



consejo directivo

ORGANIZACION
SANITARIA
PANAMERICANA
VI REUNION

La Habana, Cuba
15-24 septiembre 1952

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD
IV REUNION



CD6/7 (Esp.)
8 agosto 1952
ORIGINAL: ESPAÑOL

Tema 21: ESTUDIO DE LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA SANIDAD PANAMERICANA

Antecedentes

El Comité Ejecutivo, en su 10a Reunión, prestó la debida consideración al Documento OSP/10 CE.W.23, presentado por el Representante del Perú, sobre "Estandarización de la Estructura y Métodos de Organización de los Servicios Nacionales de Sanidad en las Américas" y adoptó la Resolución XVII dando instrucciones al Director para que incorporara este tema en el programa de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana "para que se adopte la resolución que convenga".

Después de considerar el Documento CSP13/PAT/3, preparado por el Director, la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana adoptó una resolución (CSP/R/XIII-Rev.1) que, en su parte dispositiva, dice así:

- "1. Instruir a la Oficina para que utilice su personal técnico en el estudio y elaboración de un cuerpo de doctrina que contemple la opinión de la Sanidad Panamericana.
- "2. Instruir al Director para que presente el informe pertinente al Consejo Directivo en su V Reunión para su consideración."

En cumplimiento de la supradicha resolución el Director sometió al Consejo Directivo el Documento CD5/58 en el que se enuncian los principios siguientes:

- "1. Integración de todos los servicios de salud pública, incluso los de maternidad e infancia, bajo una dirección técnico-administrativa única, no solamente en el nivel nacional sino también en el departamental (estadual o provincial) y local.

"2. Centralización normativa y descentralización ejecutiva por medio de unidades sanitarias.

"3. Centralización ejecutiva en el nivel nacional, justificada con carácter temporal, como labor suplementaria a la de las unidades locales en la lucha contra problemas sanitarios de gran extensión.

"4. Reconocimiento de la familia como unidad fundamental de trabajo para el desarrollo de todos los programas de salubridad.

"5. Utilización de personal técnico, especializado en salud pública, a tiempo completo, en particular el nombrado para cargos de dirección.

"6. Organización de escalafones sanitarios para el personal especializado en salud pública, con remuneración que garantice su dedicación exclusiva a las labores sanitarias.

"7. Preparación adecuada de personal técnico y auxiliar en escuelas de salud pública y mediante entrenamiento práctico en servicio.

"8. Integración de actividades de medicina curativa en los programas de salud pública en el nivel local.

"9. Fomento de la participación activa y consciente de las comunidades en las labores sanitarias.

"10. Evaluación periódica de las actividades de salud pública como requisito indispensable en la organización y desarrollo de programas eficientes."

En su V Reunión el Consejo Directivo adoptó una Resolución (XVIII) cuya parte dispositiva dice así:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

"RESUELVE:

"Aprobar en principio las normas presentadas por el Director en el Documento CD5/58, instruyendo al Director para que pida a los Gobiernos que envíen a la Oficina Sanitaria Panamericana sus sugerencias sobre los principios fundamentales de sanidad panamericana a fin de que puedan ser incorporadas en el texto del documento en preparación."

Exposición

En cumplimiento de la Resolución XVIII adoptada por el Consejo Directivo en su V Reunión, el Director dirigió a los Ministros de Salubridad de los Estados Miembros la carta circular CS-CL-83-51, con fecha 3 de diciembre de 1951.

El Director se honra en llevar a conocimiento del Consejo Directivo que hasta el 7 de agosto de 1952 se habían recibido respuestas de 18 países. Cinco de ellos consideraron aceptable la declaración de principios presentada a la V Reunión del Consejo Directivo. Tres informaron a la Oficina en el sentido de que el documento se encontraba sometido a estudio. Uno se limitó a acusar recibo de la carta y los nueve restantes transmitieron al Director diversas sugerencias.

Estimando que el Consejo Directivo puede tener interés en examinar las sugerencias presentadas, el Director se complace en adjuntar en el Anexo al presente documento, las respuestas recibidas de Argentina, Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos de América, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá y Uruguay con el objeto de ayudar al Consejo Directivo a expresar sus puntos de vista sobre el asunto.

Proyecto de Resolución

En vista de lo que antecede, el Consejo Directivo puede tener a bien adoptar una resolución concebida en los siguientes o parecidos términos:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

CONSIDERANDO:

Que el Director ha presentado un informe sobre las sugerencias de los Gobiernos de los Estados Miembros relativas a la preparación de un documento sobre principios Fundamentales de la Sanidad Panamericana,

RESUELVE:

1. Encomendar al Director que prepare un documento final en el que se tomen en consideración las sugerencias presentadas por los Estados Miembros y los puntos de vista expresados durante los debates del Consejo Directivo sobre el asunto.

2. Encomendar al Director que someta el documento final a la consideración del Consejo Directivo en su VII Reunión.

RESPUESTA DE ARGENTINA

REPUBLICA ARGENTINA

Asesoría de Política Sanitaria Internacional
Ministerio de Salud Pública

Buenos Aires, 19 de marzo de 1952

Señor
Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
Dr. Fred L. Soper
1501-15 New Hampshire Avenue
N.W. Washington 6, D.C.

De mi consideración:

Dando cumplimiento a la Resolución XVIII del 5º Consejo Directivo, enviamos a Ud., la serie de "Principios Fundamentales para la Sanidad Panamericana", con que este Ministerio de Salud Pública de la Nación desea contribuir a la organización y administración de los Servicios de Salud Pública de las Américas.

Esperando que ellos sean sometidos a consideración y estudio de los organismos pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludar a Ud. muy atte.

(Firmado)
Dr. Gerardo Segura
Director General
Política Sanitaria Internacional

ARGENTINA (cont.)

Los principios dentro de los cuales merece encuadrarse la doctrina sanitaria panamericana, de acuerdo a lo sustentado por el Ministerio de Salud Pública, serían los siguientes:

1. Fijación de los objetivos de la Sanidad Pública en relación con el bienestar físico, mental y social del individuo, la familia y la colectividad, a través de los métodos de la medicina curativa o asistencial, sanitaria o profiláctica, preventiva o médico-social.
2. Establecimiento de la organización sanitaria nacional, estadual o zonal, distrital y comunal.
3. Unificación de directivas y de comando normativo, coordinación de esfuerzos en todos los planos del asesoramiento y la acción, y descentralización ejecutiva, a través de las unidades sanitarias mínimas, de carácter técnico-administrativos, (Distritos Sanitarios).
4. Elaboración y aplicación del Código Sanitario Nacional y del Digesto de Procedimientos, en relación con la profilaxis, el contralor bromatológico, y el saneamiento del medio ambiente.
5. Considerar la medicina asistencial, como aquella rama de la medicina pública o privada, que afronta al individuo enfermo como un hecho consumado, que no configura un riesgo para la salud de los demás ni repercute social y económicamente sobre la colectividad.
6. Referir la medicina asistencial al nivel local, comunal o estadual privado o público, unificando los regímenes de las prestaciones y coordinando los servicios en un programa hospitalario nacional.
7. Considerar la medicina sanitaria, como aquella parte de la medicina pública que trata de neutralizar los agentes agresivos provenientes del medio ambiente biofísico (agua, suelo, atmósfera, clima, agentes bacterianos y parasitarios, virus, etc.), que pueden alterar la salud del individuo, trascendiendo en daños directos a la colectividad.
8. Referir la medicina sanitaria a todos los niveles de acción, pero con comando centralizado, estadual y/o nacional.

ARGENTINA (cont.)

9. Considerar a la medicina social, como aquella rama de la medicina pública destinada a actuar sobre las causas indirectas, provenientes del medio ambiente edificado por el hombre (factores sociográficos y convivenciales, trabajo, vivienda, cultura, alimentación, deportes), que pueden alterar la salud del individuo y de la colectividad.
10. Referir la medicina social a todos los niveles de la acción, pero con un comando central o nacional, en mérito a los planes de gobierno, de promoción de mejoramiento de las condiciones de vida, de trabajo y de cultivo del individuo, así como de perfeccionamiento de la vivienda familiar y de los ambientes de trabajo.
11. Considerar a la medicina preventiva como un método universal aplicable a la preservación del hombre de las enfermedades de mayor potencial de letalidad, e invalidez, destinada a prolongar la vida en salud, que en la medicina curativa se revela por la profilaxis, por el tratamiento (evitación de secuelas); en el área de la medicina sanitaria por la profilaxis específica (vacunaciones, inmunizaciones de rutina), en el área de la medicina social por el examen sistemático y periódico de toda la población supuesta sana (catastros, profilaxis genérica, educación sanitaria, etc.).
12. Considerar que los programas médico-sociales entroncan con la organización de la comunidad, para lograr el objetivo de su bienestar y felicidad, razón por la cual deben unificarse las tareas de la sanidad pública en este campo, con las correspondientes a otras agencias del estado o privadas, que promuevan, directa o indirectamente la salud física, mental y social de la población (servicio social creativo de grupo, ayuda social directa, Cajas de Seguros, Jubilaciones, Retiros y Pensiones por invalidez, enfermedad, maternidad, vejez, desempleo, orfandad, viudez, fallecimiento).
13. Consideración de la importancia primordial de la preparación del personal técnico y auxiliar en escuelas oficiales de Salud Pública, bajo programas equivalentes para todos los países americanos y reglados del mínimo de entrenamiento.

ARGENTINA (cont.)

14. Organización de la carrera sanitaria, a tiempo completo, con beneficio de escalafón y retiro.
15. Consideración de la educación sanitaria popular, como un proceso integrativo de la cultura social, inseparable de la escuela primaria elemental y a la propaganda o difusión sanitaria, como un instrumento informativo destinado a la población en general, vinculada a campañas sanitarias circunstanciales o permanentes.
16. Considerar indispensable que cada Estado americano formule las provisiones de la acción sanitaria, por períodos determinados, bajo la forma de Plan Sanitario Nacional.
17. Considerar los programas de Salud Pública como los documentos que fijan el método, mediante el cual debe desarrollarse una acción sanitaria indicada en un plan.
18. Considerar a las luchas como acciones sanitarias destinadas a satisfacer un objetivo integral del plan sanitario y a las campañas como movilizaciones operativas, integrantes de las luchas, orientadas a satisfacer un objetivo parcial o eventual.
19. Considerar, a los efectos del saneamiento, tres componentes del medio ambiente:
 - a. El físico (suelo, agua, atmósfera, clima, etc.).
 - b. El biológico (plantas, animales, bacterias, hongos, etc.).
 - c. El social (vivienda, transportes, abastos, alimentación, etc.).
20. Organización de las inspecciones periódicas, ordinarias y extraordinarias, evaluación de costos y rendimientos de los planes, programas, luchas y campañas y de las prestaciones institucionales.
21. Ordenamiento de la economía sanitaria y de la racionalización técnica y administrativa, tendientes a reducir niveles tramitativos o interferencias sobre la acción.

ARGENTINA (cont.)

22. Unificación de la nomenclatura hospitalaria, médico-preventiva y sanitaria, en materia de establecimientos y servicios, tareas extramurales e institucionales.
23. Integración del régimen asistencial, curativo u hospitalario, con facilidades de Salud Pública (atención de enfermos infecto-contagiosos) mentales, profilaxis de rutina, saneamiento del ambiente, estadística vital, formación de personal auxiliar, divulgación sanitaria y promoción de la investigación científica).
24. Reconocimiento del Centro de Salud como el instrumento básico de la acción sanitaria integral, que actúa sobre el individuo y la colectividad, perfeccionando su medio ambiente físico, biológico y social.
25. Considerar los convenios internacionales panamericanos, como los cuerpos de doctrina y de acción y de asistencia recíproca, que fijan simultáneamente la política sanitaria continental.
26. Considerar que cada Estado americano debe, independientemente por razones de soberanía, fijar su propia doctrina y política, dictar su legislación sanitaria y adecuar la acción, en relación con la magnitud de los problemas y los recursos financieros y técnicos, de equipos y personal entrenado, que corresponda a las condiciones de cada país, promoviendo desde su territorio, la salud de la población de las Américas.

SUBSECRETARIA TECNICA, 3 de Marzo de 1952.

(Firmado)
Dr. Lorenzo A. García
Subsecretario Técnico

ES COPIA FIEL

CD6/7 (Esp.)
ANEXO I
ORIGINAL: ESPAÑOL
Página 7

RESPUESTA DE LA REPUBLICA DE COSTA RICA.

MINISTERIO DE SALUBRIDAD PUBLICA
SAN JOSE, COSTA RICA

No. 1263

San José, 23 de Junio de 1952

Señor Doctor
M.G. Candau, Subdirector
Oficina Sanitaria Panamericana
1501-15 New Hampshire Ave., N.W.
Washington 6, D. C.
U.S.A.

Estimado Doctor Candau:

Con referencia a su comunicación CS-CL-43-52, dirigida al señor Ministro, me permito informarle que las conclusiones sobre el estudio de los Principios Fundamentales de la Sanidad Panamericana, contenidos en el Documento CD5/58 de 27 de septiembre de 1951 merecen nuestra aprobación, y solamente se sugiere que en el inciso 8, que se refiere a la integración de medicina asistencial en el nivel local, se agregue un párrafo que especifique que tal integración se hará solamente en aquellos lugares donde no existan servicios asistenciales adecuados. Es por todos conocido el peligro que existe de que los servicios asistenciales, que siempre van en un índice creciente, absorban por completo las actividades del personal, a expensas de sus actividades dentro de la medicina preventiva.

El párrafo que proponemos tendría el siguiente texto:

8. Integración de actividades de medicina curativa en los programas de salud pública en el nivel local, donde se carezca de servicios asistenciales adecuados.

Me suscribo de usted, con la mayor consideración, atento servidor,

(Firmado)
O. Vargas Méndez
Director General de
Salubridad

OVM:obr

RESPUESTA DE EL SALVADOR

Dirección General de Sanidad
San Salvador, El Salvador
C.A.

Señor Director
de la Oficina Sanitaria Panamericana
WASHINGTON, D.C.

Señor Director:

En acatamiento a la Resolución XVIII del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana en su Quinta Reunión, el suscrito Director General de Sanidad de El Salvador desea externar algunas consideraciones de orden doctrinal en lo que atañe a la orientación de la política de la Sanidad Panamericana.

Si bien la Medicina Sanitaria como ciencia y como arte ha establecido ciertas normas fundamentales de doctrina y de método en la consecución de los fines que persigue, es un hecho irrefutable que la acción administrativa en Salud Pública tanto en el terreno nacional, como en el internacional debe, frente a condiciones variadas de población, clima y cultura, adaptar en cada caso sus métodos o situar objetivos más o menos próximos a fin de que sus efectos sean provechosos y que se cumpla aquella máxima administrativa que le impone a Salud Pública "encaminar su gestión a preparar una vida mejor para las generaciones venideras rindiendo el máximo beneficio a las generaciones presentes."

El continente americano que se extiende del uno al otro polo de la tierra, ofrece la más amplia variedad de condiciones climáticas que pueda concebirse. Asimismo presenta la más extensa gama de condiciones sociales y económicas y todos los grados posibles de desarrollo cultural y político.

Se recordará que durante los debates que tuvieron lugar durante la Segunda Asamblea Mundial de la Salud, el Representante de un país de la Europa Central ridiculizó en cierta manera la existencia de un organismo sanitario panamericano, invocando precisamente como justificación de su punto de vista las enormes diferencias existentes entre los pueblos de la

EL SALVADOR (cont.)

América Anglo-Sajona y los de la América Latina. Reconociendo que tales diferencias existen entre uno y otro de los componentes geográficos y demográficos de América, diferencias no más amplias que las que existen dentro de casi cualquier país americano entre distintos sectores económicos de población o entre poblaciones de distintas áreas geográficas, es también innegable que existen entre los países de América lazos de parentesco y afinidad histórica, sociológica y económica que compensan aquellas diferencias, dándole a América el carácter de unidad social y económica, en la que es posible planear y llevar a cabo un programa de Salud Pública congruente y adaptado al espíritu tradicional de la acción sanitaria internacional.

Característica común a todos los países de América es, por ejemplo, el aliento de conquista hacia nuevas fronteras geográficas o económicas que anima a sus habitantes; el fermento evolutivo que la presenta como una sociedad no estratificada sino en plena transformación y en donde el individuo encuentra amplio espacio para concebir y realizar sus aspiraciones.

Este impulso optimista hacia el desarrollo integral de su progreso, característico de los pueblos americanos, trasciende poderosamente al campo de la Salud Pública. Fortalece aún más la favorable posición de América en lo que a Salud Pública concierne, su larga y fecunda tradición en el campo de la cooperación sanitaria internacional, de la cual la Organización Sanitaria Panamericana es un ejemplo.

Es de suponer que el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana al adoptar la Resolución N° XVIII en su Quinta Reunión, encomendándole a su Secretariado enunciar la doctrina que ha de orientar la política sanitaria panamericana, quiso que se determinase un denominador común a la acción sanitaria internacional en este continente, reconociendo la existencia de una amplia variedad en el desarrollo sanitario de los Países Miembros, pero asimismo admitiendo que existen claras manifestaciones de afinidad y de espíritu de cooperación entre sus pueblos.

No es fácil determinar cuál debe ser ese denominador común sin antes profundizar el estudio de las condiciones sanitarias en los diversos países y tomar en cuenta las posibilidades y limitaciones que informan los estatutos y recursos de la Organización Sanitaria Panamericana.

La falta de tal estudio ha sido el motivo de que los programas impuestos a la Organización por sus cuerpos directivos se hayan multiplicado desmedidamente, ocasionando una dispersión de los recursos financieros con que los países sostienen dicho Organismo.

EL SALVADOR (cont.)

Ante todo es preciso dejar establecido que la acción sanitaria internacional no podría, sin menoscabar su naturaleza tradicional y la responsabilidad que les incumbe a los Estados Miembros, asumir por su cuenta la ejecución de programas dentro de cada país, salvo bajo condiciones excepcionales de guerra o calamidades nacionales, cuando los propios gobiernos no estén en condiciones físicas de realizar la obra.

Tampoco podría la organización sanitaria internacional actuar directamente dentro de un país con funciones administrativas que atañen por su naturaleza a las organizaciones estatales mismas.

Aceptadas las premisas anteriores, la política sanitaria internacional debe orientarse hacia la selección de programas de prioridad cuya naturaleza, por definición, los destaque como el común denominador de las necesidades básicas de todos los países de América.

La determinación de programas de prioridad ha sido objeto de considerable interés por parte de las Conferencias Sanitarias Panamericanas y las reuniones del Consejo Directivo, celebradas en los últimos 6 años. Con harta frecuencia la prioridad ha sido determinada con un criterio individualista por parte de los representantes de los países americanos y no desde un plano exclusivamente internacionalista, lo que habría evitado el manifiesto error de señalarle programas de prioridad a la Oficina Sanitaria Panamericana con base en la mayoría de votos resultante de las peticiones individuales de los Países Miembros.

Esta dificultad ha sido encontrada por otros organismos sanitarios internacionales al abordar las discusiones del mismo tema.

La experiencia en el trabajo nacional e internacional ha fortalecido la opinión del suscrito, ya expresada repetidamente en el seno de los Organismos Sanitarios Internacionales en donde le ha tocado actuar, de que la necesidad común a todos los departamentos estatales encargados de velar por la salud pública en América es el reclutamiento, adiestramiento y orientación de los diversos grupos de personal técnico encargados de realizar los programas sanitarios.

Sanidad, dentro del concepto moderno reconocido universalmente, es, en último análisis, un trabajo educativo; de suerte que en esencia requiere y se basta con los recursos humanos. Sanidad, como el apostolado de una religión, es obra de los hombres. Los recursos materiales llegan y se multiplican en las manos de aquellos trabajadores que saben y anhelan cumplir bien su misión.

EL SALVADOR (cont.)

En la historia contemporánea brillan ejemplos en los que fué la visión del Estadista quien dió el empuje decisivo a la Salubridad Pública, anticipando en muchos años la iniciación de una etapa de progreso. Muchas veces el impacto decisivo, impresionante y repentino de un acto político de esta naturaleza ha ocultado, hasta volverla inconsecuente, la participación activa y eficaz del Higienista en la génesis del suceso.

Nada puede lograrse en el avance de la Salud Pública sin la venia y respaldo del Estadista, pero es igualmente cierto que su buena voluntad sólo puede lograrse cuando él advierte y se convence de que su aspiración de progreso tiene posibilidades cercanas de éxito mediante la habilidad y entusiasmo de aquellos que han de realizar la obra que él se propone.

En mayor o menor grado, la falta de suficiente personal profesional y auxiliar en Salud Pública es aparente en todos los países de América.

Podría objetarse que en los países de habla inglesa esta deficiencia no es de consideración; sin embargo, las sociedades profesionales y las autoridades de salubridad de tales países constantemente la señalan. Deberá tomarse en cuenta que los territorios en donde esos Gobiernos deben actuar, dada la amplitud de sus zonas de influencia, que se extiende más allá de sus respectivas fronteras continentales les impone, igual que a los países Hispano-Americanos, la necesidad de adiestrar su personal sanitario para el trabajo en variadas condiciones de desarrollo económico y social, muchas veces incipiente.

El esfuerzo, relativamente limitado, que hasta ahora han hecho las organizaciones internacionales en la preparación técnica en Salud Pública, ha adolecido desafortunadamente de un defecto cual es el de haberse enfocado con excesiva preferencia en la formación de personal profesional, mientras que muy poco se ha adelantado en la ayuda a los gobiernos en el adiestramiento al personal auxiliar sobre el que recae finalmente la responsabilidad de ejecución de los programas de trabajo en el campo.

Las organizaciones internacionales y en particular la Organización Sanitaria Panamericana están en condiciones sumamente favorables de prestar inmensa ayuda a los Gobiernos en el campo antes señalado, sin desatender, por supuesto, el adiestramiento profesional de los futuros líderes. Se concibe, por ejemplo, que grupos de instructores en diversos campos podrían funcionar simultáneamente en los países de América, desarrollando constantemente cursos de adiestramiento en las diversas ramas del trabajo sanitario.

Estas pequeñas "facultades" lograrían en pocos años la formación y orientación del personal que se adiestra además constituirían en cada país,

EL SALVADOR (cont.)

un foco de interés por Salud Pública y un estímulo apropiado para obtener mejores condiciones de empleo y previsiones de orden económico capaces de crear incentivos para la carrera sanitaria, por parte de los Gobiernos respectivos.

El caudal de experiencias y el mutuo conocimiento entre personas de distintos países empeñados en una misma misión, que resultaría de este intercambio, constituiría sin duda un lazo permanente de acercamiento entre los pueblos y vigorizaría más que nada el espíritu de comprensión y de cooperación en el campo de la salubridad internacional.

Existe además en el denominador común de necesidades sanitarias en América, particularmente en la América Tropical, un problema sobre el cual El Salvador ha hecho énfasis en numerosas reuniones de carácter internacional: el saneamiento básico rural.

La inmensa mayoría de la población americana reside en zonas rurales o vive en comunidades de carácter netamente rural. Las cifras de estadística vital denotan claramente los considerables estragos que las condiciones de insalubridad en el medio rural americano producen en la salud y en las vidas de los habitantes.

No existe un problema tan universalmente extendido, en el campo de la salubridad, fuera de la escasez de personal adiestrado a que se ha hecho mención antes, que este del saneamiento ambiental en el medio rural.

Cuando a las mesas de conferencias internacionales de salud pública se ha traído este problema a discusión es frecuente que en el ánimo de los representantes surja de inmediato la idea de que el saneamiento básico consiste primordialmente en una inversión de capital que incumbe exclusivamente a los gobiernos y no al Organismo Sanitario Internacional. La reflexión más detenida sobre este asunto revela, sin embargo, la considerable importancia que un plan orientador y administrativo tiene en la ejecución de las obras de saneamiento básico.

Con alguna frecuencia se ha dicho, y el concepto ha sufrido deformaciones en la mente de algunos administradores de salud pública, que la obra de saneamiento es predominantemente una inversión en cemento y hierro. Aunque tal aseveración podría estar respaldada por cifras de un presupuesto, es también cierto que la acción administrativa y de planificación y los estudios técnicos para el desarrollo de un programa integral de saneamiento rural constituyen el punto de apoyo básico y primordial.

EL SALVADOR (cont.)

He aquí por qué un organismo internacional puede y debe actuar decisivamente en el desarrollo de la salubridad rural y he allí también una forma y manera de cómo puede prestar colaboración decisiva a los Estados Miembros.

La función tradicional de los organismos internacionales de Salud Pública, consistente en el intercambio de información epidemiológica ha perdido mucho de su importancia, en lo que a América se refiere. El Servicio de Inteligencia Epidemiológica deberá continuar formando parte del programa de trabajo de la Organización Sanitaria Panamericana, pero no merecerá ya ni el numeroso personal ni las asignaciones presupuestales considerables de que disfrutaba en años anteriores.

En cambio, las funciones de centro de acopio de información técnica que a la Oficina Panamericana se le han siempre asignado deben mantenerse, puesto que dichas funciones son inherentes a todo organismo internacional. La labor de colectación, de análisis y difusión de información técnica requerirá los servicios de un grupo de especialistas en diversos campos y de un órgano de publicidad como el actual Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana acondicionado apropiadamente en su plan editorial para desembarazarlo de material que no sirva propósitos definidos.

Con los argumentos y las explicaciones que anteceden, el suscrito respetuosamente somete ante el Honorable Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana, las bases doctrinales siguientes como puntos de orientación de la futura política sanitaria panamericana:

Primera - América a pesar del variado desarrollo, carácter y cultura de sus pueblos, de las diferencias de clima y de ambiente que comprenden su territorio, constituye una unidad social y económica en la que es posible desarrollar un armonioso y eficaz programa sanitario de carácter internacional.

Segunda - La acción sanitaria internacional en América sólo puede concebirse, en el momento histórico que vivimos, dentro de un programa encaminado a la resolución de las necesidades básicas y primordiales de los Países Miembros.

Tercera - El criterio de selección de programas debe ser aquél que determine el común denominador de necesidades sanitarias básicas en todos los Países Miembros, cuya resolución sea compatible con la naturaleza y carácter de la acción sanitaria internacional.

EL SALVADOR (cont.)

Cuarta - Salud Pública es obra de los hombres y la preparación y orientación del personal sanitario es básica necesidad en América.

Quinta - La modificación y conquista del ambiente en que vive el hombre, expresión y medida de su civilización, es la meta natural de la fundamental acción sanitaria.

Sexta - La Oficina Sanitaria Panamericana debe constituirse en un Centro de Información científica al servicio de los Gobiernos; desarrollar con el mismo fin funciones de coordinación y aquellas que no menoscaben el carácter internacional de la Organización, ni le resten responsabilidades administrativas a los Estados Miembros.

(Firmado)
Juan Allwood Paredes
Director General de Sanidad.

JAP/cgs.

CD6/7 (Esp.)
ANEXO I
8 agosto 1952
ORIGINAL: INGLÉS
Página 17

RESPUESTA DE LOS ESTADOS UNIDOS

FEDERAL SECURITY AGENCY
Servicio de Salud Pública
Washington 25, D.C.

10 de abril de 1952

Estimado Dr. Soper:

Me refiero a la carta del Dr. Antunes, fecha 5 de diciembre de 1951, solicitando sugerencias sobre principios fundamentales de la sanidad panamericana.

Se ha tomado nota de que la resolución adoptada por el Consejo Directivo en su V Reunión aprobó "en principio las normas presentadas... en el Documento CD5/58." Los principios propuestos, suscintamente enunciados en el documento, justifican ciertas observaciones.

Como primer principio se propone la integración de todos los servicios de salud pública bajo una sola autoridad. Esta declaración debería formularse en forma más matizada, ya que son muchos los servicios públicos que tienen aspectos sanitarios. Por ejemplo, el control de alimentos y drogas medicinales, la vivienda, la asistencia médica a los trabajadores y los servicios de sanidad de las fuerzas armadas, no se considera que sean de responsabilidad directa de la administración de salubridad. Si hay que sentar principios, la Oficina puede tener interés en precisar cuáles servicios interesan en primer término a la salud pública y cuáles pueden considerarse como de importancia secundaria desde este punto de vista.

Más aún, con el rápido desarrollo de los servicios nacionales de seguro contra enfermedad en algunos países latinoamericanos, se plantea el problema de la coordinación de las actividades preventivas y curativas en los distintos niveles administrativos. Aparece como deplorable, además, que no se haga mención alguna de las organizaciones no gubernamentales, como asociaciones profesionales, entidades de iniciativa privada, instituciones de educación e investigación, cooperativas rurales, sindicatos y organismos similares, cuya acción contribuye con frecuencia, y en considerable medida, a los esfuerzos en pro de la salud pública.

RESPUESTA DE LOS ESTADOS UNIDOS (Cont.)

Esto plantea de un modo inmediato el problema de la coordinación entre los servicios del Gobierno y asimismo el de la creación de juntas o consejos nacionales de salubridad. Estas cuestiones debieran merecer especial comentario en un enunciado de principios.

Los puntos 5, 6 y 7 se refieren a problemas de personal. Se trata de cuestiones que podrían reagruparse en una sección que subrayara la necesidad de contar con un personal suficiente, a tiempo completo y remunerado en forma que permitiera conseguir buenos elementos, así como la de que nombramientos y ascensos se basaran en el mérito y no en consideraciones ajenas a la técnica, y de que llegaran a formarse cuerpos profesionales permanentes, no sujetos a los cambios de gobierno.

Bajo el punto 8, he de sugerir que la integración de los servicios preventivos y curativos en el nivel local puede no ser siempre la solución adecuada. ¿No sería más indicado recurrir a la coordinación?

El Servicio de Salud Pública ha publicado cierto número de artículos consagrados a estos temas, algunos de los cuales le han sido enviados. Si así lo desea, estamos dispuestos a mandarle otros más.

De usted atentamente,

(Firmado)
Leonard A. Scheele
Cirujano General

Dr. Fred L. Soper
Director
Oficina Sanitaria Panamericana
1501 New Hampshire Avenue, N.W.
Washington, D. C.

CD6/7 (Esp.)
ANEXO I
ORIGINAL: FRANCÉS
Página 19

RESPUESTA DE HAITI

REPUBLICA DE HAITI

SECRETARIA DE ESTADO DE SALUBRIDAD PUBLICA

Port-au-Prince, 2 de agosto 1952

No. P-4:1805

Señor Subdirector:

Con referencia a su carta del 11 de junio último, Ref: CS-CL-43-52, me complace enviarle, a los fines consiguientes, copia de una carta del Director General de Salubridad Pública de Haití, fechada el 29 de julio y que contiene las sugerencias solicitadas por usted acerca de los principios fundamentales de la sanidad panamericana.

Desearía que la comunicación del Director General, que llegará seguramente a sus manos después del plazo señalado para su envío, pudiera serle de alguna utilidad en la preparación del documento de que usted me hablara.

Reciba, señor Subdirector, la expresión de mi más distinguida consideración.

(Firmado)
Clément JUMELLE
Secretario de Estado

Señor M.G. Candau
Subdirector
Oficina Sanitaria Panamericana
1501 New Hampshire Avenue
Washington 6, D. C.

HPV/mbp

RESPUESTA DE HAITI (Cont.)

C O P I A

29 de julio de 1952

Al: Secretario de Estado de Salubridad Pública

Por conducto del: Subsecretario de Estado de Salubridad Pública

Señor Secretario de Estado:

En respuesta a su escrito del 25 de junio de 1952 relativo a la petición formulada por la Oficina Sanitaria Panamericana de que se le comuniquen las sugerencias del Departamento de la Salubridad Pública acerca de los principios fundamentales de la sanidad panamericana, tengo el honor de someter las que a continuación se expresan, con destino a la Organización interesada:

- 1) Que se reconozca como una obligación de cada Nación Americana la de trabajar en pro de la elevación del nivel sanitario de su pueblo de acuerdo con las recomendaciones que pueda hacer la Oficina Sanitaria Panamericana y los métodos aprobados por la misma.
- 2) Que para el logro de los objetivos sanitarios, los Gobiernos Miembros consideren como problemas o actividades que deben tener prioridad en la nación aquéllos que la OSP y la OMS hayan considerado como de importancia primordial en interés de la sanidad panamericana.
- 3) Que en la acción para resolver los problemas sanitarios cuya importancia rebasa el ámbito nacional, se unan las naciones americanas a fin de facilitar la asistencia necesaria para su solución en todos los casos en que se reconozca que es imposible resolverlos con los recursos nacionales únicamente.
- 4) Que se establezcan normas para el análisis crítico de los proyectos previstos y de las actividades y trabajos emprendidos por las organizaciones nacionales, como asimismo para la evaluación de los resultados obtenidos o de los esfuerzos realizados para continuar, consolidar o mantener los resultados logrados.

RESPUESTA DE HAITI. (Cont.)

5) Que las naciones panamericanas se comprometan a preparar periódicamente un balance de las realizaciones sanitarias llevadas a cabo por su organización, en el cual se muestren, por medio de índices apropiados, los progresos realizados conforme a las pautas establecidas o aprobadas por la OMS y la OSP.

6) Que a tal efecto, la OSP se encargue de preparar un "Formulario de Evaluación" y un "Cuestionario Sanitario" que se utilizarían para la determinación de los problemas sanitarios y el estudio y evaluación de los programas sanitarios en el ámbito nacional, del mismo modo que lo hace en el local el formulario "Evaluation Schedule" preparado por la Asociación Americana de Salud Pública para la evaluación de los datos en una colectividad determinada.

Sírvase aceptar, señor Secretario de Estado, la expresión de mi más respetuosa consideración.

(Firmado)
Dr. A. BELLERIVE
Director General

Vo. Bo.

RESPUESTA DE HONDURAS

SECRETARIA DE ESTADO
EN LOS DESPACHOS DE GOBERNACION, JUSTICIA, SANIDAD Y BENEFICENCIA

REPUBLICA DE HONDURAS, CENTRO AMERICA

Of. No. 3435

Tegucigalpa, D.C.
26 de diciembre de 1951

Señor Don Fred L. Soper
Director de la Pan American Sanitary Bureau
Regional Office of the
World Health Organization
Washington, D.C., U.S.A.

En contestación a su atenta nota CS-CL-83-51 del tres del mes en curso, tengo el agrado de transcribirle:

"Oficio No. 588.- Tegucigalpa, D.C., 18 de diciembre de 1951.
Señor Ministro: Tengo el agrado de acusarle recibo de su atento Oficio No. 3174 de fecha 10 del mes en curso, adjunto al cual y para que formulara las sugerencias que se solicitan, me envió en forma original la correspondencia recibida del Señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, relacionada con el texto de un nuevo documento referente a los Principios Fundamentales de la Sanidad Panamericana. En contestación, me permito manifestar a esa Superioridad que he leído detenidamente el pliego contentivo del Estudio de los Principios Fundamentales de la Sanidad Panamericana, y estimo que las conclusiones contenidas en dicho pliego pueden sentarse como normas de Sanidad Panamericana, aplicables a cada país, siempre que no se opongan a las normas de derecho positivo de cada Estado.- Estimo que para dejar a salvo dichos principios, inherentes a la autonomía y soberanía de los Estados, convendría consignar como número final el siguiente: "La aplicación de estas normas, no se opondrán en manera alguna a los principios de derecho positivo de cada país, debiendo aplicarse preferente éstos a aquéllas".- Adjunto, me permito devolverle la correspondencia acompañada a su citado oficio.- Con muestras de mi distinguida consideración

CD6/7 (Esp.)

ANEXO I

Página 24

RESPUESTA DE HONDURAS (Cont.)

y aprecio, me es grato suscribirme del Señor Ministro como su muy atento y seguro servidor. MANUEL CACERES VIJIL.- Director General de Sanidad Pública.- Al Señor Ministro de Gobernación, Justicia, Sanidad y Beneficiencia, Palacio Nacional."

Soy de Ud. muy atento y seguro servidor.

(Firmado)
JULIO LOZANO h.

cc. al Arch.
Ace.

RESPUESTA DE NICARAGUA

MINISTERIO DE SALUBRIDAD PUBLICA
MANAGUA, D.N.

Junio 25, de 1952.-

Dr. Fred L. Soper
Director, Oficina Sanitaria Panamericana
1501 New Hampshire Ave., N.W.
Washington 6, D. C.

Ref: CS-CL-83-51

Estimado Dr. Soper:

En relación a las conclusiones, que se dignó enviar a este Ministerio, en su comunicación del 21 de Septiembre de 1951, (CD5-58), las que serán presentadas en la VI reunión del consejo directivo de la Organización Sanitaria Panamericana, me permito exponer a Ud. la opinión de este Ministerio, de la manera siguiente:

lo.- Enteramente de acuerdo con los puntos 3, 4, 7, 8, 9 y 10 de las conclusiones.-

OBSERVACIONES:

Al punto No. 1: Léase: "Integración de los servicios sanitarios de Salud Pública incluso los de maternidad, infancia y asistencia social, bajo una dirección técnica-administrativa única y supervigilancia técnica sobre instituciones privadas de esta índole, no solamente en el nivel nacional, sino también en el departamental (estadual o provincial) y local."

Al No. 2: "La descentralización ejecutiva en las Unidades Sanitarias, es, también muy aconsejable; pero en la realidad y en la práctica, allí, donde no hay un personal ciento por ciento sanitario, es un peligro. Propondríamos que la conclusión segunda, se aplicara ahí donde hay Unidades Sanitarias perfectas, por la calidad del personal y la proporción del Presupuesto."

Al No. 5: "donde dice "tiempo completo", léase "tiempo integral".

Al No. 6: Agregar al final, "y con seguridades propias en la conservación de sus puestos".

RESPUESTA DE NICARAGUA (Cont.)

Este Ministerio sugiere además, incorporar a ese documento la siguiente sugerencia:

- a) Abogar para que la instrucción general que se imparte en el país, sean incorporados, como esenciales, los principios básicos de higiene y Salubridad Pública.

Aprovecho la oportunidad para reiterarle el testimonio de mi más distinguida consideración.

(Firmado)
DR. LEONARDO SOMARRIBA
Ministro de Salubridad Pública

FU/rgs

RESPUESTA DE PANAMÁ.

REPUBLICA DE PANAMÁ

Panamá, 12 de julio 1952

No. 376-M

Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública

Apreciado Sr. Director:

Con el fin de darle cumplimiento a la Resolución XVIII adoptada por el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana en su V Reunión, tengo el agrado de adjuntarle las sugerencias del Gobierno de Panamá sobre los Principios Fundamentales de la Sanidad Panamericana, preparados por la Dirección General de Salud Pública de este Ministerio.

En la seguridad de que estas sugerencias serán incorporadas al texto del nuevo documento en preparación, el cual será sometido a la VI Reunión del Consejo Directivo que se celebrará en La Habana, Cuba, del 15 al 24 del próximo mes de Septiembre, me es grato suscribirme, reiterándole los testimonios de mi más distinguida consideración y aprecio.

(Firmado)

JUAN GALINDO

Ministro de Trabajo, Previsión Social
y Salud Pública.

Señor Doctor
Fred L. Soper
Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
Washington, D. C.

CD6/7 (Esp.)

ANEXO I

Página 28

PANAMA (Cont.)

SUGESTIONES DEL GOBIERNO DE PANAMA

Al Estudio de los Principios Fundamentales de
la Sanidad Panamericana

- 1.- Reconocimiento por todos los Estados de America, de su responsabilidad por mantener la poblacion en salud como condicion indispensable de progreso y de libertad.
- 2.- Reconocimiento de la necesidad de integracion de todos los servicios de medicina preventiva y medicina curativa bajo una misma agencia gubernamental y particularmente la integracion de todos los, asi llamados servicios, de Salud Publica bajo una misma direccion Tecnico-administrativa unica en todos los niveles gubernamentales.
- 3.- Reconocimiento del principio obligatorio de todos los gobiernos de ofrecer proteccion y asistencia gratuita a la maternidad y a la infancia por medio de la accion integral de los programas respectivos bajo la direccion Tecnico-administrativa unica de Salud Publica.
- 4.- Centralizacion normativa y descentralizacion ejecutiva por medio de la integracion de las labores de salud publica en areas sanitarias definidas por medio de Unidades Sanitarias.
- 5.- Centralizacion tanto normativa como ejecutiva en los problemas sanitarios de mayor importancia en cada pais, a base de Campañas Sanitarias Especializadas en un nivel nacional, justificadas con caracter temporal para la erradicacion de estos problemas sanitarios a plazo limitado.
- 6.- Reconocimiento de la familia como unidad fundamental de trabajo para el desarrollo de todos los programas de Salud Publica en todos los niveles de la administracion sanitaria, incluso las Campañas Especializadas.
- 7.- Reconocimiento de la carrera sanitaria como una carrera pública especializada con derecho a:
 - 7.1 Debida proteccion por medio de escalafones sanitarios.

PANAMA (Cont.)

- 7.2 Adecuada remuneración, ascensos, jubilación y pensión, etc. y especialmente estabilidad que garantice al personal Técnico su dedicación exclusiva a las labores sanitarias, a tiempo completo, en particular el nombrado para cargos de dirección.
- 7.3 Preparación adecuada en escuelas de salud públicas y mediante adiestramiento práctico en servicio, en particular del personal auxiliar, como estímulo al ingreso al escalafón sanitario.
- 8.- Fomento de la participación activa y consciente de las comunidades en las labores sanitarias.
- 9.- Evaluación periódica de las actividades de salud pública como requisito indispensable en la organización y desarrollo de programas eficientes.
- 10.- Cooperación panamericana en todos los problemas mutuos de salud pública, especialmente en los relacionados con la erradicación de enfermedades de importancia continental.

RESPUESTA DEL URUGUAY

REPUBLICA ORIENTAL
DEL URUGUAY

Ministerio
de
Salud Pública
Nota 5131

AS. 1097/147
J.L.V.

Montevideo, junio 14 de 1952.-

Senor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana,
Doctor Fred L. Soper.-

Senor Director:

Este Ministerio ha recibido su nota No. CS-CL-83-51, de fecha 3 de diciembre ppto., por la que se pone en nuestro conocimiento, la resolución adoptada por el Consejo Directivo de esa Organización, en la V Reunión celebrada en Washington, del 24 de setiembre al 3 de octubre de 1951, referente a principios fundamentales de la sanidad panamericana.-

Esta Secretaría de Estado comparte el criterio sustentado por esa Dirección, en el sentido de que los principios fundamentales de la Sanidad Panamericana, a los cuales se refiere la resolución tomada por la XIII Conferencia Sanitaria, deben ser de orden general y amplios, ya que, como bien lo dice el documento adjunto a la nota referenciada, los principios sanitarios no son fijos, y por el contrario mutables de acuerdo con las circunstancias.-

De acuerdo a la información producida por la División Higiene de este Ministerio, paso a enumerar las consideraciones que estimamos del caso efectuar, a las "Conclusiones" propuestas por esa Dirección en el Tema 22: ESTUDIO DE LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA SANIDAD PANAMERICANA:

1. Existiendo en nuestro país, por ley, un Organismo especializado que atiende todo lo atinente a la salud y el bienestar del niño, como es el Consejo del Niño, este numeral no podrá cumplirse integralmente.-

URUGUAY (cont.)

2. Consideramos de gran utilidad lo aconsejado en este numeral, y le adelantamos que ya se viene cumpliendo en nuestro país.
3. En la forma aconsejada se realiza en nuestro medio, en algunos problemas, como ser la tuberculosis y el cáncer.
4. Es una realidad en nuestra república.
5. Ya se ha dado principio a esta práctica, que estimamos de indudables beneficios para la asistencia y organización hospitalaria.
6. Recientemente se ha proyectado un estatuto de escalafón para el personal sanitario, por intermedio de una Comisión designada al efecto, el cual se encuentra a estudio.
7. Sin necesidad de crear, por el momento, escuelas de Salubridad, la Facultad de Medicina de nuestro país, realiza dicha enseñanza, preparando personal técnico y auxiliar.
8. Respecto a lo propuesto en este numeral, se realiza desde hace varios años, en cada uno de los 19 departamentos en que se divide el Uruguay.
9. El gobierno del Uruguay siempre ha estimulado la participación de las comunidades en las labores sanitarias.
10. La organización del Departamento de Estadística Vital de este Ministerio, permite efectuar las evaluaciones a que se hace referencia en este numeral.

Asimismo, este Ministerio se permite sugerir a esa Oficina, el estudio y establecimiento de un numeral, que tenga por objeto reducir o suprimir ciertos organismos sanitarios internacionales, que en la actualidad han creado cierto confusiónismo en el ambiente Sanitario Panamericano, creando, además problemas de orden económico financiero para los países de América Latina.

Consideramos que bastaría con la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana, para regir en forma eficiente los destinos sanitarios universales y particularmente los de América.

URUGUAY (cont.)

Paralelamente a los citados organismos, existen actualmente otros, tales como la U.N.I.C.E.F., Ayuda técnica de Naciones Unidas, Ayuda técnica O.E.A., Instituto Interamericano de Protección a la Infancia, etc., que al tener cometidos semejantes, crean dificultades y confusiones, por cuyo motivo estimamos que debería limitarse la creación de estos Institutos.

Asimismo, nos encontramos con el Instituto de Asuntos Interamericanos, que actúa mediante acuerdos bilaterales, cuya creación no encuadraría en el acuerdo de Cancilleres de Río de Janeiro, al establecer en su Capítulo XXX, Mejoramiento de la Salud y de la Salubridad Pública, la siguiente resolución:

"Resolución 2

"Recomendar que para la realización de estos objetivos sean utilizados, la ayuda técnica y el consejo de los Servicios Nacionales de Sanidad, de cada país, en cooperación con la Oficina Sanitaria Panamericana."

Sin dejar de reconocer esta Secretaría de Estado, los beneficios que reportan todas esas Instituciones, considera que, por lo expresado precedentemente, procedería al establecimiento del numeral que se sugiere incluir en la declaración de principios que nos ocupa.

Aprovecho esta oportunidad, para reiterar a usted, las expresiones de mi consideración más distinguida.

(Firmado)
Dr. FEDERICO GARCIA CAPURRO
Ministro de Salud Pública



consejo directivo

ORGANIZACION
SANITARIA
PANAMERICANA
VI REUNION

La Habana, Cuba
15-24 septiembre 1952

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD
IV REUNION



CD6/7 (Esp.)
ANEXO II
8 septiembre 1952
ORIGINAL: ESPAÑOL

Tema 21: ESTUDIO DE LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA SANIDAD PANAMERICANA

Después de terminada la redacción de este documento se ha recibido la siguiente carta:

RESPUESTA DE MEXICO

DELEGACION DE MEXICO
ANTE LA ORGANIZACION DE LOS
ESTADOS AMERICANOS

Número: 507

Washington, D.C.,
20 de agosto de 1952.

Señor Director:

En cumplimiento de correspondiente encargo de mi Cancillería, tengo el agrado de remitir a usted, anexa a la presente, la nota número 59172, de fecha 8 del mes en curso, en la que dicha Cancillería, contestando la nota CS-CL-43-52, del 11 de junio último, de la Oficina Sanitaria Panamericana, transcribe las sugerencias formuladas por la Secretaría de Salubridad y Asistencia del Gobierno de México, acerca de los principios fundamentales de la sanidad panamericana.

Me es satisfactorio aprovechar esta oportunidad para reiterarle, señor Director, las seguridades de mi más atenta y distinguida consideración.

(Firmado)
Luis Quintanilla

Señor Doctor Fred L. Soper,
Director de la Oficina Sanitaria Panamericana,
1501 New Hampshire Avenue, N.W.
Washington, D.C.

SECRETARIA DE RELACIONES EXTERIORES
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
MEXICO

México, D.F., a 8 de agosto de 1952.

59172

Señor Director:

En relación con su atenta nota CS-CE-43-52, del 11 de junio pasado, me es grato transcribir a usted las sugerencias relacionadas con los principios fundamentales de la sanidad panamericana, formuladas por la Secretaría de Salubridad y Asistencia del Gobierno de México:

1. Que todos los trabajos sanitarios deben ser planeados, ejecutados y dirigidos por personal técnico especialmente adiestrado en salubridad y que se le considere a tiempo completo. Todos los cargos directivos deberán ser ocupados por personal de esta categoría.
2. Con el fin de asegurar al personal sanitario en su carrera, deberían organizarse escalafones para el mismo con la natural remuneración que les permita dedicarse exclusivamente a labores de salubridad.
3. Para evaluar los progresos en los programas, se sugiere que se establezcan patrones de valuación que permitan comparar los resultados en diversos países.

Aprovecho la oportunidad para reiterarle las seguridades de mi más atenta y distinguida consideración.

(Firmado)
Alfonso Guerra

Señor Doctor Fred L. Soper,
Director de la Oficina Sanitaria Panamericana,
1501-15 New Hampshire Avenue, N.W.,
Washington, D.C., E.U. de A.