial II los funcionarios internacionales de salubridad de más amplia visión comprendieron claramente que ya no serían suficientes los objetivos y métodos de la era del barco de vapor. A medida que el mundo se reducía, al aumentar la velocidad del transporte, el terreno de la salubridad internacional necesariamente se ensanchaba. El veloz transporte aéreo había abolido la protección del viaje marítimo relativamente largo, había multiplicado muchas veces los puntos desde los cuales la infección podía propagarse rápidamente de una parte a otra de la superficie terrestre.

El tiempo había sido casi eliminado como factor de importancia para proteger a una parte del mundo de otra, y cualquier medida que no fuera la más rigurosa cuarentena que anularía las ventajas inherentes a la rápida transportación aérea, sería inútil. En una época en que el transporte aéreo regular puede circundar la tierra en menos tiempo que el generalmente requerido para la incubación de muchas enfermedades epidémicas, la presencia de enfermedades transmisibles en cualquier parte del mundo constituye una amenaza para todas las demás regiones. Cada nueva ruta aérea y cada guerra, abren nuevas avenidas de invasión a las enfermedades y a los vectores de las mismas. Es necesario, pues, atacar los focos endémicos más bien que intentar detenerlos en las fronteras nacionales.

La demostración de que algunos vectores de enfermedades pueden ser completamente erradicados de las áreas infectadas, ha llevado a los que trabajan en salubridad a considerar la posibilidad de erradicar ciertas enfermedades transmisibles llegando a la inevitable conclusión de que la erradicación permanente debe basarse en un programa cada vez más amplio que opere internacionalmente, hasta haber saneado todas las áreas infectadas.

Los expertos en salubridad internacional han llegado a la conclusión de que la salud no es un producto aislado que puede ser producido y distribuido a la comunidad y al individuo, independientemente de los factores económicos, educativos, nutritivos y de vivienda.

E. Organizaciones Internacionales de Salubridad - 1946

Organización Mundial de la Salud - 1946

Al final de la guerra se vió claramente que cualquier orden mundial razonable futuro requeriría una organización internacional permanente con un vasto programa de salubridad. La Sección de Higiene de la Liga de las Naciones no pudo continuar sin la Liga; la Administración de Ayuda y Rehabilitación de las Naciones Unidas fué un organismo temporal y la Office International d'Hygiène Publique tenía un alcance sumamente limitado. En junio 19 de 1946, el Secretario General de las Naciones Unidas convocó la Conferencia Internacional de Salubridad en la ciudad de Nueva York con el propósito de que se adoptara una Constitución para la Organización Mundial de la Salud. La Organización Mundial de la Salud siguió el patrón de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la "Office International d'Hygiène Publique", más bien que el de la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones o el de la UNRRA.

La Organización Mundial de la Salud es una organización autónoma, especializada, creada por un tratado distinto del de las Naciones Unidas, cuya afiliación es diferente a la de esta última y regida por su propia asamblea técnica en vez de serlo por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud dispone que,

"La salud de todos los pueblos es condición fundamental para lograr la paz, la seguridad y depende de la más amplia cooperación de los individuos y de los Estados".

El objetivo declarado de la Organización Mundial de la Salud es el siguiente,

"Alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud."

Al redactar la Constitución de la Organización Mundial de la Salud en Nueva York en 1946, con una orientación de servicio positivo para la salud, las naciones del mundo se apartaron considerablemente de la actitud que asumieron en Roma en 1907, donde incluyeron en la carta de la "Office International d'Hygiene Publique" ciertas disposiciones que limitaban esa organización a la recolección y diseminación de informes prohibiéndole celosamente toda interferencia en los servicios administrativos de los Estados Miembros.

Organización Sanitaria Panamericana - Reorganización de 1947

Después de la adopción de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud que disponía la descentralización administrativa por regiones, y la integración de la Oficina Sanitaria Panamericana, la XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947) creó la Organización Sanitaria Panamericana, con la Oficina como organismo operativo para facilitar la colaboración con la Organización Mundial de la Salud y el desarrollo de una sola organización regional para las Américas. Se declaró que el Canadá podía ser miembro y se tomaron medidas para colaborar en el futuro con los territorios del Hemisferio Occidental sin gobierno propio.

La Conferencia de Caracas declaró que la mejor manera de satisfacer las necesidades de salubridad del Hemisferio era por medio de un programa que pusiera a la disposición de los estados miembros una serie completa de servicios técnicos. La Oficina debe dirigir las disciplinas científicas y técnicas adaptadas para la consecución de objetivos positivos, a saber: combatir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud física y mental de los pueblos del continente. El mandato que se le dió a la Oficina abarca todo el campo de la salubridad pública, incluyendo todos los aspectos médico-sanitarios de la medicina preventiva, cuidado médico y bienestar social. (La educación médica y la organización de hospitales no pueden ser ignoradas en ningún programa para el mejoramiento de los cuidados médicos).

Durante el período que estudiamos, los esfuerzos del Director se han concentrado primordialmente en desarrollar el mecanismo profesional y administrativo requerido por la Oficina para cumplir ese

mandato de manera efectiva y en unificar en un solo programa las actividades de la Oficina y de la Organización Mundial de la Salud en las Américas de conformidad con el acuerdo firmado el 24 de mayo de 1949 entre estas dos organizaciones.

Conjuntamente con la creación de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Sanitaria Panamericana, los Estados Miembros de ambas reorganizaron otros organismos creados durante la guerra, bien provistos de fondos y que trabajaban en salubridad internacional.

Instituto de Asuntos Interamericanos - Reorganizado en 1947

El Instituto de Asuntos Interamericanos fué reorganizado en Agosto de 1947, combinado con el Instituto Educativo Interamericano y obtuvo nueva licencia para funcionar bajo su antiguo nombre como corporación federal responsable ante el Departamento de Estado de los Estados Unidos. El Instituto continúa funcionando a base de acuerdos bilaterales entre el Gobierno de los Estados Unidos y los distintos gobiernos de la América Latina.

Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas - 1946

El fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas fué creado en diciembre de 1946, por la Asamblea General de las Naciones Unidas para suceder a la UNRRA. El UNICEF no es una organización técnica autónoma como la Organización Mundial de la Salud sino que depende directamente de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Durante sus tres primeros años de operaciones, 1947 - junio de 1950. el UNICEF ha asignado \$148,000,000, obtenidos en gran parte por medio de partidas especiales contribuídas por los gobiernos. A pesar de que se recogieron sumas considerables por medio de campañas públicas, el 92 por ciento de la cantidad anteriormente mencionada proviene de contribuciones gubernamentales a la UNRRA o al mismo UNICEF. Estas contribuciones fueron hechas por 43 gobiernos en diferentes partes del mundo, 24 de los cuales recibieron ayuda del UNICEF.

Las operaciones iniciales de esta organización se limitaban a la alimentación complementaria de niños en cierto número de países devastados por la guerra. A medida que aumentaban los recursos y disminuían las necesidades de emergencia de esos países el Fondo extendió su campo de operaciones a otras naciones y programas cuyo interés principal era la salud infantil y el bienestar materno-infantil.

Se ha llegado a un acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF por medio del cual la primera suministra la orientación técnica para los programas médicos y de salubridad del segundo. La Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en las Américas no ha tenido personal adecuado para preparar

convenientemente los programas en que se invertirían fondos del UNICEF con la rapidez deseada por éste. Actualmente el UNICEF está desarrollando su propio personal técnico en salud materno-infantil para las Américas.

F. Organizaciones Internacionales de Salubridad en las Américas -1950

La XIII Conferencia Sanitaria Panamericana se halla ahora con- que en la actualidad existen los siguientes organismos de salubridad internacional funcionando en las Américas:

- La Organización Mundial de la Salud
- La Oficina Sanitaria Panamericana
- El Instituto Interamericano de Protección a la Infancia
- El Instituto de Asuntos Interamericanos
- El Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas.

Las dos primeras, Organización Mundial de la Salud y Oficina Sanitaria Panamericana - organismos oficiales técnicos de salubridad internacional, trabajan conjuntamente y son directamente responsables ante los estados miembros; las operaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Oficina Sanitaria Panamericana en los distintos países, se hacen en cooperación con las autoridades nacionales de salubridad y por medio de las mismas. Estas organizaciones no poseen recursos adecuados para aprovechar las oportunidades de colaboración productiva en el campo de la salubridad internacional que existen en las Américas.

Las autoridades de salubridad de las naciones americanas deben comprender que la Oficina no puede devolverles más de lo que ellas en grupo, le suministran y que es una organización para colaboración y coordinación y no un conducto por medio del cual se pueden recibir fondos para la ejecución de las responsabilidades normales de los gobiernos.

El Instituto Americano Internacional de Protección a la Infancia no es organismo que opera en el campo de la salubridad. Si se desarrollara en esa dirección, ocasionaría una duplicación de las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la Organización Mundial de la Salud.

El Instituto de Asuntos Interamericanos es una organización nacional de los Estados Unidos, que actúa por medio del Departamento de Estado de ese mismo país. Cuenta con una División de Salubridad y Saneamiento y procura mejorar el bienestar general de los pueblos de las Repúblicas Americanas colaborando con los gobiernos de las mismas para costear, administrar y ejecutar programas y proyectos técnicos, especialmente en lo que se refiere a salubridad pública y saneamiento.

El Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas, constituido en el pasado por medio de contribuciones voluntarias de los estados miembros de las Naciones Unidas, dejará de ser un Fondo de Socorro para convertirse en una Fundación cuyos recursos provendrán de cuotas impuestas a los estados miembros. Disponiendo de decenas de millones de dólares gracias al llamamiento universal por los niños que padecen, el UNICEF ha podido entrar al campo de acción de la Organización Mundial de la Salud y de la Oficina Sanitaria Panamericana ofreciendo abastecimientos y equipos en una escala que jamás ha sido posible a esas dos organizaciones. En último análisis todos estos organismos internacionales dependen de fondos provenientes de las mismas fuentes gubernamentales.

G. Programa de Ayuda Técnica - Las Naciones Unidas y la Organización de Estados Americanos

En su mensaje al Congreso de los Estados Unidos de América en junio de 1949, el Presidente Truman llamó la atención a la necesidad de suministrar ayuda técnica a las regiones poco desarrolladas del mundo y propuso que los Estados Unidos la ofrecieran, ya fuera directamente o por medio de las Naciones Unidas. Como resultado de esa iniciativa, la Organización Mundial de la Salud preparó un presupuesto complementario para 1950 y de nuevo otro para 1951, en los cuales se emplearían fondos procedentes del Programa de Ayuda Técnica.

Dicho programa no contempla las labores de salubridad solas o per se, sino desde el punto de vista de la contribución que puedan aportar al mejoramiento del nivel económico de las regiones interesadas. Enfocando el problema desde este punto de vista, es obvio que los trabajos de salubridad deben estar coordinados con programas agrícolas y de otra índole.

El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas creó una Junta de Ayuda Técnica dedicada a establecer los términos de referencia para los programas de ayuda técnica y a conseguir que los estados miembros aporten sus contribuciones al fondo propuesto por el Presidente Truman. Se ha decidido que el 22% aproximadamente de esos fondos se pondrá a la disposición de la Organización Mundial de la Salud para programas de salubridad.

El Consejo Económico y Social Interamericano de la Organización de los Estados Americanos también ha establecido un Comité de Coordinación de Ayuda Técnica.

Sin embargo, no todos los fondos suministrados por los Estados Unidos para ayuda técnica a las regiones poco desarrolladas serán invertidos por medio de las Naciones Unidas y de la Organización de los Estados Americanos, ya que se ha reservado una cantidad considerable para efectuar programas acordados por contratos bilaterales. Es de esperar que esos programas se lleven a cabo bajo los auspicios del Instituto de Asuntos Interamericanos, en lo que a las Américas se refiere

La Oficina ha hecho ciertas sugerencias sobre proyectos bilaterales, participando con la Organización de los Estados Americanos y sus organismos especializados en los planes para los programas de ayuda técnica; y actuando como Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, ha seguido los planes de las Naciones Unidas y asesorado a las autoridades de salubridad de los estados miembros sobre la forma de preparar los programas para su aprobación.

La Oficina está representada en el Comité de Coordinación de Ayuda Técnica del Consejo Económico y Social Interamericano de la Organización de los Estados Americanos. El objetivo de este Comité consiste en establecer los métodos por medio de los cuales las agencias especializadas de la Organización de los Estados Americanos pueden trabajar conjuntamente para ayudar a las regiones menos desarrolladas con un programa de preparación técnica y educación. El programa de la Organización se limita al campo del adiestramiento para evitar cualquier conflicto o duplicación de proyectos de campo con los organismos especializados de las Naciones Unidas. La Oficina ha preparado varios programas prácticos de salubridad y de preparación médica que serán sometidos a la consideración del Comité. Dichos programas incluyen:

- 1) Preparación de personal profesional y no profesional en saneamiento ambiental.
- 2) Programa de preparación de personal de higiene industrial.
- 3) Cursos de adiestramiento para la producción y uso de antígenos estandarizados contra la Brucela.
- 4) Preparación de personal y mejoramiento de los laboratorios para la producción de vacuna contra la viruela en la América Latina.
- 5) Centro de adiestramiento en estadísticas vitales y de salubridad.
- 6) Taller de enseñanza sobre enfermería de enfermedades transmisibles.
- 7) Taller de enfermedades venéreas para Centro América.
- 8) Taller de enfermedades venéreas para Sur América meridional.
- 9) Coordinación y publicación en portugués de textos básicos de enfermería.
- 10) Coordinación y publicación en español de textos básicos de enfermería.

- 11) Demostración de campo y programa de adiestramiento para la vacunación general contra la viruela en dos áreas rurales de la América Latina
- 12) Becas para la preparación de técnicos en el uso y manejo de los productos de la fisión nuclear. (Radioisótopos)
- 13) Desarrollo de facilidades antirrabicas en Centro América.
- 14) Creación y operación de un proyecto de demostración de control de la tuberculosis y adiestramiento en el Brasil.

Una vez que el Comité haya aprobado estos programas y se disponga de los fondos necesarios, la Oficina podrá proceder a efectuar los arreglos necesarios para su ejecución, con los gobiernos interesados.

El criterio adoptado por las Naciones Unidas para desarrollar los programas de Ayuda Técnica es diferente del de la Organización de los Estados Americanos.

La Resolución 200 (III) de la Asamblea General de las Naciones Unidas establece los siguientes principios generales:

- "a) La ayuda técnica para el desarrollo económico de los países poco desarrollados será suministrada por las organizaciones participantes únicamente mediante previo acuerdo con los gobiernos interesados y a base de las solicitudes recibidas de los mismos;
- b) la clase de servicios que se ha de suministrar a cada país será determinada por el gobierno interesado;
- c) los países que deseen ayuda deberán efectuar por adelantado la mayor cantidad posible de trabajos, con el objeto de definir la naturaleza y magnitud del problema en cuestión;
- d) la ayuda técnica suministrada:
 - i) no será un medio para la intervención extranjera económica y política en los asuntos internos del país interesado ni irá acompañada de consideración alguna de carácter político;
 - ii) será suministrada solamente a los gobiernos o por medio de ellos;
 - iii) estará encaminada a satisfacer las necesidades del país interesado; y
 - iv) será suministrada hasta donde sea posible, en la forma que el país dado desee"

El procedimiento requerido para aprobar los proyectos de las Naciones Unidas es muy diferente del adoptado por la Organización de los Estados Americanos. Los programas de ayuda técnica de la primera deben originarse en el país interesado y ser enviados a la Organización Mundial de la Salud y, por medio de ésta, al Comité de Ayuda Técnica para que los considere y apruebe, como proyectos. Una vez aprobados como tales por este último organismo, se preparan proposiciones definitivas con presupuestos detallados que serán considerados por la Organización Mundial de la Salud.

El Programa de Ayuda Técnica de esta Organización, tal como fué aprobado por la Tercera Asamblea Mundial de la Salud, consistirá en suministrar ayuda técnica en la administración de la salubridad pública y establecimiento de áreas de demostración sanitaria, saneamiento ambiental, educación sanitaria del público y enfermería. Se estimularán las campañas contra las enfermedades transmisibles, especialmente la malaria, la tuberculosis, las enfermedades venéreas y otras. La Organización Mundial de la Salud se interesa en la promoción general de la salud, ofreciendo ayuda en cuestiones de salubridad materno-infantil, nutrición, higiene mental, y cuidados sociales y profesionales. La educación profesional se ampliará suministrando ayuda a las instituciones docentes y ofreciendo cursos de adiestramiento por medio de becas e intercambio de información científica. La Organización Mundial de la Salud espera establecer cursos, seminarios y grupos de estudio, promover conferencias y suministrar subsidios a los institutos destinados a la preparación de personal médico y de profesiones afines. También se emplearán fondos para la adquisición de abastecimientos médicos relacionados con los programas de ayuda técnica.

II REORGANIZACION DE LAS LABORES DE SALUBRIDAD PUBLICA INTERNACIONAL EN LAS AMERICAS

I. Problemas que se le Presentaron a la XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas - 1947).

En su informe presentado a la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Caracas, Venezuela, en enero de 1947, el Dr. Hugh S. Cumming llamó la atención a la necesidad de:

- (1) Reorganizar la Oficina
- (2) Proveer de recursos económicos adecuados a la Oficina
- (3) Obtener un local apropiado para la sede
- (4) Preparación de personal profesional interamericano
- (5) Establecer relaciones adecuadas con la Organización Mundial de la Salud
- (6) Evitar la falta de representación de los gobiernos miembros en las Conferencias Sanitarias Panamericanas debido a diferencias políticas con el gobierno huésped
- (7) Fijar un sueldo para el Director de la Oficina y determinar la duración de su cargo.

El informe se refirió al trabajo de la Oficina en 1946 en relación con la coordinación de las actividades de salubridad a lo largo de la frontera entre México y los Estados Unidos y al estudio y control de enfermedades específicas como la peste, el tifo, la oncocercosis, y las enfermedades venéreas; a un proyecto especial de nutrición para Centro América y Panamá, al saneamiento de la carretera panamericana, a reuniones profesionales de ingeniería sanitaria, a becas, institutos de administración de hospitales, publicación del Boletín, traducción de la Farmacopea de los Estados Unidos, incidencia de las enfermedades pestilenciales, peste, viruela, fiebre amarilla y tifo, y a la situación financiera de los Estados Miembros en relación con el pago de sus cuotas a la Oficina. El Director lamentaba que las actividades en pro de la enfermería y de la educación de enfermeras hubieran sido casi abandonadas por la falta de recursos.

El saldo en efectivo al 30 de noviembre de 1946 era de \$141.000, algo inferior al del año precedente y mucho menor que la cantidad requerida para las operaciones de un año.

2. Organización Sanitaria Panamericana - 1947

La XII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada seis meses después de la Conferencia Internacional de Salubridad que había redactado la Carta de la Organización Mundial de la Salud, autorizó la reorganización completa de la Oficina Sanitaria Panamericana, deliberadamente planeada, para que la Oficina pudiera funcionar como organización regional de la Organización Mundial de la Salud. (*)

La Conferencia determinó la creación de la Organización Sanitaria Panamericana que estaría compuesta de cuatro partes; a saber:

- (a) La Conferencia
- (b) El Consejo Directivo
- (c) El Comité Ejecutivo
- (d) La Oficina Sanitaria Panamericana

(*) La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (Capítulo XI, Acuerdos Regionales) dispone la creación de Comités Regionales para formular políticas regionales, vigilar las actividades de la Oficina Regional y recomendar asignaciones regionales adicionales para llevar a cabo los programas que no estén incluidos en el presupuesto central de la Organización Mundial de la Salud. También dispone que el Director Regional será designado por el Consejo Ejecutivo de acuerdo con el Comité Regional. Estas funciones del Comité Regional son tan semejantes a las del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana que su adaptación puede hacerse casi automáticamente.

La Conferencia eligió al Primer Comité Ejecutivo y resolvió convocar la primera reunión del Consejo Directivo para que aprobara la Constitución con las recomendaciones de la Conferencia. Esta Constitución (Buenos Aires, octubre de 1947) dispone que:

1. La Conferencia es el organismo supremo de la Organización; debe reunirse normalmente cada cuatro años y estar integrada por los delegados de los Gobiernos Miembros de la Organización y de cualquier otro territorio o territorios a los que se haya extendido el derecho de representación.
2. El Consejo Directivo debe reunirse anualmente con los representantes de todos los Estados Miembros, ejecutar las decisiones de la Conferencia y aprobar el programa y presupuesto.
3. El Comité Ejecutivo, compuesto por siete estados miembros, elegidos por el Consejo para períodos escalonados de tres años, debe reunirse por lo menos cada seis meses, y
4. La Oficina es el órgano administrativo, con un Director elegido por el voto de dos tercios de la Conferencia.

El objeto de esta reorganización era proporcionar a los Estados Miembros un control más directo y activo sobre la política y programa de la Oficina y desarrollar un tipo de organización en estrecha conformidad con la Organización Mundial de la Salud. Esto era esencial para la íntima asociación de las dos organizaciones que se proyectaba efectuar más adelante.

Una comparación entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Sanitaria Panamericana demuestra que la funciones de la Asamblea Mundial de la Salud, la cual se reúne anualmente, en el caso de la Organización Panamericana, las desempeña la Conferencia y el Consejo Directivo. Las funciones del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud son esencialmente las mismas del Comité Ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana. La Organización Mundial de la Salud no tiene otro nombre que "Secretariado" para su organismo operativo, el cual corresponde a la Oficina Sanitaria Panamericana.

El Consejo Directivo se reunió en Buenos Aires en 1947, en la Ciudad de México en 1948 y en Lima en 1949. La lista de los países representados en sus reuniones aparece en el Apéndice (Cuadro 1).

La sexta Conferencia Panamericana de Directores de Sanidad se verificó en la Ciudad de México, del 4 al 7 de octubre de 1948, inmediatamente antes de la Segunda Reunión del Consejo Directivo. Esta conferencia, dedicada en gran parte a la presentación de técnicas y adelantos recientes relacionados con problemas de salubridad pública, ha sido descrita en la publicación especial No. 243 de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1950. Las Conferencias de Directores de Salubridad se iniciaron en 1926 para obtener un contacto más frecuente entre los expertos en salubridad de lo que hasta entonces había per-



Signing of the agreement between the World Health Organization and the Pan American Sanitary Organization by Dr. Brock Chisholm, Director-General, World Health Organization, and Dr. Fred L. Soper, Director, Pan American Sanitary Bureau, on May 24, 1949 (United Nations Photo)

El Dr. Brock Chisholm, Director General de la Organización Mundial de la Salud, y el Dr. Fred L. Soper, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, en el acto de firmar el acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Sanitaria Panamericana, el 24 de mayo de 1949. (Fotografía de las Naciones Unidas)

mitido las Conferencias Sanitarias Americanas. Como la Constitución de 1947 establece las reuniones anuales del Consejo Directivo, dichas conferencias quizás no resulten tan importantes como anteriormente. La cuestión de las futuras Conferencias de Directores Nacionales de Salubridad será discutida en la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Comité Ejecutivo celebró diez reuniones entre abril de 1947 y abril de 1950; la lista de representantes aparece en el Apéndice (Cuadro 2).

Los Comités Especiales nombrados por el Consejo Directivo aparecen también en el Apéndice (Cuadro 3).

3. Acuerdo con la Organización Mundial de la Salud

El Artículo 54 de la Carta de la Organización Mundial de la Salud estipula que:

"La Organización Sanitaria Panamericana representada por la Oficina Sanitaria Panamericana y las Conferencias Sanitarias Panamericanas..... serán integradas a su debido tiempo en la Organización. La integración se efectuará tan pronto como sea factible mediante acción común basada en el mutuo consentimiento de las autoridades competentes, expresado por medio de las organizaciones interesadas".

El Consejo Directivo de la Oficina Sanitaria Panamericana estudió (octubre de 1946), el problema de las relaciones entre ambas organizaciones y declaró oficialmente estar opuesto a toda modificación del régimen político y orgánico de la Oficina Sanitaria Panamericana. El Consejo Directivo de la Unión Panamericana resolvió en 1946 que las organizaciones especializadas panamericanas, al colaborar con las organizaciones especializadas de las Naciones Unidas, mantendrían su identidad cualesquiera que fueran la circunstancias.

La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947) aprobó los conceptos generales de un acuerdo por negociarse con la Organización Mundial de la Salud, el cual sólo podía firmarse después que dos tercios de las repúblicas americanas hubieran ratificado la Carta de la Organización Mundial de la Salud. En su primera reunión (Buenos Aires, septiembre de 1947) el Consejo Directivo redactó dicho acuerdo para someterlo a la Primera Asamblea Mundial de la Salud (Ginebra, 1948). La Asamblea aprobó el acuerdo con excepción de un artículo que fué enviado a la Junta Ejecutiva para que lo redactara de nuevo. El acuerdo, modificado por la Junta Ejecutiva, de la Organización Mundial de la Salud, fué aprobado finalmente por el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana en su segunda reunión (Ciudad de México, 1948). La condición de que dos tercios de las repúblicas americanas debían ratificar la Carta de la Organización Mundial de la Salud fué satisfecha en abril de 1949, al adherirse el Uruguay que fué la decima-

cuarta república americana que entró a formar parte de dicha Organización; el 24 de mayo de 1949 el Director General de la Organización Mundial de la Salud y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana firmaron el acuerdo entre ambas organizaciones. La Segunda Asamblea Mundial de la Salud, verificada en Roma en junio 1949, ratificó finalmente el acuerdo que entró en vigor el 1º de julio del mismo año.

Por otra parte, un acuerdo especial de trabajo firmado anteriormente durante el mismo año había entrado en vigencia desde el primero de mayo, en cuya fecha todas las funciones de la oficina de Nueva York de la Organización Mundial de la Salud, exceptuando las relaciones con las Naciones Unidas y sus organismos especializados, fueron transferidas a la sede en Washington de la Oficina Sanitaria Panamericana.

El acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Sanitaria Panamericana dispone que la Conferencia Sanitaria Panamericana, por medio de su Consejo Directivo y la Oficina Sanitaria Panamericana actuarán, respectivamente, como Comité y Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana asumió el cargo de Director Regional de la Organización Mundial de la Salud, para el período que había sido elegido.*

Como consecuencia del arreglo existente, hay en Washington un solo organismo operativo que dirige las operaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Oficina Sanitaria Panamericana en las Américas. La Organización Mundial de la Salud sufraga los sueldos de algunos de los cargos de la Oficina Regional, asigna ciertos miembros de su personal profesional a la Oficina Regional como asesores especiales y contribuye fondos para cubrir parte del costo del local y del equipo, además de otras cantidades para becas y programas especiales demostrativos.

La Oficina Sanitaria Panamericana ha adaptado sus procedimientos financieros a los de la Organización Mundial de la Salud y adoptado, casi en su totalidad, los estatutos y reglamentos para el personal de la Organización Mundial de la Salud.

* En realidad, el Director prestó el juramento de su cargo en febrero de 1950, como Director Regional de la Organización Mundial de la Salud, solamente después de resoluciones expresas, tanto del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana (Lima 1949), como del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (Quinta Reunión, 1950), por las que se autorizó al Director a recibir instrucciones de otras organizaciones.

Se ha tratado de desarrollar un programa combinado de la OSPA y de la OMS, lo que no ha resultado posible hasta la fecha debido al procedimiento establecido por la Organización Mundial de la Salud de reservar su aprobación final a cada proyecto y de asignar fondos solamente a programas específicos solicitados por los gobiernos.

Necesidad tanto de la Organización Sanitaria Panamericana como de la Organización Mundial de la Salud

Desde que ambas organizaciones empezaron a trabajar conjuntamente se nos pregunta con frecuencia porqué deben existir dos organismos internacionales de salubridad, uno regional y otro mundial, y porqué las naciones americanas deben contribuir cuotas separadas a la Organización Sanitaria Panamericana y a la Organización Mundial de la Salud.

La respuesta a esta interrogación corresponde a las mismas repúblicas americanas que durante muchos años han cooperado armoniosamente por medio de la Oficina Sanitaria Panamericana y bajo el Código Sanitario Panamericano (La Habana, 1924), ratificado por todas ellas. Actuando de conformidad con el Código, el Acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (Washington, 1949) y la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana (Buenos Aires, 1947), esta última puede ejecutar programas regionales con fondos que no podrían suministrarse a la Organización Mundial de la Salud. La alternativa sería la abrogación del Código por los 21 estados miembros, la aprobación de un nuevo mecanismo para establecer las contribuciones de los mismos a los programas regionales de la Organización Mundial de la Salud y finalmente, el desarrollo de un método para conseguir que ésta asignará fondos a su Oficina Regional para las Américas con el objeto de invertirlos en dichos programas regionales.

Como la Constitución de la Organización Mundial de la Salud establece la descentralización por medio de Comités Regionales autorizados para proponer presupuestos regionales destinados a programas costeados por los estados miembros, sería necesario, si las naciones americanas desean continuar el programa actual que no puede ser sufragado con fondos de la sede la Organización Mundial de la Salud, imponer una contribución regional además de la que se envía a la sede. No se trata, pues, de pagar una o dos cuotas ya que en todo caso ambas serían necesarias para cubrir el costo de las operaciones actuales, sino más bien de tener el control parcial o total de los fondos y programas regionales. A medida que la Organización Mundial de la Salud, estimulada por la experiencia se descentralice más y más, este problema disminuirá proporcionalmente en importancia. Un asunto de interés inmediato es el hecho de que todavía existe un límite para la contribución de los Estados Unidos a la Organización Mundial de la Salud, y por lo tanto, si desapareciera la Oficina y sólo quedara la OMS no sería posible continuar las operaciones americanas en la escala actual.

5. Participación del Canadá

La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947) reconoció oficialmente al Canadá como estado miembro de las futuras conferencias Sanitarias Panamericanas.

"Miembros: A. La Organización Sanitaria Panamericana se compone actualmente de las 21 repúblicas americanas. Todas las naciones del Hemisferio Occidental con gobierno propio tienen derecho a ser miembros de la Organización Sanitaria Panamericana."

El Director de la Oficina se ha mantenido en contacto con el Ministerio de Salubridad del Canadá desde 1947, época en que hizo una visita a Ottawa para discutir las relaciones entre el Canadá y la Organización Sanitaria Panamericana.

En la Segunda Asamblea Mundial de la Salud, verificada en Roma en junio de 1949, durante la discusión del acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Sanitaria Panamericana, el representante del Canadá suscitó la cuestión de si sería necesaria alguna gestión diplomática de parte de su país para participar en las actividades de la Organización Sanitaria Panamericana en su carácter de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Entonces se mencionó el Acta Final de la XII Conferencia y el Artículo de la Constitución anteriormente citado, lo cual satisfizo al Canadá en lo que a este punto se refiere. Al mismo tiempo se le hizo ver al delegado canadiense que la plena participación en las actividades de la Organización Sanitaria Panamericana implicaría ciertos compromisos monetarios de su gobierno para con la Oficina. En una entrevista celebrada con el Ministro y el Subsecretario de Salubridad del Canadá a fines de 1949, se supo que el Ministerio de Relaciones Exteriores estaba estudiando toda la cuestión de las relaciones canadienses con las organizaciones panamericanas e internacionales. Se supuso que el Canadá estaba especialmente interesado en el texto del acuerdo que debía suscribirse entre la Organización Sanitaria Panamericana, organismo técnico, y la Organización de los Estados Americanos, organismo político.

6. Participación de los Territorios sin Gobierno Propio

La Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, adoptada en 1947, establece que los territorios o grupos de territorios dentro del Hemisferio Occidental que no sean responsables de la dirección de sus relaciones internacionales, tendrán derecho de representación y participación en las actividades de la Organización. La naturaleza y magnitud de los derechos y obligaciones de esos territorios o grupos de territorios dentro de la Organización serán determinados en cada caso por el Consejo Directivo, después de consultar con el gobierno o con cualquier otra autoridad responsable de sus relaciones internacionales.

El Consejo Directivo en su segunda reunión, efectuada en la Ciudad de México en 1948, en presencia de los observadores oficiales de Holanda, Gran Bretaña y Francia, decidió conceder los siguientes derechos y privilegios a los territorios sin gobierno propio:

"5. Declarar que a los países del Hemisferio Occidental sin gobierno propio se ofrecen, en el seno de la Organización Sanitaria Panamericana, los siguientes derechos:

- (a) Participar, sin voto, en las deliberaciones de las sesiones plenarias del Consejo Directivo.
- (b) Participar, con voto, en las Comisiones del Consejo Directivo, excepto en aquellas que estudien cuestiones de administración, finanzas y de la Constitución.
- (c) Participar, en el mismo plano que los Miembros, en las deliberaciones sobre los asuntos que se refieran a los programas de las sesiones del Consejo Directivo y de sus Comisiones, pudiendo hacer proposiciones, sugerir modificaciones, presentar mociones de orden, etc., con arreglo a las limitaciones del inciso (a).
- (d) Proponer asuntos para su inclusión en el programa provisional de las reuniones del Consejo Directivo.
- (e) Recibir todos los documentos, informes y actas del Consejo Directivo.
- (f) Participar, en un plano de igualdad con los Miembros, en todos los procedimientos destinados a promover sesiones especiales.
- (g) Enviar observadores y participar en las discusiones del Comité Ejecutivo bajo las mismas condiciones que los Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana que no son Miembros del mismo, pero no serán elegibles como Miembros del Comité."

En la Segunda Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Roma en 1949, se propuso que los países responsables por las relaciones internacionales de los territorios o grupos de territorios situados dentro de cualquier región, tuvieran el derecho de representar a

dichos territorios en las reuniones de los Comités Regionales de la Organización Mundial de la Salud con derecho a voto en cualquier asunto.

El Director de la Oficina sostuvo la tesis de que la Asamblea no tenía facultades para legislar en esa materia en lo que a las Américas se refería, ya que la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana habían acordado que el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana debía actuar como Comité Regional. Esta opinión fué aceptada por la Asamblea, excluyéndose al Hemisferio Occidental de la decisión en cuestión. El Consejo Directivo, en su Tercera Reunión (Lima, 1949), aceptó la proposición hecha en Roma y resolvió:

Invitar a los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud que no tienen su Sede de Gobierno en el Hemisferio Occidental, los que "a) por razón de su Constitución consideran determinados territorios o grupos de territorios en el Hemisferio Occidental como parte de su territorio nacional; o b) son responsables de la dirección de las relaciones internacionales de territorios o grupos de territorios en el Hemisferio Occidental," para que participen en las mismas condiciones que las Repúblicas Americanas, en Reuniones del Consejo Directivo, en calidad de Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud.

Al mismo tiempo, se autorizó al Director para que gestionara con los gobiernos interesados, la cuestión de la contribución monetaria que debían aportar al presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana por concepto de sus territorios en el Hemisferio Occidental.

En diciembre de 1949, el Director discutió con los representantes de los Ministerios de Relaciones Exteriores del Reino Unido, Francia y Holanda, la cuestión de las contribuciones al presupuesto regional. El asunto fué acogido favorablemente aunque se admitió que podría haber algún retardo debido a la necesidad de establecer una fórmula y de determinar la manera en que las potencias metropolitanas distribuirían dicha contribución entre los territorios en cuestión. Tanto Francia como Holanda han aceptado las cuotas propuestas por el Director, las cuales esperan solamente la aprobación del Consejo Directivo.

7. Problemas Políticos Relacionados con las Reuniones de Organización

Como se indicó anteriormente, el Dr. Cumming se refirió a las dificultades políticas que habían impedido la plena participación de las 21 naciones americanas en la XII Conferencia. Entonces

propuso que,

"Todo país que ofrezca servir de huésped a una Conferencia Sanitaria Panamericana, debe igualmente garantizar que acogerá en su seno a todos los países que tengan derecho a hallarse representados."

La situación se presentó de nuevo en relación con la Tercera Reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana, efectuado en Lima, en 1949.

Antes de dicha reunión, el gobierno del Perú aseguró oficialmente que recibiría de manera amistosa a los representantes técnicos de todos los estados miembros. A pesar de esta garantía, algunos de los estados miembros no estuvieron representados debido a diferencias políticas.

Al prepararse la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, el gobierno huésped ha dado garantía oficiales de la recepción amistosa que se tributará a los delegados de todos los estados miembros y ha declarado oficialmente que dichos delegados serán alojados por cuenta del gobierno durante la Conferencia.

El Consejo de la Organización de los Estados Americanos ha recomendado a los gobiernos de los mismos que la representación en las conferencias técnicas se efectúe independientemente de las consideraciones políticas, esperando crear así una tradición americana para que dichas consideraciones no ejerzan influencia alguna sobre la asistencia a las asambleas técnicas, tales como las Conferencias Sanitarias y las Reuniones del Consejo Directivo.

Toda vez que no es posible precedir con cuatro años de anticipación las tensiones políticas que puedan prevalecer, parece conveniente, mientras no exista esa tradición, modificar la Constitución para que sea el Consejo Directivo el que determine con dos años de anticipación el sitio donde se celebrará la Conferencia Sanitaria, en vez de que lo haga la última Conferencia.

RELACIONES CON OTRAS ORGANIZACIONES

1. Organizaciones Intergubernamentales

A. Organización de los Estados Americanos

La primera Conferencia Sanitaria Panamericana de 1902, que creó la Oficina Sanitaria Panamericana, fué convocada como consecuencia de una resolución de la Segunda Conferencia Panamericana de los Estados Americanos (1901-2). Desde el principio, tanto la Conferencia como la Oficina fueron de carácter técnico y apolítico.

La independencia de la Oficina como organismo técnico y apolítico fué confirmada por el Código Sanitario Panamericano, adoptado en La Habana en 1924, cuyo Capítulo IX, Artículo 54, dice así:

"La organización, funciones y deberes de la Oficina Sanitaria Panamericana deberán incluir aquello que hasta ahora han dispuesto o determinado las varias conferencias sanitarias internacionales y otras conferencias de las Repúblicas Americanas y también las funciones y deberes administrativos adicionales que en lo sucesivo dispongan o prescriban las Conferencias Sanitarias Panamericanas."

Entre los documentos distribuidos a los gobiernos americanos para ser considerados en la IX Reunión de los Estados Americanos, (Pogotá, 1948), figuraba un proyecto de Carta para la Organización de los Estados Americanos. Al leer este documento se comprendía que si se aprobaba la Carta tal cual estaba redactada, la Oficina Sanitaria Panamericana, como organismo especializado del sistema panamericano, se convertiría en sección técnica de una organización política, semejante a la antigua Sección de Higiene de la Liga de las Naciones y al actual Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas. El Director de la Oficina se dirigió al Secretario General de la Organización de los Estados Americanos y entrevistó personalmente a los Ministros de Relaciones exteriores de ocho repúblicas americanas, quienes le aseguraron que los autores de la Carta no tenían la intención de interferir en forma alguna con la libre operación de la Oficina. El documento, tal como fué finalmente aprobado, contiene esta seguridad. Al leerlo debe observarse bien el énfasis que se le da al reconocimiento de la validez de los tratados preexistentes* y a la redacción de ciertos artículos** hecha en forma tal que deja las disposiciones correspondientes a discreción de cada organización especializada.

La Carta de la Organización de los Estados Americanos autoriza la firma de acuerdos oficiales entre el Consejo de la Organización y los organismos especializados. Después de una discusión completa entre los miembros del Consejo y del Comité Ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, se llegó a un acuerdo entre ambas organizaciones que fué firmado en mayo de 1950. Dicho

* Carta de la Organización de los Estados Americanos, Artículos 14, 18 y 33.

** Carta de la Organización de los Estados Americanos, Artículos 53 y 99.

acuerdo llena los requisitos del sistema panamericano al mismo tiempo que reconoce las funciones de la Oficina como Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, sin interferir con ellas.

Se ha expresado la opinión legal de que no existe nada incompatible en los acuerdos existentes entre la Oficina y la Organización Mundial de la Salud, por una parte, y entre la Oficina y la Organización de los Estados Americanos, por otra. La Oficina Sanitaria Panamericana es el primer organismo especializado que ha completado sus acuerdos con la Organización especializada correspondiente de las Naciones Unidas y con la Organización política regional: (Organización de los Estados Americanos). Se presume que si este acuerdo resulta satisfactorio podrá servir de norma para la colaboración entre otras organizaciones regionales y las correspondientes de las Naciones Unidas.

En sus operaciones, la Oficina ha encontrado siempre un espíritu de la mayor amistad y colaboración entre los funcionarios y personal de la Unión Panamericana. Cuando, debido a la expansión del personal de la Oficina y al aumento simultáneo de la Unión y de sus actividades, fué necesario conseguir local adicional la Unión colaboró ampliamente tomando un edificio conjuntamente con la Oficina y abonando la mayor parte del alquiler durante los primeros quince meses.

El desarrollo de ambas instituciones y no la falta de mutua comprensión, ha impuesto la separación completa de algunos servicios de la Oficina, inclusive los de contaduría, de los de la Unión.

B. Instituto Interamericano Nacional para la Protección de la Infancia

El Dr. John D. Long representó a la Oficina en la reunión del Consejo del Instituto Internacional Americano para la Protección de la Infancia, efectuada en Montevideo, de octubre a noviembre de 1947. En dicha reunión, el Dr. Long propuso la adopción de un Código de la Infancia.

El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana asistió al 9º Congreso Panamericano del Niño, efectuado en Caracas en enero de 1948. En dicho Congreso se decidió que el Código del Niño se llamaría Declaración de Caracas y que se publicaría como declaración conjunta del Instituto y de la Organización Sanitaria Panamericana, previa aprobación del Consejo Directivo. La Declaración de Caracas fué considerada por el Consejo Directivo en su Segunda Reunión, llevada a cabo en la Ciudad de México en 1948 y aprobada con la recomendación de agregarle la siguiente declaración de principios:

"La Organización Sanitaria Panamericana considera que todas las actividades sanitarias destinadas a garantizar al niño un armonioso desarrollo físico y mental, deben efectuarse sobre la base del núcleo familiar del cual el niño es parte integrante, debiendo estar los servicios de higiene materno-infantil a cargo de los Departamentos Nacionales de Salud Pública que mantendrán el mayor contacto y colaboración posibles con todas las agencias dedicadas al bienestar materno-infantil."

El Consejo Directivo del Instituto Interamericano para la Protección de la Infancia, en su reunión de Montevideo el 2 de abril de 1949, expresó su satisfacción general por el hecho de que la Organización Sanitaria Panamericana estuviera interesada en la familia, pero no le agregó la adición propuesta a la Declaración de Caracas. Al mismo tiempo, el Consejo Directivo del Instituto reafirmó el principio fundamental que dice:

"La protección del niño y del adolescente debe estar constituida preferentemente sobre la base de un organismo central que unifique todos los factores - médicos, jurisdiccionales, sociales, educativos y económicos - que completan indisolublemente el problema integral del niño."

El Consultor Regional sobre Salud Materno-Infantil asistió a la Reunión del Consejo del Instituto efectuada en Montevideo en mayo de 1950, como Observador de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la Organización Mundial de la Salud.

La Declaración de Caracas, con las enmiendas correspondientes, aparece como Anexo de este informe

C. Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas

A principios de 1949, se solicitó del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que preparara los programas de salubridad propuestos para la América Latina los cuales serían sufragados en parte con \$2.000 000 que el UNICEF estaba dispuesto a asignar a dicha región. El 22 de febrero de 1949 el Director discutió con el Comité de Programas de la Junta Ejecutiva del UNICEF la manera de invertir los fondos de socorro en la América Latina con la rapidez necesaria para obtener máximos resultados con un mínimo de personal altamente adiestrado. En marzo del mismo año se presentaron proposiciones concretas, incluyendo proyectos de erradicación del pian o frambesia en Haití y la República Dominicana; programas de insecticidas para Centro América y de control del tifo para Bolivia y Perú; una campaña de inmunización contra la tos ferina y difteria para Chile; un proyecto de BCG para México, y un estudio también de

BCG para el Brasil. Dichos proyectos, con excepción del estudio de BCG para Brasil y con la adición de una campaña de inmunización contra la difteria y la tos ferina en Colombia, fueron aprobados por la Junta Ejecutiva del UNICEF y por el Comité Conjunto del UNICEF y de la Organización Mundial de la Salud. Más tarde, esta última y el Fondo de Socorro a la Infancia, llegaron a un acuerdo por el cual la Organización Mundial de la Salud suministrará la orientación técnica para todos los proyectos de medicina y salubridad del UNICEF. Entre tanto, la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud habían firmado el acuerdo por el cual la primera actúa como Oficina Regional de la segunda en las Américas. En esta forma la responsabilidad de los aspectos técnicos de los programas del UNICEF en las Américas corresponde a la Oficina.

Durante los últimos quince meses, una parte considerable del tiempo y energía del reducido personal de la Oficina Sanitaria Panamericana ha estado dedicado a proyectos del UNICEF.

Hacia fines de 1949 la Junta Ejecutiva del UNICEF elaboró y aprobó, un proyecto para invertir \$500.000 en cuatro estados del Brasil, asignándose los fondos a ese país.

Los representantes de la Oficina han visitado Haití, la República Dominicana, Honduras Británica, Honduras, Nicaragua, Guatemala, El Salvador, Costa Rica, Colombia, Perú, Bolivia y Chile, acompañados por representantes del UNICEF con el objeto de discutir con las autoridades nacionales de cada país los detalles de los proyectos propuestos.

Actualmente se encuentran representantes de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud trabajando en Haití, Centro América y Colombia en relación con proyectos del UNICEF. Recientemente se han suministrado fondos adicionales para la América Latina y se están preparando nuevos programas para estudiarlos en un futuro próximo.

2. Organismos Nacionales de los Estados Miembros

A. Instituto de Asuntos Interamericanos

El programa del Instituto de Asuntos Interamericanos ha sido desarrollado en 18 repúblicas de este Hemisferio. En sus primeros años, el Instituto sufragaba ciertos proyectos efectuados por la Oficina Sanitaria Panamericana. Ambas Organizaciones colaboraron en dos Conferencias Regionales Interamericanas de Ingeniería Sanitaria verificadas en 1946 en Río de Janeiro y Caracas respectivamente y en dos Congresos Interamericanos de Ingeniería Sanitaria verificados, uno en Santiago en 1948 y otro en la Ciudad de México en 1950. También han colaborado en las actividades relacionadas con el desarrollo de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y en ciertos proyectos de preparación de enfermeras.

Dentro de los distintos países, la Oficina colabora por medio de acuerdos con las autoridades nacionales de salubridad, en los proyectos sufragados por el Instituto de Asuntos Interamericanos, de la misma manera que en los programas regulares de esos mismos países. Como los objetivos declarados de la Oficina y del Instituto son idénticos, o sea el robustecimiento de los servicios nacionales de salubridad, es inevitable que ambas organizaciones desarrollen una colaboración más íntima a medida que se desarrolle el programa de la Oficina.

B. Servicio de Salubridad Pública en los Estados Unidos

La larga historia de cooperación entre el Servicio de Salubridad Pública de los Estados Unidos y la Oficina Sanitaria Panamericana ha continuado durante 1947-1950, aunque las relaciones entre ambos hayan variado en algo. Durante el largo período en que la Oficina no contaba con fondos para personal profesional, el Servicio de Salubridad Pública de los Estados Unidos le asignó médicos, enfermeras, ingenieros sanitarios y hombres de ciencia. En 1946 casi todo el personal profesional de la Oficina provenía de esa fuente.

Durante 1947 y 1948, el Servicio de Salubridad Pública abonó los sueldos del Director Adjunto, de los Jefes de las Oficinas Regionales de Lima y de Guatemala y de otros funcionarios y empleados del Servicio asignados a proyectos especiales. Ya en 1949 los funcionarios del Servicio que continuaron adscritos a la Oficina, con excepción de los que trabajaban en programas específicos, fueron asignados a base de licencia sin sueldo y la Oficina asumió el pago de sus sueldos.

Entre 1947 y 1950 la División de Donativos y Becas de los Institutos Nacionales de Salud del Servicio de Salubridad Pública de los Estados Unidos hizo varios donativos a la Oficina ascendentes a \$294.165.50 los cuales se aplicaron a programas específicos de investigación tales como (1) malaria, (2) oncocercosis y (3) enfermedades venéreas.

La Oficina mantiene estrechas relaciones con la Oficina de Relaciones sobre Salud Internacional del Servicio de Salubridad Pública de los Estados Unidos. Frecuentemente consulta y solicita los consejos y ayuda de otras divisiones del Servicio de Salubridad Pública, para reclutar personal destinado a ciertas funciones específicas. La estrecha cooperación entre ambas organizaciones ha producido beneficios mutuos.

C. Servicio Nacional de Fiebre Amarilla e Instituto Oswaldo Cruz, del Brasil

La resolución del Consejo Directivo (Buenos Aires, 1947) encargando a la Oficina la responsabilidad de coordinar los programas para la erradicación del Aedes aegypti del Continente Americano, encontró a la Oficina sin personal adecuadamente preparado y con fon-

dos muy limitados para operar. Pero, en esas condiciones pudo la Oficina tomar inmediatamente la iniciativa en el ataque contra el Aedes aegypti, gracias a la completa cooperación del Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Brasil, el cual desde el principio puso a su disposición funcionarios médicos, inspectores y algunos suministros importantes. No se exagera al decir que el programa de la Oficina para coordinar las actividades de muchos países en la erradicación del Aedes aegypti se basa en el empleo del personal suministrado por el Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Brasil. Los sueldos del personal brasileño puesto a la disposición de la Oficina para este proyecto han sido abonados por el Brasil recibiendo los gastos de viaje y alojamiento de la Oficina.

La colaboración con el Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Brasil se mantuvo sobre base extraoficial hasta principios de 1950 en que se llegó a un acuerdo con el Gobierno del Brasil sobre la cooperación con el Servicio Nacional de Fiebre Amarilla y también con el Instituto Oswaldo Cruz, que el 1º de enero 1950 asumió la producción internacional de vacuna contra la fiebre amarilla y los estudios serológicos y patológicos de la misma. (Véase Fiebre Amarilla, II Parte).

C. Instituto Carlos Finlay - Bogotá

La Oficina Sanitaria Panamericana ha contado amplia y gratuitamente con los servicios del Instituto Carlos Finlay, en Bogotá que suministra servicios patológicos y serológicos a los países vecinos lo mismo que vacuna contra la fiebre amarilla. El Instituto tuvo la responsabilidad de las pruebas serológicas con sueros humanos y de monos provenientes de Panamá donde el descubrimiento de la fiebre amarilla en 1948, 1949 y 1950 hizo ver la importancia del problema. Los estudios efectuados en Panamá por el Servicio Conjunto de Fiebre Amarilla de la República de Panamá y de la Zona del Canal constituyen adiciones muy importantes a los conocimientos existentes sobre la fiebre amarilla en esa región del mundo.

Hasta 1950, la colaboración con el Instituto Carlos Finlay fué semioficial, pero luego se llegó a un acuerdo con el Ministerio de Salubridad el cual establece la cooperación de la Oficina en las actividades del Instituto en forma tal que justifica el examen continuo de sueros y materiales patológicos y el suministro de vacuna contra la fiebre amarilla a los países vecinos, siempre que la necesiten.

3. Organizaciones no Gubernamentales

A. La Fundación Rockefeller

En Febrero de 1947 la División de Salubridad Internacional de la Fundación Rockefeller, concedió licencia al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y, además abonó su sueldo durante 1947. Igualmente en ese mismo año la Fundación Rockefeller hizo un donativo a la Oficina para cubrir el sueldo y gastos de viaje de un con-

sultor de enfermería por un período de 16 meses. Esta contribución permitió iniciar las actividades en este campo un año antes de lo que hubiera sido posible en otras circunstancias. Siempre ha existido un amplio espíritu de colaboración entre los representantes de la Oficina y los de la Fundación, especialmente en lo que se refiere a enfermería.

B. La Fundación Kellogg

En 1946 se hicieron los planes iniciales para colaborar con la Fundación Kellogg en el desarrollo de un Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá. Este proyecto cooperativo es una tentativa para resolver los problemas locales de nutrición, puesto que se sabe que el valor nutritivo de un alimento producido en un lugar puede variar mucho del de ese mismo alimento producido en otra parte. El Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá es un proyecto en el que cooperan varios países que consideran más conveniente mantener un solo Instituto para todos en vez de un establecimiento individual para cada nación.

La Fundación Kellogg ha tomado gran interés en el Instituto y ha costeado en gran parte el equipo del laboratorio de la Ciudad de Guatemala, el adiestramiento de médicos, agrónomos, enfermeras y bioquímicos de los países participantes y ha suministrado fondos a la Oficina Sanitaria Panamericana para que organice su Sección de Nutrición.

Las labores del Instituto aparecen en otra parte de este informe. En 1950 la Fundación Kellogg accedió a colaborar en la instalación del Instituto de Nutrición en Quito, Ecuador, al cual la Oficina suministrará ayuda técnica.

IV. PROBLEMAS DE ORGANIZACION DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

La creación de la Organización Sanitaria Panamericana con una estructura semejante a la de la Organización Mundial de la Salud y la expansión de las labores de salubridad internacional en las Américas, obligaron a una reorganización completa interna y administrativa de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Los problemas de organización que se le presentaron a la Oficina como consecuencia del programa ampliado y de los cambios constitucionales aprobados por la Conferencia de Caracas pueden discutirse convenientemente bajo cuatro títulos:

1. Personal Profesional Permanente
2. Finanzas
3. Local Adecuado para la Sede
4. Descentralización de la Administración

1. Personal Profesional Permanente

La resolución que estableció la Oficina Sanitaria Panamericana en 1902, estipulaba que cada país asumiría la responsabilidad de sufragar el sueldo y gastos de viaje de sus nacionales que trabajaran en ella. Aún después de la reorganización de la Oficina en 1924 bajo el Código Sanitario Panamericano, no se tomó ninguna disposición para abonar los sueldos del Director y de un personal profesional permanente. Durante todo el período de 1902 a 1947, el personal profesional de la Oficina consistía casi en su totalidad de funcionarios del Servicio de Salubridad Pública de los Estados Unidos prestados a la misma. No es exageración decir que en la época de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana de Caracas, no había personal profesional de salubridad pública cuyo sueldo fuera enteramente pagado por la Oficina. Sin embargo, esta situación ha cambiado y se han tomado las medidas necesarias para desarrollar un cuerpo de personal profesional verdaderamente internacional.

En la actualidad todos los miembros del personal se encuentran en la nómina de la Oficina Sanitaria Panamericana o en la de la Organización Mundial de la Salud, con excepción de ciertos empleados prestados por el Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Brasil en relación con la campaña para la erradicación del mosquito Aedes aegypti, y de otros asignados por los Institutos Nacionales de Salubridad del Servicio de Salubridad Pública de los Estados Unidos relacionados con ciertos estudios especiales en Guatemala.

La reorganización de la Oficina y la expansión de sus operaciones han requerido el desarrollo no sólo de su propio personal médico, técnico y científico, sino también un incremento de la fuerza administrativa y de oficina.

De 32 empleados que figuraban en la nómina de la Oficina en diciembre de 1946, el personal había aumentado a 171 en abril de 1950. (Véase el cuadro 4 en el Apéndice).

El incremento del personal profesional ha sido casi total puesto que el Servicio de Salubridad Pública que anteriormente había asignado generosamente funcionarios profesionales para la Oficina dejó de hacerlo en 1948. (Véase el cuadro 5 en el Apéndice).

En diciembre de 1946 los 32 empleados con que contaba la Oficina eran nacionales de 8 repúblicas americanas; 56 más que trabajaban bajo la vigilancia de la misma devengaban sueldos abonados con fondos provenientes de otras fuentes. En abril de 1950 la Oficina tenía 171 empleados, 87 más pagados con fondos administrados por ella y 28 con fondos de la Organización Mundial de la Salud. Estas 286 personas son nacionales de 16 repúblicas americanas, Gran Bretaña, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, la Guayana Inglesa y España. (Véanse los cuadros 6, 7, y 8 en el Apéndice).

2. Finanzas

En la Primera Conferencia Sanitaria Panamericana de 1902, se asignó a la Oficina la cantidad anual de \$5.000.00. Esta suma aumentó a \$20.000.00 en 1920 y a no menos de \$50.000.00 en 1924. En 1938, se asignó a los estados miembros una contribución de US \$0.40 por millar de habitantes que se calculaba rendiría no menos de US \$100.000.00 anualmente. Con el aumento gradual de la población de los estados miembros, en la época de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana de 1947, los ingresos de la Oficina habían ascendido a \$115.000.00.

Durante la II Guerra Mundial las actividades de la Oficina se ampliaron considerablemente con fondos contribuidos para determinados proyectos por ciertas fundaciones filantrópicas y especialmente por dependencias del gobierno de los Estados Unidos. Durante los cuatro años 1943-1947 se invirtieron en esos proyectos \$1,945,800.00 provenientes de contribuciones de fuera. De esta cantidad: \$145.200.00 dólares fueron aportados por fundaciones particulares; \$65.100.00 dólares por el gobierno de México y \$1.735.500.00 dólares por dependencias del gobierno de los Estados Unidos.

Después de la II Guerra Mundial varias dependencias de los Estados Unidos retiraron su apoyo a los proyectos especiales con inevitable reducción de las actividades de la Oficina. Los fondos retirados por el gobierno de los Estados Unidos incluían una cantidad considerable destinada a becas y proyectos de campo. Durante 1945-1946, el último año antes de que las reducciones post-bélicas de los Estados Unidos entraran en vigor, el programa de la Oficina Sanitaria Panamericana requirió más de \$600.000.00, en tanto que los ingresos provenientes de las contribuciones de los 21 estados miembros ascendieron solamente a \$115.000.00. Sin embargo, las contribuciones de otros organismos no podían cubrir enteramente el aumento en actividades de la Oficina y los gastos ordinarios que se elevaron de \$87.000 en 1924 a casi \$160.000.00 en 1946.

La XII Conferencia Sanitaria Panamericana decidió ampliar el programa de la Oficina y le dió un mandato al Consejo Directivo para que,

"formule un presupuesto adecuado para los trabajos de la Oficina, el que conforme a lo señalado en el Artículo LX del Código Sanitario Panamericano, será sufragado por los gobiernos signatarios siguiendo lo estipulado para los gastos de la Unión Panamericana."*/

La Conferencia no actuó inmediatamente para mejorar las finanzas de la Oficina porque no se percató de que el efectivo en caja

*/ Acta final de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana.

con que ésta contaba no constituía una reserva sino esencialmente un fondo necesario para costear las actividades de la misma en espera de las contribuciones de los Estados miembros. En la época de la XII Conferencia, los gastos de la Oficina excedían en 50 por ciento de los ingresos, a pesar de que no abonaba alquiler ni sueldos del personal profesional. En 1947, el capital de trabajo disminuyó de manera rápida, agotándose completamente a principios de 1948.

El problema económico de la Oficina ha ocupado una parte desproporcionada del tiempo y energía del Director durante el período 1947-1950, y aún no ha sido resuelto satisfactoriamente.

En su Primera Reunión (abril de 1947), el Comité Ejecutivo, después de recibir el informe del Director sobre la precaria situación económica de la Oficina, juntamente con un proyecto de presupuesto para 1948, ascendente a \$1.285.000, acordó recomendar al Consejo Directivo el aumento de las cuotas de los Estados miembros de \$0.40 a \$1.00 por millar de habitantes. En vista de que este aumento produciría solamente unos \$285.000, cantidad inadecuada para las necesidades de la Oficina, el Director solicitó y recibió autorización del Comité para hacer gestiones ante los distintos gobiernos con el objeto de obtener contribuciones complementarias.

En 1947, antes de recibirse respuesta a la solicitud de contribuciones complementarias, se sugirió la posibilidad de recurrir a la vía diplomática con objeto de obtener los fondos especiales necesarios para realizar los proyectos solicitados por los países interesados. No se aceptó esta sugestión porque se creyó que la colaboración de las repúblicas americanas en los programas de salubridad debe ser libre y efectuarse al nivel técnico por medio de la Oficina Sanitaria Panamericana, sin recurrir a las gestiones diplomáticas. La respuesta favorable de ciertos gobiernos miembros, a la solicitud de contribuciones voluntarias hecha por el Director, creó gran optimismo en la Primera Reunión del Consejo Directivo (septiembre de 1947), el cual aprobó para el año civil de 1948, un presupuesto de \$1.300.000 que se basaba en lo siguiente:

- (a) Una cuota de \$1.00 por millar de habitantes para todos los gobiernos miembros. (\$285.000).
- (b) Una cuota complementaria contribuida voluntariamente y de acuerdo con las posibilidades económicas de cada miembro, que sería negociada por el Director de la Oficina con los distintos gobiernos. Se calculó que las contribuciones complementarias aportarían \$1,000.000.

El cambio efectuado durante 1948 en el año fiscal para que coincidiera con el civil, tuvo como consecuencia que las nuevas contribuciones aumentadas se aplicaran seis meses antes de lo que hubiera sido posible en otras circunstancias, pero como no se pudo

disponer del aumento correspondiente durante los primeros seis meses del año, para marzo de 1948 los fondos se habían agotado completamente. La experiencia de 1948 hizo resaltar el retardo que inevitablemente ocurre entre la aprobación por una organización internacional de un nuevo presupuesto aumentado y el recibo de las contribuciones correspondientes. La aprobación del presupuesto de una organización internacional, por un Consejo o Asamblea, no significa que se haya votado una partida para ese fin; no es más que un paso preliminar que eventualmente llevará a los gobiernos miembros a remitir sus contribuciones. El lapso subsecuente entre la asignación de una suma por el Congreso y el pago de la misma hace necesario considerar la provisión de fondos de las organizaciones internacionales con mayor anticipación de la que se requiere para los servicios nacionales.

Después de agotar su capital de trabajo, */ la Oficina tuvo que mantenerse por algunos meses con fondos prestados. Esta situación se alivió en junio de 1948, al recibirse simultáneamente la cuota de México, correspondiente al primer semestre de 1947 y a todo 1948, además de una contribución voluntaria de casi \$200.000. Esta fue la primera contribución complementaria que se recibió, llegando en un momento muy oportuno. **/

En la Cuarta Reunión del Comité Ejecutivo (mayo de 1948), hubo cierta oposición al sistema de financiar a la Oficina por medio de la cuota relativamente pequeña de \$1.00 por millar de habitantes más las contribuciones voluntarias anuales de los Estados miembros, tal como lo había aprobado el Consejo Directivo en 1947, recomendándose que toda la cantidad requerida debía obtenerse a base de una cuota regular.

Antes de 1948, las cuotas de los Estados miembros de la Unión Panamericana y de la Oficina Sanitaria Panamericana se calculaban por cápita. Sin embargo, al establecerse las contribuciones para las Naciones Unidas, se empleó una fórmula basada en las posibilidades de pago de los Estados miembros. El gobierno de los Estados

* Los gastos sin presupuestar en 1947 ascendieron a \$176.000 en relación con los ingresos calculados de \$115.000.

** Se han recibido las siguientes contribuciones complementarias:

México	1948	\$194,689.64
Venezuela	"	74,404.77
El Salvador	"	2,538.79
Chile	"	1,859.46
Brasil	1949	Cr.5,000,000.00
República Dominicana	1950	\$ 5,000.00

Unidos contribuyó un poco más del 85 por ciento de las cuotas que en 1947 debían pagar a las Naciones Unidas las repúblicas americanas, en tanto que calculando per cápita, solo contribuiría el 52 por ciento para el mantenimiento de las organizaciones panamericanas. Esta disparidad llevó a una reconsideración de la fórmula para prorratear las cuotas de la Unión Panamericana, y dió por resultado la decisión, tomada a principios de 1948, de que las contribuciones a la Unión Panamericana (y a la Oficina) debían basarse en la siguiente forma: 40 por ciento en la población, y 60 por ciento en las posibilidades de pago, de acuerdo con los cálculos de las Naciones Unidas. Esta fórmula redundó en un aumento de la contribución de los Estados Unidos al 72.13 por ciento. En el Comité Ejecutivo se manifestó cierta oposición a la nueva escala, declarándose al mismo tiempo que la disparidad en las condiciones económicas de las naciones americanas dificultaría poder contar con un presupuesto adecuado para los trabajos de la Oficina si las tasas se basaban en cualquier fórmula ya existente. El Comité Ejecutivo encargó al Director la preparación de una nueva escala de contribuciones que debía reflejar no sólo la población y la capacidad de pago, sino también el interés declarado de los países en la salud internacional según lo indicaron por sus contribuciones voluntarias a la Oficina.

Se propuso que la nueva escala estuviera basada en dos fórmulas: primero, en la establecida por la Unión Panamericana que se aplicaría a la sección administrativa del presupuesto de la Oficina, y, segundo en la resultante de una fórmula nueva que se aplicaría a la sección de operaciones de campo.

El Comité Ejecutivo encargó al Director que se dirigiera a los gobiernos miembros, en nombre del Comité, solicitando que confirieran autorización a sus representantes ante la II Reunión del Consejo Directivo para aprobar un programa y presupuesto por la suma de \$700.000. para la primera mitad de 1949, y otro por \$2,000.000 para el año fiscal 1949-1950.

El Consejo Directivo, en la Segunda Reunión (México, septiembre de 1948), decidió mantener como fiscal el año civil y aprobó un presupuesto de \$1,700.000 para 1949, que sería prorrateado entre los Estado miembros de acuerdo con la fórmula adoptada por la Unión Panamericana.

El cambio ocurrido en los procedimientos financieros en esa fecha, consistió no solamente en la modificación de los porcentajes de las contribuciones de los distintos países, sino también en el establecimiento de una cuota, basada en el presupuesto anual aprobado que varía de un año a otro.

La experiencia demostró la dificultad para seguir en la práctica un procedimiento de esta clase en una organización internacional cuyos presupuestos, aprobados a fines del año fiscal anterior, deben ser cubiertos con fondos solicitados simultáneamente a diversos países.

Existe poca relación inmediata entre el nuevo y mayor presupuesto aprobado en septiembre de un año para el civil inmediato siguiente y la disponibilidad de fondos durante dos tercios de dicho año. En 1949, por ejemplo, para el 1º de junio se había recibido menos del 2 por ciento de las cuotas, y la contribución de los Estados Unidos que representaba el 72 por ciento de los fondos, ingresó cuando ya habían transcurrido dos tercios del año.

Debido a esa diferencia entre los fondos disponibles y los ingresos aprobados, en 1949, sólo se invirtieron \$786.000 del presupuesto de \$1,700.000

En la Tercera Reunión del Consejo Directivo (Lima, octubre de 1949), se aprobó para 1950 un presupuesto de \$1,742,000 después de hacer algunas deducciones por gastos administrativos a ser asumidos por la Organización Mundial de la Salud.

En 1950, al igual que en 1949, hasta 1º de junio se había recibido menos del 2 por ciento de las contribuciones, y según parece en este segundo año con un presupuesto aprobado de cerca de \$1,700.000, las erogaciones de la Oficina no deberán exceder de \$1,400.000 si se trata de disponer de fondos adecuados para los gastos de operación correspondientes a la primera mitad de 1951.

Siempre ha existido una gran discrepancia entre los presupuestos aprobados durante el período 1948-1950 y las cantidades empleadas por la Oficina provenientes de fondos efectivamente disponibles. */

Año	Presupuesto Aprobado	Gastado
1948	\$1,300,000.00	\$319,627.21
1949	1,700,000.00	786,423.95
1950	1,742,035.00	1,400,000.00
1948-1950	\$4,742,035.00	\$2,506,051.16

calculados

Por estas cifras se ve claramente que los resultados de los presupuestos aumentados pueden apreciarse sólo durante el segundo año, después de su aprobación.

En la Tercera Reunión del Consejo Directivo se hizo evidente que existe peligro en desconocer la importancia de las demoras que ocurren entre las disposiciones tomadas por una organización internacional y el recibo de los fondos con que esas mismas disposiciones tasan a los Estados miembros.

*/ Los informes detallados sobre ingresos y egresos se encuentran en el Apéndice.

El Informe del Director a la Tercera Reunión del Consejo Directivo (Lima, 1949) indicaba que a principios de 1950, */ habría unos \$900,000 en caja y que los saldos pendientes de los Estados miembros representarían unos \$350,000.

Se hizo una proposición para que la suma de estas dos cantidades o sea, \$1,250,000 fuera acreditada a los Estados miembros en proporción a sus contribuciones al presupuesto de 1949 y que se fijaran las cuotas correspondientes a 1950 solamente por la cantidad de \$492,500 para completar el total de \$1,742,500.

Al mismo tiempo se propuso la creación de un fondo de trabajo de \$1,000,000 que se obtendría por medio de contribuciones de los Estados miembros hechas en la misma proporción que las cuotas regulares, pero con la salvedad de que éstos conservarían el derecho de propiedad sobre aquella parte del fondo de trabajo que hubieran aportado.

Cuando se indicó al Consejo Directivo que el fondo de trabajo ya existía en parte debido a las contribuciones complementarias de México, Chile, El Salvador y Brasil, la proposición fué rechazada.

Aunque dicha proposición no haya sido aceptada, es importante señalar que los argumentos siguientes, usados en su favor, eran erróneos:

- (a) Que como resultado del proyecto la Oficina recibiría las cuotas de los gobiernos miembros con mayor prontitud y
- (b) Que la Oficina dispondría de tanto dinero en efectivo para operar en 1950-51 como si se continuara el procedimiento establecido.

Aunque es cierto que existen algunos prolongados atrasos en los pagos de cuotas por los gobiernos miembros a la Oficina, los más importantes son inherentes al mecanismo por el cual se aprueban las asignaciones de fondos. En muchos países no hay medio de acelerar los pagos a la Oficina. Esta explicación se aplica a aquellas naciones que por su año fiscal no pueden efectuar sus pagos al principio del año civil, sino que tienen que esperar acción del Congreso, que puede ser demorada.

El dejar de recibir un saldo de casi \$200,000, de Estados Unidos, que es el más alto contribuyente, y el atraso adicional en el recibo de las cuotas de otros países debido a la necesidad de cambiar el procedimiento de pago, habrían dejado a la Oficina sin fondos para operar durante el primer semestre de 1951.

*/ Esta cantidad incluía algo más de \$200,000 dólares calculados al tipo oficial de cambio, depositados en Cruzeiros en el Brasil, pero que no podían convertirse fácilmente a dólares a ese tipo.

La tentativa de colocar a las organizaciones internacionales en la base de un presupuesto anual suscrito por medio de las cuotas que deben abonar los gobiernos miembros durante el año presupuestal vigente, es muy poco práctica, como lo ha demostrado la experiencia de la Oficina Sanitaria Panamericana durante los últimos cuatro años. La Organización Mundial de la Salud se ha encontrado en situación semejante, viéndose obligada a reducir los gastos de 1950 muy por abajo de la cantidad presupuestada. Aun aquellos países cuyos pagos se efectúan prontamente después de la aprobación del Congreso generalmente se hallan demorados por lo menos en seis meses, y por lo tanto, el resultado completo de las nuevas cuotas no puede obtenerse sino dos años después de ser aprobadas.

Debe encontrarse algún método para estar a cubierto durante el lapso que ocurre entre la aprobación de los presupuestos de la Oficina por el Consejo y la aprobación y pago de las cuotas por los Congresos respectivos. Una solución sería crear un fondo de trabajo suficientemente amplio para que cubra todos los atrasos posibles en el pago de las contribuciones. Otra sería mirar más hacia el futuro y aprobar por adelantado la cifra de que debería disponer la Oficina para sus operaciones dos años más tarde y hacer que las contribuciones del año venidero correspondan a las necesidades del año siguiente más bien que a los gastos actuales. Se ha sugerido otra solución que consiste en conseguir que el Banco Internacional adelante fondos equivalentes a la cantidad correspondiente a las cuotas asignadas a los distintos miembros. Una vez que se haya encontrado un método satisfactorio, se podrán establecer presupuestos reales con pleno conocimiento de los fondos de que se dispondrá.

La experiencia ha demostrado que las actividades internacionales de salubridad no pueden desarrollarse bien con planes de corta duración. No es posible improvisar personal y, además se requiere tiempo para desarrollar programas de cooperación con los distintos gobiernos. Se podría hacer una labor mucho más sólida en este terreno si fuera posible llegar a un acuerdo sobre cierta cantidad fija anual por varios años o sobre una suma que aumentaría gradualmente durante un período determinado.

Local Adecuado para la Sede

Ya en 1939-40, */ el Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana insistía en la urgente necesidad de obtener un local adecuado para las crecientes actividades. Se presumía entonces que una vez construido el nuevo edificio de la Unión Panamericana el problema quedaría resuelto. Tres años después, en su Informe correspondiente a 1942-43, el Director declaró que el problema del local para la Oficina se había tornado crítico y que cada día se advertía más claramente que, con el crecimiento de la Oficina, eventualmente se necesitaría un edificio separado.

*/ Publicación 153, septiembre de 1940.



*Headquarters Buildings
Edificios de la Sede*

*Above: 2001 Connecticut Avenue,
Main Building,*

*Arriba: Avenida Connecticut
2001, Edificio Principal.*

*Left: 2017 and 2019 Connecticut
Avenue, Annexes.*

*A la izquierda: Avenida Connec-
ticut 2017 y 2019, Edificios
Anexos.*



Transcurridos otros cuatro años, en la época de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana de 1947, la sede de la Oficina Sanitaria Panamericana disponia de tres pequeñas salas y un corredor en el edificio de la Unión Panamericana y su biblioteca estaba almacenada en un sótano.

En septiembre de 1947, se efectuó el traslado de las oficinas de la sede al edificio que ocupa actualmente en el 2001 de Connecticut Avenue. Dicho traslado fué posible porque se ocupó el edificio conjuntamente con ciertas secciones de la Unión Panamericana que, hasta enero de 1949 costearon la mayor parte del alquiler. Al aumentar las actividades en 1949, fué necesario ocupar todo el edificio número 2001 para el personal combinado de la Oficina y de la Organización Mundial de la Salud. Además, y desde 1950 se emplean dos pequeños edificios en Connecticut Avenue. El acomodo actual es inadecuado y la división del personal en tres edificios separados, ninguno de los cuales fué construido para oficinas, dificulta la administración eficiente. El problema de alojamiento sigue siendo crítico y requiere urgente solución.

La solicitud del Director efectuada en 1949 a la Tercera Reunión del Consejo Directivo para que lo autorizaran a tomar las disposiciones necesarias para obtener un alojamiento permanente condujo a una discusión sobre la sede definitiva de la Oficina, proponiendo el representante de México que trasladara su asiento a la capital de su país. El Consejo Directivo no llegó a ninguna decisión final al respecto y postergó el asunto para que lo considerara la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana. El retraso creado por esta disposición ha sido muy desafortunado pues las oficinas actuales se encuentran aglomeradas y cualquier extensión de operaciones a otros edificios complicaría aún más las dificultades administrativas actuales.

En la reunión efectuada en Lima en octubre de 1949, el Consejo Directivo nombró un comité integrado por representantes de Estados Unidos, México y el Perú para que estudiara a fondo la cuestión y presentara un informe al respecto a la Conferencia. El Comité se reunió en Washington en abril de 1950 y presentará su informe a la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana.

V. PRINCIPIOS Y POLITICA SANITARIA REFERENTES A PRIORIDAD EN LOS PROGRAMAS

Antes de presentar en la II Parte el detalle de las actividades de la Oficina desde la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, nos parece apropiado considerar brevemente los principios de política sanitaria en que se han basado los programas desarrollados por la Oficina.

1. Diferencias de las Condiciones de Salubridad en las Américas

Al entrar la salubridad internacional en la segunda mitad del primer siglo de su existencia, aparecen diferencias casi espectaculares en la salud de diferentes pueblos de las Américas, a pesar de los

esfuerzos de las autoridades de salubridad de cada nación y de la colaboración de varias organizaciones que actúan en el campo de la salud internacional. Por una parte, en los Estados Unidos, están bien controladas la mayoría de las enfermedades epidémicas y las relacionadas con el medio ambiente y el índice de mortalidad infantil es muy bajo; y en la actualidad se está prestando creciente atención a la necesidad de establecer centros de salubridad y hospitales adecuados para toda la población, con debida consideración a las enfermedades degenerativas de la ancianidad. Por otra parte, las poblaciones de algunos países todavía sufren de enfermedades epidémicas tales como tifoidea, viruela, peste, tifo, malaria y disentería; la mortalidad infantil es excesiva, la nutrición inadecuada, los hospitales modernos casi inexistentes, y es bajo el promedio de edad al momento de la muerte. Esta discrepancia en las condiciones se refleja en la importancia que se le atribuye a las diferentes fases de los trabajos de salubridad en distintas zonas y ello debe tomarse en cuenta al establecer prioridades para las actividades de la Oficina. Naturalmente, ésta concentrará sus labores donde la necesidad sea mayor, y en aquellos campos donde ya disponemos de conocimientos fundamentales.

2. Enfermedades Epidémicas

El control de las enfermedades epidémicas es una obligación primordial de la Oficina, que le fué encomendada desde su creación en 1902, y subrayada de nuevo por el Código Sanitario Panamericano de 1924. No existe, pues, la menor duda de que la recopilación y disección de informes sobre la incidencia de las enfermedades, estudios epidemiológicos, desarrollo de métodos de control y, a solicitud, la aplicación de los mismos, deben figurar entre las actividades fundamentales de la Oficina.

Hoy día, es difícil para los que trabajan en pro de la salubridad pública en los Estados Unidos recordar que hace solamente medio siglo las enfermedades epidémicas constituían una seria amenaza para el país y una barrera efectiva contra el comercio y el turismo internacional. En el siglo que precedió a la organización de la Oficina, la fiebre amarilla asolaba las Américas desde Boston hasta Buenos Aires, los brotes de cólera eran frecuentes, y la viruela era cosa común y corriente. Solamente unos pocos años antes de la creación de la Oficina, la peste bubónica había invadido por primera vez al Continente, propagándose gradualmente de un país a otro.

3. Enfermedades Nuevas o Limitadas o Vectores de las Mismas

Entre las funciones más importantes de la Oficina Sanitaria Panamericana como organismo de salubridad internacional figura la ayuda a los Estados miembros para el control de invasiones nuevas o limitadas de enfermedades o de vectores de las mismas.

Nunca se ha escrito una historia adecuada de la migración, huéspedes intermedios y vectores de las enfermedades; pero se sabe que esas migraciones han desempeñado y continúan desempeñando un papel importante en la salud y en la vida económica de los países del mundo entero. La historia del descubrimiento y colonización de América está repleta de referencias a brotes epidémicos de suma gravedad. El océano era una carretera de doble vía, siendo difícil diferenciar entre las epidemias causadas por agentes importados de Europa y Africa y las producidas por virus americanos entre inmigrantes europeos y africanos no inmunes. Entre los invasores más importantes de la época se encontraban indudablemente el sarampión, viruela, anquilostomiasis, fiebre amarilla, malaria y el mosquito Aedes aegypti, el vector urbano de la fiebre amarilla. En relación con esto, es interesante observar que hace tan sólo treinta o cuarenta años, después de habitar 4 siglos en el continente americano, el mosquito aegypti todavía se encontraba en marcha hacia nuevos puestos de avanzada en el interior de Sud América. El descubrimiento efectuado en 1941, sobre la presencia de la mosca Tsetse, el vector de la enfermedad del sueño, en aviones que llegaban al Brasil provenientes de Africa, ilustra dramáticamente el hecho de que la historia de la invasión transatlántica por vectores de enfermedades no está necesariamente completa.

El aislamiento de casi una veintena de virus de enfermedades desconocidas en Africa y en las Américas, efectuado mientras se llevaban a cabo los estudios sobre la fiebre amarilla selvática durante los últimos quince años, indica que puede haber enfermedades desconocidas, en reservorios quizá en los bosques de uno u otro continente en espera de una oportunidad favorable para diseminarse por otras regiones.

El reciente descubrimiento de la oncocercosis en Venezuela, filariasis africana, anteriormente conocida en las Américas sólo en regiones contiguas de México y Guatemala, indica que el grado alcanzado en la migración inter-regional de las enfermedades puede ser mucho mayor de lo que se supone.

De manera semejante, el descubrimiento de la bartonelosis (Verruga Peruana) en forma de epidemia grave que afligió al sur de Colombia hace algunos años, indica que esta enfermedad, que por mucho tiempo se creyó limitada al Perú es capaz de propagarse mucho más allá de sus fronteras conocidas.

La Oficina es el organismo por medio del cual puede obtenerse la ampliación constante de programas de erradicación esencial para el éxito final, gracias a la coordinación de las actividades de todos los países interesados en un problema determinado. Un ejemplo importante de esta función lo constituye el programa de erradicación del Aedes aegypti.

Tanto Bolivia como el Brasil han erradicado al Aedes aegypti dentro de sus fronteras, pero como los servicios de salubridad de un país no pueden operar en el territorio de sus vecinos, le ha correspondido a la Oficina Sanitaria Panamericana coordinar campañas simultáneas en otras naciones en el esfuerzo para erradicar al Aedes aegypti del continente.

Igualmente, la campaña para la erradicación del pián o frambesia de Haití, sufragada por el Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas y efectuada bajo la orientación técnica de la Organización Mundial de la Salud y de la Oficina Sanitaria Panamericana, depende para su completo éxito de una campaña semejante que se está llevando a cabo en la República Dominicana. En este caso, la coordinación es función vital del organismo internacional de salubridad. Las actividades contra las enfermedades venéreas y la rabia, a lo largo de la frontera México-Estados Unidos, constituyen otro ejemplo de la función de la Oficina en superar las limitaciones obligadas de barreras políticas a trabajos internacionales de salubridad. Es necesario perseguir a la enfermedad más allá de los límites políticos y desarrollar ciertos proyectos en forma que cubran toda una región.

4. Proyectos Regionales y de Zona

La Oficina da prioridad a los proyectos de carácter regional que mejoran los recursos de salubridad de toda una región o zona determinada y que, al mismo tiempo pueden tener valor general para todos los países de las Américas.

El apoyo prestado por la Oficina a los laboratorios de fiebre amarilla en Brasil y Colombia, en reemplazo de la tradicional colaboración de la Fundación Rockefeller, cae dentro de la categoría de proyectos regionales. Es muy importante para el bienestar general que se continúen los estudios sobre la epidemiología de la fiebre amarilla selvática y sobre los nuevos métodos para producir y aplicar la vacuna contra la misma, y que los laboratorios de Río de Janeiro y de Bogotá sigan actuando como centros regionales para exámenes patológicos, pruebas de inmunidad en sueros de hombres y animales, y para la preparación y distribución gratuita de vacuna antiamarílica, a los gobiernos de toda la región.

Durante los últimos años, el problema de la viruela en las Américas se ha agravado. Para proteger a toda la población del Hemisferio es necesario contar en todos los países con un programa intensivo y continuo de vacunación y revacunación contra esa enfermedad. La Oficina ha fomentado la producción de una vacuna seca resistente a las temperaturas normales y se está preparando para llevar a cabo demostraciones de campo en gran escala, después de las cuales se procurará coordinar las diversas campañas nacionales de vacunación. Ya se han efectuado discusiones preliminares en México, Perú, Bolivia, Ecuador y Colombia; y se espera que para 1951 el programa se encuentre en pleno desarrollo en esos países.

En lo que se refiere a nutrición, se creó bajo la iniciativa y auspicios de la Oficina, el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá con el objeto de ayudar a los países de ese sector. Los resultados de sus labores estarán a la disposición de los gobiernos miembros del Instituto de los demás países del Hemisferio por medio de la Oficina Sanitaria Panamericana.

5. Estandarización de los Procedimientos de Laboratorio

Otra fase importante de las actividades de la Oficina es la que se refiere a la estandarización de los métodos y de materiales de laboratorio. En Guatemala, Panamá, Costa Rica, Nicaragua, Honduras y El Salvador, y más recientemente en Venezuela, los consultores en serología de la Oficina han adiestrado personal técnico local en los métodos y procedimientos estandar de Laboratorio y coordinado los programas de laboratorio de enfermedades venéreas de esos mismos países en una base también estandar. Las facilidades y experiencia existentes en esas naciones están a la disposición de las demás para fines de demostración y adiestramiento. Como paso preliminar hacia la estandarización de las técnicas para el diagnóstico, la Oficina ha emprendido un estudio comparativo de los antígenos usados en las Américas para diagnosticar la brucelosis.

6. Enfermedades que Debilitan e Incapacitan

La Oficina ha resuelto (como principio básico para establecer prioridades) el ayudar para elevar el nivel general de salud en regiones afectadas por enfermedades que debilitan o incapacitan. Al elevar el nivel general de salubridad se aumenta la productividad del área con los consiguientes beneficios económicos. Las principales enfermedades que corresponden a este grupo son la malaria, el pián o frambesia, la anquilostomiasis.

7. Mejoramiento de los Servicios Nacionales de Salubridad

El objetivo final en cuestiones de salud internacional debe ser contribuir al desarrollo de los departamentos de salubridad de los Estados miembros hasta un grado tal que se pueda cuidar a toda la población en centros de salubridad, con especial énfasis en programas de salud materno-infantil, reconociéndose que juntamente con el proyecto de largo alcance, dichos programas requieren una cuidadosa preparación de expertos sanitarios de todas las categorías, pero especialmente de enfermeras de salubridad pública. Por otra parte, existen ciertos problemas urgentes de salud para los cuales se dispone de soluciones relativamente fáciles que no requieren un personal altamente adiestrado. La Oficina trabaja para desarrollar centros de salubridad y preparar enfermeras de salubridad pública pero también estimula la organización de servicios de tipo especial con personal relativamente poco experto para el desarrollo de ciertos programas que pueden llegar a ser rutinarios. Estos servicios de tipo especial no incluyen los programas de salud materno-infantil que requieren personal bien preparado y que no pueden separarse del programa de los centros de salubridad sin duplicación de esfuerzos

y aumento de los gastos. En último análisis, la protección del niño depende de la protección de la familia.

8. Agrupación de los Servicios Especiales

La oficina, siempre que sea posible, aboga por la agrupación de los servicios especiales bajo una sola administración, como medida interina para el desarrollo de los programas nacionales de salubridad en aquellos casos en que no es práctico encargárselos a los centros de salubridad. En esta forma resulta ventajoso incluir todas aquellas enfermedades que dependen de la transmisión por insectos dentro del domicilio, en una sola división que tenga la responsabilidad de mantener las viviendas humanas libres de insectos, en vez de continuar con servicios especiales para la malaria, la fiebre amarilla, la peste, la enfermedad de Chagas, la disentería transportada por las moscas, etc. De esta manera, el verdadero objetivo ya no es el control de una enfermedad determinada, sino una vivienda libre de insectos. Igualmente, las enfermedades que se controlan mejor con vacunaciones rutinarias pueden muy bien agruparse en un solo sistema, en vez de organizar campañas especiales para una sola enfermedad en caso de amenaza de epidemia. Por ejemplo, las vacunas contra la viruela, la fiebre amarilla, y la tifoidea pueden ser aplicadas por el mismo grupo en muchas regiones de la América del Sur.

9. Diseminación de Conocimientos

Afortunadamente, es posible reducir los efectos de una amplia diseminación de enfermedades o de vectores de las mismas por medio de una diseminación igualmente amplia de conocimientos sobre los métodos y medios de control y erradicación. Pocos años después de los descubrimientos de Jenner, la vacunación contra la viruela ofreció un ejemplo interesante del traslado a larga distancia de una técnica especial y del material acompañante necesario. Entre 1803 y 1806 los españoles transportaron deliberadamente el protector virus de la vacuna bovina, a las Américas y de allí a las Filipinas, por medio de una serie de pases de un inmigrante huérfano a otro, en alta mar. Se puede encontrar un ejemplo más reciente de dicho traslado de conocimientos en la aplicación efectuada en Egipto durante 1944-45 de los métodos desarrollados por el Brasil en 1939-40, para la erradicación del Anopheles gambiae. Estos no son sino dos ejemplos separados por siglo y medio, del tipo de intercambio de técnicas que constituye una fase importante de las labores internacionales de salubridad.

La Oficina estimula el mejoramiento de los métodos de salubridad publicando informes técnicos, efectuando demostraciones, organizando cursos y proyectos especiales de adiestramiento, lo mismo que valiéndose del contacto personal con funcionarios de salubridad.

10. Método para contribuir al enlace de los Conocimientos Científicos y su Aplicación para Beneficio de la Humanidad

El organismo internacional de salubridad será responsable en

todo momento de que los mejores métodos para combatir la enfermedad, disponibles en una localidad dada, sean aplicados en beneficio de la humanidad. en cualquier otra parte que sea necesario; debe mantenerse alerta al descubrimiento de todo nuevo método o técnica en cualquier sitio del mundo y facilitar su pronta aplicación en otras regiones. La Oficina, por medio de la coordinación de estudios médicos y de salubridad, ha servido y sirve de instrumento para la aplicación de descubrimientos debidos a investigaciones o trabajos científicos efectuados en un país, a los problemas existentes en otros países o regiones de las Américas.

11. Servicios de Consulta

En general, la experiencia ha demostrado que la existencia de un servicio de consulta a cargo de un miembro del personal de la Oficina que visite repetidas veces todos los países de una región, llevando ideas y nuevos adelantos observados en otras naciones, es uno de los medios más efectivos para ese fin.

Sin embargo, la Oficina no puede mantener un personal de expertos en todos los campos y por lo tanto debe poseer la facultad de solicitar de las instituciones nacionales de salubridad, los servicios de técnicos competentes para que actúen como consultores temporales cuando así lo requieren las necesidades especiales de los Estados miembros.

Una de las funciones más importantes de la Oficina consiste en suministrar servicios de consulta a los Estados Miembros que los soliciten.

12. Preparación de Personal

Durante los últimos cuatro años, se ha podido apreciar mejor que la coordinación de la educación y el adiestramiento en su sentido más amplio, es una de las funciones más importantes de la Oficina. La mayor contribución que se puede dar en el campo de la salud pública internacional es suministrar al personal local los conocimientos y preparación requeridos para una carrera de salubridad pública. Además de los estudios de post-graduados en instituciones académicas, la Oficina dirige numerosos programas de adiestramiento en el servicio. Con este propósito, ha adoptado como práctica siempre que colabora en un proyecto que éste se utilice para fines de adiestramiento si las circunstancias lo permiten. En esta forma los trabajos de salubridad efectuados en un país, proporcionan una oportunidad para adiestramiento del personal de otras naciones.

Aunque las solicitudes de becas pueden ser iniciadas por los propios interesados, corresponde al servicio gubernamental interesado transmitir las a la Oficina ya que ésta no puede acoger solicitudes hechas directamente por particulares.

En lo que se refiere a su propio personal, la Oficina pone especial énfasis en reclutar individuos que hayan tenido preparación profesional en salud pública. Se considera que para desarrollar el espíritu de colaboración tan esencial para el buen éxito de los programas de salubridad, son sumamente valiosos los antecedentes de preparación común en los estudios de salud pública de todos los miembros del personal-médicos, ingenieros, veterinarios, dentistas y enfermeras.

De acuerdo con esta orientación la Oficina favorece las becas para cursos generales de salubridad con especialización en una u otra rama en vez de cursos intensivos sobre una especialidad determinada. Los especialistas que trabajan en tuberculosis, enfermedades venéreas, y cuidados materno-infantiles deben tener como base un curso regular en salubridad pública.

Aunque por algún tiempo habrá que continuar concediendo becas de estudio en las instituciones más adelantadas de los Estados Unidos y del Canadá, ya que constituyen un factor importante para la preparación de dirigentes de salubridad pública para las Américas, las instituciones y servicios latinoamericanos han progresado tanto, que su uso para la enseñanza de funcionarios latinoamericanos aumenta constantemente. Las ventajas son obvias: primero, el adiestramiento se puede efectuar en español o en portugués, y segundo, las condiciones de estudio se aproximan más a aquéllas bajo las cuales tendrá que trabajar el estudiante cuando aplique los conocimientos adquiridos durante su adiestramiento y educación.

Durante los últimos dos años la Oficina ha mantenido en Guatemala un curso de adiestramiento limitado e intenso para serólogos de Centro América y Panamá y en el momento está organizando proyectos semejantes para Venezuela y el Brasil. Se han preparado peritos en diagnósticos y lucha contra la rabia en los Estados Unidos y en México, se ha organizado un curso intensivo de dos semanas (llamado Instituto) para administradores de hospitales que empezará el 18 de junio en el Brasil, y un seminario para Supervisoras de Enfermeras en Chile, el cual iniciará sus labores el 10 de julio.

13. Limitaciones a la Actividades de la Oficina

Aunque una interpretación liberal del Código Sanitario Panamericano y de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana no pondría prácticamente ninguna restricción teórica sobre las actividades de la Oficina en el campo de la medicina preventiva, asistencia médica y aspectos médico-sanitarios del bienestar social, la magnitud del presupuesto y el personal disponible establecen límites prácticos.

Como principio general, la Oficina no debería duplicar las actividades de otras organizaciones ni hacer para un Estado Miembro aquellas labores que este último puede efectuar mejor por sí mismo.

La Oficina debe procurar complementar los servicios existentes y no ser un sustituto de ellos. Tampoco debe invertir fuertes sumas en edificios (con la posible excepción del que alojará las oficinas en la sede permanente de la Oficina), ni en proyectos de abastecimiento de agua y alcantarillas que por su naturaleza misma requieren erogaciones considerables.

La Oficina debe mantener su posición como fuente de ayuda técnica y no de provisión de fondos para los Estados. No debe participar económicamente en programas rutinarios de salubridad, exceptuando en los casos que sea necesario hacerlo para el estudio de técnicas administrativas especiales, el desarrollo de nuevos métodos, o para la demostración bajo condiciones locales de métodos conocidos.

La Oficina ayuda en la adquisición de abastecimientos para los Estados miembros pero no es una fuente de los mismos, excepto en casos de emergencia o de catástrofe y aún entonces, solamente de aquellos artículos medicinales y de salubridad pública necesarios para auxilio inmediato. En estos casos, la Oficina espera el reembolso, excepto en ocasiones que a juicio del Comité Ejecutivo impliquen que la catástrofe ha sido un golpe considerable para la economía nacional.

La Oficina colabora en ciertas conferencias internacionales y en otras reuniones semejantes pero no puede esperarse que cubra los gastos de representantes nacionales a dichas asambleas.

Por su carácter de coordinador de proyectos regionales y de zona, la Oficina a veces no podrá aceptar sugerencias de las autoridades nacionales sobre el momento en que podría colaborar en ciertos proyectos.

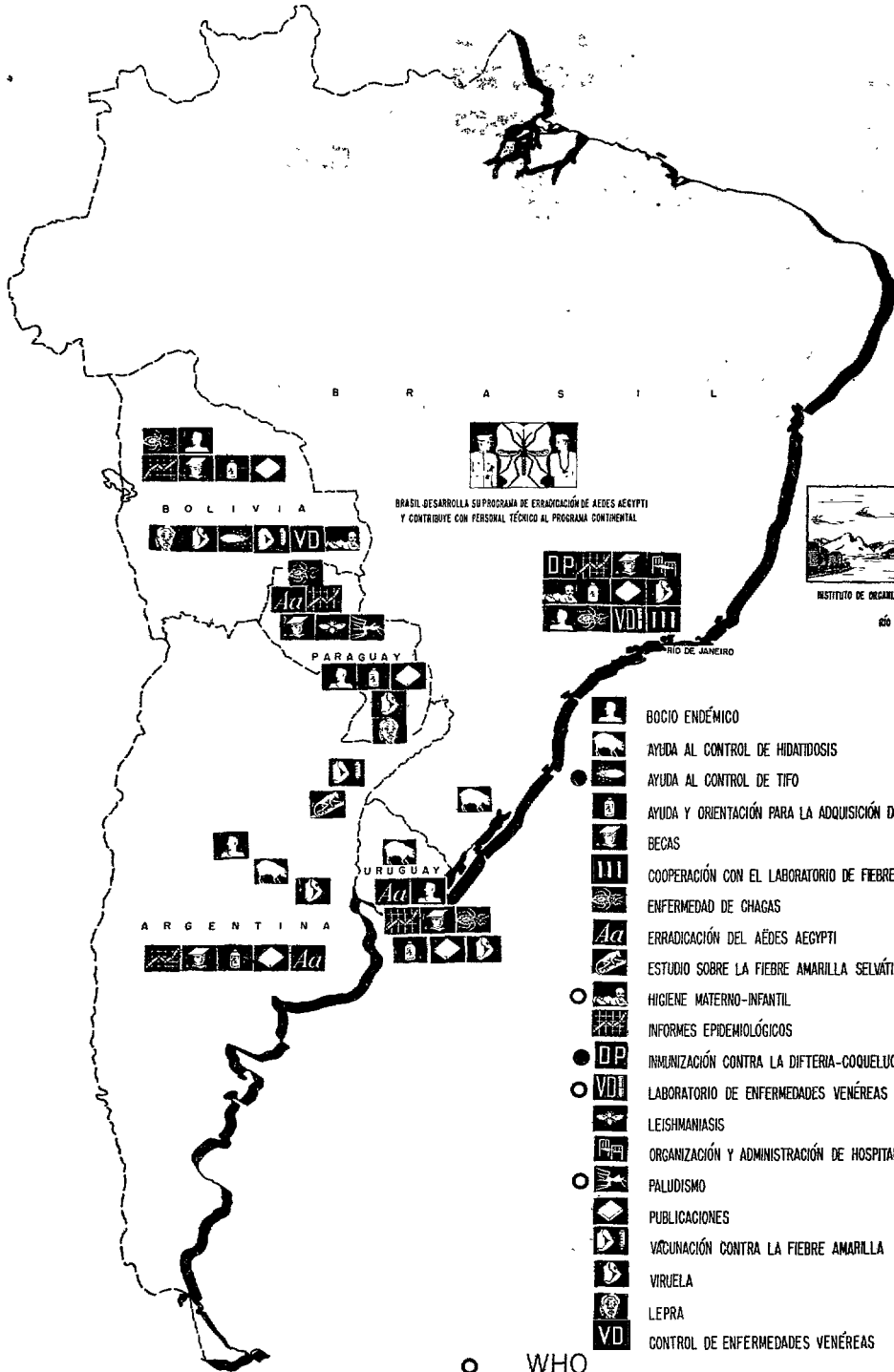
Necesita tener libertad para sugerir, en nombre de algunos Gobiernos Miembros de una zona, los programas específicos que convenga llevar a cabo aunque tal vez ellos no sean de interés inmediato para un país determinado. Aunque una nación pudiera mostrar poco interés para emprender un programa de erradicación o de control dentro de su propio territorio creyendo que otros problemas más urgentes deberían tener prioridad, generalmente acepta colaborar con la Oficina al demostrarse la importancia del proyecto propuesto con los países vecinos.

La Oficina, por su naturaleza misma, desempeña sus funciones sobre una base apolítica. Su interés predominante es la salud y el bienestar de todo el continente y procura alcanzar ese fin de manera imparcial y objetiva. Ningún miembro del personal puede interferir en modo alguno en los asuntos económicos o políticos de un gobierno miembro y la Oficina misma evita toda posible interferencia del exterior; tampoco abona sueldos a personas que no estén públicamente empleadas como miembros de su personal o en programas auspiciados por ella.

Igualmente no debe esperarse que la Oficina acepte una proposición simplemente porque sólo requiere una pequeña cantidad de dinero. El factor determinante para la selección de los programas, como por ejemplo en el caso de optar entre una serie de pequeños programas o pocos programas grandes, debe ser la importancia relativa de los proyectos en sí. No se les debe aceptar simplemente por su bajo costo ni rechazarlos porque éste sea elevado, ni tampoco debe rehusar la Oficina participar en programas de largo alcance cuando se consideren convenientes para la salud continental.

14. Colaboración con las Autoridades Nacionales de Salubridad

La meta constante de la Oficina debe ser trabajar con los servicios oficiales de salubridad existentes y fortalecerlos, en vez de desarrollar programas independientes. Si los intereses de la Oficina en cualquier campo de acción conducen a la colaboración con cualquier departamento de un gobierno, la Oficina debe siempre colaborar con las autoridades nacionales de salubridad y por su conducto. Esto es especialmente importante en los programas actuales en el caso de las estadísticas y de las zoonosis tales como rabia, brucelosis e hidatidosis, y en ciertos países, en el de los departamentos de higiene materno-infantil.



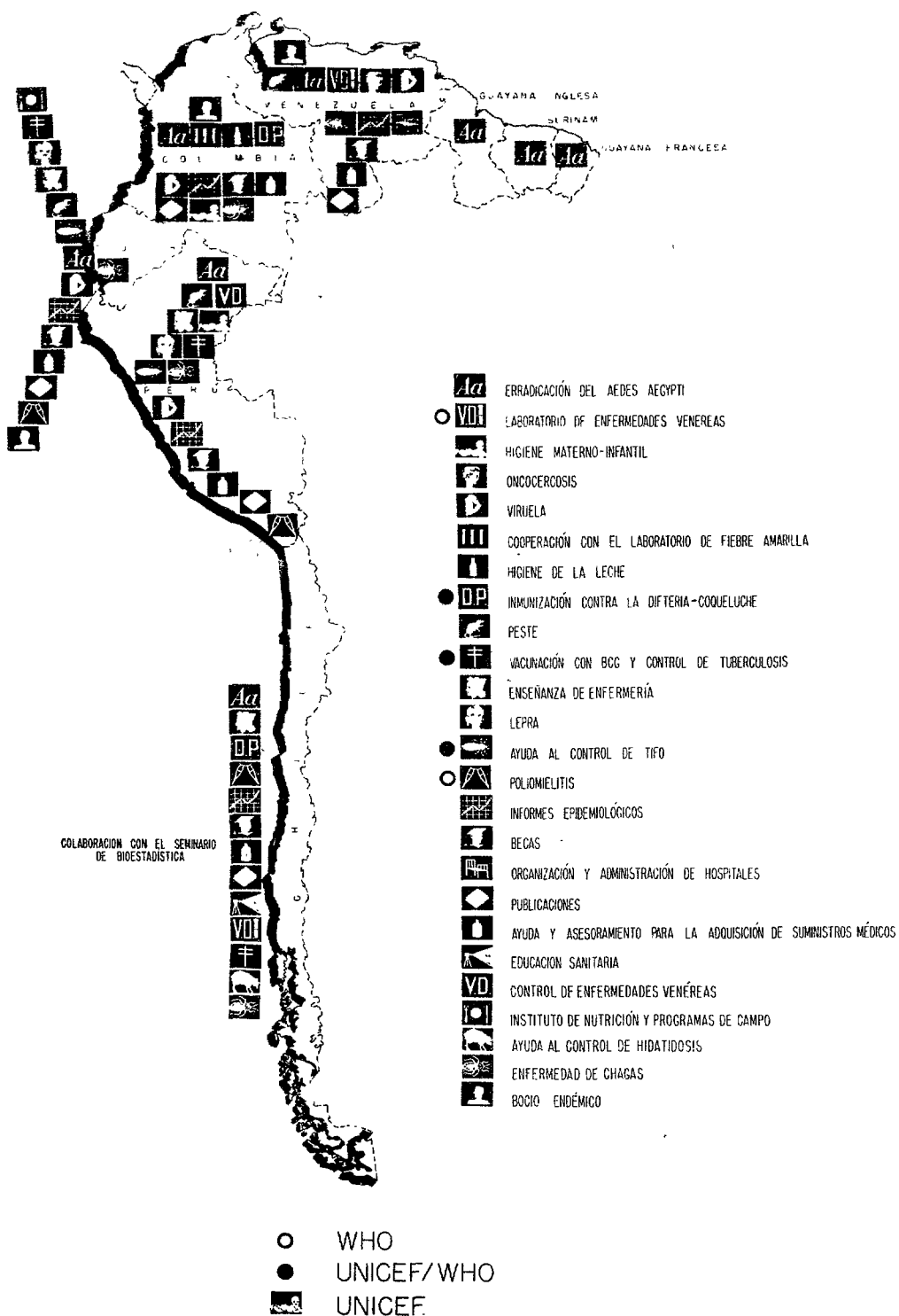
BRASIL DESARROLLA SU PROGRAMA DE ERRADICACIÓN DE AEGES AEGYPTI Y CONTRIBUYE CON PERSONAL TÉCNICO AL PROGRAMA CONTINENTAL



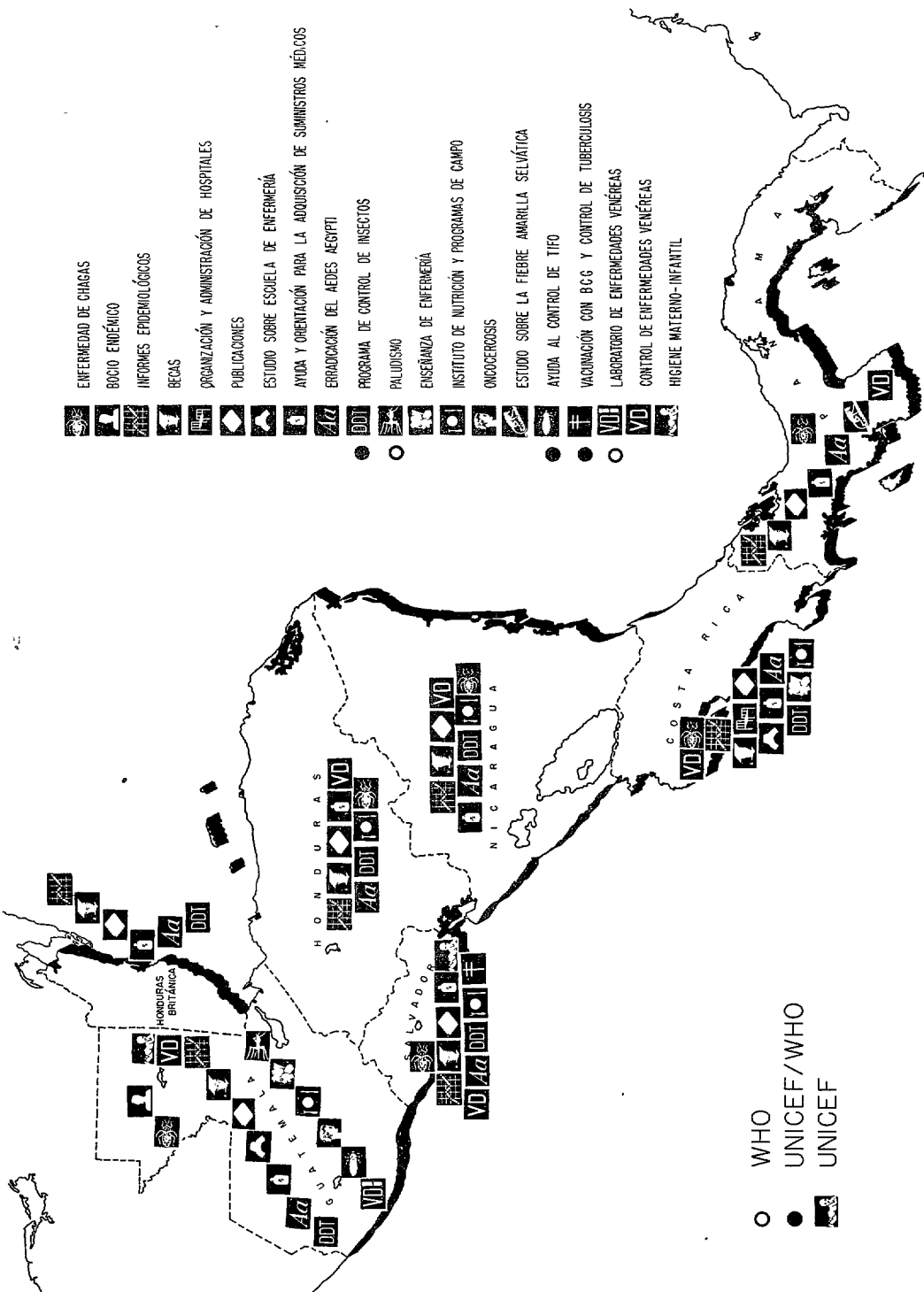
INSTITUTO DE ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE HOSPITALES
III SEMINARIO
RIO DE JANEIRO, BRASIL

- BOCIO ENDÉMICO
- AYUDA AL CONTROL DE HIDATIDOSIS
- AYUDA AL CONTROL DE TIFO
- AYUDA Y ORIENTACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE SUMINISTROS MÉDICOS
- BECAS
- COOPERACIÓN CON EL LABORATORIO DE FIEBRE AMARILLA
- ENFERMEDAD DE CHAGAS
- ERRADICACIÓN DEL AEGES AEGYPTI
- ESTUDIO SOBRE LA FIEBRE AMARILLA SELVÁTICA
- HIGIENE MATERNO-INFANTIL
- INFORMES EPIDEMIOLÓGICOS
- INMUNIZACIÓN CONTRA LA DIFTERIA-COQUELUCHE
- LABORATORIO DE ENFERMEDADES VENÉREAS
- LEISHMANIASIS
- ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE HOSPITALES
- PALUDISMO
- PUBLICACIONES
- VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA
- VIRUELA
- LEPRA
- CONTROL DE ENFERMEDADES VENÉREAS

○ WHO
● UNICEF/WHO
■ UNICEF



Actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana en las Zonas Septentrional y Occidental de la America del Sur 1950



ENFERMEDAD DE CHAGAS

BOCIO ENDEMICO

INFORMES EPIDEMIOLOGICOS

BECAS

ORGANIZACION Y ADMINISTRACION DE HOSPITALES

PUBLICACIONES

ESTUDIO SOBRE ESCUELA DE ENFERMERIA

AYUDA Y ORIENTACION PARA LA ADQUISICION DE SUMINISTROS MEDICOS

ERADICACION DEL ADEAS AEGYPTI

PROGRAMA DE CONTROL DE INSECTOS

PALUDISMO

ENSEÑANZA DE ENFERMERIA

INSTITUTO DE NUTRICION Y PROGRAMAS DE CAMPO

ONCOEROSIS

ESTUDIO SOBRE LA FIEBRE AMARILLA SELVATICA

AYUDA AL CONTROL DE TIFO

VACINACION CON BCG Y CONTROL DE TUBERCULOSIS

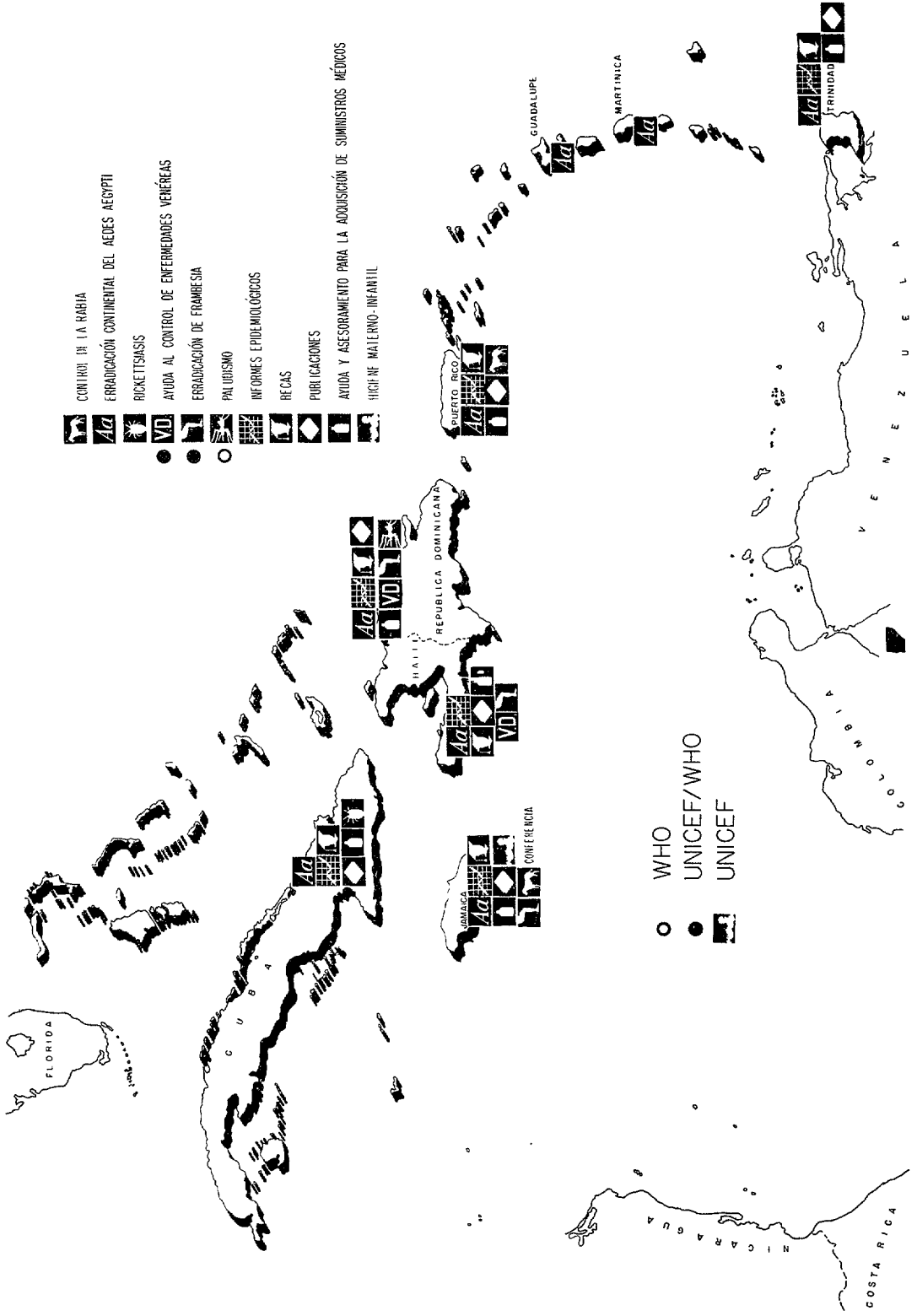
LABORATORIO DE ENFERMEDADES VENEREAS

CONTROL DE ENFERMEDADES VENEREAS

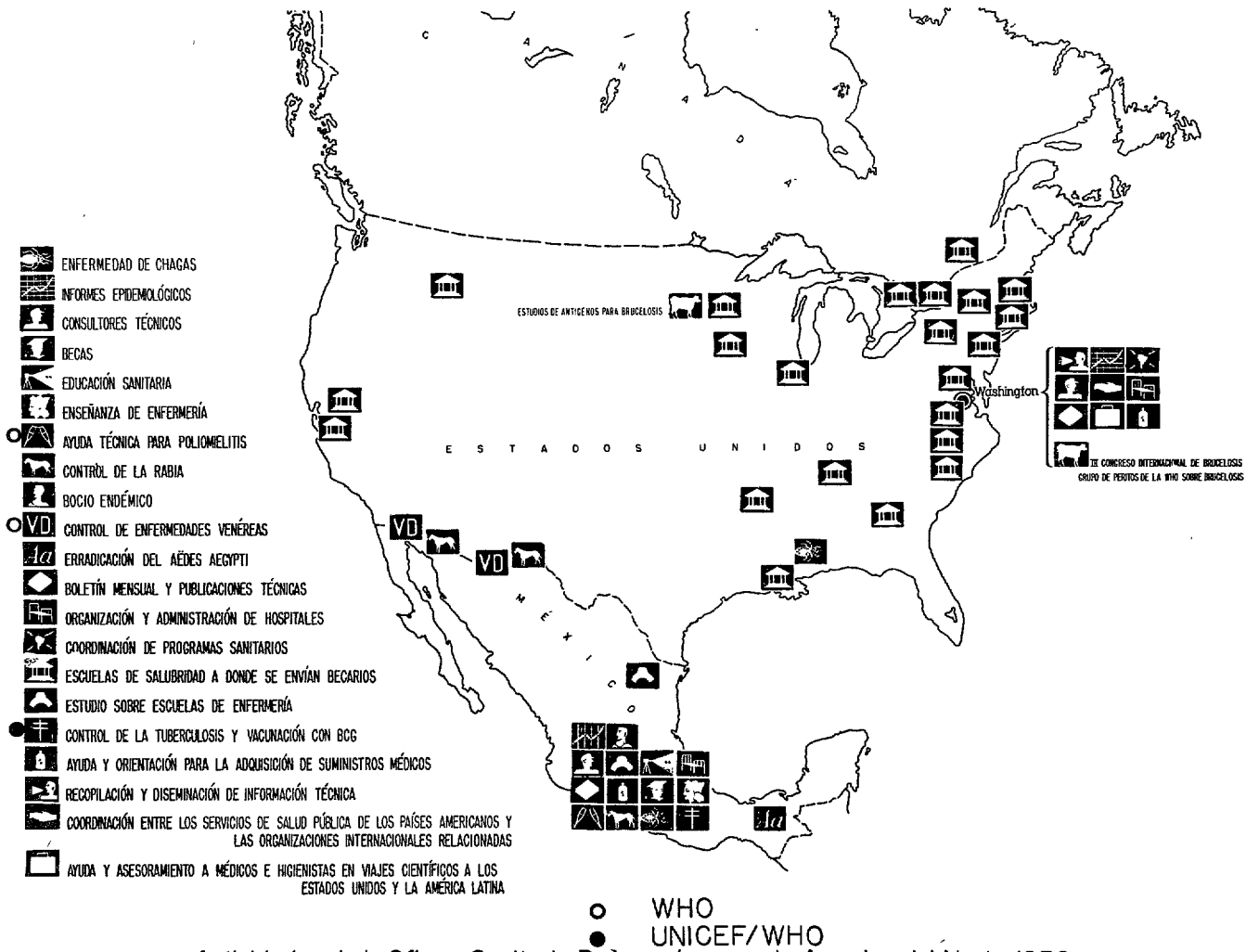
HIGIENE MATERNO-INFANTIL



















- WHO
- UNICEF/WHO
- UNICEF

Actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana en la America Central 1950



Actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana en las Antillas 1950.



-  ENFERMEDAD DE CHAGAS
-  INFORMES EPIDEMIOLÓGICOS
-  CONSULTORES TÉCNICOS
-  BECAS
-  EDUCACIÓN SANITARIA
-  ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA
-  AYUDA TÉCNICA PARA POLIOMELITIS
-  CONTROL DE LA RABIA
-  BOCIO ENDÉMICO
-  CONTROL DE ENFERMEDADES VENÉREAS
-  ERRADICACIÓN DEL AÉDES AEGYPTI
-  BOLETÍN MENSUAL Y PUBLICACIONES TÉCNICAS
-  ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE HOSPITALES
-  COORDINACIÓN DE PROGRAMAS SANITARIOS
-  ESCUELAS DE SALUBRIDAD A DONDE SE ENVÍAN BECARIOS
-  ESTUDIO SOBRE ESCUELAS DE ENFERMERÍA
-  CONTROL DE LA TUBERCULOSIS Y VACUNACIÓN CON BCG
-  AYUDA Y ORIENTACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE SUMINISTROS MÉDICOS
-  RECOPIACIÓN Y DISEMINACIÓN DE INFORMACIÓN TÉCNICA
-  COORDINACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LOS PAÍSES AMERICANOS Y LAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES RELACIONADAS
-  AYUDA Y ASESORAMIENTO A MÉDICOS E HIGIENISTAS EN VIAJES CIENTÍFICOS A LOS ESTADOS UNIDOS Y LA AMÉRICA LATINA

ESTUDIOS DE ANTIGENOS PARA BRUCELOSIS

E S T A D O S U N I D O S

Washington



II CONGRESO INTERNACIONAL DE BRUCELOSIS
GRUPO DE PERITOS DE LA WHO SOBRE BRUCELOSIS

-  WHO
-  UNICEF/WHO

Actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana en la America del Norte 1950

PARTE II

ACTIVIDADES DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 1947-1950

I. Factores que detienen el Desarrollo de los Programas de Campo

Durante el período que estamos considerando, el programa de la Oficina Sanitaria Panamericana tuvo que sufrir, primero, por las economías de los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial y luego, por la falta de fondos propios, de personal y local. La adopción de la Constitución de 1947 que estipula las reuniones regulares del Consejo Directivo y del Comité Ejecutivo, lo mismo que la presentación de informes también regulares, constituyó una carga pesada para el personal de la Oficina escaso y con poca experiencia.

Las relaciones con la Comisión Interina de la Organización Mundial de la Salud, la asistencia a las Asambleas Mundiales de la Salud y a las reuniones de la Junta Ejecutiva, la negociación del acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Sanitaria Panamericana, y la adaptación del mecanismo administrativo de la segunda al de la primera han requerido una gran parte del tiempo y de la atención del personal de la Oficina.

La preparación de programas para el uso del Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas y la orientación técnica de los mismos en nombre de la OMS, han requerido una cantidad inmensa del tiempo disponible al personal de la sede que ya se encontraba agobiado por exceso de trabajo.

De todos estos factores, la falta de fondos y de personal han sido los más graves. Las cifras presentadas en otra parte de este informe demuestran que en 1947, año sin presupuestar, se desembolsaron \$176,000, y que en 1948-1949 los egresos pudieron alcanzar solamente \$320,000, y \$786,000 respectivamente, en relación a los presupuestos correspondientes aprobados de \$1,300,000 y \$1,700,000. Debe observarse que los gastos relativamente bajos de 1948 y 1949 se acercaron mucho a la cantidad límite de que podía disponerse sin peligro, para mantener al mismo tiempo una reserva adecuada para el año siguiente.

Las organizaciones internacionales como la Oficina Sanitaria Panamericana, que trabajan con un gran número de Estados Miembros en una zona geográfica extensa y que se regulan por un Consejo Directivo y un Comité Ejecutivo, deben tener cierta organización solamente para poder llevar a cabo las operaciones básicas y mantener contacto con los mismos. La organización requerida esencialmente varía muy poco con el trabajo de campo y tiende a ser constante independientemente de la magnitud de las operaciones que tampoco pueden emprenderse satisfactoriamente en gran escala, mientras no exista dicha organización básica.

El personal profesional del tipo que se requiere para trabajar en salubridad internacional y que debe ser de carácter esencialmente consultivo, no puede improvisarse. El atraso en el desarrollo de ciertas actividades y la aceleración de otras ha dependido en parte de la disponibilidad de candidatos adecuados para los cargos técnicos pertinentes.

La falta de personal adecuado ha sido en parte responsable del desarrollo limitado de las oficinas de campo y de que se continúen administrando ciertas actividades desde la sede.

Los informes de trabajo que aparecen a continuación representan una gran cantidad de viajes constantes y difíciles y de trabajos efectuados por un personal casi enteramente nuevo reclutado por la Oficina durante el período de 1947-1950.

II. CUADRO DE ORGANIZACIÓN DE LA OFICINA

La estructura interna de la Oficina Sanitaria Panamericana ha tenido desarrollo gradual, y actualmente cuenta con tres Divisiones: a saber: la División de Salud Pública que tiene a su cargo las oficinas de campo, la División de Educación, Adiestramiento y Servicios Técnicos Generales, y la División de Servicios Administrativos. (Véase el Cuadro de Organización en el Apéndice).

Además de estas tres divisiones, existen los Servicios Legales y de Información y la Junta Asesora de Consulta compuesta por el Subdirector, el Secretario General y los Jefes de las Divisiones.

La Junta se reúne frecuentemente para considerar problemas de orientación de la Oficina, y presentar recomendaciones al Director en relación con los planes, la coordinación y la administración de las actividades.

1. OFICINAS DE CAMPO

A. El Paso

Debido a la posición única de la Oficina de El Paso, presentamos en este informe la historia de su desarrollo lo mismo que un relato de sus actividades. Dicha Oficina tiene la responsabilidad especial de coordinar las actividades de salubridad a lo largo de la frontera terrestre que se extiende por unas 2,000 millas entre México y los Estados Unidos. El trabajo que ha efectuado puede muy bien sentar norma para las labores que se verifiquen a lo largo de las fronteras de otros países.

La Oficina de Distrito de El Paso fué establecida en 1942, principalmente como proyecto cooperativo de tiempo de guerra que se desarrollaría en la frontera México-Estados Unidos para ayudar al control de las enfermedades venéreas y especialmente impedir la infección de frontera a frontera. Se establecieron clínicas de enfermedades

venéreas y se introdujeron mejores procedimientos para un diagnóstico más adecuado lo mismo que el tratamiento necesario para los que se encontraban infectados.

La estandarización de las pruebas serológicas y el adiestramiento de personal de laboratorio constituían partes importantes del programa. Aunque la emergencia causada por la guerra contribuyó al éxito inicial de la campaña antivenérea, los intereses comunes de México y de los Estados Unidos en otros campos de la salud pública llevaron a una expansión gradual de las actividades. A medida que se descubrían necesidades adicionales se desarrollaban nuevos programas y se hacían nuevas solicitudes, pero sin tomar acuerdos oficiales, tal como se había hecho al inaugurar el programa anti-venéreo.

Al concluirse la Segunda Guerra Mundial y debido al desarrollo de un programa fronterizo específico del Departamento Mexicano de Salubridad, relacionado por lo menos en parte, con las actividades de la Oficina en El Paso, se reconoció que todos los interesados deberían establecer y convenir en la responsabilidad definida de la Oficina. A solicitud del Ministerio de Salubridad y Asistencia de México, el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana convocó a una reunión que se verificó en Laredo, Texas, en junio de 1947. En dicha reunión, a la cual asistieron, entre otros, representantes del Ministerio de Salubridad de México, del Servicio de Salubridad Pública de los Estados Unidos y de los Departamentos de Salubridad de los estados de Texas, Nuevo México, Arizona y California, se aprobó el siguiente programa:

- a) que la Oficina Sanitaria Panamericana se encargue de coordinar las actividades de salubridad a lo largo de la frontera y de promover mayor contacto entre los funcionarios de salubridad de las comunidades vecinas.
- b) Que se intensifiquen las actividades, especialmente las de control de las enfermedades venéreas y tuberculosis, malaria, tifo, rickettsiasis y las relacionadas con salud materno-infantil, y educación de higiénica.
- c) Que se organicen consejos comunales de salubridad entre ciudades vecinas y comités internacionales para resolver problemas de interés común.
- d) Que se instituya la comunicación directa de los casos de enfermedades transmisibles y la mortalidad, lo mismo que haya intercambio de información sobre los abastecimientos de agua, entre los funcionarios de salubridad de las comunidades fronterizas vecinas.
- e) Que se suministre material de educación apropiado, incluyendo literatura en español sobre enfermedades venéreas, a las comunidades de la frontera.

- f) que la Oficina actúe cómo centro de información sobre las necesidades de preparación especial de personal de salubridad y las facilidades para satisfacerlas, y
- g) que la Oficina continúe apoyando a la Asociación de Salubridad Pública de la Frontera México-Estados Unidos.

Desde la Conferencia de Laredo, las actividades de la Oficina se han orientado de conformidad con el acuerdo anterior. La Oficina ha estimulado el contacto directo y convocado reuniones entre el personal de los departamentos locales de salubridad de las comunidades vecinas, en las cuales se han discutido y estudiado de manera crítica los programas y problemas mutuos. Existe un intercambio directo de información epidemiológica y de morbilidad entre las oficinas de salubridad de las comunidades vecinas, lo mismo que arreglos satisfactorios entre los departamentos.

La Oficina Sanitaria Panamericana de El Paso recibe con regularidad informes de morbilidad semanales o quincenales procedentes de las oficinas de salubridad de los Estados fronterizos y transmite la información recibida en esta forma a los funcionarios apropiados si el caso lo requiere. Se han utilizado las facilidades de la Oficina para distribuir material educativo y para ayudar en el desarrollo de programas de educación en salubridad pública para el público en general lo mismo que para personal de los departamentos de salubridad, especialmente en Juárez y Tijuana.

La Oficina cooperó con el Ministerio de Salubridad de México para un programa de la Semana de la Salud dedicado al público de Nuevo Laredo, Tamaulipas, durante la reunión de la Asociación Fronteriza en marzo de 1948. También se suministró colaboración para programas semejantes en Juárez, Chihuahua y Monterrey.

Igualmente, ayudó a los funcionarios de salubridad de Imperial County, California y de Mexicali, Baja California, para el desarrollo de medidas de control uniformes y de cooperación frente a una epidemia de meningitis, que apareció entre trabajadores mexicanos empleados en Imperial County a fines de 1947 y principios de 1948.

Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad

La Oficina Sanitaria Panamericana, por medio de su Oficina de El Paso, estimuló la organización y promovió el funcionamiento constante de la Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad creada y convocada por primera vez en 1943. Esta organización fué auspiciada por los funcionarios de salubridad pública de ambos países, tanto federales como locales o estatales, recibiendo apoyo financiero en esa época y durante 1947 de la Oficina Sanitaria Panamericana. Subsiguientemente, los gastos han sido

cubiertos por cuotas nominales, con excepción de los servicios del personal con el que continúa contribuyendo la Oficina Sanitaria Panamericana. El Jefe de la Oficina de El Paso ha actuado y continúa actuando como Secretario Ejecutivo. Los contactos personales y las discusiones que se verifican anualmente en las reuniones de la Asociación han contribuido notablemente a mejorar las relaciones personales y oficiales y la mutua comprensión en la región y han redundado en una demanda continua de ayuda de la Oficina para la solución de algunos problemas.

Control de las Enfermedades Venéreas

El control de las enfermedades venéreas a lo largo de la frontera ha sido y continúa siendo uno de los campos de acción primordiales de la oficina de El Paso. Su personal visita periódicamente las diferentes clínicas. Los informes sobre contactos se transmiten a la jurisdicción apropiada y se les devuelve a las oficinas de registro al recibirse el informe de la investigación.

Durante los últimos meses de 1949, se distribuyeron 3,000 frascos de 10 cc. de penicilina en aceite, a las clínicas fronterizas de enfermedades venéreas.

Para probar los métodos de control, se ideó e instituyó la administración profiláctica de penicilina procaína con 2% de monoesteato de aluminio en Tijuana, Baja California, en septiembre de 1949. El programa lo lleva a cabo el personal del Departamento de Salubridad de Tijuana con ayuda técnica y abastecimientos de la Oficina.

Las autoridades municipales de Ciudad Juárez iniciaron por su parte un programa semejante en noviembre de 1949. Los informes preliminares sobre la efectividad del tratamiento profiláctico indican una disminución apreciable en la incidencia de la blenorragia y de la sífilis propagadas por prostitutas. Se están discutiendo los planes para inaugurar programas semejantes en Matamoros, Tamaulipas y Agua Prieta, Sonora.

Enfermería de Salubridad Pública

En mayo de 1947 se terminó un estudio detallado de la "Necesidad de Enfermería en Nuevo Laredo" efectuado por dos consultores de enfermería de salubridad pública con el objeto de obtener informaciones para el establecimiento de una escuela de adiestramiento de enfermeras en Nuevo Laredo.

Hacia fines de 1948, la Oficina hizo los arreglos necesarios para preparación en obstetricia de un grupo de enfermeras, de Juárez, en el hospital local de El Paso.

Salud Materno-Infantil

En su reunión de 1946, la Asociación de Salubridad de la Frontera hizo recomendaciones sobre el mejoramiento de los servicios de salud materno-infantil a lo largo de la misma. Como consecuencia, la Oficina del Niño, de los Estados Unidos, designó a una enfermera de salubridad también especializada como partera para que actuara como consultora de salubridad pública en la Oficina de El Paso, y el Departamento de Salubridad de México, también nombró a una trabajadora social para que realizara con la primera planes para la celebración de cursos de adiestramiento de parteras. Cincuenta y cuatro parteras procedentes de Juárez terminaron el primer curso en octubre de 1946 y luego se completó otro en Nuevo Laredo en abril de 1947. Durante los cursos e inmediatamente después, se hizo un esfuerzo para interesar y obtener el apoyo en asuntos de salubridad pública de las organizaciones particulares y cívicas existentes a lo largo de la frontera y para desarrollar un programa de cooperación con organizaciones semejantes en las ciudades vecinas de uno y otro lado de la línea limítrofe. Al mismo tiempo, se completó una guía de todas las agencias sociales en las ciudades fronterizas mexicanas, la cual fué publicada por la Oficina Sanitaria Panamericana y distribuida por la Oficina de El Paso a las ciudades mexicanas interesadas y a organismos apropiados en el lado estadounidense de la frontera.

Algunos ciudadanos de Juárez y de El Paso se interesaron en el desarrollo de un programa de acción cooperativa para mejorar y resolver los problemas de salud y bienestar públicos comunes a ambas ciudades. La primera reunión de un grupo interesado, compuesto de unas 60 personas, se efectuó el 6 de diciembre de 1949, época en que se organizó el "Primer Comité Internacional Mexicano-Estado Unidense de Salubridad y Bienestar". Más tarde se llegó a un acuerdo en forma de una Constitución y un reglamento interno. Se decidió dedicar el esfuerzo inicial a programas cooperativos de control de la tuberculosis, saneamiento en general, servicio de higiene materno-infantil y problemas de delincuencia juvenil.

Poliomielitis

En mayo de 1948 se suministraron informes iniciales al Departamento de Salubridad de México sobre la excesiva prevalencia de la poliomiélitis en la parte baja del Valle del Río Grande en Texas, y, posteriormente cuando la enfermedad había alcanzado proporciones epidémicas en junio, se designó para esta zona a un funcionario médico de la Oficina, con el objeto de que ayudara en las investigaciones epidemiológicas y en la implantación de medidas de control.

Se descubrieron varios casos en el lado mexicano de la frontera los cuales fueron hospitalizados, y recibieron tratamiento de rehabilitación en el Hospital de Emergencia establecido en Edinburg, Texas, por la National Foundation for Infantile Paralysis. Además, se hicieron los arreglos necesarios con el Hospital, para dar un

curso de adiestramiento en el tratamiento y cuidados de la polio-mielitis a dos médicos mexicanos y a dos enfermeras de Monterrey. También se suministró ayuda para el desarrollo de un programa educativo y para recaudar fondos con objeto de satisfacer futuras necesidades. Igualmente, se adiestraron en julio de 1949 dos médicos y dos enfermeras de Juárez en el Hospital Green de San Antonio.

Las actividades del Comité Local de Poliomiélitis de Juárez dieron como resultado la formación, varios meses más tarde, de una organización estatal muy activa. El interés de un médico de Juárez lo llevó a construir el primer "pulmón de hierro" fabricado en México.

Rabia

Como resultado del interés desarrollado por el programa de rabia en la zona fronteriza de los Estados Unidos, el Director de la Oficina convocó una conferencia de funcionarios interesados tanto de México como de los Estados Unidos, la cual se reunió en Nogales, Arizona, a fines de abril de 1949. Se revisó el problema de la rabia y se discutieron medidas de control. Un consultor de salubridad pública veterinaria de la Oficina ayudó a formular el programa que se describe en otra parte de este informe.

B. Ciudad de Guatemala

En septiembre de 1940 se estableció una Oficina de Sector para el área del Caribe y del Golfo de México en la Ciudad de Panamá, República de Panamá. Corresponía a esta oficina dirigir las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana en México, las 5 Repúblicas de Centro América, Colombia, Venezuela, Cuba, Haití y la República Dominicana. Después de la entrada de los Estados Unidos a la Segunda Guerra Mundial, se suscitó gran interés en el programa para la construcción de la carretera panamericana a través de México y Centro América hasta Panamá.

En 1943, se consideró conveniente transferir la oficina de Panamá a Guatemala para que estuviera en más contacto con las dos actividades principales de la Oficina en esa época; a saber, estudios sobre la oncocercosis en Guatemala y Sur de México y estudios sanitarios de poblaciones a lo largo de la carretera panamericana. A partir de 1947, las actividades de la oficina de sector incluyen estudios sobre enfermedades venéreas, oncocercosis, quimioterapia de la malaria, un programa para el control de tifo epidémico, la organización del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, la de un programa de estudio y control de la tuberculosis en El Salvador, y una serie de programas para aplicación de insecticidas en cada uno de los países centroamericanos y Belice. Todas estas actividades aparecen en las secciones correspondientes.

C. Lima, Perú

En octubre de 1942 se estableció una oficina en Lima, Perú, para que dirigiera las actividades sudamericanas de la Oficina. Los programas en que trabaja el personal de Lima son principalmente, peste, tifo, malaria, saneamiento ambiental y enfermería de salubridad pública. Las actividades de la oficina de Lima se discuten en la sección adecuada.

D. Río de Janeiro

Hacia fines de 1947, se concertó un acuerdo semioficial con el Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Brasil, por medio del cual su representante en el Sur del país con sede en São Paulo tendría la responsabilidad de orientar el programa de la Oficina para la erradicación del Aedes aegypti en la parte meridional de Sud América. Así sucedió que una oficina de campo semioficial de la Oficina Sanitaria Panamericana estuviese por algún tiempo en São Paulo. Cuando comenzaron a extenderse las actividades de la Oficina a principios de 1950, se decidió establecer una oficina de campo en Río de Janeiro. Se mantiene en ella un personal mínimo, alojado temporalmente con el Servicio Nacional de Fiebre Amarilla.

Todas las actividades de esta oficina se describen en la sección correspondiente de este informe.

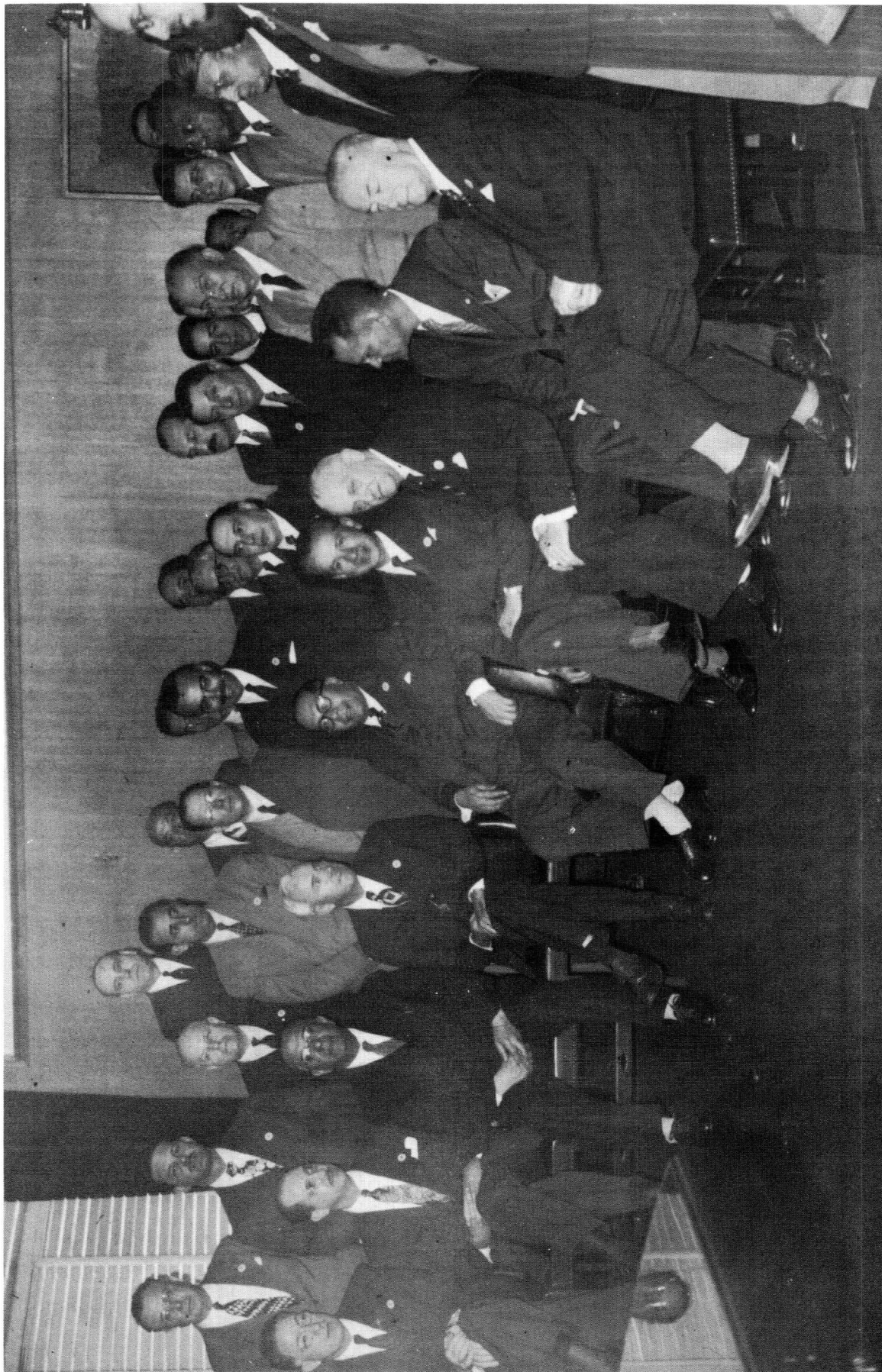
2. Reuniones y Acuerdos Internacionales

A. Reuniones

La Oficina tiene la responsabilidad de organizar y administrar las reuniones de la Conferencia Sanitaria Panamericana, del Consejo Directivo y del Comité Ejecutivo, organismos que dirigen la organización y también le corresponde la organización de conferencias y reuniones especiales convocadas por la Oficina. Sabido es que para que una reunión internacional tenga éxito, es necesario que esté bien planeada y cuidadosamente organizada por personal con experiencia. Los planes y organización de una conferencia requieren la preparación y traducción de documentos y la solución de mil detalles minuciosos necesarios para las mismas, pues únicamente cuando los delegados disponen de adecuada documentación les es posible basar sus decisiones en información apropiada.

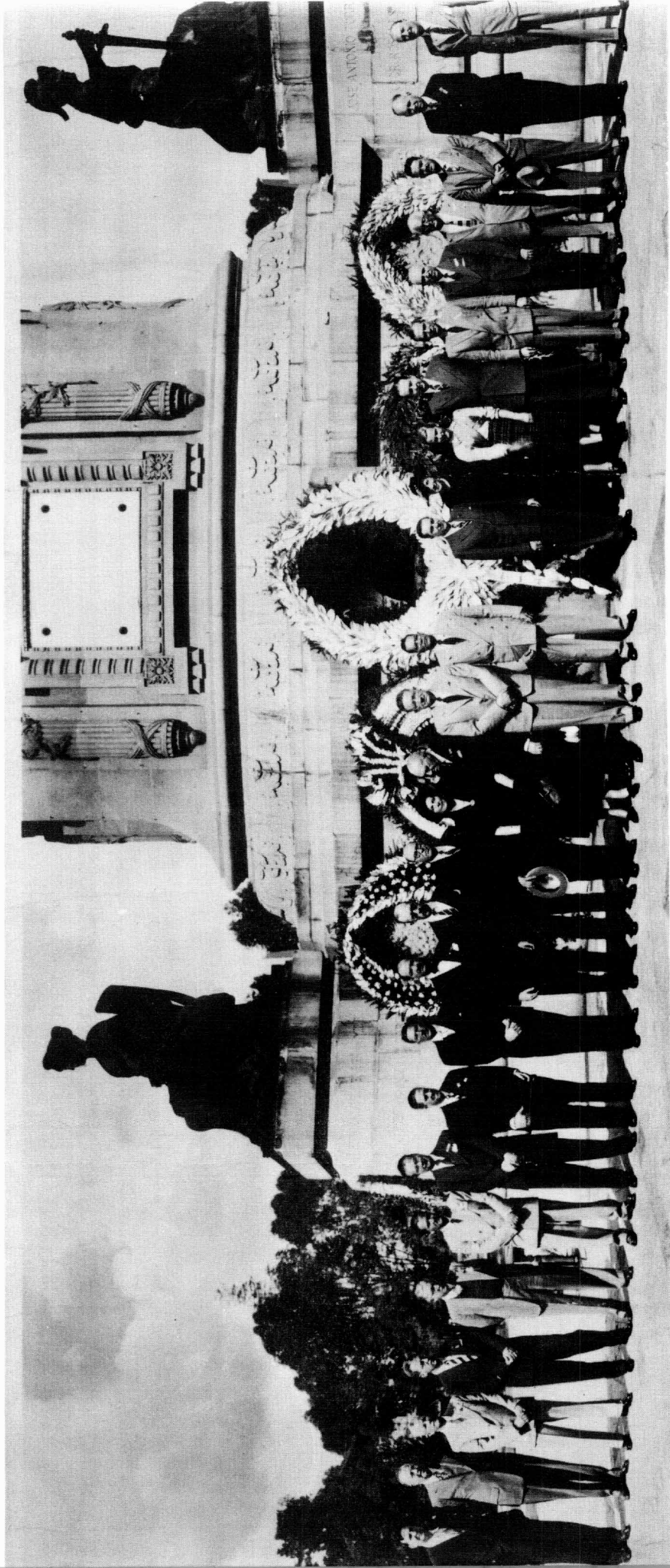
Al preparar una reunión se distribuyen y preparan los siguientes tipos de documentos:

- a) Efemérides de la reunión.
- b) Temario.
- c) Programas.

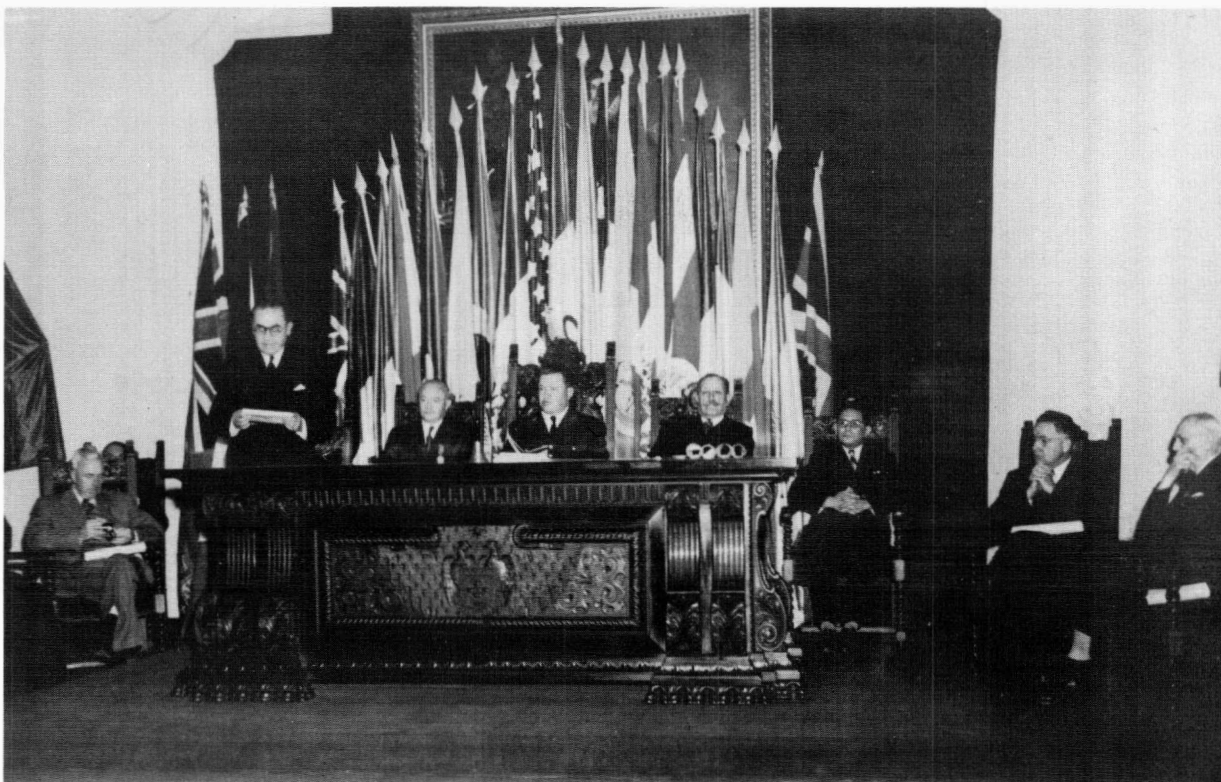


First Meeting, Directing Council, Pan American Sanitary Organization, Buenos Aires, September 24 - October 2 1947.

Primera Reunión del Consejo Directivo, Organización Sanitaria Panamericana, Buenos Aires, septiembre 24 a octubre 2 de 1947.



*Second Meeting, Directing Council, Pan American Sanitary Organization, Mexico, D.F., October 8-12, 1948.
Segunda Reunión del Consejo Directivo, Organización Sanitaria Panamericana, México, D.F., octubre 8 al 12 de 1948.*



Third Meeting, Directing Council, Pan American Sanitary Organization, Lima, Peru, October 6-13, 1949

Tercera Reunión del Consejo Directivo, Organización Sanitaria Panamericana, Lima, Perú, octubre 6 al 13 de 1949



Tenth Meeting, Executive Committee, Pan American Sanitary Organization, Washington, D.C. April 17-28, 1950

Décima Reunión del Comité Ejecutivo, Organización Sanitaria Panamericana, Washington, D.C. abril 17 al 28 de 1950

- d) Documentos básicos y recomendaciones sobre cada uno de los tópicos del temario.
- e) Informes periódicos.

Hay que mantener informados a los gobiernos miembros y a otras organizaciones sobre las actividades de la Oficina relacionadas con conferencias, por medio de: convocatorias e invitaciones oficiales transmitidas por cartas informativas.

La preparación de las reuniones internacionales es difícil y costosa; también consume mucho tiempo debido a la necesidad de traducir y preparar todos los documentos en los idiomas oficiales que se emplean en cada reunión.

Entre los muchos asuntos a los que se debe prestar cuidadosa atención se cuentan los siguientes:

- a) Local adecuado
- b) Equipos y materiales (incluyendo contratos para la interpretación simultánea y servicios de transcripción).
- c) Personal (incluyendo intérpretes y taquígrafas multi-lingües).
- d) Adquisición de material y equipo, y
- e) Preparación mecánica y distribución de documentos.

También es necesario preparar guías para informar a los Señores delegados sobre los aspectos de organización y dirección de conferencias especiales.

Es preciso facilitar la labor de los delegados durante las conferencias suministrándoles lo más pronto posible informes, textos nuevos, recomendaciones, resoluciones, proposiciones y datos suplementarios según los soliciten. Es preciso mantener informados a los delegados sobre cada fase de las discusiones. La mayor parte de esos documentos tienen que ser preparados con gran prisa y aprobados, traducidos, reproducidos y distribuidos a tiempo para poder estudiarlos antes de las sesiones subsiguientes de la conferencia. Por consiguiente, gran parte de este trabajo tiene que efectuarse de noche.

Las labores efectuadas en relación con las conferencias durante los últimos tres años pueden apreciarse mejor examinando la siguiente gráfica:

	1947	1948	1949
Reuniones de la Organización Sanitaria Panamericana	3	2	2
Conferencias intergubernamentales organizadas por la OSPA	1	5	5
Otras reuniones organizadas bajo los auspicios de la OSPA	1	1	3
Totales	<u>5</u>	<u>8</u>	<u>10</u>

En el apéndice se incluye una lista detallada de las conferencias y reuniones en que ha tomado parte la Oficina Sanitaria Panamericana durante el período de 1947-1950.

B. Acuerdos entre Gobiernos y con los mismos.

Revisión del Código Sanitario Panamericano.

La revisión del Código Sanitario Panamericano (La Habana, 1924) figuraba en la agenda de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana pero debido al hecho de que el texto propuesto no había sido distribuido con suficiente anticipación, se decidió posponer el asunto y someterlo al Consejo Directivo.

La Primera Reunión del Consejo Directivo, efectuada en 1947, tomando en consideración el hecho de que ya se habían hecho planes para la revisión y consolidación de los Reglamentos Internacionales de Cuarentena Sanitaria, por la Organización Mundial de la Salud, decidió no tomar acción sobre un reglamento detallado. En su lugar, se adoptó una disposición, de acuerdo con la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana (Buenos Aires, 1947) sobre un procedimiento para modificar el Código. El Artículo pertinente dice así:

"Artículo 24: Revisión del Código Sanitario Panamericano.

A. El Director de la Oficina preparará las revisiones periódicas del Código Sanitario Panamericano de acuerdo con las necesidades y normas generales determinadas por la Conferencia o por el Consejo.

B. Estas revisiones serán consideradas por el Comité Ejecutivo y sometidas a la aprobación de la Conferencia o del Consejo.

C. Estas revisiones serán sometidas a los gobiernos participantes para su debida ejecución como recomendaciones de la Conferencia o del Consejo."

El Director de la Oficina no ha encontrado oportunidad para sugerir la revisión del Código, esperando la acción del Comité de Epidemiología y Cuarentena Internacionales de la Organización Mundial de la Salud.

En diciembre de 1949, el Director se reunió con el Comité, en ocasión a la preparación de un proyecto de Reglamentos Sanitarios Internacionales. Dicho proyecto ha sido publicado como el documento WHO/Epid/35 del 4 de abril de 1950. Después de nueva consideración y estudio por la reunión del Comité en octubre de 1950, dichos reglamentos serán sometidos a la IV Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud en 1951, para aprobación final.

En consecuencia, bajo los Artículos 21* y 22** de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud que ha sido ratificada por 19 de los 21 miembros de la Organización Sanitaria Panamericana, los Reglamentos Sanitarios Internacionales reemplazarían, en lo que se refiere a esos 19 miembros, las disposiciones técnicas del Código Sanitario Panamericano. El proyecto de los Reglamentos Sanitarios Internacionales ha sido incluido en el temario de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana; antes de la Cuarta Reunión de la Asamblea Mundial de la Salud en 1951, deben tomarse las disposiciones necesarias para adecuada discusión de aquellas secciones de los Reglamentos que sean de especial interés para las naciones americanas.

Acuerdos Sanitarios Regionales

Bajo los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana y en reuniones convocadas por el Director, generalmente por iniciativa de uno de los gobiernos interesados, se han preparado y firmado varios acuerdos sanitarios fronterizos durante el período 1947-1950.

El 26 de marzo de 1947 los Ministros de Salubridad del Ecuador y del Perú firmaron en Lima un acuerdo de esta clase.

El 30 de junio de 1947, se reunieron en Laredo, Texas, representantes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México, del Servicio de Salubridad Pública de los Estados Unidos, y de los Servicios Estatales tanto mexicanos como norteamericanos, acordando efectuar un programa coordinado e intercambio de información entre los Estados fronterizos vecinos, que cubre especialmente problemas contra tuberculosis, enfermedades venéreas, malaria, tifo y también algunas actividades generales de salubridad.

En marzo de 1948, representantes del Brasil, Argentina, Paraguay y Uruguay estudiaron y firmaron un acuerdo sobre los problemas de salubridad de la Región del Río de la Plata, incluyendo: viruela, fiebre amarilla, malaria, peste, tracoma, hidatidosis, rabia, lepra y enfermedades venéreas. (Véase el Apéndice).

Representantes de la Argentina, Bolivia y Paraguay se reunieron en Salta, Argentina, en marzo de 1948, y celebraron un acuerdo semejante al anterior.

* Artículo 21. La Asamblea de la Salud tendrá autoridad para adoptar reglamentos referentes a: a) requisitos sanitarios y de cuarentena y otros procedimientos destinados a prevenir la propagación internacional de enfermedades;...

** Artículo 22. Estas reglamentaciones entrarán en vigor para todos los Miembros después de que se haya dado el debido aviso de su adopción por la Asamblea de la Salud, excepto para aquellos Miembros que comuniquen al Director General que las rechazan o hacen reservas, dentro del período fijado en el aviso.

En noviembre de 1948 se efectuó otro acuerdo en una reunión semejante verificada en Santiago entre representantes de la Argentina y Chile.

En enero de 1949 se reunieron representantes de México y los Estados Unidos junto con algunos funcionarios de la Oficina en varios puntos situados a lo largo de la frontera entre ambos países, para acordar los detalles de un programa de control internacional de las enfermedades venéreas.

En abril de 1949 se reunieron en Nogales representantes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México y del Servicio de Salubridad Pública de los Estados Unidos para llegar a un acuerdo especial sobre las medidas que se debían tomar para el control de la rabia a lo largo de la frontera entre ambos países.

Representantes del Brasil, Colombia, Ecuador, Perú, Panamá, Venezuela y la Oficina Sanitaria Panamericana se reunieron en Villavicencio, Colombia; y el 14 de abril de 1950 firmaron un acuerdo sanitario de fronteras que se aplicará en los límites comunes de esos países. En términos generales, este acuerdo es semejante al del Río de la Plata de 1948; se refiere a malaria, viruela, fiebre amarilla, peste, tifo, tifoidea, enfermedades venéreas, rabia, tripanosomiasis, tuberculosis, lepra, bartonelosis y esquistosomiasis.

Los gobiernos de Chile, Bolivia y Perú han ratificado el Acuerdo de Fronteras firmado en Arica, Chile, en mayo de 1946.

Acuerdos con los Gobiernos sobre Proyectos de Trabajo

Entre los acuerdos sobre proyectos de trabajo en que ha participado la Oficina durante el período que revisamos, se incluyen los siguientes:

- 1) Un Acuerdo de grupo o de área de naturaleza algo diferente a los demás, sobre el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. El Acuerdo original fué firmado por seis naciones y estipulaba la creación de un programa de cooperación para el adiestramiento de personal especializado en nutrición y el establecimiento de un Instituto para servir a todos los países interesados. En virtud de este Acuerdo, la Fundación Kellogg, el Massachusetts Institute of Technology y la Oficina Sanitaria Panamericana trabajarían con los países interesados como una sola unidad en vez de intentar mantener una serie de programas en cada país.

Tres países ratificaron pronto el Acuerdo haciendo sus contribuciones anuales y en consecuencia se fundó el Instituto en septiembre de 1949. En una reunión de representantes de los gobiernos que contribuyen al mantenimiento del mismo, verificada en Honduras en diciembre de 1949, se modificó y prorrogó el acuerdo original incluyendo una disposición para facilitar el ingreso de otros países de la misma zona. Se sabe que dos países más se adherirán en breve al Instituto.

Se necesita un poco más de experiencia en la operación del plan que cubre este Acuerdo antes de poder decidir si se ha encontrado solución a la mejor forma de colaboración de los gobiernos en proyectos o programas de este tipo.

- 2) Se han efectuado acuerdos con Guatemala sobre control del tifo (1946-1950), estudio de drogas anti-maláricas (1948-1950), investigaciones sobre enfermedades venéreas (1948-1950), e investigaciones sobre la quimioterapia de la oncocercosis (1949-1950).
- 3) Casi inmediatamente después de ser adoptada la Resolución relativa del Consejo Directivo (Buenos Aires, 1947), se negoció un Acuerdo con el Paraguay, sobre la organización de una campaña para la erradicación del Aedes aegypti en el país. Las operaciones comenzaron a fines de 1947 y han continuado durante todo el año 1950, con excelentes resultados. Se han hecho los arreglos necesarios para convertir este servicio en uno contra la malaria ahora que ya no existe el Aedes aegypti en ese país. El acuerdo con el Paraguay se diferenciaba de la mayoría de los convenios efectuados por la Oficina con los gobiernos, por el hecho de que en ese caso, la primera se hacía cargo de la administración del proyecto.
- 4) En 1947, el Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Brasil, comenzó a colaborar activamente con la Oficina Sanitaria Panamericana en la organización de programas para la erradicación del Aedes aegypti de las naciones del Continente. Esta cooperación del Brasil en el programa continental de la Oficina se llevó a cabo sobre una base más bien semi-oficial durante 1948-1949, sin que ocurriera ninguna mala interpretación. Sin embargo, para beneficio de los historiadores y tomando en cuenta también cambios posibles de personal tanto de la Oficina como del Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Brasil, se redactó y firmó en 1950 un Acuerdo sobre el programa para colaborar en la erradicación del Aedes aegypti fuera del territorio brasileño y con el Instituto Oswaldo Cruz para estudios de fiebre amarilla y el suministro de vacuna contra la misma a los países vecinos.
- 5) En 1950, después de que la Fundación Rockefeller concluyó su colaboración activa en las labores de fiebre amarilla en América del Sur la Oficina y el Ministerio de Higiene de Colombia acordaron llevar a cabo un programa de cooperación con el objeto de mantener servicios técnicos de patología y serología para el estudio de la fiebre amarilla en otros países de la región al igual que en Colombia. La colaboración en este proyecto incluye la preparación de vacuna contra la fiebre amarilla para distribuirla a otros países de la región, la erradicación del Aedes aegypti y el control del tifo epidémico en Colombia.

- 6) En 1950, la Oficina concertó un acuerdo con el Ecuador, en virtud del cual la primera colabora en la organización del Instituto de Nutrición de Quito. De conformidad con este acuerdo, la Oficina Sanitaria Panamericana suministra cierta ayuda técnica y actúa también como conducto por medio del cual la Fundación Kellogg contribuye con equipo para el Instituto.
- 7) En 1950, el Ministerio de Salud Pública del Perú y la Oficina Sanitaria Panamericana llegaron a un Acuerdo de colaboración relacionado con la creación de una División de Enfermedades Transmisibles en el Ministerio de Salud Pública. Una sola sección de esta División será responsable del control de todas las enfermedades transmitidas por insectos caseros.
- 8) En 1950 se firmó un Acuerdo con el Ministerio de Salubridad de México sobre el programa para la erradicación del Aedes aegypti.

Acuerdos con los Gobiernos sobre Proyectos
de la Organización Mundial de la Salud

Se ha preparado un Acuerdo sobre la ayuda técnica de la Organización Mundial de la Salud a El Salvador para un plano proyecto de demostración de tuberculosis, al igual que otros sobre la colaboración de la organización en proyectos sufragados parcialmente por el Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas. Dichos proyectos incluyen lo siguiente: campaña de inmunización contra la difteria y la tos ferina en Colombia y Chile; programa de control del tifo en Bolivia y Perú; control de insectos en Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua; programas para la erradicación del pián y control de la sífilis rural en Haití y en la República Dominicana.

III. SALUD MATERNO-INFANTIL

La necesidad de reducir los altos índices de morbilidad y mortalidad entre los niños, y el mejoramiento de los servicios de salubridad para madres e hijos son dos problemas que durante muchos años han poseído el continuo interés y constante esfuerzo de las Conferencias Sanitarias Panamericanas y de las de Directores Nacionales de Salubridad. Las publicaciones de la Oficina sobre salud prenatal, higiene infantil, ordenanzas modelo para los abastecimientos de leche, e informaciones técnicas sobre el niño de edad pre-escolar, datan de 1928.

El amplio programa actual de la Oficina Sanitaria Panamericana, tal como fué aprobado por la XII Conferencia Sanitaria Panamericana de Caracas, en 1947, incluyendo medicina preventiva, cuidados médicos y los aspectos médico-sanitarios del bienestar social, no puede iniciarse sin desarrollar en la Oficina una competente sección de salud materno-infantil.

Aunque la Oficina ha colaborado algunas veces* en la preparación de pediatras, obstetras, parteras y enfermeras para programas de salud materno-infantil, siempre ha considerado que los mejores resultados de los programas de higiene maternal e infantil se lograrán considerándolos administrativamente como parte de los servicios regulares de salubridad de la comunidad. La madre encinta y el niño no son entidades individuales aisladas ni miembros de grupos separados. El niño forma parte de una familia que habita junto con otras, las cuales influyen en su vida y en la de las personas con quienes vive. La promoción de una organización total de salubridad pública, el control de las enfermedades transmisibles prestando debida consideración al saneamiento ambiental y a la organización de centros de salubridad que acentúen la importancia de las labores de la salud materno-infantil, son parte de un programa integral. Los procedimientos de salubridad tales como la purificación de agua, eliminación de las aguas residuales y pasteurización de la leche son tan importantes para los niños como para otros grupos. La salud del niño depende en gran parte de la de sus padres, de otros miembros de la familia y de la comunidad.

Las actividades de salud materno-infantil de los servicios regulares de salubridad han sido descuidadas con demasiada frecuencia. Hay que insistir sobre ellos y proporcionarles personal adecuadamente preparado y presupuestos apropiados si se quiere reducir la mortalidad y desarrollar generaciones sanas.

* Como sucedió con la Oficina de Niños a lo largo de la frontera México-Estados Unidos de 1947 a 1949.

En muchas regiones las oportunidades más fructíferas de salubridad pública son las que se relacionan con los trabajos de salud materno-infantil.

A principios de 1949 la Oficina preparó programas en los que se emplearían fondos asignados por el Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas a la América Latina, la mayoría de los cuales beneficiarían al niño favoreciendo toda la comunidad en que él vive. Se consideró necesario actuar con prontitud debido al tiempo limitado durante el cual podían proveerse los fondos del UNICEF. Otra consideración más para la selección de programas era la de que pudieran utilizar para ellos personal de salubridad pública ya adiestrado y disponible, en vez de peritos en salud materno-infantil, que son difíciles de conseguir. Dichos programas incluyeron lo siguiente:

Erradicación del pián o frambesia: Haití y la República Dominicana
Control de las enfermedades transmitidas dentro del hogar por insectos: Países Centroamericanos
Control del tifo: Bolivia y Perú

Los programas propuestos especialmente para los niños se limitaban a:

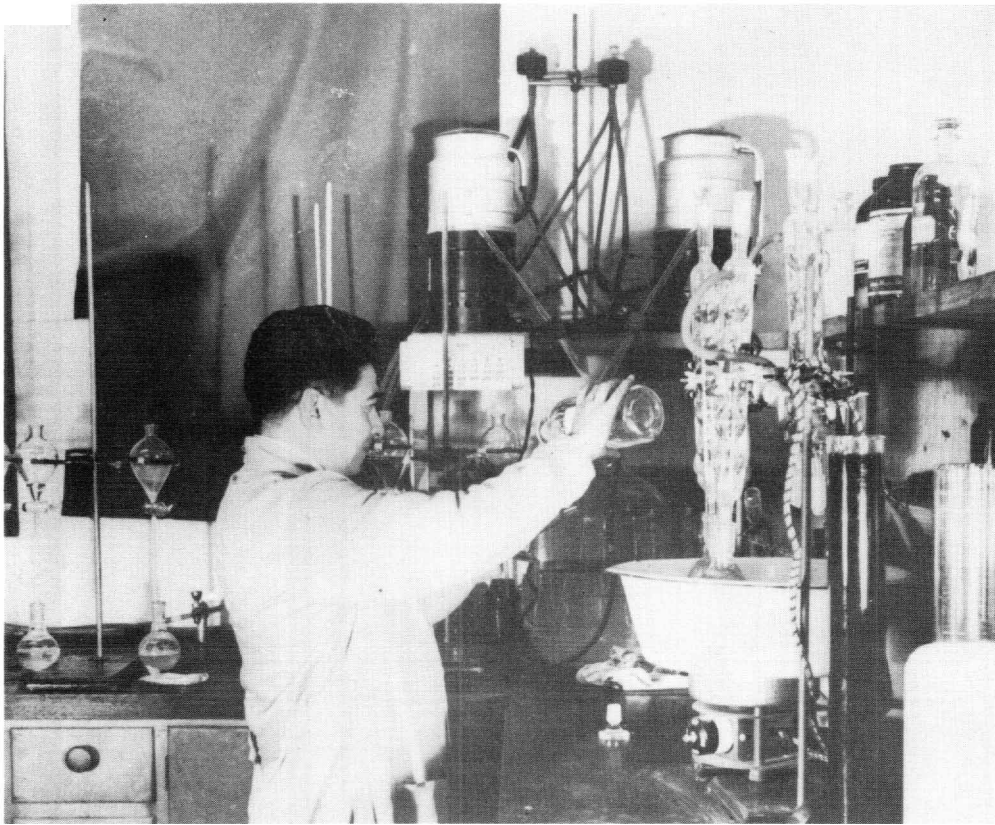
Inmunización contra la difteria y la tos ferina: Chile y Colombia.
Vacunación con B.C.G.: México
Estudios sobre B.C.G.: Brasil

Ya se han empezado las labores relacionadas con todos estos programas exceptuando el del pián en la República Dominicana y el estudio de P.C.G. en el Brasil.

Además de los programas sugeridos por la Oficina, el Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas trató directamente con el Gobierno del Brasil para desarrollar un proyecto en el que se piensa invertir medio millón de dólares, dedicado principalmente a la alimentación de los niños en cuatro de los estados del Nordeste del país. Un representante de la Oficina Regional de la OMS estudió el proyecto e hizo ciertas sugerencias antes de que se aprobara.

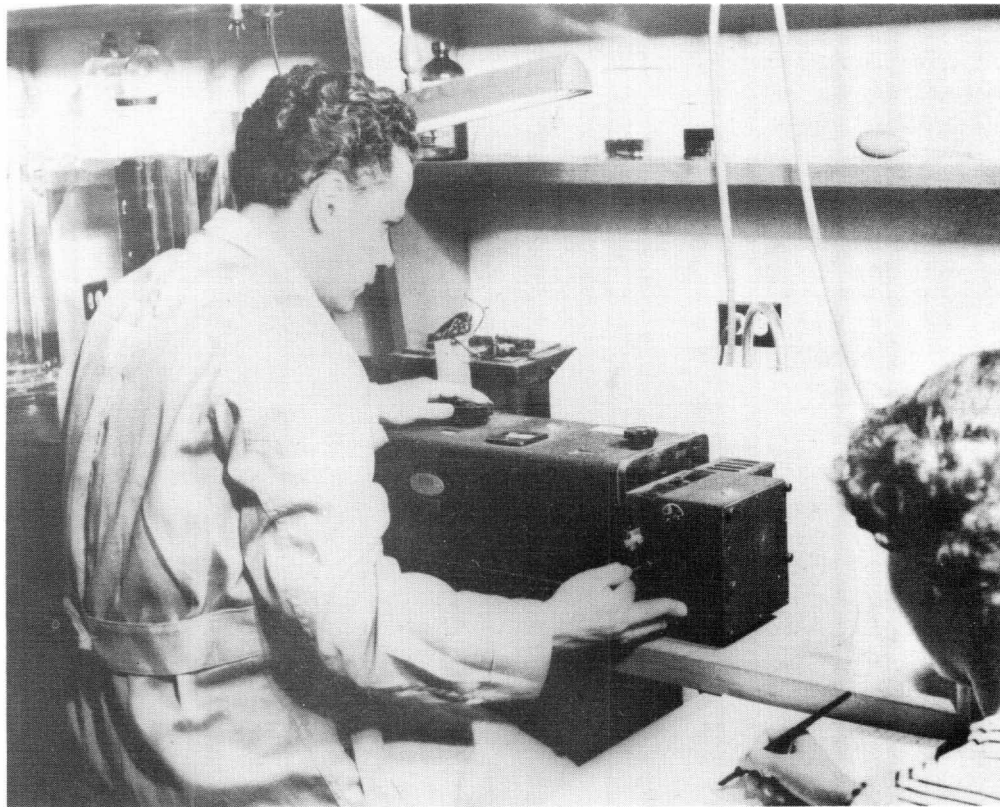
Para el futuro inmediato se han proyectado otros programas sufragados por el Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas los cuales se desarrollarán en Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Guatemala, Jamaica, México, Paraguay y Perú. Dichos programas planeados en un momento en que el UNICEF confía prolongar su existencia, pueden por consiguiente desarrollarse con más calma que los originales y estarán más directamente relacionados con trabajos específicos para madres e hijos.

Al final de 1949 la Organización Mundial de la Salud, que ha adoptado la salud materno-infantil como una de sus prioridades, de-



Nutrition Institute of Central America and Panama. Setting up reflux condensers in food analysis.

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Instalación de condensadores de reflujo para análisis de alimentos.



Nutrition Institute of Central America and Panama. Microdeterminations of vitamins with Beckmann Spectrophotometer.

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Microdeterminaciones de vitaminas con el Espectrofotómetro de Beckmann.

signó a un consultor en esa materia para la Oficina Regional. Una de las primeras obligaciones de este especialista ha sido visitar los diferentes países para explorar las necesidades en ese campo.

IV. NUTRICION

Algunos especialistas con gran experiencia insisten en que la solución de los problemas de nutrición en la América Latina no pueden resolverse en un programa a largo plazo, por la importación de lacticios o el intento de introducir dietas de Europa o los Estados Unidos. La oficina ha limitado sus actividades en nutrición a planes encaminados a resolver los problemas locales en base a alimentos de producción local. A principios de la década 1940-1950, la Oficina cooperó en un programa de análisis de alimentos con los Laboratorios de Bioquímica de la Nutrición del Massachusetts Institute of Technology y con el Instituto de Nutrición de México. La Fundación W. K. Kellogg suministró los fondos para el mismo.

Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá

El interés en el programa mexicano se propagó, y en 1946 se reunieron en Guatemala representantes de las Repúblicas Centroamericanas y Panamá, bajo los auspicios de la Oficina, y acordaron establecer un Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá cuya sede sería Guatemala. El acuerdo fué firmado por representantes de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, y debía entrar en vigencia el 1º de julio de 1946 por un período de cuatro años. Hasta el presente, sólo El Salvador, Guatemala, Honduras y Costa Rica han participado activamente en el proyecto. Se espera también participación activa de los Gobiernos de Nicaragua y de Panamá.

El Instituto actúa como centro técnico de investigación en problemas de nutrición de los países centroamericanos y Panamá, valiéndose del análisis de laboratorio de los alimentos nativos, de encuestas y estudios clínicos, bioquímicos y nutrición, y pruebas de ciertos elementos alimenticios especiales. El Instituto está recopilando datos comprensivos de las costumbres alimentarias, la situación de la nutrición de las poblaciones y los valores alimenticios de los alimentos locales lo mismo que ayudando activamente en el desarrollo de programas destinados a mejorar el nivel de la nutrición.

Desde el principio, la Fundación W. K. Kellogg y el Massachusetts Institute of Technology han demostrado gran iniciativa e interés en el nuevo Instituto. Recientemente, la Fundación Rockefeller, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), el Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF), y otras organizaciones han ayudado de diferentes maneras. El Gobierno de Guatemala y la Universidad de San Carlos mostraron además su interés contribuyendo el edificio y terreno para el Instituto.

En 1948, se designó al Jefe de la Sección de Nutrición de la Oficina, quien asumió el cargo hasta mediados de 1949. Su primer puesto ha sido en Guatemala, donde actúa como Director del Instituto de Nutrición durante los años de formación de este.

El primer paso para iniciar el programa fué la selección y adiestramiento de un grupo de agrónomos, bioquímicos, clínicos y educadores de los países participantes, que empezó en 1948. Dicho adiestramiento se emprendió con la ayuda del Departamento de Tecnología y Alimentos del Massachusetts Institute of Technology, y de las fundaciones W. K. Kellogg y Rockefeller.

El primer grupo de bioquímicos, nutricionistas clínicos, agrónomos, y educadoras de nutrición completó su preparación bajo los auspicios de la Oficina en julio de 1949. Luego, se reunieron en México con el nuevo Director, donde los miembros de la Fundación Rockefeller habían hecho los arreglos necesarios para proporcionar al personal una oportunidad de observar los trabajos de nutrición que allí se efectúan y para discutir en forma preliminar los problemas del nuevo Instituto con los peritos de México.

El Instituto se inauguró oficialmente el 15 de septiembre de 1949 con las ceremonias adecuadas y con la participación de representantes de los países centroamericanos y de otros interesados en el nuevo proyecto.

El costo anual del programa para los países participantes durante los cuatro primeros años se calculó en \$8,500 cada uno. Esta cantidad no fué suficiente para llevar a cabo los objetivos perseguidos y en julio de 1947, durante una visita a Guatemala, el Director de la Oficina recomendó un aumento del 100%. El retardo en la inauguración del Instituto permitió que se acumularan las contribuciones y por lo tanto, no se tomó ninguna acción sobre las recomendaciones hasta diciembre de 1949. En esa época se prorrogó el acuerdo firmado en 1946 por un período de cinco años con una cuota básica anual para cada país de \$12,500.

El primer proyecto de campo del Instituto comenzó en noviembre de 1949 en el pueblo de Santa María Cauque, en Guatemala, donde se estudiaron las costumbres alimentarias y las condiciones biofísicas de un grupo representativo de la población. También se han hecho arreglos para la iniciación de los trabajos de campo en El Salvador y Honduras. En febrero de 1950 se empezaron las labores en El Salvador estudiándose, desde el punto de vista de la nutrición, los alumnos de una escuela de Santa Ana y otra de Sonsonate. También se comenzó el examen de los escolares de Guatemala en preparación para una demostración de un programa de alimentación escolar en cooperación con el Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas.

En febrero de 1950 comenzaron los análisis de alimentos, lo mismo que las actividades regulares del Laboratorio Promatológico.



Opening ceremonies of the Second Regional Nursing Congress in Lima, Peru. September 25 - October 2, 1949.

Ceremonia de inauguración del Segundo Congreso Regional de Enfermería en Lima, Perú. Septiembre 25 - Octubre 2, 1949.



Dr. Soper addressing the closing session of the Second Regional Nursing Congress in Lima, Peru. September 25 - October 2, 1949.

El Dr. Soper hace uso de la palabra durante la sesión de clausura del Segundo Congreso Regional de Enfermería en Lima, Perú. Septiembre 25 - Octubre 2, 1949.

Este laboratorio está equipado para analizar proteínas, grasas, carbohidratos, fibras crudas, humedad, y todas las vitaminas y minerales ordinarios.

En marzo de este año se inició un estudio especial sobre el valor nutritivo de las variedades locales de maíz y se instituyó una investigación de largo alcance sobre los cambios nutritivos en los alimentos cocidos. También se empezó un trabajo para probar el valor de las proteínas vegetales en la alimentación escolar, cuando se las combina con el factor sintético de proteína animal, B₁₂

Los trabajos de campo comenzaron durante mayo de 1950 en Honduras, donde el Instituto suministra orientación técnica para el nuevo programa de alimentación escolar y comprueba el valor del mismo.

Cada sección del Instituto opera actualmente a la capacidad para que fué diseñada. Las facilidades de laboratorio han sido adecuadas hasta el presente, pero la falta de espacio para oficinas y para enseñanza ya es crítica.

Desde el principio se aceptó que la educación del personal y del pueblo es función importante del Instituto de Nutrición. Aún las ceremonias oficiales de inauguración en septiembre de 1949 incluyeron un programa científico. Se han efectuado seminarios a intervalos regulares en Guatemala y existen en proyecto programas semejantes para efectuarse en los otros países miembros. Además, varios nutricionistas y hematoparasitólogos han visitado al Instituto para estudiar y practicar. Para el año en curso se han nombrado consultores peritos de los Estados Unidos y se sabe que varios hombres de ciencia en campos afines a la nutrición proyectan visitar el Instituto para observar el material clínico disponible y, en operación el programa de nutrición.

Recientemente se aprobó la creación de un Comité Técnico Asesor para el Instituto, el cual será designado durante el presente año.

Como resultado del programa centroamericano, se han recitado solicitudes de visitas y consultas de Cuba, la República Dominicana, Jamaica, México, Venezuela y Colombia.

Instituto de Nutrición del Ecuador

En 1945 el Gobierno del Ecuador creó un Instituto Nacional de Nutrición para que desarrollara programas de investigación sobre nutrición. En 1949 se construyó el edificio para el mismo y se solicitó de la Oficina que suministrara ayuda técnica.

En febrero de 1950 se dedicó el nuevo edificio y se efectuaron conferencias en Quito para tratar de los planes para el proyecto, en las cuales tomaron parte, entre otros, el representante de la Fundación W. K. Kellogg y el Director del nuevo Instituto de Ecuador,

el Jefe de la Oficina de Lima de la OSP, y el Director del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. También se preparó un proyecto de acuerdo, por intermedio de la Oficina, para la colaboración con el Ministerio de Bienestar Social, Salubridad e Higiene del Ecuador en los trabajos del Instituto de la Fundación Kellogg y de la misma Oficina.

En los dos primeros años se desarrollará solamente el Laboratorio de Promatología. La Fundación W. K. Kellogg ha accedido a adquirir el equipo para el mismo laboratorio mientras la Oficina además de proveer ayuda técnica y vigilancia para el programa científico, suministrará los servicios de un bioquímico por un período de dos años.

El trabajo del nuevo Instituto estará correlacionado con el que se está haciendo en Centro América correspondiendo la vigilancia durante sus primeros años al Massachusetts Institute of Technology.

V. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA DE LA OFICINA

En su informe a la XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947), el Cirujano-General Cumming, como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, lamentaba el hecho de que el programa de enfermería de la Oficina hubiera sido abandonado en gran parte por la escasez de fondos. Dicho programa se había desarrollado rápidamente desde 1941 y se basaba en solicitudes, estimuladas por la guerra, de regiones económicamente estratégicas de América Latina. Se recibieron diversas peticiones de ayuda para establecer programas de enfermería de salubridad pública y, gracias a fondos suministrados por los Estados Unidos por medio del Coordinador de Asuntos Interamericanos, la Oficina ayudó al Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, Haití, Paraguay y Venezuela, suministrando ayuda técnica para nuevas escuelas de enfermería, reorganización de las existentes y desarrollo de servicios de enfermería de salubridad pública. Durante este período la Oficina mantuvo una enfermera consultora en Washington para asesorar y reclutar el personal. En enero de 1945 el Instituto de Asuntos Interamericanos, sucesor del Coordinador, relevó a la Oficina de la administración del programa de enfermería costeadado con fondos de su antecesor, transfiriéndose la mayoría del personal de enfermería de la Oficina a la nueva organización recién incorporada. La Oficina mantuvo sus programas en México y Brasil hasta 1946.

A pesar del agotamiento de sus fondos, continuó el interés de la Oficina en la enfermería y gracias a los donativos del Servicio de Salubridad Pública de los Estados Unidos y del Fondo Commonwealth, continuó respondiendo a solicitudes de ayuda técnica. De 1945 a 1946 se mantuvo una consultora de enfermería en la Oficina de Sector de Guatemala y de 1946 a 1949 otra, en la Oficina de Zona de Lima.

En septiembre de 1947, la Oficina amplió su programa de enfermería encaminado a estimular el mejoramiento de la educación en enfermería lo mismo que en las prácticas de enfermería de salud pública en las Américas. por medio de servicios de consultas y por servicios directos, correspondencia, publicaciones, conferencias y becas. Tan pronto como fué posible, la consultora de enfermería visitó todas las repúblicas americanas para conocer a las autoridades de enfermería y familiarizarse con las existentes organizaciones nacionales de enfermeras.

Los datos obtenidos durante estas visitas han sido recopilados y se utilizan como referencia para responder a las muchas solicitudes de información que se reciben en la sede de la Oficina sobre enfermeras, enfermería y sus problemas en la América Latina.

Dichos datos incluyen concretamente:

- (1) Una lista de las escuelas de enfermería reconocidas oficialmente por los respectivos gobiernos y los nombres de sus directores;
- (2) Una lista de las personalidades destacadas en enfermería incluyendo las de salubridad pública y los presidentes de las existentes asociaciones nacionales de enfermeras.
- (3) Un resumen progresivo de la situación de la educación de enfermeras y de la enfermería de salubridad pública en los distintos países; y
- (4) Los reglamentos que gobiernan el ejercicio de la enfermería tanto por enfermeras nacionales como extranjeras.

En febrero de 1949, el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana comenzó la publicación de artículos de interés para las enfermeras. El Boletín se envía a todas las escuelas y servicios de salubridad pública de enfermería de la América Latina, abriendo un campo nuevo a la literatura actual sobre el tema. En 1949 se visitaron de nuevo todos los estados miembros para completar la información sobre las escuelas de enfermería oficialmente reconocidas y para precisar los aspectos de la educación de enfermería donde sería más adecuado concentrar la asistencia de la Oficina. Es necesario efectuar esos estudios a intervalos frecuentes si se desea que la Oficina suministre orientación adecuada a las enfermeras que solicitan becas, y que alcance el objetivo de mejorar la enfermería de salud pública en el Continente. La escuela de enfermería es la base sólida sobre la que se construye la buena enfermería de salubridad pública.

La información reunida en 1949 se recopiló en forma de respuestas a cuestionarios oficiales. El análisis de los informes sometidos por cincuenta y dos escuelas de enfermería muestra lo siguiente:

- (1) Que existe en la facultad de las escuelas escasez de enfermeras bien preparadas y hay constante necesidad de becas de enfermería en todos los países para el adiestramiento de enfermeras que puedan servir como directoras e instructoras de las escuelas de enfermería;
- (2) No existe un pre-requisito estandard de educación aceptado universalmente para la admisión en las escuelas de enfermería. Las diferencias entre los distintos países y aun dentro de un mismo país varían entre seis y doce años de preparación. (Véase el Cuadro en el Apéndice).
- (3) El plan de estudios varía mucho de una escuela a otra. Los puntos siguientes merecen comentarse:
 - (a) Nueve de las cincuenta y dos escuelas estudiadas no enseñan artes de Enfermería y las estudiantes de dichas escuelas no aprenden la práctica de la misma;
 - (b) Veintiséis, o sea el 50 por ciento de las escuelas no dedican tiempo adecuado a las cuatro ciencias básicas de la enfermería-medicina, cirugía, pediatría y obstetricia- o proveen dicho adiestramiento pero sin vigilancia adecuada de enfermeras graduadas;
 - (c) Treinta y nueve, o sea el 75 por ciento, no tienen cursos organizados sobre la manera de manejar los casos de enfermedades transmisibles;
 - (d) Veintiocho, o sea más del 50 por ciento, no ofrecen oportunidad para adquirir experiencia de campo en enfermería de salud pública; y
 - (e) Cuarenta y cuatro, o sea casi el 85 por ciento, no incluyen la enseñanza de psiquiatría.

En muchos países las personas más destacadas en enfermería se dan cuenta de los problemas y tratan de encontrar la solución a algunos de ellos. En este sentido, toda oportunidad para el intercambio de ideas entre las enfermeras de los distintos países latinoamericanos es muy valiosa. La Oficina ha auspiciado dos Congresos de Enfermería; el primero, para enfermeras de Centro América y mar de las Antillas, se verificó en San José, Costa Rica, a principios de septiembre de 1949; y el segundo, para enfermeras de los países sudamericanos, se efectuó en Lima, Perú, inmediatamente después del Congreso Centroamericano de Enfermeras.

Por las discusiones y recomendaciones hechas se ve claramente que los dirigentes en enfermería de la América Latina están dispuestos

a asumir la responsabilidad principal de la solución de sus problemas. Las recomendaciones principales adoptadas son las siguientes:

- (1) Que los directores de las escuelas de enfermería sean enfermeras competentes;
- (2) Que los gobiernos envíen enfermeras graduadas a tomar cursos de post-graduado en los países donde existen facilidades adecuadas, con el objeto de prepararlas como maestras para las escuelas de enfermería;
- (3) Que las escuelas de enfermería tengan sus propios presupuestos independientes.
- (4) Que se estimule el reclutamiento de gran cantidad de jóvenes que hayan completado la educación secundaria;
- (5) Que todas las escuelas adopten el plan de estudios mínimo recomendado por el Consejo Internacional de Enfermeras;
- (6) Que se incluyan en el curso básico los principios y la práctica de la enseñanza y vigilancia de enfermería;
- (7) Que la Oficina actúe como centro de información de textos de enfermería en español, que interese a las casas editoriales en la traducción de textos para las escuelas latinoamericanas y que recopile y publique un glosario de los términos de enfermería usados en los países latinoamericanos.

Al planear su programa para 1950, la Oficina tomó en cuenta las recomendaciones anteriormente citadas. A este efecto se han adoptado las siguientes medidas:

- (1) Se han concedido becas a enfermeras graduadas del Ecuador, Costa Rica, Chile, Brasil y Nicaragua para que efectúen estudios de post-graduado en Chile y en los Estados Unidos.
- (2) Se han completado los planes para efectuar durante julio y agosto de 1950, en Santiago de Chile, un seminario de trabajo sobre los "Principios de Enseñanza y Vigilancia" con el objeto de preparar instructoras para escuelas de enfermería y administradoras y vigilantes para los servicios de salubridad pública.
- (3) Se han hecho los arreglos necesarios para la traducción de tres libros de texto, seleccionados en el Congreso del Perú por un comité de enfermeras.

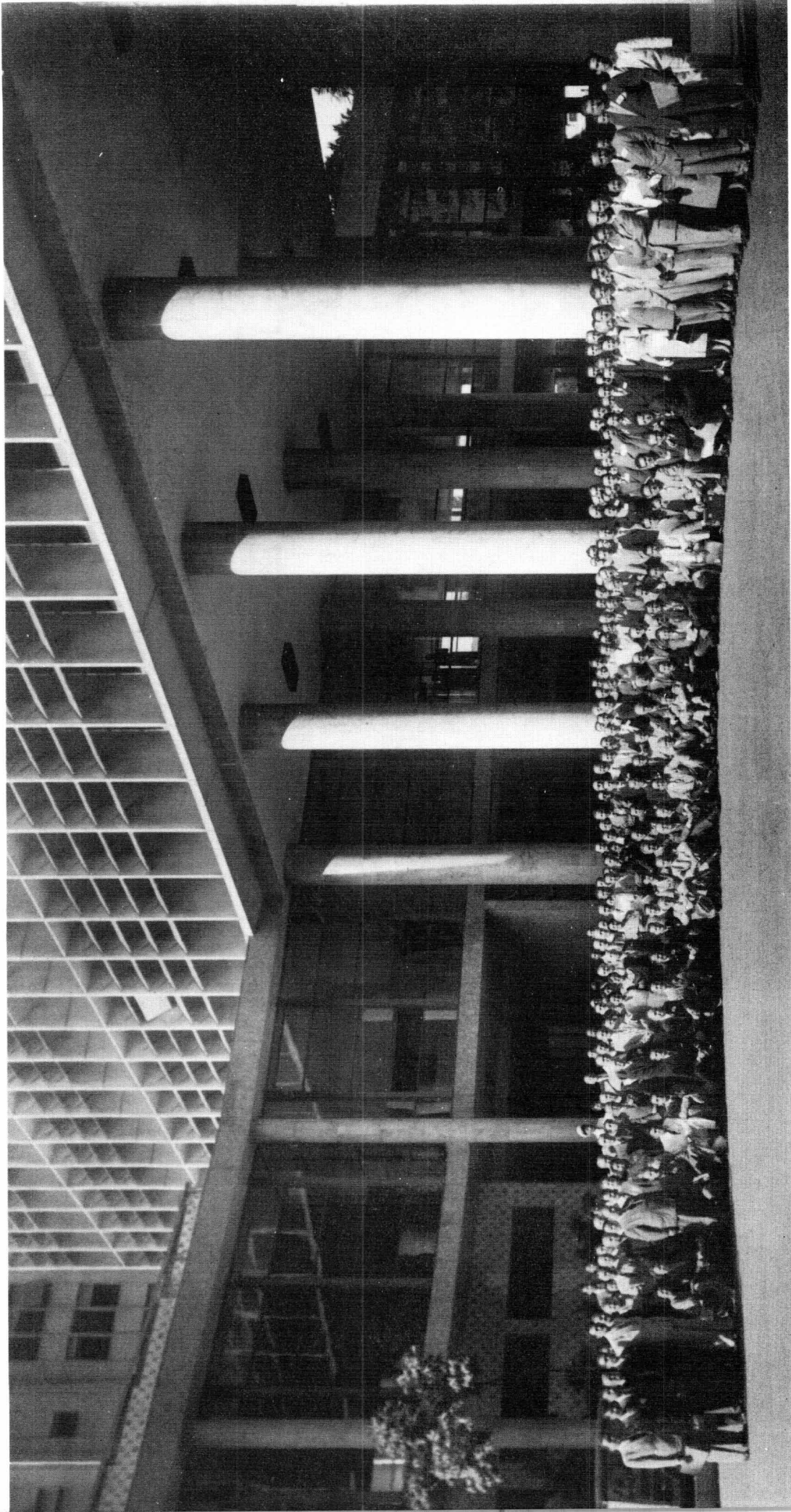
El programa de enfermería que tiene la Oficina para el futuro ha sido redactado de conformidad con las recomendaciones del Primero

y Segundo Congresos de Enfermeras. Dicho programa incluye:

- (1) Becas para enfermeras graduadas para su adiestramiento como instructoras, vigilantes y administradoras y para todas las ramas de la enfermería;
- (2) Instrucción concentrada en cursos cortos; seminarios de trabajo de seis semanas sobre problemas especiales e individuales para grupos de educadoras de enfermería y de enfermeras de salubridad pública;
- (3) Servicios de consulta, asesoramiento y ayuda para establecer centros de enseñanza en países que no sean de habla inglesa, en los cuales las enfermeras graduadas que no comprenden el inglés puedan obtener educación de post-graduado. (Específicamente, se incluirán centros para preparar instructores de enfermería de las enfermedades transmisibles, psiquiatría y salubridad pública);
- (4) Ayuda en la traducción de libros de texto para las escuelas de enfermería. Se seleccionará y traducirá por lo menos un libro de texto de cada rama de la enfermería;
- (5) Actuar como centro de información sobre las traducciones que se están efectuando en los diferentes países para evitar duplicación;
- (6) La publicación de un glosario de términos de enfermería en inglés, portugués y español;
- (7) La publicación en la Sección de Enfermería del Boletín de artículos originales escrito por enfermeras de los países latinoamericanos sobre temas relacionados con la profesión.
- (8) El estudio de los problemas comunes de enfermería por medio de Congresos Regionales de Enfermería donde las enfermeras más destacadas del Hemisferio puedan reunirse para intercambio de ideas.

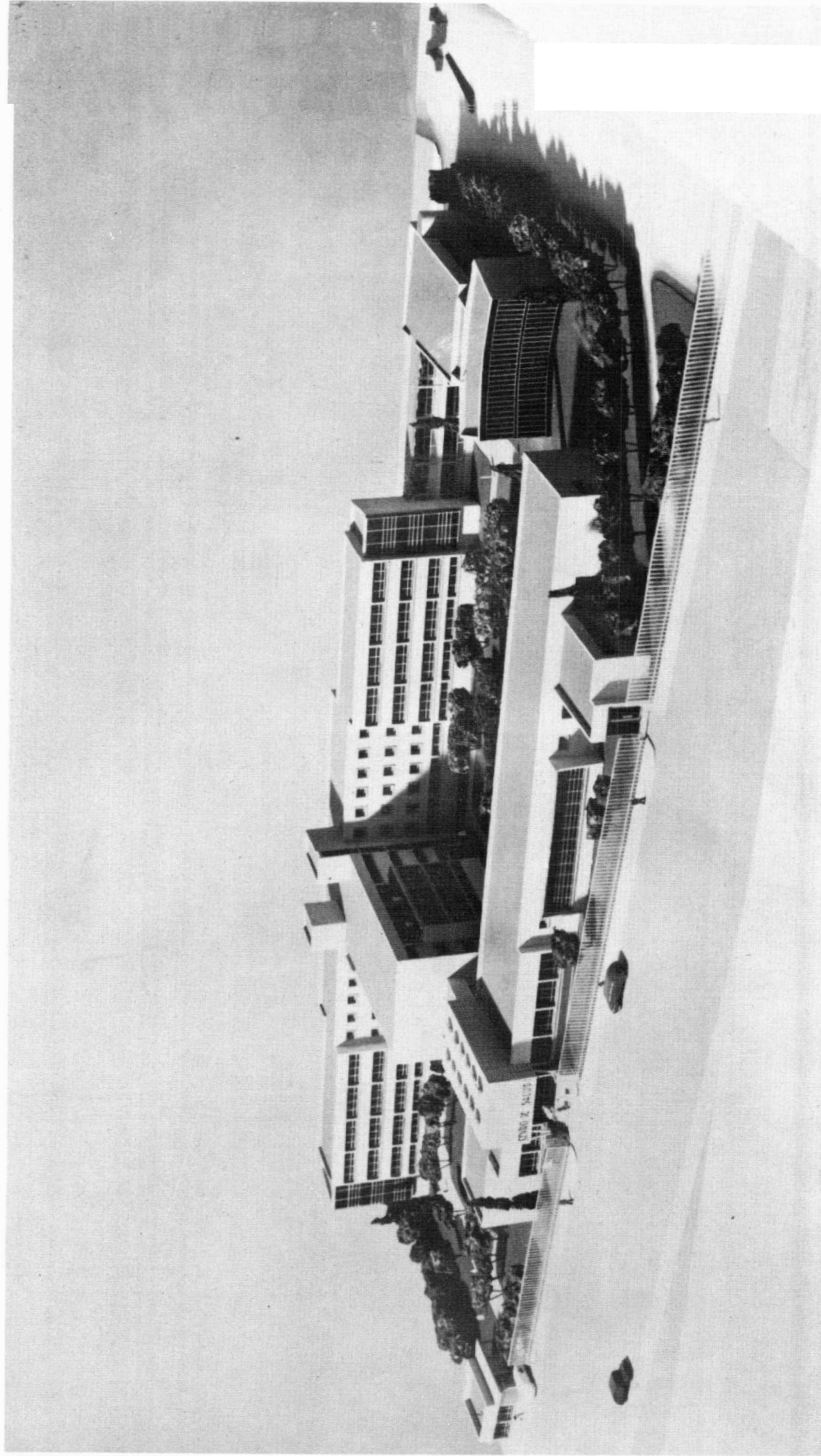
VI. AYUDA PARA PLANEAR Y MEJORAR LAS PRACTICAS ADMINISTRATIVAS DE HOSPITALES

La Oficina empezó a trabajar de nuevo en el programa relacionado con administración de hospitales durante el mes de agosto de 1949, en cumplimiento de resoluciones de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana (1947) y del Consejo Directivo (México, 1948). En 1944, la Oficina colaboró con la Asociación Inter-Americana de Hospitales y con los Gobiernos de México y Perú en cursos de estudio cortos, intensos, trilingües para administradores de hospitales, verificados en la Ciudad de México y en Lima, Dichos cursos o institutos



Third International Institute for Hospital Administrators. Rio de Janeiro, Brazil. June 18 - July 1, 1950. Two hundred and forty students from 14 countries were in attendance at lectures by faculty members selected among educators from ten countries. The Institute was sponsored by the Pan American Sanitary Bureau, the Inter-American Association of Hospital Administration and held under the auspices of the Brazilian Government.

Tercer Instituto Internacional para Administradores de Hospitales. Río de Janeiro, Brasil. Junio 18 - Julio 1, 1950. Asistieron 240 estudiantes de 14 países a las disertaciones ofrecidas por los miembros de la facultad, seleccionados entre los educadores de 10 países. El Instituto fué auspiciado por la Oficina Sanitaria Panamericana y por la Asociación Interamericana de Administradores de Hospitales, y patrocinada por el Gobierno de Brasil.



Building of the Health Center, in Oaxaca, Mexico. The Bureau is cooperating with technical advice on the selection and distribution of equipment, preparation of administrative procedures and training of personnel.

Edificio del Centro Sanitario en Oaxaca, México. La Oficina presta cooperación en forma de asesoramiento técnico en la selección y distribución de equipo, preparación de procedimientos administrativos y adiestramiento del personal.

que sirvieron como repaso para administradores de hospitales, demostraron ser un método práctico para adiestramiento.

Como consecuencia de esos cursos se originó demanda para la celebración de otros, y en 1947 la Asociación Inter-Americana de Hospitales y el Ministerio de Salubridad del Brasil convinieron en un tercer instituto que se celebraría en Río de Janeiro. El Gobierno Brasileño suministró fondos, pero durante 1948 el programa no produjo resultados. En 1949 la Oficina decidió auspiciar, junto con la Asociación Inter-Americana de Hospitales y el Ministerio de Salubridad del Brasil, el Tercer Instituto Internacional para Administradores de Hospitales por efectuarse en Río de Janeiro del 18 de junio al 1º de julio de 1950. En la preparación del mismo han colaborado treinta instituciones educativas, de beneficencia, de hospitales y de medicina, de diez países distintos.

Los conferenciantes del Instituto insistirán sobre el nuevo concepto de centros modernos de salud y redes de hospitales que abarquen programas de medicina preventiva y curativa para toda una comunidad, y que requieren personal muy bien preparado. Con una o dos excepciones, no es posible actualmente recibir cursos formales de este tipo en los países latinoamericanos, que por lo mismo ocurren a la Oficina Sanitaria Panamericana y a los organismos colaboradores tales como la Asociación Inter-Americana de Hospitales, para esa clase de preparación.

El Tercer Instituto Inter-Americano para Administradores de Hospitales está llamado a efectuar una gran labor en lo que se refiere al intercambio práctico de conocimientos, métodos y técnicas y a cimentar mayor solidaridad entre las más destacadas autoridades en hospitales en las Américas, por medio de su esfuerzo para promover mejores normas o patrones para los hospitales de todos los países. Los cursos se darán en inglés, español y portugués por medio de la interpretación simultánea.

La Oficina, a solicitud de los gobiernos miembros, ha estudiado varias comunidades de la América Latina en las que se proyecta el inicio de programas de hospitales. Se cuentan:

1. Ayuda en los planes para la construcción de un centro de salud con hospital anexo de 200 camas en la Ciudad de Oaxaca, México.
2. Un Hospital Nacional y su plan de salud para la República de Costa Rica; y colaboración en
3. La reorganización administrativa hospitalaria del "Hospital del Niño" de Lima, Perú.

La Oficina ha comenzado un estudio del censo de hospitales de la América Latina, para obtener datos sobre cuidado médico proporcionado en las 4,318 instituciones que existen en esos países.

VII. SERVICIO DE ABASTECIMIENTOS

El Problema de los Abastecimientos y su Significado

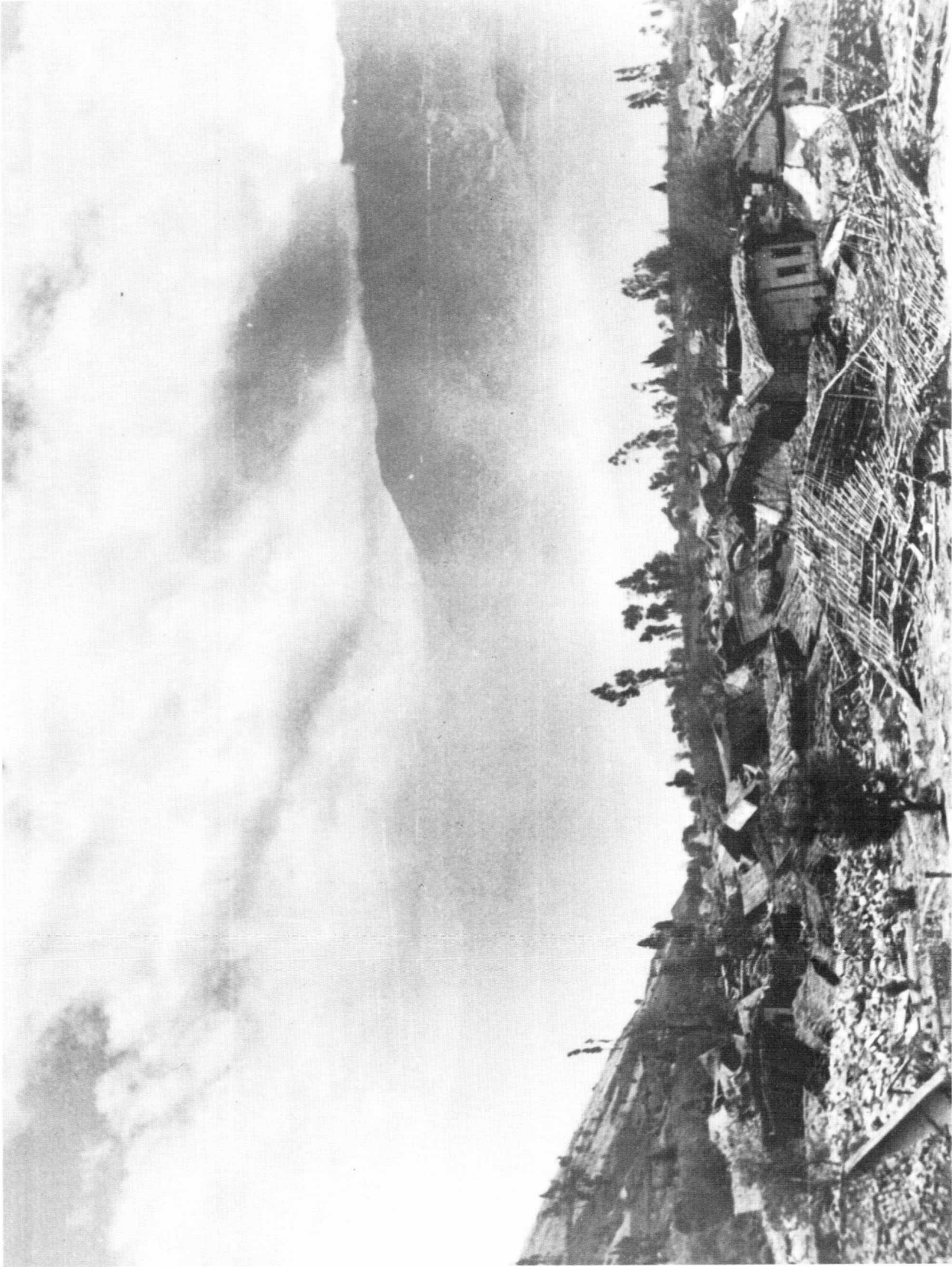
Para facilitar la selección y adquisición de equipos y abastecimientos que no se encuentran fácilmente en todos los Estados miembros, la Oficina comenzó, en julio de 1948, a suministrar informaciones sobre materiales médicos y a adquirirlos cuando lo solicitaban los gobiernos miembros. La respuesta creciente e inmediata, acentúa la necesidad de este servicio. Los gobiernos miembros han hecho extensas adquisiciones por medio de la Oficina y se han valido como base para juzgar los precios locales de los estudios del mercado hechos por la misma, a solicitud. De esta manera, aun en los casos en que las leyes de los gobiernos miembros les impiden efectuar adquisiciones por medio de la Oficina los datos fidedignos sobre el mercado, que ofrece la misma, les han servido como guía para efectuar compras directas.

Progresos Alcanzados para Resolver el Problema de los Abastecimientos

El obstáculo inicial que encontraron los gobiernos miembros para usar el Servicio de Abastecimientos fué la falta de familiaridad con el procedimiento establecido. Dicho obstáculo ha sido ya eliminado en gran parte y la Oficina ha efectuado adquisiciones para todos los Gobiernos Miembros con excepción de los Estados Unidos.

En el nuevo campo de los radioisótopos para la terapia del cáncer y ciertos campos especializados de investigación, la Oficina representa a siete gobiernos como agente oficial de compra. Una vez arreglados los aspectos monetarios de la operación, la Oficina se encarga de la adquisición con la Comisión de Energía Atómica de los Estados Unidos, lo mismo que de la licencia de exportación, despacho de aduanas y embarque aéreo. También han obtenido drogas nuevas aún no aprobadas por los Estados Unidos para consumo ordinario, como donativos de investigación para los técnicos de los gobiernos miembros y se ha efectuado cierto número de embarques de Cortisone, la nueva droga contra la artritis. Así los servicios centrales de compras de la Oficina han reducido el período de tiempo que inevitablemente transcurre entre algunos descubrimientos médicos y su introducción en otros países.

El tiempo requerido para entregar los abastecimientos médicos ha sido considerablemente reducido gracias a la actividad desplegada por la Oficina para despachar los embarques. En cierta ocasión, se necesitaba Oro Coloidal Radioactivo 198, que tiene un período de actividad muy corto, para un caso de cáncer en Bogotá, Colombia. Coordinando cuidadosamente los vuelos regulares comerciales pudo retirarlo de la pila de energía atómica en Oak Ridge, Tennessee, llevarlo en avión a Chicago para concluir los trámites de envío y de allí hacerlo llegar por aire a Bogotá, en sólo diez y ocho horas.



*Ambato Earthquake of August 5, 1949, Pelileo, Ecuador, near Ambato, taken August 13, 1949.
Terremoto de Ambato el 5 de Agosto de 1949, Pelileo, Ecuador, cerca de Ambato, tomada el 13 de Agosto de 1949.*



*Air shipment of Penicillin to Ecuador, October 8, 1949
Envío aéreo de Penicilina al Ecuador, Octubre 8 de 1949*



Loading of Perchloron for purification of water supply in Guayaquil, Ecuador. Shipped by Pan American Sanitary Bureau on August 8, 1949 for relief of earthquake which occurred on August 5, 1949.

Embarque de perclorón para la purificación del agua potable en Guayaquil, Ecuador. Enviado por la Oficina Sanitaria Panamericana el 8 de agosto de 1949 para los servicios de auxilio con motivo del terremoto ocurrido el 5 de agosto de 1949.



Act I, The "Angel of Pueblo Bonito". Health education by means of puppets for the campaign against tuberculosis in El Salvador.

Acto I, El Angel de Pueblo Bonito. Educación higiénica por medio de titeres para la campaña anti-tuberculosa para El Salvador.



Act III, "The Angel of Pueblo Bonito". Health education. Anti-tuberculosis campaign.

Acto III, "El Angel de Pueblo Bonito". Educación higiénica. Campaña anti-tuberculosa.

La Oficina ha podido facilitar el flujo internacional de abastecimientos médicos debido a su posición como organismo internacional y se ha recibido amplia ayuda diplomática para el movimiento de materiales esenciales que ordinariamente está sujeto a una pléyade de reglamentos comerciales muy complejos. El uso y aceptación de la función de la Oficina como intermediario para compra de abastecimientos médicos aumenta constantemente. Los Gobiernos Miembros deberán recibir el beneficio de la mayor libertad de movimiento de que gozarán dichos abastecimientos como resultado de dicha aceptación.

Realizaciones

El valor que tiene un servicio activo de abastecimientos en casos de catástrofes es obvio. Cuando ocurrieron las lamentables inundaciones de diciembre de 1949 en Costa Rica, se pudo enviar la vacuna tifoidea-para-tifoidea dentro de las veinticuatro horas siguientes. En el caso del desastroso terremoto del Ecuador en agosto de 1949 se entregaron productos químicos para la purificación del agua, vacuna contra la tifoidea, jeringas, agujas y otros materiales a las treinta y seis horas de que se dió la orden.

Gran parte del trabajo de la Oficina en materia de abastecimientos no puede presentarse en las estadísticas. Se calcula que durante el período en consideración (julio de 1948 - abril de 1950 inclusive) se suministraron servicios sin costo unas 1,500 veces aproximadamente a los Ministerios de Salubridad de los gobiernos miembros. Estos servicios de consulta comprenden asuntos tales como explicar el procedimiento para obtener radioisótopos para investigaciones biológicas y tratamiento del cáncer; suministrar catálogos de quipo a las oficinas de campo; dirigir solicitudes individuales de ayuda para obtener drogas raras a las autoridades gubernamentales apropiadas y obtener gratuitamente información sobre estándares para sueros, cultivos o antibióticos y las publicaciones y las publicaciones correspondientes.

VIII. BECAS

Las becas para estudiar en el extranjero constituyen uno de los medios de ayuda más efectivos para el mejoramiento del servicio de salubridad de un país. De acuerdo con los programas de la OMS y de la OSPA, las becas se otorgan a individuos que desempeñen o se estén preparando para ocupar cargos de responsabilidad en el propio servicio de salubridad o en escuelas de medicina, enfermería y salubridad pública, con la seguridad de que el puesto estará a disposición del becario cuando regrese. A cada candidato se le exigen el auspicio del Ministerio de Salubridad de su propio país.

Las becas están relacionadas por una parte con los asuntos de interés primordial de la Organización Mundial de la Salud y de la Oficina Sanitaria Panamericana y por otra, con las necesidades especiales de cada país miembro. En lo que se refiere a la Organización Mundial de la Salud, las prioridades se aplican a salud

materno-infantil, malaria, tuberculosis, nutrición y control de las enfermedades venéreas. La Oficina Sanitaria Panamericana se interesa principalmente por la administración sanitaria y por el control de las enfermedades transmisibles, relacionando las becas con los proyectos en desarrollo en cooperación con los países interesados.

Los becarios se dividen en dos categorías principales:

- 1) personas jóvenes que necesitan un curso sistemático de estudio, el que generalmente incluye adiestramiento de campo y dura un año académico; y
- 2) individuos con juicio y experiencia propias a los que se les concede una beca o bolsa de viaje para una jira de observación y estudio de dos a cuatro meses.

El becario se envía a observar o a estudiar al país o institución que ofrezca la mejor preparación para sus necesidades. Como requisito se le exige un conocimiento adecuado del idioma del país donde va a efectuar sus estudios.

hasta ahora, la mayoría de los becarios de los países centro y sudamericanos han ido a estudiar a los Estados Unidos y al Canadá. Se espera sin embargo, a medida que se vayan desarrollando centros de adiestramiento en los países del Sur, enviar a ellos un creciente número de becarios. Como se indica en la gráfica incluida en el Apéndice, el año pasado se enviaron becarios de Paraguay y Francia a México, y están por ir tres más, procedentes de Cuba. Un hindú becario de la Organización Mundial de la Salud fué al Brasil para observar el control de la fiebre amarilla, y un grupo del Ecuador, incluyendo dos enfermeras, y un veterinario irá a estudiar en Chile.

Periodicamente, la Oficina se encarga de hacer los arreglos necesarios para la preparación de técnicos en ciertas materias especiales por medio de instrucción en grupo en centros adecuados. Por ejemplo: se han dado cursos sobre serología de enfermedades venéreas en Guatemala, Honduras, Panamá y Nicaragua. En 1949 se dió en Atlanta a un grupo mexicano un curso sobre técnicas del diagnóstico de la rabia. Se espera aumentar considerablemente esta clase de preparación para satisfacer la creciente demanda provocada.

Además de su propio programa, la Oficina coopera en la administración de becas concedidas por los países miembros. Cada año Venezuela ofrece a todos los países de América cierto número de plazas pensionadas para el curso de malaria y enfermedades metaxénicas que se lleva a cabo en Maracay. La Oficina da a conocer la existencia de las becas y actúa como intermediario en los arreglos y selección de becarios.

Aunque en 1947 y 1948 no se concedieron becas con fondos de la Oficina, sin embargo se ayudó a otros organismos, especialmente al Servicio de Salubridad Pública de los Estados Unidos y al Instituto de Asuntos Interamericanos, a concluir los arreglos necesarios para que un número de personas de latinoamérica pudieran ir a estudiar a los Estados Unidos.

La Oficina coopera con los organismos que conceden becas en las Américas y otros como las Fundaciones Kellogg y Rockefeller, por medio de un intercambio no oficial de datos sobre los solicitantes y de conferencias periódicas sobre asuntos de interés mutuo. Recientemente, la Oficina ayudó a hacer los arreglos necesarios para estudios de becarios de la Fundación Kellogg en educación de enfermería. Por otra parte, los miembros del personal de campo de la Fundación Rockefeller han ayudado a completar los informes sobre solicitantes de la Organización Mundial de la Salud en regiones donde no opera el personal de la Oficina, la cual desde 1947 cooperó con la Fundación Kellogg en el Instituto de Nutrición para Centro América y Panamá donde se han ofrecido un número limitado de becas en el campo de la nutrición. En 1947 y 1948 se prepararon allí seis estudiantes de Guatemala, Honduras y El Salvador y otros tres becados de los mismos países pudieron estudiar nutrición en los Estados Unidos.

La becas concedidas por el Fondo de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas son administradas por la Oficina en su carácter de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. El UNICEF ha hecho los arreglos necesarios para dar un curso de pediatría social en París durante el verano de 1950 para unos veinte becarios pediatras latinoamericanos, y la Oficina ha aceptado examinar las calificaciones de los candidatos.

Desde mayo de 1949 hasta fines de abril de 1950, la Oficina Regional administró los programas de 183 becarios de la Organización Mundial de la Salud (incluyendo 17 del UNICEF). Estos estudiantes provenían en gran parte de Europa y del Medio y Lejano Oriente. Durante el mismo período* la Oficina concedió 26 becas para estudios en países americanos. Los detalles se muestran en las gráficas que aparecen en el Apéndice.

IX. EDUCACION SANITARIA

La educación sanitaria del público ha sido reconocida como la base en que descansa la colaboración inteligente del mismo y del gobierno en programas de salubridad pública.

* Según los datos de la OSPA, desde mayo de 1949 hasta mayo de 1950.

En 1947 se verificó en Caracas la Segunda Conferencia Panamericana de Educación de Salubridad Pública al mismo tiempo que la XII Conferencia Sanitaria Panamericana. Dicha Conferencia recomendó que la Oficina estableciera una sección de salubridad pública. Debido a dificultades financieras, de local y de personal no se pudieron empezar estas labores sino hasta fines de 1949.

El primer trabajo constructivo hecho por la oficina en este campo fué la preparación de un espectáculo de títeres con diálogos grabados en inglés y en español para la educación del público en las medidas de control de la tuberculosis. El espectáculo que ha sido muy favorablemente acogido por auditorios técnicos y educados, fué enviado a El Salvador para efectuar pruebas de campo sobre su popularidad.

Se ha designado personal adicional para educación sanitaria y existen planes para una expansión considerable de las actividades en este campo, especialmente en lo que se refiere a labores de salud materno-infantil y a proyectos especiales tales como la hidatidosis.

SANEAMIENTO AMBIENTAL

X. INGENIERIA SANITARIA

En 1948, el Servicio de Salubridad Pública de los Estados Unidos llamó a los ingenieros que había asignado a la Oficina, por lo cual fué necesario reducir las actividades en este campo, mientras se desarrolla el personal propio de la Oficina.

Los informes de actividades de los últimos cuatro años (1947-1950) incluyen actividades tan diversas como la "desinsectización" de aeroplanos, el desarrollo de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y de una división de Ingeniería Sanitaria en el Departamento de Salubridad Pública de Bahía, Brasil; estudios de abastecimiento de agua, eliminación de aguas servidas y de desperdicios, obras para control de malaria, oncocercosis y tifoidea, ayuda de urgencia a países afligidos por alguna catástrofe como inundación o terremoto, y cooperación en programas del Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas y de la Organización Mundial de la Salud.

Control de los Insectos en Aeroplanos

Bajo los auspicios de la Oficina se desarrolló un equipo para desinsectización automática de los aeroplanos que vuelan sobre rutas internacionales en las que se requiere tal medida. En 1946 se tuvieron los primeros resultados satisfactorios con el equipo, durante vuelos de prueba auspiciados por la Marina de los Estados Unidos.

Durante 1947 se continuó el trabajo cooperativo en este proyecto, con la colaboración de las Secretarías de Marina y de Agricultura de los Estados Unidos y de la Oficina. En el mismo año se efectuaron pruebas sobre el funcionamiento en operación cuantificada de boquillas para aerosoles con el objeto de obtener los datos necesarios para el diseño de equipo de desinsectización de aviones.

Ciertas dependencias del Gobierno de los Estados Unidos interesadas en este proyecto, se hicieron cargo del mismo, efectuando pruebas adicionales a principios de 1950 con respecto a ciertas modificaciones desarrolladas en el equipo anteriormente mencionado.

Asociación Inter-Americana de Ingeniería Sanitaria (AIDIS)

Las dos conferencias regionales de Ingeniería Sanitaria efectuadas en Río de Janeiro, Brasil, y Caracas, Venezuela, en 1946, planeadas y auspiciadas conjuntamente por la Oficina en cooperación con el Instituto de Asuntos Interamericanos, llegaron a un acuerdo, en diciembre de 1946, para crear la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria.

La Oficina tomó la iniciativa en el desarrollo de dicha Asociación y ayuda a la edición de la Revista de la misma.

El primer Congreso Interamericano de Ingeniería Sanitaria se efectuó en Santiago, Chile, en abril de 1948 bajo los auspicios del Gobierno Chileno, de la Oficina Sanitaria Panamericana y del Instituto de Asuntos Interamericanos, con la representación de diez y nueve de las veintiún repúblicas americanas. En este Congreso se organizó oficialmente la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria, se adoptó la Constitución y se eligieron funcionarios. La campaña iniciada un año antes por la Oficina, para enrolar miembros, permitió que la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria comenzara con 1,186 miembros activos entre los que figuran ingenieros y representantes de otras profesiones afines. En doce países se han organizado Secciones Nacionales de la Asociación.

En agosto de 1948 se aceptó a la AIDIS como una de las organizaciones no gubernamentales oficialmente relacionadas con la Organización Mundial de la Salud.

El Segundo Congreso Interamericano de Ingeniería Sanitaria se verificó en la Ciudad de México en marzo de 1950. En esta reunión, 241 delegados y dos observadores representaron a las veintiún repúblicas del Hemisferio Occidental, Puerto Rico y las Filipinas.

El progreso alcanzado por la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria, bajo los auspicios de la Oficina, fué notable; los miembros activos sumaban 1,489; 45 compañías manufactureras de equipo y artículos sanitarios habían ingresado como Miembros de Grupo y 18 países contaban con secciones nacionales organizadas.

Durante este período se publicaron los volúmenes, 1 (números 1 al 4 inclusive) - y 2 - (números 1 al 3 inclusive) - del Organó Trimestral de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria.

Actividades de Ingeniería de la Oficina de Sector de Guatemala

Durante el primer semestre de 1948, la Oficina asignó un ingeniero a la Oficina de Sector y luego se hicieron planes para extensos programas de control de malaria y oncocercosis pero la falta de fondos impidió su ejecución.

En noviembre de 1949 la Oficina asignó nuevamente un ingeniero al Sector de Centro América. Su primer trabajo estuvo relacionado con las inundaciones y con los nuevos pantanos y fuentes potenciales de malaria causados por las inundaciones en las orillas de los lagos y la costa del mar. Se efectuó una aspersión larvicida con aviones sobre el Puerto San José y el Lago de Amatitlán y se planeó una investigación con base a recuperación de DDT con el objeto de obtener datos sobre las especificaciones adecuadas para las mezclas de rociar, en las cuales se basarían los tratamientos de otras áreas con características semejantes. Al presente se están efectuando pruebas de evaluación con el compuesto insecticida 497. La Oficina ayudó a planear los programas del Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas en los países centroamericanos para control de insectos y preparó mapas indicando los puertos de entrada, facilidades de transporte y áreas que debían tratarse inicialmente. El programa de Belice, el primer país que recibió los suministros necesarios, empezó a fines de marzo de 1950 con el adiestramiento de cuadrillas rociadoras.

En Guatemala se prepararon mapas de varias fincas indicando su situación, población, posibles criaderos de mosquitos y características topográficas que ejercerían alguna influencia sobre las medidas para el control de la malaria. Se hicieron cálculos sobre el costo de un proyecto piloto para el control de los simúlidos, con larvicidas. A principios de 1950, se efectuaron encuestas sanitarias en ciertas ciudades seleccionadas como sedes para estudios especiales del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Estas encuestas suministraron los antecedentes necesarios para justipreciar los datos parasitológicos y de salubridad general, en relación con los estudios de nutrición.

Actividades de Ingeniería de la Oficina de Lima

Durante 1948, la Oficina de Lima desarrolló con éxito un proyecto de saneamiento de haciendas. Se adiestraron cuadrillas en el uso de DDT, vigilándose el trabajo efectuado en dos haciendas del palúdico Valle del Río Chira en el Departamento de Piura. Este pequeño proyecto tenía como objetivo enseñar en las haciendas pequeñas la manera de efectuar una aplicación anual de DDT con el personal

propio lo cual cuesta poco y disminuye considerablemente la frecuencia de la malaria.

De acuerdo con los fines del Código Sanitario Panamericano: "evitar la introducción y propagación de las enfermedades transmisibles al hombre entre los territorios de los gobiernos signatarios", se preparó un cuestionario para llevar a cabo una encuesta del saneamiento de puertos. En la época en que el Servicio de Salubridad Pública de los Estados Unidos retiró al ingeniero de la Oficina, el Jefe del Departamento de Ingeniería Sanitaria del Ministerio de Salubridad del Perú estaba verificando la aplicabilidad del cuestionario en Limatambo, el aeropuerto de Lima.

En 1949 la Oficina de Lima inició un censo de las instalaciones de purificación de agua del Perú y preparó un programa para estudiar los abastecimientos de agua y sistemas de alcantarillado de la América Latina, el cual fué aprobado pero aún no ha sido efectuado. El Departamento de Ingeniería Peruano ha continuado el censo original de las plantas de purificación de agua del país.

El ingeniero de la Oficina trabajó en la comisión designada para estudiar la eliminación de desperdicios y aguas residuales de la municipalidad de Lima.

Actividades Misceláneas de Ingeniería

La Oficina estuvo representada en la comisión que estudió los abastecimientos de agua y sistema de alcantarillado de Guayaquil, Ecuador, la cual hizo algunas recomendaciones sobre las necesidades futuras de la ciudad. La Oficina ayudó también durante la emergencia creada en ese mismo país por el terremoto de abril de 1949.

En mayo de 1949 se suministró ayuda técnica a la División de Enfermedades Transmisibles de la ciudad de Medellín, Colombia, para investigar la causa de ciertos brotes de fiebre tifoidea que tenían variación con las estaciones del año. La Oficina hizo un estudio detallado de los sistemas de abastecimiento de agua y alcantarillado, de los métodos para la eliminación de basura y de las instalaciones pasteurizadoras y embotelladoras que abastecen de leche a la ciudad. Las conclusiones y recomendaciones pertinentes fueron sometidas a las autoridades correspondientes.

En 1948 se designó a un ingeniero sanitario empleado por la Oficina Sanitaria Panamericana para que trabajara como consultor del Departamento de Salubridad de Bahía, Brasil, en el programa de saneamiento ambiental del interior de ese estado. El Departamento organizó una División de Ingeniería Sanitaria y preparó los planes para el desarrollo subsiguiente del programa de abastecimiento de agua, saneamiento rural y sistemas de eliminación de aguas residuales y desperdicios. Se progresó en la evaluación de los sistemas de abastecimiento de agua del Estado y se sometieron proposiciones para mejorar el

sistema de agua del Salvador y de otras tres ciudades del interior. También se hicieron planes para saneamiento rural y preparación del personal del Departamento mientras presta su servicio.

Juntamente con esta comisión y con el objeto de ayudar en la adquisición de equipos y suministros, se reunió una biblioteca de catálogos de fabricantes y de manuales técnicos sobre una gran variedad de equipos y suministros sanitarios, y se envió a Pahía. Los duplicados que se conservaron en la sede han sido muy útiles para responder a solicitudes de otros países.

Este servicio de consulta tuvo que ser abandonado en septiembre de 1949 al retirar el Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos al miembro del personal designado para el cargo.

En respuesta a una solicitud del Director de Salubridad de Cuba, la Oficina estudió los métodos de eliminación de desperdicios de cocina y basura de La Habana. Tomando en consideración la población, área, tipo de calles, composición del equipo y método de eliminación usados, se recomendó que el sistema existente de echar todo en un vaciadero se convirtiera en un relleno higiénico de tierras, que se cambiaran los camiones para recoger desperdicios y basuras por otros más adecuados para la carga que transportaban y que se limpiaran las calles. Se escogió un sitio apropiado con espacio suficiente para recibir los desperdicios de La Habana durante los próximos diez años y se dejó a un representante de la Oficina para que vigilara el cambio e instruyera al personal local en los métodos para rellenar tierras.

La Oficina sometió un informe detallado con sus observaciones, conclusiones y recomendaciones a las Autoridades de Salubridad de Cuba.

Actividades Actuales

Además de las actividades que aquí se indican y en las cuales han tomado parte ingenieros de la Oficina, se ha suministrado ayuda técnica de carácter asesor a varios países, en casi todas las fases de trabajos en que la pericia, técnica y experiencia requeridas por la buena ingeniería, desempeñan un papel principal.

Desde que se retiró el personal del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos en 1949, ha habido cierta dificultad para cubrir la vacante de Jefe de la Sección de Ingeniería Sanitaria en la sede, a pesar de que en 1950 se dispone de una partida para la misma proveniente de la Organización Mundial de la Salud. El Instituto de Asuntos Interamericanos ha puesto especial énfasis sobre la Ingeniería Sanitaria en sus proyectos bilaterales con estados latinoamericanos y, por lo mismo se hizo una sugestión que no fué aceptada por el Consejo Directivo en su Reunión de 1949, para que la Oficina permaneciera inactiva en ese campo. La Oficina reconoce la importancia de este asunto respecto al cual tiene una responsabilidad definida ante todos los Estados Miembros, que no puede delegar a otra organización.

XI. VETERINARIA DE SALUD PUBLICA

La Oficina Sanitaria Panamericana ingresó activamente al campo de la salubridad pública veterinaria el 12 de julio de 1949 con el objeto de promover programas nacionales para prevenir la infección de las personas con enfermedades de animales y coordinar los aspectos internacionales de tales programas. Las Conferencias Sanitarias Panamericanas han insistido repetidamente sobre la importancia internacional de las zoonosis o enfermedades de animales transmisibles al hombre. La XII Conferencia (Caracas, 1947) subrayó la necesidad de una acción coordinada y simultánea de todos los países para combatir las enfermedades transmisibles del "animal-al hombre".

El programa de salubridad pública veterinaria de la Oficina consiste en lo siguiente:

1) Cooperar a la prevención, control y erradicación de enfermedades de los animales, que se pueden transmitir al hombre, lo mismo que impedir la propagación de enfermedades humanas por alimentos de origen animal antihigiénicos, malsanos o contaminados.

2) Suministrar servicios de asesoramiento y demostraciones de salubridad pública veterinaria a los gobiernos, y coordinar esos programas de veterinaria en países vecinos.

3) Estimular el mejoramiento de la educación médica veterinaria y alentar el adiestramiento en salubridad pública veterinaria.

4) Orientar investigaciones sobre ciertos problemas especiales de la salubridad pública veterinaria que tienen implicaciones internacionales.

5) Actuar como centro de información acerca de la frecuencia, prevalencia y control de las enfermedades de animales transmisibles al hombre, y evaluar, seleccionar, publicar y difundir dicha información.

Los Acuerdos Sanitarios Panamericanos celebrados por una parte entre Uruguay, Argentina, Brasil y Paraguay (marzo de 1948) y entre la Argentina y Chile (noviembre de 1948) por otra, consideran específicamente la creación de programas nacionales y la cooperación internacional de los países signatarios para el control de la hidatidosis y de la rabia. La Conferencia de Rabia en la Frontera México Estados Unidos (abril de 1949), efectuada bajo los auspicios de la Oficina, se concretó en un acuerdo para concertar los esfuerzos de las dos repúblicas en el control de la rabia. La Oficina ha concentrado sus actividades en las dos enfermedades comprendidas en esos acuerdos y en la brucelosis, una de las más nocivas y universales de las zoonosis.

La Oficina Sanitaria Panamericana ha colaborado en la organización y elaboración del programa del Primer Congreso Panamericano de Medicina Veterinaria que se reunirá en Lima en 1951 en homenaje al cuarto centenario de la Universidad Mayor de San Marcos que recientemente ha creado su propia escuela de veterinaria.

Rabia

La rabia es mortal para el hombre y muchos animales y cuando se torna epizootica puede quebrantar la economía de las pequeñas comunidades rurales. Se la conoce en las Américas desde 1703.

La rabia existe desde Alaska hasta la Patagonia en perros, Coyotes, zorros, lobos, animales domésticos y, en algunas regiones tropicales de Centro y Sud América, en los murciélagos vampiros (Desmodus rotundus). En 1947, ocurrieron 34 casos mortales en el hombre en seis países americanos; México y los Estados Unidos encabezaron la lista con cuarenta y ocho y veintiún casos respectivamente. En 1950 se agregó Puerto Rico a la lista de las regiones americanas afectadas por la rabia.

Se puede afirmar que los datos disponibles son muy incompletos y el número de casos notificados no revela la verdadera importancia de la enfermedad. El costo de los centenares de libros de vacuna de rabia producida e inoculada y el de los servicios necesarios para su aplicación, agregados a la pérdida económica de la industria ganadera, representa una carga considerable sobre el pueblo, aún sin tomar en cuenta la ansiedad, sufrimientos y tragedias causados por la rabia y por el temor que inspira.

Los conceptos modernos sobre el control de la rabia se basan en los memorables experimentos de Pasteur. Aunque los recursos para controlarla se conocen desde hace mucho tiempo, es poco lo que se ha hecho para determinar las fuentes de infección y establecer programas nacionales o internacionales encaminados a eliminar esta enfermedad que es erradicable.

La Oficina Sanitaria Panamericana está actuando en el campo del control internacional. En la Conferencia de Rabia de la Frontera México-Estados Unidos, se redactó un acuerdo sobre los siguientes puntos:

1. Intercambio rápido y periódico de las estadísticas de rabia en el hombre y los animales;
2. Uso rutinario de técnicas modernas para el diagnóstico de la rabia;
3. Adopción de criterio adecuado para tratar a las personas mordidas por animales aparentemente rabiosos;

4. Coordinación del control de los animales salvajes de presa en las áreas contiguas de Estados vecinos; y
5. Adopción, por ambos países de procedimientos modernos para el control de la rabia canina.

Necesidades iniciales fué la estandarización de las técnicas para diagnóstico. Se han adiestrado ochenta y cinco técnicos mexicanos en cursos efectuados en los Estados Unidos y en México con la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana, incluyendo, entre otros, directores y técnicos jefes de laboratorio. El diagnóstico de la rabia, basado en métodos "patrón" que usan una estirpe estandar de ratones del Instituto Nacional de Salubridad, se encuentra actualmente en uso en todos los laboratorios de los Estados de México,

Como los animales salvajes son un factor importante para la propagación de la rabia a lo largo de la frontera México-Estados Unidos, la Oficina y el Servicio de Caza y Pesca de este último país cooperaron para llevar a cabo una demostración de campo sobre el control de los animales salvajes de presa en el Estado de Chihuahua, México, durante la cual se descubrió que los coyotes y lobos de las montañas de la Sierra Madre causan una pérdida considerable de ganado (diez por ciento de los animales jóvenes) y que también constituyen un verdadero peligro para el público.

Una fase particular del problema de la rabia en México es la rabia paralítica (derriengue) del ganado, transmitida por los murciélagos vampiros. Actualmente se está efectuando un estudio para determinar la distribución geográfica exacta de estos murciélagos, lo mismo que demostraciones sobre las técnicas para eliminar sus aseladeros en ciertas regiones del Norte de México.

Otro aspecto importante del control de la rabia es la coordinación del trabajo de las dependencias a cargo de las diferentes fases de la campaña y el estímulo a la participación activa de los elementos cívicos que representan el interés público.

De acuerdo con el convenio de Nogales, la Oficina ha ayudado en la preparación de reglamentos antirrábicos sobre el control de los perros sin dueño, que exigen la inscripción y vacunación obligatoria anual de todos los perros. Se ha desarrollado un plan para que la Sociedad Humanitaria Mexicana y la Junta Nacional de Control de la Rabia solucionen el problema de los perros ambulantes y la cuarentena de los casos sospechosos de rabia. El programa correspondiente a México para 1950 exige la vacunación en masa de los perros de la Ciudad de México, Chihuahua y Ciudad Juárez, lo cual requerirá unas 500,000 dosis de vacuna.

Creemos haber establecido una base para el control efectivo de la rabia en la región de la frontera México-Estados Unidos.

Después de varios años de ausencia, la rabia apareció en Puerto Rico durante 1950. Las autoridades de los Servicios de Salubridad Pública de los Estados Unidos y de Puerto Rico tomaron inmediatamente las medidas necesarias para el estudio y control de la enfermedad, enviando la Oficina a un miembro de su personal para que observara los métodos de control y ayudara en cualquier forma posible. Las informaciones sobre el estado del brote de rabia en Puerto Rico se comunicaban regularmente a las demás repúblicas y territorios del Caribe.

Brucelosis

La brucelosis es una enfermedad debilitante y a veces fatal, de larga duración. Primordialmente una afección de los animales, se transmite comúnmente al hombre por medio del contacto con animales infectados o con la leche y sus derivados. La enfermedad existe en todas las Américas.

La brucelosis no es solamente un peligro para la salud sino también una de las fuentes principales de pérdidas en el ganado. Las pérdidas económicas ocasionadas por la disminución de la producción de leche, terneros y cerdos, es enorme. Se calcula que la brucelosis cuesta anualmente a los Estados Unidos \$92,000,000 de dólares y a la República Argentina más de 170,000,000 de pesos.

La brucelosis se hace cada vez más frecuente en los animales domésticos y en el hombre. El reservorio se encuentra en el ganado, cerdos y cabras.

La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (1947) recomendó la formación de Comités Nacionales de Brucelosis y de un Comité Interamericano de Brucelosis lo mismo que la estandarización de los métodos para el diagnóstico. Ya que el Primer Congreso Interamericano de Brucelosis de 1946 había creado dichos comités, la Oficina colaboró en la convocación del Segundo Congreso Interamericano de Brucelosis efectuado en Buenos Aires y Mendoza en 1948.

Con el objeto de establecer un índice de referencia para la estandarización de los métodos de diagnóstico, la Oficina Sanitaria Panamericana entró en arreglos con la Universidad de Minnesota para estudiar la sensibilidad de los antígenos usados en el diagnóstico de la brucelosis en todas las Américas. Poco después de iniciarse este estudio, (marzo de 1950), la mayoría de las repúblicas americanas que producían antígenos contra la brucelosis sometieron muestras. Además se han incluido especímenes de los antígenos usados en los territorios sin gobierno propio del Caribe. Un informe preliminar sobre esta investigación indica que existe una gran variedad en la sensibilidad de los antígenos comparados y acentúa la necesidad de establecer una técnica estandarizada para el diagnóstico de la brucelosis.

La Oficina Sanitaria Panamericana ha auspiciado el Tercer Congreso Interamericano de Brucelosis (Washington, noviembre de 1950). El Comité de Expertos en Brucelosis de la Organización Mundial de la Salud, se reunirá al mismo tiempo.

Hidatidosis

El Acuerdo Sanitario Panamericano suscrito entre el Uruguay, la Argentina, Brasil y Paraguay (marzo de 1948) establece la cooperación de los países signatarios en todos los asuntos relacionados con el control de la hidatidosis. La acción principal de la Oficina en relación con esta enfermedad ha sido la promoción de la acción conjunta de los países interesados. También ha desarrollado, en colaboración con los Gobiernos, ciertos estudios para evaluar las drogas anti-ténicas y el poder letal de varios productos químicos contra los huevos del E. granulosus. Actualmente se están preparando medios audiovisuales para educación pública y planos para la construcción de mataderos modelo en comunidades de diferente tamaño.

HIGIENE DE LA LECHE

A solicitud del gobierno de Colombia, se envió a ese país un veterinario especializado en higiene de la leche para que hiciera un estudio sanitario general de la industria lechera colombiana, fincas de leche, instalaciones pasteurizadoras y embotelladoras y transporte, almacenamiento y venta al menudeo. Durante un período de dos meses, se hizo un análisis de los múltiples problemas de organización, equipo, facilidades, educación y preparación que influyen sobre la producción higiénica de la leche. Se prestó especial atención a los problemas particulares de las varias regiones del país. También se consideraron las facilidades existentes y su aumento con miras al desarrollo de un programa de higiene de la leche nacionalmente integrado. Al mismo tiempo se efectuaron recomendaciones para la expansión de los programas actuales de control, con el objeto de llegar a producir en Colombia leche de alta calidad.

CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

El cuadro del control de las enfermedades transmisibles ha cambiado rápidamente durante los últimos años debido a la introducción de insecticidas residuales, antibióticos, mejores agentes químico-terapéuticos y del concepto de erradicación. El problema del control de las enfermedades transmisibles tiene especial importancia para las organizaciones internacionales de salubridad a quienes corresponde tomar la iniciativa para la diseminación de conocimientos sobre métodos y técnicas nuevas.

XII. FIEBRE AMARILLA

Introducción

Durante los siglos XVIII y XIX la fiebre amarilla fué un azote urbano y marítimo de las Américas, extendiéndose durante el verano hasta Filadelfia, Nueva York y Boston al Norte y Montevideo y Buenos Aires al Sur. Después que Reed y sus colaboradores demostraron la exactitud de la teoría de Finlay sobre la transmisión de la fiebre amarilla por el Aedes aegypti (1900), las campañas anti-mosquito de Cuba (1901), Panamá, México, Brasil, los Estados Unidos y otros países, redujeron de tal modo la incidencia conocida de la enfermedad, que las personas experimentadas comenzaron a planear su completa erradicación de las Américas.

En 1915 la Fundación Rockefeller, en colaboración con las autoridades nacionales de salubridad, estableció una Comisión de Fiebre Amarilla, bajo la dirección del General William Gorgas, la cual procuraría erradicar dicha enfermedad de las Américas.

Aunque la Fundación Rockefeller es una organización particular filantrópica, ha funcionado durante muchos años como organismo verdaderamente internacional en lo que se refiere al problema de la fiebre amarilla. La Fundación emprendió la erradicación de dicha fiebre en las Américas, creyendo que podría alcanzar su objetivo en pocos años. Partiendo de ciertas observaciones previas, se creía que la fiebre desaparecería rápidamente de aquellas regiones en cuyos principales centros endémicos urbanos se llevaran a cabo campañas anti-mosquito. La Fundación colaboró técnica y económicamente en la organización de esas campañas en regiones donde se sabía que existía la fiebre amarilla. Como resultado de este programa, la enfermedad desapareció de la costa del Pacífico de Sud América, México y Centro América, donde no se ha vuelto a oír hablar de ella desde hace veinticinco años. Para 1925, se creía que la fiebre amarilla en las Américas se encontraba limitada a la región Nordeste del Brasil y que ya se veía el fin de esa enfermedad en el Continente. Esperando repetir en Africa la ansiada victoria y liberar para siempre al mundo de ese flagelo, la Fundación dividió su personal de fiebre amarilla para comenzar estudios importantes en Nigeria, que redundaron en el aislamiento del virus de la fiebre en los monos, paso inicial que llevó, diez años más tarde, al desarrollo de la primera vacuna satisfactoria contra la fiebre amarilla.

La Fiebre Amarilla Selvática, un Problema Permanente para la Salud

Sin embargo, la fiebre amarilla no desapareció de las Américas y en 1928, 1929 y 1932 ocurrieron brotes inexplicables en Río de Janeiro, Colombia, Venezuela y Bolivia, respectivamente. Los brotes no coincidían con la epidemiología aceptada de la fiebre amarilla

y sucedieron en circunstancias que excluían el origen de la infección de los focos urbanos endémicos conocidos. Estudios efectuados en Sud América llevaron al descubrimiento de la fiebre amarilla selvática como enfermedad de los animales, que constituyen un reservorio permanente para la infestación de zonas urbanas en las cuales se permite que continúe el Aedes aegypti.

La eliminación de esta amenaza a las zonas urbanas ha sido emprendida por medio de una campaña para la completa erradicación del Aedes aegypti del continente americano, que se discutirá más adelante. Sin embargo, la fiebre amarilla selvática es de por sí una enfermedad importante en aquellas zonas de la América del Sur, desde Panamá hasta la Argentina, en que el hombre entra en contacto con selvas habitadas por monos. La fiebre amarilla selvática es una verdadera amenaza para las poblaciones rurales, manifestándose a veces por la muerte ocasional de unos pocos individuos en bosques aislados pequeños o, en otras ocasiones, como sucedió en el Sur del Brasil entre 1935 y 1939, por la aparición de millares de casos. No hay la menor duda de que la fiebre amarilla ha sido un factor importante para retardar el desarrollo de muchas regiones tropicales.

Se pueden encontrar pruebas recientes de la continua importancia de la fiebre amarilla, en los informes presentados en 1948 sobre ciertos casos aparecidos en la Provincia de Misiones, Argentina, y en el Estado de Río Grande do Sul, en el Brasil, situado en el extremo meridional del país, y en Panamá en 1948, 1949 y 1950. Además, existe el caso reciente de Bolivia (marzo de 1950), en el cual ocurrieron más de mil casos con unas 300 defunciones, en una región del país donde no se había encontrado ninguna infección durante 18 años de observación. Los expertos en salubridad, han considerado demasiado tiempo a la fiebre amarilla selvática solamente desde el punto de vista de una amenaza de reinfestación para la ciudad y las zonas urbanas. Sin embargo, el individuo que contrae la fiebre amarilla selvática está tan enfermo y corre tanto peligro como el que la adquiere durante una epidemia urbana.

La Oficina Asume las Responsabilidades Abandonadas por la Fundación Rockefeller.

Los programas de salubridad para Panamá, Colombia, Venezuela, Las Guayanas, Brasil, Ecuador, Perú, Bolivia, Paraguay y Argentina deben incluir la inmunización de los habitantes rurales que viven en las regiones cubiertas o semi-cubiertas de bosques. Para comprender adecuadamente el aspecto variable que presenta una zona determinada es necesario practicar viscerotomías y estudios serológicos tanto en el hombre como en los animales. Estas labores, al igual que la elaboración de vacuna, requieren equipo y personal de laboratorio muy especializado.

Durante el período en que la Fundación Rockefeller colaboró en el estudio y control de la fiebre amarilla, se establecieron labora-

torios especiales en Río de Janeiro y Bogotá que también servían a los países vecinos. Después que la Fundación Rockefeller se retiró de la participación activa en los estudios de fiebre amarilla, la Oficina hizo arreglos con los Gobiernos de Colombia y Brasil para colaborar con el Instituto Carlos Finlay, en Bogotá, y con el Instituto Oswaldo Cruz, de Río de Janeiro, en estudios de campo sobre la fiebre amarilla selvática, en servicios de laboratorio y en la preparación de vacunas contra la misma para los países vecinos. En lo que se refiere a los laboratorios, la Oficina es la organización por medio de la cual los otros países colaboran con el Brasil y Colombia para mantener los servicios requeridos de manera que sean asequibles a todos.

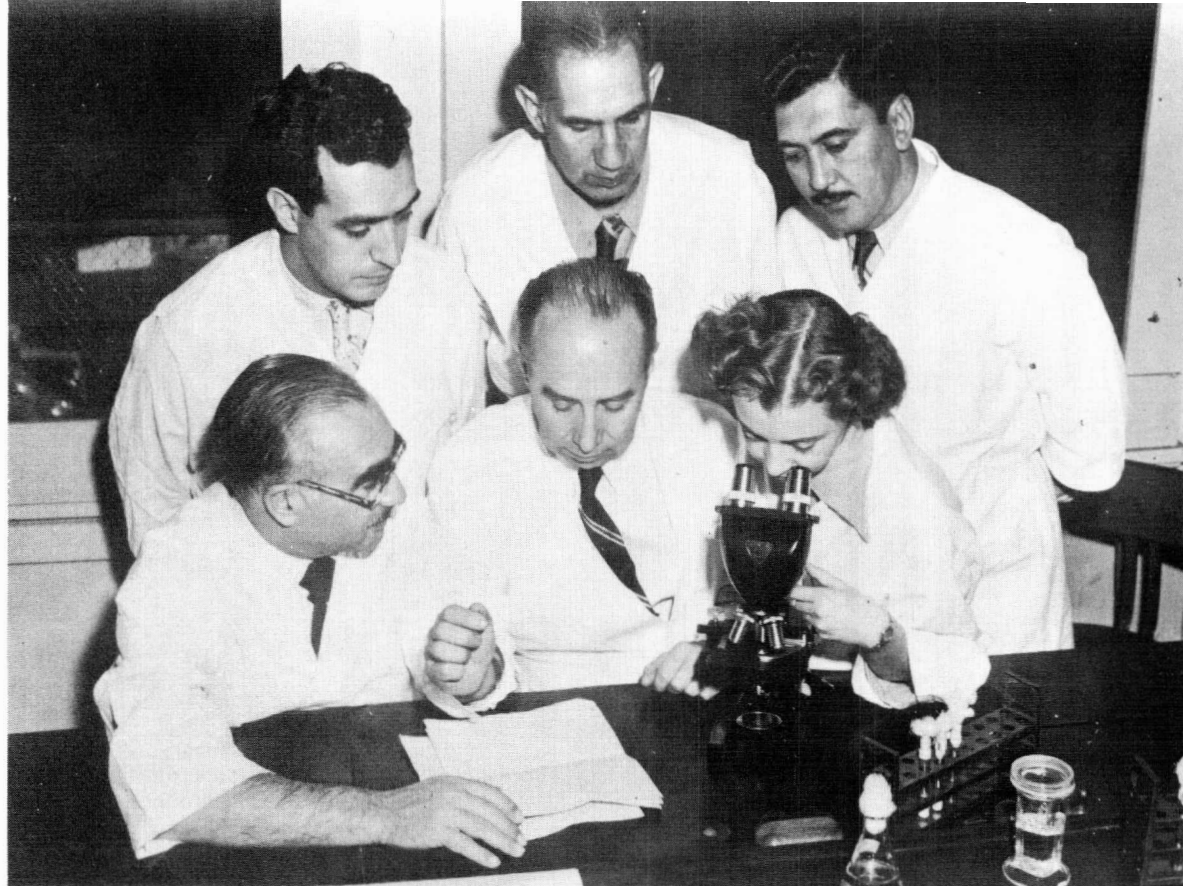
Se puede citar la experiencia de 1949 en Panamá, como ejemplo de la forma en que la Oficina puede ayudar cuando aparecen brotes de fiebre amarilla. Al recibirse la llamada telefónica anunciando la presencia de la enfermedad en esa república, el 15 de enero de 1949, la Oficina tomó inmediatamente las medidas necesarias para movilizar personal especializado y vacuna. Esta se obtuvo del Brasil, Colombia y los Estados Unidos. Expertos del Brasil se trasladaron a Panamá inmediatamente para ayudar en la aplicación de la vacuna y en la intensificación de las medidas anti-mosquito.

El personal de la Oficina permaneció en Panamá hasta que el programa del Ministerio de Salubridad de ese país y del Departamento de Salubridad de la Zona del Canal estaba bien avanzado; dicho programa comprendía:

- (1) la vacunación en masa de toda la población rural de Panamá fuera de dos ciudades principales;
- (2) la organización de estaciones de viscerotomía en el interior del país para descubrir los casos que pudieran aparecer durante la siguiente estación lluviosa; y
- (3) la recolección de especímenes de sangre de personas y de monos provenientes de todas partes de la República para determinar la distribución previa de la fiebre amarilla.

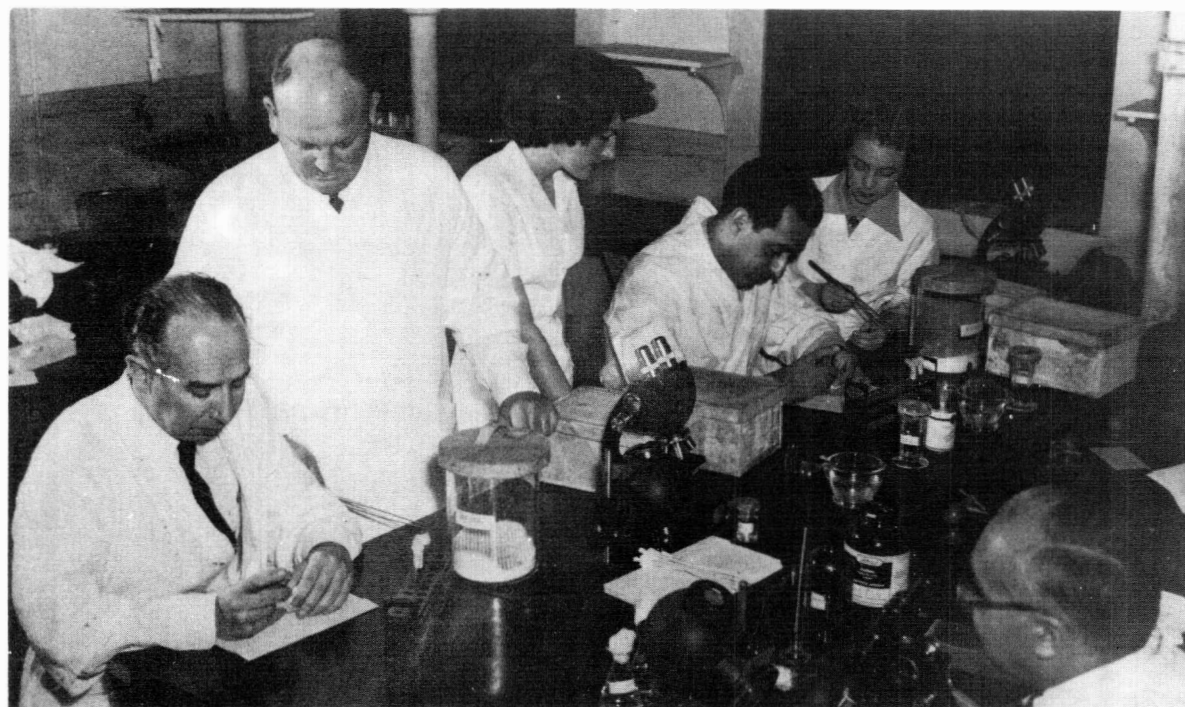
Reunión de Expertos en Fiebre Amarilla de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra

El Director de la Oficina asistió a la Primera Sesión de la Reunión de Expertos en Fiebre Amarilla, de la Organización Mundial de la Salud (Ginebra, 1-6 de diciembre de 1949), y a la Segunda Sesión del Comité de Expertos de Epidemiología y Cuarentena Internacionales de la misma Organización, en Ginebra, del 5 al 14 de diciembre del mismo año. La reunión y el Comité celebraron una sesión conjunta el 6 de diciembre, para discutir las sugerencias técnicas presentadas en el informe de la primera. Esta recomendaba que los certificados de vacuna de fiebre amarilla tuvieran una validez de 6



Laboratory Scientists in Training at Communicable Disease Center, Atlanta, Georgia, under the auspices of the Pan American Sanitary Bureau.

Técnicos de Laboratorio en el Centro de Enfermedades Trasmisibles en Atlanta, Georgia, donde reciben adiestramiento bajo los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana.



Course given in Mexico City on the Laboratory Diagnosis of Rabies, under the direction of Dr. Aurelio Malaga Alba, coordinator of the Mexican Border Rabies Program, Pan American Sanitary Bureau.

Curso ofrecido en el Laboratorio de Diagnóstico de la Rabia en la Ciudad de México, bajo la dirección del Dr. Aurelio Málaga Alba, coordinador del Programa Antirrábico de la Zona Fronteriza México-E.U.A., Oficina Sanitaria Panamericana.



*Inspector of the work against Aedes aegypti in Paraguay.
Inspector del servicio contra la Aedes aegypti en Paraguay*



*Preparing DDT solution
Preparando la solución de DDT*

años en vez de 4, como se había hecho hasta entonces. Aunque la expresión "Zona de fiebre amarilla endémica" no fué abandonada, se ha recomendado una nueva serie de términos para diferenciar las zonas infestadas. Esencialmente, la nueva terminología es así:

- a. Zona epizootica. Se llama así la zona donde no se encuentra el mosquito Aedes aegypti, pero está presente el virus de la fiebre amarilla por períodos de tiempo relativamente cortos y a intervalos variables.
- b. Zona enzoótica. Una zona donde no se encuentra el Aedes aegypti, pero está presente, más o menos constantemente, el virus de la fiebre amarilla.
- c. Zona endémica. Una zona en la cual se encuentra el virus de la fiebre amarilla más o menos constantemente y donde también hay Aedes aegypti.
- d. Zona epidémica. Una zona en la cual se encuentra presente el virus de la fiebre amarilla en condiciones que sugieren la transmisión por el Aedes aegypti.

Se estableció esta terminología para acentuar el relativo poco peligro que existe de diseminación de la fiebre amarilla por medio de personas infectadas provenientes de zonas donde no se encuentra el Aedes aegypti, en comparación con la amenaza de que la diseminación provenga de zonas urbanas infectadas donde existe la transmisión de hombre a hombre por medio del aegypti. En las zonas donde no se encuentra este mosquito, la fiebre amarilla tiende a limitarse estrictamente -- por lo menos en las Américas -- a aquellos individuos que viven o trabajan dentro de los bosques infestados o muy cerca de ellos. El gran peligro que presenta el movimiento del virus de la fiebre amarilla de un sitio a otro por medio del hombre, está asociado con la presencia del Aedes aegypti. Se espera que los futuros reglamentos internacionales reconocerán este importante diferencia entre los países libres de Aedes aegypti y los que no lo están.

XIII. ERRADICACION DEL AEDES AEGYPTI EN LAS AMERICAS

Una Nueva Piedra Miliaria en Salubridad Internacional

La actual campaña para erradicar el Aedes aegypti de todas las Américas fué autorizada específicamente por el Consejo Directivo (Buenos Aires, octubre de 1947), en una Resolución que constituye una importante piedra miliaria de la salud internacional. El Consejo resolvió:

- "1. Encargar a la Oficina Sanitaria Panamericana la solución del problema continental de la fiebre amarilla urbana, basada fundamentalmente en la erradicación del Aedes aegypti, sin perjuicio de otras medidas que las circunstancias regionales puedan indicar, y

2. Desarrollar el programa bajo los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana la cual, de acuerdo con los países interesados, tomará las medidas necesarias para resolver aquellos problemas que puedan surgir en la campaña contra la fiebre amarilla, ya sean sanitarios, económicos o legales".

Por primera vez en la historia de la salud pública, una organización internacional ha emprendido, en colaboración con los servicios internacionales de salubridad, la erradicación continental de un insecto vector.

Es importante comprender que estas medidas surgen después de casi medio siglo de acontecimientos dramáticos en el estudio y control de la fiebre amarilla en las Américas. La convincente demostración de la teoría de Finlay, por Reed y más colaboradores, sobre la transmisión de la fiebre amarilla por el mosquito Aedes aegypti en 1900, llevó al control de la misma en La Habana en 1901. La Primera Conferencia Sanitaria Panamericana (1902),* adoptó una resolución que preveía la colaboración interamericana para la solución del problema de la fiebre amarilla, la cual dice así:

"Que los diferentes gobiernos estudien, en sus respectivos territorios, la distribución geográfica del mosquito del género estegomia, con el objeto de que dicho estudio pueda tener aplicaciones prácticas en las Convenciones subsiguientes".

Desde entonces, se obtuvieron resultados tan sorprendentes con las campañas anti-mosquito en los principales centros endémicos y urbanos de fiebre amarilla que, en 1915, se comenzaron a abrigar esperanzas de que la extensión de esas campañas a todos los focos urbanos conocidos, resultaría en la completa erradicación de esa enfermedad de las Américas. En ese mismo año, la Fundación Rockefeller comenzó a colaborar con los gobiernos americanos en la primera tentativa declarada de erradicar de todo un continente una enfermedad establecida por mucho tiempo. El problema resultó más difícil de lo que se esperaba, y no fué sino 18 años después, en 1934, que desapareció la fiebre amarilla endémica de las ciudades y pueblos de las Américas. Entretanto, el descubrimiento de la fiebre amarilla selvática en 1932 y la prueba eventual de que la enfermedad en los animales es una fuente de reinfección para las comunidades urbanas, demostró que las esperanzas de erradicarla permanentemente estaban condenadas al fracaso desde el principio.

La Erradicación Nacional se Torna Continental

En 1932-33 se demostró que la erradicación completa de la es-

* Oficialmente, "La Primera Convención Sanitaria Interamericana".

pecie del vector urbano, el Aëdes aegypti, es factible, lo cual llevó inevitablemente a un programa continental para la erradicación del mosquito. Dicha erradicación impedirá permanentemente la reaparición de brotes urbanos y marítimos de fiebre amarilla y constituirá una garantía contra las epidemias de dengue.

Entre 1933, cuando se confirmó la primera erradicación de la especie local del Aëdes aegypti y 1940, cuando la Fundación Rockefeller cesó de colaborar con el Gobierno Brasileño en la campaña contra este mosquito, Río de Janeiro y seis estados del Brasil se encontraban libres de él. El programa ha sido continuado por el Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Brasil, con el resultado de que, exceptuando unas pequeñas zonas rurales en tres estados, todo el Brasil se encuentra libre del aegypti.

Esta nación que colinda con diez unidades políticas y posee numerosos puertos fluviales, ha colaborado gustosamente con la Oficina en los programas de erradicación en otros países. No obstante, la colaboración internacional del Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Brasil en el control del aegypti, empezó varios años antes que este programa. En 1932, dicho Servicio, por medio de la Fundación Rockefeller, comenzó a trabajar con otras repúblicas americanas para controlar el mosquito aegypti. A medida que aumentaba la zona brasileña en la que la erradicación era completa, hasta incluir todas las fronteras del país, el Servicio de Fiebre Amarilla se interesaba en proteger su territorio ya limpio contra la reinfestación, por medio de la colaboración con las autoridades de salubridad de las regiones contiguas. Cuando la Fundación Rockefeller se apartó de estas actividades, el Brasil, naturalmente, acudió a la Oficina Sanitaria Panamericana como la organización lógica y legítima por medio de la cual podría obtener, eventualmente, una protección completa contra la reinfestación. La experiencia de este país en la erradicación del aegypti constituye un ejemplo destacado de la incapacidad de una nación para protegerse en materias de salubridad como no sea por medio de la colaboración internacional.

La resolución de 1947 encargándole a la Oficina Sanitaria Panamericana la responsabilidad de coordinar las actividades de las naciones americanas para la erradicación del Aëdes aegypti en una base continental, señala un paso hacia adelante en el criterio y en la práctica de la salud pública, cuya importancia no se puede exagerar. Ciertos países de las Américas han permanecido libres de la fiebre amarilla por tanto tiempo que han perdido todo temor a la enfermedad pero, después de una discusión completa, todos reconocieron el derecho de Brasil y de Bolivia*, que desde hacía varios

* En respuesta a una proposición de Bolivia, la XI Conferencia Sanitaria Panamericana (Río de Janeiro, 1942), después de observar los resultados obtenidos en el Brasil, Perú y Bolivia con relación a la erradicación del Aëdes aegypti, solicitó que los gobiernos miembros en cuyos territorios se encontrara ese vector, organizaran servicios especiales para erradicarlo, basados en los planes adoptados por esos tres países. Durante la Segunda Guerra Mundial no se emprendieron operaciones internacionales.

años se encuentran libres del aegypti, para insistir en que se les protegiera contra la reinfestación proveniente de otros países americanos.

Organización del Programa

El programa de la Oficina para la erradicación del aegypti incluye los siguientes:

- a) Coordinar las labores de erradicación del Aedes aegypti con otros programas insecticidas, siempre que sea posible.
- b) suministrar ayuda técnica y material siempre que se requiera.
- c) Adiestrar al personal local en todas las fases de la campaña.
- d) Intercambiar información técnica.
- e) Suministrar personal para el estudio y vigilancia del adiestramiento siempre que se le solicite.

Se han tomado medidas para la coordinación de los programas de erradicación del Aedes aegypti a lo largo de las fronteras internacionales por medio de acuerdos aprobados entre Argentina, Uruguay, Brasil y Paraguay -- Argentina, Paraguay y Bolivia -- Chile, Argentina y Colombia -- Panamá, Venezuela, Ecuador y Brasil.

Se ha preparado y distribuido a los países interesados un manual completo de procedimiento, en español y en inglés, basado en el manual brasileño.

Con excepción de un funcionario proveniente de la Guayana Inglesa cuyo sueldo abona la Oficina, el resto del grupo técnico del personal de erradicación del aegypti de la misma, es brasileño y sus sueldos los abona el gobierno del Brasil. La Oficina provee los gastos de viajes y el viático. Otro funcionario recibe su sueldo del Gobierno Uruguayo, abonando también la Oficina sus gastos de viaje y viático. Venezuela ha ofrecido suministrar personal técnico por medio de la Oficina, para que ayude en el programa continental. En ese país se ha preparado a varios funcionarios médicos para que asuman la dirección de los programas de erradicación de otras naciones.

La división actual de las zonas y del personal es la siguiente:

1. Sector Norte: Zona: Norte y Centro América, las Antillas y las Guayanas, bajo la dirección de un Jefe, tres asistentes y diez inspectores.

2. Sector Sur: Zona Sud América, exceptuando las Guayanas, bajo la dirección de un Jefe con dos ayudantes y tres inspectores.

Las sumas invertidas, relativamente pequeñas, han producido buenos dividendos en resultados.

	<u>Gastos de la Oficina</u>	<u>Pagado Directamente por el Brasil</u>	<u>Total</u>
1948	\$ 19,315.56	\$ 18,582.00	\$ 37,897.56
1949	79,796.28	12,970.00	92,766.28
1950	58,000.99	29,673.00	87,681.99
Cálculo para seis meses			
	<u>\$ 157,120.83</u>	<u>\$ 61,225.00</u>	<u>\$ 218,345.83</u>

Desde 1947 se ha progresado considerablemente en la erradicación del Aedes aegypti de las Américas. El progreso alcanzado por el programa para la misma, aparece con regularidad en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Progresos Realizados

América del Sur

Argentina. Entre 1948 y 1950, los representantes de la Oficina visitaron Buenos Aires y Argentina Septentrional para discutir los problemas locales de erradicación del Aedes aegypti con las autoridades responsables.

Varios funcionarios médicos argentinos han observado el trabajo del Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Brasil y algunos inspectores han recibido instrucción en Posadas. En 1950 la Argentina emprendió un programa nacional de erradicación. En 1947, durante un período crítico en que era imposible obtenerlos en otra parte, el Gobierno Argentino envió tres vehículos automotores para usarlos en el programa de erradicación del aegypti en el Paraguay.

Bolivia. Los informes de Bolivia indican que el aegypti se encuentra todavía ausente de esa República.

Brasil. En el Brasil, la zona de erradicación del aegypti ha aumentado de manera señalada en el Noroeste, donde aun existe un foco de infestación. El uso del DDT ha acelerado el trabajo, esperando conseguir este año la erradicación completa. Como se dijo anteriormente, el Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Brasil ha prestado su plena y activa cooperación a la Oficina para el programa continental que hubiera sido imposible sin esa ayuda.

Chile. La aplicación del DDT en los depósitos de agua de las ciudades de los desiertos ha producido excelentes resultados contra el aegypti. Este método es sencillo y poco costoso. Con él se ha liberado a varias localidades del aegypti; el programa continúa todavía.

Colombia. Leticia, sobre el Río Amazonas, se encuentra libre del aegypti gracias a la colaboración del Servicio Brasileño de Fiebre Amarilla.

En abril de 1948 se abandonaron los planes para un programa de erradicación en otros valles fluviales y regiones costeras debido a la difícil situación política. Sin embargo, se ha establecido un proyecto para emprender un nuevo programa durante el segundo semestre de 1950.

Ecuador. Se sabe que el aegypti existe solamente entre los Andes y el Pacífico. Desde mayo de 1948 la Oficina ha suministrado alguna ayuda técnica. A partir de septiembre de 1948, Guayaquil, que por mucho tiempo fuera un conocido centro de fiebre amarilla y el foco más persistente de la costa del Pacífico, se encuentra libre del aegypti. La campaña continúa pero con menos personal del que se usó sólo para Guayaquil.

Uruguay. En 1946 el programa contra el aegypti comenzó a trabajar en las ciudades a lo largo de la frontera con el Brasil, y más tarde, con la ayuda técnica de la Oficina, se extendió al resto del país. Dicho programa se encuentra actualmente operando en Montevideo, en su última fase.

Venezuela. En mayo de 1948 se designó, por medio de la Oficina un funcionario médico brasileño y seis inspectores para que organizaran un servicio de erradicación del aegypti en Venezuela y entrenaran personal local. El personal brasileño permaneció en ese país hasta que aparecieron los krotos de fiebre amarilla selvática en Panamá en enero de 1949. Actualmente, existen varios estados enteramente libres de aegypti y la campaña continúa favorablemente como parte de un programa emprendido bajo la vigilancia del Instituto de Malariología de Maracay.

Guayana Inglesa. En 1949, el gobierno local de la Guayana Inglesa organizó una campaña para erradicar el Aedes aegypti, en cola-

horación con la Fundación Rockefeller. Este proyecto encontró muchas dificultades pero ha alcanzado progresos considerables desde que se empezó a usar el DDT. La aplicación de este insecticida en la forma de rocío residual a casi todas las viviendas de la región costera de la Guayana Inglesa, en un ataque combinado contra la malaria, fiebre amarilla y filiarisis, resultó en la rápida desaparición del Aedes aegypti. El informe sobre este trabajo es uno de los documentos más satisfactorios sobre el uso del DDT en los trópicos*. El funcionario médico encargado del programa de erradicación del aegypti en la Guayana Inglesa actualmente forma parte del personal de la Oficina y está trabajando en la Región del Caribe. Desde abril de 1950 no se ha informado ninguna aparición del aegypti en la Guayana Inglesa.

Surinam. Se acaba de empezar un programa de erradicación en Paramaribo.

Panamá y Zona del Canal. La decisión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana (Buenos Aires, 1947) aprobando una campaña para la erradicación del Aedes aegypti de las Américas estaba justificada, en opinión de muchos expertos en salubridad, por los brotes de fiebre amarilla ocurridos en Panamá en los últimos meses de 1948, en agosto de 1949, y de nuevo en enero de 1950. La fiebre amarilla era desconocida en ese país desde hacía unos cuarenta años, aunque ciertos estudios inmunológicos indicaban que la enfermedad podría presentarse. El caso de Panamá ilustra el peligro de la aparición clandestina de la fiebre amarilla.

El primero de cinco casos fatales entró al hospital Santo Tomás en la Ciudad de Panamá, el 11 de noviembre de 1948. Hasta después de la quinta defunción, el 30 de diciembre, no comenzó a sospecharse de la fiebre amarilla. El diagnóstico quedó establecido el 14 de enero de 1949, más de dos meses después del primer caso y unas dos semanas después del último.

Centro América. Desde mayo de 1949 se han facilitado, por medio de la Oficina, inspectores adiestrados a todas las repúblicas centro-americanas. Se han preparado funcionarios médicos de El Salvador, Guatemala, y Nicaragua, en Venezuela. Guatemala, El Salvador, Honduras y Costa Rica han organizado campañas contra el aegypti, que se encuentran actualmente en progreso.

*"Malaria, Filariasis and Yellow Fever in British Guiana", por George Giglioli, M.D., Servicio de Control de Mosquitos, Departamento Médico, Guayanas Inglesas, 1948.

El programa insecticida para los países de Centro América incluyendo Belice, desarrollado con abastecimientos suministrados por el Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas, incluye entre sus objetivos la erradicación del aegypti de esa región.

En San Salvador (El Salvador) se ha aplicado DDT a los abastecimientos centrales de agua con resultados excelentes para reducir la reproducción del aegypti en recipientes que contienen agua de esa fuente.

Las Antillas. En noviembre de 1949 la Oficina Sanitaria Panamericana designó al antiguo Director del Servicio de Control de Mosquitos de la Guayana Inglesa para que vigilara el programa de las Indias Occidentales con sede en Jamaica.

Tanto en dicha isla como en Puerto Rico se adiestró al personal local y en abril de 1950 comenzó la campaña contra el aegypti.

Se han hecho ya visitas preliminares y discutido los planes con las autoridades de salubridad de Cuba, Haití, Las Barbados y la República Dominicana.

En St. Croix (Islas Vírgenes) las autoridades locales efectuaron una aplicación de DDT de casa en casa y anuncian que actualmente la ciudad se encuentra libre del aegypti.

En las Indias Occidentales Holandesas, existe un alto índice de aegypti en todas las ciudades de las Islas (abril-mayo de 1949). Ya se ha adiestrado a los inspectores locales, pero el programa del gobierno aún no ha sido iniciado.

Trinidad y las Indias Occidentales Holandesas constituyen al presente los sitios más peligrosos potencialmente (poblaciones altamente susceptibles y altos índices de aegypti del Caribe y las regiones más cercanas a las zonas de Sud América infectadas con fiebre amarilla).

Norte América

México. En mayo de 1949 se designó un funcionario médico y siete inspectores para que colaboraran con el Ministerio de Salubridad de ese país en la reorganización de un programa anti-aegypti. El uso del DDT como larvicida ha producido resultados excelentes con y como consecuencia varios puertos marítimos y las comunidades que los rodean se encuentran libres del aegypti que por más de un cuarto de siglo había resistido varias pruebas técnicas de control anteriores.

Se ha llegado a un acuerdo por medio del cual la Oficina colaborará de manera más activa con el Ministerio de Salubridad de México

para la solución del problema creado por la presencia del aegypti en comunidades que no disponen de personal local para la campaña contra el mismo.

Estados Unidos de América. En los Estados Unidos, donde la responsabilidad por las medidas anti-mosquito no es una función federal sino de los gobiernos estatales y locales, se espera encontrar considerables dificultades para organizar una campaña de erradicación en todo el país. La orientación actual del Servicio de Salubridad Pública de ese país consiste en mantener una reserva de vacuna lo suficientemente grande para hacerle frente a cualquier emergencia que pueda desarrollarse, debida a la introducción de la fiebre amarilla al país, hasta el momento en que la aplicación intensiva del DDT o de cualquier otro insecticida residual en las ciudades y pueblos infectados pueda controlar la situación.

Los acontecimientos futuros tal vez justifiquen el criterio del Servicio de Salubridad Pública de los Estados Unidos, desde el punto de vista de ese país. Pero no se cree que la vacuna y el DDT sean la solución lógica para la amenaza de fiebre amarilla en las zonas urbanas de Latino América. Es difícil y costoso mantener vacunadas a las poblaciones urbanas y, aunque el DDT es muy efectivo contra el mosquito aegypti, el cloro requerido para su fabricación escasea en tiempo de guerra. La erradicación de especies, para que sea verdaderamente efectiva tiene que ser siempre un proyecto progresivo y creciente hasta que toda la zona infectada quede enteramente limpia. Los Estados Unidos y otras zonas periféricas se pueden sentir relativamente seguras puesto que la infección de fiebre amarilla sólo puede llegar a ellas por avión o por barco, pero las ciudades de varios países latinoamericanos, incluyendo a Panamá, se encuentran a muy corta distancia de las selvas infestadas. No debe olvidarse que la fiebre amarilla continúa siendo una enfermedad de los animales, pero que de vez en cuando aparecen casos humanos secundarios, capaces de llevar el virus a las zonas humanas, en todos los países de Sud América con excepción de Uruguay y Chile. La aparición de casos de fiebre amarilla en el hombre durante 1948 en Misiones (Argentina), en Río Grande do Sul (Brasil), en 1948, 1949 y 1950 en Panamá y un brote importante de más de mil casos en Bolivia meridional en 1950, acentúan la gran extensión geográfica de esta enfermedad. Como enfermedad de los animales, la fiebre amarilla aparece a intervalos regulares en la mayoría de las selvas y bosques de Sud América. En vista de que en Centro América y el Sudeste de México existen huéspedes y mosquitos vectores primarios, es posible que dichas zonas se encuentren eventualmente infestadas.

Resumen.

En algunos lugares el programa de erradicación no ha requerido un aumento de los gastos normales de las labores anti-mosquito. El uso del DDT como larvicida es la manera más barata y económica de erradicar el Aedes aegypti, además de que la campaña insecticida

basada en el uso del DDT como rocío residual no solamente elimina al aegypti sino que también controla la malaria, las infecciones intestinales propagadas por las moscas, otras enfermedades causadas por los insectos. En los casos en que puedan obtenerse medios adecuados, la Oficina prefiere el programa insecticida general en vez del ataque limitado contra el aegypti

La amenaza contra la fiebre amarilla no es constante como lo demuestra el hecho de que Río de Janeiro pasó un período de 20 años de 1908 a 1928 - sin que se manifestara, sólo para sufrir una epidemia seria durante 1928 y 1929.

A pesar de la amplia distribución del virus de la fiebre amarilla, sólo muy rara vez han aparecido ciudades infectadas durante los últimos veinte años y desde 1934 no se ha encontrado ningún brote endémico en las Américas debido al mosquito aegypti. Esta ausencia de la fiebre amarilla urbana es el resultado de muchos años de constante esfuerzo y de erogaciones muy considerables. El estado avanzado del programa para la erradicación del Aedes aegypti en tantos países de Sud América impone la obligación de llevar a cabo lo más rápidamente posible, la erradicación en aquellas zonas que puedan reinfestar a esos países.

En el futuro, la aparición de la fiebre amarilla transmitida por el aegypti en cualquier parte de las Américas debe ser objeto de censura severa a las autoridades de salubridad responsables en vista de los conocimientos actuales sobre el peligro y la facilidad con que se puede erradicar al aegypti.

XIV. PESTE

La peste fué la última de las pestilencias principales en invadir a las Américas. Habiendo desaparecido de Europa en el siglo XVII, se conservó un estado latente en el interior de China. En 1894 llegó a Cantón y a otros puertos chinos, comenzando la invasión del mundo que todavía continúa.

En 1898 invadió a los Estados Unidos y en 1899 al Paraguay. Bolivia fué la última de las repúblicas americanas azotadas por la peste (1921). Hasta ahora Colombia, Las Guayanas, Centro América, la República Dominicana y Haití no han sido infestadas. Apareció durante períodos relativamente cortos en Cuba, México, Puerto Rico, Panamá y Uruguay, pero se ha mantenido en la Argentina, Brasil, Ecuador, Perú, Venezuela, los Estados Unidos y Bolivia, en muchos casos como enzootia de los roedores salvajes.

Interés de la Oficina en la Peste

El temor a la propagación internacional de las enfermedades, incluyendo la peste, trajo la cuarentena a las Américas, resultando

finalmente en la creación de la Oficina Sanitaria Panamericana y en la promulgación y adopción del Código Sanitario Panamericano. La primera Conferencia Sanitaria Panamericana de 1902, aprobó resoluciones para impedir la propagación de la peste.

En 1928 un representante de la Oficina ayudó a las autoridades de la Argentina a obtener un Decreto Ejecutivo sobre la fumigación de los navíos con el objeto de impedir la diseminación de la peste rubónica.

Las actividades de campo de la Oficina para el control de la peste en el Ecuador comenzaron en 1929, año en que se enviaron representantes de la Oficina para que ayudaran a ese país y más tarde a otras naciones sudamericanas, en la organización y ejecución de programas para el control de la peste: Perú y Chile, 1930; Uruguay, 1931; Brasil, 1936; Venezuela, 1939. Estas actividades de campo se han continuado hasta el presente. Actualmente se encuentran tres investigadores en Venezuela estudiando la situación con el objeto de hacer recomendaciones sobre medidas de control.

Cuando la Oficina comenzó sus trabajos antipestosos en América del Sur la mayoría de los puertos principales y de las grandes ciudades, lo mismo que otras más pequeñas, se encontraban infestadas. Después de diez años de esfuerzos cooperativos entre los representantes de la Oficina y las autoridades locales de salubridad, ningún puerto ni capital estaba infestado (1939) y el número anual de focos de peste y de casos humanos registrado, había disminuido considerablemente. Los programas iniciados incluían estudios epidemiológicos e intensas medidas de control.

Los puertos de las Américas ya se encontraban limpios antes del advenimiento del DDT y del 1080, que han simplificado mucho el problema.

El segundo ha sido extraordinariamente eficaz para la destrucción de ratas, y el DDT permite el control rápido de la peste por medio de la reducción del insecto vector. Por otra parte, el uso de sulfas y de nuevos antibióticos ha reducido la mortalidad causada por la misma.

En 1948, la Oficina hizo planes para establecer un centro de adiestramiento contra la peste, en colaboración con el Ministerio de Salubridad del Perú. La renuncia del miembro del personal que iba a ser designado para este proyecto debido a su nombramiento para un cargo en la Organización Mundial de la Salud, obligó a abandonar el plan temporalmente. La labor excelente de los servicios nacionales de salubridad mantiene los puertos de las Américas libres de infección. La peste continúa existiendo, variando con las estaciones, pero no constituye una amenaza importante para la navegación en ningún lugar de las Américas.

XV. VIRUELA

Los informes sobre morbilidad y mortalidad de la viruela, si bien incompletos, indican claramente que este azote continúa siendo un grave problema para la salud de las Américas. Durante los últimos cinco años se han notificado a la Oficina 73,094 casos, incluyendo 5,901 defunciones, lo cual representa un promedio de 14,619 personas atacadas anualmente por la enfermedad. La frecuencia más elevada ocurrió durante los años 1947 y 1948 en que se informaron 17,629 y 26,761 casos, respectivamente.

Han aparecido brotes epidémicos importados en Chile (1944), Uruguay (1946-1947), Nueva York (marzo-abril de 1947), Trinidad (mayo y julio de 1948), Cuba (marzo de 1949), Argentina (1948-1949) y de nuevo en Chile (febrero-marzo de 1950). El reciente brote chileno, con tres mil casos informados durante los tres primeros meses de 1950, concidió con otras manifestaciones importantes de la misma enfermedad en Escocia, la India, y Asia. El hecho de que algunas de las epidemias, con un índice de mortalidad bajo, hayan sido clasificadas como alastrim, variolide o variola menor, no es más que una circunstancia afortunada que no disminuye la responsabilidad de las autoridades de salubridad para evitarlas. Estos brotes indican que los índices de inmunidad se encuentran debajo del nivel necesario para la protección de la población. Cualquiera que sea el criterio aplicado para diferenciar las formas de viruela, todas pueden prevenirse por medio de la vacuna, y por lo tanto, representan un solo problema de salubridad pública.

Ya hay experiencia suficiente sobre los aspectos clínicos y epidemiológicos importantes de la misma. El diagnóstico es relativamente sencillo y el sistema de transmisión de la enfermedad lo mismo que su profilaxis han sido conocidos por mucho tiempo.

Sin embargo, la viruela continúa siendo un serio problema en varios países del Hemisferio. En algunos de ellos existe en forma endémica con frecuentes brotes epidémicos, pero los esfuerzos hechos hasta ahora para eliminarla no han tenido éxito. Los programas de control deben basarse en el conocimiento de las condiciones locales y de los factores que permiten su continuación. También es esencial coordinar los trabajos de los diferentes países, incluyendo aquellos en que, por el momento, la viruela no es un problema primordial para la salud.

La necesidad de refrigeración para prolongar la actividad de la vacuna contra la viruela es el mayor obstáculo que existe para el desarrollo de programas de vacunación en muchas zonas rurales aisladas, especialmente en los trópicos. Han resultado muchos fracasos como consecuencia del transporte y conservación inadecuados.

En un esfuerzo para corregir el fracaso de la inmunización debido a la falta de refrigeración en las regiones tropicales del Continente, la Oficina tomó la iniciativa, solicitando del Servicio de Salubridad Pública de los Estados Unidos que procurara preparar una

vacuna deshidratada y desarrollar un aparato sencillo que permitiera aplicarla fácilmente en cualquier parte del Continente. Los experimentos se efectuaron en los Institutos Nacionales de los Laboratorios de Salubridad en Bethesda, Maryland, y en los Laboratorios del Departamento de Salubridad del Estado de Michigan, en Lansing. En 1950 se obtuvieron las primeras muestras de vacuna deshidratada lo mismo que los resultados iniciales de su aplicación en el laboratorio. La vacuna deshidratada permanecía activa en las pruebas de potencia efectuadas en conejos después de 80 días de almacenamiento a una temperatura de 37° C.

El principal objetivo del programa de la Oficina contra la viruela es erradicarla del Continente. Para alcanzarlo, está dispuesta a estimular y coordinar campañas sistemáticas de vacunación en masa, repetidas a intervalos regulares.

El programa incluye lo siguiente:

1. Recopilación y distribución de informaciones relativas a la viruela
2. Promoción de la producción de vacuna activa y estable en cantidades adecuadas. La Oficina podrá ayudar a los laboratorios a:
 - a) Mejorar la calidad de la vacuna producida;
 - b) Determinar los métodos más efectivos para conservar la actividad del virus;
 - c) Estudiar la potencia de las diferentes vacunas con un criterio standard;
 - d) Obtener equipo y personal adecuados.
3. Demostrar métodos modernos para el transporte, conservación y aplicación de la vacuna.
4. Investigar en ciertas zonas rurales seleccionadas, la potencia comparativa de diferentes tipos de vacuna, las técnicas para su aplicación y la determinación del período medio de inmunidad que ofrecen.
5. Preparar al personal en los principios básicos de la teoría y aplicación práctica de la vacuna.
6. Promover la educación de salubridad pública.
7. Formular recomendaciones sobre legislación.

Los planes para coordinar las campañas de vacunación en diferentes países han merecido cuidadosa consideración. También se ha prestado atención especial a la viruela en las Conferencias de Salubridad Pública en las Fronteras en Arica, mayo de 1946, y Villavicencio, abril de 1950; igualmente se aprobaron medidas especiales en los acuerdos firmados entre la Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay, en marzo de 1948; Argentina, Bolivia y Paraguay en marzo de 1948 y Argentina y Chile en noviembre de ese mismo año. Después de la firma de dichos Acuerdos ha habido varias conferencias a las cuales asistieron expertos técnicos que se reunieron con el objeto de discutir y estandarizar las medidas de control y establecer los cimientos de un programa permanente para erradicar la viruela del Sur del Continente.

Actualmente se están planeando pruebas de campo de la vacuna deshidratada bajo condiciones tropicales. El Departamento de Salubridad del Estado de Michigan ha suministrado 50,000 dosis de la misma para dichas pruebas. Si los resultados de la inoculación en el hombre corresponden a los de la inoculación en conejos anteriormente descrita, el programa de erradicación de la viruela de los trópicos se simplificará mucho.

Durante sus visitas a los diferentes países, el representante de la Oficina encargado del programa contra la viruela ha hecho las siguientes recomendaciones:

- a) Que se prepare un plan de trabajo detallado mencionando el tipo de vacuna que se va a usar, el método de inoculación, las localidades en que se va a desarrollar la campaña progresivamente, la cantidad y tipo de personal requeridos, el equipo y suministros necesarios para el transporte, conservación y aplicación de la vacuna, la manera de obtener fondos para la campaña y el presupuesto requerido para el personal, gastos y abastecimientos.
- b) Que se organicen actividades de control bajo una sección que, como parte del Servicio Nacional de Salubridad, tendrá la responsabilidad permanente de verificar que la vacunación se efectúe de manera regular y sistemática por medio de los centros regulares de salubridad o de la propia sección.
- c) Que se nombre un jefe permanente y con experiencia, para la sección, con la autoridad necesaria.
- d) Que se emplee solamente personal técnicamente adiestrado. Los empleados deben ser permanentes y se les adiestrará en la teoría y aplicación práctica de la vacuna antes de que ocupen sus cargos. Siempre que sea posible, se contratarán personas residentes en la zona donde se esté desarrollando el programa. Es indispensable una remuneración adecuada incluyendo un viático para trasladarse a las secciones rurales.

- e) que se amplíen los laboratorios de producción, para poder suministrar vacuna fabricada de acuerdo con las especificaciones internacionales y en cantidad suficiente para satisfacer las necesidades de la campaña.

El criterio fundamental consiste en organizar en cada zona un programa intensivo de vacunación, para que por lo menos el 80% de los habitantes de cada una pueda ser inmunizado durante un período de cinco años, después del cual habrá que repetir el ciclo. La oficina Sanitaria Panamericana está dispuesta a suministrar ayuda técnica y, bajo ciertas circunstancias, equipo y abastecimientos para aumentar la producción, conservación y aplicación de la vacuna en la ejecución de estos programas.

XVI. CONTROL DEL TIFO

Introducción

En vista del desarrollo de las vacunas e insecticidas modernos contra el tifo, la Oficina Sanitaria Panamericana decidió colaborar con Colombia y Guatemala en los estudios de campo sobre los resultados que se podrían obtener con ambos métodos.

Entre los proyectos recomendados por la Oficina al Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas y a la Organización Mundial de la Salud en 1949, figuraba uno para el control del tifo en Perú y Bolivia, basado en el uso del DDT como pediculicida.

Estudios sobre el Tifo en Colombia

Durante la quinta década de este siglo, la fiebre del tifo constituía un serio problema para la salud, agravado como resultado de la Segunda Guerra Mundial. La primera parte de este período representaba también la fase inicial de los experimentos como vacunas, como la de Weigl, adecuada para la producción en masa y que prometía resultados efectivos. La Oficina Sanitaria Panamericana inició ciertas gestiones ante el Comité Internacional del Tifo y ante varios gobiernos del Hemisferio Occidental para estudiar la potencia inmunizadora de las vacunas producidas en embriones de pollo (Cox), y en los pulmones de ratas y ratones blancos (Castaneda).

Con el objeto de evaluar la primera, se emprendieron varios estudios de campo en Europa y Bolivia, pero la observación de los grupos vacunados y de control no fué satisfactoria, siendo necesario repetirlos en una zona donde se pudiera observar a las personas vacunadas y a los testigos durante un período de varios años que permitiera llegar a conclusiones epidemiológicas bien fundadas. Durante el mismo período se estudió el tejido pulmonar en Colombia y Polonia.

Se hizo un estudio de varias regiones de Norte, Centro, y Sud América antes de seleccionar una zona que llenará mejor los requisitos para la investigación propuesta. Finalmente, se escogió una sección de Colombia colindante con el Ecuador, porque la presencia de la fiebre del tifo epidémica (de origen pedicular) había sido confirmada en una zona que se extiende desde Taminango hasta el Sur de Quito, por medio de estudios de los datos clínicos, aislamiento de cepas de rickettsias, fijación del complemento y pruebas Weil-Felix.

En 1944 la Oficina Sanitaria Panamericana, en cooperación con el Servicio de Salubridad Pública de los Estados Unidos, el Ministerio de Salubridad Pública y Beneficiencia de México y el Ministerio de Salubridad de Colombia, emprendió la evaluación de las vacunas Cox y R. Castañeda en esa sección.

Después de una intensa campaña de educación sanitaria, durante el período marzo-junio de 1945, se administraron 3,053 vacunas Cox de tres dosis cada una, aplicadas a intervalos de una semana, y 3,192 vacunas bivalentes R. Castañeda, administradas de manera semejante; se separó un total de 8,950 individuos para formar un grupo testigo.

Durante el período abril-junio de 1946, se administró una dosis de vacuna a cerca del 60% de los grupos originales que habían sido vacunados durante el año precedente. A principios de 1946 aparecieron 27 casos de tifo en el grupo testigo sin vacunar, uno en el grupo inyectado con la vacuna de Castañeda y otro en el grupo al cual se había administrado la vacuna Cox.

En 1947 la Oficina Sanitaria Panamericana cesó de colaborar en este proyecto, continuando el programa el Gobierno de Colombia hasta 1950. Durante el período abril-junio de 1947 se vacunó al 40%, aproximadamente, de los dos grupos tratados originalmente. En 1948 a cerca del 25% de los mismos y a más o menos el 10% en 1949. En este mismo año, ocurrieron 52 casos de tifo en el grupo testigo sin vacunar y solamente uno en cada uno de los grupos inyectados con las vacunas de Cox o Castañeda. Durante el período 1945-1949 aparecieron más de 300 casos de tifo endémico confirmados por datos clínicos y de laboratorio en los pueblos vecinos y zonas rurales adyacentes a las zonas de control.

Bajo los auspicios de la Oficina y en cooperación con la Fundación John and Mary R. Markle, el Instituto Nacional de Salubridad del Servicio de Salubridad Pública de los Estados Unidos y el Ministerio de Salubridad de Colombia se efectuaron ciertos estudios en 1944 y 1946 sobre el control del tifo epidémico por medio del ataque contra los piojos del cuerpo humano valiéndose de DDT y de fenil cellosolve. La efectividad del DDT como pediculicida ha sido demostrada de manera concluyente por los estudios efectuados en los Estados Unidos de América, Italia, México y otros países. Era importante saber si el DDT solo o en combinación con fenil cellosolve suministraría un procedimiento sencillo, económico y efectivo para eliminar los piojos de toda una comunidad.

Se han llevado a cabo dos estudios de un año de duración sobre el control de la infestación de piojos entre los habitantes de dos comunidades rurales (Imues y Yacuanquer) de Colombia. En una de ellas, se efectuó una aspersión en masa con DDT al 10% y una solución, para la cabeza, de fenil cellosolve al 5% para reducir la infestación a un nivel tal que hiciera improbable la transmisión pedicular del tifo. En la otra comunidad, el objetivo perseguido consistía en determinar el período de tiempo que tardaría la infestación de piojos en volver a su nivel original, después de una sola aplicación de estos insecticidas a tantos habitantes como fuera posible. El último experimento terminó después de diez meses, cuando el índice de infestación pedicular había llegado al 60% del nivel inicial. Los resultados obtenidos en Imues y Yacuanquer indican que la aplicación cuidadosa de DDT y fenil cellosolve a intervalos de cuatro meses, permite mantener de manera económica el índice de infestación de piojos de una comunidad al 5% o menos, lo cual imposibilita la aparición de brotes serios de tifo y reduce la enfermedad a un grado tal, que deja de ser un problema para la salud pública.

Estos estudios llevaron a la conclusión de que usando el DDT solo o combinado con fenil cellosolve se obtiene un método sencillo, efectivo y económico para controlar la pediculosis humana en condiciones como las que prevalecieron en Colombia.

Estudio sobre el Tifo en Guatemala

La fiebre del tifo ha sido un azote de la República de Guatemala desde la época colonial y aún desde la era de los mayas, según los historiadores, que dicen haber encontrado descripciones de esta enfermedad en las escrituras jeroglíficas de los indios. En la primera parte de este siglo, el tifo representaba un problema serio para la salud debido al gran número de casos y de defunciones, ocurriendo con más frecuencia en las tierras altas.

La región de Guatemala donde el tifo ha existido en forma endémica por un largo período, incluye las zonas frías situadas a cinco mil pies de altura o más y cuya población en 1945, llegaba al millón y medio, aproximadamente.

La magnitud del problema suscitado por la fiebre del tifo de 1943 a junio de 1946, puede apreciarse por medio de las cifras que aparecen a continuación en el Cuadro No. 1.

Cuadro No. 1

Incidencia y Mortalidad del Tifo en Guatemala*
1943 - 1946

<u>Año</u>	<u>Casos</u>	<u>Defunciones</u>
1943	1.338	213
1944	2.144	381
1945	2.834	323
Ene.-Junio 1946	779	116

* Estas cifras no incluyen todo el territorio afectado por la enfermedad. Los datos están incompletos debido al hecho de que existen vastas regiones desprovistas de servicios médicos donde la epidemiología suministrada no es satisfactoria.

Antes de 1946 las autoridades guatemaltecas de salubridad, fuera solas o en cooperación con el Servicio Internacional Cooperativo de Salubridad Pública, combatían a la enfermedad con las medidas disponibles en esa época, es decir, descubrimiento y aislamiento de los casos, despiojamiento de los individuos por medio del corte del pelo, esterilización de la ropa en un "Barril Serbio" y aplicación de varios insecticidas. Estos métodos no reducían la incidencia de la enfermedad ni disminuían el número de defunciones de manera substancial.

En 1945 las vacunas contra el tifo pedicular preparadas con cultivos de rickettsias en embriones de pollo o en pulmones de ratas y ratones blancos, habían sido usadas en gran escala.

La acción residual del DDT, su inocuidad y facilidad de aplicación para eliminar el piojo del cuerpo humano, eran desconocidas. El rápido control de la epidemia de Nápoles en 1943-44 se atribuye enteramente al uso de este insecticida.

En esas favorables circunstancias, la Oficina Sanitaria Panamericana accedió a colaborar con el Gobierno de Guatemala en una campaña contra el tifo que combinaba el uso de la vacuna y del DDT. Este programa cooperativo debía durar por lo menos tres años desde el momento en que hubiera fondos disponibles. El objetivo perseguido era el siguiente:

- (1) Vacunar alrededor del 60% de los habitantes de las regiones donde el tifo es endémico. La primera vacunación consistiría en una dosis, seguida de otra dosis impulsora tres o cuatro meses después; las vacunas subsiguientes consistirían en una sola dosis administrada anualmente durante la estación apropiada.
- (2) Despiojamiento de todos los casos con tifo diagnosticado y de sus contactos, por medio del DDT.

En junio de 1946 se inició la aplicación de la vacuna de Cox y del DDT. Hacia fines del año, el público que al principio había demostrado cierta resistencia la programa, aprendió a apreciar los efectos favorables de la vacunación y especialmente del DDT, comenzando ellos mismos a solicitar el servicio a las autoridades de salubridad. Los favorables resultados obtenidos durante este programa de tres años resultaron en una prórroga del acuerdo original firmado en 1945 entre el Gobierno de Guatemala y la Oficina.

El trabajo ha progresado en la forma que indican los siguientes cuadros:

Cuadro No. 2

Número de Vacunaciones Completadas entre Junio de 1946 y Abril de 1950, Indicando las Dosis Administradas

<u>Año</u>	<u>1a. Dosis</u>	<u>2a. Dosis</u>	<u>3a Dosis</u>	<u>4a Dosis</u>	<u>Total</u>
Junio	150.300	78.807	---	---	229.107
Dic. 1946					
1947	328.638	138.661	115.941	---	583.240
1948	280.604	272.795	187.860	---	741.259
1949	65.335	130.387	237.127	156.791	589.640
Enero- Abril 1950	302	204	84.424	39.150	124.080
Total:	825.179	620.854	625.352	195.941	2,267.326

Durante este período se aplicó el DDT a 61,058 personas y a 274,008 prendas de vestir.

La tendencia manifestada por los casos informados a las autoridades de salubridad desde 1943 hasta abril de 1950, aparece a continuación en el Cuadro No. 3.

Cuadro No. 3

Número de Casos de Tifo y Defunciones Causadas por el Mismo
por Años

<u>Año</u>	<u>Casos</u>	<u>Defunciones</u>
1943	1,338	213
1944	2,144	381
1945	2,834	323
1946	1,043	135
1947	251	37
1948	68	9
1949	26	2
Enero-Abril 1950	3	0
	<hr/>	<hr/>
Total:	7,707	1,100

En 1950 este programa contará también con la colaboración del UNICEF que debe proveer el DDT y otros artículos usados en el control de la enfermedad.

Conclusión

Aunque los informes epidemiológicos son algo incompletos, se puede decir que la fiebre del tifo causada por el piojo ha sido reducida considerablemente y que ya no constituye un problema serio para la salud pública. En los últimos años, por ejemplo, no ha habido necesidad de organizar los "lazaretos", tan comunes antes de 1945, y tanto la profesión médica como el público en general, comentan la actual rareza de los casos de tifo.

Los resultados obtenidos en Colombia y Guatemala indican que no hay razones para permitir la continuación del tifo pedicular en las Américas. Basándose en los precios de 1949, un cálculo prudente nos dice que una inversión anual de tres centavos (de dólar) de DDT per capita basta para mantener a las comunidades libres del tifo epidémico. La vacunación es, por supuesto, mucho más costosa y difícil de administrar. El éxito del proyecto UNICEF-OMS para el Perú y Bolivia dependerá en gran parte de la organización apropiada y de la distribución adecuada del DDT.

XVII. ENFERMEDADES VENEREAS

Historia

La magnitud y gravedad del problema de las enfermedades venéreas son bien conocidas. Los programas desarrollados por la oficina en este campo, tienen carácter internacional o interés general en vez de estar dedicados a la solución de problemas locales.

Durante la Segunda Guerra Mundial, ocurrió un aumento notable de las enfermedades venéreas entre las poblaciones situadas a lo largo de la frontera México-Estados Unidos, lo cual causó preocupación internacional. Como consecuencia de ello, en 1942 los gobiernos de ambos países acordaron desarrollar un programa cooperativo contra dichas enfermedades en esa región, coordinado por la Oficina.

En 1944 la Oficina colaboró con el Departamento Nacional de Salubridad de México para el establecimiento de un Centro de Adiestramiento y Laboratorio Serológico en la capital, con el objeto de preparar médicos, serólogos e investigadores mexicanos y de otros países, para estandarizar las técnicas serológicas de la nación. Otras organizaciones, tanto semi-oficiales como particulares, también cooperaron en este programa.

En 1946, el Ministerio de Salubridad Pública y Beneficencia Social de Guatemala, los Institutos Nacionales de Salubridad de los Estados Unidos y la Oficina, acordaron establecer el Laboratorio de Enfermedades Venéreas y Centro de Adiestramiento en la Ciudad de Guatemala, para que estudiara varios aspectos de las enfermedades venéreas en Centro América.

El estudio de las diferencias en sensibilidad y especificidad de las diferentes pruebas serológicas para la sífilis usadas en los países centroamericanos, comparadas con las mismas pruebas en los Estados Unidos, demuestra que, en esta región tropical las pruebas generalmente empleadas tendían a producir un porcentaje considerable de reacciones positivas falsas. Se encontró que la prueba con cardiolipina era más sensitiva y específica que las demás. También se efectuaron otros estudios importantes en Guatemala sobre varios aspectos de la terapia con penicilina y de los factores epidemiológicos tanto de la sífilis como de la blenorragia.

La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947), recomendó que:

"Los estados participantes en esta Conferencia dediquen esfuerzos y atención especiales a la reducción o eliminación de las enfermedades venéreas, estableciendo distemas completos de profilaxis, facilitándoles suficientes recursos económicos y medios materiales y técnicos para movilizar todos los factores de la sociedad cuya participación sea necesaria".

Los objetivos del programa anti-venéreo de la Oficina son los siguientes:

1. Facilitar servicios consultivos a los países que los soliciten;
2. Promover la iniciación de programas contra las enfermedades venéreas en las zonas donde no existen y mejorar los existentes, prestando especial atención a los que se verifican en regiones fronterizas u otras que tengan importancia internacional para la propagación de las enfermedades venéreas;
3. Estimular estandarización de las técnicas serológicas;
4. Facilitar el entrenamiento local, regional o internacional de personal técnico; y
5. Demostrar métodos de control de las enfermedades venéreas y educación sanitaria contra las mismas, a solicitud.

Debido al notable desarrollo del tratamiento rápido y seguro de las enfermedades venéreas con antibióticos y a la gran reducción en el costo de la penicilina, se puede empezar a considerar la posibilidad de organizar campañas de tratamiento de las mismas cuyo objetivo final sea la erradicación completa de esas infecciones.

La solución del problema de las infecciones venéreas se está convirtiendo rápidamente de científica en administrativa y de educación.

Actualmente se encuentra en progreso el desarrollo de programas pilotos para el control de la sífilis por medio del tratamiento con penicilina. Para poder evaluar el resultado de los programas de control, se requieren buenos laboratorios serológicos, y por lo tanto, la Oficina esta ayudando a establecer centros de adiestramiento para los mismos.

Participación de la Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud ha participado en los programas anti-venéreos desarrollados en este Hemisferio, de la siguiente manera:

Designando a un Consultor sobre Enfermedades Venéreas para la Oficina Regional.

Nombrando personal técnico encargado de orientar el Programa de Erradicación del pián y del control de la sífilis rural en Haití.

Autorizando el uso de personal técnico para un programa semejante en la República Dominicana.

En 1949 una Comisión de Estudio de la Sífilis de la Organización Mundial de la Salud visitó varias ciudades de los Estados Unidos para observar los métodos de control de la enfermedad con el objeto de evaluar la efectividad de los mismos para los programas nacionales e internacionales.

Del 10 al 20 de octubre de 1949, la Oficina actuó como huésped de la reunión de la Tercera Sesión del Comité de Expertos de Enfermedades Venéreas de la OMS, y del 12 al 20 de octubre del mismo año, se reunió por primera vez, en Washington el Sub Comité de Serología y Aspectos de Laboratorio del Comité anteriormente mencionado.

Participación del Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas

El Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas, ha asumido la compra de equipo, drogas, vehículos automotores y materiales para el programa de erradicación del pián y control de la sífilis rural en Haití y la República Dominicana.

Programas

Guatemala

Como resultado de los estudios emprendidos en Guatemala de 1946 a 1948, anteriormente mencionados, existía en la Ciudad de Guatemala un Laboratorio y Centro de Adiestramiento bien equipado, con personal perfectamente preparado, del cual podría disponerse para otros programas al terminar esos estudios. En noviembre de 1948, la Oficina conjuntamente con el Gobierno de Guatemala asumió la responsabilidad económica para suministrar equipos, abastecimientos y personal técnico a dicho laboratorio,

"continuar y ampliar el actual laboratorio de serología y Centro de Adiestramiento de Enfermedades Venéreas, para preparar serólogos, técnicos de laboratorio y demás personal seleccionado y promover la estandarización de las técnicas serológicas de otros laboratorios de Centro América y Panamá."

En la ejecución de este programa, el personal del Centro visitó los principales laboratorios de cada uno de los países centroamericanos y Panamá para observar las condiciones de trabajo lo mismo que las técnicas empleadas y ofrecer servicios de consulta.

El Centro de Guatemala dió dos cursos de preparación de 14 semanas cada uno, a 13 sérologos de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá y Haití, a 28 más se les dieron otros cursos más cortos.

El personal del Centro ha dirigido dos cursos de adiestramiento de dos semanas, a los que asistieron más de 60 serólogos y técnicos, en las repúblicas de El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá.

Se han efectuado estudios serológicos en diferentes ciudades de Guatemala y Honduras, empleando una "batería" de pruebas con antígenos lipoidales.

Para abastecer a los laboratorios oficiales de Centro América con antígenos seguros, el laboratorio de Guatemala prueba las muestras sometidas por los laboratorios comerciales y selecciona las que cumplen con las normas establecidas. La Oficina adquiere los lotes que corresponden a las muestras aprobadas y suministra los antígenos a los laboratorios de Centro América al costo.

Se han traducido al español y distribuido a los laboratorios de Centro América, varias publicaciones sobre las técnicas del diagnóstico serológico de la sífilis.

El Tercer Congreso Centroamericano de Venereología (San Salvador, 1950) recomendó que el Centro fuera permanente y que se le llamara "Centro de Adiestramiento e Investigación y Laboratorio de Coordinación y Referencia".

Las labores efectuadas en Centro América por el Laboratorio Serológico y Centro de Adiestramiento constituyen un paso inicial para suministrar diagnósticos serológicos adecuados en esa región. Los laboratorios centroamericanos poseen actualmente un buen número de técnicos preparados para llevar a cabo los controles serológicos necesarios a una campaña intensiva de tratamiento de las enfermedades venéreas,

Tijuana

En 1948 y 1949, la incidencia de las enfermedades venéreas alcanzó un nivel máximo a lo largo de la frontera México-Estados Unidos entre Tijuana y San Diego. En 1949 se escogió esta zona para sede del primer proyecto-piloto de profilaxis de la Oficina contra la sífilis y la blenorragia, administrando penicilina a los grupos de población que más fácilmente propagan las infestaciones venéreas.

Se escogió a Tijuana para un programa profiláctico que duraría seis meses inicialmente, durante los cuales la Oficina cooperaría con las autoridades de salubridad suministrando los servicios de un

epidemiólogo especialmente experimentado en el control de las enfermedades venéreas además de la penicilina y material de enseñanza sanitaria que se necesitará. El objetivo del proyecto era reducir la incidencia de la sífilis y blenorragia en Tijuana y San Diego por medio de la administración de 300,000 unidades de penicilina-G-procaína (microcristales) en aceite y monoestearato de aluminio al 2% cada siete días a aquellas personas que pudieran ser reservorios activos para la propagación de la infección.

Los resultados se comprobaron por medio de repetidos exámenes clínicos, serológicos y bacteriológicos de las personas tratadas y estudiando los informes de infección de enfermedades venéreas entre los grupos expuestos que visitaban Tijuana.

Han sido muy satisfactorios, si se considera el hecho de que el tratamiento fué voluntario e incompleto. En los grupos testigos se informó una reducción del 50% en la incidencia de las infecciones venéreas. Los resultados fueron sometidos a la VIII Reunión Anual de la Asociación de Salubridad Pública México-Estados Unidos (Chihuahua, 1950) que felicitó al Gobierno Mexicano y a la Oficina por los planes y ejecución del proyecto y recomendó que se continuaran efectuando programas de esta naturaleza.

El primer período del proyecto de Tijuana terminó en marzo de 1950, pero, se resolvió extenderlo hasta diciembre del mismo año por mutuo acuerdo.

La penicilina administrada sistemáticamente constituye un agente terapéutico de gran valor profiláctico en el tratamiento de la sífilis y de la blenorragia, y se ha llegado a la conclusión de que esta clase de programas pueden ser una solución temporal importante para un problema urgente en ciertas zonas donde prevalezcan condiciones semejantes.

En Ciudad Juarez, Chihuahua, se está desarrollando otro proyecto cuyos objetivos son semejantes a los del de Tijuana. La oficina ayudó a las autoridades municipales de salubridad en la compra de penicilina a bajo precio. Los resultados parecen ser satisfactorios, informándose de una reducción considerable de la incidencia de la sífilis y de la blenorragia.

Venezuela

Recientemente, el Ministerio de Salubridad y Bienestar Social de Venezuela y la Oficina, firmaron un acuerdo para establecer un laboratorio serológico y centro de adiestramiento de enfermedades venéreas en Caracas, que serviría para preparar personal de laboratorio de Venezuela y otros países. Se piensa estandarizar las técnicas serológicas de Venezuela y de los países vecinos que lo soliciten. Las actividades de adiestramiento del Centro comenzaron a principios de 1950.

BRASIL

Ya se han iniciado negociaciones entre el Ministerio de Educación y Salubridad Pública del Brasil y la Oficina, para organizar en ese país un servicio de laboratorio semejante al de Venezuela con la responsabilidad adicional de preparar los antígenos necesarios para las pruebas serológicas de sífilis.

HAITI

Un sector importante de la población haitiana, especialmente en las zonas rurales, se encuentra afectado por el pian. En febrero de 1949, la Oficina recomendó al Comité de Programas del UNICEF que estudiara la posibilidad de encontrar una solución radical para este problema. En 1949 se celebró una serie de conferencias entre el gobierno de Haití, la Oficina, la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, el UNICEF y el Instituto de Asuntos Interamericanos. En el mismo año, el UNICEF y el Gobierno de Haití acordaron un programa para la erradicación del pian por medio de penicilino-terapia intensiva de los grupos de población afectados. El UNICEF suministra los abastecimientos y Haití el personal local necesario. El acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y el Gobierno de Haití estableciendo que la primera suministrará servicios técnicos de consulta, se firmó en junio de 1950, época en que el gobierno suministró los fondos necesarios.

La fase inicial del adiestramiento de personal para la administración en masa de los procedimientos antibióticos comenzó en junio de 1950.

REPUBLICA DOMINICANA

El Ministerio de Salubridad de la República Dominicana está considerando el desarrollo de un programa para la erradicación del pian y control de la sífilis rural en ese país, en colaboración con el UNICEF, lo cual es un corolario necesario al programa de Haití.

XVIII. TUBERCULOSIS

Las actividades de cooperación para control de la tuberculosis se emprendieron oficialmente desde octubre de 1949, pero tanto la Oficina como la Organización Mundial de la Salud habían iniciado gran parte de los trabajos preliminares con anterioridad a esa fecha.

En marzo de 1949 la Organización Mundial de la Salud y la Empresa Conjunta de Copenhague (Sociedades de la Cruz Roja Escandinava y del Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas) enviaron cuatro representantes a la América Latina, dos de ellos de la Organización Mundial de la Salud, para observar los aspectos generales del

control de la tuberculosis y dos de la Empresa Conjunta (JE) para estudiar los aspectos de aplicación de B.C.G. en relación con el problema del control de tuberculosis.

El objeto de dicho estudio consistía en determinar el trabajo de los diferentes países latinoamericanos para controlar la tuberculosis, obtener estadísticas, determinar las posibilidades de mejorar los programas existentes de control de la tuberculosis y hacer recomendaciones sobre la forma en que la Organización Mundial de la Salud y la Empresa Conjunta podrían cooperar con las autoridades nacionales en los procedimientos de control.

El grupo se dividió en dos equipos visitando el primero, Perú, Bolivia, Chile, Argentina, Uruguay, Paraguay y Brasil; y el segundo, Cuba, Haití, la República Dominicana, Venezuela, Colombia, Ecuador, Panamá, Costa Rica, Nicaragua, Honduras, El Salvador, Guatemal y México, entre el 23 de abril y el 30 de junio.

El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana asignó un miembro del personal de campo a cada equipo.

La tuberculosis es una de las principales causas de muerte en muchos países de las Américas. En algunos, la mortalidad excede de 200 por cada 100,000, pasando en ciertas ciudades de 350 por cada 100,000.

Ante este problema existe una escasez casi universal de camas para enfermos en sanatorios u hospitales. En la mayoría de los casos, no se ha podido alcanzar el mínimum inadecuado de una cama por defunción y existen muy pocas clínicas para diagnóstico y tratamiento que puedan hacerse cargo de los casos ambulantes. Peor aún, en casi todas partes hay escasez de personal preparado (médicos, enfermeras, técnicos de rayos X y bacteriólogos, trabajadores sociales, terapéutas ocupacionales, etc.) para hacer frente a este problema.

Por lo tanto, es obvio que la OSP y la OMS deben cooperar con las naciones americanas para resolver la situación actual. El objetivo del programa de tuberculosis de estas dos organizaciones consiste en servir a los países de la región para estimular interés en que se utilicen en la forma más ventajosa posible las facilidades de que al presente disponen y ayudarles en el desarrollo y mejoramiento ulteriores de las mismas.

El programa de cada país debería utilizar los descritos en el anexo del informe de la Cuarta Sesión del Comité de Expertos en Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud (Doc. WHO/TBC/15) que recomienda:

1. Prevenir la propagación de la tuberculosis por casos infecciosos conocidos.
2. Proteger a los grupos más expuestos a la tuberculosis y a las personas que tienen más probabilidades de contraerla.

3. Tomar todas las demás medidas preventivas y curativas conocidas, incluyendo cuidados posteriores y rehabilitación de los antiguos enfermos.

Estos objetivos se pueden alcanzar por demostraciones en el terreno de los procedimientos recomendados y preparando personal necesario para la tarea.

La Cuarta Sesión del Comité de Peritos en Tuberculosis de la OMS declaró:

"La razón principal de deficiencias en el control de la tuberculosis en muchos países, es la falta de personal preparado, lo cual dificulta mucho el desarrollo de esta clase de programas aún contando con la mejor voluntad por parte del gobierno interesado. El Comité de Peritos considera a ésta como una de las mayores necesidades que la OMS puede ayudar a satisfacer."

El programa de adiestramiento y demostración necesario para alcanzar los objetivos anteriormente expuestos puede desarrollarse mejor estableciendo CENTROS DE DEMOSTRACION de las medidas recomendadas para el control de la tuberculosis. El programa de esos Centros incluye lo siguiente:

1. Descubrimiento de casos por medio de los Rayos X.
2. Diagnósticos precisos para confirmar bacteriológicamente los casos descubiertos como sospechosos por medio de los Rayos X.
3. Reacciones a la tuberculina en masa.
4. Vacunación con BCG de los que no reaccionan a la prueba de tuberculina.
5. Tratamiento de los casos ambulantes que sea adecuado cuidar en esa forma, este tratamiento debe incluir procedimientos tales como el neumotórax, compresión del nervio frénico y neumonólisis extrapleural, además de terapia antibiótica en los casos en que sea factible.
6. Un plan para enfermeras visitadoras que enseñen en el hogar de los casos conocidos de tuberculosis los procedimientos necesarios para cuidar a los enfermos y que también suministre instrucción y vigilancia sobre la manera adecuada de efectuar aquellas fases de las técnicas de enfermería de las enfermedades infecciosas necesarias para evitar su propagación.

7. Un plan para mantener observación consecutiva de contactos por medio de un plan de enfermeras visitadoras para el cual se emplearía personal auxiliar de enfermería y de salubridad pública.
8. Planes para educación sanitaria del público y de los profesionales.
9. Colaboración con los sanatorios y hospitales de tuberculosis con el objeto de usar las camas disponibles en la forma más efectiva, esto es, utilizando las camas existentes normalmente en hospitales y sanatorios para la terapia activa (toracoplastia y demás procedimientos quirúrgicos que no se pueden practicar en los casos ambulantes) y al mismo tiempo utilizar otras camas disponibles en instituciones que no sean adecuadas para tratamiento, con el objeto de aislar los casos altamente infecciosos de tuberculosis y aislarlos como fuente de peligro para la comunidad.
10. Alentar y desarrollar las Asociaciones locales de fisiología integrada por ciudadanos animados de espíritu cívico y de médicos interesados en combatir la tuberculosis y colaborar con ellos.
11. Proporcionar modelos de archivos para el desarrollo de ficheros locales y, si el caso lo requiere, nacionales, sencillos en su manejo pero adecuados para el registro y conservación sistemática de los datos relacionados con el problema del control de la tuberculosis.

El programa descrito no solamente permitirá demostrar los procedimientos básicos para el control de la tuberculosis, sino también la preparación del personal necesario para el programa nacional. El Centro de Demostración ayuda a preparar al personal local, pero en cuanto puede, también adiestra a nacionales de los países vecinos, salvando así uno de los mayores obstáculos para el adiestramiento, es decir, la barrera de los idiomas.

En esta forma alienta a las administraciones nacionales de salubridad que cuentan con medios para adiestrar al personal requerido para la tarea, a que establezcan mayor cantidad de dispensarios o clínicas para el diagnóstico y tratamiento y a desarrollar laboratorios bacteriológicos centrales para el diagnóstico exacto de la tuberculosis.

Realización de Programa

El Salvador

En noviembre de 1949, en virtud de una solicitud del Gobierno de El Salvador a la Oficina Regional para el establecimiento de un proyecto de demostración de control de la tuberculosis, se preparó un plan, llegándose a principios de diciembre a un acuerdo general.

Dicho Acuerdo comprende el siguiente programa:

1. Determinar la incidencia de tuberculosis en ciertas zonas seleccionadas.
2. Demostrar métodos modernos de control de tuberculosis.
3. Preparar personal profesional y auxiliar de la nación y también, hasta donde fuera posible, personas de otros países de la región, en los métodos modernos para el control de la tuberculosis.
4. Ayudar a la Dirección de Sanidad Pública, a solicitud, y suministrar asesoramiento competente sobre problemas afines de acuerdo con los fines de realización de los objetivos anteriormente mencionados y el personal disponible de la OMS.

Dicho proyecto continuará por un minimum de 18 meses desde la fecha en que se inicien las operaciones, durante cuyo período se proyecta examinar un minimum de cien mil personas. El proyecto empezó a ejecutarse al final de junio de 1950.

La Organización Mundial de la Salud ha suministrado lo siguiente para ese proyecto:

1. Personal - 1 tisiólogo
1 enfermera de salubridad pública preparada en tuberculosis
1 radiólogo asesor
1 bacteriólogo médico
2. Equipo - una unidad móvil de rayos X para radiografías miniatura y grandes, y accesorios para la misma; un juego de equipo clínico para uso del dispensario; una unidad completa para cuarto oscuro; equipo de laboratorio para establecer un servicio exacto de diagnóstico y un vehículo.
3. Abastecimientos - suficientes películas frágiles de rayos X para el proyecto, lo mismo que la cantidad necesaria de productos químicos para su revelado mientras duren las operaciones y una cantidad limitada de artículos farmacéuticos y drogas requeridas para los tratamientos que ofrezca el dispensario.

El Gobierno de El Salvador ha suministrado lo siguiente:

1. Personal - un número suficiente de tisiólogos, enfermeras, técnicos de rayos X y de laboratorio, mecanógrafas y demás personal, necesarios para llevar a cabo el programa después que sea retirado el personal internacional de la OMS.
2. Equipo - camiones para transportar el equipo pesado.

3. Abastecimiento - combustible, lubricantes, y mantenimiento de todo el transporte automotor empleado en el proyecto; materiales quirúrgicos requeridos por los médicos del mismo para fines de demostración; máquinas de escribir, equipo de oficina, papel y demás materiales, lo mismo que la impresión de los formularios, tarjetas y hojas de registro necesarias.
4. Local para alojar la unidad de rayos X, cuarto oscuro, dispensario, unidad de tratamiento, laboratorio para diagnósticos, almacén y garage.
5. Asignaciones para cada miembro del personal internacional del proyecto de la OMS a razón de \$6 por día (para aplicar al costo de alimentos y alojamiento),

En términos generales, la Organización Mundial de la Salud contribuye un minimum de \$70,000 en servicios de personal, abastecimientos y equipo para el proyecto; en tanto que el Gobierno de El Salvador aparta una cantidad igual o muy probablemente mayor para rubros de servicios similares y abastecimientos.

Programas de BCG

Basándose en los informes suministrados por los grupos combinados de la OMS y de la Empresa Conjunta que efectuaron una encuesta en la América Latina durante 1949, el UNICEF resolvió suministrar fondos para dos programas de demostración de BCG en gran escala en América Latina. De entre los países que solicitaron cooperación para desarrollar programas de esta naturaleza se escogió a México y al Ecuador.

En enero de 1950, el asesor regional de tuberculosis acompañó al doctor Johannes Holm, Director Técnico de la Empresa Conjunta, en una visita a esos dos países durante la cual se prepararon los acuerdos descritos a continuación sobre programas de BCG:

México. - La Empresa Conjunta suministra el personal necesario para organizar el programa en masa de BCG y adiestramiento de personal mexicano asignado especialmente al mismo. El proyecto de México incluye no solamente el citado programa sino también una investigación o estudio piloto que se llevará a cabo en la Ciudad de México solamente.

El programa en masa de BCG comenzará en las zonas urbanas de los Estados septentrionales de México procediendo hacia el Sur. Estado por Estado. Se administrará BCG a todas las personas de uno a diez y nuevo años que no reaccionen a 10 unidades de tuberculina PPD.

El estudio-piloto de la Ciudad de México ayudará a la Oficina de Investigaciones sobre Tuberculosis, de la OMS, a justipreciar diferentes vacunas y varias técnicas y procedimientos empleados en las

pruebas de tuberculina y de vacunación con BCG, así como la efectividad de esta última durante un largo período y varios otros puntos relacionados con el establecimiento de normas para uso del BCG y la tuberculina.

Una tercera fase del programa mexicano será el desarrollo del excelente laboratorio nacional de BCG que allí existe para que pueda convertirse en un centro de producción en gran escala que abastezca no solamente a México, sino también a otros países de la América Latina con vacuna de ese tipo. El UNICEF suministrará el equipo adicional requerido por el laboratorio mexicano para la producción aumentada. Dicho laboratorio fué examinado en diciembre de 1949 por un miembro del Comité de Estandarización Biológica de la Organización Mundial de la Salud, habiéndolo aprobado el Comité para la producción de vacuna destinada a operaciones internacionales.

El proyecto de México comenzó a funcionar a fines de junio de 1950 empleándose dos equipos escandinavos y seis mexicanos. Cada uno consiste generalmente de un médico y dos enfermeras (en ocasiones se recurre a los servicios de una enfermera de capacitación especial para substituir al médico).

Ecuador - El proyecto o plan consiste en un programa de vacunación en masa por medio del cual se administrará BCG a todos los individuos de uno a diez y nueve años de la región costera del país que no reaccionen a 10 unidades de PPD, y a los de uno a treinta años en la zona de la Sierra Ecuatoriana.

Al principio la vacuna para el proyecto se importará de México hasta que el nuevo laboratorio de BCG de Guayaquil haya sido terminado y recibido la aprobación del Comité de Estandarización Biológica de la Organización Mundial de la Salud. La Empresa Conjunta ayudará técnicamente a las autoridades ecuatorianas, y el UNICEF suministrará alguna ayuda material al laboratorio.

El proyecto del Ecuador comenzará en julio de 1950 empleando cuatro equipos escandinavos y nueve ecuatorianos.

NOTA: - En general, la contribución del UNICEF a los programas de BCG consistirá en el pago del transporte del personal internacional al país donde se efectúen las operaciones así como de sus sueldos, el suministro de los vehículos necesarios para movilizar los equipos de vacunación, las agujas, jeringas y demás material médico y los abastecimientos requeridos para cada equipo. Cada gobierno abonará los sueldos de su personal nacional, el gasto relacionado con el transporte interno y distribución de los abastecimientos y otras erogaciones locales, todo lo cual representa una parte sustancial del gasto total necesario para llevar a cabo una campaña de vacunación en masa en cualquier país.

La Organización Mundial de la Salud suministrará los fondos necesarios para los estudios relacionados con la evaluación de la vacuna y la tuberculina empleadas en el proyecto, las técnicas y procedimientos usados, etc.

Desarrollo de Procedimientos para correcto Diagnóstico

Se ha colaborado con varios países del Hemisferio Occidental para que mejoren sus servicios bacteriológicos para tuberculosis o los desarrollen en el caso de que no existan. Se han suministrado algunas becas a bacteriólogos para adiestramiento en los Estados Unidos o en países escandinavos.

También se han recibido informes procedentes de algunos gobiernos mostrando gran interés en los planes para el desarrollo ulterior de sus servicios bacteriológicos.

Proyecciones para el Futuro

Los planes para el futuro inmediato se refieren al desarrollo de los diferentes procedimientos relacionados con el Centro de Demostración.

A la fecha se han recibido solicitudes de:

1. Ecuador. Las autoridades encargadas de combatir la tuberculosis han solicitado la cooperación de la Organización Mundial de la Salud en el desarrollo de sus servicios bacteriológicos para diagnóstico correcto de la enfermedad. Además es probable que se acelere la ampliación del programa para llevar a cabo estudios broncoespirométricos y otros de la fisiología del pulmón, esenciales para evaluar de manera más precisa los casos de enfermos tuberculosos que se sometan a cirugía torácica mayor.
2. Guatemala. Se ha establecido un comité especial en Guatemala para la promoción de un programa de vacunación en masa con BCG. Las autoridades del país han solicitado colaboración en forma de asesoramiento técnico para desarrollarlo.
3. El Salvador. El Gobierno de El Salvador ha indicado su deseo de enviar para adiestramiento en México, dos equipos que aplicarán el BCG. Dicha preparación se llevará a cabo en virtud de un arreglo efectuado con el UNICEF, por medio del cual este último suministrará fondos para cubrir el transporte a Ecuador o a México, y por un período de adiestramiento de tres meses de varios equipos procedentes de otros países del Hemisferio Occidental que proyecten establecer programas nacionales de BCG.

Alojamiento en Hospitales y Sanatorios

Para resolver algunas de las dificultades relacionadas con el forzoso aumento de alojamiento para tuberculosos, se ha recomendado

utilizar un tipo de edificio más barato que el generalmente usado, con el objeto de disponer de mayor número de camas a menos costo. La sección de Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud ha publicado un documento "Edificios Baratos para el Tratamiento de la Tuberculosis" (Doc. WHO/TBC/32) que puede servir de guía para este asunto.

Centros de Demostración y Laboratorios de Bacteriología

Naturalmente, se seguirá alentando a las administraciones nacionales de salubridad para que continúen desarrollando clínicas (dispensarios) para el diagnóstico y tratamiento, y laboratorios bacteriológicos centrales para el diagnóstico correcto de la tuberculosis.

Así como El Salvador se ha convertido en un centro de adiestramiento de tuberculosis no sólo para los salvadoreños sino también para otros nacionales de los países centroamericanos, el Ecuador también puede convertirse en uno de los centros de adiestramiento de Sud América, ya que tiene planes para obtener facilidades adicionales de adiestramiento.

Sin embargo, deberán establecerse por lo menos dos centros de adiestramiento adicionales bajo condiciones locales y que estén a la disposición de todas las naciones de este Hemisferio que deseen valerse de esas facilidades, para el adiestramiento en las varias fases del control de la tuberculosis. De este modo la barrera de los idiomas quedará casi totalmente eliminada.

Programas de BCG

Varios países de la América Latina han mostrado interés en el desarrollo de programas de aplicación de BCG en gran escala y necesitarán cooperación técnica para la organización de ellos lo mismo que adiestramiento para sus equipos. Esta responsabilidad corresponderá a la Organización Mundial de la Salud puesto que la Empresa Conjunta no continuará sus operaciones más allá de los primeros meses de 1951.

XIX. ONCOCERCOSIS

La oncocercosis, enfermedad producida por la Onchocerca volvulus, es transmitida por insectos silvestres del género Simulium. La enfermedad que existe en Africa, fué descubierta en Guatemala desde 1915, más tarde en la región Sudeste de México y muy recientemente, en 1948, en Venezuela. El descubrimiento de la oncocercosis en este último país sugiere la existencia de focos desconocidos en otras partes de las Américas.

Aunque la oncocercosis parece limitarse a esos tres países, existen condiciones favorables para su desarrollo ulterior, particularmente en aquellas regiones de las Américas, donde puede haber especies de Simulium vectoras de microfilarias Onchocerca. Este riesgo obliga a la búsqueda de focos desconocidos.

*Capture of anthropophile simuliids.
Captura de simulidos antropófilos.*



*Onchocerciasis studies. Cage for
raising and study of Simuliids.*

*Estudios de Oncocercosis. Jaula
para la cría y estudio de simu-
lidos.*



Preparation of the suramin solution for intravenous administration.

Preparación de la solución de suramina para administración intravenosa.

La oncocercosis es una enfermedad crónica caracterizada por un Síndrome trivalente que incluye:

- a) Nódulos subcutaneos situados especialmente en la cabeza y en los hombros (oncocercomas);
- b) Cambios ópticos que varían en situación e intensidad y que causan ceguera; y
- c) Lesiones cutáneas de varios tipos (oncodermatitis general).

El diagnóstico se establece por medio de la identificación de microfilarias en biopsias de la piel o en la conjuntiva, el descubrimiento del parásito en su forma adulta dentro de los nódulos, por observación de microfiliarias en el ojo, con un microscopio para córnea y por xenodiagnóstico.

Como existen factores aun desconocidos en la biología del parásito y de su vector, es esencial continuar las investigaciones para poder organizar el control económico y eficiente de la oncocercosis.

Las medidas actuales se basan en el hecho de que el único reservorio conocido es el hombre infectado y en que los simúlidos son los huéspedes intermedios. Por lo tanto, se dispone de dos clases de ataque, insecticida y terapéutico.

Se han obtenido algunos resultados notables con los nuevos agentes terapéuticos Hetrazan y Suramin Naphuride sodium NRR. o Bayer 205). Los insecticidas modernos no han sido muy útiles en Guatemala debido a la dificultad de aplicarlos a los numerosos criaderos de las especies del vector diseminadas por las laderas de colinas y montañas.

El programa actual consiste en estimular las investigaciones epidemiológicas y el estudio de medidas profilácticas. Se ha dado especial atención a los puntos siguientes: estudio de la distribución geográfica de la oncocercosis; de la ecología, clasificación y biología de los vectores especialmente en lo que se refiere a la posibilidad de controlarlos y evaluación de métodos de tratamiento como medica aplicable a la comunidad

Desde 1935, la Dirección de Sanidad de Guatemala dirige una campaña contra la oncocercosis basada en la extirpación o inyección de todos los oncocercomas que se descubran. En 1946, la Oficina, en colaboración con los Institutos Nacionales de Salubridad del Servicio de Salubridad Pública de los Estados Unidos y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala comenzó un programa cooperativo de demostración e investigación que comprende investigaciones terapéuticas, entomológicas y parasitológicas. Los estudios se han conducido bajo la inmediata vigilancia de un grupo de especialistas de los Institutos Nacionales de Salubridad.

Se ha iniciado un estudio comparativo experimental de los dos agentes, terapéuticos Hetrazán y Suramina. Tanto el primero administrado por la vía oral, como el segundo en forma intravenosa, eliminan las microfilarias de los pacientes cuando se les administra en cantidades adecuadas. Casi el 100% de los pacientes tratados con una dosis total de 40 mg. de Hetrazan por kilo de peso quedaron libres de microfilarias al final del tratamiento, sin embargo, antes de nueve meses casi todos presentaban de nuevo la enfermedad. Cerca del 75% de los pacientes tratados con Suramina por vía intravenosa se han encontrado libres de microfilarias quince meses después de terminado el tratamiento. Aún no ha transcurrido un período de tiempo suficiente desde que se concluyó un tratamiento con Suramina oral y otro más intenso con Hetrazán para saber si esos resultados son definitivos. El tratamiento con una combinación de Suramina intravenosa y Hetrazán oral fué más efectivo que cualquiera de los dos por separado, pero no lo suficiente para compensar el inconveniente adicional de combinarlos.

En 1950, se organizó una campaña-piloto cooperativa entre la Oficina y el Departamento de Salubridad de Guatemala para evaluar la posibilidad de la Suramina intravenosa en el control de la enfermedad. Aproximadamente 1,000 pacientes de una zona reducida han sido tratados en esta forma. El tratamiento terminará en julio de 1950 pero los resultados tendrán que ser evaluados por estudio consecutivo durante un período de dos años por la Dirección General de Sanidad Pública de Guatemala.

Las investigaciones entomológicas han producido nuevos descubrimientos sobre la ecología y biología del vector. Se han capturado miles de simúlidos determinándose las especies que pican al hombre y a los animales, estudiándose sus habitats diurnos y nocturnos y también se han desarrollado métodos mejores para su cría en el laboratorio. Como consecuencia de estas investigaciones, cuatro especies de Simulium nuevas han sido descritas, identificándose otras cuya presencia en Guatemala no se había conocido.

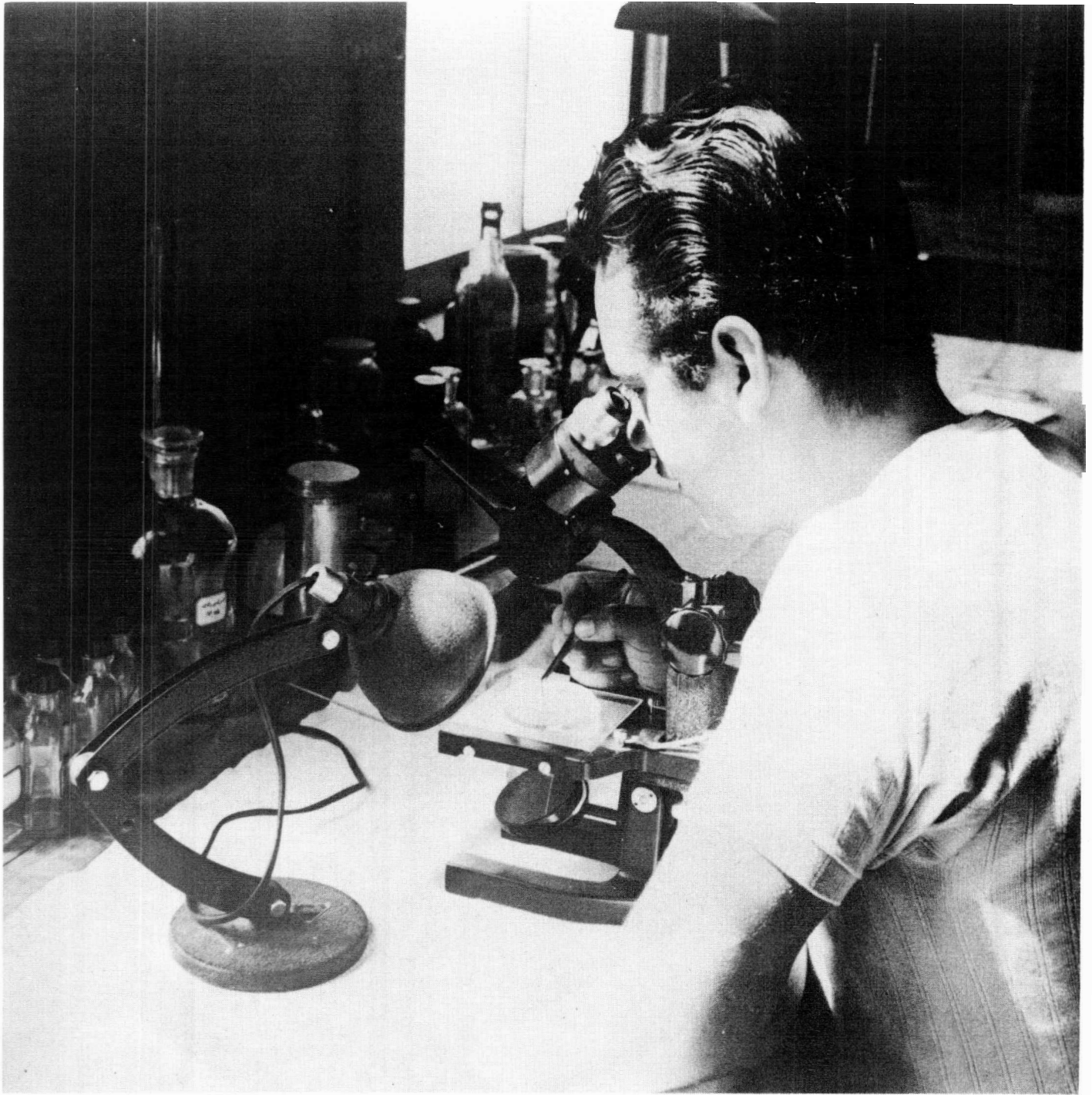
Las investigaciones parasitológicas han servido para determinar el papel que juega el Simulium en la transmisión de la oncocercosis lo mismo que la capacidad potencial de diferentes especies como vectores y la habilidad efectiva de las especies particulares que actúan como tales. Se han hecho estudios sobre el ciclo vital de la filaria en el hombre, en caballos y en el ganado vacuno. Se ha estudiado la distancia de vuelo y la longevidad de Simúlidos infectados y de no-infectados; con el objeto de coordinar estudios sobre medidas de control efectuados en colaboración con los estudios entomológicos. Para poder efectuar las investigaciones ha sido necesario mejorar los métodos para mantener vivos por más de una semana a los simuliums adultos.

En febrero de 1949, la Oficina convocó una Mesa Redonda de peritos en oncocercosis en la Ciudad de México. Asistieron a esta reunión representantes de ese país, de Guatemala, de Venezuela, personal del



Venereal Disease studies. Serology Laboratory, Pan American Sanitary Bureau, Guatemala.

Estudios de enfermedades venéreas. Laboratorio de Serología en la Oficina Sanitaria Panamericana, Guatemala.



*Malaria Laboratory, Guatemala
Laboratorio para la Malaria, Guatemala*

Servicio de Salubridad Pública de los Estados Unidos asignado al programa de oncocercosis de Guatemala y de la Oficina. Como resultado de esa reunión, el Centro de Yepocapa en Guatemala fué organizado como sitio para el adiestramiento de personal que pudiera ser enviado por Venezuela o México para comparar las investigaciones en esos mismos países.

La Oficina ha publicado la "Bibliografía sobre Oncocercosis" que incluye todo los artículos publicados hasta julio de 1945, creyendo que será de interés para los especialistas en este campo y que facilitará el desarrollo de las investigaciones actualmente en progreso. El libro ha sido distribuido entre los organismo de salubridad pública de los diferentes países y bibliotecas especializas de todo el mundo.

Debido a la importancia del descubrimiento de la oncocercosis en Venezuela, la Oficina nombró un consultor en esta enfermedad para colaborar en las investigaciones epidemiológicas y clínicas que está llevando a cabo el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela. Se ha puesto especial atención en un estudio para determinar la frecuencia e intensidad de trastornos oculares debidos a la oncocercosis en Venezuela y a la localización de casos por identificación de microfilarias por medio de exámenes oftalmológicos. Estos estudios, iniciados en junio de 1950, son contribución de la Oficina al estudio de la oncocercosis en el foco más recientemente descubierto.

XX. ENFERMEDAD DE CHAGAS

Básandose en los estudios de las características clínicas y epidemiológicas de la tripanosomiasis americana, se puede decir que la Enfermedad de Chagas que se extiende desde la Argentina y Chile hasta México, constituye un problema de importancia variable. Limitada en su mayor parte a las clases más pobres de la población que habitan casas mal construidas que albergando cantidades considerables de triatomas la enfermedad de Chagas constituye un grave problema médico-social en muchos países

En 1947, la XII Conferencia Sanitaria Panamericana de Caracas recomendó que se efectuaran estudios epidemiológicos de la enfermedad de Chagas, para determinar su importancia y precisar las condiciones locales que tienden a perpetuarla. Además, la Conferencia sugirió que se practicaran estudios sobre la biología del Schiso-trypanum cruzi, la de los "Triatómidos" y sobre el mejoramiento de los métodos para diagnóstico, lo mismo que estudios sobre nuevos tipos de vivienda rural que llenasen las normas mínimas sanitarias y también sobre insecticidas a ser usados en una campaña contra los "Triatómidos".

La Primera Reunión de Mesa Redonda Panamericana sobre la Enfermedad de Chagas se verificó en las ciudades de Tucumán, Salta y Jujuy en julio de 1949, con la representación de Argentina, Bolivia, Brasil,

Chile, México, Puerto Rico, Uruguay, Venezuela y de la Oficina.

A principios de 1950 se designó a un consultor en Enfermedad de Chagas, en abril se inició una encuesta por medio de visitas a los países sudamericanos y en julio de este año se efectuarán visitas a los países de Centro América y México.

Durante 1950, el Servicio Nacional de Malaria del Brasil efectuó pruebas de campo en gran escala con insecticidas para el control de Reduviidae.

XXI. MALARIA

Durante mucho tiempo la malaria ha sido reconocida como uno de los problemas sanitarios panamericanos de mayor importancia en cuya solución la Oficina Sanitaria Panamericana podría prestar valiosos servicios a los Estados Miembros. La III Conferencia Sanitaria Internacional (Ciudad de México, 1907), la VI Conferencia (Montevideo, 1920), la VII Conferencia (La Habana, 1924), y la IX Conferencia de Buenos Aires en 1934, discutieron la cuestión de la malaria e hicieron recomendaciones al respecto. La X Conferencia Sanitaria Panamericana (Bogotá, 1938) autorizó el nombramiento de un Comité de Malaria para el estudio de todas las fases del problema; dicho Comité presentó su primer informe a la XI Conferencia (Río de Janeiro, 1942) durante la Segunda Guerra Mundial.

El Comité de Malaria se reunió en Maracay poco antes de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947). Las resoluciones propuestas por el Comité que disponían amplias actividades de un Comité compuesto por siete peritos, fueron incorporadas al Acta Final de la XII Conferencia.

Durante 1947 y 1948, el estado económico de la Oficina no permitió el desarrollo de las actividades contempladas por el Comité. Se designó una pequeña comisión de tres miembros para que la representara en la reunión del Comité de Peritos en Malaria de la Organización Mundial de la Salud, celebrada en Washington en la misma época que el IV Congreso Internacional de Malaria de 1948.

Transcurrido ese año, era evidente que si se activaba el Comité Panamericano de Malaria se ocasionaría una duplicación de esfuerzos en vista de que la Organización Mundial de la Salud había asignado una elevada prioridad a su programa contra esa enfermedad y ya había representación americana en el Comité de Expertos en Malaria de la OMS.

En 1947, mientras visitaba varios países, el Director llevó a cabo una campaña activa para extender el uso del DDT residual como pulverización aplicada a la viviendas, con el objeto de controlar la malaria y obtener una reducción correspondiente en el uso de larvicidas, drenajes y rellenos. El empleo de insecticidas residuales tiene especial importancia como medida de salubridad

pública puesto que no sólo impide la transmisión de la malaria, en las condiciones existentes en la mayor parte de los casos en las Américas, sino que también reduce la infestación de las casas por otros insectos, con la consiguiente mejoría de las condiciones higiénicas. Además, su uso provoca una demanda espontánea del público para la continuación del programa, que no ocurre cuando se aplican otras medidas de control.

Al mismo tiempo, se propuso que los malariólogos comenzaran a considerar como problema general la desinfestación de las viviendas más bien que el control de la malaria solamente. Se hizo hincapié en que la Enfermedad de Chagas, la verruga peruana, la peste, la fiebre amarilla transmitida por el Aedes aegypti, la fiebre recurrente y algunas disenterías y diarreas infantiles están relacionadas con la presencia de insectos que infestan las viviendas y que se podía obtener una gran economía dirigiendo los esfuerzos hacia la obtención del hogar libre de insectos más bien que hacia el control de enfermedades específicas.

En 1948, se realizó por correspondencia con los principales peritos en malaria de las Américas, una encuesta que demostró que en todo sitio en que se había aplicado adecuadamente el DDT residual, la malaria descendía a nivel muy bajo. La pulverización afectaba aún a la malaria transmitida por el Kertezia en la parte sur del Brasil.

Chile, que nunca ha sido un país altamente palúdico ha informado la erradicación de la malaria durante el período en estudio.

En los Estados Unidos la malaria ha desaparecido casi totalmente y las autoridades de salubridad hablan francamente de erradicarla sin eliminar especie alguna de anofelinos.

En Venezuela, en 1947, un grupo especial de la Fundación Rockefeller informó que la malaria existente era muy poca para poder realizar una investigación científica de importancia. En 1948, la organización Venezolana contra la malaria se convirtió en organismo para el control de las enfermedades metaxénicas. A esa Organización le corresponde la responsabilidad del control de malaria, fiebre amarilla, peste, esquistosomiasis, etc.

La Guayana Inglesa informa la erradicación del Aedes aegypti y el control de la malaria y de la filariasis por medio del uso del DDT residual.

La Argentina, Brasil y Venezuela han emprendido campañas intensas para rociar los hogares de las regiones palúdicas, con excelentes resultados.

En Panamá, antes de que se diagnosticara la fiebre amarilla durante el mes de enero de 1949, se habían rociado muchos de los pueblos y ciudades de las regiones palúdicas de esa república. Entonces se decidió expandir la acción del servicio de malaria hasta cubrir

el resto del país en vez de organizar un servicio especial para el control del Aedes aegypti.

Durante los últimos años se ha hecho difícil encontrar condiciones satisfactorias para estudios de malaria y de agentes terapéuticos para la misma. La tentativa efectuada en Guatemala de 1948 a 1950 con ese fin no obtuvo buen resultado debido al uso de gamexano (hexaclorociclohexano) contra la langosta y del DDT en algunas casas.

En el Perú, el DDT residual ha sido muy eficaz contra la malaria de la Vertiente del Pacífico. A principios de 1950, se efectuó una reorganización de servicios de salubridad de ese país en virtud de la cual una sola sección de la División de Enfermedades Transmisibles asumirá la responsabilidad del control de las enfermedades transmitidas por insectos caseros: malaria, fiebre amarilla urbana, enfermedad de Chagas, verruga peruana, peste y algunas formas de diarreas infantiles y disentería.

Venezuela ha concedido becas a todas las otras naciones americanas para el Curso Internacional de Malaria que se da anualmente en el Instituto de Malariología de Maracay, estando a cargo del gobierno venezolano todos los gastos necesarios incurridos dentro del país.

El Dr. Mark F. Boyd participó en el Sexto Curso Internacional de Malaria de 1949 en Maracay como Consultor de la Organización Mundial de la Salud. En septiembre y octubre de 1949, el Dr. George Glioli dictó una serie de conferencias en la Ciudad de México en su carácter de Consultor designado por la Organización Mundial de la Salud.

Entre los programas recomendados por la Oficina en 1949, autorizados por el Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas y por la Organización Mundial de la Salud para operar con fondos del UNICEF, figuran proyectos de control de insectos en Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Belice. El objeto de los mismos es reducir al mínimo la malaria y otras enfermedades transmitidas por insectos domésticos.

En 1950, se designó al Dr. Carlos A. Alvarado como Consultor en Malaria para la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; actualmente está haciendo un primer examen de la situación de esa enfermedad en las Américas y con ayuda de las autoridades de higiene, ha propuesto programas definidos para ciertos países. Se ha preparado y distribuido un cuestionario minucioso a todos los estados miembros con el objeto de reunir informes comparativos sobre el progreso efectuado en la eliminación de la malaria. En la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana se presentará por separado un informe de conjunto de la situación actual.

SERVICIOS TECNICOS GENERALES

XXII. ESTADISTICOS Y EPIDEMIOLOGICOS

Una de las funciones primordiales de la Oficina Sanitaria Panamericana consiste en difusión de información sobre la presencia de las enfermedades sujetas a cuarentena. El cumplimiento de esa función depende en gran parte de la pronta notificación de los Gobiernos Miembros sobre la ocurrencia de enfermedades pestilenciales. Desgraciadamente, en muchos casos no se ha cumplido ese requisito de conformidad con el Código Sanitario Panamericano.

Durante los últimos tres años, la Oficina se ha encontrado a veces en la difícil situación de no conocer la existencia de importantes brotes epidémicos de interés internacional que han sido objeto de informaciones periodísticas y comentarios extra-oficiales. El conocimiento cierto y temprano de esos brotes hubiera evitado la ocurrencia de embarazosas situaciones internacionales suscitadas por rumores sin confirmar.

Durante la Segunda Guerra Mundial, se hizo un esfuerzo para corregir la notificación deficiente por medio de una asignación mensual al jefe de la sección de estadística del Servicio Nacional de salubridad de cada república latinoamericana como representante de la Oficina a quien correspondería la responsabilidad de suministrar prontamente a la misma todos los informes estadísticos y epidemiológicos necesarios. Dicha contribución, que mejoró las notificaciones de muchos países, fue cancelada en enero de 1948, de conformidad con la resolución adoptada por el Consejo Directivo en Buenos Aires, en 1947.

Algunas de las autoridades gubernamentales interesadas, tal vez no estimen la gran ventaja que representa la comunicación inmediata oficial a la Oficina Sanitaria Panamericana de cada brote, dado que según lo estipulado por el Código, todo puerto respecto al cual no se disponga fácilmente de información, puede ser considerado, para fines de cuarentena internacional, como sospechoso y sujeto a ciertas restricciones de navegación.

La Oficina ha preparado y distribuido, entre los servicios nacionales de salubridad de las repúblicas americanas, una guía para la notificación epidemiológica, la cual explica en forma tabulada el procedimiento a seguir.

Se ha continuado la verificación cuidadosa de las restricciones de cuarentena que se aplican en todo el mundo a los barcos o aviones procedentes de las Américas, y se ha obtenido la suspensión de restricciones indebidas.

Recientemente, la Oficina de Lima transmitió una protesta de las Autoridades Peruanas de Salubridad contra las restricciones impuestas por Egipto a Tumbes, donde se había presentado un caso de peste varios meses antes. La protesta obtuvo que se levantaran las restricciones.

Los reglamentos de cuarentena rutinaria de Jamaica incluían a Valparaíso, Chile, como zona pestosa. Se le hizo saber que esa ciudad se encontraba libre de la enfermedad desde 1942 y, en consecuencia, la ciudad chilena no será anotada como puerto infestado por la peste al imprimirse la nueva circular de cuarentena de Jamaica.

El requisito de Irlanda de que las personas procedentes de los Estados Unidos, Puerto Rico, Cuba y las Antillas Británicas debían estar vacunadas dontra el tifo exantemático y un reglamento semejante de la República de las Filipinas contra un grupo de naciones americanas, han sido retirados también. A solicitud de Argentina y Brasil se protestó ante Portugal por la disposición de que todos los pasajeros aéreos procedentes de Sud América que hacían escala en Dakar, debían estar vacunados contra la fiebre amarilla.

Se ha preparado un formulario especial para la evaluación de las condiciones sanitarias y de las realizaciones alcanzadas por las repúblicas americanas, el cual contiene numerosas referencias relativas a todas las fases de las labores de salubridad y está destinado al uso de los Gobiernos Miembros al referirs a sus problemas a la XII Conferencia Sanitaria Panamericana.

Las Funciones rutinarias de la Oficina Sanitaria Panamericana. en relación a epidemiología y estadística se pueden dividir así:

- (1) Informaciones epidemiológicas.
- (2) Recopilación, proceso, y distribución de estadísticas de salubridad.
- (3) Asuntos misceláneos, tales como el servicio de notificación internacional de contaco de enfermedades venéreas.
- (4) Mejoramiento y estandarización de las estadísticas de salubridad.

Informaciones Epidemiológicas

La salubridad moderna aspira a la completa erradicación de ciertas enfermedades, como único medio efectivo para impedir la propagación internacional. Los servicios de información epidemiológica o notificación suministran datos básicos para la orientación de futuras campañas de erradicación. Entre tanto, la recopilación y dissemination por el medio más rápido posible, de informaciones sobre la ocurrencia de enfermedades sujetas a cuarentena, continúa siendo de importancia para impedir la propagación internacional de las enfermedades.

La notificación rápida tiene especial importancia para el grupo de enfermedades que ha sido objeto de acuerdos internacionales, o sea: cólera, fiebre amarilla, peste, viruela y tifo. Con excepción de la primera, todas han sido y continúan siendo problemas importantes en una o más partes del continente americano. Aún en el caso del cólera su presencia en Egipto en 1947 constituía cierta amenaza para el Brasil, debido a la posibilidad de infección por pasajeros aéreos. Cuando se supo en este último país la existencia del brote egipcio, el Departamento Nacional de Salubridad tomó las medidas necesarias para hacer frente a cualquier peligro que pudiera surgir en territorio brasileño. La fiebre amarilla y la peste son dos enfermedades importantes que en décadas anteriores constituyeron serios riesgos para el movimiento comercial, debido a la infección de varios puertos importantes. Aunque ambas se encuentran muy diseminadas por las Américas han sido controladas en las ciudades y puertos pudiéndose decir que durante los últimos cuatro años han dejado de ser un riesgo para el comercio.

La Oficina desempeña sus funciones de información epidemiológica de la manera siguiente:

1. Notificación cablegráfica de los brotes de enfermedades sujetas a cuarentena, tales como el de viruela, en la ciudad de Nueva York en 1947, el de peste cerca de Buenos Aires en 1948, de fiebre amarilla selvática en Panamá en 1949, y de nuevo el de viruela en el Perú en 1949.

2. Todas las semanas se prepara un informe epidemiológico distribuido por correo aéreo y reproducido en la actualidad por el procedimiento fotolitográfico, tardando solamente para su preparación y franqueo 36 horas. Por dicho informe, el Director de Salubridad, el Funcionario de Cuarentena, y el Epidemiólogo pueden enterarse de los últimos informes sobre enfermedades sujetas a cuarentena y sobre otras también graves, especialmente en lo que se refiere a su ocurrencia en puertos marítimos o aéreos situados en las rutas de tráfico internacional.

3. Se mantiene un intercambio telegráfico semanal de informes epidemiológicos con la sede de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra y con la Estación Epidemiológica de Singapur.

El valor de los servicios de información depende enteramente de la prontitud con que los Gobiernos Miembros notifiquen fielmente a la Oficina la ocurrencia de enfermedades epidémicas.

Recopilación, Proceso y Distribución de las Estadísticas de Salubridad

Registro

Se registran y publican los informes bioestadísticos sobre nacimientos, defunciones y causas de defunción en las Américas.

Informes Mensuales

Desde 1944, se publica con regularidad un informe epidemiológico mensual, que contiene estadísticas de actualidad sobre la incidencia y mortalidad de un grupo seleccionado de enfermedades transmisibles. También suministra información sobre los requisitos de cuarentena y vacunación; recomendaciones del Comité de Expertos en Estadísticas de Salubridad de la OMS y de las Conferencias Internacionales de Estadística; informes sumarios sobre epidemias; y de conformidad con la Convención Sanitaria Internacional, notificaciones sobre nuevos aeródromos sanitarios, puertos equipados para desratizar barcos, laboratorios autorizados para preparar vacuna contra la fiebre amarilla, etc.

Informes Especiales

La Oficina ha efectuado numerosas recopilaciones e informes, preparados en respuesta a necesidades específicas, tales como: Incidencia de la sífilis en las Repúblicas Americanas; mortalidad y distribución de la tuberculosis según estudios en masa con Rayos X; prevalencia de ceguera y sus causas en el Hemisferio Occidental; tabulaciones de diez años sobre fiebre amarilla, peste, tifo, viruela, incluyendo casos y defunciones, por países; listas y mapas indicando los lugares donde ha aparecido la fiebre amarilla desde 1942; distribución conocida e incidencia notificada de enfermedades tales como brucelosis, ratia, oncocercosis, bartonellosis, enfermedad de Chagas leishmaniasis, pian, amebiasis, esquistosomiasis, y otros parásitos.

Muchos de los informes especiales han sido preparados en respuesta a solicitudes de los servicios nacionales de salubridad, universidades, instituciones científicas, organizaciones internacionales, e individuos particulares, incluyendo estudiantes. La regla establecida por la Oficina es que toda solicitud de información merece una respuesta. Las hay de naturaleza sumamente especializada o de carácter muy general o aún regional. Algunas solicitudes se refieren a informes sobre las condiciones sanitarias en ciertos países o zonas, requisitos internacionales de vacunación, importancia relativa de ciertos problemas de salubridad, distribución, incidencia y prevalencia probable de ciertas enfermedades; población, estadísticas vitales y "esperanza de vida" en diferentes zonas; facilidades médicas, número y distribución de hospitales, la cantidad de camas con que cuentan, y los médicos que hay en una zona determinada; fondos para salubridad pública y gastos per capita; la magnitud de sistemas de abastecimiento de agua; precauciones sanitarias para los visitantes a varias regiones tropicales; definiciones de términos estadísticos; sistemas de registro de nacimientos y defunciones empleados por las repúblicas americanas y material bibliográfico sobre una variedad innumera de temas.

Desde que la Oficina comenzó a funcionar como Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud han llegado solicitudes semejantes acerca de los países europeos. En 1949, se recibió un total de 200 solicitudes de informes estadísticos o epidemiológicos originados fuera de la Oficina.

Servicio de Notificación Internacional de Contacto de Enfermedades Venéreas

Desde 1947, y gracias a un arreglo especial con el Servicio de Salubridad y con la Marina de los Estados Unidos se han notificado 2,100 casos de enfermedades venéreas, causados por contactos aparentes en otros países americanos, a las autoridades de salubridad de los mismos por medio de la Oficina Sanitaria Panamericana. Dichas notificaciones tiene por objeto conseguir el tratamiento de los contactos si efectivamente están infectados.

Mejoramiento y Estandarización de Estadísticas de Salubridad

Los diversos métodos y definiciones estadísticas empleados por los diferentes países constituyen un obstáculo para la interpretación y comparación internacionales de los informes estadísticos. De conformidad con el Código Sanitario Panamericano corresponde a la Oficina la responsabilidad de estandarizar los procedimientos y terminología empleados en la recopilación de estadísticas de salubridad. Otras organizaciones internacionales, que se interesan en ellos se encuentran con problemas semejantes. Para este fin, la Oficina ha colaborado con el Instituto Interamericano de Estadística, la Oficina Nacional de Estadística Vital de los Estados Unidos, la Oficina de Estadística de las Naciones Unidas, y la División de Estadísticas de Salubridad de la Organización Mundial de la Salud. Por cortesía de la segunda, dos miembros del personal de la Oficina Sanitaria Panamericana recibieron preparación especial sobre nuevas clasificaciones estadísticas de enfermedades, lesiones, y causas de defunción.

Se han hecho preparativos para colaborar con la Oficina de Estadística de las Naciones Unidas en un Centro de Adiestramiento para bioestadísticos, que se verificará en Chile antes del final de 1950.

Clasificación Estadística Internacional

La nueva clasificación internacional de las enfermedades, lesiones y causas de defunción ha sido distribuida, por medio de la Oficina, a los Servicios Nacionales de Salubridad, Oficinas de Estadística, Organizaciones de Seguro Social, Comités Nacionales de Estadísticas Vitales y de Salubridad, y puntos focales nacionales de información estadística de las Repúblicas Americanas. La nueva clasificación es más compleja que la anterior, requiriéndose cierta preparación especial de las personas que la usan.

Comités Nacionales de Estadísticas de Salubridad

En la mayoría de las Repúblicas Americanas se han creado Comités Nacionales de Estadísticas Vitales y de Salubridad y se espera que faciliten la coordinación de actividades al nivel nacional y que emprendan programas nacionales para el mejoramiento y estandarización de las estadísticas.

La Oficina no ha podido ayudar en forma directa al mejoramiento de los servicios estadísticos de los Estados Miembros, ni económica ni técnicamente. Sin embargo, existe una demanda creciente para que suministre esos servicios; las disposiciones futuras deberían incluir medidas para un servicio asesor de estadística que coopere con los Estadísticos de salubridad de los diferentes Estados Miembros y efectúe investigaciones complementarias pertinentes sobre la distribución, magnitud y tendencia de ciertas enfermedades.

XXIII. CARTOGRAFIA Y DIBUJO

Antes de diciembre de 1949, el trabajo cartográfico de la Oficina para fines de exhibición se efectuaba por medio de contratistas comerciales. Al expandirse los programas de campo, la Oficina decidió desarrollar ese trabajo como parte integral de su propio programa.

Muchas páginas de informaciones y tabulaciones tediosas pueden apreciarse de una ojeada si se las presenta en forma de gráfica o mapa. Los dibujos sirven para llamar la atención hacia puntos importantes y para demostrar datos técnicos que de otro modo requerirían largas explicaciones. Existe un campo extenso en el cual la Oficina se vale de trabajos de esta clase, más allá de la indispensable preparación de mapas para los diarios estudios de campo y epidemiológicos.

Actualmente se efectúan los siguientes trabajos:

1. Preparación de mapas basados en datos recibidos o recopilados o en estudios de campo de cualquier región de las Américas, de interés para el trabajo de la Oficina.
2. Preparación de cartas y gráficas para ilustrar datos estadísticos y administrativos, carteles e ilustraciones para publicaciones, planes para equipo de hospitales, centros de salud, etc., y cualquier otra labor de dibujo que requiera la Oficina.
3. Fotografías que ilustren las actividades de la Oficina. Todas las ramas de la Oficina se valen de los servicios cartográficos y de dibujo de muy diferentes maneras. En su capacidad de Secretariado de los varios organismos directivos de la Organización Sanitaria Panamericana, la Oficina hizo preparar veintisiete gráficas ilustrando la distribución de sus programas iniciados durante 1949 y en proyecto para 1950 y alistó varios dibujos arquitectónicos para ayudar en las deliberaciones del Comité de Sede y Edificio durante la Décima Reunión del Comité Ejecutivo.

Las labores cartográficas y de dibujo han ayudado en las operaciones de salud pública de la Oficina. Se han hecho dibujos que varían

desde carteles para atraer alumnas de enseñanza secundaria a la profesión de enfermera, hasta ilustraciones para folletos destinado a llamar la atención hacia las clínicas de enfermedades venéreas. Se han preparado ayudas visuales para el III Instituto Interamericano de Administradores de Hospitales de Río de Janeiro y una serie de dibujos que indican la situación exacta del equipo para el nuevo Centro de Salud en Oaxaca, México.

Desde que se incluyeron los servicios cartográficos y de dibujo en el programa de la Oficina se les ha llegado a considerar como instrumentos indispensables para todas las secciones de la misma.

XXIV. PUBLICACIONES

Antecedentes

La VI Conferencia Sanitaria Internacional (Montevideo, 1920) aprobó la publicación de un Boletín Mensual por la Oficina Sanitaria Internacional. El primer número de 22 páginas, apareció en mayo de 1922 con el título de "Boletín Panamericano de Sanidad". En julio de 1923, de conformidad con una resolución de la V Conferencia Internacional de los Estados Americanos verificada en Santiago, se le cambió el nombre a "Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana".

Para 1927, el Boletín había crecido hasta llegar a 96 páginas con el formato actual. Contiene artículos en español, portugués, francés e inglés.

Un estudio de la lista de suscriptores de 1946 que tenía cerca de 11,000 nombres, indicó que incluía muchas personas fallecidas y otras a quienes no interesaba la salubridad panamericana. Para corregir esa situación y evitar que se repitiera, el Consejo Directivo resolvió en Buenos Aires, en 1947, que los individuos particulares deberían pagar una suscripción de \$3,00 al año por el Boletín. Esto ha causado poca inconveniencia a la mayoría de los lectores, en vista de que se continúa distribuyendo gratis a los funcionarios de los servicios gubernamentales y a las instituciones oficiales, y, por otra parte, ha producido una economía considerable para la Oficina. El Boletín es uno de los medios empleados por ésta para distribuir información médica y de salubridad por todas las Américas; contiene datos sobre estudios epidemiológicos y otras investigaciones científicas.

El Boletín procura reflejar la orientación aprobada en la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, donde se adoptó un programa más amplio que incluiría los aspectos médico-sanitarios de la medicina preventiva, cuidados médicos y asistencia social y se definió el objetivo de la Oficina como una lucha contra las enfermedades, la prolongación de la vida humana, y la promoción del bienestar físico y mental de los pueblos de las Américas.

El Boletín publica artículos originales, generalmente en el idioma del autor, con resúmenes en otro idioma, informes estadísticos mensuales sobre el progreso de la erradicación del Aedes aegypti estudios de literatura científica reciente. En una sección de consultas se publican respuestas a las muchas preguntas que recibe la Oficina sobre problemas de Salubridad, cuando se las considera de interés general. Empezando con el número de febrero de 1949, se agregó una sección especial dedicada a Enfermería.

Además del Boletín mensual y de las publicaciones especiales, la Oficina suministra informes sobre condiciones sanitarias, medidas preventivas, etc., solicitados por viajeros o por personas que efectúan estudios especiales sobre los problemas de salubridad de las Américas y colabora en la publicación del "Boletín de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria".

El volumen 26 (1947) del Boletín contenía 1,040 páginas y 44 artículos originales; el 27 (1948) 1,216 páginas y 81 artículos originales y el 28 (1949) 1,336 páginas y 48 artículos originales. En la actualidad el Boletín aparece regularmente en el mes correspondiente a la fecha.

El número correspondiente a diciembre de 1949 fué dedicado enteramente al campo de la nutrición, y el de marzo de 1950 al problema del control de la rabia.

Los temas cubiertos por los artículos originales publicados en el Boletín durante los últimos tres y medio años han sido incluidos en el Apéndice de este Informe, lo mismo que un cuadro indicando el campo cubierto por las notas de literatura científica-médica publicada de 1947 a 1950. Dichas notas consisten en resúmenes cortos de artículos importantes que han aparecido en publicaciones científicas.

Publicaciones Especiales

Un cuadro incluido en el Apéndice indica las: "Publicaciones Especiales" correspondientes a los años que cubre este Informe.

También se indica, en otro cuadro, la distribución mensual del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, por años.

XXV, BIBLIOTECA

La biblioteca de la Oficina que contiene una colección valiosa y altamente especializada de aproximadamente 22,500 libros y folletos técnicos y científicos-médicos, lo mismo que periódicos y documentos relacionados con el trabajo de la Institución se encontraba inadecuadamente alojada en el sótano del edificio de la Unión Panamericana, en la época de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana. El local y la estantería eran insuficientes; no había facilidades de referencia



*Library, Preparation Room
Biblioteca, Sala de Preparación*



*Library, Reading Room
Biblioteca, Sala de Lectura*



*Robotyper used in reproducing letters
Robotyper usado para reproducción de cartas*



*View of an office showing equipment used
Vista de una oficina mostrando el equipo en uso*

para usar el material disponible; la colección estaba catalogada en parte solamente y numerosas obras se encontraban en cajones situados en diferentes secciones de la Oficina. El traslado de la Oficina central en septiembre de 1947 al presente sitio, ofreció oportunidad para mejorar el arreglo material de la colección y reunir el de la biblioteca tal como se encuentra hoy, con catálogos y facilidades de referencia. Hoy ocupa el cuarto piso del edificio principal, la colección ha sido ordenada, se han agregado facilidades para suministrar referencias y se instalaron 2,897 pies de estantería nueva de acero.

El aumento en la magnitud de las actividades de la Oficina, así como los programas adicionales y su desarrollo en las Américas, se reflejan en el material agregado a la biblioteca en un esfuerzo para mantener la colección a tono con el incremento de las actividades. Vale la pena mencionar la consideración que constantemente se presta a los requisitos lingüísticos para que todos sin excepción puedan usarla.

Los materiales se adquieren de diversas formas: como obsequio de los Gobiernos Miembros o de sus Departamentos de Salubridad y de las Instituciones Médicas y de otra índole de las Repúblicas Americanas, lo mismo que por compra o por canje. También se obtienen por medio de préstamos entre bibliotecas. Los libros recientemente publicados, que se reciben para ser revisados en el Boletín, se agregan a la colección. En 1949, la biblioteca adquirió por concepto de obsequios 378 libros, cuyo valor se calcula en \$1,990.00. Cada semana se publica una lista de las nuevas adquisiciones, por medio de la cual el personal de la Oficina, incluyendo el de las Oficinas de campo, se mantiene informado sobre los nuevos materiales y puede solicitar en préstamo aquellos que le interesan.

Como una de las funciones importantes de la Oficina consiste en suministrar informes sobre servicios de higiene, asuntos técnicos afines y problemas médicos, a solicitud de las administraciones e instituciones sanitarias de los Gobiernos Miembros lo mismo que de médicos y especialistas en salubridad de las Américas, las secciones a las que corresponde la responsabilidad de contestar las solicitudes necesitan de la biblioteca para obtener la información requerida. Además, la biblioteca tiene la función de seleccionar material para enviarlos en respuesta a pedidos generales de ciertos tipos de literatura médica.

Además del apoyo directo al trabajo de la Oficina y de responder a las solicitudes de información, frecuentemente la biblioteca tiene que proveer bibliografías comprensivas sobre temas especiales. Entre estos figuran listas de referencias de artículos recientes sobre tracoma, análisis de los alimentos latinoamericanos, relaciones entre los hospitales y la salubridad, recopilación de leyes sobre saneamiento y manejo de alimentos, literatura sobre el ACTH, legislación sobre oftalmía neonatorum y régimen alimenticio de las poblaciones indígenas

de América. Se preparó una bibliografía de materiales referentes a problemas médico-sociales de los indios de América para el Seminario sobre la Familia India.

También se facilitan copias fotostáticas y microfilms de materiales de investigación que no se encuentran disponibles en América Latina. Durante los últimos dos años se han enviado 3,612 copias fotostáticas a la América Latina en cooperación con la biblioteca de la Secretaría de Agricultura de los Estados Unidos.

Se ha adoptado el sistema de la Biblioteca del Congreso (Library of Congress) para la clasificación de libros nuevos y se ha progresado en la reclasificación de la antigua colección poniéndose especial interés en los informes de los Gobiernos, de la Oficina Sanitaria Panamericana, y en las Actas de las Conferencias.

Siguiendo el método unitario los libros se catalogan de acuerdo con el Código de la Asociación Americana de Bibliotecas, simplificado de conformidad con las necesidades de una biblioteca pequeña especializada. Se está recopilando una lista de títulos de asuntos basada en la de la Biblioteca del Congreso.

Los folletos y periódicos se guardan en carpetas especiales en archivadores verticales, clasificados por temas.

Desde agosto de 1949, fecha en que comenzó el trabajo, se han clasificado y catalogado 1,700 libros y se han archivado 2,585 folletos y reimpresos. La colección de documentos de la Organización Mundial de la Salud de las Naciones Unidas y sus organismos especializados aumenta rápidamente y tiene un uso muy amplio. La Biblioteca ha manejado 3,649 documentos de la Organización Mundial de la Salud, y 4,605 números de periódicos. Desde el 12 de octubre de 1949 hasta abril de 1950 se recibió un total de 4,847 libros, periódicos y folletos; además, se preparan tarjetas analíticas sobre artículos importantes relacionados con el programa de la Oficina.

Dada la importancia de las películas como medio visual, la Oficina está estudiando varias para seleccionar aquellas que puedan traducirse al español para uso de las oficinas y programas de campo. Con este objeto, un cuarto pequeño contiguo a la biblioteca ha sido convertido en sala de proyección. De entre las diferentes películas examinadas por el personal profesional se han escogido algunas, iniciándose las negociaciones correspondientes para las ediciones en español.

El promedio mensual de circulación de todas clases de materiales es de 600 unidades. Buena parte de esta cifra corresponde a periódicos y documentos de la Organización Mundial de la Salud. También se suministran otras en calidad de préstamo a otras bibliotecas de Washington y de varias ciudades de los Estados Unidos, lo mismo que a las oficinas de campo.

Además de la ayuda suministrada a las oficinas de campo, la biblioteca ayudó a adquirir series completas de periodicos para la Biblioteca del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá en Guatemala y a obtener libros y copias fotostáticas solicitadas por su Director.

Recientemente, se hizo un inventario de las publicaciones de la Oficina, eliminándose aquellas que se consideró tenían poco interés o valor. Se ha adoptado un sistema de inventarios trimestrales de las publicaciones preparándose una lista de las que están disponibles e impresas.

El personal de la biblioteca consiste de un bibliotecario, un catalogador, una estenógrafa y cuatro oficinistas.

XXVI. INFORMACION PUBLICA

Antes del 1º de mayo de 1949, la Oficina no distribuía informes de prensa exceptuando los relacionados con las Conferencias y reuniones especiales. El Boletín mensual era el único medio por el cual se daban a conocer las labores a un grupo profesional limitado de las Américas.

La asociación con la Organización Mundial de la Salud originó un cambio en la política de publicidad de la Oficina y desde el 1º de mayo de 1949 se hace un esfuerzo organizado para mantener informado al público sobre las actividades y programas. Dicho cambio coincidió también con una considerable ampliación de las operaciones de campo, que exigían contribuciones más altas de los Estados Miembros para el presupuesto.

El funcionario de información de la Organización Mundial de la Salud, generalmente estacionado en Lake Success, dió publicidad a la Segunda Reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana efectuada en la Ciudad de México en octubre de 1948. Se distribuyeron informes de prensa en cooperación con la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México, enviándose informaciones a Lake Success para distribuir las a la prensa mundial. También se grabaron declaraciones de todos los delegados a la Conferencia para radiodifundirlas en el Programa Latinoamericano de las Naciones Unidas, "Por la Salud de los Pueblos". Dichas declaraciones se referían a las ventajas que se obtendrían en virtud del establecimiento de relaciones oficiales estrechas entre la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud.

El 1º de mayo de 1949, la Oficina de Información de la Organización Mundial de la Salud se trasladó de Nueva York a Washington y desde entonces comenzó a diseminar información sobre la Oficina Sanitaria Panamericana.

El Día Panamericano de la Salud, el 2 de diciembre de 1949 recibió gran publicidad por medio de la Oficina que organizó una ceremonia seguida de una recepción en la Unión Panamericana. Asistieron unos 500 invitados en representación del Servicio de Salubridad Pública y la Secretaría de Estado de los Estados Unidos, de varias sociedades médicas del mismo país, del Cuerpo Diplomático acreditado en Washington, de la Universidad de John Hopkins, y de otras instituciones. Se presentó una exposición en el Salón de las Américas de la Unión Panamericana ilustrando la labor de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la Organización Mundial de la Salud. También se envió un mensaje a la prensa describiendo las labores, el cual incluía extractos de los discursos pronunciados por oradores invitados a la ceremonia.

Los Ministerios de Salubridad de los Gobiernos Miembros efectuaron celebraciones semejantes en honor del Día de la salud Panamericano.

En marzo de este año se amplió el servicio de información pública de la Oficina con el objeto de utilizar todos los medios necesarios para la difusión de información sobre los programas de la OSP y de la OMS en las Américas.

Las actividades de publicidad incluyen actualmente, además de propaganda sobre reuniones, la distribución de un noticiero mensual informes de prensa y demás material impreso en inglés y español y en menor número de ejemplares en portugués y francés. También se está desarrollando la información pública por medio del radio, fotografías y otros materiales gráficos, exhibiciones, arreglos para conferencias, etc.

Las labores de la Reunión del Comité Ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana efectuada en abril de 1950 recibieron gran publicidad de parte de la prensa y de la radio de todas las Américas.

Al presente, la Oficina sostiene conferencias periódicas de prensa y está estudiando métodos para desarrollar procedimientos rutinarios que permitan uso más extenso de los materiales que produce para estimular la comprensión del público y el reconocimiento de las necesidades de salubridad y de los programas desarrollados por ella en cooperación con los Gobiernos Miembros para satisfacer esas necesidades.

La Oficina ha desarrollado relaciones de trabajo muy estrechas con las Naciones Unidas en Lake Success con el objeto de utilizar los numerosos medios y servicios de dicha organización para difundir información originada en la Oficina. Los organismos de las Naciones Unidas dedicados a la difusión continental y mundial de noticias, emisiones de radio, y películas, han sido sumamente útiles. Los centros de información en Washington y en varias capitales latinoamericanas también han cooperado y ayudado a promover la información sobre el trabajo de la Oficina.

Los organismos especializados de las Naciones Unidas, especialmente la Organización para la Agricultura y la Alimentación con sede en Washington y con la cual la Oficina también está cultivando relaciones mutuas de trabajo, han cooperado muy gustosamente, poniendo a su disposición servicios y equipos tales como los necesarios para la grabación de discos destinados a la radiodifusión.

La Oficina ha tomado medidas especiales para aumentar el uso regular de su material de información en publicaciones escolares, y periódicos distribuidos en las escuelas.

Además de distribuir información sobre sus labores, la Oficina actúa como centro para la difusión de informes sobre el trabajo y programas de la Organización Mundial de la Salud, en su carácter de Oficina Regional de la misma. Utilizando los mismos medios la Oficina distribuye informes sobre la Organización Mundial de la Salud recibidos de Ginebra y Lake Success en todas las Américas.

Vale la pena mencionar especialmente la función de la Oficina en la propaganda acordada al Día Mundial de la Salud, el 7 de abril. En esta ocasión, suministró numerosos artículos a la prensa, escuelas y organizaciones de todo el continente. También hizo los arreglos necesarios para una serie de radiodifusiones, promovió festejos y organizó exposiciones.

La Oficina posee muchas pruebas de la creciente efectividad de su trabajo en la educación del público.

El volumen de las solicitudes recibidas diariamente, por escrito y por teléfono, sobre el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la Organización Mundial de la Salud, aumenta rápidamente. Existe también gran demanda de programas de radiodifusión.

Los corresponsales de los diarios visitan regularmente la Oficina para obtener informes sobre sus labores. Como consecuencia de los muchos pedidos recibidos, la circulación del noticiero de la Organización Mundial de la Salud aumenta constantemente, lo mismo que las solicitudes de oradores. La demanda de material para exposiciones crece más rápidamente de lo que puede satisfacer la Oficina con los medios actuales a su disposición.

El número cada vez mayor de recortes de prensa procedentes de diarios de todas las Américas indica también la constante efectividad del trabajo de la Oficina para darle publicidad a sus actividades.

ADMINISTRACION

XXVII. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

Al aumentar las actividades de la Oficina durante el período 1947 a 1950 se hizo necesario revisar los servicios administrativos

internos. Cada compromiso nuevo para realizar programas profesionales aumentaba las labores administrativas. Fué preciso revisar todos los servicios administrativos auxiliares. La revisión debe ser continua para efectuar ajustes de acuerdo con la expansión de la Oficina.

Mientras la Oficina fué pequeña, los servicios administrativos se derivaban de las actividades de los funcionarios principales y de sus ayudantes con un mínimo de empleados y de labores de secretaría. Cuando se trataba de operaciones más complicadas, se empleaban las facilidades de la Unión Panamericana o se recurría a servicios contractuales.

Específicamente, la organización administrativa cubre lo siguiente:

- a) análisis y revisión del presupuesto;
- b) registro financiero, auditoría, e información;
- c) reclutamiento y procedimientos reglamentarios para el personal;
- d) seguro;
- e) viajes;
- f) estudios de métodos y procedimientos administrativos;
- g) correspondencia, registro, circulación interna y franqueo postal;
- h) materiales y equipo;
- i) uso de adresógrafo y del mimeógrafo, multilith y robotipe, lo mismo que copias fotostáticas;
- j) mantenimiento de servicios generales, edificios y terrenos y
- k) operación de vehículos.

Las funciones anteriormente expuestas tienen que estar relacionadas con las de la Organización Mundial de la Salud con el objeto de mantener condiciones uniformes para todos los empleados y evitar confusión en las operaciones.

Como consecuencia del aumento en las actividades, la ejecución, estudio y preparación de presupuestos se ha convertido en un asunto de carácter permanente. Los requisitos de cada operación individualmente considerada se recopilan, se estudia su costo y se les coteja y analiza para establecer las necesidades totales de la Oficina. El Director somete el resultado total al Comité Ejecutivo y al Consejo Directivo, los cuales determinan el presupuesto.

Debido a la magnitud y complejidad de la Organización, es necesario llevar un registro del presupuesto y las asignaciones consiguientes para mantenerse al día sobre el progreso de la erogaciones hechas de acuerdo con el mismo, para uso de la Oficina del Director. Esta información facilita la inversión satisfactoria del presupuesto en curso y ayuda a calcular las necesidades futuras.

Como la Oficina tiene la responsabilidad final de la contabilidad ante la Organización Sanitaria Panamericana, todas las funciones incluyendo el cumplimiento de compromisos económicos, comprobantes, entradas en el registro financiero permanente, informes e intervenciones finales de las cuentas deben ser ejecutadas por ella. La contabilidad de la Oficina es semejante a la de la OMS para facilitar las intervenciones combinadas de las cuentas y evitar confusiones.

El establecimiento por la Oficina Sanitaria Panamericana de un servicio de carrera clasificado obligó a establecer y desarrollar procedimientos adecuados para el personal, tales como registro de medidas que le conciernen, técnicas para el reclutamiento y cesación de servicios, aplicación de reglamentos, clasificación de los cargos y medios de relaciones con los empleados, Anteriormente la mayoría de estos procedimientos dependían de los de la Unión Panamericana. El Comité Ejecutivo y el Consejo Directivo han aprobado nuevas reglas, estatutos y procedimientos para el personal, muy semejantes a las de la Organización Mundial de la Salud. En el Apéndice de este Informe aparecen cuadros en los cuales se puede apreciar que durante el período 1947 a 1950 el personal ha aumentado más de diez veces. Dicho aumento, sumado al establecimiento del servicio de carrera clasificado ha requerido gran incremento de los trabajos relacionados con el personal.

El personal de la Oficina viaja intensamente. Los siguientes datos reflejan la magnitud de sus necesidades en este campo:

	<u>Diciembre de 1949</u>	<u>Abril de 1950</u>
Boletos comprados	39	101
Pasaportes obtenidos	5	10
Visas obtenidas	20	57
Reservaciones de viaje	38	102
Reservaciones en hoteles	6	28

Los datos anteriores incluyen viajes efectuados por el personal combinado de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la Organización Mundial de la Salud y por becarios de ambas organizaciones. Los itinerarios correspondientes a abril de 1950 cubrieron 351,750 millas-pasajero.

Un índice de las actividades de la Oficina es el volumen de su correspondencia. El desarrollo de una organización más compleja y con mayor trabajo ha requerido el uso de procedimientos de administración de documentos para registrar, distribuir, archivar, y despachar la correspondencia de manera ordenada. Los siguientes datos demuestran el aumento de las actividades desde junio de 1949 hasta abril de 1950:

	<u>Junio de 1949</u>	<u>Abril de 1950</u>
Comunicaciones recibidas	7,027	9,317
Comunicaciones despachadas	8,517	22,343
Material recibido y archivado	3,294	8,121

Además hay que incluir ciertas publicaciones regulares de la Oficina entre las que se cuentan el Boletín mensual de la Oficina Sanitaria Panamericana y algunas publicaciones especiales.

Otro índice de las actividades de la Oficina lo constituye el volumen de traducciones efectuadas. La Oficina debe ser multilingüe y, por lo tanto, distribuye comunicaciones en todos los idiomas oficiales de la Región. Normalmente, varias secciones trabajan en diferentes idiomas. Sin embargo, cierto material debe prepararse en distintas lenguas y se le envía para ello a una oficina de traductores. El trabajo de este grupo que, solo hace parte de las traducciones, aumentó de 200 páginas en diciembre de 1949 a 618 en abril de 1950. El incremento de las actividades ha creado la necesidad de ampliar los servicios de todas clases. El mantenimiento de edificios y terrenos, servicio de mensajeros y transporte automóvil se han vuelto tan importantes que la Oficina ya no puede solicitar la ayuda de la Unión Panamericana o de otras organizaciones sino que debe suministrar los suyos propios.

Las funciones de abastecimientos se han discutido en otra parte en conexión con su objetivo principal que es servir a las Naciones Miembros y a los proyectos de campo. Los procedimientos de compras son de carácter administrativo y se emplean también con el objeto de obtener abastecimientos y equipo para las funciones internas de la Oficina de la manera más económica posible. Los procedimientos adquisitivos requieren contactos con las fuentes de abastecimiento, completo conocimiento de las actividades comerciales, de las técnicas para utilizar varios servicios de embalaje y la solución de problemas de importación y exportación. Aunque los servicios administrativos quizás ofrezcan poco incentivo, ellos hacen posible las extensas actividades profesionales de la Oficina.

Resumen y Conclusiones

Se ha hecho un resumen de la evolución de las labores internacionales de salubridad verificadas durante los cien años transcurridos desde la primera Conferencia Internacional de Salubridad de París en 1851, llamándose la atención a la multiplicidad de organizaciones, nacionales e internacionales, regionales y mundiales, actualmente activas en ese campo que, en último análisis, se mantienen por contribuciones procedentes de las mismas fuentes gubernamentales. Los años que han seguido a la Segunda Guerra Mundial se distinguen por el gran interés suscitado en todas partes en pro de la salud internacional y por la aceptación de un nuevo concepto sobre la magnitud de la actividad de las organizaciones internacionales de salubridad. La revolución

industrial y el transporte a vapor del Siglo XIX fomentaron la colaboración internacional para el intercambio de información epidemiológica y la aplicación de medidas estandar de cuarentena; la segunda Guerra Mundial y el rápido transporte aéreo han provocado un reconocimiento de la importancia internacional de atacar la enfermedad epidémica donde quiera que se la encuentre y de mejorar la salud pública como una medida para desarrollar la vida económica y social de las naciones.

Afortunadamente, la Carta de la Organización Mundial de la Salud, organismo especializado de las Naciones Unidas creado en 1946, a pesar de que estipula la absorción de la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones, del Office International d'Hygiène Publique y de las actividades de salubridad de la Administración de Ayuda y Rehabilitación de las Naciones Unidas, establece la integración de sus futuras actividades en las Américas con las de la Organización Sanitaria Panamericana. Esta disposición dió lugar a la redacción de una Constitución para la Organización Sanitaria Panamericana en 1947, específicamente adaptada a la necesidad de trabajar con la Organización Mundial de la Salud.

En mayo de 1949, se firmó el Acuerdo entre las dos Organizaciones en virtud del cual la Oficina Sanitaria Panamericana comenzó a funcionar como Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en las Américas y el Consejo Directivo como Comité Regional de la misma Organización.

En mayo de 1950 se llegó a un Acuerdo con la Organización de los Estados Americanos, el cual estableció la posición de la Oficina como organismo especializado del sistema panamericano, reconociendo al mismo tiempo su libertad de acción para actuar como Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

Estos convenios represental el primer caso en que se haya efectuado un acuerdo completo para la colaboración de un organismo especializado de las Naciones Unidas con un organismo especializado de la Organización de los Estados Americanos. Dado que diecinueve de los veintiún estados miembros de la Organización Sanitaria Panamericana pertenecen a la Organización Mundial de la Salud y contribuyen al mantenimiento de ambas, es evidente que el programa para las Américas debe ser tal que la ejecución de labores sufragadas por una de las fuentes, complemente el trabajo costeadó por la otra.

Un feliz resultado del acuerdo entre la Organización Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud fué el arreglo para obtener la plena participación de los gobiernos de los territorios americanos sin gobierno propio en el programa regional de la Oficina.

La Oficina ha colaborado en la preparación de planes para proyectos a ejecutar en varios países, en los que se emplean abastecimientos procedentes del Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas y, más tarde, actuando como Oficina Regional de la

Organización Mundial de la Salud suministra orientación técnica para los mismos programas.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Sanitaria Panamericana se ocupan actualmente, en la preparación de proyectos que serán sufragados con fondos de ayuda técnica asignados por las Naciones Unidas y por la Organización de los Estados Americanos.

Durante el período entre Conferencias, la Oficina ha sido completamente reorganizada y cuenta, por primera vez, con su propio personal internacional valiéndose de la misma escala de salarios para todas las nacionalidades y págandolos con fondos propios.

Bajo la nueva Constitución, las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana están sujetas a la vigilancia del Consejo Directivo y del Comité Ejecutivo que se han reunido con regularidad para discutir su política y programa y votar contribuciones para el mantenimiento de la Oficina. El método para la distribución de las cuotas que anteriormente había sido fijado en una cifra constante per capita se basa a partir de 1949 en un porcentaje del presupuesto aprobado para cada Estado Miembro, de acuerdo con la fórmula adoptada por la Organización de los Estados Americanos, basada en la población y en la capacidad económica.

La angustiosa situación económica de 1948-1949 se solucionó gracias a las generosas contribuciones suplementarias de Brasil, Chile, la República Dominicana, México, El Salvador y Venezuela.

Las dificultades creadas por la tentativa de coordinar los gastos durante un año fiscal determinado, con el presupuesto para ese mismo año y con los fondos contribuidos por los Estados Miembros durante el año anterior han sido descritas anteriormente, llamándose la atención a la necesidad de tomar alguna medida para llevar los fondos disponibles al nivel de los gastos aprobados.

La Oficina ha trabajado bajo serios inconvenientes sin un local adecuado. La necesidad de una sede permanente en Washington o en otra parte, según lo determina la XIII Conferencia es urgente.

La descentralización de las actividades de la Oficina a las oficinas de campo ha sido retardada debido a dificultades económicas y de personal pero, sin embargo, continúa progresando.

Se ha descubierto que existe alguna mala interpretación sobre las funciones y posibilidades de la Oficina. El Director ha presentado una declaración de política y principios que afectan a los programas de la Oficina para consideración de los Delegados de los Estados Miembros. Dicha declaración representa la opinión del Director más bien que una limitación oficial al programa. Al someter nuestras observaciones sobre las actividades de la Oficina durante período 1947-1950 ha sido muy difícil presentar una imagen clara y definida

de la labor exacta efectuada por la misma. Es mucho más fácil describir programas de acción definida que aquellos trabajos en los cuales sólo se han suministrado cooperación en forma de servicios de asesor o consulta, a menudo incidental o extraoficialmente. Esto explicará hasta cierto grado la larga declaración sobre el programa para la erradicación del Aedes aegypti en comparación con otros proyectos.

El desarrollo del programa de la Oficina no ha sido uniforme y ha dependido hasta cierto punto de la disponibilidad de personal y de fondos. Como ejemplo de programas relativamente activos se pueden citar los de erradicación del Aedes aegypti y los de becas, enfermería, salubridad pública veterinaria, y los relacionados con algunas enfermedades transmisibles: viruela, tuberculosis, enfermedades venéreas, tos ferina.

El presente informe refleja la observación de que el disponer de fondos no causa de inmediato el desarrollo de un programa internacional de salubridad en gran escala. El personal para las labores internacionales de salubridad no se puede improvisar sino se debe seleccionar con gran cuidado y ofrecerle oportunidad para que se adapte a la tarea antes de darle plena responsabilidad.

La relación sobre las actividades de la Oficina, contenida en este informe, debe considerarse como índice de futuras oportunidades, más bien que como medida de lo que puede hacerse en las labores interamericanas de salubridad. Hoy día existe un buen núcleo de personal profesional bien preparado en la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, capaz de utilizar los fondos que les corresponda vigilar para rendir máximo beneficio, sea que tales fondos procedan del presupuesto de la Oficina, o del de la Organización Mundial de la Salud, del Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas, de los fondos de ayuda técnica, o de gobiernos individuales o de fundaciones particulares.

La Oficina ha recibido el apoyo extraordinario de los Estados Unidos de América y de los Estados Unidos de Brasil para ciertos proyectos especiales que se extendían más allá de sus propias fronteras.

En conclusión, debe decirse que la experiencia demuestra que no basta controlar la propágación de las enfermedades, es necesario erradicarlas en su origen, lo cual sólo puede hacerse uniendo los esfuerzos internacionales para mejorar los estándares de salud por medio de la acción conjunta.

APENDICES

al

Informe del Director

de la

Oficina Sanitaria Panamericana

1947 - 1950

	Pagina
Acuerdo entre la Organizacion Mundial de la Salud y la Organización Sanitaria Panamericana.....	iii
Ratificacion de la Constitucion de la Organizacion Mundial de la Salud por Países Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana.....	vi
Acuerdo entre el Consejo de la Organizacion de los Estados Americanos y el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana.....	vii
Conferencias.....	xii
Enfermeria.....	xxiii
Suministros.....	xxiv
Becas.....	xxviii
Fiebre Amarilla.....	xxxvi
Peste.....	xxxvii
Viruela.....	xxxviii
Tifo.....	xxxix
Enfermedades Venereas.....	xl
Oncocercosis.....	xli
Malaria.....	xlii
Esquistosomiasis.....	xliii
Editorial.....	xliv
Personal.....	l
Asuntos Financieros.....	lix

Appendices (cont)

	Pagina
Cuadro Funcional	lxxiv
Acuerdo Sanitario Panamericano entre Uruguay, Argentina, Brasil y Paraguay	lxxv

**ACUERDO ENTRE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
Y LA ORGANIZACIÓN SANITARIA PANAMERICANA**

CONSIDERANDO que el Capítulo XI de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud dispone que la Organización Sanitaria Panamericana, representada por la Oficina Sanitaria Panamericana y las Conferencias Sanitarias Panamericanas, será integrada a su debido tiempo en la Organización Mundial de la Salud, y que dicha integración se efectuará tan pronto como sea factible mediante acción común basada en el mutuo consentimiento de las autoridades competentes, expresado por medio de las organizaciones interesadas; y

CONSIDERANDO que la Organización Mundial de la Salud y la Organización Sanitaria Panamericana han convenido en que las medidas para poner en efecto aquella disposición, en virtud de un acuerdo, habrán de tomarse cuando por lo menos catorce países americanos hayan ratificado la Constitución de la Organización Mundial de la Salud; y

CONSIDERANDO que esta condición se cumplió el veintidós de abril de 1949,

Por la Presente Acuérdate lo Siguiente:

Artículo 1

Los Estados y Territorios del Hemisferio Occidental forman la zona geográfica de una organización regional de la Organización Mundial de la Salud, de acuerdo con lo provisto en el Capítulo XI de su Constitución.

Artículo 2

La Conferencia Sanitaria Panamericana, por intermedio del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana, y la Oficina Sanitaria Panamericana servirán, respectivamente, como el Comité Regional y la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en el Hemisferio Occidental dentro de los términos de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Siguiendo la tradición, ambos organismos mantendrán sus nombres respectivos, a los cuales se agregará "Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud" y "Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud," respectivamente.

Artículo 3

La Conferencia Sanitaria Panamericana podrá adoptar y promover convenciones y programas sanitarios en el Hemisferio Occidental, siempre que tales convenciones y programas sean compatibles con la política y programas de la Organización Mundial de la Salud, y sean financiados por separado.

Artículo 4

Cuando el presente acuerdo entre en vigencia, el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana asumirá, con sujeción a las disposi-

ciones del Artículo 2, el cargo de Director Regional de la Organización Mundial de la Salud hasta el final del período para el que fué electo. En lo sucesivo, el Director Regional será nombrado de acuerdo a lo dispuesto en los Artículos 49 y 52 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

Artículo 5

De acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 51 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, el Director General de la Organización Mundial de la Salud recibirá del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana información completa sobre la administración y funcionamiento de la Oficina Sanitaria Panamericana como Oficina Regional para el Hemisferio Occidental.

Artículo 6

Una proporción suficiente del presupuesto de la Organización Mundial de la Salud será destinada al trabajo regional.

Artículo 7

Los proyectos anuales de presupuesto para los gastos de la Oficina Sanitaria Panamericana como Oficina Regional para el Hemisferio Occidental serán preparados por el Director Regional y sometidos al Director General para su consideración en la preparación de los proyectos anuales de presupuesto de la Organización Mundial de la Salud.

Artículo 8

Los fondos destinados a la Oficina Sanitaria Panamericana, como Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, procedentes del presupuesto de la Organización Mundial de la Salud, serán manejados de acuerdo con la política y procedimientos financieros de la Organización Mundial de la Salud.

Artículo 9

Este acuerdo puede ser suplementado con el consentimiento de ambas partes, a iniciativa de cualquiera de ellas.

Artículo 10

Este acuerdo entrará en vigencia al ser aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud y firmado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, actuando en representación de la Conferencia Sanitaria Panamericana, siempre que catorce de las Repúblicas Americanas hayan depositado en esa fecha sus instrumentos de aceptación de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

Artículo 11

En caso de dudas o dificultad para la interpretación, regirá el texto inglés.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL este Acuerdo fué hecho y firmado en Washington, D.C., el día 24 de mayo de mil novecientos cuarenta y nueve, en cuatro ejemplares, dos en inglés y dos en francés.

Por la Organización Mundial de la
Salud

Brock Chisholm
Director-General

Por la Conferencia Sanitaria
Panamericana

Fred L. Soper
Director

"Acuerdo con la Organización Sanitaria Panamericana*

La Segunda Asamblea Mundial de la Salud,
Actuando en cumplimiento del Capítulo XI de la Constitución de
la Organización Mundial de la Salud,
APRUEBA el Acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la
Organización Sanitaria Panamericana, firmado en Washington por el
Director General de la Organización Mundial de la Salud y el Director
de la Organización Sanitaria Panamericana, el día 24 de mayo de 1949;
DECLARA que dicho Acuerdo entrará en vigor a partir del primero de
julio de 1949."

*Este acuerdo fué aprobado mediante la siguiente resolución adop-
tada en la décima sesión plenaria de la Segunda Asamblea Mundial de
la Salud, que tuvo efecto en Roma, en junio de 1949.

RATIFICACION DE LA CONSTITUCION DE LA ORGANIZACION MUNDIAL
DE LA SALUD

POR

PAISES MIEMBROS DE LA ORGANIZACION SANITARIA PANAMERICANA

(Firmada en la Ciudad de Nueva York el 22 de julio
de 1946)

Haití.....	Agosto 12, 1947
México.....	Abril 7, 1948
Brasil.....	Junio 2, 1948
Republica Dominicana.....	Junio 21, 1948
Estados Unidos.....	Junio 21, 1948
El Salvador.....	Junio 22, 1948
Venezuela.....	Julio 7, 1948
Chile.....	Octubre 15, 1948
Argentina.....	Octubre 22, 1948
Paraguay.....	Enero 4, 1949
Ecuador.....	Marzo 1, 1949
Costa Rica.....	Marzo 17, 1949
Honduras.....	Abril 8, 1949
Uruguay.....	Abril 22, 1949
Guatemala.....	Agosto 26, 1949
Peru.....	Noviembre 11, 1949
Bolivia.....	Diciembre 23, 1949
Nicaragua.....	Abril 24, 1950
Cuba.....	Mayo 9, 1950

**ACUERDO
ENTRE EL
CONSEJO DE LA ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS
Y EL
CONSEJO DIRECTIVO DE LA ORGANIZACION SANITARIA PANAMERICANA**

POR CUANTO:

La Carta de la Organización de los Estados Americanos dispone que corresponde al Consejo de la Organización "celebrar acuerdos con los Organismos Especializados Interamericanos para determinar las relaciones que deben existir entre el respectivo organismo y la Organización", y define los terminos que deben incluirse en tales acuerdos;

La Resolución III de la Novena Conferencia Internacional Americana autorizo al Consejo de la Organización de los Estados Americanos a realizar un examen completo de la situación y actividades de los Organismos Interamericanos y a tomar ciertas medidas, según el caso;

La Resolución adoptada por el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana, en 1947, autorizo al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana para que, de acuerdo con el Director General de la Unión Panamericana, estudiara y proyectara las medidas correspondientes al mantenimiento de estrechas relaciones entre ambos organismos;

El Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana, en la Tercera Reunión efectuada en Lima en octubre de 1949, acordo en su Resolución XI, inciso 6, "autorizar al Comité Ejecutivo para que de su aprobación final, en nombre de la Organización Sanitaria Panamericana, a un acuerdo con la Organización de los Estados Americanos"; y

Habiendo el Comité Ejecutivo aprobado en su Decima Reunión el proyecto del mencionado acuerdo,

POR TANTO:

El Consejo de la Organización de los Estados Americanos y el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana han convenido en el siguiente Acuerdo:

I

La Organización Sanitaria Panamericana es reconocida como un Organismo Especializado Interamericano.

II

La Organización Sanitaria Panamericana actúa como organismo regional de la Organización Mundial de la Salud en el Hemisferio Occidental.

III

La Organización Sanitaria Panamericana continuara disfrutando de la mas amplia autonomia en la realizacion de sus objetivos. dentro de los limites de los instrumentos que la rijan. En todo caso. la Organización Sanitaria Panamericana. por medio de sus Organos competentes. debera tomar en consideracion las recomendaciones que le formule el Consejo de la Organización de los Estados Americanos. de conformidad con los terminos de la Carta de dicha Organización.

IV

La Organización Sanitaria Panamericana prestara asesoramiento tecnico en materia de salubridad publica y asistencia medica. al Consejo de la Organización de los Estados Americanos. a sus Organos y a la Union Panamericana. a solicitud de estos.

V

El Consejo de la Organización de los Estados Americanos. sus Organos y la Union Panamericana consultaran con la Organización Sanitaria Panamericana sobre todos los asuntos de salubridad publica y asistencia medica que fueren elevados a la consideracion de los primeros.

VI

El Consejo de la Organización de los Estados Americanos podra enviar observadores. con voz pero sin voto. a la Conferencia Sanitaria Panamericana. a las reuniones del Consejo Directivo y del Comité Ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana y a otras reuniones técnicas celebradas o patrocinadas por la Organización Sanitaria Panamericana.

VII

La Organización Sanitaria Panamericana podra enviar observadores. con voz pero sin voto. a la Conferencia Interamericana asi como a las reuniones de los Organos y de las Comisiones del Consejo de la Organización de los Estados Americanos cuando en ellas se traten asuntos de interés para la Organización Sanitaria Panamericana.

VIII

El Consejo de la Organización de los Estados Americanos y la Organización Sanitaria Panamericana podran recomendarse. entre si. temas para inclusion en la agenda de cualesquiera de las conferencias y reuniones mencionadas en los Articulos precedentes.

IX

La Organización Sanitaria Panamericana preparara los programas y reglamentos de la Conferencia Sanitaria Panamericana. a la cual se le reconoce el status de Conferencia Especializada. y podra promover o patrocinar otras reuniones tecnicas sobre salubridad publica medicina y ciencias afines que estimare convenientes. Estas reuniones tecnicas tendran el status de Conferencias Especializadas Interamericanas unicamente cuando sean convocadas de acuerdo con lo previsto en el Articulo 93 de la Carta de la Organización de los

Estados Americanos.

La Oficina Sanitaria Panamericana y la Union Panamericana se mantendrán mutuamente informadas, para los fines correspondientes, de toda iniciativa que se tomare para efectuar conferencias especializadas interamericanas u otras reuniones interamericanas en dichos campos.

X

La Oficina Sanitaria Panamericana comunicara al Consejo de la Organizacion de los Estados Americanos las fechas en que se proyecte celebrar la Conferencia Sanitaria Panamericana, las reuniones del Consejo Directivo y del Comite Ejecutivo y otras reuniones tecnicas que la Organizacion Sanitaria convocare o patrocinare a fin de que el Consejo de la Organizacion de los Estados Americanos pueda hacer las observaciones que juzgare oportunas, con miras a coordinar las fechas de dichas reuniones con las de otras Conferencias. Los programas y reglamentos de tales reuniones seran enviados al Consejo de la Organizacion de los Estados Americanos para su informacion.

XI

La Union Panamericana transmitira a los Estados Miembros de la Organizacion de los Estados Americanos la convocatoria hecha por la Oficina Sanitaria Panamericana de la Conferencia Sanitaria Panamericana y de otras conferencias especializadas interamericanas que celebrare o patrocinare la Organizacion Sanitaria Panamericana.

XII

La Union Panamericana y la Oficina Sanitaria Panamericana mantendran un amplio intercambio de informaciones, publicaciones y documentos.

XIII

La Organizacion Sanitaria Panamericana, por medio de su organo competente, dara a conocer al Consejo de la Organizacion de los Estados Americanos el proyecto de presupuesto preparado por el Comité Ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana para el siguiente año fiscal, luego que dicho proyecto esté listo, si es posible antes del 15 de septiembre.

XIV

La Union Panamericana comunicara a los Gobiernos el presupuesto aprobado por el Consejo Directivo de la Organizacion Sanitaria Panamericana, junto con una relacion de la cuota que a cada Gobierno le corresponda aportar para el sostenimiento de la Oficina.

XV

La Union Panamericana y la Oficina Sanitaria Panamericana cooperaran hasta donde sea posible, en la contratación y en el establecimiento de normas de remuneracion del personal, en el intercambio y reglamentacion del personal, y en el uso reciproco de equipos, instalaciones y servicios.

XVI

El Secretario General de la Organización de los Estados Americanos y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana podrán hacer los arreglos administrativos correspondientes entre la Unión Panamericana y la Oficina Sanitaria Panamericana, con respecto al recibo y desembolso de fondos, al personal, a los servicios bibliotecarios, y a la utilización de locales e equipos, instalaciones y servicios.

XVII

Quedara a opción de la Oficina Sanitaria Panamericana la inclusión de sus empleados en el Fondo de Jubilaciones y Pensiones de la Unión Panamericana, de conformidad con el plan que gobierna su administración.

XVIII

La Oficina Sanitaria Panamericana enviara anualmente al Consejo de la Organización de los Estados Americanos un informe sobre el desarrollo de las actividades de la Organización Sanitaria Panamericana. Dicho informe contendra un relato de las actividades emprendidas durante el año anterior, así como de las operaciones financieras.

XIX

Cuando vaya a ser sometido a los organos competentes de la Organización Sanitaria Panamericana un proyecto que implique cambios substanciales en su estructura o en sus bases financieras, le sera comunicado con anticipación y en la debida oportunidad al Consejo de la Organización de los Estados Americanos.

XX

El presente Acuerdo entrara en vigor en la fecha en que sea firmado por el representante autorizado del Consejo de la Organización de los Estados Americanos y por el representante autorizado del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana.

XXI

Este Acuerdo puede ser modificado por convenio mutuo entre el Consejo de la Organización de los Estados Americanos y el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana, o denunciado, previo aviso de tres meses, por cualquiera de las Partes contratantes.

EN FE DE LO CUAL, el Secretario General de la Organización de los Estados Americanos, representante autorizado del Consejo de la Organización, y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana,

representante autorizado del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana, firman el presente Acuerdo en español e inglés en la Unión Panamericana, Washington, D.C., el día 23 de Mayo de mil novecientos cincuenta.

/F/ Alberto Lleras
Secretario General de la Organización de
los Estados Americanos

/F/ Fred L. Soper
Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

CONFERENCIAS

Reuniones de la Organización Convocadas por la Oficina Sanitaria Panamericana

<u>Fecha</u>	<u>Reunión</u>	<u>Lugar</u>
1947		
Abril 28 - Mayo 3	Primera Reunión del Comité Ejecutivo	Washington, D.C.
Septiembre 22-23	Segunda Reunión del Comité Ejecutivo	Buenos Aires, Argentina
Septiembre 24 - Octubre 2	Primera Reunión del Consejo Directivo	Buenos Aires, Argentina
Octubre 2	Tercera Reunión del Comité Ejecutivo	Buenos Aires, Argentina
1948		
Mayo 3-13	Cuarta Reunión del Comité Ejecutivo	Washington, D.C.
Octubre 1-8	Quinta Reunión del Comité Ejecutivo	México, D.F.
Octubre 8-12	Segunda Reunión del Consejo Directivo	México, D.F.
Octubre 13	Sexta Reunión del Comité Ejecutivo	México, D.F.
1949		
Mayo 23-30	Séptima Reunión del Comité Ejecutivo	Washington, D.C.
Octubre 3-5	Octava Reunión del Comité Ejecutivo	Lima, Perú
Octubre 6-13	Tercera Reunión del Consejo Directivo	Lima, Perú
Octubre 14	Novena Reunión del Comité Ejecutivo	Lima, Perú
1950		
Abril 17-28	Décima Reunión del Comité Ejecutivo	Washington, D.C.

Conferencias y Reuniones organizadas por la Organización Mundial
de la Salud en las cuales ha estado representada la Oficina Sanitaria
Panamericana

1947

Marzo 31 - April 12	Tercera Sesión de la Comisión Interina	Ginebra, Suiza
Marzo 31- Abril 3	(Comisión de Peritos en Control Epidémico Internacional) Grupo de Estudio III-Peste, Tifo y otras enfermedades para las que pueden necesitarse medidas de carácter internacional	Paris, Francia
Abril 12-17	Primera Reunión del Comité de Peritos en Control Epidémico Internacional	Ginebra, Suiza
Mayo 19-25	Comité de Peritos de la OMS para la Malaria	Washington, D.C.
Junio 24-Julio 24	Primera Asamblea Mundial de la Salud	Ginebra, Suiza
Julio 16-28	Primera Reunión del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud	Ginebra, Suiza
Octubre 25- Noviembre 11	Segunda Reunión del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud	Ginebra, Suiza
Noviembre 15-20	Primera Sesión del Comité de Peritos en Cuarentena y Epidemiología Internacional	Ginebra, Suiza
Noviembre 18	Primera Sesión de la Sección de Cuarentena (Comité de Peritos en Cuarentena y Epidemiología Internacional)	Ginebra, Suiza

1949

Abril 12-13	Comité Conjunto de la OMS y UNICEF	Ginebra, Suiza
Junio 13- Julio 2	Segunda Asamblea Mundial de la Salud	Roma, Italia

1949 (cont.)

Julio 8-9	Cuarta Reunión del Consejo Ejecutivo de OMS	Ginebra Suiza
Octubre	Tercera Sesión del Comité de Peritos de la OMS para Enfer- medades Venéreas	Washing D.C.
Diciembre 1-6	Primera Sesión del Grupo de la OMS para Fiebre Amarilla	Ginebra Suiza
Diciembre 5-14	Segunda Sesión del Comité de Peritos en Cuarentena y Epidemiología Internacional	Ginebra Suiza
Diciembre 13	Segunda Sesión de la Sección de Cuarentena (Comité de Peri- tos en Cuarentena y Epidemio- logía Internacional)	Ginebra Suiza

1950

Enero 16	Quinta Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS	Ginebra Suiza
Febrero 20-26	Comité de Peritos de la OMS sobre Enfermería	Ginebra Suiza
Mayo 8-27	Tercera Asamblea Mundial de la Salud	Ginebra Suiza
Junio 1-9	Sexta Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS	Ginebra Suiza

Conferencias Intergubernamentales organizadas por la Oficina
Sanitaria Panamericana

1947

Junio 30 Reunion Fronteriza Sanitaria, Estados Unidos-México Laredo, Texas

1948

Marzo 8-13 Reunion Fronteriza Sanitaria, Argentina-Brasil-Paraguay-Uruguay Montevideo, Uruguay

Marzo 15-20 Reunion Fronteriza Sanitaria, Argentina-Bolivia-Paraguay Salta, Argentina

Octubre 4-7 Sexta Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad México, D.F.

Noviembre 8-12 Reunion Fronteriza Sanitaria, Argentina-Chile. Santiago, Chile

Noviembre 17-26 Segundo Congreso Interamericano de Brucelosis Mendoza y Buenos Aires, Argentina

1949

Febrero 7-10 Mesa Redonda sobre la Oncocercosis Mexico, D.F.

Abril 26 Mesa Redonda sobre el Control de la Rabia, México-Estados Unidos Nogales, Arizona

Julio 11-16 Primera Mesa Redonda Panamericana sobre la Enfermedad de Chagas Tucuman, Argentina

Septiembre 11-18 Primer Congreso Regional de Enfermería San Jose, Costa Rica

Septiembre 26-
Octubre 2 Segundo Congreso Regional de Enfermería Lima, Perú

1950

Abril 10-15 Reunion Fronteriza Sanitaria, Brazil-Colombia-Ecuador-Panamá-Perú-Venezuela Villavicencio, Colombia.

Conferencias y Reuniones Intergubernamentales en las cuales ha estado representada la Oficina Sanitaria Panamericana

1947

Mayo	Primera Asamblea de la Organización de la Aviación Civil Internacional	Montreal, Canadá
Agosto 12-18	Comisión Internacional para el Establecimiento del Instituto Internacional de la Hilea Amazónica	Belem do Para, Brasil
Noviembre 10-21	Conferencia Interamericana sobre Seguro Social (Segunda Sesión)	Rio de Janeiro, Brasil
Diciembre	Reunión Internacional de Peritos en Vivienda en los Trópicos	Caracas, Venezuela

1948

Marzo 30- Mayo 2	Novena Conferencia Internacional de los Estados Americanos	Bogotá, Colombia
Mayo 10-18	Cuartos Congresos Internacionales de Medicina Tropical y Malaria	Washington, D.C.
Abril 3-11	Quinto Congreso Internacional de la Lepra	La Habana, Cuba
Abril 26-29	Segundo Congreso Centroamericano de Enfermedades Venéreas	Guatemala, Guatemala
Junio 7-25	Primera Sesión de la Comisión Económica para América Latina	Santiago, Chile
Julio 18-28	Conferencia de Nutrición para América Latina	Montevideo, Uruguay
Septiembre 5-10	Asamblea General de 1948, de la Unión Internacional Contra las Enfermedades Venéreas	Copenhague, Dinamarca

1949

Febrero 22	Comité de Programa de la UNICEF	Nueva York, Nueva York
Marzo 9-10	Consejo Ejecutivo de la UNICEF	Nueva York, Nueva York
Abril 25- Mayo 7	Cuarta Conferencia de los Estados Miembros de la Organización Internacional del Trabajo	Montevideo, Uruguay

1949 (cont.)

Mayo 29 - Junio 14	Segunda Sesión de la Comisión Económica para América Latina	La Habana, Cuba
Julio 27-Septiembre 3	Seminario de UNESCO para la Educación de Adultos Analfabetos	Rio de Janeiro, Brasil
Agosto 23-Septiembre 2	Reunión Técnica sobre Extensión Agrícola (FAO)	Turrialba, Costa Rica

1950

Mayo 4-7	Tercer Congreso Centroamericano de Enfermedades Venéreas	San Salvador, El Salvador
----------	--	---------------------------

Otras Reuniones Organizadas bajo los Auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana

1947

Junio 20	Quinta Reunion Anual de la Asociacion Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salubridad	Laredo, Texas
----------	--	---------------

1948

Marzo 20-22	Sexta Reunion Anual de la Asociacion Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salubridad	Laredo, Texas Nuevo Laredo, Tamaulipas México
-------------	---	--

1949

Abril 27	Septima Reunion Anual de la Asociacion Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salubridad	Sonora, México
Julio	Reunion de Bioquimicos, Nutriologos Clínicos, Agronomos y Educadores de Nutricion	México, D.F.
Noviembre 11-17	Tercer Congreso Interamericano de Radiología	Santiago, Chile

1950

Febrero 24-25	Primera Reunión Oficial del Comité de Control creado por la Convención Tripartita de Salubridad Fronteriza	Arica, Chile
Abril 12-14	Octava Reunión Anual de la Asociacion Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salubridad	Chihuahua, México

Conferencias y Reuniones no Gubernamentales en las que ha estado representada la Oficina Sanitaria Panamericana

1948

Enero 5-10	Noveno Congreso Panamericano para la Protección de la Infancia	Caracas, Venezuela
Abril 8-14	Primer Congreso Interamericano de Ingeniería Sanitaria	Santiago, Chile
Diciembre 1-8	Primer Congreso Panamericano de Farmacia	Habana, Cuba

1949

Enero 23-29	Octavo Congreso Panamericano de Tuberculosis	México, D.F.
Febrero 14-25	Comité del Instituto Interamericano de Estadística para el Censo de las Américas para 1950	Rio de Janeiro, Brasil
Marzo 25	Subcomité de Credenciales de Médicos Extranjeros-Asociación Médica Americana	Chicago, Illinois
Abril 2	Conferencia de la Asociación Nacional de Tuberculosis con Representantes de Escuelas de Medicina	Nueva York, Nueva York
Abril 30- Mayo 7	Primer Congreso Internacional de Ingeniería Civil	México, D.F.
Mayo 22- Junio 1ro.	Sexta Conferencia de la Asociación Interamericana de Abogados	Detroit, Michigan
Junio 12-16	Conferencia del Consejo Internacional de Enfermeras	Estocolmo, Suecia
Julio 2-9	Segundo Congreso Panamericano de Servicio Social	Rio de Janeiro, Brasil
Noviembre 2-5	Segundo Congreso Panamericano de Pediatría - Reunión de la IX Sección de la Academia Americana de Pediatría	México, D.F.

1950

Enero	Segundo Instituto Interamericano de Estadística	Bogotá, Colombia
Enero 30- Febrero 17	Sexta Conferencia y Seminario sobre Planeamiento y Prácticas de Hospitales	Washington, D.C.
Marzo 16-24	Segundo Congreso Interamericano de Ingeniería Sanitaria	México, D.F.

MEMBERSHIP OF SPECIAL COMMITTEES APPOINTED BY THE DIRECTING COUNCIL
 MIEMBROS DE COMITES ESPECIALES NOMBRADOS POR EL CONSEJO DIRECTIVO

Country Pais	Committee on Agree- ment with WHO Comité de Relaciones con la OMS	Special Committee on Staff Rules Comité Especial de Reglamento del Personal	Sub-Committee on Agreement with the OAS Subcomité de Rela- ciones con la OEA	Committee on Site and Building Comité sobre Sede y Edificio
Argentina	Dr. A. Zwanck			Dr. H. P. Froés
Bolivia				
Brazil	Dr. H. P. Froés			
Colombia				
Costa Rica	Dr. Peña Ch.			
Chile				
Ecuador				
El Salvador			Dr. J. Allwood	
Guatemala				
Haiti				
Honduras				
Mexico	Dr. G. Argil	Dr. J. Zozaya		Dr. J. Zozaya
Nicaragua				
Panama				
Paraguay			Dr. J. Estrella	
Peru				
Rep. Doml- nicana				
United States	Dr. Hyde	Dr. Hyde	Dr. Hyde	Dr. Hyde
Uruguay	Absent			
Venezuela				

ASISTENCIA A LAS REUNIONES DEL CONGEJO DIRECTIVO

PAISES	REUNIONES		
	I Buenos Aires 24 Sept. - 2 Oct. 1947	II México, D.F. 8 - 12 Oct. 1948	III Lima, Peru 6-13 Oct. 1949
ANTILLAS Y GUAYANA FRANCESA			
ANTILLAS HOLANDEAS			
ARGENTINA			
BOLIVIA			
BRASIL			
CANADA			
CHILE			
COLOMBIA			
COSTA RICA			
CUBA			
ECUADOR			
EL SALVADOR			
ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA			
FRANCIA			
GRAN BRETAÑA			
GUATEMALA			
HAITI			
HOLANDA			
HONDURAS			
MEXICO			
NICARAGUA			
PANAMA			
PARAGUAY			
PERU			
REPUBLICA DOMINICANA			
SURINAM			
TERRITORIOS BRITANICOS DE LAS ANTILLAS			
TRINIDAD			
URUGUAY			
VENEZUELA			
ORGANIZACIONES			
COM. ECONOMICA PARA LA AMERICA LATINA			
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD			
ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS			

LEYENDA {  PRESENTE
 AUSENTE

MIEMBROS DEL COMITE EJECUTIVO

PAIS	PERIODOS			
	Desde Enero 1947 Oct. 1947	Desde Oct. 1947 Sep. 1948	Desde Oct. 1948 Sep. 1949	Desde Oct. 1949 Sep. 1950
Argentina				
Bolivia				
Brasil				
Colombia				
Costa Rica				
Cuba				
Chile				
Ecuador				
El Salvador				
Estados Unidos				
Guatemala				
Haiti				
Honduras				
Mexico				
Nicaragua				
Panama				
Paraguay				
Peru				
Rep. Dominicana				
Uruguay				
Venezuela				

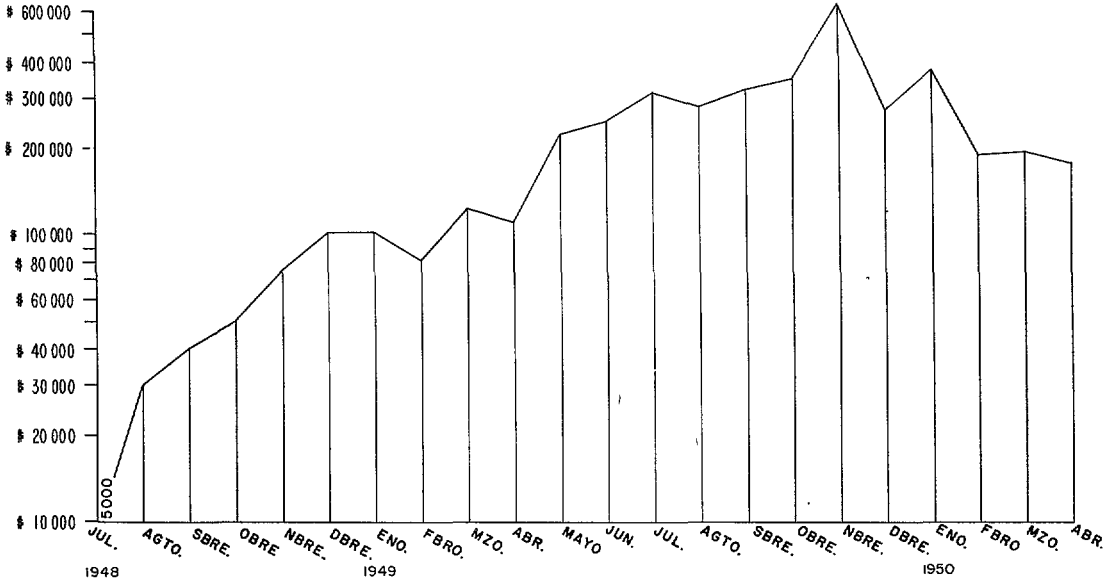
EDUCACION REQUERIDA PARA INGRESAR A LAS ESCUELAS DE ENFERMERIA

Países*	Años de Estudio Requeridos						
	6	7	8	9	10	11	12
	Número de Escuelas						
Argentina	2	-	-	-	1	-	-
Bolivia	-	-	-	1	-	-	-
Brasil	-	-	-	14	-	-	-
Chile	-	-	-	-	-	-	3
Colombia	-	-	-	1	1	-	1
Costa Rica	-	-	1	-	-	-	-
Cuba	-	-	4	-	-	-	-
República Dominicana	-	-	1	-	-	-	-
Ecuador	-	-	-	-	1	-	-
El Salvador	1	-	-	-	-	-	-
Guatemala	1	-	1	-	-	-	-
Haiti	-	-	-	-	1	-	-
Honduras	-	-	-	1	-	-	-
Mexico	-	-	-	4	-	-	-
Nicaragua	-	-	1	-	-	-	-
Panamá	-	-	-	-	1	-	-
Peru	-	-	-	-	-	6	-
Uruguay	-	-	-	-	1	-	-
Venezuela	-	3	-	-	-	-	-
	4	3	8	21	6	6	4

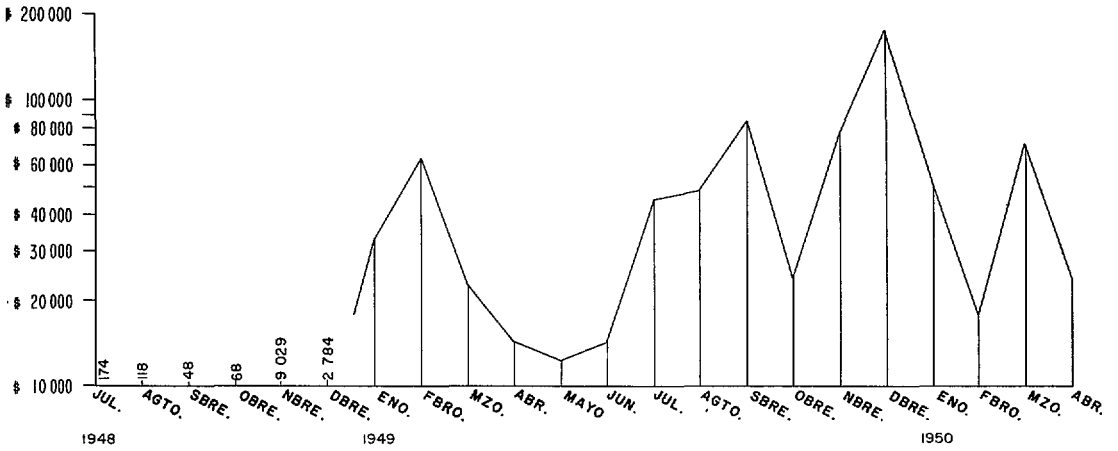
*Paraguay ha sido excluido de este estudio porque no tiene escuelas de enfermería con cursos de tres años. Los Estados Unidos han sido omitidos por razones obvias.

SERVICIO DE SUMINISTROS

CALCULO MENSUAL DE COTIZACIONES

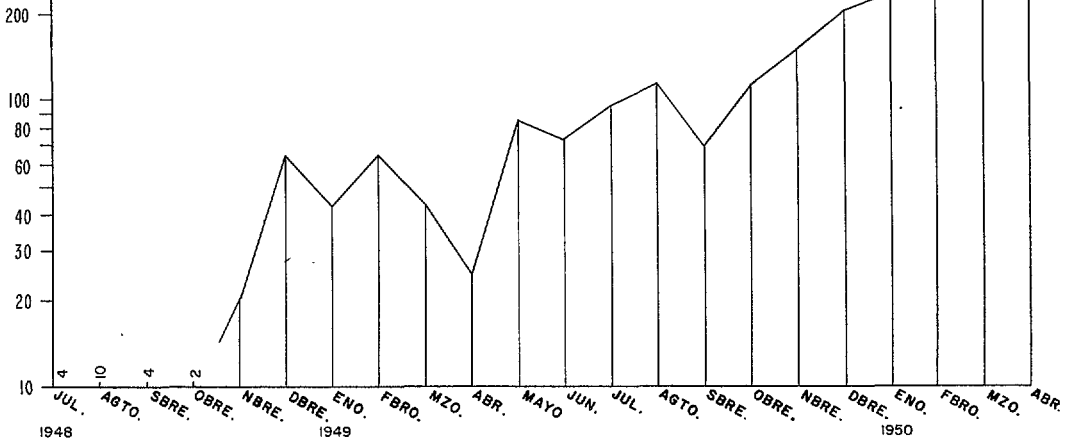


VOLUMEN MENSUAL EN DOLARES



CONTRATOS

NUMERO MENSUAL DE CONTRATOS



SERVICIO DE ABASTECIMIENTO

Julio de 1948 - Abril de 1950

TOTAL DE LOS CONTRATOS EFECTUADOS

Julio a Diciembre de 1948	\$ 12,171.00
Enero a Diciembre de 1949	636,491.00
Enero a Abril de 1950	197,350.00
	<u>\$846,012.00</u>

NUMERO TOTAL DE CONTRATOS

Julio a Diciembre de 1948	106
Enero a Diciembre de 1949	1,096
Enero a Abril de 1950	1,187
	<u>2,389</u>

VALOR EN DOLARES DE LAS COTIZACIONES SOMETIDAS A LOS PAISES MIEMBROS

Julio a Diciembre de 1948	\$ 300,000.00
Enero a Diciembre de 1949	3,045,000.00
Enero a Abril de 1950	945,000.00
	<u>\$4,290,000.00</u>

PAISES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE ABASTECIMIENTOS

DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Julio de 1948 - Abril de 1950

1. Brasil
2. Colombia
3. Costa Rica
4. Ecuador
5. Guatemala
6. Haití
7. México
8. Paraguay
9. Perú
10. El Salvador
11. Uruguay
12. Venezuela
13. Argentina
14. Bolivia
15. Chile
16. Cuba
17. Nicaragua
18. Panamá
19. Surinam
20. Antillas Británicas
21. Canadá
22. República Dominicana
23. Ceilán
24. Irán
25. Nueva Guinea

PAISES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE ABASTECIMIENTOS

DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

OFICINA REGIONAL

DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

1949 - Abril 1950

1. Afganistán
2. Albania
3. Austria
4. Bulgaria
5. Birmania
6. Bielo-Rusia
7. Ceilán
8. China
9. Checoesleavaquia
10. Dinamarca
11. Egipto
12. Finlandia
13. Ginebra (Suiza)
14. Grecia
15. Hungría
16. India
17. Irán
18. Irak
19. Israel
20. Italia
21. Jordania
22. Corea
23. Pakistán
24. Palestina
25. Polonia
26. Singapur
27. Tailandia
28. Turquía
29. Ucrania
30. Yugoeslavia
31. Inglaterra
32. Holanda
33. Líbano
34. Portugal

BECAS y/o SUBSIDIOS OTORGADOS POR LA OSP

MAYO DE 1949 - 30 DE ABRIL DE 1950

Estudios	País de Origen									País donde se Estudia		
	BOLIVIA	BRASIL	CHILE	COSTA RICA	ECUADOR	EL SALVADOR	GUATEMALA	NICARAGUA	PERU		URUGUAY	TOTAL
Enfermedades Entéricas..									1		1	Estados Unidos
Adm. de Hospitales.....		1									1	Estados Unidos
Peste	1										1	Ecuador
Poliomielitis			1								1	Estados Unidos
Salubridad Pública				1							1	Estados Unidos
Enfermería de S.P. *				3	2						5	EE.UU. - Chile
Tisiología										1	1	Estados Unidos
Med. Veterinaria					1						1	Chile
Venéreoología							1				1	Estados Unidos
TOTAL.....	1	1	1	4	3		1		1	1	13	

* (Estudiantes Mujeres - 5) 3 de Costa Rica a los Estados Unidos
2 de Ecuador a Chile

BECAS OTORGADAS POR LA OSP DURANTE MAYO DE 1950

Estudios	País de Origen							País Donde se Estudia	
	BRASIL	CHILE	CUBA	El Salva- dor	ECUADOR	NICARAGUA	URUGUAY		Total
Control de las Enf. Transmisibles...				1				1	EE.UU.-México
Salubridad Pública			3	1	1			5	EE.UU.-Mex.-Chile
Administración de la S.P.*.....				1				1	Estados Unidos
Enfermería de la S.P.*.....						1		1	Estados Unidos
Enseñanza de Enfermería*.....		2						2	Estados Unidos
Ingeniería Sanitaria.....	1							1	Estados Unidos
Tisiología.....	1							1	Estados Unidos
Producción de Vacunas (UNICEF)		1						1	Estados Unidos
TOTAL.....	2	3	3	3	1	1		13	

*(Estudiantes Mujeres - 3) 2 de Chile a los Estados Unidos
1 de Nicaragua a los Estados Unidos

BECARIOS DE LA OMS-OFFICINA SANITARIA PANAMERICANA
 OFICINA REGIONAL DE LAS AMERICAS
 Mayo 1 de 1949 - Abril 30 de 1950

Clase de Estudios	País de Origen																				Total OMS - UNICEF													
	AFGANISTAN	AUSTRIA	BEIGICA	BRASIL	CELAN	CHECOSLOVAQUIA	CHINA	COREA	DINAMARCA	EGIPTO	ETIOPIA	ESTADOS UNIDOS	FILIPINAS	FINLANDIA	FRANCIA	HAITI	INDIA	INGLATERRA	IRAK	IRAN		ISRAEL	ITALIA	LIBANO	MEXICO	NORUEGA	PAQUISTAN	PARAGUAY	POLONIA	PUERTO RICO (E.U.)	SUECIA	TAILANDIA	TURQUIA	VENEZUELA
Bacteriologia e Inmunologia							2	2			1							1																7
Cancerologia							1																											1
Odontologia											1																							1
Alimentos, Drogas y Narcoticos							4																											4
Administracion de Hospitales							4																											4
Higiene Industrial														1																				2
Higiene y Enfermedades Infecciosas							3																											5
Med. Interna y Enfermedades																																		5
Med. Materno-Infantil																																		6
Medicina							3																											5
Salud Materno-Infantil							2																											4
Enfermeria							1																											4
Higiene Mental							4																											8
Nutrition y Dietetica							1																											8
Quirugia Ortopedica y Plastica																																		2
Otorrinolaringologia y Oftalmologia							1																											3
Patologia																																		3
Poliomielitis																																		3
Rehabilitacion Fisica y Terapeutica																																		4
Ocupacional							3																											9
Administracion de Salubridad Publica, etc.							15																											23
Sanamiento e Ingenieria Sanitaria							1																											3
Quirugia (Incluyendo la toracica)							4																											7
Medicina Tropical y Parasitologia							6																											8
Fisiologia							5																											21
Venerologia							1																											18
TOTAL.....	2	6	2	1	3	3	5	8	2	2	4	1	8	1	1	3	5	1	1	1	1	1	1	1	2	3	5	1	8	1	2	6	2	183

*Incluyendo 17 becarios del UNICEF

BECARIOS DE LA OFICINA REGIONAL DE LA
 OMS POR PAISES DE ORIGEN
 (Becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana
 aparecen en lista aparte)

Mayo 1, 1949 - Abril 30, 1950

País de.		Becarios	
Origen	Adiestramiento	Estudiando actualmente	Total
Del extranjero	E.U.A. y Canadá	59	168
Estados Unidos	Europa	2	7
Puerto Rico	Europa	1	1
México	Europa	1	2
Venezuela	Europa	1	1
Estados Unidos	Nueva Zelandia	1	1
Haiti	Guatemala		1
Paraguay	México	1	1
India	Brasil		1
TOTAL.....		<u>66</u>	<u>183</u>

BECARIOS DE LA OFICINA REGIONAL DE LA OMS
 POR CAMPOS DE ESTUDIOS
 (Los Becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana
 aparecen en lista aparte)

Mayo 1, 1949 - Abril 30, 1950

Higiene Materno-Infantil.....	23
Administración de Salud Pública, etc.....	23
Tuberculosis.....	21
Enfermedades Venéreas.....	18
Rehabilitación Física y Terapéutica Ocupacional.....	9
Educación de Enfermería.....	8
Nutrición y Dietética.....	8
Medicina Tropical y Parasitología.....	8
Bacteriología e Inmunología.....	7
Administración de Hospitales.....	7
Cirugía (inclusive la torácica).....	7
Malaria.....	6
Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas.....	5
Higiene Mental	5
Odontología.....	4
Alimentos, Drogas, Narcóticos.....	4
Educación Médica.....	4
Poliomielitis.....	4
Otorrinolaringología y Oftalmología.....	3
Saneamiento de Salud Pública e Ingeniería Sanitaria.....	3
Higiene Industrial.....	2
Cirugía Plástica y Ortopédica.....	2
Cáncer.....	1
Patología.....	1
TOTAL..... (OMS, 166 y UNICEF, 17)	183

Algunas de las Escuelas, Instituciones (y Organizaciones Afiliadas),
etc., a las Cuales se Envían los Becarios de la OSP

Columbia University
Cornell University
Duke University
Frances Payne Bolton School of Nursing (Western Reserve University)
Frontier Nursing Service, Wendover
George Washington Hospital
Harvard University
Hooper Foundation (University of California)
John Hopkins University
Institute of Rehabilitation and Physical Medicine, New York University
Kellogg Foundation
H. Kiefer Hospital
Montreal Neurological Institute
Mayo Clinic
Menninger Clinic
Memorial Hospital, New York
Mercy Hospital, Iowa City
Manhattan ENT Hospital
Mt. Sinai Hospital, New York
Montefiore Hospital
Massachusetts General Hospital
McGill University
National Jewish Hospital at Denver
National Tuberculosis Association
National Infantile Paralysis Foundation, Warm Springs
New York Hospital
New York University, Bellevue Medical Center
New York Visiting Nurses Association
Phipps Institute
Phipps Clinic
Presbyterian Hospital
Purdue University
Rochester Council of Hospitals
Rockefeller Foundation
Seaview Hospital
Simmons College
Skidmore College
St. Elizabeth Hospital
Temple University
Trudeau Society
Tulane University
Tufts College
University of California
University of Chicago
University of Illinois
University of Kansas

University of Minnesota
University of Pennsylvania
University of Montreal
University of Toronto (and School of Nursing)
Vanderbilt University
Western Reserve University
Worcester State Hospital
Washington University School of Medicine (St. Louis)
Yale University (and Yale School of Nursing)

Por Medio del Servicio de Salubridad Pública de los Estados Unidos,
en Laboratorios y Centros tales como:

Army Medical Hospital
Communicable Disease Center, Atlanta
National Institutes of Health
Rocky Mountain Laboratory
State laboratories
State mental hospitals
U.S. Agriculture Station, Beltsville
Tennessee Valley Authority
Veterans Administration

Empresas Privadas, tales como:

Connaught Laboratories
Eli Lilly Company
General Electric
Lederle Laboratories
Merck and Company
Parke Davis
Sharpe and Dohme
Squibbs
Upjohn
Westinghouse

Escuelas y Centros de Enseñanza Incluidos en las Becas Concedidas
por la OSP

Mayo de 1949 - Mayo de 1950

Estados Unidos

United States Public Health Service: Laboratories and Communicable Disease Control Centers (Atlanta, National Institute of Health, Staten Island, etc.)

Rocky Mountain Laboratory

Hospital Training Seminar
State laboratories: Lansing, Michigan; Albany, New York; etc
Children's Hospital, Boston, Massachusetts
Phipps Institute, Philadelphia, Pennsylvania
John Hopkins University
University of California - Hooper Foundation
University of Syracuse - Nursing School

Chile

Universidad de Chile, Escuela de Enfermeras, Escuela de
Salubridad Pública de Santiago

Ecuador

Departamento de Peste

Mexico

Escuela de Salubridad e Higiene, México, D.F.

Centros de Adiestramiento de Serología de las Enfermedades Venéreas
Costa Rica
El Salvador
Guatemala
Honduras
Nicaragua
Panamá

BECADOS POR EL UNICEF*

País de Origen	Número de Becarios	Estudiando Actualmente
India	9	6
Las Filipinas....	5	4
Tailandia.....	<u>3</u>	<u>3</u>
TOTAL	17	13

*Incluidos entre los becarios de la Oficina Regional de la OMS.

ESTUDIANTES MUJERES*

País de Origen	Número de Estudiantes	Estudiando Actualmente
Austria.....	1	1
China.....	9	3
Checoslovaquia..	3	
Etiopía.....	1	
Inglaterra	1	
Finlandia.....	5	2
Francia.....	1	1
India.....	2	2
Pakistán.....	1	1
Las Filipinas....	2	2
Polonia.....	4	1
Suecia.....	2	1
Tailandia.....	<u>3</u>	<u>3</u>
TOTAL.....	35	17

*Incluidas entre las 168 que estudian en los Estados Unidos y el Canadá.



FIEBRE AMARILLA SELVATICA

Lugares donde se han notificado casos de enero 1947 a mayo 1950

FIEBRE AMARILLA SELVÁTICA

Las áreas que se indican en el mapa son aquellas en que se han registrado casos comprobados de fiebre amarilla selvática.

La Oficina Sanitaria Panamericana no ha recibido de Bolivia informes epidemiológicos rutinarios desde 1947, a excepción de los correspondientes a la epidemia de fiebre amarilla selvática ocurrida en los primeros meses de 1950. Se incluyen, sin embargo, datos para 1947 y 1948, tomados de los informes anuales del Servicio Especial de Profilaxia.

PESTE

Las áreas mostradas son aquellas en que ocurrieron casos humanos según comunicaciones hechas a la OSP.

No se han recibido informes de Bolivia para los años 1947 a 1950. La existencia, sin embargo, de un área de peste endémica en ese país es bien conocida.

En 1947, se notificaron 3 casos de peste en las Provincias de Santa Fé y Córdoba, en Argentina. Por no haberse especificado las localidades, la ubicación del área afectada se ha hecho al azar dentro de cada una de esas provincias.

TIFO Y FIEBRE MACULOSA

En este mapa se muestran los Estados, Departamentos o Provincias de cada país, donde ha habido casos de tifo murino o clásico o de fiebre maculosa, según comunicaciones hechas a la OSP. No se pretende indicar las áreas endémicas de estas enfermedades, y es muy probable que algunas de las áreas sombreadas representen casos que se infectaron en otras zonas.

En los informes enviados a la OSP no siempre se hace distinción entre el tifo murino y el exantemático clásico, especialmente cuando coexisten en un país ambos tipos de rickettsiasis. Por consiguiente, y de acuerdo con las notificaciones recibidas, es imposible hacer esta diferenciación en todos los casos.

Los informes del Brasil no siempre distinguen entre tifo murino y fiebre maculosa, empleando el término "tifo exantemático" para ambas rickettsiasis.

No se recibieron informes de Bolivia en donde se sabe que se presentan casos de tifo.

Aunque pueden haber ocurrido casos de fiebre maculosa en las zonas endémicas de México y Colombia, no se hizo notificación de casos a la Oficina Sanitaria Panamericana. Debe agregarse que la fiebre

maculosa no figura en el formulario de notificación de la OSP.

La pequeña zona sombreada de Nicaragua, que debe contener rayas diagonales en vez de horizontales, representa un caso de tifo murino registrado en Managua en 1947.

El Salvador no debe aparecer sombreado en su totalidad, ya que solamente se comunicaron 3 casos de 1947 a 1950, sin que se especificaran los Departamentos en que ocurrieron.

VIRUELA

Este mapa que se basa también en los informes rutinarios recibidos en la OSP, muestra los Estados, Departamentos o Provincias en que ha habido uno o más casos de la enfermedad.

Es muy probable que algunas de las áreas sombreadas representen muy pocos casos de viruela y que éstos se hayan infectado en otras zonas.

No se comunicó ningún caso de Haitini de la República Dominicana, países donde no ha habido viruela desde hace muchos años, ni tampoco de Costa Rica, El Salvador y Honduras.

No se ha establecido diferencia entre la viruela y el alastrim. Para mayor claridad se ha empleado un círculo para indicar las zonas pequeñas donde se ha registrado la enfermedad.

ONCOCERCOSIS

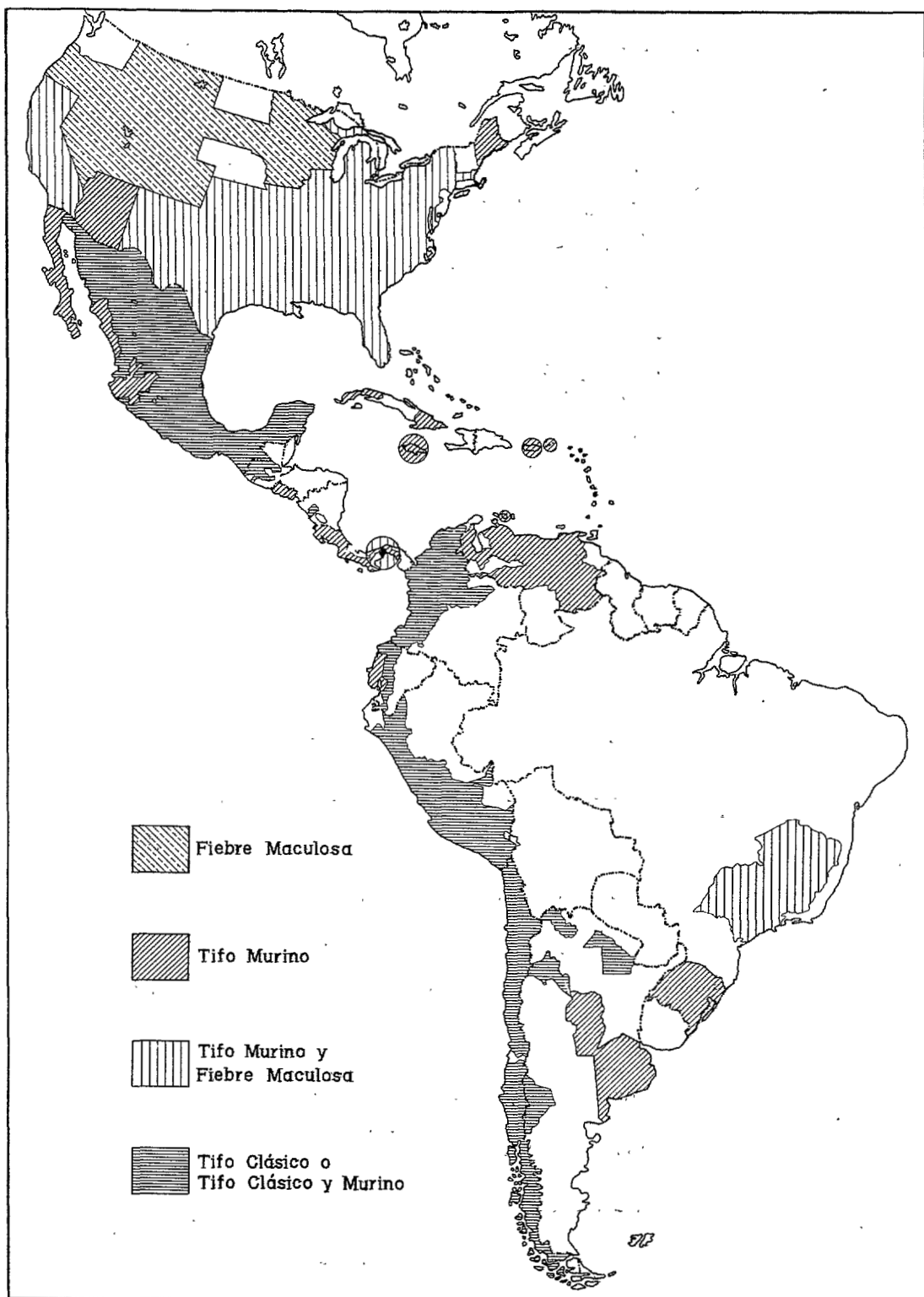
Este mapa no se basa en los informes rutinarios de casos recibidos en la Oficina Sanitaria Panamericana, sino que representa las áreas endémicas conocidas de oncocercosis. El descubrimiento de esta enfermedad en Venezuela es relativamente reciente.

ESQUISTOSOMIASIS

Este mapa muestra las áreas donde se han encontrado casos autóctonos de esquistosomiasis mansoni en las Américas de acuerdo con las informaciones contenidas en la literatura médica y de salud pública. Es posible que se hayan incluido localidades sin suficientes pruebas de la existencia de infección autóctona.



Areas de países americanos donde se han notificado casos de PESTE de enero 1947 a mayo 1950, de acuerdo con los informes recibidos en la Oficina Sanitaria Panamericana



Estados, Departamentos o Provincias de países americanos donde se han notificado casos de TIFO y de FIEBRE MACULOSA de enero 1947 a mayo 1950, de acuerdo con los informes recibidos en la Oficina Sanitaria Panamericana

(Se conoce la existencia de FIEBRE MACULOSA en ciertas áreas de México y Colombia) pero no hay notificación sistemática de casos a la Oficina Sanitaria Panamericana)

CURSOS DE SEROLOGÍA DE ENFERMEDADES VENEREAS

Periodo de Adiestramiento	País de Origen							Total de estudiantes	País donde Se Estudia	Número de Estudiantes Mujeres
	COSTA RICA	EL SALVADOR	GUATEMALA	HAITI	HONDURAS	NICARAGUA	PANAMA			
<u>1949</u>										
Mayo 1 - Junio 10.....	1	1	1		1		1	5	Guatemala	-
Nov. 1 - Dic. 10.....	1	1	2	1	1	1	1	8	GUATEMALA	2
Total.....	2	2	3	1	2	1	2	13		2
<u>1950</u>										
Ene. 20-Feb. 3.....		10						10	EL SALVADOR	-
Feb. 20-Marzo 4.....					6			6	HONDURAS	2
Marzo 13-25.....							11	11	PANAMA	3
Abril 11-21.....							10	10	NICARAGUA	-
Mayo 8 - 19.....	12							12	COSTA RICA	-
Total.....	12	10			6		10	11		5
Grand Total.....								62		7

CURSO SOBRE DIAGNOSTICO DE LA RABIA

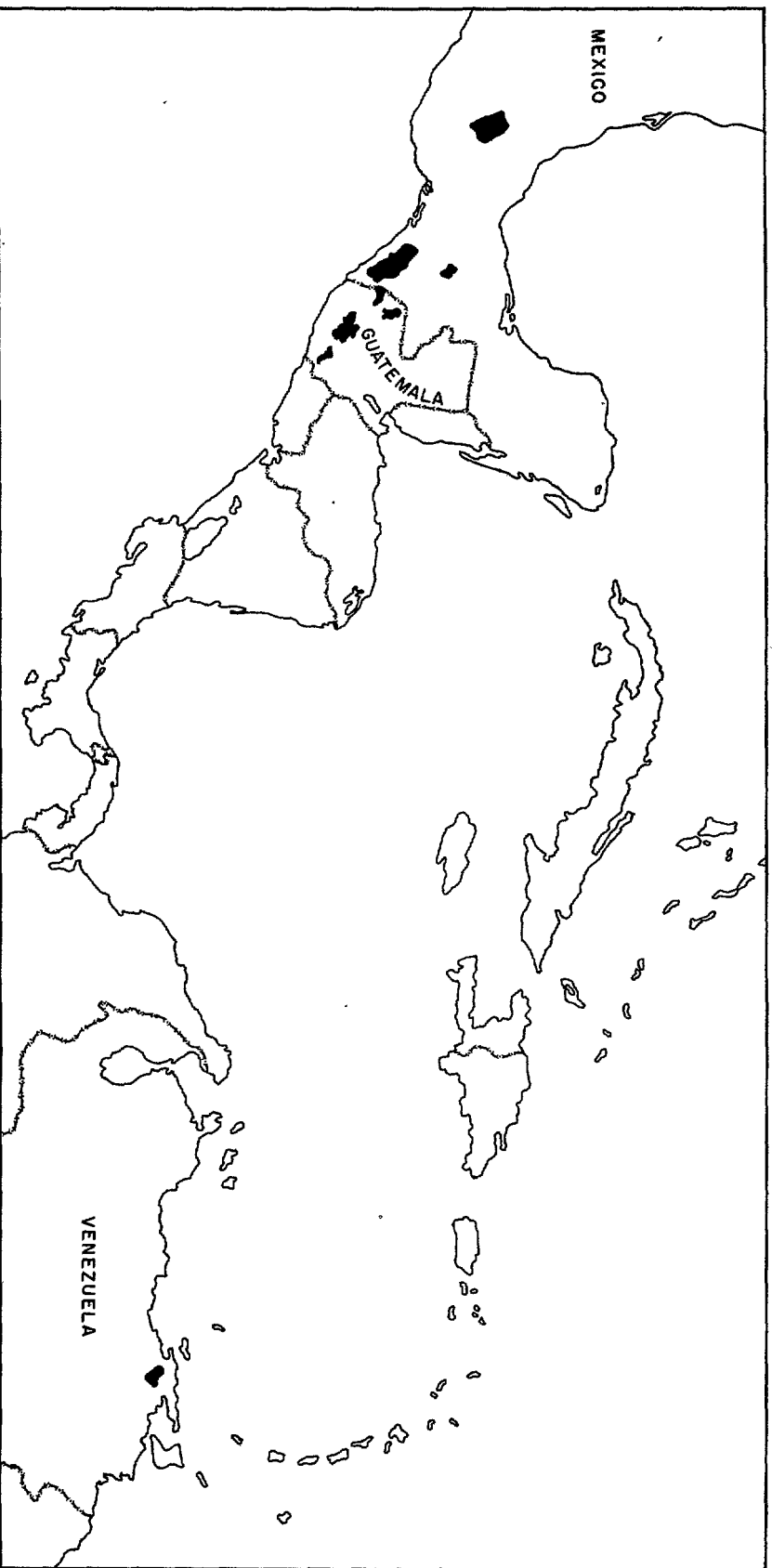
Periodo de Adiestramiento	Número de Estudiantes	Sexo	País de Origen	País donde se Estudia
<u>1949</u>				
Nov. 14-18	4 <u>1</u>	M F	México México	Estados Unidos (CDC Atlanta) Estados Unidos (CDC Atlanta)
Total.....	5			

SEMINARIO DE TRABAJO DE ENFERMERIA *
(sobre los Principios de Enseñanza y de Supervisión)
Santiago, Chile.

Países	Número de Enfermeras
ARGENTINA.....	3
BRASIL.....	4
CHILE.....	2
COLOMBIA.....	2
PANAMA.....	1
PERU.....	2
URUGUAY.....	1

El curso está registrado a la OSPA (el 31 de mayo de 1950) \$7,500.00

El Seminario de Trabajo empezará en julio de 1950 - Curso de 6 semanas



Areas endémicas de ONCOERCOSIS en las Américas

ASISTENTES

AL

CURSO INTERNACIONAL DE MALARIA - MARACAY, VENEZUELA

(Candidatos presentados por medio de la OSP)

PAIS DE ORIGEN	1948 V CURSO	1949 VI CURSO	1950 VII CURSO
BOLIVIA	2	-	
BRASIL	1	-	
COLOMBIA	1	-	
COSTA RICA	-	1	
CUBA	-	1	
REPUBLICA DOMINICANA	-	1	
EL SALVADOR	1	-	(los datos para 1950 están in- completos)
GUATEMALA	-	1	
HAITI	-	1	
MEXICO	1	2	
NICARAGUA	1	1	
PANAMA	1	-	
PARAGUAY	-	1	
PERU	-	1	
	8	10	



Localidades donde la ESQUISTOSOMIASIS MANSONI ha sido encontrada en las Américas

TABLE I
CUADRO I

ORIGINAL ARTICLES PUBLISHED IN THE BULLETIN(*)
ARTICULOS ORIGINALES PUBLICADOS EN EL BOLETIN

Subject; Materia	1947	1948	1949	1950
Bullis Fever; Fiebre de Bullis			1	Six months Seis meses
Cancer; Cáncer		1		
Demography; Demografía			1	
Dentistry; Odontología		1	2	
Diarrheal Diseases; Enfermedades Diarréicas			1	
Epidemiology; Epidemiología			1	
Fellowships; Becas			1	
Foot and Mouth Disease; Fiebre aftosa	1	1		
Health Education; Educación sanitaria	4	2	1	
Hospital Administration; Administración de Hospitales		1		
Histoplasmosis; Histoplasmosis			1	
Hydatidosis; Hidatidosis			3	
Industrial Hygiene; Higiene Industrial		2		
Influenza; Influenza				1
Insecticides; Insecticidas	3	2		
Insects; Insectos	2	6	6	1
International Public Health; Salubridad Internacional				3
Legal Principles; Principios Legales			1	
Leprosy; Lepra			1	
Malaria; Paludismo	1	2	2	1
Meningitis; Meningitis		1		
Mortality in General; Mortalidad General			1	
Mother Child Care; Atención Maternoinfantil	1			
Newcastle Disease; Enfermedad de Newcastle				1
Nursing; Enfermería			7	5
Nutrition; Nutrición	4	2	6	1
Onchocercosis; Oncocercosis	1	1	3	1
Parasitic Diseases; Parasitosis	5	1	6	
Pediatrics; Pediatría			1	
Plague; Peste	1		2	
Poliomyelitis; Poliomiелitis	1	1		
Population Problems; Problemas de Población	1			
Public Health Dentistry; Odontología Sanitaria			1	
Public Health in the American Republics; Sanidad en las Repúblicas Americanas:				
Colombia		1		
Costa Rica	1	2		
Cuba	1			
Chile	1			
Dominican Republic; República Dominicana		1		
Ecuador	1	1		
El Salvador		1		
Honduras	1			
Panama; Panamá		2		
Peru; Perú	2			
United States; Estados Unidos	2			
Venezuela		1		
Rabies; Rabia		1		11
Rickettsial Diseases; Rickettsiosis			1	
Rodenticides; Rodenticidas		2		
Sanitary Engineering; Ingeniería Sanitaria	1	2		1
Sanitary Organization; Organización Sanitaria		7		
Sex Education; Educación Sexual		1		

Table I
Cuadro I

(Continued - Continuación)

	1947	1948	1949	1950
Smallpox; Viruelas	1			
Statistics; Estadísticas				1
Streptomycin; Estreptomina		2		
Tuberculosis; Tuberculosis	2	1		2
Typhus; Tifo	1	4		
Venereal Diseases; Enfermedades Venéreas	1	6	3	1
Veterinary Public Health; Salud Pública Veterinaria		1		
Viral Diseases; Enfermedades Virales		1		
Vital Statistics; Estadística Vital	1			
Water; Agua	2			1

* This list does not include the permanent section of the Bulletin which includes monthly information on Demography, Eradication of Aedes aegypti, Social Welfare, Public Health Administration, and Public Health in general, throughout all the Americas.

Esta lista no incluye la sección permanente del Boletín que ofrece informes mensuales sobre Demografía, Erradicación del Aedes aegypti, Previsión Social, Administración de Salud Pública, y Salubridad general, en todas las Repúblicas Americanas.

TABLE II
CUADRO II.

BULLETIN SUMMARIES OF MEDICAL AND SCIENTIFIC LITERATURE
SUMARIOS DEL BOLETIN SOBRE LITERATURA MEDICA Y CIENTIFICA

	1947	1948	1949	1950
Allergy affections; Afecciones alérgicas			1	
Antibiotics; Antibióticos			1	
Anti-Venereal Campaign; Campaña Antivenérea	1	1	1	
Bartonellosis; Bartonelosis	1			
Blindness; Ceguera	1			
Brucellosis; Brucelosis	2	1	1	1
Cancer; Cáncer	1		1	
Cardiopathies; Cardiopatías	2	1	1	
Cholera; Cólera	1		1	
Deficiency Diseases; Enfermedades Carenciales	1		1	
Dengue; Dengue	1			
Diphtheria; Difteria	1		2	1
Dysentery; Disentería	1	1	1	
Encephalitis; Encefalitis	3		1	
Epidemiology; Epidemiología				1
Flies; Moscas			1	
Food; Alimentación			1	
Food and Nutrition; Alimentación y Nutrición	1			
Gonorrhoea; Blenorragia	1	1	2	1
Granuloma inguinales				1
Helminthiasis; Helmintiasis	1	2	1	
Helminthiasis and Protozoasis; Helmintiasis y Protozoasis				1
Hepatitis	1	1		
Leishmaniasis	1	2	1	1
Leprosy; Lepra	1	2	2	
Lymphogranulomatosis; Linfogranulomatosis		1	1	
Lymphogranuloma venereum; Linfogranuloma venéreo				1
Malaria; Paludismo	2	1	1	
Maternal and Child Health; Higiene Maternoinfantil	2	1	1	
Measles; Sarampión	1			
Meningitis	3	1	1	
Milk; Leche	1		1	
Mosquitoes; Mosquitos	2	1	1	
Mycosis and Dermatitis; Micosis y Dermatitis	1	2	1	
Narcotics; Narcóticos	1		1	
Plague; Peste	3	1		
Poliomyelitis; Poliomiélitis	2	1	1	1
Protozoasis	1	2	1	
Puericulture; Puericultura	2	1	1	
Rabies; Rabia	1	1		1
Respiratory Affections; Afecciones Respiratorias	2		2	1
Rheumatism; Reumatismo	2	1	1	
Scarlet Fever; Fiebre Escarlatina	1		1	
Smallpox; Viruela		1		
Snake and Spider Bites; Picaduras de Serpientes y Arañas	1	1		
Spirochaestosis; Espiroquetosis	1	1	2	1
Syphilis; Sífilis	1	1	2	1
Trachoma; Tracoma	1			
Trachoma and Blindness; Tracoma y Ceguera		1		

TABLE II
CUADRO II.

(Continued - Continuación)

	1947	1948	1949	1950
Trypanosomiasis; Triponosomiasis	1	2	1	1
Tuberculosis		1		
Typhoid Fever; Fiebre Tifoidea	1	1	1	
Typhus and Related Affections; Tifo y Afecciones Afines	3	1	1	
Water; Agua	1	1	1	1
Whooping Cough; Tos Ferina	1	2	1	
Yaws; Pián	1	1		
Yellow Fever; Fiebre Amarilla	1	1		

TABLE III
CUADRO III

MONTHLY DISTRIBUTION OF THE BULLETIN
DISTRIBUCION MENSUAL DEL BOLETIN

Country - País	1947	1948	1949	1950*
Argentina	466	500	605	617
Bolivia	137	131	140	141
Brazil - Brasil	783	806	906	926
Chile	205	266	326	329
Colombia	507	613	653	656
Costa Rica	188	201	204	205
Cuba	207	253	279	284
Dominican Republic República Dominicana	145	151	153	153
Ecuador	216	263	279	280
El Salvador	51	45	93	94
Guatemala	160	166	169	170
Haiti - Haití	38	31	37	38
Honduras	153	153	156	156
Mexico - México	502	482	569	580
Nicaragua	61	61	67	67
Panama - Panamá	171	164	170	171
Paraguay	333	335	340	340
Peru - Perú	256	245	265	270
Puerto Rico	50	46	47	49
United States - Estados Unidos	657	627	690	712
Uruguay	150	138	152	152
Venezuela	398	369	381	396
Other countries - Otros países	166	100	176	193
TOTAL	6,000	6,146	6,857	6,980

*1950 Figures until May 30, 1950
Cifras para 1950 hasta el 30 de mayo de 1950

TABLE IV
CUADRO IV

SPECIAL PUBLICATIONS
PUBLICACIONES ESPECIALES

Title (Título)

Number (Número)

- 232 XII Conferencia Sanitaria Panamericana - Acta Final (1947)
- 233 Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana (1948)
- 234 Serodiagnóstico de la Sífilis (1948)
- 235 Constitution of the Pan American Sanitary Organization (1948)
- 236 Pan American Sanitary Agreements (1948)
- 237 Siphonaptera de la Costa Sur-Occidental de América (1948)
- 238 Día Panamericano de la Salud
- 239 Dia Panamericano de Saúde (1948)
- 240 The Pan American Sanitary Bureau: Its Origin, Development and Achievements.- 1902-1944 (1948)
- 241 Actas de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana (1949)
- 242 Bibliografía de Oncocercosis (1950)
- 243 VI Conferencia de Directores Nacionales de Sanidad (1950)
- 244 Documentos Básicos de la Organización Sanitaria Panamericana (1950)
- 245 Basic Documents of the Pan American Sanitary Organization (1950)
- 246 Informe Final de las Reuniones I, II y III del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana (1950)
- 247 Final Report of the I, II and III Meeting of the Directing Council of the Pan American Sanitary Organization (1950)
- 248 El control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre (1950)
- 249 Manual de Reacciones Serológicas para el Diagnóstico de la Sífilis. (En prensa)
- 250 Diagnóstico y Tratamiento de la Sífilis. (En prensa)
- 251 O Contrôles das Doenças Transmissíveis no Homem

CUADRO A

PERSONAL BAJO DIRECCIÓN
DE LA
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
DISTRIBUCIÓN DEL MISMO DE ACUERDO CON EL ORIGEN DE SUS SUELDOS

(Con exclusión de consultores y personal nombrado por menos de un año)

	Dic. 1946	Dic. 1947	Dic. 1948	Dic. 1949	Abr. 1950
Fondo General de la OSP	32	43	66	142	171
Fondo de la OMS	--	--	--	20	28
Con cargo a Subsidios*	56	41	74	90	110
TOTALES	88	84	140	252	309

* Ver Cuadro B

PERSONAL BAJO VIGILANCIA ADMINISTRATIVA DE LA OFICINA SANTTARIA
PANAMERICANA PAGADO POR SUBSIDIOS*

(Con exclusión de consultores y personal nombrado por menos de un año)

Gobierno o Institución que Concede el Subsidio	Dic. 1946	Dic. 1947	Dic. 1948	Dic. 1949	Abr. 1950
Gobierno del Brasil	-	-	18 (a)	22 (a)	23 (a)
Fondo Commonwealth	1	1	-	-	-
Gobierno de Guatemala	(b)	(b)	(b)	1 (b)	1 (b)
Gobierno de Honduras	-	-	-	-	1
Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá	-	-	-	15	19
Fundación Kellogg	5	-	-	1 (c)	3
Fundación Markle	(d)	(d)	-	-	-
Subsidio Merck	-	-	-	-	1 (e)
Gobierno de México	1 (f)	1 (f)	- (g)	- (g)	- (g)
Gobierno de Paraguay	-	-	-	-	-
Subsidios de la OSP**	-	17	-	-	-
Fundación Rockefeller	-	1	-	-	-
Gobierno de El Salvador	-	-	-	-	3 (h)
Agencias de las Naciones Unidas:					
FAO	-	-	-	-	1
UNICEF	-	-	-	-	2 (1)
Gobierno de los Estados Unidos:					
I.I.A.A.	23	-	-	-	-
USPHS***	24	21	56	51	56 (j)
a) Funcionarios Comisionados	(16)	(9)	(12)	(6)	(6)
b) Civiles	(8)	(12)	(11)	(3)	(3)
c) Personal Local para Programas de Campo	(-)	(-)	(35)	(42)	(47)
Administración de Carreteras Públicas de E.U.A.	(k)	-	-	-	-
Administración de Alimentos en Tiempo de Guerra	2	-	-	-	-
Gobierno de Venezuela	-	-	-	(1)	-
TOTALES	56	41	74	90	110(j)

*

Los subsidios incluyen el suministro de fondos y/o préstamos de servicio del personal de los diversos gobiernos, agencias gubernamentales, fundaciones médicas y organismos independientes, para desempeñar funciones en la dirección técnica o administrativa de la OSP en relación con el desarrollo de los programas específicos de la Oficina. Este cuadro presenta en detalle los subsidios de diverso origen desde diciembre de 1946. Las cifras se basan en los registros de las Secciones de Personal y de Finanzas y Contaduría de la Oficina Sanitaria Panamericana, de la Oficina de Contaduría de la Organización de los Estados Americanos, y de la Sección Fiscal de la USPHS; dichos números son lo más completos posible pero no tienen el propósito de presentar un estado completo, debido a que los registros que contienen estos datos están incompletos.

**

Los subsidios de la Oficina Sanitaria Panamericana fueron proporcionados con el fin de completar los proyectos Bioestadísticos emprendidos por la I.I.A.A., después de agotados los fondos asignados por la I.I.A.A. para este fin, en la primavera de 1947.

Los totales del USPHS incluyen al personal asignado del USPHS y de los Institutos Nacionales de Higiene, así como otros pagados con fondos proporcionados por el Departamento de Estado. Los totales dados para diciembre de 1946, 1947 y 1948 están basados en datos disponibles, pero tal vez no presentan una información completa y exacta.

(a)

El Gobierno del Brasil ha proporcionado los servicios de 18 miembros del personal para el proyecto contra el Aedes aegypti en diciembre de 1948; 22 en diciembre de 1949; y 23 en abril de 1950. Estos empleados reciben una gratificación de los Fondos de la Oficina Sanitaria Panamericana, pero no están inscritos como personal pagado del fondo general de la Oficina Sanitaria Panamericana.

(b)

No incluye personal asignado por el Gobierno de Guatemala para el proyecto local de control del tifo para el cual la Oficina ha suministrado asistencia técnica. Los totales para diciembre de 1949 y abril de 1950 no incluyen 8 funcionarios del Gobierno de Guatemala que reciben asignaciones complementarias del Fondo General de la Oficina Sanitaria Panamericana y del Fondo de INCAP; estos 8 funcionarios aparecen en los totales de personal bajo el Fondo General de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la INCAP.

(c)

Puede haberse incluido personal adicional, pero los datos disponibles muestran sólo un caso de subsidio.

(d)

Los fondos utilizados complementan los Trabajos de Control del Tifo en Guatemala realizados con fondos de la USPHS.

(e)

Empleado pagado en parte por Subsidio Merck y en parte por el Gobierno de El Salvador.

(f)

Según indican los registros, los fondos complementarios fueron suministrados por la Fundación Kellogg y por la Oficina Sanitaria Paname-ricana.

(g)

El Gobierno de Paraguay ha suministrado un fondo especial de aproximadamente \$ 120,000 (Moneda de Paraguay), equivalente a \$15,000.00 (Moneda de E.U.A.), todos los años a partir de 1948, para cooperar al Programa de Erradicación del Aedes aegypti en Paraguay. Parte de este dinero ha sido utilizado para abonar gastos locales de médicos y funcionarios sanitarios del Brasil los cuales prestan servicios de ayuda técnica en Paraguay; el resto de estos fondos se ha aplicado a otros gastos que incluyen en parte el pago de personal del Gobierno de Paraguay asignado al programa. En 1948 el personal del Gobierno nombrado para el programa consistía de 51 personas; en 1949, 61; y en abril de 1950, 92.

(h)

No incluye un empleado cuyo sueldo abona en parte el Gobierno de El Salvador y en parte el Subsidio Merck.

(i)

Incluye un empleado pagado en parte por la UNICEF y en parte por la FAO.

(j)

El Proyecto de Malaria (USPHS) en Guatemala se discontinuará en junio de 1950 lo que reducirá en total 3 especialistas y 19 empleados locales, así como 3 funcionarios comisionados.

(k)

El programa relacionado con la Carretera Panamericana fué discontinuado en junio de 1946. En dicho programa se empleaba un número apreciable de médicos, ingenieros sanitarios y personal no profesional.

(l)

Durante 4 meses en 1949, el Gobierno de Venezuela abonó cantidades complementarias a 5 empleados del programa contra el Aedes aegypti dedicados a las actividades de control en Venezuela.

CUADRO C

PERSONAL BAJO LA DIRECCION DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
 POR LUGARES DE EMPLEO CON FECHA 30 DE ABRIL DE 1950
 (Con exclusión de consultores y personal nombrado por menos de un año)

Sede	Personal Pagado del Fondo General de la OSP		Personal Pagado con Fondos Administrados de Proyectos		Fondo de la OMS
	En Total	En Parte	En Total	En Parte	
Oficina de Washington	160	139			21
Oficina de Zona Guatemala*	20	14	5		1
Oficina de Zona, Lima	4	4			
Oficina de Distrito, El Paso	6	5			1
Oficina de Distrito, Río de Janeiro	1	1			
PROYECTOS ESPECIALES:					
<u>Aedes aegypti</u>	24	1	23		
Difteria en Colombia	1				1
Haití	2				2
INCAP	32	1			19
Malaria	22				16
Oncocercosis	34				31
Tuberculosis en El Salvador	2				2
Enfermedades Venéreas en Venezuela	1	1			28
	<u>309</u>	<u>166</u>	<u>28</u>	<u>66</u>	<u>21</u>

*Incluye Programa de Normalización y Adiestramiento de Laboratorio de la OSP, y el Programa de la OMS sobre control de Insectos en América Central.

DISTRIBUCION GEOGRAFICA DEL PERSONAL
BAJO LA DIRECCION DE LA OFICINA
SANITARIA PANAMERICANA
Abril 30 de 1950

(Con exclusión de consultores y personal
nombrado por menos de un año)

	Total	Fondo General OSP	Fondos Administrados OSP	Fondo OMS
Argentina	2	2		
Australia	2	2		
Bolivia	1	1		
Brasil	28	5	23	
Canadá	5	1		4
Chile	5	5		
Colombia	4	3	1	
Costa Rica	1	1		
Cuba	8	8		
Ecuador	1	1		
El Salvador	8		8	
España	1	1		
Estados Unidos	121	92	11	18
Gran Bretaña	4	3		1
Guatemala	79	17	62	
Haití				
Honduras	5		5	
México	14	13		1
Nueva Zelandia	1			1
Nicaragua	4	4		
Panamá	*			
Paraguay				
Perú	13	10		3
Posesiones Británicas	1	1		
República Dominicana	1	1		
Uruguay	*			
Venezuela				
	309	171	110	28

* Desde la fecha en que este informe fué preparado, un ciudadano de este país ha sido empleado por la Oficina Sanitaria Panamericana

PERSONAL DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
 CLASIFICADO POR OCUPACION
 Abril 30 de 1950

(Con exclusión de consultores y personal
 nombrado por menos de un año)

Ocupación	Total	Personal Pagado del Fondo Gene- ral de la OSP	Personal Pagado con Fondos Administra- dos por la OSP	Personal Pagado por la OMS
Médicos	34	14	14	6
Veterinarios	2	2		
Ingenieros Sanitarios	1	1		
Enfermeras	4	2		2
Auxiliares Científicos*	25	2	21	2
Personal de Cam- po no Profesio- nal	75	6	69	
Personal Admi- nistrativo **	56	49		7
Personal de Oficina	98	83	4	11
Personal de Custodia	14	12	2	
Totales	309	171	110	28

* Incluye Entomólogos, Nutriólogos, Parasitólogos, Bioquímicos, Ra-
 diólogos, Técnicos, Médicos, etc.

** Incluye Bibliotecarios, Especialistas en Información, Encargados
 de Compras, Especialistas en Conferencia, Administradores de
 Hospitales y Personal de Editorial, así como Funcionarios Admi-
 nistrativos.

PERSONAL MEDICO Y PROFESIONAL
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
Abril 30 de 1950

<u>PAIS</u>	<u>NUMERO</u>
Brasil.....	6
Posesiones Británicas.....	1
Canadá.....	1
Chile.....	2
Colombia.....	1
El Salvador.....	6
Francia.....	1
Guatemala.....	6
Honduras.....	3
México.....	4
Perú.....	3
Estados Unidos.....	25
Total.....	59

PERSONAL MEDICO Y PROF DE ENERO 1947 - A - ABRIL

	PERSONAL EXISTENTE 1947	1947	1948
<u>FONDOS GENERALES DE LA O.S.P.</u>	Oscar Vargas Bacteriólogo Costa Rica	Oct. Miguel E. Bustamante Secretario Gen. México * Oct. Oscar Vargas Bacteriólogo * Oct. Gustavo C. Rovirosa Funcionario Méd. Costa Rica * Oct. Gustavo C. Rovirosa Funcionario Méd. México	Enero Fred L. Soper Director * * Miguel E. Bustamante Secretario * * Oscar Vargas Bacteriólogo * Gustavo C. Rovirosa Funcionario Científica Ago. Genevieve Stout Sept. Agnes W. Chagas Enfermera d
<u>FONDOS O.E.S.</u>			
<u>FONDOS INCAP</u>			
<u>EMPLADOS DEL BRASIL ASIGNADOS A LA O.S.P. (Sueldos complementarios pagados por C.S.P.)</u>			Enero John Odair Franco Funcionario Enero Octavio Pinto Severo Funcionario Enero Iberé da Silva Reis Funcionario Abril Adhemar Paoliello Funcionario
<u>FONDOS DEL GOBIERNO MEXICANO</u>	Gustavo C. Rovirosa Funcionario Médico México		
<u>FONDOS CONTROLADOS POR S.S.P.E.U.</u>	Personal John R. Murdock Subdirector E.U. Walter N. Dashiell Ingeniero Sanitario E.U. Joseph S. Spoto Funcionario Médico E.U. Bertha R. Noble Científico (Serol) México Eloy A. Barraza Ingeniero Sanitario E.U. Juan A. Montoya Funcionario Médico Colombia Arthur A. Grider Funcionario Médico E.U. Daniel Jobbins Entomólogo (San.) E.U. Edward D. Hopkins Ingeniero Sanitario E.U. William McAnally Funcionario Médico E.U. Personal de Pro'ectos Thomas Burch Funcionario Médico E.U. H. H. Retter Ingeniero Sanitario E.U. Earle B. Needham Ingeniero Sanitario E.U. Julio M. Bueso Funcionario Médico Guatemala Henry J. Schmoetter Funcionario Médico E.U. Luis C. Villamizar Ingeniero Sanitario E.U. Abel Paredes Luna Funcionario Médico Guatemala Sacha Levitan Funcionario Médico E.U. Atilio Macchiavello Funcionario Médico Chile	Personal John R. Murdock Subdirector E.U. Walter N. Dashiell Ingeniero Sanitario E.U. * Anthony J. Donovan Funcionario Médico E.U. * Joseph S. Spoto Funcionario Médico E.U. * Bertha R. Noble Científica (Serol) México * Eloy A. Barraza Ingeniero Sanitario E.U. * Juan A. Montoya Funcionario Médico Colombia * Arthur A. Grider Jr. Funcionario Médico E.U. * Daniel Jobbins Entomólogo (San.) E.U. * Edward D. Hopkins Ingeniero Sanitario E.U. * William McAnally Funcionario Médico E.U. Jul. Donald L. Snow Ingeniero Sanitario E.U. Sep. Karion P. Haralson Funcionario Médico E.U. Nov. William E. Holy Ingeniero Sanitario E.U. Personal de Pro'ectos Thomas Burch Funcionario Médico E.U. * H. H. Retter Ingeniero Sanitario E.U. * Earle B. Needham Ingeniero Sanitario E.U. * Julio M. Bueso Funcionario Médico Guatemala * Henry J. Schmoetter Funcionario Médico E.U. * Luis C. Villamizar Funcionario Médico E.U. * Abel Paredes Luna Ingeniero Sanitario Guatemala * Sacha Levitan Funcionario Médico E.U. * Atilio Macchiavello Funcionario Médico Chile Ene. Virginia Harding Científica (Serol) E.U. Ene. Alice Walker Científica (Serol) E.U. Ene. Elliot L. Harlow Funcionario Médico E.U. Feb. Joseph Portnoy Científico (Serol) E.U. Abr. Herbert Dalmat Científico (Entom) E.U. Dic. J. Isidro Cabrera Funcionario Médico Guatemala Dic. Manuel López Selva Funcionario Médico Guatemala	Personal John R. Murdock Subdirector E.U. * William McAnally Funcionario E.U. * Donald L. Snow Funcionario E.U. * Karion P. Haralson Funcionario E.U. * William E. Holy Funcionario E.U. Ene. Lloyd A. Gebhard Funcionario E.U. Ago. Apollonia Olson Enfermera de E.U. Ago. Anthony J. Donovan Funcionario E.U. Nov. Ralph J. Van Derwerker Ingeniero E.U. Nov. P. Carlyle Roberts Ingeniero S E.U. Personal de Pro'ectos Thomas Burch Funcionario E.U. * Abel Paredes Luna Ingeniero S E.U. * Sacha Levitan Funcionario E.U. * Atilio Macchiavello Funcionario E.U. * Virginia Harding Científico E.U. * Alice Walker Científico E.U. * Joseph Portnoy Científico E.U. * Herbert Dalmat Científico E.U. * J. Isidro Cabrera Funcionario E.U. * Manuel Lopez Selva Funcionario E.U. Mayo Charles S. Dobrovolny Científico E.U. Mayo Richard S. Peckham Sanitario E.U. Jun. Wildom C. White Estudiante E.U. Jun. Richard B. Farran Parasitólogo E.U. Jul. Elizabeth B. Quinn Parasitólogo E.U. Jul. Harjorie Kelton Parasitólogo E.U. Jul. Colvin L. Gibson Sanitario E.U.
<u>SUBSIDIOS DE LA FUNDACION COMMONWEALTH</u>		Jul. Apollonia Olson Enfermera de Salub. E.U.	
<u>SUBSIDIOS DE LA FUNDACION KELLOGG</u>	Abr. Eugene del Vecchio Científico (Serol) E.U.		
<u>FONDOS PARA SUBVENCIONES DE LA FUNDACION ROCKEFELLER</u>		Feb. Fred L. Soper Director E.U. Sep. Agnes W. Chagas Enfermera de Salub. E.U.	
<u>SUBSIDIOS DE LA CASA MERCE</u>			

1947

FONDOS DISPONIBLES

FONDO GENERAL

Efectivo en el Tesoro de E.U.A., enero lro. de 1947 \$ 27,580.37

Ingresos - 1947

Ingreso de Cuotas 1947 y anteriores (No se detalla división)	\$ 89,484.53
Venta de Bonos, intereses y utilidades	67,485.39
Ingresos varios	<u>7,196.76</u>

164,166.68

Total de efectivo disponible

\$ 191,747.05

Recapitulación

Efectivo disponible	\$191,747.05
Egresos	<u>177,418.53</u>

Saldos - Efectivo, diciembre 31, 1947	\$ 14,328.52
Efectivo, Oficina de Lima	1,500.00
" " " Gua- temala	1,500.00

Bonos del Gobierno de E.U.A.	<u>40,000.00</u>
------------------------------	------------------

Total	\$ 57,328.52
-------	--------------

Deducir: Cuotas pagadas con anterioridad y ajustes	<u>39,474.33</u>
--	------------------

	\$ 17,854.19
--	--------------

Agregar: Fondo de Reserva para contingencias	<u>11,096.71</u>
--	------------------

Saldo, diciembre 31 de 1947	\$ 28,950.90
-----------------------------	--------------

Los registros de efectivo están completados y disponibles sólo hasta enero lro. En la recapitulación de fecha 31 de diciembre aparecen otros fondos disponibles que comprueban los saldos.

EGRESOS - 1947

Sueldos	94,005.88
Oficinas de Campo	7,125.63
Boletín mensual	21,955.30
Imprenta	5,237.51
Viajes	8,230.85
Equipo de Oficina	3,312.84
Efectos de escritorio	1,215.59
Biblioteca	1,561.92
Comunicaciones	5,864.87
Seguro	631.33
Misceláneas	20,591.98
Jubilación	2,975.32
Gastos de Local	4,459.51
Depósito para establecer una cuenta de Banco en El Paso, Texas	250.00
	<hr/>
	\$ 177,418.53
	<hr/> <hr/>

Preparado por: Sección de Finanzas y Contaduría

1948

FONDOS DISPONIBLES

FONDO GENERAL

Saldo disponible en efectivo, enero lro. de 1948
(No incluye cuotas no pagadas) \$ 28,950.90

Ingresos - 1948

Ingreso - cuotas de 1948	\$ 231,196.40	
" " de 1947 y anteriores	32,515.25	\$ 263,711.65
Aportaciones complementarias		273,490.66
Ingresos varios		<u>17,548.15</u>
		554,750.46
Total de efectivo disponible		<u>583,701.36</u>

Recapitulación

Fondos disponibles	\$ 583,701.36
Egresos	<u>317,352.01</u>
Saldo de los fondos disponibles, 1948	\$266,349.35

1948

EGRESOSParte A

Gastos por Sueldos y Viajes (otros gastos fueron asentados en cuentas generales, sin detalle de funciones o programas)

	<u>Sueldos</u>	<u>Viajes</u>
1. <u>Adiestramiento</u>		
De laboratorio y otros	\$ 2,007.57	\$ 874.36
2. <u>Proyectos</u>		
<u>Aedes aegypti</u>	11,130.36	6,920.23
3. <u>Campo</u>		
Lima	1,172.21	6,885.31
El Paso	12,122.05	3,426.90
Guatemala		404.80
Otros		1,943.24
4. <u>Servicios Centrales</u>		
Biblioteca	3,520.19	
Editorial	17,824.66	1,878.16
5. <u>Salud Pública</u>		
Salud Pública		1,531.57
Estadística	17,949.09	
Suministros	5,924.27	140.51
Ingeniería Sanitaria	3,920.22	2,070.68
Enfermería	1,023.00	
6. <u>Administración</u>		
Oficina del Director	45,736.53	15,517.95
División de Administración	10,258.93	1,286.47
Presupuesto y Finanzas	16,808.70	
Servicios de Oficina	21,155.06	
Mantenimiento	5,674.17	
7. <u>Organización Sanitaria Panamericana</u>		
Reuniones		7,434.38
Total Parte A	\$ 176,227.01	\$ 50,314.56
	TOTAL	\$ 226,541.57

1948

EGRESOS

Parte B

Otros gastos
(No distribuidos por funciones o programas)

Renta y Servicios	\$ 13,286.66
Boletín Oficial	23,889.80
Imprenta y Publicaciones	7,393.80
Equipo de Oficina	6,546.24
Suministros de Oficina	6,257.09
Materiales para Biblioteca	1,536.52
Comunicaciones	8,780.31
Seguro	1,272.40
Misceláneos	13,404.05
Retiro	5,693.21
Suministros Médicos	484.20
Suministros para autos	2,266.16
	<hr/>
Total Parte B	\$ 90,810.44
	<hr/> <hr/>
Parte A	\$ 226,541.57
Parte B	90,810.44
	<hr/>
GRAN TOTAL DE EGRESOS	\$ 317,352.01
	<hr/> <hr/>

Preparado por: Sección de Finanzas y Contaduría
Ag. 23, 1950

ESTADO DE SALDOS DE SUBSIDIOS NO INVERTIDOS

Diciembre 31 de 1948

<u>Nombre</u>	<u>Origen del Subsidio</u>	<u>Ingreso</u>	<u>Egreso</u>	<u>Saldo</u>
Laboratorio de Nuevo Laredo	México	\$ 10,559.70	\$ 9,851.12	\$ 708.58
XII Conferencia de Caracas	Venezuela	20,895.52	1,271.79	19,623.73
Sección de Nutrición	Fundación Kellogg	* 15,000.00		15,000.00
Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá	Gobiernos de Honduras			
	El Salvador y Guatemala	* 27,500.00	1,497.99	26,002.01
Laboratorio Kellogg de Nutrición	Kellogg Foundation	16,294.81		16,294.81
Fundación Markle	Fundación Markle	15,000.00	14,664.19	335.81
Malaria - F.Y. 1949	Gobierno de E.U.A. Servicio de Salud Pública de E.U.A.	39,376.00	9,582.66	29,793.34
Oncocercosis - F.Y 1948	Gobierno de E.U.A. Servicio de Salud Pública de E.U.A.	24,990.00	24,942.05	47.95
Oncocercosis - F.Y. 1949	Gobierno de E.U.A. Servicio de Salud Pública de E.U.A.	** 16,850.00	14,063.30	2,786.70
Enfermedades Venéreas - F.Y. 1948 (Extendido)	Gobierno de E.U.A. Servicio de Salud Pública de E.U.A.	*** 116,297.50	109,682.18	6,615.32
		<u>\$ 302,763.53</u>	<u>\$ 185,555.28</u>	<u>\$ 117,208.25</u>
Total de Ingresos		\$ 302,763.53		
Total de Egresos			185,555.28	
Saldo no invertido		\$ 117,208.25		

* Fondo del Instituto de Nutrición \$42,500.00 - menos \$15,000.00 transferidos temporalmente a la Sección de Nutrición - hasta que se reciban los fondos para la Sección de Nutrición de la Fundación Kellogg.

** Total asignado: \$ 33,696.00

Efectivo recibido hasta 12-31-48 \$ 16,850.00

***Obligaciones autorizadas: \$117,297.50

Asignaciones y Efectivo recibidos hasta 12-31-48: \$ 116,297.50

1949

Fondos Disponibles

Fondo General

Saldo disponible, enero lro. de 1949 \$266,349.35
(No incluye cuotas no pagadas)

Ingresos - 1949

Ingreso - Cuotas de 1949 \$1,320,275.22
Ingreso - Cuotas de 1948 y anteriores 27,331.47 1,347,606.69
Entrada del 3% por cargo para gastos Ad-
ministrativos 7,493.51
Ingresos varios 25,861.50

Total de Fondos disponibles en dólares \$ 1,647,311.05

Recapitulación

Fondos disponibles en dólares \$1,647,311.05
Egresos 755,057.90*

Disponible para Reserva en Dólares \$ 892,253.15

Fondo de Reserva - Dólares
Fondo para compras de urgencia \$ 50,000.00
Fondos restantes en dólares 842,253.15 \$ 892,253.15

<u>*Fondo en Cruzeiros</u>	<u>Cruzeiros</u>	<u>Equivalente en Dólares</u> <u>(para propósitos de contabi-</u> <u>lidad)</u>
Aportaciones Comple- mentarias - Brasil	Cr. 5,000,000.00	\$250,000.00
Menos: Egresos en Cruzeiros	<u>627,321.00</u>	<u>31,366.05*</u>
Fondos Restantes en Cruzeiros	Cr. <u>4,372,679.00</u>	<u>\$218,633.95</u>

*Llevado en los libros al tipo de Cr. 20.00 por \$1.00, sólo para propó-
sitos de contabilidad

EGRESOS DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA-AÑO 1949

Enero - Diciembre, 1949

No.

Adiestramiento

1	Adiestramiento laboratorio	\$30,383.82	
20	Becas	<u>16,464.40</u>	\$46,848.22

Proyectos

5	<u>Aedes aegypti</u> - Sección I	\$39,919.85	
13	" " - Sección II	39,876.43	
23	Proyecto contra la Rabia	<u>1,500.00</u>	81,296.28

Oficinas de Campo

15	Guatemala	\$18,185.86	
16	Lima	29,504.46	
14	El Paso	<u>21,862.48</u>	69,552.80

Salud Pública

17	División de Salud Pública	\$ 39,937.31	
12	Sección de Enfermería	24,913.96	
19	Sección de Veterinaria	9,609.48	
11	Ingeniería Sanitaria	17,126.81	
8	Sección de Estadística	<u>35,951.95</u>	127,539.51

Servicios Centrales

7	Sección de Biblioteca	\$ 24,502.72	
9	Sección Editorial	52,854.79	
10	Sección de Compras	23,844.53	
21	Sección de Administración de Hospitales (Planea- miento)	9,521.93	
18	Sección de Conferencias	<u>27,062.04</u>	\$137,886.01

Administración de la Sede

6	Administración (Sede)	314,648.74	
22	Compras de urgencia	<u>8,652.39</u>	\$323,301.13
			<u>\$786,423.95</u>

Menos: Egresos en Cruzeiros
(De Cr. 627,321 al tipo de
Cr. 20 por \$1

- 31,366.05

Total de Egresos en Dólares - 1949

\$755,057.90

EGRESOS DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Seis Meses - Enero lro. a Junio 30, 1950

No.	<u>Adiestramiento</u>		
66	Becas de Medicina	\$7,839.27	
61	Tercer Instituto Internacional Administración de Hospitales	6,789.37	
62	Seminario de Enfermeras - Chile	-o-	
63	Cursos Breves en Serología	-o-	
64	Becas de Enfermería	580.00	
65	Seminario de Estadística - Chile	-o-	\$15,208.64
		<hr/>	
	<u>Programas</u>		
71	<u>Enfermedades Venéreas - Direc. Téc. y Ayuda Adminis.</u>	6,043.12	
71	Enfermedades Venéreas-Guatemala	14,143.38	
71	Enfermedades Venéreas - Venezuela	7,248.60	
72	<u>Aedes aegypti</u> - Sector Norte	21,201.52	
72	<u>Aedes aegypti</u> - Sector Sur	30,542.93	
78	<u>Viruela - Direc. Téc. y Ayuda Adminis.</u>	3,626.12	
84	Proyectos Varios	1,727.85	
77	Programa contra la Rabia	4,526.93	
74	Hidatidosis - Educ. de Salud Pública	2,983.69	
79	Programa contra el Tifo	120.00	
86	Enfermedad de Chagas	1,824.77	
80	Chile, Perú-Grupo de Poliomieltis	584.60	
76	Oncocer. Suramina sódica	3,932.50	
83	Proyectos Cooperativos con la OMS	150.00	\$98,656.01
		<hr/>	
	<u>Oficinas de Campo</u>		
21	Zona de Guatemala	21,325.83	
22	Zona de Lima	12,472.49	
23	Distrito de El Paso	12,776.06	
24	Oficina de Río de Janeiro	2,755.05	\$49,329.43
		<hr/>	
	<u>Servicios Centrales</u>		
31	Biblioteca	12,167.71	
33	Editorial	10,571.76	
34	Compras	20,984.66	
35	Conferencias	18,310.27	
46	Planeamiento y Prácticas Médico- Administrativas	17,281.10	
47	Cartografía y Dibujo	10,845.43	
48	Unidad de Traducciones y Mecano- grafía	16,248.13	\$106,409.06
		<hr/>	

1950

Fondos Disponibles

Fondo General

(Enero lro. a Junio 30 de 1950)

Saldo disponible, enero lro. de 1950 \$842,253.15

(Con exclusión de cuotas no pagadas
y de Fondo de Reserva para Compras
de Urgencia mencionado más abajo)

Ingresos - 1950 (Enero-Junio)

Ingreso-Cuotas de 1950 \$23,861.28

Ingreso-Cuotas de 1949 y anteriores 90,493.91 114,355.19

Aporte Complementario 2,500.00

Ingreso del 3% por cargo para 3,802.40

gastos administrativos 6,837.85

Ingresos varios 6,837.85

Total de Fondos Disponibles en Dólares -
Junio 30, 1950 \$969,748.59

Recapitulación

Fondos Disponibles en Dólares \$969,748.59

Egresos 528,029.44

Saldo de fondos disponibles
Junio 30, 1950 \$441,719.15

Fondo para Compras de Urgencia

Saldo disponible - Enero lro. 1950 \$ 50,000.00

Egresos - Perú 1,744.91

Saldo de Fondos \$ 48,255.09

Fondo en Cruzeiros*

Cruzeiros

Equivalente en dólares
(para propósitos de
contabilidad)

Saldo, enero lro. 1950 CR 4,372,679.00 \$218,633.95

Más: Intereses de Banco 36,415.80 1,820.79

Egresos CR 4,409,094.80 \$220,454.74

641,156.20 32,057.81

Saldo - junio 30, 1950 CR 3,767,938.60 \$188,396.93

*(Calculado al tipo de Cr. 20 por \$1.00 para propósitos de contabilidad)

EGRESOS DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
(Seis meses, Enero lro. - Junio 30, 1950)
(Continuación)

No.

Salud Pública

41	Div. de Salud Pública	\$ 28,679.62	
42	Educación Sanitaria	1,340.00	
43	Enfermería	14,390.66	
44	Saneamiento Ambiental	3,496.18	
45	Med. Veterinaria	5,857.31	
32	Estadística	17,351.23	
49	Servicios Generales Capítulo III	<u>40,692.73</u>	\$ 111,807.73

Administración

1	Oficina del Director	39,919.49	
2-6	Servicios Administrativos	82,572.05	
7	Servicio Jurídico	2,476.40	
8	Información Pública	7,326.44	
9	Servicios Generales Capítulo I	<u>28,647.78</u>	\$ 160,942.16

Reuniones de la Organización

36	10a. Reunión del Comité Ejecutivo	15,772.22	
37	Reuniones Cons. Direct. y Com. Ejec. en Ciudad Trujillo	<u>1,962.00</u>	\$ 17,734.22
			\$ 560,087.25

Menos: Egresos en Cruzeiros
(Cr. 641,156.20*)

32,057.81

Total de Egresos en Dólares
Enero - Junio, 1950

\$ 528,029.44

* (Al tipo de Cr. 20 por \$1)

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

ESTADO DE SALDOS DE SUBSIDIOS NO INVERTIDOS

Junio 30 de 1950

CUENTA 11

Cuenta	No.	Nombre	Total		Egresos acumulados hasta 1-6-50	Egresos Junio, 1950	Saldo 30-6-50
			asignado				
	11.3	Sección de Nutrición	\$ 15,000.00	\$ 14,062.80	\$ 1,522.04	\$ (584.84)	
	11.4	Instituto de Nutrición	*80,500.00	52,062.10	7,415.28	21,022.62	
	11.11	Subsidio de 1950 contra la malaria	***35,056.00	27,275.43	2,166.67	5,613.90***	
	11.12	Subsidio de 1950 contra la Oncocercosis	33,696.00	31,786.72	(1,532.57)	3,441.85	
	11.13	Proyecto de Proteína Vegetal 11,814.00		822.56	1,118.28	9,873.16	
			\$ 176,066.00	\$ 126,009.61	\$ 10,689.70	\$ 39,366.69	

(*) Pagos recibidos hasta la fecha para el Instituto de Nutrición

	1946	1947	1948	1949	1950
El Salvador	\$ 8,500.00	\$ 8,500.00	\$ 8,500.00	\$ 8,500.00	\$ 12,500.00

Guatemala	8,500.00	8,500.00	8,500.00	8,500.00**
-----------	----------	----------	----------	------------

Honduras	8,500.00	8,500.00
----------	----------	----------

Resumen de Pagos Anuales

Cuota Anual
antes ahora

Total

El Salvador	- pagos durante 4 años hasta la fecha	8,500.00	- 12,500.00	38,000.00
Guatemala	- pagos durante 3 años hasta la fecha	8,500.00	- 12,500.00	25,500.00
Honduras	- pagos durante 2 años hasta la fecha	8,500.00	- 12,500.00	17,000.00
				<u>80,500.00</u>

** Se aplica a 1949

***Se han autorizado \$ 3,000 adicionales. Todavía no se ha recibido el pago.

PROYECTOS BAJO LA DIRECCION TECNICA DE
LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
FINANCIADOS DIRECTAMENTE POR
OTROS GOBIERNOS

		<u>1 9 4 8</u>	<u>1 9 4 9</u>	<u>1 9 5 0</u> (6 meses)
Brasil	(1)	\$ 18,582.00	\$ 12,970.00	\$ 29,673.00
Guatemala	(2)	61,819.58	65,034.54	(2) 38,860.84
Paraguay	(3)	35,592.48	39,279.90	--
Venezuela	(4)	17,477.47	4,081.16	--
		<hr/>	<hr/>	<hr/>
		\$ 133,471.53	\$ 121,365.60	\$ 68,533.84
		<hr/>	<hr/>	<hr/>

- NOTAS: (1) Estas cantidades representan sueldos pagados por Brasil a personal brasileño asignado en calidad de préstamo a la OSP, y que trabaja en otros países en relación con el programa contra el Aedes aegypti.
- (2) Incluye \$30,360.84 para 6 meses del Proyecto contra el Tifo. \$8,500 es una aportación especial adicional a la cuota del Instituto de Nutrición para cubrir los gastos contraídos por Guatemala según el Acuerdo del Instituto de Nutrición.
- (3) Paraguay está comprometido a pagar Gs. 10,000 mensualmente. Dicho país ya ha asignado fondos para cuatro meses para el año de 1950.
- (4) Venezuela descontinuó su aporte de fondos para este trabajo a principios de 1949.

Las cantidades indicadas representan dietas y viajes de personal brasileño asignado en calidad de préstamo a la OSP, que presta servicios en la campaña contra el Aedes aegypti en Venezuela. A este respecto, la OSP no tiene responsabilidad administrativa.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Junio 13, 1950

FONDOS PROPORCIONADOS POR:

INSTITUCIONES PARTICULARES Y POR OTROS GOBIERNOS APARTE DEL DE LOS ESTADOS UNIDOS

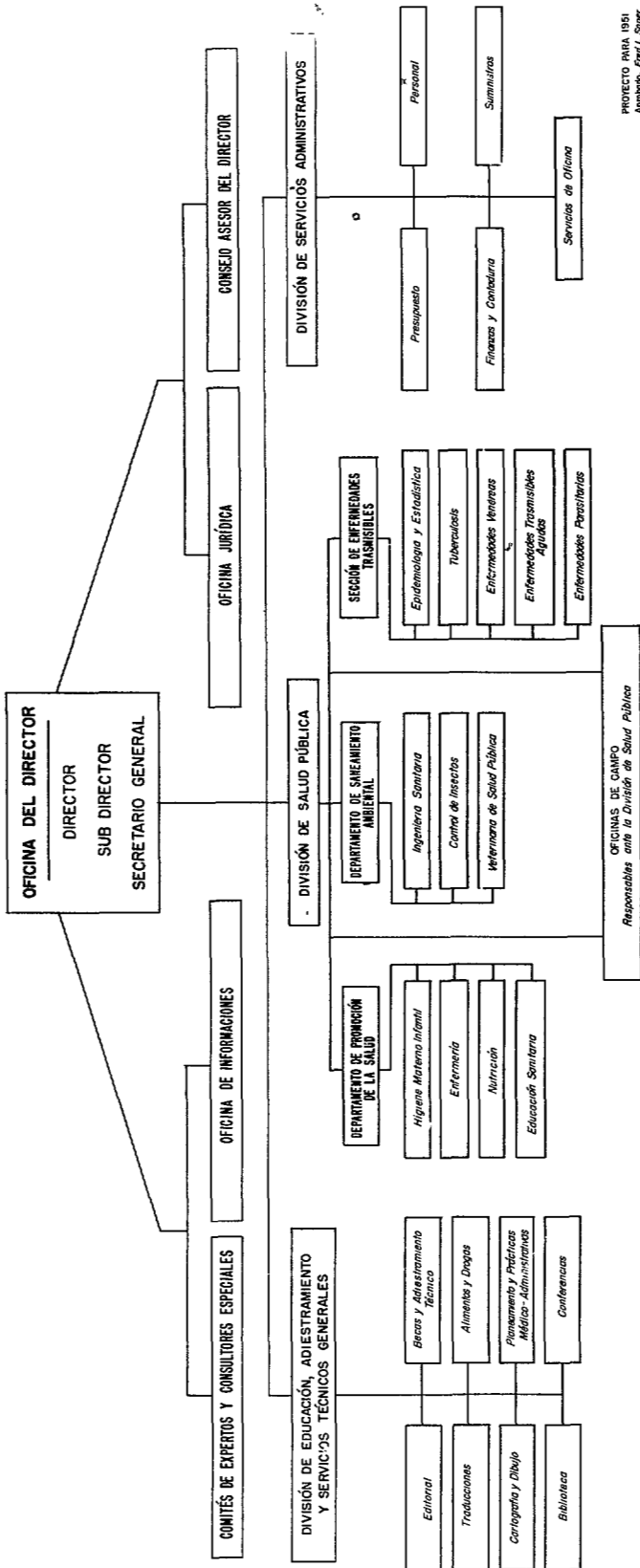
<u>FONDO DE SUBSIDIOS</u>	<u>1946</u>	<u>1947</u>	<u>1948</u>	<u>1949</u>	<u>1950</u>
<u>NOMBRE Y ORIGEN DEL SUBSIDIO</u>					
Donadores al Instituto de Nutrición:					
El Salvador	8,500.00	8,500.00	-.-	8,500.00	12,500.00
Guatemala	-.-	8,500.00	8,500.00	-.-	* 8,500.00
Honduras	8,500.00	-.-	-.-	8,500.00	-.-
Laboratorio de Nutrición Fundación Kellogg	-.-	-.-	16,294.81	-.-	-.-
Sección de Nutrición Fundación Kellogg	-.-	-.-	-.-	15,000.00	**15,000.00
Fundación Markle Proyecto contra el Tifo	15,000.00	-.-	-.-	-.-	-.-
Adiestramiento de Enfermería Fondo Commonwealth	14,000.00	-.-	-.-	-.-	-.-
Proyecto de Enfermería Fundación Rockefeller	-.-	8,500.00	-.-	-.-	-.-
Proyecto de la Protefna Vegetal Merck y Compañía	-.-	-.-	-.-	2,000.00	-.-
Laboratorio de Nuevo Laredo, México	10,000.00	-.-	-.-	-.-	-.-
XII Conferencia de Caracas, Venezuela	-.-	-.-	20,895.52	-.-	-.-
	\$ 56,000.00	\$25,500.00	\$45,690.33	\$34,000.00	\$36,000.00

*Pago de Guatemala en 1950 para aplicar a 1949

**Se ha enviado comunicación a la Fundación Kellogg para solicitar su aportación correspondiente al segundo año.

CUADRO FUNCIONAL

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



ACUERDO SANITARIO PANAMERICANO ENTRE URUGUAY,
ARGENTINA, BRASIL Y PARAGUAY*

Los Excelentísimos Señores Presidentes de las Repúblicas Oriental del Uruguay, Argentina, Brasil y Paraguay, en el deseo de continuar la tradicional política de estrecha colaboración y mutuo entendimiento entre sus pueblos, especialmente en la esfera de protección y conservación de la salud, y teniendo en cuenta las disposiciones del Código Sanitario Panamericano, ratificado por todos los países concurrentes, han decidido suscribir el presente Acuerdo auspiciado por la Oficina Sanitaria Panamericana, para lo cual designan a sus Plenipotenciarios:

El Excelentísimo Señor Presidente de la República Oriental del Uruguay a su Excelencia el Señor Ministro de Salud Pública, Dr. Enrique M. Claveaux, y al Dr. Ricadro Cappeletti;

El Excelentísimo Señor Presidente de la República Argentina a su Excelencia el Señor Secretario de Salud Pública, Dr. Ramón Carrillo, y al Dr. Alberto Zwanck.

El Excelentísimo Señor Presidente de la República del Brasil al Señor Director General del Departamento Nacional de Salud, Dr. Heitor Prager Fróes;

El Excelentísimo Señor Presidente de la República del Paraguay a los Señores Doctores Raúl Peña y Carlos Ramírez Boettner,

Los cuales habiendo presentado sus respectivos Poderes, hallados en buena y debida forma, suscriben el presente Acuerdo y un Protocolo adjunto, los que también suscriben el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Fred L. Soper, y el Secretario General, Dr. Miguel E. Bustamante.

DISPOSICIONES GENERALES

I. Los países signatarios se comprometen a adoptar medidas preventivas permanentes, tendientes a resolver los problemas epidemiológicos en las zonas fronterizas en relación con paludismo, viruela, fiebre amarilla, peste, tracoma, enfermedades venéreas, hidatidosis, rabia y lepra.

II. En el caso de que se desarrolle en la zona fronteriza de alguno de los países signatarios un brote epidémico de cualquiera de las enfermedades a que hace referencia el Artículo anterior, u otra enfermedad no citada, pero que signifique amenaza o peligro para cualquiera de ellos, podrán formar a requerimiento de uno de ellos directamente o por intermedio de la Oficina Sanitaria Panamericana, comisiones mixtas de técnicos sanitarios de dichos países para que actúen de común acuerdo.

III. Los países signatarios podrán concertar arreglos de ayuda técnica recíproca, así como de prestación de personal y elementos para controlar situaciones sanitarias. Estos arreglos podrán realizarse directamente entre las autoridades sanitarias de los países interesados o con intervención de la Oficina Sanitaria Panamericana.

IV. Los países signatarios se comprometen a tomar las medidas necesarias para el estricto cumplimiento de la comunicación inmediata del primer caso o casos de las siguientes enfermedades: peste, cólera, tifo exantemático, fiebre amarilla y viruela, de acuerdo con lo establecido en el Código Sanitario Panamericano.

*Auspiciado por la Oficina Sanitaria Panamericana y firmado a los trece días del mes de marzo de 1948.

V. Los países signatarios se comprometen al intercambio amplio y periódico:

- (a) de funcionarios sanitarios vinculados al cumplimiento de las disposiciones de este Acuerdo por lo menos una vez al año, para que se informen sobre la marcha y los progresos logrados en las campañas preventivas contra las afecciones enumeradas en el Artículo I, y cambien ideas sobre los asuntos de interés común;
- (b) de informaciones completas mensuales sobre la situación epidemiológica y medidas adoptadas;
- (c) de informaciones directas e inmediatas sobre morbilidad y mortalidad en las poblaciones fronterizas sobre tuberculosis, enfermedades venéreas y sus contactos, cuando pueden tener significación para la salud pública de las colectividades correspondientes; incluyendo, además, datos sobre la existencia de poliomielitis, tifoidea, meningitis meningocócica, difteria y otras enfermedades que puedan resultar de interés.

VI. Los países signatarios se comprometen a no adoptar medidas de profilaxis internacional, que signifiquen el cierre total de las fronteras de un país, y limitarán las medidas, cuando fueren indispensables, a la zona afectada.

DISPOSICIONES PARTICULARES

Paludismo

VII. Los países signatarios acuerdan realizar en las zonas de paludismo endémico o en las que ocurren brotes de paludismo epidémico sobre sus respectivas fronteras, campañas antipalúdicas tendientes a reducir a cero el índice de transmisión, en una profundidad no menor de cinco kilómetros en cada país; basándolas principalmente en el uso de modernos insecticidas.

Viruela

VIII. Los países signatarios acuerdan:

- (a) mantener en forma intensiva y sostenida en sus respectivos territorios, la vacunación y revacunación antivariólica, en base a la obligatoriedad de la vacuna;
- (b) alcanzar y mantener un alto índice de inmunidad en toda la población especialmente en las zonas fronterizas;
- (c) exigir para los viajes internacionales, después del tercer mes de edad, certificado de vacunación de acuerdo con el formulario aprobado por la Oficina Sanitaria Panamericana y reconocer la validez de los certificados con reacciones positivas por un período máximo de cinco años, en condiciones sanitarias normales;
- (d) podrán aceptarse certificados de vacunación reciente, sin resultado establecido, debiendo la autoridad sanitaria del lugar de ingreso, examinar la vacuna y anotar en el certificado el resultado correspondiente.

IX. En situaciones epidémicas, cualquiera de los países signatarios se reserva el derecho de controlar el resultado de la vacunación en las personas que entren a los respectivos países.

Fiebre Amarilla

X. Los países signatarios se comprometen a realizar una campaña intensiva y permanente que asegure la erradicación del Aedes aegypti en todo su territorio, de acuerdo con lo resuelto por el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana.

XI. Los países signatarios se comprometen a mantener libres de Aedes aegypti los aeropuertos de tránsito internacional, en una extensión no menor de un kilómetro alrededor del perímetro del aeropuerto.

XII. Los países signatarios se obligan a tomar medidas de protección antiestegómica, en las embarcaciones fluviales, debiendo extender el certificado correspondiente, que será requisito para salir del puerto de estada e ingresar al primer puerto de otro de los países signatarios. Este certificado será válido por un viaje completo de largo recorrido y por no más de una semana, para los de corto recorrido.

XIII. Para conocimiento de la situación en todos los puertos fluviales y terrestres de los países interesados, se comunicará cada tres meses a la Oficina Sanitaria Panamericana el índice estegómico más reciente para ser publicado en el Boletín de la referida Institución.

XIV. Los países signatarios se obligan a practicar sistemáticamente la vacunación antiamarílica a todas las personas residentes o en tránsito por las zonas reconocidas como endémicas.

XV. Mientras no se logre la erradicación del Aedes aegypti, las autoridades sanitarias de los países signatarios podrán exigir el certificado de vacunación antiamarílica a cualquier persona procedente de una zona endémica o epidémica. Este certificado para tener validez deberá acreditar una inoculación efectuada por lo menos siete días antes de la fecha del embarque de esa persona.

XVI. Las autoridades sanitarias de los países signatarios mantendrán un servicio permanente de investigación epidemiológica en las zonas endémicas o sospechosas y transmitirán los datos a la Oficina Sanitaria Panamericana para confeccionar mapas epidemiológicos actualizados, cuyas copias serán enviadas a las autoridades superiores de sanidad de cada uno de los países signatarios, a los efectos contemplados en los artículos anteriores.

Peste

XVII. Los países signatarios acuerdan mantener, ampliar o reorganizar los servicios de epidemiología y profilaxis de la peste, en especial en los territorios fronterizos donde hayan ocurrido casos de peste en los últimos diez años. Estos servicios actuarán permanentemente a ambos lados de la frontera y consistirán fundamentalmente en campañas antipúldas y de desratización y en la investigación sistemática de la infección pestosa, en los reservorios y transmisores, debiendo actuar estos servicios en una profundidad que asegure protección conveniente al país vecino.

Tracoma

XVIII. Los países signatarios acuerdan organizar y mantener en las zonas fronterizas en las que el tracoma sea endémico, servicios especializados que actúen en forma permanente en la lucha preventiva y curativa contra esta enfermedad.

Hidatidosis

XIX. Los países signatarios ratifican sus propósitos frente a la hidatidosis de coordinar las reglamentaciones existentes en los mismos; armonizar las disposiciones de orden social en todo lo que sea posible y mantener estrecha vinculación en materia de investigación científica sobre la base de intercambio permanente de informaciones y organización de un archivo internacional sobre extensión y desarrollo de la enfermedad hidática en sus territorios. Para facilitar la reglamentación, se sugieren las medidas del Protocolo adjunto.

XX. Los países signatarios acuerdan formar una Comisión mixta compuesta de médicos y veterinarios higienistas a efectos de coordinar la acción enunciada en el Artículo anterior.

Rabia

XXI. Los países signatarios acuerdan mantener y mejorar los servicios permanentes de lucha antirrábica en todos sus aspectos, principalmente en las zonas fronterizas. Dichos servicios tendrán como base los puntos sugeridos en el Protocolo adjunto.

Lepra

XXII. Los países signatarios propiciarán dentro de sus territorios el censo de la lepra y otras medidas tendientes al contralor de dicha enfermedad en las zonas fronterizas.

Enfermedades Venéreas

XXIII. Los países signatarios acuerdan intensificar a todo lo largo de sus fronteras el contralor de las enfermedades venéreas, estableciendo medidas comunes en el orden preventivo y curativo.

DISPOSICIONES ESPECIALES

XXIV. Los países signatarios se comprometen a asegurar la potabilidad (química y bacteriológica) del agua que se provea a los barcos, ferrocarriles, aeronaves y demás vehículos afectados al tráfico internacional.

XXV. Los países signatarios se comprometen, dentro de lo posible, a tomar todas las medidas para evitar la polución de las corrientes de agua fronterizas, en defensa de la higiene y la economía de los países.

XXVI. Los países signatarios acuerdan realizar campañas conjuntas de educación sanitaria popular, mantener un intercambio permanente de informaciones, y fomentar la creación y apoyar el funcionamiento de sociedades medicas fronterizas, estimulando el estudio de los problemas de salubridad pública que interesen a los países vecinos.

XXVII. La libreta de sanidad o carnet de salud que pueda establecerse por cualquiera de los países signatarios, tendrá validez internacional, cuando contenga los requisitos mínimos formulados por la Ofici-

na Sanitaria Panamericana.

XXVIII. Las tripulaciones de los transportes internacionales, naves de tránsito fluvial o de cabotaje marítimo, aeronaves ferrocarriles y demás vehículos, deberán estar provistas obligatoriamente de la libreta de sanidad mencionada en el Artículo anterior o del certificado internacional de salud aprobado por la Oficina Sanitaria Panamericana.

XXIX. Para los fines de este Acuerdo, solamente las autoridades sanitarias de los países signatarios podrán emitir certificados de salud.

XXX. Como medida permanente, y ante la posible eventualidad de transporte de vectores por vía aérea, se acuerda exigir a las compañías de aeronavegación, la desinsectización de los aeropuertos y de los aviones de pasajeros y de carga, mediante los procedimientos que se expresen más adelante.

XXXI. Las compañías aéreas internacionales estarán obligadas a desinsectizar por los métodos y con la periodicidad recomendados por la Oficina Sanitaria Panamericana, el interior de las aeronaves, incluyendo todas sus dependencias, al iniciar el vuelo desde el último puerto aéreo de aterrizaje, antes de entrar al país limítrofe. Sin perjuicio de lo prescrito anteriormente, las autoridades sanitarias en el punto terminal del viaje podrán desinsectizar las aeronaves una vez bajados los pasajeros.

XXXII. Las obligaciones contenidas en el Artículo precedente, regirán también para los aviones civiles que realicen viajes internacionales y deberán ser aplicadas y controladas por las autoridades sanitarias del país de salida del avión hacia el país limítrofe, pudiendo ser exigibles por las autoridades sanitarias del país de llegada, el correspondiente certificado de inspección o control, expedido por las autoridades sanitarias del país de salida.

XXXIII. Se adoptarán medidas de desinsectización en los trenes internacionales de pasajeros y carga y en otros transportes terrestres que puedan vehiculizar el Aedes aegypti y otros vectores.

XXXIV. Las autoridades sanitarias de los países signatarios gestionarán la adopción de idénticos procedimientos de desinsectización a los señalados para los aviones comerciales, para las aeronaves de las fuerzas armadas, que crucen las fronteras.

XXXV. Cualquier observación sobre los datos consignados en los certificados de vacunación, de protección antiestegómica, y otros referidos en este Acuerdo, deberá ser comunicada a las autoridades sanitarias del país de origen del certificado.

XXXVI. Los países signatarios, entre cuyos puertos vecinos exista tránsito intenso de pasajeros, podrán, mediando condiciones sanitarias normales, prescindir de los requisitos sanitarios de práctica.

XXXVII. Los funcionarios dependientes de las autoridades sanitarias de cada país, que tengan la responsabilidad de los servicios de fronteras, estarán provistos de credenciales especiales que permitan a dichos funcionarios entrar en contacto directo con sus colegas del país vecino, en cualquier punto de la frontera.

XXXVIII. Los países signatarios notificarán inmediatamente a la Oficina Sanitaria Panamericana, todas las medidas que tomen en relación con este Acuerdo.

XXXIX. Los países signatarios recomiendan el estudio de la posibilidad de supresión de las patentes de sanidad por considerar que dicho documento no tiene, actualmente, ninguna utilidad sanitaria.

DISPOSICIONES FINALES

XL. El presente documento que consta de un Acuerdo y un Protocolo anexo se firma en cinco originales de un mismo tenor, cuatro en idio-

ma castellano y uno en idioma portugués, que serán entregados a los respectivos Plenipotenciarios y a la Oficina Sanitaria Panamericana.

XLI. El presente Acuerdo será aprobado por las partes contratantes conforme a sus respectivos procedimientos constitucionales y se comunicará a la Oficina Sanitaria Panamericana. Mientras tanto, entrará en vigencia a partir de la fecha de su firma y las Partes Contratantes se comprometen a cumplirlo en la medida que lo permita su ordenamiento legislativo.

Y para constancia, las Altas Partes Contratantes firman el presente Acuerdo en la ciudad de Montevideo, Ministerio de Relaciones Exteriores (Cabildo) a los trece días del mes de marzo de mil novecientos cuarenta y ocho.

Por la República Oriental del Uruguay
(Fdo.) Dr. Enrique M. Claveaux
(Fdo.) Dr. Ricardo Cappeletti

Por la República Argentina
(Fdo.) Dr. Ramón Carrillo
(Fdo.) Dr. Alberto Zwanck

Por la República del Brasil
(Fdo.) Dr. Heitor Prager Fróes

Por la República del Paraguay
(Fdo.) Dr. Raúl Peña
(Fdo.) Dr. Carlos Ramírez Boettner

Por la Oficina Sanitaria Panamericana
(Fdo.) Dr. Fred L. Soper
(Fdo.) Dr. Miguel E. Bustamante

PROTOCOLO ADJUNTO AL ACUERDO SANITARIO DE MONTEVIDEO, FIRMADO A LOS TRECE DIAS DEL MES DE MARZO DE MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO

Sugestiones para los fines de Reglamentación Respecto a Hidatidosis
y Rabia

HIDATIDOSIS

1. Creación de centros antihidáticos en las zonas de mayor infestación en cada uno de los países signatarios.
2. (a) Contralor sanitario del abasto de los Municipios; (b) Centralización de la faena de la matanza.
3. (a) Contemplar las condiciones higiénicas de la matanza en zonas suburbanas y rurales y construcción de mataderos higiénicos sobre un plan uniforme; (b) Propiciar la vigilancia sanitaria y las sanciones legales tendientes a evitar la matanza clandestina.
4. Unificación de los impuestos municipales de abasto.

RABIA

1. Las autoridades nacionales de los respectivos países vigilarán el cumplimiento eficaz y permanente de las ordenanzas generales sobre profilaxis de la rabia.
2. Las autoridades respectivas no permitirán el paso de perros de un país a otro, sin la presentación, por parte de sus dueños, de un certificado de vacunación antirrábica animal, expedido por las autoridades oficiales respectivas. La validez de dichos certificados será de seis meses, después de la última vacunación.

3. En caso de declararse alguna epizootia de rabia, en cualquiera de las zonas colindantes, las autoridades sanitarias locales comunicarán de inmediato la novedad a las autoridades sanitarias de las zonas limítrofes y mientras dure la epizootia, se prohibirá en absoluto el tránsito de perros, aun con certificado de vacunación entre esas regiones.

Por la República Oriental del Uruguay

(Fdo.) Dr. Enrique M. Claveaux

(Fdo.) Dr. Ricardo Cappeletti

Por la República Argentina

(Fdo.) Dr. Ramón Carrillo

(Fdo.) Dr. Alberto Zwanck

Por la República del Brasil

(Fdo.) Dr. Heitor Prager Fróes

Por la República del Paraguay

(Fdo.) Dr. Raúl Peña

(Fdo.) Dr. Carlos Ramírez Boettner

Por la Oficina Sanitaria Panamericana

(Fdo.) Dr. Fred L. Soper

(Fdo.) Dr. Miguel E. Bustamante

FILE COPY -- LIBRARY
PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
WASHINGTON, D. C.