consejo directivo

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

XIII Reunión

15516

comité regional

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

XIII Reunión

Washington, D. C.

Martes 3 de octubre de 1961, a las 10:00 a.m.
Tuesday 3 October 1961, at 10:00 a.m.

RA
10
.A4
1961
v.2

CD13/36
4 octubre 1961
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA PRIMERA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE FIRST PLENARY SESSION

Presidente Provisional: Provisional Chairman:	Dr. Luther L. Terry	Estados Unidos de América
Presidente: Chairman:	Dr. Luther L. Terry	Estados Unidos de América

Indice
Contents

Homenaje a la memoria del Sr. Dag Hammarskjold, Secretario General de las Naciones Unidas.

Tribute to Mr. Dag Hammarskjold, late Secretary General of the United Nations.

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar al Jefe de los Servicios de Secretaría (Cuarto 1316) las correcciones que deseen ver introducidas en el texto, dentro de las 48 horas siguientes a su distribución. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión del Consejo.

Note: These précis minutes are provisional. The representatives are therefore requested to notify the Chief, Secretariat Services, (Room 1316) within 48 hours, of any correction they wish made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the meeting of the Council.

Tema 1: Inauguración de la Reunión
Topic 1: Opening of the Meeting

Tema 2: Nombramiento de la Comisión de Credenciales
Topic 2: Establishment of the Committee on Credentials

Primer informe de la Comisión de Credenciales
First Report of the Committee on Credentials

Tema 3: Elección de Presidente y dos Vicepresidentes
Topic 3: Election of Chairman and two Vice-Chairmen

Tema 4: Adopción del Programa de Temas (Documento CD13/1, Rev. 2)
Topic 4: Adoption of the Agenda (Document CD13/1, Rev. 2)

Tema 5: Adopción del Programa de Sesiones (Documento CD13/2, Rev. 1)
Topic 5: Adoption of the Program of Sessions (Document CD13/2, Rev. 1)

Tema 6: Constitución de la Comisión General
Topic 6: Establishment of the General Committee

The PROVISIONAL CHAIRMAN, Dr. Luther L. Terry, Surgeon General of the U. S. Public Health Service, asked the Secretariat to report on whether there was a quorum.

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) contesta que se hallan presentes los Representantes de 19 Países Miembros y que, por tanto, hay quórum.

TRIBUTE TO MR. DAG HAMMARSKJOLD, LATE SECRETARY GENERAL OF THE UNITED NATIONS
HOMENAJE A LA MEMORIA DEL SR. DAG HAMMARSKJOLD, SECRETARIO GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS

This being the first Meeting of the Directing Council since the death of Mr. Dag Hammarskjold, the PROVISIONAL CHAIRMAN stated that the occasion should not be allowed to pass without paying solemn tribute to the late Secretary General of the United Nations and to the ideals for which he stood.

(All the participants in the Meeting of the Directing Council then rose and observed one minute's silence in tribute to Mr. Dag Hammarskjold).

(Todos los participantes en la reunión del Consejo Directivo guardan, en pie, un minuto de silencio en homenaje a la memoria del Sr. Dag Hammarskjold).

TOPIC 1: OPENING OF THE MEETING
TEMA 1: INAUGURACION DE LA REUNION

The PROVISIONAL CHAIRMAN extended, on behalf of President Kennedy and of the Government of the United States of America, a greeting to the Representatives and Observers attending the Meeting. Past history, he said, had adequately demonstrated the interest of his Government in the health and welfare of its sister Republics of the Americas. In caring for the health of the people, all the Americas have a common goal. Although he personally was new to this Organization, as Surgeon General of the U.S. Public Health Service he did not feel strange or new at this Meeting. He considered it a great personal privilege to be able to meet with all those present to discuss common problems affecting the health of the people of the Americas, and to work with them in organizing a concerted attack on those problems. He welcomed all the Members of the Council and expressed his best wishes for the success of their deliberations.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) manifiesta que es para el personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, de particular satisfacción, participar en esta XIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud. Añade que no puede dejar pasar esta ocasión sin expresar su agradecimiento al Gobierno de los Estados Unidos de América, por las excelentes facilidades que ha brindado para la adecuada organización de esta Reunión. Manifiesta, además, que la majestad de la sala, y los demás locales que se han proporcionado son el mejor testimonio y la mejor justificación de este sentimiento de gratitud. A continuación afirma que esta

Reunión tiene el interés de siempre, como momento fundamental en la vida de la Organización en que uno de sus Cuerpos Directivos de mayor significado indica el camino a seguir, analiza lo realizado y lo que queda por hacer, y discute con altura de miras la política en ejecución y la forma de modificarla, hecho que tiene hoy particular importancia por el momento especial que está viviendo nuestro Continente. Con ese mismo interés con que es mirada esta Reunión, se ofrece a contribuir a su desarrollo con su propio esfuerzo. Afirma en seguida que presente está en su espíritu el hecho de que ésta, la más antigua organización internacional de salud, ha podidio resistir incólume las vicisitudes que han vivido las Américas en los últimos 60 años. Para concluir, manifiesta que está seguro de que dada la preparación, la devoción, y el interés de los señores Delegados, mostrado por sus labores en los respectivos Gobiernos, esta Organización persistirá en sus servicios a la elevada causa que es la salud del Continente.

TOPIC 2: ESTABLISHMENT OF THE COMMITTEE ON CREDENTIALS
TEMA 2: NOMBRAMIENTO DE LA COMISION DE CREDENCIALES

The PROVISIONAL CHAIRMAN announced that, pursuant to Article 22 of the Rules of Procedure, the Council would next appoint the Committee on Credentials. He proposed that the Representatives of Bolivia, Nicaragua, and Uruguay as members.

Decision: The Representatives of Bolivia, Nicaragua, and Uruguay were unanimously elected to form the Committee on Credentials.

/Decisión: Por unanimidad se designa a los Representantes de Bolivia, Nicaragua y Uruguay para integrar la Comisión de Credenciales./

The PROVISIONAL CHAIRMAN proposed a recess so as to enable the Committee on Credentials to meet at once and present its report as soon as possible.

El PRESIDENTE PROVISIONAL sugiere que se suspenda la sesión, con el fin de que la Comisión pueda reunirse inmediatamente y presentar el informe correspondiente.

It was so agreed.
Así se acuerda.

The session was recessed at 10:15 a.m. and resumed at 11:15 a.m.
Se suspende la sesión a las 10:15 a.m., se reanuda a las 11:15 a.m.

PRIMER INFORME DE LA COMISION DE CREDENCIALES
FIRST REPORT OF THE COMMITTEE ON CREDENTIALS

El Dr. Barrenechea (Bolivia), Relator de la Comisión de Credenciales, da lectura del Primer Informe de dicha Comisión que dice así:

"La Comisión de Credenciales, integrada por los Dres. Doroteo Castillo Rodríguez, Presidente, Angel Barrenechea Torres, Relator, y Bautista Ochoteco, Vocal, celebró su primera reunión el día 3 de octubre, a las 10:30 a.m.

La Comisión examinó y encontró aceptables las credenciales de los Representantes, Suplentes y Asesores de los siguientes países: Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Francia, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Reino de los Países Bajos, Reino Unido, República Dominicana, Uruguay y Venezuela, y el Observador del Canadá.

Las siguientes organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales han designado observadores: Organización de los Estados Americanos, Banco Interamericano de Desarrollo, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), Comité Internacional de Medicina y Farmacia Militares, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Federación Internacional de Odontología, Asociación Internacional de Prevención de la Ceguera, Comité Internacional Católico de Enfermeras, Confederación Internacional de Parteras, Consejo Internacional de Enfermeras, Federación Internacional de Ginecología y

Obstetricia, Federación Internacional de Colegios de Cirujanos, Liga Internacional de Sociedades Dermatológicas, Federación Internacional de Hospitales, Asociación Internacional contra la Lepra, Sociedad Internacional de Criminología, Unión Internacional contra la Tuberculosis, Unión Internacional para la Educación Sanitaria Popular, Unión Internacional de Arquitectos, Unión Internacional contra las Enfermedades Venéreas y las Treponematosis, Liga de Sociedades de la Cruz Roja, Asociación Internacional de Médicas, Fundación Rockefeller, Confederación Mundial de Fisioterapia, Federación Mundial para la Salud Mental, Federación Mundial de Neurología, Federación Mundial de Ergoterapeutas, Federación Mundial de Asociaciones de las Naciones Unidas, Fundación W. K. Kellogg, Asociación Médica Mundial y la Asociación Mundial de Veterinaria.

La Comisión se declara en sesión permanente para seguir considerando las credenciales que vayan presentándose".

Decisión: Se aprueba por unanimidad y sin modificación el primer informe de la Comisión de Credenciales.

/Decision: The first report of the Committee on Credentials was approved unanimously without change./

TOPIC 3: ELECTION OF CHAIRMAN AND TWO VICE-CHAIRMEN
TEMA 3: ELECCION DEL PRESIDENTE Y DOS VICEPRESIDENTES

The PROVISIONAL CHAIRMAN announced that the meeting would proceed with the election of Chairman and two Vice-Chairmen of the Directing Council and requested the Secretariat to read the pertinent articles of the Rules of Procedure relating to the election.

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) da lectura a los artículos del Reglamento Interno pertinentes a esta elección.

El Dr. ANDRADE (Brasil) propone al Representante de los Estados Unidos de América para el cargo de Presidente.

Los Dres. BARRENECHEA (Bolivia) y LOPEZ HERRARTE (Guatemala) apoyan la propuesta formulada por el Representante del Brasil.

There being only one nomination, the PROVISIONAL CHAIRMAN called for a direct vote.

> Decision: The Representative of the United States of America, Dr. Luther L. Terry, Surgeon General of the U.S. Public Health Service, was unanimously elected Chairman of the Directing Council.
>
> /Decisión: Por unanimidad queda elegido Presidente del Consejo Directivo el Representante de los Estados Unidos de América, Dr. Luther L. Terry, Cirujano General del Servicio de Salud Pública./

Dr. TERRY (United States of America) expressed gratitude for the honor of having been elected Chairman of the XIII Meeting of the Directing Council.

The CHAIRMAN then called for nominations for the posts of two Vice-Chairmen of the Council.

El Dr. ANDRADE (Brasil) propone para el cargo de Primer Vicepresidente al Representante de México, y como Segundo Vicepresidente al Representante del Ecuador.

El Dr. BARRENECHEA (Bolivia) se muestra de acuerdo con la propuesta formulada por el Representante del Brasil en lo que concierne a la designación de Primer Vicepresidente, pero estima que debe aplazarse la designación del Representante del Ecuador, Dr. Baquero de la Calle, para Segundo Vicepresidente, puesto que todavía no se ha incorporado a las actividades de la reunión.

El Dr. LOPEZ HERRARTE (Guatemala) sugiere el nombre del Representante de Nicaragua, para ocupar el cargo de Segundo Vicepresidente.

El Dr. ANDRADE (Brasil) indica que sugirió el nombre del Representante del Ecuador en la idea de que llegaría en cualquier instante en la reunión y hace constar que, en todo caso, aceptará la voluntad de la mayoría.

There being only two nominations for the posts of Vice-Chairmen, the CHAIRMAN called for a direct vote.

> Decision: The Representative of Mexico, Dr. J. Alvarez Amézquita, Minister of Public Health and Welfare, and the Representative of Nicaragua, Dr. Doroteo Castillo Rodríguez, Minister of Public Health, were unanimously elected Vice-Chairmen of the Directing Council.
>
> /Decisión: Por unanimidad quedan elegidos Vicepresidentes del Consejo Directivo el Representante de México, Dr. José Alvarez Amézquita, Secretario de Salubridad y Asistencia, y el Representante de Nicaragua, Dr. Doroteo Castillo Rodríguez, Ministro de Salubridad Pública./

TEMA 4: ADOPCION DEL PROGRAMA DE TEMAS
TOPIC 4: ADOPTION OF THE AGENDA

El Dr. SUTTER (Secretario General,OSP) da cuenta del proyecto de programa de temas que figura en el Documento CD13/1,Rev. 2.

Decisión: Por unanimidad se aprueba el Programa de Temas contenido en el Documento CD13/1,Rev. 2.

/Decision: The agenda contained in Document CD13/1, Rev. 2, was unanimously adopted./

TOPIC 5: ADOPTION OF THE PROGRAM OF SESSIONS
TEMA 5: ADOPCION DEL PROGRAMA DE SESIONES

The CHAIRMAN presented Document CD13/2, Rev. 1 and requested comments on the proposed program of sessions.

El Dr. AGUILAR (El Salvador) propone que las sesiones de la tarde comiencen a las 2:30 p.m. en lugar de las 3:00 p.m. como se propone en el proyecto presentado y que se prolonguen hasta las 5:30 p.m.

Decisión: Por unanimidad se aprueba el proyecto de programa de sesiones contenido en el Documento CD13/2, Rev. 1, con la modificación propuesta por el Representante de El Salvador.

/Decision: The proposed program of sessions in Document CD13/2, Rev. 1, was unanimously approved with the change suggested by the Representative of El Salvador./

TEMA 6: CONSTITUCION DE LA COMISION GENERAL
TOPIC 6: ESTABLISHMENT OF THE GENERAL COMMITTEE

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) da lectura al Artículo 24 del Reglamento Interno en el que se establece que la Comisión General estará integrada por el Presidente y los dos Vicepresidentes y por

Representantes de otros cuatro países elegidos por el Consejo y también se refiere al Artículo 25 en el que se determinan las funciones que competen a dicha Comisión.

The CHAIRMAN called for nominations for the four members to be elected by the Council.

El Dr. AGUILAR (El Salvador) propone a los Representantes de la Argentina, Brasil, Guatemala y Venezuela para formar parte de la Comisión.

Decisión: Por unanimidad quedan elegidos miembros de la Comisión General, de acuerdo con el Artículo 24 del Reglamento Interno, los Representantes de la Argentina, Brasil, Guatemala y Venezuela.

/Decision: The Representatives of Argentina, Brazil, Guatemala and Venezuela were unanimously elected members of the General Committee, pursuant to Article 24 of the Rules of Procedure./

Se levanta la sesión a las 12:05 p.m.
The session was adjourned at 12:05 p.m.

consejo directivo

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

comité regional

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

XIII Reunión Washington, D. C. XIII Reunión

Martes, 3 de octubre de 1961, a las 2:35 p.m.
Tuesday, 3 October 1961, at 2:35 p.m.

CD13/39
8 octubre 1961
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA SEGUNDA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE SECOND PLENARY SESSION

Presidente: Dr. Luther B. Terry Estados Unidos de América
Chairman:

Indice
Contents

Participación de observadores en las reuniones del Consejo
Participation of observers in the meetings of the Council

Acuerdos de la Comisión General
Decisions of the General Committee

Tema 8: Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (Documentos Oficiales No. 38)
Topic 8: Annual Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau (Official Documents No. 38)

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar al Jefe de los Servicios de Secretaría (Cuarto 1316) las correcciones que deseen ver introducidas en el texto, dentro de las 48 horas siguientes a su distribución. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión del Consejo.

Note: These précis minutes are provisional. The representatives are therefore requested to notify the Chief Secretariat Services, (Room 1316) within 48 hours, of any corrections they wish made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the meeting of the Council.

PARTICIPATION OF OBSERVERS IN THE MEETINGS OF THE COUNCIL
PARTICIPACION DE OBSERVADORES EN LAS REUNIONES DEL CONSEJO

THE CHAIRMAN called the meeting to order and drew the attention of the Representatives to the Report of the Committee on Credentials, which mentioned the non-governmental organizations that had sent observers to the Meeting. He asked the Secretary General to explain the rights and privileges of non-governmental organizations represented at Meetings of the Directing Council.

DR. SUTTER (Secretary-General, PASB) stated that the rights and privileges of non-governmental organizarions were as follows: To appoint a representative to participate without the right to vote; to make, with the consent of Meeting, expository statements on agenda items of interest to them; to have access to non-confidential and other information; to submit memoranda, to which the Director shall give such distribution as he thinks fit.

DECISIONS OF THE GENERAL COMMITTEE
ACUERDOS DE LA COMISION GENERAL

THE CHAIRMAN summarized the decisions of the General Committee relating to the Order of the Day, the date fixed for the Technical Discussions and the discussion of the Report on Buildings and Installations for Headquarters, and the 44th Meeting of the Executive Committee. He then announced that the Director of the Bureau would present the Annual Report.

TEMA 8: INFORME ANUAL DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (Documentos Oficiales No. 38)
TOPIC 8: ANNUAL REPORT OF THE DIRECTOR OF THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU (Official Documents No.38)

El Dr. Horwitz (Director, OSP) comienza diciendo que al incluir al principio de la introducción del Informe Anual el capítulo sobre medidas para el mejoramiento de la salud pública" tal como aparece en el Acta de Bogotá, se ha querido destacar una de las expresiones más resonantes que ha tenido en el año 1960 la política que, por voluntad de los países que la integran está siguiendo la Organización, y que se sintetiza en la frase: "la salud, componente del desarrollo económico". Quiere de ese modo resumir lo que en sentir del orador significaba el Acta de Bogotá, por haber tenido el honor de participar activamente en la Tercera Reunión de la Comisión Especial para estudiar la formulación de nuevas medidas de cooperación económica, de la Organización de los Estados Americanos, que tuvo lugar en septiembre del año pasado, precisamente en Bogotá, de donde toma su nombre el documento.

Cita seguidamente lo que dice la introducción del Informe Anual, a saber: "Significa el Acta de Bogotá la cristalización de una doctrina, cuyo enunciado por representantes de alta jerarquía de los Gobiernos del Continente ha sido tan oportuno como necesario. El reconocer "que los efectos de los programas de desarrollo económico, que deben ser fortalecidos y ampliados urgentemente, pueden ser tardíos en lo que respecta al bienestar social, y que, en consecuencia, deben tomarse prontas medidas para hacer frente a las necesidades sociales", debe interpretarse como una decisión de dar a los problemas que afectan

a la gran mayoría de los habitantes del Continente, la prioridad que no han tenido en la política económica de cada país y en la distribución de los ingresos. Para los Gobiernos, las instituciones públicas y privadas, las personas genuinamente interesadas en el bienestar individual y colectivo y en el progreso de los países y del Continente, el Acta de Bogotá es a la vez una gran oportunidad y una enorme responsabilidad. La etapa siguiente ha de hacer realidad las ideas de orden social y económico que le dan forma y contenido y vaciar la doctrina en un amplio movimiento de progreso social".

Señala el Director cuan oportuno es este momento para sustentar esta doctrina que ha sido ampliamente respaldada por la reunión extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social al nivel ministerial que acaba de tener lugar en Punta del Este, Uruguay, del 5 al 17 del pasado agosto.

Sin tratar de analizar en detalle los documentos presentados a la Reunión del Consejo sí quiere destacar el Dr. Horwitz algunos hechos porque son pertinentes a lo que ha realizado la Organización en el año pasado y lo que se propone realizar en los años próximos. Se refiere a la llamada Declaración de los Pueblos de América, que es el primero de los documentos fundamentales salidos de la Reunión de Punta del Este, en el que se sostiene que los países signatarios en uso de su soberanía se comprometen durante los próximos años a acelerar con otras medidas el desarrollo económico y social a fin de conseguir un aumento sustancial y sostenido del ingreso por habitante para acercar en el menor tiempo posible el nivel de vida de los países latinoamericanos al de los países industrializados. Y en la Carta de Punta del Este, que es el segundo de los documentos fundamentales salidos de dicha Reunión, se afirma lo siguiente: "Se reconoce que para alcanzar estos objetivos dentro de un plazo razonable la tasa de crecimiento económico en cualquier país de la América Latina no debe ser

inferior al 2 1/2% anual per cápita, y que cada país participante deberá determinar su meta de crecimiento en consonancia con su etapa de evolución social económica, su dotación de recursos y su capacidad para movilizar los esfuerzos nacionales para el desarrollo".

A juicio del Director esta última afirmación establece la necesidad imprescindible de planificar el desarrollo económico y social, formular los programas que tiendan a acelerar el crecimiento económico indispensable para satisfacer las necesidades crecientes de las poblaciones, y a su vez determinar simultánea y no sucesivamente, los programas específicos para cada uno de estos problemas sociales apremiantes, entre los cuales, por lo menos para la Organización, no cabría discutir la importancia fundamental de la salud pública. Y tan cierto es este aserto, que en Carta de Punta del Este se dice que los países participantes deberán decidir dentro de los próximos 18 meses si fuera posible, programas de desarrollo a largo plazo, lo cual no quita en modo alguno que no se completen las actividades que hoy día están en marcha y, a manera de etapa intermedia, que no se proyecten para nuevas poblaciones que puedan recibir iguales beneficios.

Considera que junto al concepto fundamental que debe guiar la labor en este Continente durante el próximo decenio, en una alianza para el progreso, debe reconocerse como impulso fundamental la idea de planificar el desarrollo económico y social. Destaca a este respecto la importancia de utilizar los recursos nacionales, por tanto la idea de la ayuda al esfuerzo propio y el valor complementario del capital exterior.

Dice que en la reunión de Punta del Este, estuvieron presentes expertos en salud pública representantes de once países del Continente y

que ese grupo de profesionales logró que en los documentos de la Reunión quedarán claramente expresados los propósitos que deben guiar las actividades de los Gobiernos y de los organismos internacionales en el próximo decenio. Señala especialmente la resolución denominada "Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso" y la que se refiere a grupos de estudio para las tareas de programación, cuyos textos han sido enviados por la Organización a los Gobiernos Miembros.

Destaca seguidamente que en el año 1960 ha comenzado sus operacions el Banco Interamericano de Desarrollo, institución sui generis que dedica una atención comparable a la asesoría técnica para el progreso social y a las funciones normales de una institución bancaria. Por convenio con el Gobierno de los Estados Unidos de América actúa como administrador del Fondo de Desarrollo Social creado por el Acta de Bogotá, el cual destina sus recursos a programas de vivienda y de saneamiento - particularmente abastecimiento de agua y alcantarillado -, y también en cierta medida a programas de educación. Anuncia que al examinar la labor realizada en materia de saneamiento desde el año pasado dará algunos datos que reflejan la importancia que tienen para la Organización Panamericana de la Salud las actividades en esta esfera del Banco Interamericano de Desarrollo. En este orden de cosas se refiere también el Dr. Horwitz a los acuerdos adoptados por el Consejo Directivo en su Reunión pasada, la mayoría de los cuales, guardan relación directa con la necesidad de incorporar las técnicas de la salud al proceso general de desarrollo, y señala a este propósito que el tema aprobado para las Discusiones Técnicas que han de tener lugar durante esta Reunión es el siguiente: "Medidas de Evaluación de los Aportes de los Programas de Salud al Desarrollo Económico".

Refiriéndose luego específicamente a las funciones que ha realizado la Organización en el año pasado como asesora de los Gobiernos Miembros, destaca que los problemas de salud han sido, desde el punto de vista cualitativo, los mismos. Se relacionaron con el saneamiento deficiente, con las enfermedades trasmisibles agudas y crónicas, con la malnutrición, con la atención de los enfermos de cuadros diversos, con la ignorancia en lo que respecta al origen y a la prevención de las enfermedades, y con la habitación insalubre. Las prioridades, naturalmente, variaron de un país a otro, y, en el seno de cada país, de una región a otra. Los Gobiernos pusieron en práctica los instrumentos generales conocidos, a saber: la programación, los servicios organizados, el personal adiestrado, la investigación de los procedimientos más eficientes; y sobre tal base aplicaron para cada problema las medidas específicas que la experiencia recomienda. La Organización Panamericana de la Salud participó en la solución de algunos de estos problemas en la forma y medida que los Gobiernos determinaron y de acuerdo con la política aprobada por los Cuerpos Directivos. Su función ha sido en todo momento de carácter eminentemente asesor, procurando poner a disposición de las autoridades de salud las técnicas mejor probadas para la solución de cada problema y dejando a la discreción de estas autoridades la decisión y el momento de ponerlas en práctica.

En el Informe que el Director presenta se da la cifra de 288 proyectos que fueron motivo de la labor de la Organización en el año pasado, los cuales fueron realizados por 837 funcionarios provenientes de 44 países del mundo, el 90% de los cuales proceden de las Américas.

Para sintetizar los adelantos conseguidos, lee el Dr. Horwitz los siguientes párrafos del documento: "Si se consideran en conjunto los proyectos en los cuales ha colaborado la Organización en 1960, cuya síntesis aparece al final de este informe, puede comprobarse que se han conseguido verdaderos avances. Sin embargo, no siempre se reflejaron los resultados en la magnitud del problema nacional y, por lo tanto, en los índices de morbilidad y de mortalidad. Se exceptúan, como es lógico, aquellos programas de carácter demostrativo, sea en cuanto a organización o a métodos, y algunos de adiestramiento. Cabe tener presente el crecimiento de la población en 2,6% en el curso del año, sin un aumento proporcional de los recursos económicos del personal y de los elementos para atender a estas nuevas necesidades. No obstante, toda la información relativa a las actividades de la Oficina en 1960 respira progreso, revela mejor experiencia, y señala con más claridad los caminos a seguir para fomentar la salud y, como consecuencia, el bienestar social".

Las actividades de la Organización --agrega el Director-- siguieron las líneas del programa general de trabajo. Se trata de una clasificación que como todas es artificial. Sólo pretende facilitar la comprensión y favorecer la ordenación de las ideas. Trabajamos, por lo tanto, siempre como asesores de los Gobiernos, en el mejoramiento de los servicios nacionales y locales de salud, a través de la organización y administración de las funciones, en el campo de la erradicación o el control, según el caso, de las enfermedades transmisibles, en educación y adiestramiento y en investigación científica.

A continuación el orador presenta una síntesis de cada uno de los capítulos del Informe sobre estas actividades haciendo las referencias del caso al documento que se examina. Señala los Cuadros 1 y 2 en los que se indica la serie de países con los cuales colaboró la Organización el pasado año como asesora para el mejoramiento de los servicios nacionales y locales de salud. Son 16 países del continente y la función se realizó en el plano nacional, provincial o local o en algunos casos tuvo carácter combinado, según determinaron los Gobiernos. Habitualmente estas acciones corren a cargo de un grupo constituído por uno o varios oficiales médicos, un ingeniero sanitario, una enfermera de salud pública y otros expertos, a los cuales hay que agregar en ciertas circunstancias especialistas de corto plazo.

El propósito fundamental es crear los mecanismos y los medios, el ambiente, para que se produzca la integración de las funciones de la salud; que no se siga disociando la prevención de la curación; que la atención médica tenga, en las actividades de los Ministerios de Salud, el papel fundamental que le corresponde; que en la medida de lo posible la administración se adapte a las necesidades de la familia como unidad de trabajo y no, como ocurre en algunas comunidades, que éstas se tengan que adaptar a la organización administrativa que el Gobierno ha resuelto dar.

En opinión del Dr. Horwitz en este momento que vive la América Latina, en que se está procurando resolver en su conjunto los problemas que afectan a las sociedades sin disociarlas, no hay razón para seguir discutiendo acerca de si la atención de los enfermos representa un

elemento distinto de la prevención de las enfermedades y el fomento de la salud. Considera urgente buscar las normas y los medios administrativos para crear servicios únicos que atiendan, a los problemas de la salud y de la enfermedad, cómo afectan a los individuos a las familias y a las comunidades. Es evidente el progreso logrado en ese sentido, pero no se ha extendido a un plano nacional, y parece que hay urgencia en ello porque mientras más sólida sea la posición de los servicios de salud, mejores oportunidades tendrán antes las comisiones nacionales de planificación de mostrar lo que pretenden hacer y cómo hacerlo, y lo que requieren para cumplir los objetivos enunciados.

Manifiesta el Director que algunos Gobiernos Miembros tuvieron interés el pasado año de revisar sus legislaciones, y la Organización pudo colaborar con los Gobiernos de El Salvador, Costa Rica, y Trinidad, en la preparación de la legislación sanitaria. Eso, unido a las actividades realizadas anteriormente en ese mismo sentido en el Paraguay, Bolivia y las provincias de El Chaco y San Juan, de la República Argentina, revela que existe un movimiento en el continente para poner al día las legislaciones de salud, problema que el Dr. Horwitz estimó de vital importancia.

Hubo asimismo un gran interés en crear un mayor número de cargos con dedicación exclusiva. En el Informe se dice que en las funciones de la salud pública, por su gran contenido educativo, que obliga al contacto personal, a la relación humana más intensa, las máquinas y los recursos en general tienen un valor mucho más reducido que en otras empresas. Por eso el personal en dichos servicios es el elemento fundamental, insustituíble.

A continuación el orador destaca, en este orden de actividades, la necesidad de planes nacionales. Se sabe hasta el momento que Bolivia ha preparado su plan nacional de salud, como parte de un plan decenal de desarrollo económico, para lo cual ha contado con la colaboración de la Comisión Económica para América Latina, y de la Asistencia Técnica de las Naciones Unidas en lo que respecta al desarrollo económico general y con la de la Oficina en lo tocante a la salud. Se conocen otros programas más bien limitados, de Paraguay y Honduras, y se estima conveniente que los Gobiernos mediten sobre la necesidad de preparar sus programas nacionales de salud.

Expone el Dr. Horwitz cuales son los objetivos que señala la Carta de Punta del Este en materia de salud. Sostuvieron los Gobiernos signatarios de la Carta que harían los esfuerzos posibles en este decenio por aumentar en un mínimum de cinco años la esperanza de vida al nacer y elevar la capacidad de aprender y producir mejorando la salud individual y colectiva. Para lograr esta meta, según se dijo en aquella Reunión, se requiere entre otras medidas, suministrar en el próximo decenio agua potable y desagüe a no menos del 70% de la población urbana, y del 50% de la población rural; reducir la mortalidad de los menores de cinco años por lo menos a la mitad de las tasas actuales; controlar las enfermedades transmisibles más graves, de acuerdo con su importancia, como causas de invalidez y muerte; erradicar aquellas enfermedades para las cuales se conocen técnicas eficientes, en particular la malaria; mejorar la nutrición; perfeccionar y formar profesionales y auxiliares de salud en el mínimum indispensable; mejorar los servicios básicos de la salud a nivel nacional y local; intensificar la investigación científica, y utilizar plena y efectivamente los conocimientos derivados de ella para la prevención y la curación de las enfermedades.

Agrega que no será posible cumplir estos propósitos si no se formulan los planes adecuados de salud, y afirma que para este fin la Organización se apresta a colaborar con los Gobiernos en la medida y en la forma que éstos deseen y determinen.

Señala el Director que en el año 1960 se realizó la evaluación de los servicios de salud del Paraguay, para lo cual contó la Oficina con la valiosa colaboración del jefe del Departamento de Evaluación de la Organización Mundial de la Salud. El informe ha sido puesto a la disposición del Gobierno del Paraguay después de un minucioso estudio de los servicios correspondientes. En igual sentido se han interesado los países de Centro América y Panamá y el mismo consultor se encuentra colaborando con los Gobiernos e iniciando con éstos las gestiones para dar forma a esta iniciativa. La evaluación debe ser preludio y consecuencia de la planificación, y en estas condiciones, el análisis que los Gobiernos quieran hacer actualmente, tendrá importante resonancia en las futuras acciones para mejorar la salud individual y colectiva.

El Dr. Horwitz se refiere a las diversas actividades esenciales que forman parte de la administración de salud pública, e inicia sus comentarios con las de saneamiento. Señala cuál es la magnitud del problema. En el año 1959 había 110.000.000 de personas en la América Latina que carecían de instalaciones de agua en sus hogares para todo propósito, 30.000.000 de las cuales vivían en comunidades de más de 2.000 habitantes, el resto en el medio rural. Pero como ya se ha dicho tan repetidas veces y lo muestra muy bien la resolución aprobada por el

Consejo Directivo en 1959, a propuesta del Ministro de Salud Pública de México, no se considera el agua como un elemento exclusivamente vital sino como un factor fundamental del desarrollo industrial, agrícola y económico en general y del fomento del turismo. Es interesante destacar que un año después de iniciadas sus actividades el Banco Interamericano de Desarrollo ha logrado aprobar préstamos para 5 países por unos $23.000.000, con un aporte local de alrededor de $20.000.000, es decir, el 85% de los créditos. Según informaciones que hemos podido recoger en los países, las solicitudes de préstamo presentadas o que se están preparando para algunos proyectos en los cuales colaboran los ingenieros de la Organización, importan una suma vecina a los $190.000.000. Cualquiera que sea la cantidad que se agregue como contribución local a cada proyecto aunque sólo sea el 50%, el hecho concreto es que en el curso de un año los Gobiernos han abordado programas de agua por sumas que se aproximan a los $300.000.000. Esto no quiere decir que estos proyectos vayan a ser aprobados o no por el Banco; lo que indica es que gracias a una promoción realizada por la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud se ha despertado el suficiente interés de los Gobiernos del continente por afrontar este problema sin preocuparse de la magnitud del préstamo. Si estos créditos fueran concedidos, sería espléndido. En todo caso su solicitud indica que los Gobiernos están dispuestos a aceptar el compromiso que representan; que están dispuestos a concitar el interés de las comunidades para que cooperen con lo que es dable a cada una de acuerdo con la posición política y los factores sociales que informan la gestión de cada Gobierno. En suma, un programa que hace dos años parecía tropezar con el obstáculo de sus cifras en apariencia siderales está empezando a ser

desarrollado silenciosa y eficientemente, y el ejemplo que se da en lo relativo al abastecimiento de agua y alejamiento de las aguas servidas, puede aplicarse para cualquiera otra función de la salud pública, en el sentido de que los Gobiernos no deben arredrarse por la magnitud económica que en apariencia tengan sus proyectos. Cuando el problema se plantea a largo plazo para una o dos décadas, las posibilidades de solucionarlo se ven perfectamente razonables. La Organización ha hecho lo que le corresponde por medio de su personal para fomentar la aplicación de esta política. En el curso del año 1960 se ha realizado una serie de seminarios sobre tarifas de agua, sobre contaminación de fuentes de agua, sobre alejamiento de aguas servidas, sobre aspectos administrativos, financieros y legales del problema. Se han ofrecido oportunidades de adiestramiento a una serie de ingenieros nacionales y, los ingenieros de la Organización a la vez que un número creciente de consultores de corto plazo, han asesorado directamente a los Gobiernos.

El Director aprovecha la oportunidad para expresar públicamente el agradecimiento de la Organización a los Gobiernos de los Estados Unidos de América, Uruguay y Venezuela por su colaboración voluntaria durante el año pasado al programa de abastecimiento de agua, lo que ha permitido obtener consultores de gran experiencia para determinados problemas de agua. Se confía poder contar en el futuro con asignaciones similares para poder continuar esta empresa que evidentemente va a ir en aumento.

El Dr. Horwitz pasa a ocuparse del problema de la nutrición que es en definitiva el resultado inexorable del conjunto de los problemas económicos, sociales, culturales, agrícolas y sanitarios de un país.

La política de la Organización consiste en colaborar con los Gobiernos Miembros en la búsqueda de fórmulas que permitan establecer un plan de acción bien orientado y coadyuvar a la coordinación de todos los esfuerzos nacionales encaminados al mejoramiento del estado de nutrición de sus pueblos. El orador destaca en este capítulo la importante labor que están desarrollando el UNICEF y la Organización para la Agricultura y la Alimentación y señala que en ésta como en otras esferas se está realizando una grata y valiosa conjunción de esfuerzos. En el año pasado la Organización creó tres cargos nuevos de consultores y designó a los respectivos técnicos, uno a nivel regional y dos a nivel de zona. Pudo extender los programas ampliados con el UNICEF y la FAO en tres países, lo que da un total de seis en los cuales hay proyectos ampliados de nutrición, que se fundan en la demostración en escuelas tipo de la forma de obtener más alimentos y de mejor calidad con la esperanza de que los alumnos puedan infiltrar a su vez estos conceptos en el seno de sus hogares. En el año pasado se realizaron también estudios preliminares para proyectos similares en 6 países más, de los cuales 5 están en desarrollo, lo que hace que sean en total 11 los programas de esta naturaleza. El propósito general de las tres Organizaciones es llegar a tener un programa demostrativo por país. Los expertos examinan actualmente la conveniencia de seguir haciendo estas labores demostrativas en huertos escolares y están pensando en utilizar como modelo algunos huertos municipales, que sirvieran de centro de enseñanza para toda la comunidad. Con referencia a la INCAPARINA, dice el Director que se ha extendido su producción en Guatemala, y se espera que igual ocurra en todos los países de Centro América. El Gobierno de Venezuela manifestó su

interés en el año pasado por instalar una planta de esta naturaleza, y lo mismo el Brasil para el Estado de Minas Geráis. Por otra parte, se confía en los resultados de estudios de otros alimentos autóctonos que se verifican en el Perú, el Ecuador, el Brasil, México y la Argentina. Insiste el Dr. Horwitz en que la INCAPARINA no representa un medicamento sino un alimento; no se trata de interferir con una sana política de producción de proteínas animales, sino solamente de suplementar el aporte protéico hasta que el país pueda tener las cantidades necesarias de aquellas. La INCAPARINA tiene un valor similar al de la leche, de costo muy inferior y dado el grave problema de la desnutrición, los Gobiernos hacen bien en recurrir a ese alimento mientras su política de fomento agrícola mejora en calidad y cantidad.

El Director señala su preocupación porque sigan existiendo unos 30.000.000 de enfermos de bocio en la América Latina, pues a pesar de conocerse un procedimiento simple de iodización de la sal, la verdad es que las plantas no se instalan y donde se han instalado no cubren el total de la zona bociógena. Y ocurre además que en ocasiones ciertos intereses, que no siempre favorecen la buena salud colectiva, han dificultado el uso de este método que es sencillo y efectivo. Se trata de una técnica de prevención absoluta, prácticamente absoluta, que lamentablemente no está siendo usada como corresponde en el Continente. El Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá ha desarrollado en este sentido una labor encomiable.

Se ocupa el Director seguidamente del capítulo de Estadística del Informe. En el año 1960 la Organización difundió 3 publicaciones que,

por los informes obtenidos, han sido bien recibidas por los Gobiernos: "La Salud en las Américas y la Organización Panamericana de la Salud", "Casos Notificados de Enfermedades de Declaración Obligatoria en las Américas en el período 1949-1958", y por último, "Hechos sobre Problemas de Salud", que fué preparado especialmente para la Reunión del Consejo Interamericano Económico y Social. El análisis de los Cuadros 6, 7 y 8 del capítulo de Estadística muestra con bastante claridad la importante labor que se está realizando y el valor que la Organización asigna a esta función. Sea en forma de asesoría directa para mejorar la recolección, el análisis y la interpretación de los datos por medio de 4 consultores de zona, o por medio de programas de educación y adiestramiento para profesionales y auxiliares en diversas universidades o bien para mejorar la certificación de causas de defunción en el Centro Latinoamericano para esta especialidad que tiene su sede en Caracas, los Gobiernos están dando a esta función la importancia que se merece. Queda evidentemente mucho por hacer y seguramente en el momento en que cada Gobierno resuelva preparar sus planes nacionales de salud, advertirá la urgencia de mejorar la calidad y la cantidad de los datos. Sin embargo, no parece que el hecho de que estos datos sean completos haya de ser obstáculo para formular un plan nacional. Los países de otras regiones del mundo que lo han hecho en el pasado, han demostrado que a medida que han ido revisando esos planes nacionales, ha ido a su vez mejorando la exactitud de las cifras.

Después de indicar una serie de capítulos especiales dentro del de Administración de Salud que aparece en el Informe, como por ejemplo, los de Educación Sanitaria, Laboratorio, Higiene Mental e Higiene Dental, Atención Médica y Protección contra las Radiaciones

Ionizantes, nueva función esta última que por mandato del Consejo Directivo en 1956 ha podido empezar la Organización y que hoy día cobra una particular importancia, se refiere el Director al capítulo dedicado al Control o Erradicación de las Enfermedades Transmisibles y especialmente al de Erradicación del Paludismo. Tres temas del programa están dedicados al problema del paludismo que el Consejo tendrá ocasión de analizar en toda su profundidad. Pero por el momento, señala el orador algunos hechos del programa de erradicación de la malaria, diciendo que en el año 1960 todos los países que comprenden el área malárica de las Américas tuvieron un programa en fases diversas, desde algunos que empezaron a medir su área malárica, hasta otros que, por lo menos en alguna extensión de su territorio, estuvieron en la fase de consolidación. El informe señala cómo se suspendieron los rociamientos en grandes extensiones de algunos países que entraron en el período de consolidación, como es el caso muy particular de México, y también de 8 de los 12 distritos de Jamaica, y de unos 5.000 Km^2 en la costa de Surinam. Señala también el informe que un grupo de la Organización confirmó el área donde la malaria ha sido erradicada en Venezuela, labor que se hizo durante el curso de 1960, demostrando que 388 de los 505 municipios que tiene el área original no presentan hoy día casos de malaria y la enfermedad puede considerarse allí erradicada. Salvo excepciones, las operaciones se realizaron conforme al plan. Hubo una mejor evaluación activa y pasiva. Los servicios, con algunas lamentables excepciones, fueron administrados más adecuadamente. El personal reveló más experiencia. Las excepciones a ese progreso son en parte consecuencia de la naturaleza, en parte de las debilidades humanas. Entre las atribuibles a la naturaleza,

cabe señalar los fenómenos biológicos, la consabida resistencia de los vectores al DDT, y al dieldrín, particularmente en ciertas zonas de 4 países de Centro América, entre los cuales se destaca El Salvador, lo que es de lamentar. Los otros problemas fueron de carácter financiero y administrativo que urge resolver. No se comprende por qué las instituciones de crédito internacional, o los Gobiernos exportadores de capital no consideran entre sus programas los de la erradicación de la malaria. Cantidades relativamente pequeñas entregadas a manera de crédito, que los Gobiernos con sus presupuestos actuales podrían amortizar pagando el capital prestado y los intereses respectivos, permitirían fácilmente garantizar la prolongación de los programas hasta la total eliminación de la enfermedad. Evidentemente, una empresa de esta naturaleza tiene problemas serios. Recuerda el Dr. Horwitz que en el acto conmemorativo del Centenario de la Universidad de Yale, celebrado en marzo de este año, habló sobre la epidemiología de la América Latina, donde insistió sobre algunos problemas epidemiológicos en que la malaria en el mundo de hoy obliga a investigar. Decía el Dr. Horwitz al respecto que la persistencia de la transmisión en ciertas zonas requiere nuevas investigaciones sobre variaciones en los hábitos de reposo de los anofelinos, en la transmisión extradomiciliaria, en lo que se refiere a portadores asintomáticos y la transmisión diurna por ciertos vectores. La resistencia de los anofelinos a los insecticidas y de los plasmodios a las drogas, así como las variaciones genéticas de las susceptibilidades a los tóxicos, figuran entre los problemas con que debemos enfrentarnos. También es preciso realizar estudios para la evaluación de los programas de sal cloroquinada y para determinar con más

precisión el grado terapéutico de las drogas antimaláricas con respecto a las distintas cepas de plasmodio. Es preciso determinar el papel que desempeña el trabajador que emigra, las poblaciones nómadas e inaccesibles en el complejo problema de la erradicación de la malaria. Pero ahora se habla de los problemas de la malaria en vías de desaparición. Lo que se ha logrado hasta el momento a pesar de los ingentes esfuerzos de Gobiernos y organizaciones internacionales sólo justifica la continuación de esta tarea hasta su fin.

Manifiesta a continuación que 4.754 casos de viruela fueron notificados a la Organización en 1959, y 4.712 en 1960, todos los cuales provinieron de países de Sudamérica. Como se verá al examinar el tema especial que figura en el programa, hay Gobiernos que han demostrado en la América Latina que la viruela puede y debe erradicarse, y espera que en los años muy próximos hayan desaparecido todos los casos autóctonos de cada país.

Otro tema especial es el de la fiebre amarilla, sobre el cual señala el Dr. Horwitz que en el año 1960 El Salvador fue declarado libre del vector urbano y Colombia y Costa Rica completarán la fase de verificación final. En los Estados Unidos de América diversas encuestas indicaron la ausencia del A. aegypti en los Estados de Carolina del Norte, Arizona, Nuevo México, Oklahoma y la mitad occidental de Texas.

Particular importancia dedicó la Organización al problema de la lepra. En el año de 1960 se designaron consultores para 8 países del Continente, y se volvieron a poner al día las encuestas en el Perú, Bolivia y el Ecuador. Para algunos de estos programas se ha contado con la valiosa contribución del UNICEF. Es interesante señalar que allí donde los programas

empiezan a llevarse a la práctica, aumenta el número de casos descubiertos, tanto de forma tuberculoide lepromatosa, como de casos indeterminados. Es un fenómeno habitual en cualquiera investigación epidemiológica. Se firmaron convenios con Argentina y Brasil, con la contribución del UNICEF, para que estos países puedan extender sus programas de control. Naturalmente se ha aplicado la doctrina actual que trata de derribar las puertas y las paredes de los leprosorios y acentuar el tratamiento ambulatorio de estos enfermos, incorporándolos a su medio social.

Añade el Dr. Horwitz que el año pasado se realizó la Segunda Conferencia Internacional sobre el uso de vacunas a base de virus vivos atenuados, contra la poliomielitis, en la cual se dió cuenta de la vacunación de más de 80 millones de personas en el mundo. La Organización pudo colaborar con el Gobierno de Colombia para la vacunación de los niños menores de 5 años de la ciudad de Bogotá en un número superior a 225,000. Se completó el plan nacional de Costa Rica, habiéndose vacunado a más de 300,000 niños menores de 11 años. En esta campaña de la vacunación contra la poliomielitis, la Organización ha realizado en distintos países una labor importante contando con la valiosa ayuda financiera de la Fundación Kenny, y organizado conferencias internacionales sobre el uso de virus vivos atenuados. Los Gobiernos cuentan hoy día con todos los antecedentes científicos para determinar cuál tipo de vacuna desean usar, en la prevención de la poliomielitis, estando la Oficina, como siempre, a su servicio para la preparación de los programas correspondientes.

En la Oficina se reunió un grupo de estudio de la Organización Mundial de la Salud para examinar el problema de la enfermedad de Chagas, cuyo informe ha sido ampliamente distribuido; en él se señalan, a juicio de los expertos de este Continente, las características más notables de la enfermedad, los métodos para reconocerla, los procedimientos de control más conocidos hasta hoy, y aquellas esferas en las cuales procede la investigación científica.

En cuanto a tuberculosis, se designó un consultor regional y tres consultores para distintos países. En el programa figura un tema especial, propuesto por el Gobierno del Perú en la última Conferencia Sanitaria Panamericana, respecto al financiamiento de un plan continental de control de la tuberculosis. Se ha hecho una serie de estimaciones y se podrá desarrollar un debate amplio acerca de cómo abordar este problema en los próximos 10 años. Evidentemente con el conocimiento cada vez mayor sobre el valor profiláctico y terapéutico de la isoniacida pura o combinada y sobre la posibilidad de reducir la hospitalización al mínimo, tal vez sólo para aquellos tratamientos de gran entidad, el control de la tuberculosis ha pasado a ser una función que los Gobiernos pueden perfectamente abordar.

Sobre el capítulo de educación y adiestramiento expone el Dr. Horwitz algunas consideraciones. Ya es un lugar común afirmar que el desarrollo económico y social de la América Latina dependerá de la cantidad y calidad de los técnicos y de sus auxiliares con que los países cuenten, y este es un factor más importante que el del capital. El Director expresa su

preocupación al respecto después de haber oído las cifras que quedaron registradas en la Carta de Punta del Este acerca de las necesidades complementarias de capital exterior que requiere el crecimiento económico de la América Latina. Es motivo de gran preocupación el que los países de la América Latina pudieran hallarse con facilidades para obtener capitales y no contar con quien ponerlos en práctica y traducirlos en obras de bienestar social. Esto que hace algunos años pudo haber parecido una ilusión se está transformando en una realidad. De ahí la necesidad de revisar cuidadosamente los procesos de formación de personal, para poder acelerar la realización de las obras sociales que son tan urgentes. Tanto en la publicación llamada "La Salud en las Américas" de la Organización Panamericana de la Salud, como en aquella titulada "Hechos sobre problemas de Salud", aparecen datos sobre el número probable de profesionales necesarios. Sin embargo, con frecuencia se emplean índices procedentes de distintos países, habitualmente de los Estados Unidos de América. Y ha llegado el momento de determinar el número de profesionales que cada país necesita. Porque, evidentemente no se puede utilizar para este tipo de actividad, valores que provienen de sociedades diferentes. Además, en el seno de un mismo país la distribución de profesionales no puede ser tampoco homogénea. Hay que aumentar las oportunidades de adiestramiento en servicio, particularmente de los auxiliares. A manera de ejemplo, señala el Dr. Horwitz que en los programas básicos de salud, en los cuales la Organización colaboró en varios países del Continente, se formaron en servicio 740 funcionarios. Estima que hay que intensificar

la preparación de docentes y crear o ampliar los establecimientos indispensables. La Organización ha elaborado un plan de 10 años para abordar este problema de la educación profesional y de sus auxiliares, que contó con la aprobación del Consejo Directivo en su Reunión anterior. Es un plan que representa una inversión de $40.000.000 en 10 años. Actualmente la Organización Panamericana de la Salud invierte en educación sobre $2.500.000,00 por año, de suerte que cuenta con la base fundamental para aumentar sus inversiones en $4.000.000 más por año. Hasta el momento no se ha obtenido de las fundaciones privadas una resolución respecto a este plan. Pero el Director teniendo el respaldo del Consejo, piensa seguir insistiendo para obtener fondos extragubernamentales con este propósito.

Continúa diciendo el Dr. Horwitz que el Informe muestra en detalle la asesoría prestada a diversas escuelas profesionales, de enfermería, de ingeniería, de medicina, de medicina veterinaria. Naturalmente que, con recursos tan exíguos, la labor ha sido pequeña; sin embargo, para los campos en los cuales se hizo, ha sido significativa.

Manifiesta con satisfacción que fue posible conceder 516 becas de la serie de solicitudes recibidas, el 41% de las cuales se dedicaron a especialidades de salud pública. En el Informe, se señala su distribución por país, por especialidad, por materia estudiada, por tipo de adiestramiento, etc., una función a la cual se le sigue concediendo toda la prioridad que merece y que se espera intensificar en la medida en que los recursos aumenten. Reconoce el orador que se está preparando en los países el número necesario de especialistas generales en salud pública y añade que naturalmente debe prestarse más atención a determinadas esferas

de la salud pública, de la medicina curativa y de la formación profesional. En ese sentido precisa la Oficina orientar más su política de becas. Pudo la Organización colaborar en seis seminarios y en cinco cursos durante el año 1960. Y a este propósito el Dr. Horwitz señala la importancia de la técnica del seminario que permite a especialistas destacados de una profesión y de una función, proceder a un intercambio de ideas y experiencias y conocer las de sus colegas para realizar determinados programas. El Informe detalla el significado de cada uno de estos seminarios.

En materia de investigación científica, la labor de la Organización va a lograr, a juicio del Director, un gran impulso, gracias a un acuerdo con el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América. La Oficina Sanitaria Panamericana tendrá la oportunidad de promover investigaciones en los problemas de salud existentes en el Continente, bien sea dando a conocer a los Institutos Nacionales de Salud del Servicio de Salud Pública aquellas esferas que justifican investigaciones y aquellas instituciones e individuos que son realmente capacitados para realizarlas, o ya sea directamente por medio de sus técnicos, según lo está haciendo ya, desarrollando estas nuevas labores de investigación.

En el Informe se sintetiza la labor que la Oficina ha realizado en los diez últimos años y su lectura arroja datos impresionantes, no en cuanto al número de investigaciones, sino a la calidad y a las consecuencias de sus resultados. Basta sólo recordar todo lo que ha hecho el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, lo que se ha logrado en el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa adaptando

las tres cepas conocidas de virus en embrión de pollo y de conejo con el fin de obtener una vacuna con virus vivo, etc.

Con referencia al mejoramiento de los servicios administrativos, informa de que el año pasado se realizó en San José un seminario para los directores de salud y los jefes de servicios administrativos de los seis países del Istmo de Centro América y Panamá. El interés de los directores y de los demás funcionarios asistentes al seminario y la revisión acuciosa que hicieron de los problemas administrativos fundamentales explica la importancia que nuestra Oficina concede a esta función y su interés por seguirla ampliando.

Nuevamente destaca el Director, como ya lo hizo antes, la grata relación mantenida con las organizaciones internacionales, como el UNICEF, como la Fundación Rockefeller, la Fundación Kellogg, la Organización de los Estados Americanos, la FAO, la UNESCO y la Administración de Cooperación Internacional de los Estados Unidos de América. Estima que en el momento actual en que los Gobiernos están resueltos a encarar sus problemas con un sentido más cercano a la realidad, vale la pena acrecentar esta colaboración con el fin de concentrar esfuerzos en aquellas esferas donde son más urgentes y necesarios.

Con lo manifestado ha querido el Director sintetizar la labor que la Organización ha realizado en 288 proyectos, con una inversión total de cerca de $11.000.000. No es naturalmente cosa sencilla hacer en el lapso de una hora, un resumen sobre una labor que ha ocupado la atención permanente de 847 funcionarios. Terminó diciendo el Dr. Horwitz que el Informe refleja como es habitual, las aspiraciones y las limitaciones de la Organización, pero por sobre todas ellas, anima el espíritu

un propósito que expresa muy bien el pensamiento de Julian Huxley con el cual concluye la introducción al Informe y que dice así: "La tarea más vital de la era actual es formular una base social para la civilización con el fin de destronar los ideales económicos y reemplazarlos por ideales humanos. Para el biólogo que no tiene temor de ser también humanista, la esencia de la vida humana se encuentra en las relaciones sociales". Muchas gracias.

The CHAIRMAN congratulated Dr. Horwitz on his report and the comprehensive review he had made of the work of the Organization.

El Dr. OCHOTECO (Uruguay) cree que se debe felicitar efusivamente al Director por su brillante informe.

El Dr. ALVAREZ AMEZQUITA (México) manifiesta que el informe del Dr. Horwitz ha puesto de relieve la importancia de los programas y actividades de la Organización Panamericana de la Salud.

Considera impresionante la colaboración técnica que esta Organización ha prestado a los Gobiernos, que en una acción concertada con los organismos técnicos han podido desarrollar en mejores condiciones y con mayor intensidad los programas de salud pública. Estima que las limitaciones económicas constituyen el obstáculo fundamental para la América Latina, la cual afronta la lucha contra la insalubridad, la ignorancia y la miseria, y sobre estos tres puntos básicos ha de proyectar su esfuerzo para el desarrollo socio-económico, en busca de la libertad y la justicia social, íntimamente ligadas al bienestar humano.

El Doctor Alvarez Amézquita señala que todos los esfuerzos realizados en el campo técnico para abordar los problemas de la salud han encontrado siempre dificultades económicas, pero es de esperar que

los organismos panamericanos promuevan la acción de los gobiernos y los pueblos, que acompañada de la cooperación económica exterior, conducirá a un desarrollo más fácil y rápido de todos los programas de la Organización, tendientes al bienestar de la humanidad.

Felicita al Dr. Horwitz por la labor realizada en favor de todos los pueblos de la América nuestra.

El Dr. FERNANDEZ NARANJO (República Dominicana) se adhiere a las manifestaciones del Delegado de México, y felicita asimismo al Dr. Horwitz por su valioso informe. Pone de manifiesto la situación actual de su país, donde existe el deseo vehemente de recuperar el tiempo perdido, dedicándose a ampliar y mejorar en la medida de lo posible todos los aspectos de mejoramiento de la salud.

Habla de la campaña en su país de vacunación con BCG, que estuvo a su cargo como Director de la División de Tuberculosis, y señala que desde su puesto actual de Subsecretario de Estado contribuirá a fomentar el interés por las actividades en favor de la salud pública, de acuerdo con las normas del Código de Salud que fue promulgado en su país el 5 de junio de 1956. Como demostración del actual interés de su país por estos problemas, señala el deseo de que su compañero de delegación, Dr. Ureña Hernández, actual Director del Servicio Nacional de Salud, ocupe el sitio funcional y jerárquico que le corresponde en dicha Secretaría de Estado.

Significa para terminar, que la situación actual de su país es de brazos abiertos para los países de América, con el deseo de que los

países de América lo reciban en la misma forma, como un miembro de la comunidad continental.

Se suspende la sesión a las 3:45 p.m. y se reanuda a las 4:25 p.m.
The session was recessed at 3:45 and resumed at 4:25 p.m.

On the resumption of the session, the CHAIRMAN stated that specific comments that the Representatives wished to make about the health situation in their countries would be welcomed in the discussion of the Annual Report.

El Dr. DELVA (Haití) manifiesta que sería más conveniente que se dejara a los diferentes delegados tiempo de estudiar el Informe en todos sus detalles, a fin de poder discutir en otra sesión, ya que el tiempo de que se ha dispuesto para leerlo no es suficiente para hacer los comentarios oportunos.

The CHAIRMAN confirmed that Representatives who did not wish to speak during the session would have an opportunity to comment at a later date.

El Dr. AGUILAR (El Salvador) señala que aumenta la cantidad de programas, que indudablemente son solicitados por los Gobiernos, pero que al mismo tiempo reflejan la ayuda técnica que la Oficina está ofreciendo a los países, y es notorio que en la última década, cualquiera que sea el Gobierno que llega, muestra un interés por la salud pública. En la actualidad ya ha penetrado en el lenguaje común de la salud pública el término "adiestramiento"; pero ahora, cuando hay facilidades económicas posibles, en algunos países no se puede usar ese dinero por falta de personal adiestrado. Ya son palabras corrientes la planificación, la evaluación y en los últimos dos años se ha venido hablando del

valor económico que tiene en el hombre la salud. Manifiesta el orador que, con un poquito más de experiencia, las autoridades de salud podrán discutir mejor con los que antes les impedían mejorar sus presupuestos, con los Ministros de Hacienda y de Economía, debido a que justamente la Oficina en estos últimos años se ha interesado por estos cuatro aspectos: adiestramiento, evaluación, planificación y valor económico de la salud. En nombre de su Delegación, felicita al personal de la Oficina y a su Director por el Informe.

Dr. GILLETE (United Kingdom) congratulated the Director and his staff on a magnificent report. It was exhaustive in treatment and followed the same high standards as in previous years. Among the many matters dealt with in it the following were, to his mind, outstanding: the progress made in furthering the integration of preventive and curative services; the increasing interest in nutrition, which would quickly lead to an improvement in health; sanitary needs and assistance in health statistics; malaria eradication, which was succeeding in the Hemisphere, so well in fact that he hoped it might be possible soon to celebrate a Malaria Eradication Day or Malaria Eradication Week; and Aëdes aegypti, which several United Kingdom territories were on the verge of eradicating. In that connection he was somewhat concerned about the possibility of the mosquito being reintroduced into islands from which it had been eradicated. It was in fact more than a possibility; it had already occurred. He hoped that PAHO would urge all countries to press on with their eradication campaigns so that the danger of reinfestation would be averted. In the field of education and training

and fellowships, he wished to express his thanks to all the international organizations, in particular PAHO, for the help they had given. Finally, he wished to again thank PAHO for the assistance it had rendered and expressed the hope that the day would not be too far distant when they would celebrate the attainment of the noble ideal so well expressed by the famous philosopher Julian Huxley.

El Dr. HYRONIMUS (Francia) se asocia a las expresiones de gratitud dedicadas al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y a sus colaboradores, y afirma que el Informe presentado es un documento expresivo, interesante y descriptivo que permite formarse una idea concreta de las actividades de la Oficina.

Señala que se han realizado notables progresos en las actividades principales a que se ha dedicado la Organización durante varios años, lo cual se traduce en un mejoramiento evidente de la salud del Continente. Subraya especialmente los éxitos obtenidos en la lucha contra las enfermedades infecciosas, llevada con mucha agilidad, hasta el punto de que casi han desaparecido en la mayoría de los países o, por lo menos, ha disminuido el número de casos, que hace sólo diez años era muy considerable. Indica que le ha causado mucha satisfacción el interés que el Informe dedica al problema del saneamiento.

El orador expresa su impresión de que se logrará rápidamente un éxito completo en las campañas de erradicación del paludismo y del Aëdes aegypti, aunque comparte la opinión del Delegado británico sobre el peligro de reinfestación de territorios donde ya se haya logrado la erradicación, como ha ocurrido en Martinica a causa de la dificultad de controlar las embarcaciones pequeñas procedentes de territorios todavía

infestados; no obstante, se ha reanudado la campaña con actividad y el vector ha sido erradicado en casi toda la isla.

Se refiere por último al problema del saneamiento del medio y al hecho de las difíciles condiciones económicas de muchos países, las cuales no permiten disponer de alimentación, vivienda, desagües y agua potable convenientes. Considera que estos problemas van a merecer progresiva atención en lo futuro. En este aspecto afirma que las parasitosis intestinales y las fiebres tifoidea y paratifoidea, son las que más tiempo han resistido a la lucha emprendida contra las enfermedades transmisibles, a causa de su vinculación al saneamiento del medio, constituyendo el problema número uno, que sin duda habrá de merecer especial atención en las correspondientes discusiones técnicas.

Dr. WATT (United States of America) expressed his pleasure at being able to attend the meeting of such a pioneering health organization as PAHO. He had found the report a fascinating document that summarized clearly and succintly the efforts of all present. There were four new items in the report which, to his mind, pointed up the progress made: radiological health; medical care; mental health; and research. Research was likely to become a major activity of the Organization, for new knowledge was needed if the goals set were to be achieved. Another point of interest was health statistics, the basis of evaluation and planning. As Dr. Horwitz had said, they were not perfect; but they would improve in time. Time was an essential element in the health equation, for problems which at first sight seemed insurmountable would gradually be overcome; in other words, "poco a poco se anda mucho".

El Dr. LATTUF (Venezuela) afirma que la síntesis presentada por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana revela la intensidad y la acuciosidad con que se ha realizado la labor de un año. Califica de interesantísimo un aspecto señalado por otros Delegados: el de la educación y el adiestramiento. Venezuela ha recibido las orientaciones de la Oficina y sigue sus insinuaciones de una manera muy formal. En la actualidad están por crearse dos escuelas más de medicina, que por estas mismas orientaciones se abocarán a un programa de educación amplio. El plan de enseñanza, el plan de becas de la Oficina Sanitaria Panamericana es loable y, en ese mismo sentido, de los propios peculios del Gobierno de Venezuela en materia médica se han asignado 70 becas para los cursos de postgrado en la Escuela de Medicina de la Universidad Central de Caracas.

Termina diciendo que esta es la mejor forma de ganar la batalla a las enfermedades en el campo de la salud.

El Dr. QUIRÓS (Perú) se adhiere a las palabras de felicitación al Director de la Oficina y su personal, y añade que, al revisar cada año los informes de la Organización Panamericana de la Salud, se siente muy complacido observando los progresos alcanzados, que indican que en el proceso evolutivo de la salud pública de las Américas se está siguiendo un camino que va a llevar pronto a la meta por todos anhelada.

Refiriéndose a la presentación del Informe, manifiesta que es un poco difícil formarse una idea de los objetivos que se van a alcanzar, sobre la base de una descripción, más que nada, de una serie de programas que, de acuerdo con el Informe del Director, son 288. Se ha dicho también que ésto se debe a la forma como trabaja la Organización, porque

los países tienen intereses diferentes y, por consiguiente, los programas tienen que ser variados. El orador anuncia que cuando se trate del Proyecto de Programas y Presupuesto, discutirá también este asunto de los tipos de programas que se llevan a cabo con la cooperación de la Organización. Entiende que existen dos tipos de programas: los de países, que, naturalmente, tienen que obedecer a los intereses de cada uno de ellos, y los regionales o interzonales, que en su concepto deben tener un criterio uniforme y abarcar objetivos amplios con referencia a los problemas que conciernen a todos los países. Manifiesta que revisando el Proyecto de Presupuesto ha hecho un cálculo estimativo de que, en realidad, del total de fondos que invierte la Organización, aproximadamente el 40% está destinado a estos programas regionales o programas interzonales. Estos programas están divididos en una serie de pequeños programas, lo que en realidad da la sensación, aunque ésto no sea exactamente cierto, de que se atomiza el presupuesto y no se trabaja para metas amplias. Creo que sería conveniente que la Organización, en estos programas regionales, trazara metas amplias y estableciera prioridades acerca de cuáles son los grandes problemas que conciernen a todos los países de América y que deben ser atendidos de una forma preferente. Este asunto también ha sido tratado en la última Asamblea Mundial de la Salud por la Delegación de Nueva Zelandia, y se ha dado inclusive una resolución que establece la necesidad de que los Comités Regionales den a la Organización Mundial de la Salud su opinión sobre este asunto.

Considera también de singular interés el tema que se refiere a los programas de educación y adiestramiento, tanto en lo que se refiere a

especialización de personal profesional, como a programas básicos de enseñanza de la medicina, y sostiene que la Organización debe ampliar sus actividades en este campo, que son de fundamental importancia.

Considera el orador que algunos asuntos todavía no han recibido suficiente atención y desarrollo, y se refiere en particular al relacionado con los programas de asistencia médica. En realidad la Organización, hasta hace muy poco, prácticamente no desarrollaba ninguna labor en este campo, que también es fundamental, puesto que en los países latinoamericanos la atención médica es el problema número uno, y está mereciendo en los últimos tiempos un considerable desarrollo.

En lo que respecta a los programas de investigación, encuentra muy interesantes algunos de los señalados por el Director, en particular el que se refiere a la nutrición, y que estos programas deberían ser ampliados. Cree también que deben tomarse en consideración, dentro de estos programas de investigación, dos asuntos que son de particular interés para la sanidad internacional y que en realidad no han merecido preferente atención: el de la lepra y el de la peste; por lo tanto, las instituciones internacionales encargadas de la conservación de la salud, deben tratar de promover la realización de investigación básica en problemas tan antiguos y tan importantes.

El Dr. ANDRADE (Brasil) expresa su satisfacción por la brillante exposición técnica y didáctica del Director; por ella se demuestra que la Organización Panamericana de la Salud continúa su trayectoria progresiva en la aplicación de la ciencia moderna en beneficio de la salud de los

pueblos del Hemisferio. Califica de especialmente impresionante la política de la Organización al poner en juego todos los medios de que dispone para el desenvolvimiento social y económico de la América Latina, lo cual merece la gratitud de todos los trabajadores de salud pública.

Termina felicitando al Dr. Horwitz por el excelente Informe presentado y hace extensiva su felicitación a todo el personal técnico auxiliar por el valioso trabajo que han realizado.

El Dr. OLGUIN (Argentina) hace constar su aprobación y congratulación, en nombre de la Delegación argentina, al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por el completo, interesante y objetivo Informe presentado, que ha permitido hacer una apreciación general y completa de los actuales problemas de salud, y por el enfoque de la orientación conceptual para ellos establecido. Afirma que existe una coincidencia conceptual y de orientación del enfoque de estos problemas entre lo que acaba de expresar el Dr. Horwitz y la política sanitaria que en la Argentina se sigue y se ha adoptado para la consideración de estos aspectos. Sobre todo en lo que se refiere a la salud en relación con el progreso social y el desarrollo económico. Esta posición conceptual que ha sido reiteradamente enfocada por delegados de la Argentina en distintas reuniones internacionales ha tenido recientemente también su ratificación en una reunión realizada en Iguazú (provincia de Misiones): la Conferencia de los Ministros de Salud Pública de los Países de la Cuenca del Plata, en la que participaron por invitación de la Argentina, el Brasil, el Paraguay y el Uruguay. En ella se trataron aspectos de la

salud en relación con los factores económicos y de cultura, y se establecieron las bases en un documento, que se denominó Carta de Iguazú, para una permanente coordinación e intercambio de ideas y de esfuerzos por parte de los poderes sanitarios de los países participantes, y se formuló la promesa de un permanente intercambio de información y de concepto en cuanto al enfoque y solución de los problemas que afligen en forma común a los pueblos de América.

El orador terminó reiterando las expresiones de felicitación al Dr. Horwitz, haciéndolas extensivas a todos los miembros de la Organización, y se manifestó completamente de acuerdo con las palabras de los Delegados que habían ensalzado la importante labor que la Oficina Sanitaria Panamericana viene desarrollando en bien de la salud de América.

El Dr. PADILLA (Guatemala) se adhiere, en nombre de su Delegación, a las palabras de felicitación expresadas al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por el brillante informe presentado. Manifiesta especial interés por la parte que se refiere a la integración de servicios porque Guatemala está empeñada en promoverla hasta donde sea posible, considerando que tiene un papel educativo para el médico de salud pública porque no es lo mismo trabajar en salud pública en un país sano y desarrollado que en países enfermos, y, por otro lado, educativo para el médico general porque le enseña su papel social importantísimo en la ayuda del pueblo.

El Dr. BARRENECHEA (Bolivia) manifiesta que Bolivia ha recibido ayuda eficaz en todo sentido de la Organización para el desarrollo de

los diferentes programas de saneamiento, muy especialmente en el de erradicación de la malaria y en el de la lepra, y añade que su país está comprometido moral y prácticamente a trabajar empeñosamente en el desarrollo de la comunidad, cuya base fundamental es, en su concepto, la educación sanitaria. Otro problema que se plantea a Bolivia es el relativo al abastecimiento de agua potable a todas sus ciudades y comunidades, porque de la mala calidad del agua dependen los estados carenciales que a la larga contribuyen a la desnutrición. Termina diciendo que el Sr. Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, aparte de enfocar con toda maestría todos los problemas de salud pública de las Américas, ha demostrado una verdadera consagración de su vida al estudio de los diferentes problemas que aquejan al Hemisferio, y uniéndose a las opiniones de todos los Representantes que le han precedido en el uso de la palabra, pide que se haga constar esta unánime felicitación mediante un voto resolutivo de la Asamblea.

El Dr. ALVAREZ AMEZQUITA (México) elogia el Informe presentado por el Dr. Horwitz, y señala que México considera extraordinariamente importante, desde el punto de vista de saneamiento, la proposición que fue hecha hace dos años en esta misma ciudad a propósito del interés de utilizar fondos suficientes para desarrollo de dotación de agua potable. Afirma que, en el último de los casos, es preferible que la gente tenga agua y luego se busque la manera de potabilizarla; eso es fundamental, porque sin agua no se puede vivir. Evidentemente, se necesitan recursos para sacar el agua, o para captarla; el agua está bajo de la tierra, y si no se encuentra la manera adecuada con fondos suficientes para hacerla aflorar

y que sea útil al hombre, es una riqueza que se está perdiendo, con demérito de la dignidad humana, porque todos los pueblos sedientos son pueblos inconformes, absolutamente inconformes con la vida misma. Es evidente que 110.000.000 de gentes en la América Latina necesitan agua, y éste es problema básico y fundamental a resolver.

Dice el orador que otro de los puntos extraordinariamente importantes tratados en el Informe del Dr. Horwitz es el concepto que debe tenerse de salud pública, en el cual no debe haber limitaciones entre lo preventivo y lo curativo. Esto es una verdad absoluta y es penoso recordar todavía los tiempos en que al médico sanitario se le impedía curar y al médico asistencial se le impedía hacer medicina preventiva. La salud pública es un todo y está constituída fundamentalmente por la prevención de las enfermedades, por la curación de los enfermos, por el adiestramiento del personal, por las labores de investigación y por las labores de rehabilitación. Es un problema de cinco facetas y es necesario tomarlas todas en consideración. En México ya se ha logrado que en muchos sitios se unan físicamente el centro de salud y el hospital en una sola unidad, a la cual se adiciona también el taller de saneamiento y donde se facilita adiestramiento en nutrición y educación higiénica. Esto tiene resultados muy buenos desde el punto de vista de proyección de la salud al pueblo, y, mucho más importante todavía, en países de medios económicos reducidos, porque así se abarata la administración sanitaria, ya que un solo hombre adiestrado en salud pública, tanto en lo preventivo como en lo curativo, dirige una institución que es una sola unidad con dos funciones, tanto en lo preventivo como en lo curativo. Fundamentalmente eso es básico para una salud integral. Desde el punto de vista de saneamiento y

organización de la comunidad rural es importante el hecho de que en México existan los centros primarios de salud, que son pequeños y están dispersos en el campo, porque es absolutamente necesario un organismo que parta de esa célula inicial constituido por el centro primario de salud en donde no hay médico sino hay una joven de la comunidad, adiestrada, que llena las necesidades básicas de salud pública y tiene toda la pequeña comunidad vacunada o inmunizada contra las enfermedades más importantes, resolviendo el problema a la mexicana, porque no es posible que, en una dispersión de 92.000 pueblos de menos de 100 habitantes, como es muy frecuente en la América Latina, haya un médico para cada una de las comunidades. El médico rural, médico peregrino, médico apostólico, va una vez o dos veces por semana, o una vez cada dos semanas, a los diversos sitios con el objeto de atender los problemas de salud importantes de la comunidad al presente. Por lo tanto, esta primera etapa en relación con el hospital rural, con el hospital regional, con el hospital de zona y con el hospital central, integran, a la manera de un sistema solar, la salud pública, sin divorciar lo preventivo y lo curativo, sino todo de conjunto, formando así los distritos integrales de salud. Es indudable que estos planes tienen que ser necesariamente planes nacionales. La salud no puede concebirse como dispersa. Los planes nacionales solamente admiten una modificación: la impuesta por las necesidades regionales; pero desde el punto de vista básico tienen que estar sometidos todos a una misma directiva. Esta regionalización, no por entidades federativas como en la República de México, sino por necesidades sanitarias, es semejante a la que ya el distinguido Representante del Perú señalaba en todas las zonas de América que tienen problemas comunes.

Es muy importante hacer planes también del tamaño de la necesidad. Ya en México no se pueden hacer planes del tamaño de la época de don Porfirio Díaz antes de 1910; ahora hay que hacer planes en grande, porque lo pequeño no conduce más que a sistemas de control que llegan a ser muy poco beneficiosos, y quizá es simplemente la manera de poner una etiqueta de justificación a un problema que no se puede resolver. Erradicación quiere decir arrancar de raíz, y ésto es bien difícil; sin embargo, la campaña contra el paludismo es una de las que se desarrollan con mayor actividad en México, donde de 1.150.000 Km^2 que permitían la vida difícil de 19.000.000 de habitantes de la República, 86.000 Km^2 están libres de paludismo y sujetos a vigilancia, gracias a una campaña bien definida.

Señala que este ataque al paludismo representa un valor extraordinariamente importante, desde el punto de vista financiero, considerando a la salud como componente del desarrollo económico, porque el ausentismo, que antes en esas zonas eran muy frecuente, a causa de las personas que sufrían de paludismo, ha sido calculado como una pérdida de 6 6.000.000.000 de pesos por año. Naturalmente, el Gobierno de México invierte 69 millones de pesos, (es decir, $5.500.000), pero todavía se tiene la ventaja, no solamente de la productividad del hombre, que es un atributo de su dignidad en cuanto al trabajo, sino inclusive del ahorro de muchos millones de pesos. En otras palabras, considerando siempre como muy importante la dignidad del hombre, la campaña nacional de erradicación del paludismo en México es también un buen negocio, no solamente de felicidad, sino como un medio de riqueza, puesto que en las

zonas de donde el paludismo ha sido erradicado, ya son compatibles con la vida del hombre y permiten la colonización interna. Desde este punto de vista, se ha llegado en México a la etapa más difícil de la erradicación, cuando quedan no más que unos cuantos casos, y en una zona amplia, con comunicaciones diversas y difíciles, se irá apagando el incendio, y con buena voluntad, con técnica y con esfuerzo, seguramente se vencerá al paludismo dentro de un plan de erradicación. Añade que la cooperación de la Organización Mundial de la Salud y del UNICEF para el programa de México, que es el programa más extenso del mundo, ha sido magnífica, y que los técnicos que han llegado al país se han incorporado a los equipos de trabajo mexicanos, en un plan científico y lógico.

Informa a continuación de que se está trabajando ya sobre tifo en unos cuantos casos. En cuanto al pinto, treponematosis que se convierte en cárcel psicológica para 300.000 habitantes del país, se han inyectado 151.000 personas con penicilina, y se espera que en 2 años más el mal sea erradicado. Existen ambiciosos planes para terminar este año las medidas que permitan llevar sal yodada a los habitantes de las zonas bociógenas del país. La polio, que constituye un verdadero problema en México, que se adelantó un poco a las decisiones tomadas en Norte América, llegando a la conclusión que la vacuna Salk debía usarse, mientras se discutía si la Sabin o cualquier otra oral servía, lo cual permitió desarrollar un programa de 3.500.000 de niños vacunados, lo cual representa 10.000.000 de inyecciones; estadísticamente, en este año se esperaba una alta incidencia, 1.360 casos, y ha habido solamente 360. Esto viene a representar también un ataque directo contra la polio, que no es problema

sanitario grande en cuanto a número, pero que tiene repercusiones psicológicas y económicas muy graves para los hogares afectados por la enfermedad.

Seguidamente, el orador anuncia que el A.aegypti está erradicado de México. Falta solamente la comprobación de la Oficina Sanitaria Panamericana. Ahora se espera que Norte América erradique su A. aegypti del sur de su país, con el objeto de que el intercambio de A. aegypti se detenga.

Expone luego que también se han desarrollado en México importantes programas contra la lepra. Ha sido absolutamente necesario preparar apóstoles, médicos y enfermeras que van caminando por los diversos poblados pequeños y que estudian a los enfermos crónicos de la piel. No se llama campaña contra la lepra: se hace la selección de los leprosos y éstos son controlados después. Desgraciadamente, hay un alto porcentaje de lepra lepromatosa y contagiante, pero se espera poder curar las lesiones lepromatosas, para que la lepra no sea contagiante.

También se están desarrollando en México grandes programas contra la tuberculosis, y por primera vez se está resolviendo ya el problema de los enfermos mentales, para ser tratados en un plan absolutamente humano.

Desde el punto de vista de la educación, insiste en que es muy importante la enseñanza de las ciencias básicas de la medicina, en los niveles superiores, del médico, y que es absolutamente necesario también enseñar lo básico a los subprofesionales, pues en muchas ocasiones hay que conformarse con subprofesionales porque no se dispone de medios para pagar técnicos de grandes alturas, pero los subprofesionales bien

adiestrados son útiles. Se refiere luego a los promotores sociales, a los promotores de comunidad, a las enfermeras, y a las auxiliares de enfermeras, ya que la crisis de enfermeras en México es reflejo de la que existe en todo el mundo: no hay enfermeras bastantes para poder atender con dignidad a los enfermos del país.

Se ha creado también en México el Registro Nacional de Anatomía Patológica, y cada dos años se preparan 10 ó 12 anatomopatólogos, elementos esenciales para que un hospital funcione bien. La Escuela de Salubridad se ha convertido en una Escuela de Salud Pública, en la que se prepararán médicos especializados en salud pública en 2 años; se espera que después de que trabajen en el campo, vuelvan a la Capital para doctorarse en salud pública, o sea, que se dará todavía mayor categoría al médico especializado en salud pública. Otra ventaja lograda en México es la escuela de organización y administración de hospitales, básica para que las funciones de los hospitales sean llevadas, fundamentalmente, con conocimientos técnicos. En cuanto a la investigación, manifiesta que ha sido orientada hacia el bienestar social, y que en otra sesión presentará las primicias del trabajo realizado sobre la oncocerciasis. Desde el punto de vista de la solidaridad internacional, informa de que, además de la Sociedad Mexicano-Norteamericana de Salud Pública, existe ya una Sociedad Mexicano-Guatemalteca de Salud Pública: ya se celebró la primera reunión en el lado de México, y en enero del próximo año tendrá lugar otra en el sur de Guatemala.

Termina anunciando que se ha hecho la primera experiencia de un barco de río, que se llama "El Mensajero de la Salud" y pesa 402 toneladas;

es el único modo de llegar a los pueblos ribereños que necesitan atención. Es quizás el primer barco del mundo dedicado a lucha antituberculosa y educación higiénica. Manifiesta que está absolutamente de acuerdo con el Sr. Representante de Bolivia en el sentido de que toda la salud pública es educación higiénica en acción.

Dr. TJONZSIE FAT (Kingdom of the Netherlands) expressed the thanks of his Government for the assistance given by the PAHO in the fields of malaria and Aëdes aegypti eradication. Good progress was being made in the malaria eradication campaign, and the coastal region was now almost free of the disease. There was less progress to report in Aëdes aegypti eradication, but he hoped that in the near future, with further assistance from PAHO, the yellow fever vector would be eliminated. In conclusion, he wished to congratulate Dr. Horwitz on a fine report.

El Dr. FERNANDEZ NARANJO (República Dominicana) se refiere a algunos aspectos de lo que se realiza actualmente en la República Dominicana, tendiente a mejorar su situación en salud pública. Se han hecho ya una serie de modificaciones para ofrecer adecuada remuneración al personal de salud pública, un asunto viejo muy crónico, de difícil solución, a fin de que este personal tenga mañana un incentivo para que nuevos profesionales y nuevo personal sigan la carrera de la salud pública.

Se refiere luego a los planes integrales de salud pública, que tienen la aprobación de la Oficina, y son reflejo de las ansias de mejorar la situación sanitaria del país. En lo que respecta al bocio endémico,

existe en el país una zona donde desde hace ya muchos años se utiliza la sal yodada; naturalmente sería deseable obtener, si fuese posible, alguna cooperación técnica para el estudio, no sólo del bocio endémico sino de dos problemas de salud que se plantean en el país: la bilharziasis y la filariasis en menor magnitud.

En lo que respecta a la malaria, posiblemente en el mes entrante se inicie la fase ya de erradicación mediante fondos asignados en el presupuesto del año entrante y con sumas adicionales para el actual.

Existen también ya planes o convenios internacionales para la vacunación contra la viruela y un proyecto piloto para el problema de la tuberculosis en un área demostrativa de 150.000 habitantes. Ese proyecto piloto prevé no sólo la investigación sistemática tuberculinorradiológica en esa población, sino suministros de isoniacida, medicamento que en la República Dominicana ha sido el único responsable del descanso casi vertical de la mortalidad por tuberculosis. La mortalidad del año 1959 fue de 19,7 por 100.000 habitantes; para el año 1960 de 15,5 por 100.000 habitantes; en cuanto a la morbilidad, el problema es muy diferente, pero parece ser que a partir de este año se tiende hacia una especie de estabilización. La caída de hospitalizaciones a partir de la introducción de la isoniacida, confirma la experiencia con que cuenta la Organización con respecto al valor del tratamiento ambulatorio en la lucha antituberculosa.

Seguidamente, informa de que de tres millones de habitantes que hay en el país, se sometieron a la prueba de la tuberculina 1.859.408 habitantes, lo que da un porcentaje de cobertura de 64%; se vacunó a

1.327.000 personas negativas a la prueba de la tuberculina, lo cual significó que el 90,6 de los negativos aceptaron la vacuna. El promedio de positivos a la tuberculina en las edades de 1 a 6 años es de 4,3% y en las de 7 a 14 años, 10,6% de infección tuberculosa. El porcentaje de positividad global fue de 23,6%, lo que da al país una condición de casi virgen a la infección tuberculosa, y confirma la necesidad de este programa en masa de vacunación BCG.

En cuanto a la solidaridad internacional, menciona la cooperación con el vecino país Haití en lo que respecta a su lucha contra el pián, cuya experiencia fue aprovechada por la República Dominicana. En ese mismo sentido, sugiere que ambos países aúnen sus esfuerzos para resolver el problema de la erradicación de la malaria y se pueda tener verdadero éxito gracias a una labor coordinada. Afirma que la República Dominicana está en la mejor disposición para invertir en la campaña los fondos a su alcance, y que espera seguir contando con la experiencia de los otros, la asesoría de la Organización Sanitaria Panamericana y la cooperación económica de otros organismos internacionales como UNICEF, que ha sido tan útil para el país.

El orador felicita de nuevo al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por su valiosa información.

Se levanta la sesión a las 5:35 p.m.
The session was adjourned at 5:35 p.m.

consejo directivo

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

XIII Reunión

comité regional

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

XIII Reunión

Washington, D. C.

Miércoles, 4 de octubre de 1961, a las 9:35 a.m.
Wednesday, 4 October 1961, at 9:35 a.m.

CD13/40
4 octubre 1961
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA TERCERA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE THIRD PLENARY SESSION

Presidente: / President: Dr. Luther L. Terry — Estados Unidos de América

Indice
Contents

Tema 8: Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (Documento Oficial No. 38) (continuación)

Topic 8: Annual Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau (Official Document No. 38) (continued)

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar al Jefe de los Servicios de Secretaría (Cuarto 1316) las correcciones que deseen ver introducidas en el texto, dentro de las 48 horas siguientes a su distribución. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión del Consejo.

Note: These précis minutes are provisional. The representatives are therefore requested to notify the Chief, Secretariat Services (Room 1316) within 48 hours of any corrections they wish made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the meeting of the Council.

TOPIC 8: ANNUAL REPORT OF THE DIRECTOR OF THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU (continuation)
TEMA 8: INFORME ANUAL DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (continuación)

The CHAIRMAN opened the session and announced that the discussion of the Annual Report of the Director, begun at the previous session, would continue.

Dr. STEVENSON (Observer, World Federation for Mental Health) expressed appreciation for the privilege of hearing the Director's presentation of the Annual Report. He was particularly interested in Dr. Horwitz's fundamental concept that the program should be not only comprehensive but integrated. The detailed account of the activities demonstrated that this concept is translated into action and that each aspect of the program is important to every other aspect. This principle was symbolized by the data on the Conference on Malnutrition and Food Habits, held in Cuernavaca, Mexico, in which the Federation cooperated with WHO, UNICEF, and FAO. The fact that the details of this Conference appeared in the Director's Annual Report under the section on nutrition meant that success had been attained in integrating activities for mental health and nutrition.

Dr. Stevenson had also been impressed by the Director's concern with urbanization and mobility, housing and migrancy -- all of which are related one to the other as well as to mental health, venereal diseases, delinquency, and other social problems. It has not been sufficiently recognized, he said, that the culture, the customs, the values, and our concepts of our roles in life are embodied not only in our persons --

that is, our habits-- but also in our families, our neighborhoods, and our communities. When we move and leave these behind, we lose these outside influences and attitudes that frown when we violate mores or support us when we observe them. It is not surprising that migrant people who lack a heritage of migrant life encounter trouble. As industry and agriculture become seasonal, people move repeatedly, but their problems show how hazardous this can be. As countries become industrialized, they can anticipate and avoid trouble, or fail to do so and suffer severely. The southern border states of the U. S. are well aware that the family solidarity of the Spanish-speaking population facilitates the return of the mental patients after their recovery in the hospital, whereas the relatives of persons whose way of life is more individualistic refuse to take them back. Care must be taken to ensure that the positive qualities are preserved when migration occurs, otherwise the price to be paid will be high.

He called attention to the Director's reference to nursing education, which is so important to mental health not only because of the nurse's bedside function but also her role as a public health functionary. He stated that he had been associated with a mental hospital that for 30 years had used local public health nurses for 100 per cent of its follow-up service, to the great advantage of the patients.

He had also been impressed with the concept of "comprehensiveness" because it can be applied geographically as well as professionally. He said that the PASB had been instrumental in bringing to the United States a consultant in the community aspects of care of the mentally deficient. It has not been realized that the diagnostic and therapeutic techniques upon

which psychiatric services depend are nearly all exports from across the Atlantic. The World Health Organization, he added, can do much more to facilitate this importation if the need is seen in our countries.

In conclusion, Dr. Stevenson informed the representatives that the next annual meeting of the World Federation for Mental Health will be held in Lima, Peru, early in August 1962, just prior to the International Conference of Social Work in Rio de Janeiro. The meeting will seek to encourage the devotion of volunteer citizens to action in support of, and complementary to, the work of the national and local governmental agencies. He expressed the hope that all those present would be able to attend to discuss this subject. What he had in mind, he stated, was Dr. Horwitz's statement that "the essence of human life is seen in social relationships".

El Sr. DAVEE (Observador, Secretaría General de las Naciones Unidas y UNICEF) comienza señalando que la Secretaría Ejecutiva del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas le había encomendado que ostentara en esta reunión, además de la representación del UNICEF, la de la Secretaría General de las Naciones Unidas. En nombre de ambas organizaciones expresa sus mejores votos por el éxito de los trabajos del Consejo Directivo.

En relación con el informe del Director manifiesta que se limitará a indicar la participación del UNICEF en las actividades realizadas y a exponer algunas ideas sobre los principios y orientaciones que se siguieron en su desarrollo. Señala a este respecto en que para el UNICEF ha supuesto una orientación nueva su participación en lo que todavía se llaman Servicios

básicos de protección maternoinfantil, que, en realidad, son los servicios integrados que constituyen la base de todo progreso en salud pública. Esta nueva corriente en dichas actividades, fue, por cierto, muy útil puesto que demostró que, si bien era conveniente prestar especial atención a los problemas de la madre y del niño, no se podía quebrar la unidad de la familia y de la colectividad; pero lo que es aún más interesante ha permitido una mayor participación del UNICEF en la elaboración, cada vez en mayor grado, de planes nacionales de salud pública en América. Indudablemente esto representa uno de los progresos más notables alcanzados durante los últimos cuatro o cinco años. Asimismo, el UNICEF ha participado en actividades de saneamiento como parte de estos programas de servicios integrados. Esta experiencia ha demostrado que, incluso con recursos limitados, se pueden llevar a cabo programas eficaces de saneamiento en zonas rurales. En este aspecto se siguió la norma de proporcionar a los Gobiernos, lo que podría llamarse capital de inversión, es decir, para el suministro de equipo elemental y básico para perforación de pozos, para establecer un mínimo de servicios de abastecimiento de agua y para fomentar otros aspectos del saneamiento. Considera útil hacer una evaluación de los resultados obtenidos en esta labor porque, ante las posibilidades de obtener una ayuda mucho mayor procedente, tal vez, del Banco Interamericano de Desarrollo y de los fondos a que hizo referencia el Dr. Horwitz en la segunda sesión, convendría analizar ciertas experiencias obtenidas a fin de determinar los criterios a seguir.

El Sr. Davée, se refiere después a la participación del UNICEF en las campañas contra las enfermedades transmisibles y, en especial contra

la malaria. Manifiesta, en relación a la labor antimalárica, que no todo lo que se había anunciado y previsto está ocurriendo en la práctica. En primer lugar, parece que los fenómenos de resistencia de los anofelinos a los insecticidas son por fortuna más limitados de lo que se supuso en 1954 y 1955, pero por otro lado, tampoco parece que vaya a lograrse la terminación de estas campañas en los plazos que se habían indicado. Comparte la opinión del Representante de México, Dr. Alvarez Amézquita, relativa a que en esas actividades se está llegando a la fase más difícil y más crítica, en la que los técnicos van a encontrarse con problemas difíciles de resolver porque constituyen los últimos residuos de dichas campañas, pero esto no debe ser causa de pesimismo, puesto que han sido sumamente útiles para establecer la base, para el futuro, de los servicios básicos de salud pública en buen número de países. Muchas zonas han quedado libres de malaria; se han abierto extensas tierras nuevas al cultivo, y ahora hay que seguir adelante, prestando ayuda a estas campañas hasta alcanzar el objetivo final. Refiriéndose a la tuberculosis dice que, después de que la escuela sanitaria americana, convenció a la sede central de la Organización Mundial de la Salud de que alguno de los criterios, particularmente con respecto a la necesidad de realizar estudios sobre la prevalencia de la enfermedad, suponían en todo caso cierto retraso, se llegó a una formulación de campañas piloto que ya están en marcha en muchos países de América y que servirán de base para el planeamiento de las campañas nacionales. Con respecto a la lepra o la frambesia ocurre igual que con la malaria y la tuberculosis. El Sr. Davée llega a la conclusión de que debe concederse prioridad a la creación de los servicios básicos de salud pública, indispensables para la consolidación de las campañas contra las enfermedades transmisibles antes citadas.

El Sr. Davée se refiere a continuación a los nuevos campos en que el UNICEF ha emprendido actividades. Uno es el del adiestramiento de personal y, a este respecto, señala que en la última reunión de la Junta de dicho organismo, celebrada en junio pasado, se dió mayor amplitud a esta clase de actividades. La reserva que antes existía sobre el hecho de que el UNICEF invirtiera fondos para personal o para atenciones distintas de las de suministros y equipo, ya ha desaparecido. Actualmente, el UNICEF puede prestar colaboración para el desarrollo de programas nacionales de adiestramiento de personal en muchas más categorías que en un principio, en que esa colaboración se limitaba a la preparación de personal auxiliar. Ahora hay programas aprobados, o en preparación, para el adiestramiento de médicos, enfermeras graduadas, ingenieros sanitarios, etc.

Refiriéndose a la nutrición el Sr. Davée recuerda una cifra citada por el Dr. Horwitz y que figuraba en la Carta de Punta del Este; es la relativa a que el progreso económico de la América Latina debe aumentar, como mínimo, en un 2,5% anual. Esta cifra, como saben muy bien cuantos han planeado programas antimaláricos, es igual a la del promedio de crecimiento vegetativo de la población de América Latina. Pero es asimismo la cifra que no se ha logrado sobrepasar, durante los últimos años; en el campo de la producción de alimentos, por ejemplo, fuera de la Argentina, México ha sido el único país que sobrepasó ese promedio. Esto significa que si no se progresa en esa producción, se producirá el estancamiento de los niveles actuales de bienestar y de alimentación de los países de América Latina que, como todos saben, ya son bajos.

Pasa a referirse a otros nuevos campos de interés para el UNICEF en un futuro próximo: uno de ellos es el de la educación primaria, problema que se abordó en forma más bien indirecta mediante programas sumamente interesantes, uno de ellos en Chile, donde, a través de las escuelas normales va a ser posible difundir mejor las enseñanzas relativas a educación sanitaria y nutrición. Otro es el relativo a los servicios sociales para niños, y otro, quizá el más difícil es el de la urbanización, no en el sentido de planeamiento de nuevas ciudades sino en el de mejoramiento de lo que en América Latina se llama los "mocambos" de Recife, las "favelas" de Río de São Paulo, las "barriadas" de Lima o las "rancherías"; es decir el mejoramiento de los suburbios cuyo número aumenta constantemente y donde las condiciones de vida son peores que las de las zonas rurales, que han gozado hasta la fecha de prioridad. El problema de la urbanización es difícil por sus múltiples aspectos: organización municipal, viviendas, enseñanza, servicios sociales, etc. Su solución ha de lograrse precisamente por medio de programas que han de ser integrales, globales, en su sentido más completo.

Para terminar el Dr. Davée cita el lema de la Carta de Punta del Este, magnificamente expresado por la frase: "los anhelos de América son: trabajo, techo y tierra, escuela y salud". A estos anhelos se refieren muchos de los programas que ha enumerado. Suponen planeamiento a nivel nacional y coordinación tanto a nivel nacional como internacional. Todo esto es difícil, pero si se considera lo que se ha logrado hacer durante un período de años relativamente corto, precisamente a base de esa coordinación que organizaciones como la Oficina Sanitaria Panamericana, la Administración de Cooperación Internacional de los Estados Unidos de América y el UNICEF han facilitado

a los Gobiernos, puede afirmarse que, de continuar por el mismo camino, los progresos de América Latina son seguros. El futuro es todavía más prometedor cuando se consideran las decisiones reflejadas en el Acta de Bogotá y en la Carta de Punta del Este.

Dr. LAYTON (Observer, Canada) expressed appreciation for the opportunity of being present at the meeting and of profiting once again from the discussions and exchanges of views. He warmly congratulated the Director and his staff on the Annual Report for 1960.

He then commented on several developments in his country which he felt would be of interest to the group. He had informed the Directing Council last year of the Hospital Insurance and Diagnostic Services Program undertaken as a cooperative venture between the Federal and the Provincial Governments in Canada. This program, which had been in the developmental stage at that time, is now complete in coverage, having been established in the 10 provinces and two territories. Some 95 per cent of Canada's total population of over 18.000.000 are included; for most of the remaining 5 per cent there is similar coverage by pre-existing services, such as veterans' hospitalization and other plans. He therefore felt that in this undertaking Canada had come to the end of the beginning; the plan is in full operation and it now remains for all concerned to make it work for the benefit of the Canadian people and, it may be hoped, for the guidance of others who may be contemplating similar programs.

The second matter he commented on was the action taken recently by the Canadian Government to curb the illegal use of narcotics and to stamp

out trafficking in drugs such as amphetamines, methamphetamines, barbiturates, and the like. While recognizing that these are closely related problems in terms of their social and health implications, the Government nevertheless realized that they could not properly be dealt with under the same legislation and therefore took steps to enact separate legislation for each. The most important changes in the narcotics act are firstly a drastic increase in penalties for the offenders and secondly provision for preventive detention and custody for treatment of addicts. In the former case, for example, the trafficker in narcotics is liable to imprisonment for life and an illegal importer may be punished by a minimum of seven years to a maximum of life.

Similarly, illegal traffickers in amphetamines, etc., can be imprisoned for as long as ten years. The Canadian Government has declared its intention to eradicate this growing problem before it become a serious menace to the country. After a trial period and review, should the legislation and the penalties prove inadequate to control the situation, they may be increased as seems desirable.

He then stated that the Canadian Government has taken an increasing interest in developing the positive side of health, that is, physical fitness and efficiency. Prime Minister Diefenbaker announced recently that the Federal Government will annually provide grants totalling $5.000.000 for the purpose of promoting this objective. Appreciative of the importance of developing physical fitness on the part of the growing generation, the Government has proposed a plan which "will have as its purpose the encouragement of amateur athletics and to that end, by a system of awards

for the development of physical efficiency, will in the course of years contribute to raising standards of health among Canada's younger generation." It is hoped that this program will progressively improve the physical fitness of the coming generations and that through this development, which is relatively novel except perhaps in a number of European countries, a certain element of guidance may be provided for others who are concerned over the decrease in physical fitness and who wish to promote the more positive aspects of health.

Finally, Dr. Layton recalled the comment of the Minister of Health of Mexico, among others, regarding the increasing collaboration between nations in mutual health interests. In this respect Dr. Layton said that it had been his privilege to attend the First Mexican Congress of Public Health in Mexico City last December, and that he had been greatly impressed by the developments that are taking place in that country in the health field. He had been particularly impressed by the planning and scope of the new Medical Center, the construction of which is now approaching completion. Without wishing to detract from the efforts of other health officials present, he believed if appropriate to comment on this impressive development as a most promising indication of the future of health in the Americas.

El Dr. FRICKE (Chile), felicita al Director por la brillantez de su Informe Anual pero confiesa que ha quedado impresionado por el gran número de problemas que aquejan a la mayoría de los países del Continente. Considera necesario emprender los caminos fundamentales que el Director de la OPS y sus colaboradores han fijado puesto que de nada valdrían todos los medios que proporciona el progreso actual si se carece del personal necesario

adiestrado para llevar a cabo los propósitos establecidos. Considera que las organizaciones internacionales, que tanto han hecho por Chile y los demás países de América, deberían esforzarse aún más para que las actividades de adiestramiento de personal se multiplicaran cuanto fuera posible. Sin personal experto no se pueden llevar a cabo programas de salud pública en ninguna parte del mundo. El Dr. Fricke se refiere después al concepto de integración de los servicios de salud pública en cuanto a la protección, fomento y recuperación de la salud. La solución del problema de la integración depende de la actitud mental que adopten a este respecto los dirigentes y sus colaboradores, de los servicios de salud pública en los distintos países.

Seguidamente pone de relieve la importancia de concentrar las actividades internacionales de salud pública en los niños. En la América Latina es elevado el porcentaje de estos niños que están subalimentados; y si se tiene en cuenta que los problemas de salud mental empiezan a incubarse en gran escala durante el período preescolar del futuro adulto, es indudable que las actividades en ese sentido deben desarrollarse preferentemente durante la infancia.

Refiriéndose a la educación sanitaria, elogia la parte del informe relativa a esta materia y manifiesta que, por lo menos en Chile, dicha educación resulta prácticamente imposible en el adulto, que no puede o no quiere aprender en ese aspecto. Añade que la educación sanitaria de la infancia, en forma profunda y extensa, producirá una nueva generación que tendrá una nueva mentalidad respecto a la salud pública. De esta infancia

han de salir los futuros dirigentes de los países. Por tanto, tan sólo por medio de la educación sanitaria, mental, nutricional y dental de los niños se obtendrán resultados verdaderamente impresionantes.

El Dr. DELVA (Haití) felicita igualmente al Director por el contenido del Informe y expresa el reconocimiento de su país a la Organización Panamericana de la Salud por la ayuda que le ha prestado para la solución de muchos de los problemas de salud del mismo. Entre éstos uno de los más importantes ha sido el de la frambesia. Es bien conocida de todos la situación que atravesaba Haití cuando la Oficina Sanitaria Panamericana y la OMS acudieron en su ayuda; cita a este respecto el hecho de que al cabo de 10 años de actividades, la incidencia de esta enfermedad, que llegaba al 70%, se ha reducido a 1 por 10.000 habitantes, lo cual es casi inconcebible. Esto se ha conseguido a fuerza de paciencia y sacrificios; en primer lugar se elaboró un programa de educación sanitaria porque, con respecto a la frambesia era preciso romper las tradiciones de un pueblo que venían imperando desde hace muchos siglos. Se ha atacado resueltamente a la enfermedad y, con la ayuda de la OSP/OMS las actividades han sido coronadas por el éxito. La educación de un pueblo siempre es difícil pero nunca imposible si se cuenta con tiempo. En Haití, donde los pacientes se resistían al principio al tratamiento que se les aplicaba, ha bastado un período de tiempo relativamente corto para demostrar a dichos pacientes la eficacia del mismo. La campaña de control iniciada en 1942 y la de erradicación desarrollada a partir de 1950, han sido satisfactorias por el interés que las gentes tenían en recibir su tratamiento. De 1942 a 1950 la campaña se desarrolló a base de clínicas fijas y, desde 1950, por el procedimiento de visitas casa por casa. En 1959 se emprendió la última etapa de la campaña, la de vigilancia, que todavía sigue.

Además de la campaña de erradicación de la frambesia, Haití ha reanudado la campaña de erradicación de la malaria, siempre bajo la orientación de la Oficina Sanitaria Panamericana. A juzgar por los resultados del impulso inicial cabe prever que esta campaña tendrá también éxito. En respuesta a lo manifestado por el Representante de la República Dominicana, que solicitaba la coordinación de las actividades de Haití con las de dicho país, respecto a la malaria, el Dr. Delva informa que la cuestión ya ha sido estudiada.

Finalmente se refiere a los problemas aún no resueltos en su país, entre ellos el de la desnutrición y el del parasitismo intestinal, para cuya solución espera contar con la ayuda de la Oficina Sanitaria Panamericana. Indica asimismo que ésta envió recientemente a expertos para que estudiaran el problema de abastecimiento de agua en Haití, a fin de formular un plan para su solución.

El Dr. QUIROS (Perú) comienza refiriéndose a las manifestaciones que acaban de hacer el Presidente de la Federación Mundial para la Salud Mental y el Director de la Oficina Regional del UNICEF para las Américas. Con respecto al primero, invita a todos los países de América para que participen en la próxima reunión de dicha Federación, que se celebrará el año próximo en Lima. Expresa el creciente interés que ha adquirido en su país la solución de tan graves problemas y la importancia que para todos reviste la salud mental. Considera que ésta se encuentra íntimamente relacionada con la salud física con características mutuas de singular importancia, especialmente en países como Perú donde se está produciendo un fenómeno de incorporación de las poblaciones autóctonas a la vida civilizada, la cual trae como consecuencia innumerables problemas tanto de índole social como de salud mental.

Con respecto a la intervención del Director Regional del UNICEF agradece, en nombre de su país, la labor desarrollada por el mencionado organismo en el curso de los últimos diez años. Añade que en 1961 se ha cumplido el décimo aniversario del establecimiento de la Oficina de Area del UNICEF en la ciudad de Lima. En cuanto a las actividades del UNICEF en los programas de saneamiento básico rural, el Dr. Quirós considera que especialmente en el caso del Perú, este es un problema que debe merecer atención especial, ya que más del 50% de la población de su país vive en medios rurales. Añade que si bien los programas actuales de saneamiento tienen su financiación asegurada en cierto modo en cuanto a las zonas urbanas, en cuanto se refiere al medio rural queda mucho por hacer y a los servicios de salud pública corresponde tomar la iniciativa, ya que los de obras públicas no tienen interés por este tipo de actividades. Añade que el Perú ha desarrollado con bastante éxito, algunos programas de saneamiento básico rural, los cuales ha presentado a la consideración de los organismos internacionales.

El Dr. Quirós expresa su interés por la importancia cada vez mayor que el UNICEF está concediendo a los programas de adiestramiento de personal. El Perú se encuentra en una etapa de desarrollo de sus servicios de salud pública y por consiguiente tiene gran necesidad, como la mayoría de los países, de que se impulse la preparación de personal. Añade que su país ha presentado asimismo a la consideración de los organismos internacionales un programa de adiestramiento de personal de las distintas categorías. Su país espera recibir la valiosa cooperación de dichos organismos para desarrollar estos programas que son tan urgentes para el desarrollo de los servicios de salud.

Por último, el Dr. Quirós manifiesta su interés por lo que respecta a los futuros programas del UNICEF, no ya exclusivamente en el campo de la salud, sino en el del desarrollo social. Elogia las declaraciones del Sr. Davée acerca de la necesidad de establecer, al igual que el necesario planeamiento nacional, un planeamiento internacional para el desarrollo de los programas de salud y otros de índole social.

Mrs. TULLER (Observer, International Union Against the Venereal Diseases and the Treponematoses) stated that the International Union was greatly appreciative of the opportunity of being represented at the meeting and of the warm invitation extended by Dr. Horwitz to the nongovernmental organizations. The Act of Bogotá, with its emphasis on social progress, had indeed offered both public and private organizations new opportunities and responsibilities. As a voluntary agency, the Union welcomed this challenge, and on this occasion wished to offer two comments.

First, it would appear that if successful planning of balanced economic and social development is to be realized, and if quick methods to meet social needs are to be found, there must be participation on the part of citizens' groups. Only an enlightened and organized public can make this key word "self-help" a reality. The Union, therefore, urges that the Governments here represented encourage and aid the development of nongovernmental groups in their own countries, in order to ensure public participation and support of this important and timely program.

Secondly, commenting on venereal-disease control, Mrs. Tuller referred to the excellent program summary given by Dr. Horwitz, who had stated that in health programs prevention should not be dissociated from control, and had

emphasized the need for research on prevailing health programs. Recently, she said, there has been a broadening of thinking and of program planning among the three major health and welfare agencies of the UN (WHO, UNICEF, and the Social Commission), to include emphasis on social action to meet the world problems of juvenile delinquency, venereal disease, and prostitution, in both the developed and the underdeveloped countries. Despite the availability of effective therapeutic agents, the recent rise in venereal-disease rates reported in many countries would seem to indicate that the time is appropriate for looking at these diseases with insights offered by research in the behavioral sciences.

For years, the International Union has been concerned with the social and medical implications of venereal-disease control and has endeavored to identify and survey venereal-disease problems and to support research on them. The Union is now making plans to co-sponsor a World Forum on Syphilis and other Treponematoses to be held in Washington in September 1962, at which equal emphasis will be given to the behavioral-science aspects of control and to the medical problems. The Union urges that PAHO, in its future planning, continue to stress broad thinking in its approach to the problem of venereal-disease control.

Se suspende la sesión a las 10:40 a.m. y se reanuda a las 11:20 a.m.
The session was recessed at 10:40 a.m. and resumed at 11:20 a.m.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) manifiesta que, después de escuchar los comentarios que en relación con el Informe Anual han formulado los Señores Representantes, desea hacer unas consideraciones sobre el conjunto de tales comentarios, subrayando lo que ha sido el denominador común de los mismos. Aprobar el contenido del Informe - agrega - es señalar y reconocer lo que representa el esfuerzo realizado en el curso del año último por los 837 funcionarios de la Organización. Naturalmente, las instituciones, como las personas, tienen una vida del espítiru; en el caso de las instituciones, el espíritu de éstas es el trasunto, la suma del de cada uno de sus componentes. Manifiesta que, a pesar de que en la gestión de los funcionarios de la OSP domina, en materia de satisfacción, más lo que procede de su vida interior que de cualquier expresión exterior, no se puede dejar de reconocer, en la seguridad de interpretar el sentimiento general de todos ellos, que cuanto se ha dicho en la Reunión con respecto al contenido y a la forma del Informe Anual es particularmente grato escuchar y, en especial, satisfactorio de considerar como un estímulo para seguir por este camino.

Agrega el Dr. Horwitz que la OSP tiene presente su carácter asesor; señala que, personalmente, mientras fue delegado de su país, rechazó la tesis de que existieran organismos internacionales por encima de los Gobiernos, es decir, organismos supragubernamentales; afirma que siempre estimó la actividad de aquéllos como un complemento de la labor que los Gobiernos realizan y, por lo tanto, éste es el papel que los funcionarios deben desempeñar. Cada cual elige en la vida su propio camino y al elegirlo estima, como es natural, cuál es el que le va a proporcionar las mejores

oportunidades. Los que quieran trabajar en el campo de la cooperación internacional deben tener presente este hecho: que los resultados positivos son obra de los Gobiernos y que las satisfacciones que se reciben son más bien un aliento en la vida interior de cada cual.

El Director expresa la impresión que le han causado los comentarios, lamentablemente muy breves, que algunos de los Representantes han hecho sobre la obra realizada en el seno de sus propios países: México, República Dominicana, Haití, Perú y otros, impresión derivada de la grata comprobación de que el progreso que se obtiene sin la cooperación internacional en cada país es mucho mayor, casi sin comparación en magnitud, que el que se alcanza con la participación de los organismos internacionales.

Recoge las manifestaciones de los Representantes de México y de El Salvador en el sentido de que ya no cabe discutir si la salud es un componente del desarrollo económico o si debe hacerse una mejor distribución del ingreso nacional. Tampoco es menester seguir insistiendo en que la situación actual de la América Latina requiere que se opere un cambio esencial en la actitud que observan los promotores de cuantas iniciativas conducen al bienestar humano; asimismo, es evidente que se precisa mayor coordinación, mayor integración, y que es indispensable que en toda América Latina sea una realidad la obra iniciada ya por muchos países, pero no totalmente completada, que pone de relieve el carácter de necesidad social de la atención a los enfermos y de la prevención de las enfermedades. Reitera el Dr. Horwitz su opinión de que la enseñanza de la medicina y de las demás disciplinas relacionadas con la salud no se imparten de manera que las

nuevas generaciones de profesionales se persuadan adecuadamente de que, al estudiar la historia natural de las enfermedades, no hay diferencia entre lo que es evitar una enfermedad, prevenir su extensión o evitar la muerte. Lo cierto es que es mayor el sentimiento del deber social en los estudiantes cuando ingresan en las escuelas profesionales en la región de las Américas, que el que tienen al salir de ellas, lo que debe inducir a infundirles más el sentido de responsabilidad social. Indica el Dr. Horwitz que resulta satisfactorio comprobar que la creación de Departamentos de Medicina Preventiva y de nuevas instituciones docentes está contribuyendo en diversos países a resolver el problema de la formación de profesionales que reúnan las condiciones antes expuestas.

Se refiere después a la necesidad imperiosa de llevar a cabo una planificación en materia de salud, a tono con la declaración contenida en la Carta de Punta del Este, en la que se proclamó la urgencia de programar en el curso de los próximos 18 meses, el desarrollo económico de los pueblos de la región. Planificar el desarrollo es planificar el bienestar, agrega el Dr. Horwitz; no cree que haya economista que se atreva en la actualidad a decir en público que los sistemas económicos no están todos destinados a mejorar la condición del hombre común, cualquiera que sea su origen, sus ideas, sus creencias, las tradiciones del medio de que proceda e incluso sus supersticiones. No se puede programar el desarrollo si hay divergencias de criterio en cuanto al tratamiento de problemas esenciales y frecuentes ,

cuando los presupuestos nacionales no tienen siempre en cuenta ni las prioridades más evidentes. Estima que los dirigentes de salud pública se encuentran en la mejor posición para predicar con el ejemplo, puesto que tienen el hábito de la programación. Los proyectos en esta materia obedecen, por lo general, a un ajuste natural entre necesidades y recursos, y las etapas que se cubren en un nivel local cada vez más amplio deben ser aplicadas, en un plano nacional, para todas las actividades. Hace constar que en el Plan Decenal de Salud Pública que figura como resolución anexa de la Carta de Punta del Este, plan que contó con la aprobación unánime de todos los Gobiernos presentes, se recomendó que en los Ministerios de Salud de los respectivos países se crearan unidades de planificación y de evaluación y que en las Comisiones Nacionales de Planificación figurasen, con carácter permanente, representantes de todas las disciplinas fundamentales, entre ellas, por consiguiente, el Ministro de Salud o el Director General de Salud, el Jefe de dicha unidad de planificación o el funcionario que el Ministro designara. Considera el Director que esto debe realizarse en la forma en que se convino en la Conferencia de Punta del Este, ya que no hay función de Gobierno en la cual la salud pública no participe. Debe terminarse ya con el triste espectáculo que dan grandes empresas públicas y privadas que han invertido ingentes sumas de dinero, sin atender oportunamente a las necesidades de salud de los obreros y de sus familias; la ejecución de planes de irrigación o de colonización en los que no se prestó la debida atención a los servicios de salud requeridos por los grupos sociales que iban a beneficiarse e igual se puede decir en lo que respecta a los programas de educación en todos sus niveles, para citar algunos ejemplos.

Afirma que cuando existan programas de desarrollo económico que marquen con toda claridad el papel que en ellos se asigne a cada función encaminada a lograr el bienestar colectivo, será mucho más fácil obtener para dichos programas el aporte del mercado internacional de capitales que hoy, después de extraordinarios esfuerzos, comienza a considerar algunas de las funciones propias de la salud, como es el caso del saneamiento. Mientras más fuerte sea la voluntad que pongan los Gobiernos en la promoción de iniciativas de esta clase, habrá más probabilidades de éxito, aunque no hay que olvidar que el capital exterior tiene simplemente un carácter complementario. Al respecto, se refiere el Director a conceptos expresados por el Sr. Paul Hoffman, actual Director General del Fondo Especial de las Naciones Unidas, quien anteriormente fué Administrador del Plan Marshall, en las que dicho funcionario señalaba que el capital exterior de dicho Plan no representó más del 3% de la suma total movilizada para la reconstrucción de Europa Occidental. Añade que cualquiera que sea el procentaje que se establezca como capital externo para mejorar las condiciones sociales de América Latina, lo fundamental ha de surgir del seno de cada Gobierno, del trabajo de los ciudadanos de cada país y de la acción orientadora de sus intelectuales.

Aludiendo a las observaciones formuladas en relación con algunos capítulos del Informe, el Dr. Horwitz, al recoger las expresiones del Representante del Perú, quien afirmó que es todavía muy exigua la atención médica en la América Latina, señala que en cualquier presupuesto nacional, si se computan todos los fondos asignados para los servicios de los Ministerios

de Salud, para los de Seguridad Social, para las Instituciones de Previsión destinadas a grupos especiales en algunos países de la América, con el fin de calcular lo que se gasta actualmente en atender a los enfermos en el Continente, es probable que se llegue a invertir una suma equivalente al 80% de los presupuestos de los distintos países. La OSP ha efectuado una estimación, seguramente por debajo de la realidad, según la cual actualmente faltan en América Latina 500.000 camas para enfermos agudos y otras 500.000 para enfermos crónicos (enfermos mentales, cardiovasculares, cancerosos, diabéticos, etc.); es decir, alrededor de 1.000.000 de camas. El costo estimado de una cama en pleno funcionamiento fluctúa en los distintos países entre $5.000 y $10.000, lo que quiere decir que las necesidades en este aspecto ascienden aproximadamente a unos $5.000.000.000 como mínimo. El Director manifiesta que en diversos países se ha demostrado que con la adopción de medidas de administración hospitalaria, relativamente simples, lo que los expertos llaman "organización del cuerpo médico", sería posible reducir el promedio de días de estada por enfermo en un 25%; esto es, que con las camas actuales se podría atender a una cuarta parte más de los enfermos que hoy día están en tratamiento, a condición de que la administración de los establecimientos fuese más eficaz, y el uso de los consultorios externos más adecuados y la atención domiciliaria más racional. Por ejemplo, en el caso del parto, proceso fisiológico que requiere atención médica, ya hay países en los que el promedio de hospitalización de las enfermas de parto normal, sin complicaciones, se ha reducido de 10 a 4 días, a veces a 3 y en los Estados Unidos de América se efectúan ensayos para reducir la atención a un solo día,con la consiguiente

observación médica posterior en el domicilio de la enferma. Hace constar el Dr. Horwitz que el costo de una cama por día en los países de las Américas, aun considerándolo muy moderadamente, fluctúa de 2 a 5 dólares, por lo que cualquier reducción en el número de enfermos hospitalizados se traducirá en ahorros que pueden ser invertidos para atender otras necesidades de salud pública. Si una atención médica más racional se armoniza con la más amplia prevención de las enfermedades --lo que constituye uno de los capítulos más importantes-- se habrá logrado canalizar un considerable volumen de recursos a la ampliación de la obra que se está realizando.

En materia de construcción de hospitales, aun reconociendo su carácter indispensable en algunos casos, indica el Dr. Horwitz que antes de construir conviene estudiar de qué manera los recursos de que se dispone pueden dar mejor rendimiento. Añade que hay tendencia a construir; parece ser esa la inclinación que han mostrado siempre todos los Gobiernos no tan sólo en el campo de la salud sino en general, lo que no sería de extrañar si se dispusiese en forma relativamente fácil de fondos para nuevas edificaciones, pero advierte que conviene analizar cuidadosamente cómo y cuándo se invierte.

Se refiere seguidamente a los comentarios que ha suscitado a los Representantes la actividad de la OSP en materia de higiene mental que se reseña en el Informe. Hace constar que en años anteriores la Organización había realizado todavía poco en ese aspecto, pero que en 1960 se designó a un experto, el Dr. Velasco y se celebró además el Segundo Seminario sobre Prevención del Alcoholismo,en Viña del Mar, Chile. Subraya el

Dr. Horwitz que el alcoholismo constituye una gravísima enfermedad social, cuya incidencia es muy elevada, pero puede reducirse de modo considerable, recuperándose sus enfermos y reincorporándolos al medio social. Es una función de la medicina pública, de la psiquiatría y de una serie de disciplinas afines, y se espera con mucho interés que los Gobiernos tomen en cuenta los acuerdos adoptados en dicho Seminario y los lleven a la práctica, confiándose en que algún día en los Centros de Salud la atención de los enfermos alcohólicos constituya una actividad corriente. No se trata de luchar contra el hábito de beber, sino contra la intoxicación; no se pretende interferir la actividad económica correspondiente a la producción de vinos y de otras bebidas alcohólicas, sino lograr que disminuya una enfermedad como el alcoholismo.

Afirma el Dr. Horwitz que es urgente emprender una labor que mejore la asistencia de los enfermos mentales; precisa que el consultor de la Organización, en un estudio realizado el año pasado, comprobó que son muchos los hospitales psiquiátricos de la América Latina que están en una situación de abandono. Sin embargo, el empleo de los medicamentos tranquilizantes ha permitido modificar el panorama de la atención de los enfermos mentales, problema casi comparable al de la lepra, y que preocupa a la OSP, que ofrece su modesto esfuerzo para asesorar en esta cuestión a los Gobiernos que así lo soliciten. Subraya que es, evidentemente, más sencillo practicar la higiene mental en la infancia que tratar de realizarla en el adulto, y a este fin ofrece la colaboración de la Organización.

Indica que la OSP ha establecido una unidad sobre protección contra las radiaciones, integrada por un médico especializado y un especialista en Física relacionada con la salud. La preocupación que en la actualidad domina a la OSP en este aspecto consiste en lograr una mayor protección contra los rayos X, cuestión que hasta ahora parece que ha sido poco atendida por los países de las Américas. Al contrario, en algunos países se ha registrado el contrasentido de que los radiólogos han obtenido beneficios especiales en relación con su leucopenia, tales como concesión de vacaciones, mejoras en su remuneración, etc., pero nada se ha hecho para prevenir los efectos de las radiaciones, que son difíciles de medir. Nadie sabe la influencia real que ejercen los rayos X sobre los órganos de reproducción y, a pesar de ello, se siguen instalando aparatos de este tipo sin adoptar medidas de precaución, ni preparar adecuadamente al personal. En aquellos casos en que los Gobiernos han adoptado las medidas convenientes, el personal se ha mostrado displicente en su aceptación, alegando que no siente ningún malestar a causa de las radiaciones. Con esto ocurre que, como no hay muerte de un modo inmediato, quienes manipulan o se sirven de estos aparatos subestiman la importancia de las radiaciones.

El Director añade que la OSP colabora también en estudios sobre el uso de los isótopos radioactivos en biología general. En Santiago de Chile se está instalando un centro, con la cooperación de la Fundación Kellogg, y seguramente otros Gobiernos se van a interesar en iniciativa similar. Afirma que en estos dos aspectos la OSP tiene mucho que hacer, así como en cuanto se refiere al adiestramiento de quienes quieran dedicarse a dichas actividades en cada país.

Subraya el interés que la Organización tiene en impulsar las actividades de investigación científica, tema que fue objeto de observaciones por parte del Representante de los Estados Unidos de América, Dr. Watt, y señala que la OSP ha realizado una labor en el curso de los últimos diez años, y tiene la esperanza de ampliarla con la participación de varios Gobiernos.

El Dr. Horwitz alude a las consideraciones expuestas por el Representante del Perú sobre el cumplimiento de determinados objetivos de la Organización, según las cuales dicho Representante estimaba, después de una visión rápida del Informe y del Presupuesto, que los programas regionales que en el mismo figuran, representan aproximadamente el 40% del total, y los de países un 60%; y ofreciendo como solución que se dedicara más atención a los problemas regionales, interpaíses, interzonas, y señalando además la existencia de un exceso de diversificación de los programas en la forma en que se presentan. Aunque reservándose la oportunidad de hablar de este aspecto con más detalle al analizar el presupuesto, el Dr. Horwitz declara que, efectivamente, para el año 1962 los programas en países representan un 57% y la diferencia, un 43%, corresponde a los programas interpaíses y regionales. No obstante, hace constar que si el mismo análisis se efectúa por función, se advertirá que la mayor parte de las actividades de la Organización tienen carácter regional y, al efecto, cita, como ejemplo, cómo se desarrolló el programa de la lucha contra la lepra en los últimos seis u ocho años. Esta labor se inició con un consultor que fue visitando los diversos países más afectados por dicha enfermedad; se redactó un primer informe, se celebró un Seminario sobre las tendencias modernas en la prevención

y tratamiento de la lepra, actividades que despertaron el interés de determinados Gobiernos para recibir servicios de asesoría directa, y de otros, como aconteció en el Brasil, por contar con la contribución del UNICEF para realizar su propio programa, en cuya preparación colaboró la OSP. Una vez que los Gobiernos se interesaron, este hecho ha quedado reflejado en el presupuesto por lo que respecta a los diversos países, pero el programa no ha dejado de ser regional; la lucha emprendida por la Organización contra la lepra y la expresión presupuestaria del programa no invalida de ninguna manera el carácter regional y, al mismo tiempo, nacional del problema. Y lo mismo ocurre en el caso de la malaria, en el de la viruela, etc. Es decir, el programa y presupuesto se puede presentar de distintas formas: por inversión de fondos, por países, por funciones, etc. En consecuencia, el presupuesto de la Organización permite señalar que ésta está cumpliendo con las prioridades que le asignaron sus Cuerpos Directivos. Los problemas más apremiantes del Continente son aquellos a los que se dedican los mayores esfuerzos.

Declara el Director que en el programa de la OPS tiene que haber diversificación, importando únicamente que, en sus grandes líneas, se ajuste aquél a los problemas de mayor prevalencia. Indica que, a su juicio, cuando haya planes nacionales, sobre todo de desarrollo económico, la diversificación será todavía más amplia. Expresa el deseo de ver incluido en el presupuesto un capítulo importante destinado a los problemas de la vivienda. Así, cuando exista la debida coordinación con actividades relacionadas con la agricultura, con la educación, con la industrialización, con la urbanización y con la vivienda, será mayor la diversificación, porque,

en última instancia, como dice un libro famoso, "la salud pública es la gente"; en otras palabras, la salud pública evoluciona a tono con la evolución de la sociedad. El Director termina su intervención haciendo mención al pensamiento de Julian Huxley contenido en la introducción del Informe Anual que acaba de examinarse y muestra su deseo, que está cierto es compartido por todos los Representantes, de que los ideales expresados en ese pensamiento se conviertan en realidad lo más pronto posible, objetivo al que confluyen todos los esfuerzos de la Organización.

Se levanta la sesión a las 11:50 a.m.
The session was adjourned at 11:50 a.m.

consejo directivo

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

comité regional

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

XIII Reunión Washington, D.C. XIII Reunión

Miércoles, 4 de octubre de 1961, a las 2:30 p.m.
Wednesday, 4 October 1961, at 2:30 p.m.

CD13/41
8 octubre 1961
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA CUARTA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE FOURTH PLENARY SESSION

Presidente: Chairman:	Dr. Luther L. Terry	Estados Unidos de América
(Después) (Later)	Dr. José Alvarez Amézquita	México

Indice
Contents

Segundo Informe de la Comisión de Credenciales
Second Report of the Committee on Credentials

Tema 8: Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (Documento Oficial No. 38) (continuación)
Topic 8: Annual Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau (Official Document No. 38) (continued)

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar al Jefe de los Servicios de Secretaría (Cuarto 1316) las correcciones que deseen ver introducidas en el texto, dentro de las 48 horas siguientes a su distribución. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión del Consejo.

Note: These précis minutes are provisional. The representatives are therefore requested to notify the Chief, Secretariat Services, (Room 1316) within 48 hours, of any corrections they wish made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the meeting of the Council.

Tema 9: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1962 (Documento Oficial No. 35)
Topic 9: Proposed Program and Budget of the Pan American Health Organization for 1962 (Official Document No. 35)

Topic 10-A: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1963
Topic 10-A: Proposed Program and Budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for 1963

Tema 10-B: Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1963
Topic 10-B: Provisional Draft of the Proposed Program and Budget of the Pan American Health Organization for 1963

Moción del Representante del Perú (Clasificación de Programas)
Proposal of the Representative of Peru (Program Classification)

Moción del Representante del Perú (Ayuda de urgencia a la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos)
Proposal of the Representative of Peru (Emergency Assistance to the Medical School of the University of San Marcos)

Estudio interamericano sobre mortalidad
Regional Epidemiological Study on Mortality

The CHAIRMAN announced that he had great pleasure in surrendering the chair to the Vice-Chairman, Dr. Alvarez Amézquita, the Representative of Mexico.

Ocupa la presidencia el Dr. Alvarez Amézquita.

SEGUNDO INFORME DE LA COMISION DE CREDENCIALES
SECOND REPORT OF THE COMMITTEE ON CREDENTIALS

El Dr. BARRENECHEA (Bolivia), Relator de la Comisión de Credenciales, da lectura del Segundo Informe de dicha Comisión, que dice así:

"La Comisión de Credenciales, integrada por los señores Representantes de Nicaragua, Bolivia y Uruguay, celebró su segunda sesión el 4 de octubre de 1961, a las 2:15 p.m.

La Comisión examinó y aprobó la credencial presentada por el Dr. Gustavo Fricke Schencke, Director General de Salud, designándolo Representante de Chile en la XIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud."

Decisión: Se aprueba por unanimidad y sin modificación el segundo informe de la Comisión de Credenciales.

/Decision: The second report of the Committee on Credentials was approved unanimously without change./

El PRESIDENTE da cuenta de los acuerdos de la Comisión General sobre los trabajos del Consejo y anuncia que se ha aceptado el ofrecimiento de la delegación de México de proyectar tres películas sobre educación sanitaria, al terminar la sesión de la tarde del jueves.

Anuncia asimismo que, según ha aprobado la Comisión General, el Dr. van Zyle Hyde se dirigirá al Consejo Directivo en la sesión del lunes 9 de octubre por la mañana, en nombre de la Unión Internacional para la Educación Sanitaria Popular en relación con la Conferencia Internacional sobre la Salud y la Educación Sanitaria que tendrá lugar en Filadelfia, del 30 de junio al 7 de julio de 1962.

TEMA 8: INFORME ANUAL DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (Documento Oficial No. 38) (continuación)
TOPIC 8: ANNUAL REPORT OF THE DIRECTOR OF THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU (Official Document No. 38) (continued)

El PRESIDENTE manifiesta que ha quedado terminado el examen del Informe Anual del Director y da lectura al siguiente proyecto de resolución:

"El Consejo Directivo,

Habiendo examinado el Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, correspondiente al año 1960 (Documento Oficial No. 38),

RESUELVE:

Tomar nota del Informe Anual del Director, correspondiente a 1960 (Documento Oficial No. 38), felicitándole tanto por la excelente labor realizada durante el año como por la forma de presentación del informe, y haciendo extensiva esta felicitación al personal de la Oficina."

Decisión: Por unanimidad queda aprobado el proyecto de resolución.

/Decision: The draft resolution was approved unanimously./

TEMA 9: PROYECTO DE PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD PARA 1962 (Documento Oficial No. 35)
TOPIC 9: PROPOSED PROGRAM AND BUDGET OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION FOR 1962 (Official Document No. 35)

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) expone algunas consideraciones generales sobre la tendencia del programa de la Oficina Sanitaria Panamericana y anuncia que el Secretario General presentará en detalle los distintos aspectos del Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1962 y de esta Organización y de la Organización Mundial de la Salud para 1963.

Comienza diciendo que en el año 1962 sólo se trata de aprobar el presupuesto correspondiente a la Organización Panamericana de la Salud, toda vez que las partidas relacionadas con la Organización Mundial de la Salud y con el Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas ya fueron aprobadas en la última Asamblea Mundial de la Salud.

Sus observaciones tienen relación con el programa, es decir, con las actividades que la Oficina se propone cumplir a solicitud de los Gobiernos, cualquiera que sea el origen de los fondos.

Para empezar, cabría preguntarse cómo puede reflejarse en un programa una política determinada, o sea, en este caso, cómo puede reflejarse en el programa la incorporación de las funciones de la salud al desarrollo económico. Estima el Dr. Horwitz que esto puede hacerse de dos maneras fundamentales: una dándole prioridad a aquellas acciones de salud que tienen una expresión más inmediata en las grandes funciones del desarrollo. Y otra creando en los países las estructuras que permitan la participación

de la salud pública en las distintas iniciativas del bienestar. Lo segundo ha de ser, naturalmente, obra de los Gobiernos, y, entendiendo que éste es el criterio de las delegaciones, la Oficina Sanitaria Panamericana está lista para prestar la asesoría que permitan sus recursos de personal y sus disponibilidades presupuestarias.

Piensa el Director que esta política se va a facilitar cuando haya planes nacionales de salud y planes generales de desarrollo que los incluyan. Con respecto a la política de invertir elevadas proporciones de los fondos en los problemas que puedan reflejarse de modo más inmediato en la economía, señala el Dr. Horwitz las prioridades y los proyectos que aparecen en el programa general de trabajo de la Organización, unos relacionados con problemas fundamentales y otros con los instrumentos indispensables para resolver estos problemas. A este respecto, la Oficina está trabajando en el campo de las enfermedades transmisibles, en el mejoramiento de los servicios nacionales de salud, en la formación de personal y en la investigación científica, que son instrumentos fundamentales para todos los programas de salud, y naturalmente en la programación.

Se refiere el Director a los cuadros A y B, que figuran en el Documento Oficial No. 35. En el primer cuadro se muestra la distribución por materias del programa de campo y de todos los fondos para 1962 y 1963.

Para el capítulo de enfermedades transmisibles aparece en el año 1962 un 41,2% de todos los fondos, que desciende a 36,5% en el año 1963; para el fortalecimiento de los servicios de salud pública, un 42,8% en 1962, que se eleva al 46,4% en 1963; para acción directa de enseñanza y

adiestramiento, un 7,7% en 1962, y un 8,9% en 1963; para planeamiento y coordinación de investigaciones, el 1,5%; los fondos del programa de Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos, que se destinan al Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, representan un 6,8% del total de los fondos.

Si la referencia se hace exclusivamente a las partidas del presupuesto ordinario de la Organización Panamericana de la Salud, del de la Organización Mundial de la Salud que se aplican a esta Región y a los Fondos de Asistencia Técnica, lo que se muestra en el cuadro B, la relación entre 1962 y 1963 es comparable, pero más acentuada. Las inversiones en enfermedades transmisibles son sólo del 21,2% lo que se explica porque no se aplican en este caso los fondos de la Cuenta especial para la malaria. Para fortalecimiento de servicios de salud pública se destina el 63%; para enseñanza y adiestramiento, el 15,5%, y las cifras suben en una proporción igual en el año 1963.

Añade el Dr. Horwitz que, a medida que se progresa en el control de la erradicación de las enfermedades transmisibles, mayores inversiones hay que hacer en lo que el propio orador ha calificado de instrumentos fundamentales para toda acción en medicina individual y colectiva. De esos instrumentos, él más fundamental es el de contar con servicios bien organizados y con un personal adecuadamente adiestrado. Y cabe confiar en que, a medida que este progreso se refleje particularmente en la erradicación de la malaria, se manifestará en las cifras la tendencia que ya se viene observando estos últimos años en las actividades de la Oficina. Si se piensa que, en los 4 años últimos, la Organización ha colaborado en la formación de unos

2.000 profesionales en distintas materias de salud pública, es perfectamente comprensible que los gobiernos realicen por sí mismos las actividades de prevención, control o erradicación de las enfermedades transmisibles y que, a medida que pasa el tiempo, vayan siendo cada vez menos continuos y persistentes los servicios de asesoría. Es obvio que la inversión se destine ahora al fortalecimiento de los servicios de salud pública.

Preocupa al Director el que en algunos países donde se hayan logrado grandes progresos en la erradicación o el control de ciertas enfermedades transmisibles, no queden luego los servicios locales mínimos para mantener los efectos obtenidos, con el peligro de que, con el tiempo, pueda volver a aparecer la endemia primitiva u ocurran brotes epidémicos.

Se refiere nuevamente al capítulo de Enseñanza y Adiestramiento y advierte que la cifra 8,9% que aparece para todos los fondos corresponde sólo a los empleados directamente, es decir, para ayuda a escuelas profesionales y para determinadas actividades como seminarios. Pero, en cambio, en otra columna se especifican todas las actividades de educación relacionadas con las respectivas materias resultando que la Organización se propone invertir en 1962, del total de sus fondos, el 30,5% del presupuesto, y en 1963 el 32,3%. De los fondos específicos de la Organización Panamericana, de la Mundial y de Asistencia Técnica, el 44,7% en 1962 y el 46% en 1963. (Cuadro B).

Manifiesta el Dr. Horwitz que el que se examina es un ensayo de presupuesto funcional y sus cifras reflejarán con mayor claridad cómo se están invirtiendo los fondos con respecto a los grandes problemas que afectan al Continente Americano. Sin embargo, en el presupuesto seguirán figurando programas en apariencia pequeños; pero resulta muy difícil decir si el conceder una beca es un programa pequeño, pues una beca en ocasiones puede transformar la orientación total del servicio de salud de un país. Por eso, no parece discreto subestimar programas que representen inversiones modestas en circunstancias que su significado puede ser trascendental. Juzga el Director que la forma en que está presentado el presupuesto, con sus distintos cuadros, permite observar con claridad cómo se está llevando a la práctica, cómo se está cumpliendo el mandato de los Cuerpos Directivos acerca de las prioridades. Añade que, para el año 1962, en el presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud se solicita un aumento total del 9,2%, del cual hay que destinar el 4% al incremento natural de los gastos comunes de la Oficina, de suerte que sólo queda la pequeña proporción del 5% para la expansión de los programas. Seguidamente, el Dr. Horwitz señala a la atención del Consejo Directivo los siguientes párrafos de la Introducción del Documento Oficial No. 35, a los que da lectura: "Al preparar el presente Programa y Presupuesto, el Director ha tratado de atender las solicitudes más urgentes de los Gobiernos, a la par que ha tenido en cuenta los problemas financieros con que se enfrentan muchos países. El cuadro C ofrece un análisis del Presupuesto Ordinario de la OPS, con aumentos anuales del 9,2 y 9,5% en 1962 y 1963, respectivamente. Sobre la base de un estudio realizado a principios de 1961, se calcula que por lo menos el 4% se necesita

para satisfacer los aumentos anuales en los costos de funcionamiento, lo cual limita la expansión del programa a una fracción algo mayor del 5%. Si se adoptara la revisión de la escala de sueldos para el personal internacional sometida actualmente a la consideración de las Naciones Unidas, sería necesario, según se calcula, destinar la totalidad del aumento a satisfacer los mayores costos de funcionamiento sin que quedase nada para la expansión del programa".

A continuación dice el Dr. Horwitz que en los últimos años los organismos internacionales vienen comprobando el desinterés creciente de cultores distinguidos, no sólo de la salud pública sino de otras iniciativas, para dedicarse al trabajo internacional, entre otras razones, porque su retribución es inferior a la que reciben en sus países y a la que merecen por su experiencia, posición y prestigio. Pendiente de examen por las Naciones Unidas hay una proposición para elevar de un 10 a un 15% por término medio las retribuciones de los profesionales. Por lo que hace a la Oficina, esto puede representar unos 300.000 más en el presupuesto del año 1962. Confía el Dr. Horwitz en que la Asamblea de las Naciones Unidas tenga a bien aprobar la citada proposición, por considerarla justa.

Señala a continuación, en el Anexo 5, los proyectos solicitados por los Gobiernos, o partes de proyectos que no han sido incluidos en el Programa y Presupuesto, y que representan una suma total de $2.842.556. Se trata de actividades que los Gobiernos tienen interés en realizar con la cooperación de la Oficina y que no ha sido posible financiar.

Finalmente se refiere el Dr. Horwitz a la creación de un Fondo Especial para el Fomento de la Salud, lo que tiene relación con la contribución muy generosa de la Fundación Kellogg para la construcción del nuevo edificio de la Sede. Recuerda que la Fundación Kellogg ha sugerido que se invierta anualmente en programas la partida que hubiera tenido que pagarse para amortizar el préstamo. Tal cantidad aparecerá en el Fondo Especial para el Fomento de la Salud. En la práctica se trata de un mecanismo presupuestario que no disocia en forma alguna un programa funcional para el Continente.

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) presenta el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1962.

Se refiere a los dos Documentos relativos al Tema 9, que son el CD13/30 y el Documento Oficial No. 35, en el que figuran una introducción general, una explicación de los métodos empleados en su preparación, las escalas de cuotas para los Estados Miembros y un proyecto de resolución sobre las asignaciones.

Dice que el documento presenta un resumen del Presupuesto por actividades agrupadas de acuerdo con los objetivos del programa, especificando todos y cada uno de los proyectos de campo por tipo de programa; y contiene una explicación descriptiva de los programas, con referencia, en cada uno de ellos, a los costos estimados en detalle.

Sigue diciendo que el documento presenta los cuadros detallados de los costos de todos y cada uno de los proyectos, así como los de la Oficina de Washington y las Oficinas de Zona, los cuales aparecen en 5 grupos de columnas. El primer grupo comprende el programa ordinario de la Organización; el segundo contiene el presupuesto financiado por otros fondos puestos a disposición de la Organización, que proceden de fuentes diversas, siendo los fondos de mayor cuantía los siguientes: el especial para la Erradicación de la Malaria; el destinado a Abastecimiento Público de Agua; el Presupuesto Ordinario y las Subvenciones del INCAP; el programa de cooperación técnica de la Organización de los Estados Americanos y varias otras subvenciones y contribuciones. En el tercer grupo se presenta el Presupuesto Ordinario de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas, y en el cuarto los fondos de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas, manejados por la OMS. El quinto grupo presenta el total de los fondos disponibles. Para cada uno de los 5 grupos se hace una presentación separada por 3 años, a partir de 1961, para fines de comparación.

Señala el Dr. Sutter que el documento contiene diez proyectos que se propone que sean financiados por un fondo denominado "Fondo Especial para el Fomento de la Salud", cuya creación será examinada en esta Reunión.

Informa que la aprobación del Programa y Presupuesto Regular de la Organización para 1962, requiere una resolución sobre asignaciones, la cual va incluida en el documento.

Señala que el ciclo de preparación del Presupuesto y Programa cubre un período de 2 años; y que después de consultar con los Ministerios de Salud de cada uno de los Países Miembros fue preparado y presentado como un anteproyecto a la XII Reunión del Consejo que se verificó en La Habana en 1960. Dice que aquella Reunión analizó el programa y encontró que comprendía proyectos bien concebidos que correspondían a solicitudes de los gobiernos. El incremento del presupuesto fue considerado dentro de los límites razonables y en consonancia con los aumentos normales en los presupuestos de las organizaciones internacionales, especialmente si se tomaba en cuenta la creciente demanda de servicios por los gobiernos, y que un número considerable de dichas solicitudes, con un costo estimado en $2.800.000, quedaba sin poder ser atendidas.

Analiza en detalle el contenido del Programa y Presupuesto haciendo notar que en la columna del presupuesto ordinario de la Organización, los porcentajes de los Servicios Administrativos (Grupo I) y de los Servicios Técnicos y Suministros (Grupo II), muestran un descenso, mientras que los Programas de Campo y Publicaciones (Grupo III), tienen un amento en el porcentaje y un incremento en la cantidad de $270.506 para programas de campo. Indica que los principales aumentos corresponden a Educación y Adiestramiento, que se eleva aproximadamente en un ciento por ciento, así como a Saneamiento del Medio, Higiene Mental, Administración de Salud Pública, Nutrición y Enfermería; y que el aumento en costos de conferencias en el Grupo IV se debe a la necesidad de presupuestar el costo de la Conferencia de 1962 que tendrá lugar fuera de la sede de Washington.

Examina a continuación los cuadros detallados, señalando las diferencias o cambios en el número de puestos para los diversos servicios: en la División de Salud Pública hay cuatro nuevos puestos, uno de secretaria en el Departamento de Fomento de la Salud, uno de oficial médico (parasitólogo) en el Departamento de Enfermedades Transmisibles; un ingeniero sanitario y una secretaria en el Departamento de Saneamiento del Medio.

En los programas de campo, en el programa Surinam-1 se suprime un sanitario; en el Venezuela-16 se suprime un sanitario, en el 17 del mismo país se aumenta un educador médico; en la Zona II se suprime temporalmente el puesto de ingeniero sanitario en el programa República Dominicana-4; en la Zona III se crea la plaza de oficial médico en el programa Costa Rica-20; se suprime un oficial médico en el de El Salvador-10; se crea el puesto de oficial médico en el de Panamá-10; en el programa AMRO-148 se asignan créditos para consultores a corto plazo y otros elementos; y en el programa AMRO-246 se crea un puesto de oficial médico (Tuberculosis); en la Zona IV, en el programa Colombia-15 se suprime un oficial médico, pero se transfiere ese puesto al programa Colombia-4; y en el programa Colombia-17 se suprime el puesto de oficial médico (Viruela); en la Zona V se suprime el puesto del asesor (Laboratorio) y se crea el puesto de oficial médico en el proyecto Brasil-39; en la Zona VI, en el programa Paraguay-10, se crea un puesto de auxiliar de secretaría en la Oficina de Zona y se suprime un sanitario.

Refiriéndose a los programas "Interzonas", indica que se han agregado algunos proyectos nuevos, a saber: AMRO-25.5-Quinta conferencia sobre los

problemas de nutrición en la América Latina; AMRO-39, Saneamiento del medio (Comité Asesor y consultores); AMRO-46, Seminario sobre la enseñanza de enfermería; AMRO-234, Eliminación de aguas servidas y control de la contaminación del agua; AMRO-240, Seminario sobre servicios de enfermería de salud pública; AMRO-241, Comité Asesor en estadísticas; AMRO-251, Filariasis; AMRO-257, Seminario sobre la enseñanza de odontología; AMRO-272, Grupo de estudio sobre la organización de escuelas de medicina; AMRO-273, Seminario sobre higiene mental; AMRO-274, Fluoración de la sal; AMRO-275, Enfermedad de Chagas; AMRO-276, Tratamiento y eliminación de aguas servidas; AMRO-277, Manual sobre el saneamiento de las escuelas; AMRO-279, Grupos de estudio sobre normas de calidad del agua.

Manifiesta que se ha establecido por primera vez en el Presupuesto el Título IV destinado al Fondo Especial para el Fomento de la Salud, cuya creación será examinada en esta Reunión; este Fondo financiará proyectos para ampliar las actividades de abastecimiento público de agua, nutrición, educación y adiestramiento.

Dice finalmente que se mantiene la cifra de $300.000 para incrementar gradualmente el Fondo de Trabajo, hasta alcanzar el nivel autorizado del 60% del presupuesto total.

El Dr. BERTOLINI (Uruguay) pregunta cuál es el aumento total del presupuesto y si el porcentaje de aumento es paralelo para todos los países.

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) dice que la cifra total del presupuesto es de $5.240.000 y respecto a la distribución de su importe

indica la escala de cuotas de los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) precisa que el presupuesto del año en curso es de $4.800.000 y el que se propone de $5.240.000, que el aumento es, por tanto, de $440.000, o sea un 9,2%.

El Dr. BUSTAMANTE (México) dice que el presupuesto ha sido estudiado ya muy cuidadosamente por el Comité Ejecutivo, y la presentación permite que el Consejo se dé cuenta exacta de él para poder hacer las observaciones pertinentes. Por lo que hace a México ninguna observación particular tiene que formular, pero cree el Dr. Bustamante que no se debe dejar pasar la ocasión sin hacer notar que en el presupuesto aparece por primera vez, el Título IV, Fondo Especial para el Fomento de la Salud con una cifra de $187.500 que representa la posibilidad que la Fundación Kellogg dió a la Organización de tener un edificio, en virtud del acuerdo establecido con la Oficina para dedicar a un programa de fomento de la salud el importe del préstamo que hace la citada Fundación, con el fin de construir el edificio. Cree que se le deben dar las gracias a la Fundación Kellogg y al Director por su intervención, pues la Organización contará con una nueva casa y al mismo tiempo podrá destinar, mediante la consignación anual de la cantidad de $187.500 una suma importante a fomentar la salud. Considera pues, muy justificado expresar el agradecimiento de la Organización a la Fundación Kellogg por ofrecer a la Oficina tan beneficiosa oportunidad.

Se suspende la sesión a las 3:55 p.m. y se reanuda a las 4.30 p.m.
The session was recessed at 3:55 p.m. and resumed at 4.30 p.m.

EL PRESIDENTE, refiriéndose a los comentarios del Dr. Bustamante (México) sobre el Fondo Especial para el Fomento de la Salud, considera que es absolutamente necesario que la Organización tenga su propio edificio, con el objeto de que goce de mayor personalidad por sí y que sea la representativa, por tanto, de todos los países de América, sobre todo de América Latina; y que quizás esto sirva para adoptar un lema más adecuado que venga a representar la verdadera y eficaz cooperación en el campo de la salud pública de todos los países que integran el Continente Americano.

EL PRESIDENTE somete a votación el proyecto de programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1962.

> Decisión: Por unanimidad se aprueba el proyecto de programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1962, en la forma en que aparece en el Documento Oficial No. 35, por un total de $5.240.000, distribuidos por títulos de la siguiente manera: Organización Panamericana de la Salud, $317.371; Sede, $1.539.216; Programas de campo y otros, $2.895.913; Fondo Especial para el Fomento de la Salud, $187.500, y cantidad para incrementar el Fondo de Trabajo, $300.000.
>
> /Decision: It was unanimously agreed to approve the proposed program and budget of the Pan American Health Organization for 1962, as presented in Official Document No. 35, in the amount of $5.240.000, to be distributed as follows: Pan American Health Organization, $317.371; Headquarters, $1.539.216; Field and Other Programs, $2.895.913; Special Fund for Health Promotion, $187.500, and an amount of $300.000 for the purpose of increasing the Working Capital Fund./

COORDINACION INTERNACIONAL DE LOS PROGRAMAS DE SALUD

El Dr. QUIROS (Perú) hace algunas observaciones al programa y presupuesto. Dice que las formula con deseo de colaborar, como una crítica constructiva, con el fin de contribuir al mejoramiento de la Organización.

No se refiere a los detalles mismos del presupuesto, que considera muy bien presentado, pues con él se puede tener una impresión cabal de la forma en que se invierten los dineros de los Gobiernos; lo que quiere formular es una apreciación general acerca del presupuesto. Estima que existen varios tipos de programas de cooperación internacional; algunos tienen un carácter global o mundial, que concierne al interés de todos los países, como el programa de erradicación de la malaria, el cual ha alcanzado ya en las Américas plena madurez. Existen otros programas de cooperación internacional que tienen interés para un continente, como por ejemplo en América el de la erradicación de la viruela. Otros abarcan zonas más pequeñas, de un grupo de países vecinos que tienen determinados problemas comunes, y que naturalmente tienen interés en resolverlos conjuntamente. Y existen, por último, los programas de carácter local, de carácter nacional que obedecen al interés propio y a las condiciones peculiares de cada país.

Considera lógico que se haya presentado un cuadro de programas correspondientes a las necesidades de los diversos países, pero estima que existe otro grupo de programas regionales que en el presupuesto aparece con la sigla AMRO, los cuales, a juicio del orador, deben ser planificados por la Organización, tanto en el nivel global, como el nivel continental. Agrega el Dr. Quirós que sería muy conveniente que la Organización dispusiera de un grupo de planificación exclusivamente dedicado a estudiar los problemas comunes a todos los países de América, y establecer sus prioridades, y formular un plan que podría ser ejecutado a plazos más o menos largos, de acuerdo con los fondos disponibles; lo que permitiría convencer

a los Gobiernos de que existe una meta precisa que irá a beneficiar a todos, haciéndoles invertir más dinero en los programas de cooperación internacional. Señala como ejemplo el programa de erradicación de la viruela. Dentro de estos programas AMRO, hay varios, como el de realización de seminarios o la prestación de servicios de asesoramiento, sobre los cuales debería haberse seguido un plan exacto como el que actualmente existe en relación con la malaria. Expresa que hace ya 11 años los países pidieron a la Organización que realizara un programa de erradicación de la viruela, este plan se ha venido desarrollando no con la precisión y el apoyo tan claros que ha tenido el de erradicación de la malaria, sino según se han ido produciendo las circunstancias favorables o desfavorables. Señala que la viruela está circunscrita a un grupo muy pequeño de países, que sin embargo abarcan una extensión territorial muy grande, y probablemente significa una inversión de dinero muy grande. Estima que haría falta una acción planificada contra la viruela, como lo que se ha hecho para erradicar la malaria en las Américas, a fin de tener una idea de donde se está y qué es lo que se va a obtener. Juzga pertinente proponer éstas ideas a fin de que se saque alguna conclusión que permita desarrollar el programa dentro de los lineamientos descritos. Considera que tal planificación sería realmente beneficiosa y significaría una etapa evolutiva en la serie de progresos que viene alcanzando la Organización. Cierto es que estos programas obedecen a los intereses de los Gobiernos, pero también lo es que muchas veces dependen de cómo se exponen los problemas a los Gobiernos y se les convence de la necesidad de desarrollar determinados tipos de actividades. Opina que para interesar a los Gobiernos, resultaría más efectivo que la Organización se trazara un plan

continental encaminado a atender los principales problemas de salud que afectan a todos los países del Continente, dentro de este 40% o más del presupuesto que se está invirtiendo en este programa, aparte los programas por países que naturalmente van a variar de acuerdo con el interés, o grado de desarrollo de los mismos.

EL PRESIDENTE manifiesta que, tomando en consideración la nueva filosofía que tiene la Organización Mundial de la Salud en la Oficina Sanitaria Panamericana y en la Organización Panamericana de la Salud, en el sentido de que sean los Gobiernos los que desarrollen los planes de acción, las funciones de la Organización Panamericana de la Salud se limitan a la formulación de recomendaciones a los diversos Gobiernos con el objeto de que ellos por sí mismos resuelvan los problemas de salud pública que son comunes a diversos niveles.

Añade que la coordinación de esfuerzos es el objeto de las reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización y en ellos hay que presentar los problemas de coordinación internacional planteados por la lucha contra las enfermedades o su erradicación, y la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización Panamericana de la Salud se limitarían, respetando el criterio de programa de cada uno de los países, a ejercer una función coordinadora, ni siquiera normativa, recomendando a los países la posibilidad de desarrollo de programas en beneficio de la salud de los pueblos del Hemisferio, de acuerdo con los cambios de impresiones técnicas que se produzcan en el seno de dichos Cuerpos Directivos.

El Dr. QUIROS (Perú) indica que está completamente de acuerdo en que son los países los que deben resolver los problemas, y también en que

es la Organización la que debe asesorar en los países, precisamente para la coordinación de sus esfuerzos, señalando sobre la base de estudios que debe hacer en cooperación con los mismos países, cuáles son los problemas comunes a todos ellos y cómo deben irse resolviendo de acuerdo con un plan, con un programa. Por eso considera que todos estos programas que aparecen en el Documento Oficial No. 35 bajo la sigla AMRO, están sirviendo muy bien a los países, pero entiende, tomando por ejemplo el rubro de adiestramiento, donde hay un seminario para enfermería, un seminario para servicios de salud pública y otras actividades, que si todas ellas se pusieran dentro de un programa, dentro de un plan, harían más lógica la presentación, a la vez que permitirían hacer una mejor apreciación de la forma en que conjuntamente se van resolviendo los grandes problemas en América.

El orador se muestra de acuerdo, asimismo, con la intervención del Representante del UNICEF cuando expuso que ese organismo está también desarrollando una serie de actividades de acuerdo con la propia iniciativa de sus Cuerpos Directivos, y así como el UNICEF, probablemente hay una serie de otros organismos especializados de las Naciones Unidas que llevan a cabo varios programas tendientes al desarrollo económico y social del Continente, que deben ser coordinados dentro de un plan general de desarrollo, en todas las actividades.

EL PRESIDENTE sugiere que la Organización Panamericana de la Salud podría ser la encargada de dar a conocer a los Países Miembros, de acuerdo con el pensamiento de los diversos Representantes de las Américas, la prioridad para resolver problemas de interés común en salud pública.

Decisión: Por unanimidad se acuerda que la Oficina Sanitaria Panamericana, en un plano de coordinación internacional, y de acuerdo con las prioridades que fijen sus Cuerpos Directivos, siga facilitando a los Gobiernos Miembros los servicios de asesoría técnica necesarios para resolver los problemas de interés común en la salud pública continental.

/Decision: It was unanimously agreed that the Pan American Sanitary Bureau, through the coordination at the international level and in accordance with the priorities established by the Governing Bodies, continue to provide Member Governments with such technical advisory services as are necessary for the solution of public health problems of common interest to the countries of the Hemisphere./

AYUDA DE URGENCIA A LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN MARCOS

El Dr. QUIROS (Perú) expone que en la Facultad de Medicina de Lima, que acaba de cumplir sus 150 años, se ha planteado, por condiciones internas, una situación que ha paralizado prácticamente la marcha de la Facultad, y que él ha solicitado oficialmente al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, en nombre del Gobierno peruano, la colaboración de la Organización para ayudar a superar esta crisis. Sin embargo, considerando que la Organización no ha previsto fondos para prestar esta asesoría, solicita a los Representantes su apoyo a fin de que se autorice al Director para prestar, sin perjudicar los programas de los otros países, toda la ayuda financiera y técnica que sea posible para remediar esta situación.

Además, pide también a los Representantes su colaboración en el sentido de ayudar a dicha Facultad a conseguir la participación de profesores en distintas especialidades, si fuera necesario, con el fin de superar esta situación.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) confirma las manifestaciones del Representante del Perú, y manifiesta que esa proposición del Gobierno peruano forma parte de una de las prioridades fundamentales de la Organización, cual es la educación médica, prioridad en la que, como para todas las otras en que la Organización tiene una política estudiada, la Oficina conoce la magnitud del problema en el Continente y, a través de sucesivas acciones en los años pasados, ha logrado sintetizar la experiencia de expertos sobre la mejor forma de irlos resolviendo y está, por lo tanto, en condiciones de poder asesorar a cualquier Gobierno que así lo solicite.

El Dr. Horwitz coincide con el Representante del Perú en que se trata de una situación que ha ocurrido intempestivamente, y con respecto a la cual no pudo haber inclusión en este Proyecto de Programa y Presupuesto para el año 1962 que se acaba de aprobar. Añade que ha ofrecido al Dr. Quirós la asesoría que la Organización puede prestar con sus recursos normales. Si después de un estudio hecho por los técnicos de la Oficina y de haber elaborado un programa, la Organización considerara necesario invertir sumas que no aparecen propiamente en el presupuesto, podría adoptarse esta medida, siempre que no perjudique los programas de los países.

De tal suerte que si se acoge la proposición del Señor Representante del Perú, ésta sería para el año 1962 la única posibilidad que la Organización tendría, salvo que hubiera llegada de fondos extraordinarios. Para los

años venideros, si el Gobierno del Perú así lo desea, se seguirá en este caso la forma que la Organización adopta siempre, incluyendo en su Programa y Presupuesto un plan de largo plazo sobre educación médica en el Perú.

EL PRESIDENTE sugiere que, en vista de que se trata de una situación de emergencia, se recomiende al Director que resuelva el problema utilizando los fondos normales y los que pueda obtener, y que en el año próximo sea considerado un programa específico para esta Universidad de Lima.

Decisión: Se acuerda por unanimidad recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que, sin perjuicio de los programas aprobados para 1962, utilice aquellos fondos del Presupuesto Ordinario de que pueda disponer, así como cualquier otro recurso que con carácter extraordinario pueda conseguir para prestar la máxima cooperación a la solución de los actuales problemas técnicos de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos, de Lima, y que, si fuere necesario, incluya en el programa general de la Organización para 1963 un programa específico para dicha Facultad.

/Decision: It was unanimously agreed to recommend to the Director of the Pan American Sanitary Bureau that, without detriment to the projects approved for 1962, he utilize funds which may be available from the regular budget, as well as any other extra-budgetary resources he may be able to obtain, in order to give the fullest cooperation in the solution of the technical problems facing the School of Medicine of the University of San Marcos in Lima, and that if necessary he include a specific project for this School in the general program of the Organization for 1963./

El Dr. QUIROS (Perú) agradece en nombre de su país la generosa acogida que ha tenido su proposición y expresa su convicción de que esa ayuda ayudará a superar la crisis y a salvar a la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos.

TEMA 10-A: PROYECTO DE PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA REGION DE LAS AMERICAS, ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, PARA 1963
TOPIC 10-A: PROPOSED PROGRAM AND BUDGET OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION FOR THE REGION OF THE AMERICAS FOR 1963

TEMA 10-B: ANTEPROYECTO DE PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, PARA 1963
TOPIC 10-B: PROVISIONAL DRAFT OF THE PROPOSED PROGRAM AND BUDGET OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION FOR 1963

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) presenta la parte del Documento Oficial No. 35 correspondiente a estos temas y manifiesta que a pesar de que el Consejo Directivo tiene que tomar acción solamente sobre el Programa Regular de la Organización Mundial de la Salud y el anteproyecto del Programa Regular de la Organización Panamericana de la Salud, ambos para 1963, ésta es, tal vez, la oportunidad adecuada para revisar y analizar el documento completo, el cual presenta un programa único funcional financiado por fondos procedentes de varias fuentes. Indica que analizará primero el programa por el orígen de los fondos y su distribución entre varios tipos de actividades, para que después, el Consejo, si así lo desea, pueda examinar las asignaciones propuestas en los cuadros detallados para cada oficina y para cada proyecto.

Expone a continuación que en la página 6, Cuadro D del Documento Oficial No. 35, se presentan los fondos administrados por la OPS/OMS. El Presupuesto Ordinario de la Organización Panamericana de la Salud para 1963

muestra un aumento de 9,5%, última columna del cuadro. Un estudio hecho a principios de este año, mostró que por lo menos un 4% del presupuesto se requiere para los aumentos regulares en los costos de operación, lo cual limita la expansión del programa a un 5% y fracción. Este modesto aumento no será suficiente para que la Organización pueda cumplir las funciones que le han adjudicado los Gobiernos en la reunión de Punta del Este. El Director está buscando fuentes de fondos para suplementar el Presupuesto Ordinario.

El Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria muestra un descenso de 5,9%. Esto es un reflejo de la reducción de los gastos por el éxito que han tenido las campañas en varios países; refleja también la transferencia de 9 puestos en la Oficina de Washington, que estaban financiados por este fondo, y que lo serán ahora por el Presupuesto Ordinario de la OMS.

El Fondo Especial para Abastecimiento Público de Agua muestra un aumento de 63,4% en 1962 respecto de 1961 y otro ligero aumento en 1963. La disponibilidad de estos fondos todavía no es segura pero se espera que suficientes contribuciones se obtendrán para mantenerlo dentro de los límites presupuestados.

Los otros fondos no requieren un comentario mayor. Solamente quisiéramos hacer notar que el aumento de 17,7% en 1962 en el Presupuesto Ordinario de la Organización Mundial de la Salud incluye la provisión de los puestos de la Oficina de Washington además de los incrementos normales.

El aumento en 1963 de 7,9% servirá para financiar un incremento modesto después de proveer los requerimientos de los aumentos en los costos de operación.

Se refiere luego a los Cuadros A y B que aparecen en la página 5 del mencionado Documento, en los que se ha tratado de presentar un análisis del programa. En estos cuadros los proyectos de campo han sido resumidos dentro de las cuatro prioridades principales acordadas por los Cuerpos Directivos de la Organización y se ha indicado en partida aparte el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa.

El Cuadro A incluye todos los fondos administrados por la Organización. El Cuadro B no toma en cuenta los fondos especiales e incluye solamente el Presupuesto Ordinario de la Organización Panamericana de la Salud, el Ordinario de la Organización Mundial de la Salud y los fondos de Asistencia Técnica, los cuales financian los programas generales de la Organización y pueden ser presupuestados para financiar cualquier tipo de proyecto.

Además de presentar las actividades por los grupos ya mencionados, estos cuadros reflejan que el adiestramiento del personal nacional a través de las becas, los seminarios y los cursos internacionales y nacionales, reciben una alta prioridad, como indican las columnas 4, 8, 12 y 16 de los cuadros.

Para las Enfermedades Transmisibles hay una disminución, como lo presenta el Cuadro A, tanto en el total de los fondos como en el procentaje sobre el programa total. En el Cuadro B hay un aumento en los fondos pero

una disminución en el porcentaje sobre el total del presupuesto. Estos cambios son reflejo de los resultados favorables en muchos de los programas de erradicación.

La parte que corresponde al fortalecimiento a los Servicios de Salud Pública continúa aumentando como puede verse en los dos cuadros. El análisis por tipo de actividad está limitado hasta cierto punto por el hecho de que los Servicios Integrados de Salud Pública comprenden una cantidad significativa de trabajo en enfermedades transmisibles, higiene materno-infantil, enfermería, educación sanitaria, saneamiento del medio y otros servicios. Los proyectos de servicios integrados de salud forman la columna principal del programa a largo plazo de la Organización e indudablemente tendrá que dárseles cada vez una importancia mayor al cooperar con los Gobiernos respectivos en la planificación nacional de los Servicios de Salud como ha sido recomendado en las Declaraciones de Bogotá y de Punta del Este.

Bajo el Título de Enseñanza y Adiestramiento están incluídas las actividades específicas relacionadas con las escuelas de medicina, de salud pública, de enfermería, etc. Los porcentajes correspondientes a estas actividades muestran un aumento en los 2 cuadros pero, a pesar de ello, los recursos disponibles no permitirán abarcar las necesidades del presente y están por debajo de lo que se requiere para prestar asistencia en la gran expansión que el adiestramiento necesita para alcanzar los objetivos de los programas futuros de salud.

El esfuerzo en la enseñanza se revela en las columnas 4, 8, 12 y 16 en los dos cuadros.

El título para planeamiento y coordinación de la investigación incluye el programa especial AMRO-283, para Coordinación de las Actividades Internacionales de Investigación. No muestra, sin embargo, investigaciones como las realizadas en nutrición por el INCAP, sobre insecticidas y quimioterapia en los programas de malaria, ni las del Centro de Aftosa, el cual se presenta en título aparte.

Señala seguidamente que otra manera de analizar el programa se presenta en las páginas 14 y 15, en las que el trabajo de la Organización se ha agrupado por actividades.

El Grupo I incluye los servicios administrativos. La proporción de fondos destinados a este grupo muestra un continuo descenso. El porcentaje para 1963 es de 9,4 sobre el total del presupuesto. Este porcentaje era de 16,4 en 1954 cuando por la primera vez se hizo un análisis de esta naturaleza.

Los Servicios Técnicos y de Suministros (Grupo II) también muestran un descenso en el período de 3 años.

En el Grupo III, Programas de Campo y Publicaciones, los fondos asignados continúan aumentando hasta llegar a un 70,6% en 1963 sobre el total del presupuesto. En 1954, la cantidad correspondiente era de 55,1%.

En el Grupo IV, los costos de las reuniones de la Organización varían según el lugar, si éstas se verifican fuera de la Sede o en Washington, pero la tendencia general es decreciente. Finalmente, el pequeño porcentaje de 2,2% corresponde a la cantidad designada por los Cuerpos Directivos para incrementar el Fondo de Trabajo.

Añade que para facilitar un análisis aun más detallado de los programas de campo, se ha distribuído a los señores Delegados un cuadro adicional mimeografiado que puede revisarse en relación con el resumen por grupos de egresos.

Este Cuadro muestra las cantidades y los porcentajes por costos de personal incluyendo: viajes; suministros y equipos; becas y participantes y subvenciones y otros. Debe tomarse en cuenta que los costos de personal incluyen los consultores a tiempo completo y a corto plazo de los proyectos y que dichos costos muestran un aumento de 10,29% y 7,14% sobre el año anterior respectivamente.

Suministros y Equipos muestran un descenso de 11,30% y 0,17%, reflejo principalmente de la disminución de este grupo de egresos en los programas de erradicación de la malaria.

Becas y Participantes muestran un aumento de 13,53% y 24,17% en 1962 y 1963 respectivamente.

Subvenciones y Otros (Servicios por contrato y los servicios comunes de los centros) muestran un descenso de 5,43% en 1962 seguido por un aumento de 3,16% en 1963.

El Dr. Sutter explica luego algunos detalles:

Malaria sigue siendo el programa mayor de la Organización a pesar de que puede notarse en la última línea de la página 16 un descenso en los fondos, reflejo de los progresos alcanzados por muchos programas.

En Tuberculosis, los aumentos son debidos al número de becas y de participantes y de consultores.

En Enfermedades Venéreas y Treponematosis, el cambio refleja la adición de un puesto de estadística en el programa AMRO-160 en 1962 y el retiro de un sanitario en el proyecto Haiti-1 en 1963.

En Enfermedades Endemo-epidémicas, los cambios corresponden a aumentos y disminuciones en consultores a corto plazo, en Enfermedad de Chagas, Oncocercosis y Peste. Hay un aumento modesto en el Centro Panamericano de Zoonosis.

En Enfermedades Víricas, el principal cambio obedece a la reducción de actividades en las investigaciones de campo sobre las vacunas contra la poliomielitis.

En Lepra, la reducción en 1963 es reflejo principalmente del término de los servicios de asesoría para los países de la Zona III.

En Administración de Salud Pública, que es el segundo programa en magnitud de fondos, se ve un aumento en cada uno de los años sobre el anterior. Un gran número de proyectos individuales están afectados por

estos cambios, pero la mayor parte de ellos se deben a aumentos en los proyectos de Servicios Integrados de Salud, de servicios de laboratorio y de planeamiento y organización de servicios de hospitales.

En Estadísticas Vitales y de Salud, aumentos considerables han ocurrido en los últimos años, pero no hay muchos cambios en el período que analizan los cuadros y el Documento presentados. Sin embargo, después de haberse preparado el Documento, se ha recibido una subvención para investigaciones estadísticas.

En Higiene Dental, los aumentos se deben principalmente a becas y participantes.

En Enfermería los aumentos corresponden a servicios de asesoría y a becas y participantes.

En Higiene Social y del Trabajo, los aumentos son reflejo de las actividades del asesor regional que sirve todas las Zonas pero que tiene la Sede de su oficina en Chile.

En Educación Sanitaria, la disminución en 1962 representa la terminación del puesto de consultor de la Zona III. En estas cifras, sin embargo, no se han incluido los costos de los consultores en educación sanitaria que prestan sus servicios en los proyectos integrados de salud y en los proyectos de erradicación de la malaria.

Las cifras que se presentan en los proyectos titulados "Higiene Materno-infantil" representan solamente alrededor de un quinto del programa materno-infantil total; los otros cuatro quintos del programa están incluidos dentro de los proyectos integrados de salud.

En Higiene Mental, el programa es pequeño pero se espera que el proyecto AMRO-273 conducirá a la expansión de actividades en este campo.

Nutrición es el cuarto programa de la Organización en relación a los fondos que a él se dedican. Los aumentos se deben principalmente a becas.

En Radiaciones e Isótopos, hay un descenso en 1962, que se debe al hecho que en el año anterior se aportó una contribución inicial de suministros para ayudar al Centro de Adiestramiento de Chile en cooperación con la Fundación Kellogg.

Las actividades del Saneamiento del Medio constituyen el tercer programa en relación con la proporción de fondos que a él se dedican. Las cifras presentadas bajo este título representan solamente alrededor de dos tercios del programa total; el resto está incluido en Administración de Salud Pública, en los proyectos de Servicios Integrados. Los aumentos se deben principalmente a servicios de asesoría para abastecimiento de agua.

En Educación y adiestramiento, las cifras que se presentan se refieren solamente a más o menos un cuarto del total que se dedica

a esta actividad en todos los programas. Nótese que hay aumentos de cerca de 75% y 40% respectivamente en esta parte del programa, lo cual revela el interés creciente de los Gobiernos y de la Organización en la educación y adiestramiento.

Bajo el título "Otros Programas", se agrupan proyectos que tienen un aumento en 1962, el cual se debe principalmente a los proyectos de coordinación de las actividades internacionales en investigación.

El Centro Panamericano de Fiebre Aftosa ha continuado extendiendo tanto las investigaciones como los servicios de consultores de campo para asesorar a los Gobiernos en los programas de control.

Por último, en la exposición de los Cuadros Detallados de los requerimientos presupuestarios para 1963, se refiere únicamente a los cambios que ocurren en los diferentes títulos, principalmente en lo que se relaciona a puestos.

En el Título I no hay cambios de personal como puede verse en la columna de totales. Los cambios en las cifras de gastos dependen principalmente de que las reuniones anuales no se van a verificar siempre en la Sede.

En el Título II en Washington hay un único aumento en 1963, al puesto de taquígrafa en el Departamento de Fomento de la Salud.

En el Título III - Oficinas de Zonas - en 1963 hay una disminución de 12 puestos internacionales y de 16 locales. Estos 28 puestos comprenden

2 locales en los programas de malaria, uno en la Zona III y uno en la Zona IV, que han sido suprimidos. El resto está formado por los ingenieros sanitarios y las enfermeras, que aparecían antes en la Oficina de Zona y que ahora aparecen en los proyectos interpaíses para reflejar más adecuadamente su condición de consultores a más de un Gobierno. Un total de 14 puestos de personal de secretaría también ha sido transferido a proyectos de campo en 1963.

En el Título III, Sección 3, Servicios Editoriales y Publicaciones, no hay cambios de personal y solamente ligeras variantes en los costos de operación.

El Título IV, que aparece por la primera vez en el Programa y Presupuesto de la Organización, se ha incluido para identificar el Fondo Especial para el Fomento de la Salud, cuyo establecimiento constituye el objeto del Tema 36. Este Fondo financiará proyectos para ampliar las actividades de abastecimiento público de agua, nutrición y educación y adiestramiento. Para facilitar la consideración de estos proyectos junto con todos los otros proyectos de campo, han sido presentados bajo el Título III y marcados con asteriscos que se relacionan con notas al pie.

Bajo el Título V, se mantiene la cifra de $300,000 para incrementar gradualmente el Fondo de Trabajo, de acuerdo con la Resolución VII del Consejo Directivo en su XI Reunión, hasta alcanzar el nivel autorizado del 60% del Presupuesto total.

Decisión 1: Se acuerda por unanimidad aprobar la transmisión del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1963, y solicitar del Director Regional que lo transmita al Director General de dicha Organización, a fin de que lo pueda tomar en cuenta en la preparación del presupuesto de la OMS para 1963.

/Decision 1: It was unanimously agreed to approve the transmittal of the Proposed Program and Budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for 1963, and to request the Regional Director to transmit it to the Director-General of that Organization so that he may take it into consideration when preparing the WHO budget for 1963./

Decisión 2: Se acuerda por unanimidad tomar nota del anteproyecto del Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1963, contenido en el Documento Oficial No. 35, y encomendar al Director que, al preparar su Proyecto de Programa y Presupuesto para 1963 y al efectuar consultas con los Gobiernos acerca de él, preste la debida consideración a las recomendaciones y observaciones formuladas por varias Delegaciones.

/Decision 2: It was unanimously agreed to take note of the provisional draft of the Proposed Program and Budget of the Pan American Health Organization for 1963, contained in Official Document No. 35, and to instruct the Director, in preparing his Proposed Program and Budget for 1963, and in his consultations with the Governments on this matter, to give due consideration to the recommendations and comments made by several Delegations./

ESTUDIO INTERAMERICANO SOBRE MORTALIDAD

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) expone que, gracias a una asignación que acaba de ser aprobada por los Institutos Nacionales de Salud del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América y como parte del convenio existente entre este Servicio y la Organización Panamericana de la Salud, se va a realizar en una serie de países, 10 o más, un análisis exhaustivo de certificados de muerte con el ánimo de comprobar con todos los recursos posibles (incluidos, naturalmente, los derivados de la anatomía

patológica más todos los conocimientos de carácter clínico y epidemiológico) el diagnóstico de muerte de una serie de casos, una muestra de dos, tres, o cuatro mil certificados en un país. Este conjunto de certificados irá después a un organismo único, probablemente el Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades, el cual tendrá en su mano una muestra de causas de mortalidad como han ocurrido en las Américas. Añade que esta muestra, analizada en su conjunto va a dar origen a una serie de estudios epidemiológicos importantes para conocer mejor la realidad mórbida del Continente. Se tiene la seguridad, por ejemplo, de que se observará una distribución del cáncer, variable de país en país, y cuando las diferencias vayan más allá de lo esperado, será del caso estudiar epidemiológicamente las causas que las explican. Pero el proyecto tiene otras consecuencias, ya en el plano nacional, que son dignas de mencionar. Desde luego, va a permitir mejorar la certificación de causa de muerte, pues no debe olvidarse que en muchas comunidades de las Américas hay todavía más de un 50% de la mortalidad que no es certificada por médicos, y es mayor aún la proporción de casos de muerte en que no se han realizado estudios de anatomía patológica y ni siquiera biopsia. De tal manera que este proyecto va a despertar naturalmente, en el seno de los países en que se lleve a cabo, el interés por este tipo de análisis fundamental. Además traerá consecuencias en la enseñanza porque es de esperar que, si estos centros se establecen en el seno de una escuela de medicina, en el departamento de medicina preventiva, por ejemplo, seguramente permitirá que los estudiantes puedan comprender mejor cómo certificar las causas de muerte de acuerdo con las normas internacionales y el significado que tiene para la salud del país, aunque

pudiera parecer una paradoja, la adecuada certificación de las causas de muerte. Asimismo, en el seno de cada país, si es que estos centros perduran, una vez que el proyecto internacional vaya terminando, mejorará naturalmente el registro de causas de mortalidad con todas las consecuencias que esto, a su vez, tiene para el perfeccionamiento de los servicios locales y nacionales de salud. Termina expresando el agradecimiento de la Organización al Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América por esta oportunidad que es de esperar sea seguida de muchas otras, en proyectos de la misma naturaleza e intención, sea que provengan de la Oficina como tal, o de los Gobiernos Miembros, donde existan el talento, por sobre todo, y las condiciones fundamentales para perseguir la verdad, que es en última instancia el propósito de toda investigación científica.

EL PRESIDENTE señala que el aspecto que acaba de presentar el Director es muy importante, pero que no deben olvidarse los compromisos internacionales que obligan a llenar los formularios establecidos. Manifiesta que tiene la absoluta seguridad de que, en la América Latina, el 50% de los certificados son dados por personas que no son médicos, con diagnósticos extraordinariamente equivocados: a toda persona que muere de ictericia, la matan de fiebre amarilla, aunque viva en la parte más alta de una montaña. Considera que convendría ajustar las estadísticas en dos grandes capítulos: las causas de mortalidad provenientes de certificados médicos y las provenientes de certificados no médicos, con el objeto de tener una idea justa de cómo se está examinando la salud pública. Por lo tanto es muy importante que la estadística esté fundamentalmente basada en los

certificados de defunción suministrados por médicos, y que el certificado de defunción se apoye en estudios anátomo-patológicos para tomarlo bien en consideración. De cualquier manera, éste sería un paso muy importante para tener una visión de las causas de mortalidad en América, tomando en cuenta, más que nada, que uno es el compromiso internacional de suministrar datos globales y otro el que realmente refleja la verdad, dado exclusivamente por certificados de defunción suscritos por médicos.

El Dr. LOPEZ HERRARTE (Guatemala) califica de muy importante lo que acaba de decir el Dr. Alvarez Amézquita, porque a causa de estas estadísticas, tal como existen hoy día, sobre todo los países que están económica y técnicamente atrasados, pero que sin embargo, tienen estadísticas bastante buenas, resultan perjudicados y hasta se les cita con unas estadísticas muy altas de mortalidad por esta y otras causas que no están basadas en un hecho científico sino únicamente en la opinión de la persona a quien le cupo en suerte dar el certificado de defunción. Cree que sería muy útil que se estableciera un criterio como el sugerido por el Dr. Alvarez Amézquita, de que hubiera dos clases de certificados de muerte: uno que fuera aceptable desde el punto de vista estadístico, y el otro que simplemente llenara el requisito indispensable para poder dar sepultura al cadáver, y que hubiera una unificación de criterio, o mejor dicho, una unificación de la forma de firmar esos certificados. Que todos los países unificaran sus formularios, con lo cual las estadísticas podrían tener cierta base de comparación, porque ahora, con las estadísticas de hoy día, no se puede saber a ciencia cierta qué es lo que expresan.

EL PRESIDENTE sugiere que para el estudio interamericano de causas de mortalidad, se recomiende que se haga sobre la base de certificados de defunción proporcionados por médicos; primera, y que, sin perjuicio de proporcionar datos globales de mortalidad del país, se preste atención fundamentalmente a las estadísticas proporcionadas por certificados de defunción expedidos por médicos y sean tomadas con toda reserva las causas de muerte certificadas por los jueces del Registro Civil, porque si no, acumulando material bueno y malo, el resultado solamente puede ser material malo. La mezcla de las dos cosas es, a su juicio, realmente injusta, tomando en consideración que resulta extraordinariamente difícil depurar las estadísticas porque no hay personal médico suficiente para hacer la certificación de causas de enfermedad "post mortem" después de que un juez del Registro Civil ha extendido un certificado de defunción cuyo diagnóstico es imaginario, y por tanto los datos no pueden ser utilizados con un criterio estadístico estricto, como cifras para tener el pulso del progreso de la salud pública de cada país.

El Dr. Horwitz (Director, OSP) manifiesta que las ideas expuestas en el debate se podrían traducir en un proyecto de resolución.

Dr. WATT (United States of America) suggested that the statistical advice of Dr. Puffer would be most desirable in drafting the resolution, since it would ensure that the wording used was clear and pertinent.

It was so agreed.
Así se acuerda.

Se levanta la sesión a las 5:30 p.m.
The session was adjourned at 5:30 p.m.

consejo directivo

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

XIII Reunión

comité regional

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

XIII Reunión

Washington, D. C.

Jueves, 5 de octubre de 1961, a las 9:50 a. m.
Thursday, 5 October 1961, at 9:50 a. m.

CD13/42
6 octubre 1961
ORIGINAL: ESPAÑOL -INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA QUINTA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE FIFTH PLENARY SESSION

Presidente: Dr. Doroteo Castillo Rodríguez Nicaragua
Chairman:

Indice
Contents

Tema 29: Programa de nutrición en las Américas (Documento CD13/14)
Topic 29: Nutrition Program in the Americas (Document CD13/14)

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar al Jefe de los Servicios de Secretaría (Cuarto 1316) las correcciones que deseen ver introducidas en el texto, dentro de las 48 horas siguientes a su distribución. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión del Consejo.

Note: These précis minutes are provisional. The representatives are therefore requested to notify the Chief, Secretariat Services, (Room 1316) within 48 hours, of any correction they wish made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the meeting of the Council.

TEMA 29: PROGRAMA DE NUTRICION EN LAS AMERICAS
TOPIC 29: NUTRITION PROGRAM IN THE AMERICAS

EL PRESIDENTE abre la sesión.

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) comunica que el Dr. Bengoa, Asesor Regional en Nutrición de la OSP, presentará el Documento CD13/14 relativo al tema 29.

El Dr. BENGOA (Asesor Regional en Nutrición, OSP) comienza señalando que en el Documento CD13/14 se resume el programa de la Oficina en materia de nutrición, asi como las actividades que los Gobiernos, en colaboración con aquella, han llevado a cabo en el pasado, especialmente en el transcurso de 1960. Añade que el Director ya mencionó en la segunda sesión algunas de estas actividades, destacando la comercialización de la INCAPARINA en algunos países, el programa coordinado de nutrición aplicada, que desarrollan los Gobiernos en colaboración con la OSP, la FAO y el UNICEF, y finalmente el de prevención del bocio endémico y subraya asimismo que Representantes al comentar sobre el Informe Anual del Director, pusieron de relieve especialmente la gravedad del problema en el hemisferio.

El Dr. Bengoa manifiesta que el difícil problema de la desnutrición emerge en toda su realidad del hondo drama social en que viven gran parte de los países del hemisferio y esboza, como telón de fondo, la imagen histórica de la cuestión. Es bien sabido - agrega - que los obstáculos que dificultan el mejoramiento de la nutrición en las Américas, proceden en parte de razones geográficas, climatológicas y de otras relacionadas con el medio natural. No obstante, son mucho más importantes los obstáculos que obedecen a la actitud de los hombres. Entre estos, las estructuras

socio-económicas, de creación humana, paralizan o retardan el progreso que permite a los pueblos encontrar los medios adecuados de subsistencia. Mientras las tierras de América ofrecen al mundo azúcar y café, alimentos, en cierto modo, de lujo, muchos seres latinoamericanos viven todavía casi exclusivamente de los pocos alimentos autóctonos que se cultivan en minifundios, utilizando los mismos métodos que se empleaban en la época precolombina. En tanto que el maíz, las papas y la yuca, todos de origen americano, invaden los continentes europeo y africano, a lo largo de cuatro siglos, y salvan del hambre a contingentes mayoritarios del centro y sur del Viejo Continente y de vastas áreas de Africa, los alimentos traidos a América, procedentes de Europa y de otros continentes -como el trigo, los huevos, la leche, etc. -, pueden ser disfrutados solamente por una minoría privilegiada. Es decir, que la América Latina, o las Américas en general, envían al mundo alimentos para una mayoría, mientras que reciben tan sólo alimentos destinados a una minoría. Estos hechos históricos vinculan los problemas de la nutrición a los fenómenos socioeconómicos que caracterizan desde hace siglos a los pueblos de la América Latina. El remedio de tal situación no es simple; será preciso ahondar en las razones geográficas, culturales y socio-económicas a fin de que las medidas destinadas a mejorar directa o indirectamente la nutrición de los pueblos tengan un contenido pragmático y permanente.

El problema de la nutrición en las Américas presenta dos polos opuestos, el de la desnutrición y el de la sobrealimentación. Anuncia el Dr. Bengoa que, por razones obvias se va a ocupar principalmente del problema de la desnutrición, porque, desde un punto de vista de magnitud,

éste constituye un problema más serio y porque los países en donde existe el problema de la sobrealimentación cuentan al mismo tiempo con recursos para solucionarlo. Por lo tanto, sin desestimar la importancia de la obesidad, la diabetes, la arterioesclerosis y de otros procesos que pueden relacionarse con una alimentación excesiva, pasa a analizar de una manera más detallada los aspectos de la desnutrición en general. Indica que para medir la importancia de un problema de salud pública lo primero que se busca son las cifras de mortalidad, aunque sea evidente que éstas no ofrecen un cuadro completo de la gravedad que el mismo encierra. Los errores de diagnóstico, sobre todo la falta de certificado médico en muchas de las defunciones, hacen que las cifras estadísticas oficiales presente inconvenientes graves para la evaluación. La desnutrición causa muy pocas veces una mortalidad directa. Los niños en avanzados procesos de desnutrición mueren frecuentemente por bronconeumonia, por diarreas, etc., y en el certificado de defunción figuran, lógicamente, estas enfermedades como causa final de muerte. Existe, pues, una serie de limitaciones para el uso de las cifras de mortalidad como índice del problema de la nutrición. Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, hay hechos de gran interés. Si en las estadísticas de mortalidad de los niños de 1 a 4 años, se considera solamente el capítulo de desnutrición, incluyendo las formas de marasmo y de síndrome pluricarencial infantil, - o sea de deficiencia proteínica - las cifras oficiales que se publican en las Américas, ofrecen el dato de que por cada muerte debida directamente a desnutrición en los Estados Unidos de América, ocurren en algunos países de la América Latina 300 defunciones por la misma causa.

Menciona el Dr. Bengoa un estudio realizado en Venezuela que refleja bastante bien la distribución de la mortalidad por desnutrición directa en las distintas zonas del país, de acuerdo con la densidad de población. Según este estudio, en las poblaciones mayores de 100.000 habitantes la mortalidad específica por desnutrición es de 48 por 100.000 habitantes. En las ciudades de 40 a 100.000 habitantes dicha mortalidad es de 134,3; en las poblaciones de 15 a 40.000 habitantes es de 155 y en las poblaciones de 5 a 15.000 -- típicamente rurales -- esta mortalidad específica por desnutrición llega a 214.

Es evidente, sin embargo, que el problema de la malnutrición, no se puede medir solamente por la mortalidad directa causada por ella. Los niños malnutridos mueren por gastroenteritis o por una enfermedad infecciosa cualquiera. Indica el orador que es impresionante observar las diferencias de mortalidad en distintos países, especialmente entre los de América Latina y los del Norte de Europa, en cuanto a la mortalidad por sarampión. Si asumimos que en una determinada edad -- por ejemplo, niños de 1 a 4 años --, la incidencia de la morbilidad es la misma, es sorprendente encontrar que las cifras de mortalidad son totalmente distintas; por cada niño que muere de sarampión en el Norte de Europa, mueren 300 en algunos países de América Central. Esto significa que estos niños, en cuyo certificado de defunción figura el sarampión, tuvieron como patalogía de fondo un estado de desnutrición, aparte de que pueden darse otros factores tales como diferencias en la atención médica.

En un estudio realizado en el INCAP, en Guatemala, para determinar el grado de error en el diagnóstico de la mortalidad de los niños, se

registraron durante un período de uno a dos años, los certificados de defunción de todos los niños fallecidos en varias localidades. Si bien las cifras oficiales anunciaban que apenas un 1% o 2% de estos niños habían fallecido por desnutrición, en un examen más riguroso de las mismas los pediatras y los nutricionistas del INCAP llegaron a la conclusión de que casi el 50% de estos niños habían fallecido por manifestaciones características de malnutrición.

En cuanto a las cifras de morbilidad también surgen grandes dificultades. Es muy difícil trazar la divisoria entre el niño sano y el desnutrido: estudios realizados en varias islas del Caribe y en algunos países de América Central, señalan que entre los niños examinados a nivel de campo -- no en dispensarios, o centros maternoinfantiles -- del 3% al 6% presentan formas severas de malnutrición, del 6% al 50% de los niños presentan formas moderadas de malnutrición, y el 50% restante no llega a disfrutar de un estado biológico totalmente satisfactorio. En algunos hospitales de niños de América Latina ingresan pacientes con formas severas de malnutrición en una proporción que llega hasta el 50% del total de los ingresos. Añade el orador que éste es el cuadro general de la desnutrición infantil, que presenta dos formas polares: por un lado el marasmo, que se caracteriza principalmente por una deficiencia global de alimentos, y por otro, el síndrome pluricarencial infantil, o Kwashiorkor, caracterizado principalmente por la deficiencia de proteínas. Estas dos manifestaciones del marasmo y del síndrome pluricarencial infantil, constituyen hoy, no solamente en América sino en todo el mundo, el problema nutricional más grave.

Sigue diciendo el Dr. Bengoa que otro problema específico de malnutrición en las Américas es el del bocio endémico. En el Documento CD13/14 figuran datos sobre la prevalencia media del bocio en la mayor parte de los países del Hemisferio, y en algunos de ellos existen prevalencias del 75, 80 y hasta del 90%.

Casi ningún país está libre del problema. Incluso en el Area del Caribe, considerado como zona sin bocio endémico, la República Dominicana informó en la sesión de ayer de la existencia de tal problema y de que se habían adoptado algunas medidas contra el mal.

En los Estados Unidos de América ha disminuído el bocio endémico debido a que el 50% de la sal de consumo está yodada.

Otro problema específico es el de las anemias, específicamente las ferroprivas. Se ignora su prevalencia, pero hay impresiones de que, en algunas zonas, del 70 al 80% de la población, especialmente la infantil, presentan formas de anemias ferroprivas de cierta importancia. El problema también afecta considerablemente a las mujeres embarazadas. Con respecto a las anemias, la dificultad estriba en su etiología; hasta ahora se consideraba que éstas obedecían especialmente en los trópicos, a un saneamiento ambiental deficiente, a un problema de parasitismo, especialmente de anquilostomiasis. Sin embargo, parece que el parasitismo intestinal no explica todo el problema de las anemias en los trópicos. Factores tales como la eliminación del hierro por el sudor, la mala absorción del hierro debido al alto contenido del ácido fítico en la dieta, pueden conducir a estas anemias de tipo ferroprivo. Por lo

general, la impresión es que posiblemente los tres factores unidos juegan un papel importante en la etiología de dichas anemias, por lo cual su estudio constituye uno de los objetivos de las investigaciones que lleva a cabo la OMS y que piensa realizar la Oficina en el futuro, aunque algo se viene haciendo actualmente en escala limitada.

Señala el Dr. Bengoa que estos son los problemas específicos más considerables de las Américas en materia de salud. Afortunadamente no existen otras carencias graves; apenas algunos casos esporádicos de pelagra, asociados frecuentemente al alto consumo de alcohol; también se registra algún caso aislado de beriberi; el escorbuto no ocurre más que en casos asimismo esporádicos, especialmente en niños y ancianos. Pero sería inexacto y poco ajustado a la realidad afirmar que el problema de de la malnutrición en las Américas se concentra en los tres problemas específicos antes mencionados; como marco general de estos tres problemas existe otro, mucho más difícil de medir y precisar, pero que tiene sin duda consecuencias importantísimas, no solamente en el desarrollo biológico de las poblaciones y en la menor resistencia a las enfermedades, sino también en el escaso rendimiento de trabajo y esto, por supuesto, conduce a nuevas consideraciones desde el punto de vista económico.

El Dr. Bengoa se refiere a la desnutrición de la población en general, que se refleja por el subconsumo de los alimentos, pero llama la atención sobre el hecho, a su parecer impresionante, de que la producción de alimentos per capita en América Latina, en 1960, fue menor que antes de la última guerra; es decir, que en cuanto a la producción de alimentos la situación sigue siendo cada vez más desfavorable. Relacionando este

hecho con el aumento de población, se deduce que el 2,5% de aumento anual supone para América Latina 5 millones más de habitantes que alimentar cada año; sería como si cada año surgiera un país nuevo.

De aquí que los esfuerzos a realizar en el campo de la agricultura, coordinados con las actividades de los servicios de salud, constituya, para los años futuros, un reto imperioso.

Añade el orador que no desea dar una impresión deprimente de la situación, y, como dato alentador, indica que solamente el 7% de la tierra productiva de la América Latina está hoy bajo cultivo; y que tan sólo el 29% de la superficie total de América Latina está constituido por tierras no aprovechables. Este 29% tiene valor significativo puesto que en comparación con otras zonas del mundo, ya que en el Extremo Oriente llegan al 59%, en Norteamérica al 45%, y en Africa al 43%. Por lo tanto, dentro de este cuadro un tanto desolador, queda la esperanza de que puede mejorarse considerablemente la situación si se cuenta con una política nacional de alimentación bien planificada y coordinada. Por otro lado, además, existe una mala distribución de la tierra. Según un informe del Grupo de Expertos de la Organización de los Estados Americanos para la Planificación del Desarrollo Económico y Social, del 3 al 8% de los propietarios poseen el 60% de la superficie agrícola en la América Latina, e, inversamente, en la mayoría de los países, entre el 75 y el 80% del total de las explotaciones agrícolas posee apenas del 5 al 10% del total del área cultivable. Asi, pues, en las Américas, "los hombres no tienen tierra, y la tierra no tiene hombres". Otro factor que repercute en la

situación nutricional de las Américas, es el bajo poder adquisitivo de la población. Las diferencias en cuanto al tiempo que un obrero ha de trabajar para ganar lo que vale un kilo de carne, son considerables en distintos países de las Américas. En algunos de ellos un obrero calificado ha de trabajar 4 ó 5 horas para ganar lo que cuesta un kilo de carne, en otros apenas necesita unos minutos de trabajo. El Dr. Bengoa expresa seguidamente la impresión causada por los datos facilitados por el Dr. Peña Chávarría, Representante de Costa Rica, al afirmar que como Director del Hospital de San José, había observado que hay una correlación directa entre el precio del café y los ingresos de enfermos en el hospital debido a malnutrición, reflejándose este hecho en un aumento considerable de enfermos por malnutrición que correspondía a las épocas de baja en los precios del café. Ruega el Dr. Peña Chavarría que explique más adelante estos hechos, de tanta significación desde el punto de vista económico y de salud pública.

Cita a continuación el factor educativo que tiene gran gravitación en las Américas, siendo el promedio general de educación en la América Latina sólo de dos años de escuela y alcanzando el analfabetismo el 40% en la población de más de 15 años, es decir, que el número de analfabetos se estima hoy en 40.000.000, y que más de 15.000.000 de niños en edad escolar, no tienen oportunidad de asistir a la escuela. Solamente el 10% de los niños que comienzan el primer grado llegan a terminar la enseñanza primaria. Añade que los hechos referidos explican la situación nutricional de las Américas. La complejidad de esta etiología de fondo no permite optimismos con respecto a una solución a corto plazo, aunque pueden lograrse mejoras

notables, especialmente en la reducción de la mortalidad y de la morbilidad por malnutrición, e incluso en el nivel general del estado nutricional, si, conjuntamente con otras medidas de Gobierno, se establecen programas directos de mejoramiento de la nutrición.

El Dr. Bengoa expone después, que el Director de la Oficina, ante la gravedad de la situación, consideró de suma urgencia aumentar el número de asesores de la Oficina en materias de nutrición. En 1961, además del orador, existen asesores especializados en nutrición en las Zonas I, II y III (en la que el propio Director del INCAP actúa como asesor), y en la IV. Se espera que en los próximos años se podrá contar con un asesor en cada una de las Zonas. Manifiesta que el primer objetivo a alcanzar se basa en una idea expresada por el Dr. James Watt, miembro de la Delegación de los Estados Unidos de América en este Consejo, en una reunión sobre asterioesclerosis celebrada en Ginebra.

El Dr. Watt manifestó en aquella ocasión que lo primero que había que hacer para explorar un determinado problema era formular tres o cuatro preguntas: ¿dónde? ¿cuándo? ¿quién? y ¿por qué? Este criterio del interrogante epidemiológico es el que llevó al servicio de asesoramiento en nutrición de la Oficina, a iniciar sus trabajos. Como segundo punto, era necesario hacer un recuento de los recursos humanos existentes en las Américas para combatir el problema y analizar la organización actual de los distintos servicios de nutrición en los diversos países. En casi todos ellos existe un instituto o un departamento de nutrición; pero cada instituto o departamento tiene un concepto distinto o, al menos, un matiz distinto en su acción.

Hay institutos o departamentos que ponen su acento en el examen de los alimentos, en la bromatología; otros, en la alimentación suplementaria, ofreciendo leche descremada u otros alimentos a los niños en edad escolar y pre-escolar; algunos dedican primordial atención a las investigaciones clínicas, hospitalarias; y otros departamentos a las investigaciones de campo. Pero en todos ellos el denominador común es la ausencia de descentralización; son departamentos de nutrición de caracter local más que nacional. La razón de este último hecho estriba en que estos departamentos de nutrición de los países latinoamericanos trabajan casi exclusivamente con personal a tiempo parcial. En América Latina existe personal competente que conoce los problemas de salud pública y de nutrición, pero por razones de orden casi siempre presupuestario, trabajan pocas horas y no pueden dedicar el tiempo necesario a estas actividades. Apenas hay trabajos de campo, supervisión de programas, estímulo hacia las labores de nutrición en los aspectos educativos en los centros de salud pública, en servicios agrícolas, en el magisterio, etc. Por tanto, uno de los problemas importantes, que la Oficina se esfuerza por resolver consiste en ver de qué forma se puede establecer si no un modelo uniforme para todos los países, porque cada país debe tener su propia estructura, trazar al menos unas normas comunes que tengan una cierta uniformidad y lograr que los Gobiernos se muestren dispuestos a sostener, con consignaciones presupuestarias sufientes, los departamentos de nutrición.

De este estudio de los recursos humanos, se desprende que la carencia de personal, en cuanto a número y en algunos países en cuanto a calidad, es el factor que más limita la realización de programas de nutrición en las Américas. Cita el Dr. Bengoa el anexo del Documento CD13/14, resumen de una encuesta realizada por la Oficina y la FAO, en el cual se recomiendan algunas medidas para intensificar y mejorar el adiestramiento de personal de nutrición en las Américas. Añade que durante el período de 1953 a 1960, el promedio anual de becas otorgadas por la Oficina para estudios de nutrición, no pasó de cuatro, es decir el uno por ciento del total de las concedidas. Sin embargo, en 1961 se han otorgado ya 18 becas, lo que significa más de cuatro veces el promedio de los años anteriores. La Oficina espera contar con suficientes recursos para intensificar considerablemente este adiestramiento de personal. Hay posibilidades que no existían antes para la preparación de personal en el campo de la nutrición aplicada. Hace quince o veinte años, enseñar o aprender nutrición era enseñar o aprender sólo bioquímica, hoy existen centros en los Estados Unidos de América y en la América Latina que están en condiciones de ofrecer una enseñanza teórica y práctica de nutrición y es preciso utilizar estos centros incrementando los recursos para proporcionar becas al personal que lo necesita.

Se refiere a continuación a los cursos que se dan en el INCAP, en el cual funciona una Escuela de Nutrición y Dietética donde se está formando un personal, principalmente femenino, de nivel postuniversitario, en que con dos años de estudios se adquiere el título de dietista y de nutricionista. Indica que dicho personal, una vez concluidos los estudios en el INCAP, pasará a integrar, a nivel nacional, los cuadros dirigentes de nutrición, especialmente en educación nutricional. Hace constar que desde hace dos años

se organiza en el INCAP un curso para médicos de salud pública y afirma que el celebrado en 1961, hace todavía pocos meses, alcanzó un éxito verdaderamente notable. Concurrieron al mismo once médicos, los cuales recibieron un curso que duró 10 semanas, y regresaron a sus países respectivos en condiciones de transmitir a las personas interesadas nuevas orientaciones sobre los problemas de nutrición. Las solicitudes para nuevos cursos sobrepasan las posibilidades previsibles. Añade el Dr. Bengoa que esta política de adiestrar al personal de salud pública mediante cursos de breve duración permitirá que los programas de nutrición en los países de las Américas no descansen solamente sobre el personal especializado, sino que sea el personal de los servicios de salud pública en general el que tome a su cargo la responsabilidad de cooperar en tal empresa. Anuncia a continuación que el centro del INCAP va a ser mejorado considerablemente: el Gobierno de Guatemala ha adoptado ya las disposiciones necesarias para iniciar en breve, tal vez este mismo año, la construcción de un nuevo edificio destinado de modo exclusivo al adiestramiento de personal, lo que consituirá una valiosa aportación para los futuros trabajos que lleva a cabo el INCAP y en especial para intensificar su programa docente. No obstante, y dado el volumen actual de actividades de éste, se estima necesario organizar centros de adiestramiento en otros países de las Américas con la colaboración de la FAO y del UNICEF y se cuenta asimismo con los existentes actualmente en los Estados Unidos de América y Canadá.

Manifiesta después el Dr. Bengoa su opinión de que es difícil acometer una política de alimentación en un país si en el mismo no existe una adecuada coordinación entre los elementos de los distintos organismos

del Gobierno, porque aún cuando los Ministerios de Salud tengan responsabilidad primordial en definir los problemas y en orientar una política de nutrición, es indispensable que exista colaboración estrecha con los Ministerios de Agricultura, de Economía, de Educación y otros. Considerar el problema de la nutrición desde un ángulo unilateral - agrega - sería enfocar su solución de una manera muy parcial y siempre en forma incompleta. Por eso, la OSP ha insistido en la necesidad de organizar comités nacionales de alimentación, los cuales de modo independiente o, tal vez mejor, actuando como subcomités de las juntas nacionales de planificación económica, de tal modo que el personal de salud colabore con agrónomos, educadores y economistas en una política bien definida de alimentación. No es lo mismo hacer una política agrícola determinada, trazada con una visión estrictamente económica, que una política agrícola que además de tener en cuenta los factores económicos y de comercio exterior, considere también el valor humano, es decir, las necesidades biológicas de la población. Señala el Dr. Bengoa, que así como rige en las Américas un control cuidadoso sobre las divisas, como acontece en todos los países que se encuentran en proceso de desarrollo, debería existir también un control riguroso sobre la salida de proteínas; en la actualidad, a pesar de que la insuficiencia de proteínas es el problema de nutrición fundamental de los países de la América Latina, salen de estos considerables cantidades destinadas a otros fines: tal es el caso de la caseína, y de la harina de pescado. Afirma que es menester

adoptar una política que considere que las proteínas son como el oro o las divisas para la América Latina, y que toda política ha de tener en cuenta las necesidades biológicas de las poblaciones.

Anuncia que se piensa celebrar en 1963, tal vez en enero de dicho año, una reunión conjunta con la FAO, a la que acudirán representaciones de todos los países de las Américas, para examinar los problemas de la alimentación. Dicha reunión será la Quinta Conferencia sobre los problemas de nutrición de América Latina que probablemente tendrá lugar en un país de la costa del Pacífico; y se dedicará casi exclusivamente al estudio de la planificación de una política nacional de alimentación.

Subraya el Dr. Bengoa el interés de la OSP por dar en el futuro mayor impulso a las investigaciones, pero no a investigaciones en el sentido de la investigación per se, aún reconociendo su considerable valor intrínseco, sino a aquellas que puedan dar origen a un programa de acción. Del mismo modo que no se pueden hacer programas de acción, de mejoramiento de la nutrición, si no hay una investigación previa, tampoco se justifica, en el terreno de la salud pública, dedicar a investigaciones casi todo el dinero del presupuesto de un instituto, si de ellas no se espera obtener algunas medidas de mejoramiento. Se refiere seguidamente a las investigaciones que el INCAP ha llevado a cabo en los últimos tiempos y alude a un estudio aún no terminado y que parece reviste importancia considerable para el futuro: se trata de la relación existente

entre la nutrición y la infección, es decir, de las relaciones entre la malnutrición infantil y las diarreas infantiles. Este estudio que está en marcha en Guatemala podrá ofrecer en el futuro una de las orientaciones más precisas respecto de la acción sinérgica que ejercen las diarreas sobre la malnutrición, y ésta sobre las diarreas.

Subraya que el INCAP ha desarrollado también actividades de importancia encaminadas a mejorar la definición del problema del marasmo y del síndrome pluricarencial infantil, problema difícil y objeto de controversias acerca del cual los pediatras y los especialistas en nutrición no han encontrado una solución totalmente satisfactoria. Existe, evidentemente, en las formas extremas una clara distinción entre el marasmo y el síndrome pluricarencial infantil, pero hay formas intermedias de difícil clasificación. También se están llevando a cabo en el INCAP estudios complementarios sobre el uso de nuevas fuentes de proteínas, y según informó el Director del citado Instituto a su Consejo en la última reunión, los resultados de los estudios efectuados con la harina de algodón y con otros concentrados proteínicos son prometedores, lo que posiblemente conduzca a la elaboración de una mezcla de valor todavía superior a la que hasta ahora se ha desarrollado.

Alude seguidamente el Dr. Bengoa a los estudios realizados por el Comité Interdepartamental de Nutrición para la Defensa Nacional de los Estados Unidos de América, Comité que ha constituído grupos de trabajo de campo integrados por personal de nacionalidad norteamericana, que actúa en cooperación con personas calificadas de las naciones en que trabajan. Estos grupos han realizado ya los correspondientes estudios en

Chile, el Perú, el Ecuador, Colombia, y acaban de terminar otro en las islas del Area del Caribe (en Trinidad, Santa Lucía, San Cristóbal, y algunas otras pequeñas islas). En el futuro, el Comité piensa llevar a cabo investigaciones semejantes en el Uruguay y parece que el más próximo será en Bolivia. Dichos trabajos constituyen un modelo de estudio sistemático, preciso, para determinar la prevalencia de los trastornos nutricionales en un país.

Manifiesta el Dr. Bengoa que la Oficina estimulará posiblemente en el futuro las investigaciones que se orienten al estudio epidemiológico de la malnutrición, a la etiología de las anemias, a las encuestas epidemiológicas sobre el bocio endémico, incluyendo el estudio de los factores bocígenos; al examen de las repercusiones de la desnutrición del adulto en el rendimiento en el trabajo, al sinergismo entre nutrición e infección y a otros estudios de similar contenido. Es natural que la selección de los temas de investigación dependerá del grado de desarrollo de las instituciones que soliciten la ayuda, pero sobre todo del interés que pueda tener para las Américas la investigación coordinada, a nivel hemisférico, de un problema que sería difícil de resolver con estudios parciales llevados a cabo en un solo país y es ejemplo de ello el caso de la etiología de las anemias, en el que participan tantos factores.

El Dr. Bengoa hace constar que ha señalado ciertos aspectos del problema e indicado algunos instrumentos de trabajo, por lo cual pasa a considerar determinados programas de nutrición aplicada. Uno de ellos,

que se conoce con el nombre de "Programa coordinado de nutrición aplicada", se está llevando a cabo en la actualidad en 11 países y está siendo desarrollado por los Gobiernos en colaboración estrecha con la FAO y el UNICEF, y con la OSP, siendo su objeto demostrar, en un área determinada, que se puede hacer para mejorar los niveles de nutrición de la familia campesina; éste es, por lo tanto, su primer objetivo. Afirma que los mencionados programas coordinados no tienen un contenido nuevo, siendo en cambio característico y novedoso en ellos la coordinación lograda.

Todavía no es tiempo para hacer una evaluación de los resultados de esos programas, pero parece llegado el momento de hacer una evaluación de su enfoque. Señala que en algunas áreas, como en el Paraguay, en una zona que se había seleccionado mediante una buena planificación, y que contaba con 60 huertos escolares, con una comisión local en cada municipio encargada de coordinar las actividades que desarrollaban los servicios de salud, y los de extensión agrícola y los maestros en sus escuelas, comenzaron a surgir en forma espontánea, cabe decir, como hongos, demandas de programas de contenido similar en lugares apartados de la programación original. Este es un hecho positivo de valor trascendental, logrado a través de los esfuerzos gubernamentales con la cooperación de la FAO, el UNICEF y la OSP. De estos programas coordinados de nutrición aplicada se consigna este éxito que permite pensar en extender la acción, allí donde exista una comunidad bien sensibilizada.

Indica que por tratarse de una reunión a la que asisten calificados administradores de salud pública sería pertinente discutir,

aunque fuera con brevedad, la acción específica de los servicios de salud pública a nivel local. Es de lamentar - añade - que los centros locales de salud, - por razones que el orador no va a analizar en esta ocasión - tal vez por el excesivo trabajo que sobre ellos pesa, por la escasez de personal, no dediquen a las actividades de nutrición el tiempo, el interés y la intensidad que serían necesarios.

La labor principal que podría asignarse a estos centros, aunque ahora no sea el momento de hablar de acciones directas, es la de que actuaran como promotores o catalizadores de los programas locales de nutrición. Es seguro que los servicios de extensión agrícola, los maestros y todo el personal que está en relación con el desarrollo de la comunidad, encontrará precisamente en el médico rural o en el médico de una unidad sanitaria uno de los mejores dirigentes o colaboradores para desarrollar programas de nutrición. Afirma el Dr. Bengoa que no parecen suficientes los pequeños programas de demostración, sino que hay que extender, en lo posible, la acción para que los centros locales de salud desarrollen un programa mínimo de nutrición, actuando por lo menos como catalizadores.

A continuación alude el orador a la INCAPARINA, que es otro programa de acción en la lucha contra la deficiencia proteínica, señalando que al mencionar este producto se refiere igualmente a cualquier otra mezcla que contenga un valor nutritivo semejante y que esté elaborado con subproductos que hasta ahora no han sido utilizados para el consumo humano. Es muy interesante señalar los avances logrados en esta materia en las Américas: en Guatemala y en El Salvador se ha iniciado ya la

venta de la INCAPARINA y es de destacar que en Guatemala la demanda es muy superior a la producción actual. Todavía existen problemas de producción industrial, especialmente de empaque, por lo cual al presente no se puede cubrir la demanda por completo. Reitera que en otros países de la América Latina, utilizando la misma fórmula u otros subproductos se pretende elaborar mezclas con objetivo similar; por ejemplo, se hacen investigaciones en el Ecuador con el "chocho" (lupinus mutabilis); en el Perú con la quinoa y en Chile con la harina de pescado, cuya producción se ha iniciado ya. Todos estos esfuerzos, entre otros, encaminados a proporcionar a la población proteínas de bajo precio revisten importancia considerable en la prevención de la malnutrición infantil.

El Dr. Bengoa aclara que en lo que concierne al problema del bocio endémico tal vez exista en el documento presentado a la reunión alguna omisión, ya que los Representantes, en sus comentarios al Informe del Director, en el curso de la segunda sesión, mencionaron nuevos hechos. Así, en el documento se dice que solamente tres países, Guatemala, el Paraguay y Colombia, tenían programas de yodación de la sal a nivel nacional y que solamente dos, los Estados Unidos de América y la Argentina, lo tenían a nivel estatal o provisional. Sin embargo, por informaciones recibidas después, se sabe que en el Brasil, en el estado de São Paulo, existe un programa de sal yodada y en la República Dominicana se está llevando a cabo un programa de yodación de la sal a nivel local; México por otra parte, está a punto de iniciar otro de la misma clase. No obstante, parece interesante consignar que existe

legislación sobre esta materia en casi todos los países, pero parece, salvo que se reciban informes adicionales, que sólo los que se han mencionado la aplican. Agrega que hay el decidido propósito de dar un mayor estímulo a dichos programas.

El Dr. Bengoa hace constar que no sabe si la colaboración de los asesores de la Oficina será suficiente para dar el impulso decisivo al control del bocio endémico y estima que si esa obra no bastara habría que pensar en una acción más intensa.

El orador se excusa, por razones de tiempo, de no referirse a los programas de enriquecimiento de los alimentos, de alimentación suplementaria, de educación y otros, todos los cuales constituyen políticas básicas en el mejoramiento del estado nutricional de los pueblos. Señala que el Director está considerando la posibilidad de crear el año próximo un Comité Técnico Consultivo en Nutrición que servirá para orientar la política correspondiente, organismo que se estima indispensable.

Resumiendo su intervención, el Dr. Bengoa declara que la política de la Oficina en materia de nutrición se basará en fortalecer los cuadros de técnicos de los países, incrementando al máximo las actividades de adiestramiento de personal y creando nuevos centros de capacitación; en establecer una política de prevención de la malnutrición proteínica, utilizando para ello todos los medios posibles, pero en especial los relacionados con el fomento de nuevas fuentes de proteínas, la incorporación de los programas de nutrición en los centros locales de salud y el estímulo de los programas coordinados a que ha aludido anteriormente; en incorporar los programas de nutrición a los

planes nacionales de salud y estudiar la forma de coordinar los esfuerzos al respecto con otros organismos agrícolas y económicos para que dichos planes sean incluidos en los de desarrollo económico; en alentar las investigaciones, especialmente las de carácter epidemiológico, siguiendo los criterios a que se ha referido anteriormente; en promover programas específicos de yodación de la sal dándoles el impulso definitivo para lograr el control del bocio endémico en las Américas y, por último, en intensificar los programas encaminados a la educación nutricional de la población.

El Dr. Bengoa termina su intervención citando un pensamiento del filósofo Nicolás Bardiaeff, según el cual "conseguir el pan para sí es una preocupación material, pero conseguir el pan para los demás es una preocupación espiritual", y afirmando su convicción de que esta preocupación espiritual late en el ánimo de todos los reunidos.

El PRESIDENTE expresa su felicitación al Dr. Bengoa por su brillante exposición, que juzga muy interesante.

Se suspende la sesión a las 11:05 a.m. y se reanuda a las 11:40 a.m.
The Session was recessed at 11:05 a.m. and resumed at 11:40 a.m.

El Dr. LOPEZ HERRARTE (Guatemala) felicita al Dr. Bengoa por su excelente exposición de los problemas nutricionales de la América Latina, y por la referencia que ha hecho al Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, cuyo nuevo edificio para la Escuela de Nutrición se comenzará a construir dentro del corriente año fiscal. Refiriéndose a las manifestaciones del citado Asesor Regional en lo que concierne a la yodación de la sal, hace constar que en Guatemala se puso hace tiempo en vigor una ley al respecto, pero señala que, por razones de la integración económica centroamericana, fue motivo de preocupación que en otros países del Istmo no rigiera una legislación análoga sobre dicha cuestión. No obstante, tanto El Salvador como Honduras han establecido ya sus leyes de yodación. El orador considera que debe existir una coordinación muy estrecha entre las leyes de salud pública y las económicas de los demás países, para que no surgan problemas como el que se planteó en Guatemala en este sentido.

Alude al cambio de hábitos alimentarios experimentado por la población indígena de Guatemala, la cual se alimentaba casi en su totalidad con tortillas de maíz que, por su preparación, tienen un contenido vitamínico más elevado que la harina de trigo; sin embargo, debido a las actuales facilidades para obtener pan de trigo a precio más bajo, se consume ahora en mayor proporción este producto, habiendo sido necesario adoptar una ley que hace obligatorio el enriquecimiento vitamínico de la harina de trigo para evitar la avitaminosis de estas poblaciones indígenas.

Refiriéndose a la cuestión del aprovechamiento de la tierra en los países de la América Latina, donde solamente un bajo porcentaje de la superficie no es aprovechable, subraya la circunstancia de que, a pesar de este hecho, en tanto que descienden los precios del café, que es el producto principal de la mayoría de dichos países, lo que se traduce en una reducción del poder adquisitivo de las clases campesinas, aumenta el precio de los productos alimenticios que tales clases consumen. En otras palabras, mientras el café vale menos, el máiz vale más. El maíz constituye el principal producto alimenticio latinoamericano, y su precio sube no sólo por el mal aprovechamiento de las tierras, sino también por el aumento de los gastos de producción, especialmente de los transportes, etc. En Guatemala, el pequeño productor de café que vende un quintal de este producto a 4 quetzales, ha de pagar este precio por un quintal de maíz, lo que crea una situación lamentable. Señala que estos factores económicos, afectarán indudablemente mucho a los programas de nutrición de los países latinoamericanos y de Guatemala en particular.

Comparte la opinión expresada por el Dr. Bengoa, en el sentido de que tales programas deben ser elaborados a nivel local, casi rural, sin concentrarse en las grandes ciudades y considera muy útil en la práctica que los centros y las unidades de salud se encarguen de los programas nutricionales. Cuando los centros de salud se encargan de esos programas -agrega-, se estimula el interés de la colectividad a que el centro pertenece y aquéllos tienen un carácter más integral y adquieren mayor prestigio ante la opinión, especialmente en las áreas rurales y semirurales.

El Dr. PEÑA CHAVARRIA (Costa Rica) considera que la exposición del Dr. Bengoa ha dado por primera vez amplitud continental al tema de la nutrición. De todos los problemas en relación con la salud pública, ninguno es más importante en la América Latina que la nutrición. En la evolución y en la importancia de todo problema médico, de todo problema de salud, y hasta en la de ciertos problemas quirúrgicos, hay un trasfondo de nutrición. Cualquier actividad que se realice en esta materia rendirá a la salud pública del Continente, frutos en proporción de ciento por uno. El problema de la nutrición no es sólo un problema médico, de salud, sino también un problema educativo y, por encima de ambos, un problema económico. De aquí que resulte de una trascendencia enorme que el Consejo Directivo pida a todos los Gobiernos de América Latina que coordinen las actividades de salud con las de otra índole para resolver el problema nutricional. De no hacerlo así, el fracaso es seguro, porque la simple educación, bien sea en el sector popular, o en los sectores médicos o de salud, por sí sola, estaría condenada al fracaso. Confirma lo expresado por el Dr. Bengoa respecto a que en Costa Rica, la incidencia del síndrome pluricarencial en el hospital guarda una correlación muy estrecha con los precios del café. Añade que en estos momentos, las salas del hospital a su cargo están recibiendo un número considerable de pacientes de malnutrición, no solamente niños de corta edad sino también ancianos. Considera, pues, importante que el Consejo Directivo llame la atención de los Gobiernos para que aúnen los esfuerzos de los Ministerios de Agricultura, Educación, Sanidad, y Economía a fin de resolver debidamente este problema nutricional.

Felicita a la Oficina Sanitaria Panamericana por haber presentado este tema a la discusión general, así como por la ayuda que presta al INCAP y elogia al Gobierno de Guatemala por el continuo apoyo ofrecido a esa Institución, que es hoy, científicamente, la primera institución médico-sanitaria del Istmo centroamericano.

El Dr. FRICKE (Chile) confiesa la honda impresión recibida por la exposición del Dr. Bengoa, aunque discrepe de éste en lo relativo a la ausencia de escorbuto y pelagra en la América Latina.

Las últimas comprobaciones, hechas mediante encuestas muy prolijas, indican la existencia de estados pelagroides, y de carencia de vitamina C evidentes, e incluso de síndromes pluricarenciales. ¿Cuáles son las causas de este estado de cosas en las Américas?, se pregunta. En primer lugar, la producción insuficiente e inadecuada de alimentos. En segundo lugar, los deficientes métodos de conservación y almacenamiento de éstos.

Afirma que cientos de miles, tal vez millones de toneladas de alimentos, se pierden por mala conservación y mal almacenamiento. La distribución de los alimentos no está racionalizada; el costo elevado de los mismos no guarda relación con el poder adquisitivo de los grupos mayoritarios de la población. Otro de los factores que influye en este estado de cosas - agrega - es la ignoracia del consumidor para elegir, adquirir, preparar y consumir los alimentos. El adulto de hoy nunca ha aprendido eso, porque nadie se lo ha enseñado en ninguna parte. Afirma que los servicios de salud pública deben ser los promotores y orientadores de los Gobiernos y organismos oficiales de cada uno de los países, a fin de regular, con criterio biológico, perfectamente claro, las actividades de producción, distribución, almacenamiento, industrialización

y consumo de alimentos con el objeto primordial de ofrecer los apropiados, a todas las poblaciones sin distinción, en cantidad y calidad suficientes para lograr y mantener un buen estado nutritivo de las mismas y, de esta forma, mejorar la salud individual y social.

Declara que a los servicios de enseñanza, en coordinación con los de salud pública, corresponde una de las labores de mayor trascendencia en cuanto a los programas de alimentación: la de enseñar, mediante los maestros en las escuelas, materias tales como nutrición y salud, distribución del presupuesto familiar, adquisición de alimentos, mejor aprovechamiento de los mismos, etc. Si se inculcan a los niños estas nociones, en pocos años se habrá modificado en forma substancial, tanto el panorama nacional de la salud de cada uno de los países, como el internacional.

Informa que en Chile se está comprobando como por medio de una pequeña revista distribuida en las escuelas, en la que se representan gráficamente los cuatro grupos principales de alimentos, figurando además una página que, en forma sencilla y clara, no sólo se contienen datos de calorías y de composición química de los alimentos, sino que se indica lo que los niños deben comer, se ilustra a las madres sobre la dieta infantil más conveniente. De ahí la necesidad de insistir en la utilidad de esta labor educativa del niño actual. Subraya que es preciso orientar la educación hacia cuatro grandes frentes: el del hogar, por medio de centros de salud en los cuales se instruya fundamentalmente a la madre, utilizando alimentos de producción local; el de la escuela, de extraordinaria importancia para esta educación; el del sindicato o la

fábrica, en donde se procura infundir responsabilidad al jefe del hogar. Por último, la información en masa a la colectividad, utilizando las revistas, la prensa, la radio, la televisión, carteles, folletos, etc., a fin de saturar a la población con informaciones sencillas y prácticas sobre los diversos temas.

A continuación el Dr. Fricke subraya las palabras del Dr. Bengoa referentes al personal técnico capacitado que se necesita para el desarrollo de un programa nutricional. Agradece públicamente a las diversas organizaciones, -la FAO, la OSP/OMS y el UNICEF- la cooperación prestada a Chile a este respecto, pero señala que para el desarrollo de cualquier programa es preciso conocer muy bien el problema respectivo en cada uno de los países de América. Considera que debe realizarse un estudio bioestadístico de morbilidad y de mortalidad que permita conocer con mayor precisión las enfermedades y causas de muerte, relacionadas con el estado de nutrición, especialmente en los niños de uno a cuatro años; el grado de desnutrición en las madres lactantes, etc. etc., e indica que estudios de este tipo se han hecho ya en Chile, así como investigaciones por muestreo sobre nutrición en grupos de población atendidos por los servicios de salud pública.

El carácter del problema no es solamente económico, sino más bien social, educativo. Y los organismos locales de salud, en general, no están preparados para una instrucción alimentaria eficaz. En Chile se está aplicando al personal en servicio un profundo programa de preparación, para que cuente con la capacitación que requiere el desarrollo de un programa de instrucción alimentaria para toda la población. Desde

luego, es necesario que los servicios de salud de cada país asesoren y supervisen las actividades de auxilio directo en alimentos, definiendo exactamente los objetivos, vigilando su riguroso cumplimiento a través del tiempo y midiendo el rendimiento. En Chile, el Servicio Nacional de Salud distribuye actualmente entre nodrizas, embarazadas y especialmente entre lactantes y niños en edad preescolar, unos cien millones de litros de leche al año.

El Dr. Fricke concluye expresando la felicitación de la Delegación de Chile al Dr. Bengoa por su exposición.

Se levanta la sesión a las 12:05 a.m.
The session was adjourned at 12:05 a.m.

consejo directivo

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

XIII Reunión

comité regional

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

XIII Reunión

Washington, D.C.

Jueves, 5 de octubre de 1961, a las 2:40 p.m.
Thursday, 5 October 1961, at 2:40 p.m.

CD13/43
8 octubre 1961
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA SEXTA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE SIXTH PLENARY SESSION

Presidente: Dr. José Alvarez Amézquita México
Chairman:

Indice
Contents

Tema 29: Programa de Nutrición en las Américas (continuación)
Topic 29: Nutrition Program in the Americas (continued)

Tema 23: Discusiones Técnicas: Métodos de evaluación de los aportes de los programas de salud de desarrollo económico
Topic 23: Technical Discussions: Methods of Evaluation of the Contribution of Health Programs to Economic Development

Elección del Director de Debates y de los Relatores
Election of the Moderator and the Rapporteurs

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar al Jefe de los Servicios de Secretaría (Cuarto 1316) las correcciones que deseen ver introducidas en el texto, dentro de las 48 horas siguientes a su distribución. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión del Consejo.

Note: These précis minutes are provisional. The representatives are therefore requested to notify the Chief Secretariat Services, (Room 1316) within 48 hours, of any corrections they wish made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the meeting of the Council.

TEMA 29: PROGRAMA DE NUTRICION EN LAS AMERICAS (continuación)
TOPIC 29: NUTRITION PROGRAM IN THE AMERICAS (continued)

El PRESIDENTE abre la sesión.

El Dr. BUSTAMANTE (Mexico) comienza su intervención encomiando la magnífica exposición que hizo en la sesión de la mañana el Dr. Bengoa sobre el problema de nutrición que a todos interesa mucho como problema social y que tiene múltiples ramificaciones. Recuerda que la Oficina Sanitaria Panamericana ya tuvo el problema de la nutrición como tema de las Discusiones Técnicas en 1953, y estima que es oportuno considerar la necesidad de seguirse ocupando todavía del asunto.

Comenta el punto histórico señalado por el Dr. Bengoa de que los alimentos de América sirvieron para la mayoría de las poblaciones del mundo que en el pasado se vieron aquejadas de hambres periódicas en tanto que los alimentos de Europa sólo son hoy accesibles para una minoría de las poblaciones de América que cuentan con medios para alimentarse, refiriéndose especialmente a la contribución del maíz y las papas, y por otra parte a la introducción en el Continente del trigo, el café y el azúcar. Agrega que seguramente las poblaciones aborígenes de América estuvieron bien alimentadas según lo demuestra el progreso de varias civilizaciones, como las del Perú y México.

Recoge lo manifestado por el Representante de Guatemala en cuanto al interés de los mexicanos por el problema del maíz e incidentalmente señala que, gracias a un descubrimiento técnico precolombino, se hizo posible la conservación de la capacidad alimenticia de este grano, método

que no ha sido aprovechado en todas partes, procediéndose en algunos países al enriquecimiento del pan de trigo, cuando podría utilizarse el grano americano.

Se refiere a algunos aspectos del problema de nutrición que son interesantes para los países de América y se ocupa de la educación, diciendo que a veces ésta puede ser dañosa, como ha ocurrido por ejemplo, en los casos de los refrescos, las bebidas alcohólicas y el consumo de vitaminas. No se ha hecho una educación médica para lograr una buena alimentación, utilizando lo que agrada a la gente, lo que ésta conoce y sabe consumir y, en cambio, se ha aprovechado comercialmente la necesidad que tiene el ser humano de comer, o de tomar algo que no sea alimento precisamente, pero que en ocasiones pueda parecer que lo es, lo que ha dado lugar a que se consuman vitaminas en cantidades fabulosas, productos que son caros y que no constituyen alimento, y en los que se gastan sumas que deberían ser canalizadas hacia la alimentación. Lo mismo ocurre en algunos lugares con el consumo de refrescos, bien presentados y anunciados, en los que la gente gasta un dinero que resta, por tanto, a su alimentación.

Habla del programa de educación de las madres a este respecto, que se lleva a cabo en México bajo la dirección del Secretario de Salubridad y Asistencia, Dr. Alvarez Amézquita. Como parte el programa de mejoramiento de la comunidad rural, se está tratando de que las madres de familia aprendan a guisar algunos de los alimentos que ordinariamente se adquieren ya, con el fin de hacerlos más agradables y lograr que su

consumo aumente. Se ocupa del problema de la tortilla de maíz que interesa a Guatemala y a México, en donde tal producto se prepara en forma mejor que el pan de harina completamente blanca y habla también del consumo de ciertos animales como, por ejemplo, las iguanas, cuya carne tiene valor nutritivo y no debe ser rechazada por los médicos sólo por el hecho de que se trate de un alimento que no corresponde a la cultura europea. Esto muestra que el problema de educación no es sencillo, ya que abarca la correspondiente a los médicos, a las madres de familia, a los niños y a los Gobiernos. Compara el problema de la nutrición con el del agua potable, en el que, según dijo el Representante de México en sesión anterior, primero se necesita que haya agua suficiente, y después ya se hará que sea potable. De igual modo, primero se necesita que haya alimentos y después deberá considerarse cómo prepararlos mejor. Habla de la responsabilidad que en relación con el problema incumbe al personal de salud pública y señala la excesiva importancia que se ha dado a ese respecto a la bioquímica. Cree que los especialistas de la nutrición no deben alejarse de los seres humanos, ni encerrarse en una especie de torre de marfil, dedicados a hacer análisis de alimentos y de su composición, sin dejar que en sus labores participen los trabajadores de salud pública de campo que son precisamente los que están más en contacto con la gente y estima que el problema de la nutrición ha de ser considerado como un problema de salud pública. Quienes se ocupen de él --agrega-- deben conocer a los seres humanos, sus costumbres, tradiciones, y gustos; saber lo que les agrada comer y señala lo equivocado que es desarrollar campañas con ideas importadas, con carteles en los que se representan

alimentos que no se conocen en el país o que se conocen en otra forma, en vez de presentar de modo atractivo los que son conocidos por el pueblo y que éste tiene a su alcance.

A juicio del Dr. Bustamante, lo mejor que podría hacerse en la presente Reunión es situar el problema de la nutrición al nivel del trabajador de salud pública e incluirlo en el programa de saneamiento y desarrollo de la comunidad rural, de modo que la madre aprenda a guisar, y el niño aprenda a tomar su alimento en los desayunos escolares. Señala la relación entre la nutrición y la antropología social, tal como se reconoce en los estudios de la Escuela de Salud Pública de México. Hay que estudiar a los seres humanos como tales y estar cerca de ellos, sin abusar de términos científicos tales como vitaminas, lo que corre a cargo de los anunciantes, y por cierto con un éxito extraordinario. Afirma que si se ha exportado la caseína para fabricar plásticos, es porque no ha habido suficiente información para valorar su importancia nutricional. Cree que los datos que posee la Oficina sobre los programas de nutrición en los países tal vez sean insuficientes en diferentes aspectos; por ejemplo, habla de la campaña que se realiza en México para yodar la sal. Actualmente, además de las plantas fijas, hay en dicho país un servicio móvil que lleva la sal yodada a las comunidades. En la "Revista de Salud Pública", de México se publicará un informe del Secretario de Salubridad, ilustrado con una fotografía del vehículo que presta tal servicio. Confía el Dr. Bustamante en que la Oficina pueda obtener de los países informes más completos y actualizados sobre la situación exacta en relación con los programas de nutrición, y felicita a

aquélla por haber incluido este tema en el programa, dando oportunidad a los Representantes para exponer sus ideas y opiniones sobre el particular; de modo especial expresa sus congratulaciones al Asesor Regional en Nutrición por la magnífica exposición con que completó el Informe escrito. Desea que se siga tratando el tema en futuras Reuniones y que se pase del simple intercambio de impresiones a la acción.

Para terminar, y en relación con el aspecto social del tema que se examina, el Dr. Bustamante recuerda la frase citada en la exposición original de la existencia de hombres sin tierra y de tierra sin hombres. Como se ha hablado de la necesidad de la distribución de la tierra, afirma que México se encuentra en plena realización de la reforma agraria, que es una de las obras principales de la revolución mexicana desde 1910, y en su informe del primero de septiembre pasado, el Presidente de la República, Licenciado López Mateos, pudo decir que la sexta parte de la tierra que se ha distribuido lo ha sido en los tres años últimos, distribución que continúa, a fin de que los hombres tengan tierra y la hagan producir con el cariño que los seres humanos sienten por ella, contribuyendo así al progreso de sus respectivos países y al de la humanidad en general.

El Dr. HYRONIMUS (Francia) se asocia, ante todo, a las felicitaciones que se han dirigido al Dr. Bengoa por su excelente Informe y la magnífica exposición hecha en la sesión de la mañana.

Manifiesta su interés por las intervenciones de los Representantes que han hecho uso de la palabra, señalando la gran complejidad del problema de la nutrición, que es, en suma, un problema social, económico

y de educación que ha quedado bien planteado para poder abordar a fondo los métodos que permitan mejorar en años venideros la alimentación humana y particularmente la de los países pobres y la de aquéllos cuyos recursos son insuficientes.

Manifiesta la impresión que le ha causado saber que, en América, como en otras partes del mundo, apenas el 7 o quizás el 10% de la tierra está reservada a los cultivos destinados a la alimentación humana, en tanto que el crecimiento anual de la población en América Latina es de cinco millones y mayor aún en otras partes del mundo. Se reducen, pues, los recursos alimentarios per capita al mismo tiempo que las necesidades aumentan.

El Dr. Hyronimus se pregunta cómo puede hacerse frente a esta situación. Evidentemente por medio de la educación. Se desperdicia una considerable cantidad de productos alimentarios, cuando es evidente que una mejor utilización de los alimentos permitiría distribuirlos de manera más satisfactoria.

Añade que no es esto suficiente, porque es preciso, además, desarrollar la producción y regularizar los mercados, ya que se da el caso desconcertante de que hay ciertos productos que están insuficientemente cultivados porque los precios en la producción son muy bajos y en el consumo muy elevados. Este es un problema económico muy importante que corresponde examinar a los economistas, aun cuando el personal de salud tiene también algo que decir al respecto. Hay que buscar la forma de que el productor reciba una mayor retribución y se sienta estimulado para

producir más y de mejor calidad, disminuyendo los intermediarios; hay que tratar muy de cerca ese problema del circuito económico de la producción y el consumo hasta lograr que la humanidad pueda comer lo que necesita.

El Representante de Francia se ocupa seguidamente del problema de la conservación. Muchos productos se pierden por la mala conservación; así, por ejemplo, en las islas, que tienen en el pescado una abundante base de alimentación, producto que se estropea muchas veces porque los procedimientos de pesca no son buenos y los de refrigeración y conservación, insuficientes. Lo mismo puede decirse de la leche y de otros alimentos.

El Dr. Hyronimus recoge lo dicho por el Dr. Bengoa sobre las anemias, que atribuye principalmente a la falta de hierro y a la mala calidad de la nutrición. Dice que en la Martinica, la Guadalupe y la Guayana Francesa una de las causas de anemia son los parásitos intestinales, la anquilostomiasis, lo que va unido al problema de la nutrición y del saneamiento.

Termina diciendo que hay en todo ello un problema de información, un problema de educación y un problema económico, los cuales han de ser resueltos si se quiere mejorar la nutrición y elevar el nivel medio de la alimentación humana.

El Dr. SANCHEZ VIGIL (Nicaragua) felicita al Dr. Bengoa, y se ocupa de su trabajo, que tanto interés ha despertado.

Dice que el problema de nutrición existe desde los comienzos de la humanidad, desde que el hombre necesitó buscar las plantas o las gramíneas que producen más para poder alimentarse. Habla de las tres civilizaciones: del maíz en América, del trigo en Europa y del arroz en el Lejano Oriente, y señala el factor económico como factor de primera importancia en el problema. Respecto a la educación afirma que es un proceso largo. Recuerda a este propósito que cuando se descubrió que el beriberi provenía de comer arroz descascarillado y muy pulido, se trató de hacer que la gente en el Extremo Oriente comiera arroz sin pulir, y sólo se consiguió eso en un 7%, hasta que alguien pensó resolver el problema mediante la adopción de una medida fiscal, estableciendo un impuesto al arroz muy pulido y eximiendo de él al otro arroz.

Habla de la evolución de los hábitos alimentarios por motivos económicos y cita a Nicaragua donde se empleaba manteca de cerdo y ahora aceites vegetales más baratos. Formula a continuación algunas consideraciones sobre el programa coordinado de nutrición aplicada que se está desarrollando en Nicaragua en colaboración con el UNICEF, la FAO y la OSP. En el plan experimental de desarrollo, al principio participaron sólo tres ministerios: los de Salubridad, Educación y Agricultura, pero posteriormente se incluyeron, como indispensables, los de Economía y de Trabajo, este último sobre todo por lo relativo al salario mínimo, alimentación del trabajador, etc. Participaron también en el plan, 47 escuelas rurales, 10 centros de salud, 5 servicios de extensión agrícola y 5 agencias de banco.

Expone la labor de educación que se realiza a través de las escuelas y centros de salud, proporcionando leche. A continuación hace consideraciones sobre el régimen de patronazgo, en el cual el indio no tenía ocasión de aprender lo que era el dinero, que administraba el patrón.

Dice que en cuanto a la situación alimentaria, el estado de Nicaragua es bastante bueno. Desgraciadamente, la baja del café y otros productos, y el alza de los artículos manufacturados afectan considerablemente a la América Latina y reconoce la necesidad de ayuda exterior para resolver los problemas. Se refiere al INCAP y a la INCAPARINA que es un alimento bastante aceptable, y habla de los productos agrícolas de que dispone Nicaragua --mijo, trigo, maíz, etc.-- de manera que sólo necesitaría importar pocas cosas para lograr una mezcla de esa naturaleza. Da cuenta de los trabajos que se realizan al respecto.

El Dr. FAUCHER (Haití) une su felicitación a las que se han dirigido ya al Dr. Bengoa por su excelente Informe.

Se ocupa del problema de la malnutrición, que reviste en su país proporciones dramáticas, sobre todo la malnutrición de la infancia. Es un drama que Haití comparte con otros países, como lo han demostrado las encuestas realizadas y es un problema que entraña una amenaza de gravedad extraordinaria para la vida humana de la comunidad haitiana. La malnutrición es a veces causa en Haití de una mortalidad elevadísima, que se debe en parte a una educación sanitaria francamente inadecuada.

Dice que el Gobierno, con la cooperación de determinados organismos internacionales, trata de combatir la malnutrición y estudia la posibilidad de poner a disposición del pueblo, productos económicos, como la INCAPARINA por ejemplo, que podría dar resultados apreciables.

El Dr. Faucher cree que este importante problema ha de tener prioridad sobre otros varios y aboga por la creación de centros de higiene maternoinfantil para la difusión de la educación sanitaria indispensable y para facilitar a los niños enfermos alimentos ricos en proteínas.

Termina manifestando la plena confianza de su país en la Organización Mundial de la Salud para que con su cooperación se pueda dar rápida y radical solución al problema que ha sido objeto del impresionante Informe del Dr. Bengoa.

El Dr. DELVA (Haití) dice que del problema de la nutrición conviene hablar con circunspección, pues es mucha su complejidad y afecta a todas las disciplinas, no solamente a las científicas, sino también a las relativas a la agricultura, la educación, la economía y la salud pública.

Se refiere al aumento de la producción y se pregunta qué producción es la que hay que aumentar, pues cada país de la América Latina tiene sus usos y costumbres, y sus tradiciones respectivas. En los países insuficientemente desarrollados, en general, muchos de sus habitantes, incluso los más ilustrados, saben comer, pero no saben alimentarse. La cuestión es saber qué parte de la producción debe aumentarse.

Habla de la encuesta efectuada en 1957 en Haití, por un grupo de investigadores auspiciada por el fondo de la "Williams-Waterman", apoyada por exámenes de laboratorio de bioquímica, para determinar la composición de algunos alimentos que consume el pueblo.

Agrega que una vez conocida la composición de dichos alimentos hay que enseñar a la gente a prepararlos y a consumirlos, y esta tarea incumbe a los servicios de educación.

Afirma que la educación no es fácil, aunque no sea imposible, pues debe empezar por la mujer embarazada, ya que el adulto está habituado a un régimen alimentario difícil de desarraigar.

Señala la necesidad de la atención maternoinfantil, y dice que los resultados de esta labor no se conocerán hasta pasados diez o quince años.

Afirma que todo ello lleva la cuestión al terreno económico, y en países donde la situación económica es precaria, ¿qué cabe esperar de los programas? Esto es lo que hace dramática la situación. Termina declarando que es preciso abordar el problema cuanto antes, porque sólo podrá ser resuelto por etapas y éstas sólo podrán ser efectivas a largo plazo.

Dr. NICHOLSON (United Kingdom) stated that the importance of nutrition was well recognized in the British Caribbean territories, where nutrition studies carried out in the past two decades had led to some

improvement in nutrition. Much remained to be done, however, and an integrated policy would be pursued to that end. The Tropical Metabolism Unit of the University College of the West Indies and the Imperial College of Tropical Agriculture had already contributed much to our knowledge of food crops, their production, storage, and marketing.

The discussions at the recent Conference on Nutrition in Puerto Rico which Dr. Gillette and he had recently attended, and their own experience, showed that the nutritional problems in the Caribbean were not those of the major nutritional disorders but rather of a diet deficient in foods that were good sources of the Vitamin B complex. Nevertheless, indirect clinical manifestations of malnutrition, such as gastro-enteritis and bronchopneumonia, were in evidence and pointed to a fairly high incidence. Kwashiorkor was seen mainly in hospitals and only among patients coming from the most indigent and ignorant sector of the population. Anaemia was also present.

Assistance was being requested of UNICEF, FAO and PASB in a plan of operations to improve the general health, including nutritional health, of the population. The objectives of the plan were to organize and develop nutritional programs, special emphasis being given to operational research, education, increased food production, and coordination between departments and voluntary agencies.

In conclusion, he wished to congratulate Dr. Bengoa on his stimulating account of the Organization's activities in the field of nutrition.

El Dr. LATUFF (Venezuela) dice que conoce al Dr. Bengoa por su labor en Venezuela, país al que dio lo mejor de su acervo científico y donde desde la simple posición de médico rural en 1938 llegó a alcanzar puestos directivos y de asesoría en el Instituto Nacional de Nutrición.

Extiende sus felicitaciones a los demás Representantes que han intervenido brillantemente para poner de manifiesto la situación nutricional de las Américas, problema que no es solamente americano, sino del mundo entero.

Expresa cómo en su país se enfoca ese problema, sujeto a medidas de orden general de las cuales cita algunas, principalmente la reforma agraria, las mejoras y el estímulo a la industria alimenticia, la educación sanitaria, el fomento de huertos familiares, etc. Manifiesta que la reforma agraria tiene por objeto dotar al campesino de tierra, y romper la estructura feudal de la propiedad. En los últimos 30 meses, 35.000 familias campesinas han sido dotadas de tierra, y han recibido asistencia técnica permanente y crédito supervisado que se elevó, en 1960, a 150.000.000 de bolívares; el fomento de la industria avícola, permitió al país dejar de importar en el año pasado 300.000.000 de huevos; también la penetración agrícola facilitó al productor el acceso a los mercados y la obtención de mejores precios, evitando el intermediario; el año pasado se construyeron 1.000 Km de caminos agrícolas; mediante la investigación agrícola y pecuaria, se han obtenido híbridos de maíz, en la variedad "obregon", cuyo rendimiento es 5 veces mayor, siendo el maíz uno de los alimentos básicos de Venezuela.

Habla el Dr. Latuff del fomento ganadero en algunos distritos y del subsidio a la leche, subsidio que varía según las condiciones higiénicas del producto, lo que ha contribuido al desarrollo de la industria lechera y ha impedido la alteración de los precios. Se ha creado la Junta Nacional del mercado de productos agropecuarios; se ha reorientado el presupuesto nacional hacia la inversión en obras reproductivas agropecuarias e industriales para combatir el alto costo de los productos alimenticios y el desempleo, ambos factores de desnutrición. El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, actúa al respecto a través de sus institutos autónomos: el Patronato Nacional de Comedores Escolares y el Instituto Nacional de Nutrición.

Refiere el Dr. Latuff que en 1960 hubo un aumento de los comedores escolares en un 39,04% en relación con el año 1959; había 410 comedores y se elevaron en un año a 671 en todo el territorio del país; se atiende en ellos a 106.750 escolares y en 1960 se suministraron aproximadamente 15.000.000 de almuerzos. Indica que se inició un programa experimental de meriendas, que permitió atender a 2.625 niños residentes en lugares apartados de la escuela, luchando en esta forma contra la deserción escolar. Dice que esta experiencia ha producido el convencimiento de que no pueden ser uniformes los procedimientos para todo el país, haciéndose necesario sistemas distintos al comedor escolar, que sean económicos y prácticos, y sobre todo que aporten una dieta equilibrada. Señala que en 1960 Venezuela tenía una población de 6.050.000 habitantes y el 20% correspondía a la población escolar, que representaba 1.261.106 escolares; el total de 671 comedores escolares esparcidos en

todo el territorio nacional atiende a 106.750 niños, pero quedan muchos más sin atender. Expresa que el Estado no podrá resolver por completo este problema a expensas de sus propios recursos, y se trata de mancomunar los esfuerzos para aminorarlo. Se ha logrado que las unidades sanitarias, así como las medicaturas rurales, influyan en sus comunidades para que contribuyan a la solución de los problemas escolares. Expone que en materia docente, se realizan cursos para directoras ecónomas de comedores escolares. Alude a otra forma de combatir la desnutrición, consistente en el reparto de vasos de leche en las escuelas; solamente en el año 1960 se repartieron 5.037.458 vasos de leche.

Estima el Dr. Latuff que la solución del problema nutricional hay que concebirla como una empresa a largo plazo por lo que, entretanto, se da protección al niño en edad preescolar a través del Instituto Nacional de Nutrición, proporcionando el producto lácteo denominado "PL", y existen en todo el territorio venezolano puestos en número de 669, que prestan protección aproximadamente a 34.400 niños durante seis meses, de manera que la cifra de niños beneficiados en el año, se duplica. Indica que la planta para la preparación de este producto tiene una capacidad de 3.774 toneladas métricas por año de producto elaborado, lo que equivale a una producción de 76.200.000 dósis por año. Además hay en Venezuela programas de protección a los enfermos carenciales, a las gestantes, programas para las colectividades, de educación sanitaria, educación alimentaria familiar y comedores populares.

Concluye diciendo que todo lo expuesto obedece a una política nacional de alimentación coordinada y planificada.

El Dr. OLGUIN (Argentina) expresa que en su anterior intervención mencionó en forma muy general la política sanitaria desarrollada en su país por el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, basada fundamentalmente en el concepto de salud como factor del progreso social y desarrollo económico. Se refiere al programa de nutrición en las Américas, y dice que su sola enunciación abre las puertas al examen de un tema de gran trascendencia como factor contribuyente, junto con la educación, la vivienda, los salarios, el saneamiento, la producción y el bienestar social, etc., en un proceso integral cuyo producto es la salud.

Juzga que el problema de la nutrición es complejo, y que para su solución es necesaria la adopción de una orientación doctrinal que tenga en cuenta los aspectos técnicos y prácticos y su desarrollo sobre la base de una coordinación de esfuerzos nacionales e internacionales, tanto en el plano económico, como en el social, cultural, agrícola y de la salud; y que requiere fundamentalmente contar con los recursos financieros y el personal técnico capacitado que sean necesarios.

Dice que después del interesante informe presentado por el Dr. Bengoa, a quien la Delegación argentina felicita, y refiriéndose al tema en algunos de los aspectos, desea expresar el estado actual que el problema presenta en su país. Añade que la política de los países de América en materia nutricional se basa fundamentalmente: 1) en la consideración permanente de las existencias de alimentos sobre la base de encuestas de producción y de consumo; 2) en la investigación de carencias;

3) en la determinación periódica del estado nutricional representado por un biotipo nutricional, y 4) en la organización de servicios y de institutos de alimentación.

Señala el Dr. Olguín que en el problema planteado, los dos aspectos opuestos, la sobrealimentación y la desnutrición han merecido, en su país, la consideración de prioridad relativa que merecen. Los planes de desarrollo formulados y su ejecución han sido orientados fundamentalmente hacia la desnutrición clínica o subclínica, al estudio de sus causas, deficiencia total, calórico-proteínica, o proteínica exclusivamente, pues se trata de problemas principalmente de orden carencial.

Dice que el bocio endémico constituye en la Argentina un problema de salud pública; su incidencia alcanza en algunas provincias hasta un 80%. Cuenta el país con una Comisión Nacional de Lucha contra el Bocio Endémico así como Institutos del Bocio en las provincias de Mendoza, Salta y La Rioja. Se han tomado medidas de yodación de sal, a nivel provincial (Mendoza). Además, el Gobierno ha realizado estudios combinados mediante convenios entre la nación y la provincia, la realización de planes integrados de salud pública y la colaboración internacional y elabora una programación del problema sobre la base de una adecuada investigación epidemiológica. El Seminario Internacional proyectado por la OSP en el país, acaso permita, a la par que una evaluación del problema en América Latina, considerar ciertos aspectos técnicos relacionados con la solución del problema del bocio en sus proyecciones médicas y sociales. Con respecto a la creación del Centro panamericano del bocio endémico, considera que sería de gran interés.

El Dr. Olguín expresa que la etiología de las anemias está siendo estudiada en escolares, en el Instituto de Hematología, integrante del Instituto Nacional de la Salud, el consumo inadecuado, la absorción defectuosa, la eliminación exagerada a causa del sudor, la anquilostomiasis. Las deficiencias vitamínicas, sobre todo las de complejo B y la vitamina A, son también tema de estudio, así como la falta de armonía alimentaria, los trastornos de absorción y el exceso de consumo. Destaca en este panorama, por su repercusión, el desarrollo físico, la baja resistencia a las enfermedades, el escaso rendimiento en el trabajo, la importancia de la deficiencia subclínica; señala la necesidad de realizar encuestas periódicas que permitan establecer prioridades de inversión y estructurar los planes de desarrollo. Se refiere a la experiencia realizada en la Argentina por el Instituto Nacional de Alimentación sobre racionalización de comedores industriales. Expone el problema del consumo de alimentos así como el de la tendencia de la producción, destacando que la acción se ha orientado hacia el encauzamiento del aumento de la producción a través de la regulación de los mercados y por medio de una orientación alimentaria adecuada, aprovechando los residuos y los productos agropecuarios que, indudablemente, abaratan de modo indirecto el costo de los productos y aumentan su rendimiento económico.

El Dr. Olguín destaca el apoyo que se está prestando en su país a la tecnificación de la producción y a la elaboración de alimentos. Dice que la inclusión de equipos tecnológicos de los institutos de alimentación, proveerá las normas apropiadas en cada zona y que, por su parte, la educación alimentaria, utilizando todos los medios de difusión

permitirá el mejor aprovechamiento de los alimentos existentes. Señala que el problema de distribución de tierras se encuentra en vías de solución.

En cuanto al poder adquisitivo indica que la elevación de éste dependerá del control de precios o del mejoramiento de la metodología tecnológica así como de la racionalización dentro del presupuesto familiar, de las inversiones en alimentos, todo ello sobre la base de una eficiente educación alimentaria. Refiriéndose a la situación de la educación, dice el orador que su país goza de una situación relativamente buena, del 10 al 11% de analfabetos. Señala el Dr. Olguín en este aspecto el apoyo del UNICEF a la factible realización de planes docentes y que incluso podrán ser aplicados en las zonas con baja alfabetización.

Con relación a las actividades de la OSP en 1960 y 1961, y a sus programas para 1962 y 1963, el Dr. Olguín sugiere que entre los asesores de nutrición que se destinen a las zonas uno de ellos tenga su sede en la Argentina. En cuanto a la proyectada reunión de los asesores de nutrición de la Oficina que tendrá lugar en el año 1962, indica la conveniencia de que los Gobiernos presenten sus planes para ser examinados en dicha reunión a fin de que de ella surja la adopción de sistemas o criterios más uniformes y permanentes en los planes de desarrollo. Considera que entre los objetivos fijados por la OSP en materia de nutrición, el primero, que consiste en elaborar un inventario de los problemas nutricionales del Hemisferio y establecer un orden de prioridades, ya se viene cumpliendo en su país; la doctrina argentina de biotipo nutricional,

dinámico, es la expresión de este enfoque. Dice al respecto que se está trabajando en la determinación de ese biotipo nutricional mediante adecuadas escalas de valores. Expresa que el Instituto Nacional de Alimentación, cubre estos aspectos de los problemas alimentarios, centralizando su planeamiento y su ejecución, considerando la composición de los alimentos, las características individuales y colectivas de la alimentación complementaria y suplementaria, así como las investigaciones de laboratorio y de campo. En cuanto a la capacitación de técnicos, el Instituto incluye en su plan de trabajo el adiestramiento en los distintos niveles que fija su organización, formando encargados de centros de información alimentaria, técnicos de encuestas de producción y de consumo, nutricionistas, teniendo como base las dietistas actuales; médicos nutriólogos, técnicos instrumentistas capacitados para atender equipos aplicados a la industria alimentaria, químicos capacitados y técnicos de muestreo. Considera que este programa, que ahora se inicia, contribuirá a la solución del problema alimentario.

En cuanto a la política de nutrición y de alimentación, señala que el Instituto Nacional de la Alimentación está preparado para trabajar en colaboración con el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria, y con el Instituto Nacional de Tecnología Industrial. Acoge favorablemente la idea de que la próxima Conferencia sobre Problemas de Nutrición de América Latina, auspiciada por la FAO y la OMS, que se celebrará en 1963, tenga como principal tema la planificación nacional de la política de nutrición y alimentación. Dice que en su país, se está estructurando la planificación nutricional y alimentaria. El programa comprende los

centros de información con sus unidades regionales, departamentales y locales, la confección del mapa alimentario nacional mediante encuestas de consumo, encuestas de producción, planeamiento, estado de biotipo nutricional regional y capacitación técnica.

Indica el Dr. Olguín que las investigaciones sobre distintos aspectos del problema se están llevando a cabo en una acción coordinada dentro de los planes de trabajo científico del Instituto Nacional de la Salud. Expresa que estas investigaciones son complementarias de las que en otros ámbitos se realizan en el país en el aspecto específico de la nutrición y que se orientan fundamentalmente hacia la ejecución de planes prácticos. Con este criterio, se han realizado estudios que ofrecen como resultado la formulación de mezclas alimentarias. Explica que actualmente se ha desarrollado una mezcla regional para la zona central del país: es un producto cuya composición comprende: harina de maní, sorgo, frijol, trigo, mijo, levadura, carbonato de calcio y vitaminas. Sus perspectivas son muy favorables si se tiene en cuenta el costo de las materias primas para su elaboración, su costo comercial, su posibilidad de elaboración regional, su valor económico comparativo, sus contenidos proteínico, vitamínico y mineral y su valor calórico. Considera que dicha mezcla tiene posibilidades de ser ofrecida en forma variada ya como ingrediente en la panificación, en la elaboración de pastas y fideos o en forma directa. A esta mezcla se le ha denominado Argentarina No. 2.

Manifiesta el Dr. Olguín que en relación con los programas coordinados de nutrición aplicada, se encuentran en vías de desarrollo los

planes de cooperación con el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria para encauzar cuanto se refiere a los servicios de extensión agrícola en beneficio de la familia campesina. Considera que la creación del Instituto Nacional de Alimentación ha permitido, en la Argentina, cumplir con las condiciones que exige la selección de un área para la realización de programas de esta naturaleza, tal como indica el documento presentado por la OSP. Con respecto a la evaluación planeada para el año 1962 por la Oficina, en cooperación con la FAO y el UNICEF, considera el Dr. Olguín que el administrador en salud pública a que se hace referencia, debiera ser preferentemente del país donde se haga la evaluación. Está de acuerdo con que deben establecerse programas de alimentación y nutrición, destacando el aspecto educativo dentro de las actividades habituales de los centros de salud. Considera asimismo de gran importancia la realización de seminarios sobre este tema, en la América Latina. Juzga que la proyectada creación del comité técnico consultivo, es de fundamental importancia para Latinoamérica y se refiere a la institución de un fondo de nutrición para ciertas áreas con problemas serios de malnutrición sería de gran interés.

Dice por último que el problema de la nutrición, por su trascendencia, debe tener prioridad en bien de la salud, y cita como conclusión la frase final del documento presentado por la Oficina a la consideración del Consejo Directivo sobre el programa de nutrición en las Américas y que dice así: "América Latina está, en materia de nutrición, en el

umbral de una etapa decisiva y es posible que, de lo que se haga ahora, depende la supervivencia de las generaciones futuras."

Se suspende la sesión a las 4:05 p.m. y se reanuda a las 4:35 p.m.
The session was recessed at 4:05 p.m. and resumed at 4:35 p.m.

El Dr. QUIRÓS (Perú) expone que el Instituto de Nutrición de su país ha realizado un conjunto de encuestas nutricionales con el objeto de conocer los hábitos de nutrición en las distintas regiones. El Perú --agrega-- tiene tres regiones naturales enteramente diferentes que constituyen, pudiera decirse, tres países tanto en el aspecto racial como en el cultural y social. El Instituto de Nutrición ha realizado en poblaciones seleccionadas de cada una de estas regiones un grupo de encuestas que ha permitido conocer hasta cierto punto cuáles son los hábitos alimentarios y el valor nutritivo de los productos que consume su población. Dicho Instituto ha estado trabajando intensamente en el desarrollo de un suplemento para la dieta, habiendo logrado éxito en su obtención: se compone de semilla de algodón, torula, alfalfa y quinoa, que es un producto nativo del Perú, de alto valor en proteínas y ha sido ensayado ya con éxito y en este momento se procura llegar a su industrialización. Para esto se cuenta con la asesoría de un consultor de la FAO que está trabajando con los profesionales peruanos para la industrialización de este producto. También se desarrollarán en el Perú algunos programas coordinados de nutrición aplicada en cooperación con la Organización Panamericana de la Salud, la FAO y el UNICEF, del tipo de los que ha descrito el Dr. Bengoa. Igualmente, dicho Instituto de Nutrición se encuentra en este momento empeñado en un programa de

adiestramiento de nutricionistas que serán puestas a disposición de los servicios de salud del país, algunos de los cuales ya cuentan con tales profesionales.

Seguidamente el Dr. Quirós informa de que en colaboración con la OSP se están realizando estudios sobre anemias en la zona de la selva (Iquitos), y luego se refiere al bocio, problema muy importante en el Perú, donde hace ya algunos años existe un programa de yodación de la sal. La sal es un monopolio del Estado, lo que facilita esta política, habiéndose establecido una serie de plantas de yodación que hasta ahora han sido administradas por el Ministerio de Salud Pública. El Dr. Quirós considera que tratándose de un proceso industrial, la entidad del Estado que tiene a su cargo la administración del monopolio de este producto debería ser la que se encargara de la yodación de la sal bajo la supervisión técnica del Ministerio de Salud Pública. Desgraciadamente, estas plantas de sal no se han podido extender todavía a todo el país por dificultades económicas, pero se cuenta ya con el equipo y se espera que muy pronto se podrá poner en funcionamiento un número mayor de ellas.

En cuanto al problema de la nutrición el Dr. Quirós se manifiesta enteramente de acuerdo con la opinión de otros oradores, en el sentido de que es un problema complejo que debe ser abordado desde múltiples ángulos de acción, más que nada en países, como el Perú, que tienen una tradición y una cultura muy antiguas. Recuerda que el Imperio de los Incas se desarrolló y tuvo una organización perfecta en una zona del continente americano que no podía ser más hostil y menos propicia para

el desarrollo de la agricultura en amplia escala. Sin embargo, el pueblo del Imperio de los Incas tuvo perfectamente asegurada su alimentación gracias a su estricta organización y a la forma en que la población fue instruída sobre el empleo de los alimentos, hecho racionalmente sobre la base de la más estricta economía porque así lo exigían las condiciones del país. Vino luego la conquista, se produjo un desquiciamiento total del Imperio y se creó un problema que hasta ahora se sigue afrontando, ya que en la actualidad no toda la población nativa del país se ha cruzado y existen una serie de situaciones diversas en lo que se refiere al estado actual de la cultura en las distintas secciones del país. Añade que, según sus observaciones, el pueblo nativo que vive en las condiciones en que vivió en la época de los Incas, ha encontrado en la naturaleza medios que le permiten, con una alimentación muy frugal, mantener un equilibrio nutritivo, siendo raro observar en la población nativa la desnutrición grave que cabría esperar ante la falta de alimentos tan básicos como las proteínas animales y de otra naturaleza.

Sin embargo, cuando este pueblo se incorpora a la civilización y llega a las ciudades y cambia sus hábitos de vida y de alimentación, el problema de la nutrición adquiere una gran gravedad. En estos términos está actualmente planteado el problema en el Perú; un contingente apreciable de población que, no está preparado para la vida moderna, para una alimentación diferente, es víctima de la desnutrición. Por otro lado, el Perú tiene un privilegio: el de disponer de la abundante cantidad de proteínas de origen animal, procedentes de la pesca. En los últimos 5 años, el Perú ha pasado a ocupar el tercer lugar entre los países

productores de harina de pescado. Conforme decía el Dr. Bengoa, esta harina de pescado se exporta en su totalidad habiendo llegado a niveles tales que, en 5 años, su volumen ha alcanzado una cantidad igual al de la exportación del algodón, que es otro de los productos más importantes del comercio exterior del país y, por consiguiente, generador de divisas. También se están desarrollando estudios encaminados a la utilización de la harina de pescado en la alimentación humana y los ensayos que se han hecho, especialmente en los niños, han dado excelentes resultados. Se espera que muy pronto se podrá acometer su industrialización y extender el empleo de la harina de pescado en la población para atender en esta forma los urgentes problemas de falta de proteínas. El Perú tiene particular interés en ampliar el programa de su Instituto de Nutrición, como parte de los programas fundamentales para el desarrollo de los servicios de salud pública del país.

El orador afirma que está completamente de acuerdo con el planteamiento que ha hecho el Dr. Bengoa de que el servicio no sea centralizado, sino que interesa descentralizar las funciones de nutrición hacia los servicios de salud y poder emplear las técnicas de acuerdo con las condiciones de desarrollo cultural y social de la población. En cambio, surge una duda en lo que se refiere a estos programas coordinados de nutrición aplicada, en los que probablemente no se han tomado suficientemente en consideración los factores antropológicos y culturales de la población. El programa que se lleva a cabo en la zona de Puno, que es una zona eminentemente indígena, debería ser complementado con un estudio

antropológico y cultural que suplementara el clásico trabajo que se ha venido haciendo en extensión agrícola.

Termina diciendo que coincide con todos los Representantes que le han precedido en el uso de la palabra en felicitar al Dr. Bengoa y a la Oficina por la labor que está desarrollando en el campo de la nutrición, y formula sus más fervientes votos porque estos programas se incrementen y tengan la prioridad que les corresponde, ya que la nutrición es problema básico de salud pública de todos los países de América.

El Dr. CALVO (Panamá) subraya que el problema reviste tal magnitud que no hay tiempo suficiente para tratarlo en toda su amplitud. Añade que en Panamá es muy poco lo que, en la práctica se ha hecho en nutrición, porque precisamente las fuerzas que tienen que actuar en un problema tan complejo como éste han estado siempre separadas, como lo han estado, a su juicio, en las Américas, aunque hay ahora indicios de una mejor coordinación.

El orador se pregunta cuál es realmente el aspecto más importante: el de la nutrición o el de la alimentación. Se habla de nutrición en términos médicos, y de alimentación, quizás, en términos económicos. El problema posiblemente debería tratarse desde su punto de vista socioeconómico, y acaso habría que hacer una inversión y decir que el problema es económico-social. Y si en esta forma se ataca, pensando en los grandes esfuerzos que los Gobiernos han de hacer en los próximos años por un desarrollo socioeconómico de los países, sería lógico esperar que la nutrición ocupara el lugar preponderante que le corresponde.

Seguidamente el Dr. Calvo, en nombre del Gobierno panameño, sugiere que el Consejo Directivo haga una declaración que dé a la nutrición un sentido de problema de primera prioridad en América, y que, como tal, se estudie la manera de que, en los programas de desarrollo económico de América, el problema de la nutrición ocupe uno de los puestos más importantes. Así se establecería definitivamente cuáles son las áreas de responsabilidad reservadas a cada una de las diferentes actividades de los Gobiernos. Por consiguiente, volviendo a la pregunta que antes había formulado sobre si es más importante el aspecto económico de la alimentación o el aspecto de salud pública de la desnutrición, considera que el problema es tan complejo y está tan unido que en la práctica es difícil determinar en dónde está la mayor prioridad, y solamente, mediante el establecimiento de áreas precisas de responsabilidad, en una acción global interamericana, se podría quizás lanzar un gran programa de esta naturaleza, en el cual parte de las grandes inversiones de capital próximas a llevarse a cabo en los países latinoamericanos para el desarrollo económico-social de sus pueblos, se dedique a resolver, en una forma integral, el problema de la desnutrición.

En el orden de la salud pública, cuando se tratan los problemas desde el punto de vista clásico del fomento, de la protección y de la restauración de la salud, es en el de fomento en el que indudablemente los organismos económicos deben realizar los mayores esfuerzos. Como se estableció también en Punta del Este, el problema económico

no puede enforcarse de manera aislada si no se atacan al tiempo sus aspectos sociales, y es aquí donde los organismos de salud pública deben tomar sus áreas de responsabilidad. De nada serviría que se haga subir la capacidad de producción en el orden agropecuario si no se enseña adecuadamente a la población a aprovechar en una forma eficaz estos recursos; por consiguiente, es necesario un vasto programa de enseñanza, de información en todos los niveles, pero en una forma adecuada y eficaz, no con un tecnicismo innecesario, sino desde el punto de vista del practicismo del pueblo. Las mismas fuerzas de alfabetización que se piensan usar en un futuro inmediato, podrían utilizarse también para enseñar a la población a comer, y a producir en cantidad suficiente lo que necesita. Se muestra completamente de acuerdo con las palabras del Dr. Bustamente cuando pone la cantidad por encima de la calidad; es decir, la cantidad en adiestramiento e información antes que la calidad en información, y la cantidad en producción antes que la calidad de producir. Esa sería la primera etapa, a corto plazo, lo que se podría programar en las Américas como un esfuerzo para mejorar la nutrición de los pueblos. A largo plazo, se podría programar, en forma mucho más técnica, el adiestramiento de todo el personal y de todos los sectores de la población, pero no es lógico pensar que el pueblo pueda comenzar desde ahora a aprender a comer mejor si no tiene qué comer. Por eso precisamente, los grandes esfuerzos de los países latinoamericanos en la primera etapa han de encaminarse en el sentido de intensificar el adiestramiento, la información y la producción.

El Dr. Calvo se ocupa luego del adiestramiento del personal de salud pública, considerando que los mismos médicos posiblemente sean uno de los grupos menos adiestrados específicamente en la ciencia de nutrición. Revisando los planes de estudio de las Escuelas de Medicina de las Américas, se observa que uno de los defectos más grandes de que adolecen tales programas radica precisamente en la ciencia nutricional. Lo mismo ocurre con las enfermeras y con otros diferentes técnicos. Es indudablemente necesario adiestrar a altos técnicos en la verdadera ciencia nutricional, para que ellos sean precisamente los líderes futuros en la gran labor a largo plazo del buen adiestramiento en nutrición.

Termina diciendo que la Delegación de Panamá ha tratado este problema no en su aspecto técnico, sino social, problema que debe tratarse como una cuestión de la más alta prioridad.

Dr. WATT (United States of America) said that he was very grateful for the opportunity to attend what was for him a postgraduate course in nutrition. In his very informative report Dr. Bengoa had brought out the complexity of the problem. He used the word "problems" advisedly. Many of them were well-defined and solvable; but many others were very complex and could not yet be solved for lack of knowledge. However, there were three points which stood out: first, food was one of the most effective weapons in the fight against disease. Hungry people were first and foremost concerned with getting enough food; they were not so much concerned about the niceties of its preparation as

about the quantity. Health workers should therefore focus attention on the provision of food as a weapon against disease. Secondly, studies had shown that when children were confronted with a selection of good foods they chose what was not only an adequate diet but a good diet. Health workers should therefore put our efforts behind the provision of good foods. Finally, he wished to comment on the excellent work performed by the Institute of Nutrition of Central America and Panama. He was impressed not only by its work but its method of work. By pooling their resources a group of countries had pressed forward with a job which individually they might have found more difficult. While he did not suggest that the pattern should necessarily be imitated, it nevertheless pointed to the way in which some of the complex problems mentioned in the discussion could be brought into focus.

El Dr. FERNANDEZ NARANJO (República Dominicana) expresa que respetando la opinión de los Delegados que han insistido en ofrecer detalles de lo que se está haciendo, le parece que éste no es el momento de exponer lo que se hace, sino de lo que falta por hacer. Señala que la República Dominicana paga una alta contribución a la desnutrición y que ha implantado una reforma agraria que en menos de 190 días ha dado tierras, a expensas de los latifundios, a más de 5.000 familias. Además, se han abaratado los alimentos proteínicos. Se están haciendo esfuerzos de coordinación entre los Departamentos de Educación, Agricultura y Salud Pública. Pero hay grandes problemas de desnutrición en muchas zonas del país, donde la tierra no ha sido favorecida. Considera, por consiguiente, que la asesoría técnica es

necesaria para realizar una distribución correcta de alimentos en el país a fin de que lleguen a las zonas que carecen de ellos. Añade que la República Dominicana ha hecho algún esfuerzo en este sentido: la leche en polvo, la industria del pescado y otros alimentos están siendo llevados en forma regular a esas zonas. Refiriéndose a la educación del público, alude a la dificultad de desterrar hábitos milenarios en la población adulta, pero poco a poco se va consiguiendo algo. En la mente del hombre ha primado la solución de los problemas inmediatos, y así, de las tres funciones básicas de la salubridad, se ha dado en todos los países preferente atención a la restauración de la salud; en cambio, hace poco tiempo que se está dando verdadero impulso a las funciones de protección y fomento de la salud. Es mucho lo que queda por hacer en materia de saneamiento del medio y agua potable. Lo mismo ocurre en las funciones de fomento. Haciendo hincapié en la importancia que el hombre atribuye a las causas inmediatas, y no a prevenir esas causas, a impedir los efectos, expone que la nutrición ha sido víctima en todos los países del problema de las divisas: es decir, los países se preocupan por aquel renglón de producción que proporciona divisas, olvidándose de lo que significa para sus poblaciones una nutrición adecuada. Comparte el criterio de los Representantes que consideran que el problema de la nutrición es un problema muy complejo que necesita coordinación de esfuerzos en todos los sentidos.

El Dr. BERTOLINI (Uruguay) felicita al Director de la Oficina por haber sometido este tema a la consideración del Consejo Directivo, y al Dr. Bengoa por su enjundioso informe. Seguidamente expone que

el Uruguay se está preocupando por resolver algunos problemas de nutrición, y que, para el año próximo, con la ayuda del Comité Interdepartamental de Nutrición para la Defensa Nacional, de los Estados Unidos de América, se va a hacer una encuesta nutricional en algunas zonas del país, con el fin de conocer la magnitud de los problemas. Este es un proyecto que ya está aprobado; el Comité enviará unos diez u once técnicos que se pondrán en contacto con los del país para planear y ejecutar la encussta.

Con respecto al problema del bocio endémico, que también afecta al Uruguay en mayor o menor grado, puesto que hay en el país zonas en que llega hasta a un 17%, manifiesta que está a estudio de la Cámara de Legisladores para su sanción definitiva un proyecto de ley sobre yodación de la sal.

Termina proponiendo que en las recomendaciones del Consejo Directivo se plantee el problema de la nutrición de las Américas y luego se especifique el programa a desarrollar, para que cada autoridad, dentro de su esfera de responsabilidad, establezca sus programas propios e insiste especialmente en que se precise, en una recomendación, que todas las instituciones nacionales que se ocupan de problemas de nutrición y de alimentación en cada país, aúnen sus esfuerzos bajo la supervisión de los servicios de salud pública, a fin de planificar un programa único de nutrición y evitar la dispersión de esfuerzos.

El Dr. AGUILAR (El Salvador) manifiesta que el 80% de los Representantes han intervenido en el debate sobre nutrición, lo que revela el interés que este tema suscita y sugiere que se nombre un grupo de trabajo integrado por tres Representantes para que prepare un proyecto de resolución.

El Dr. BARRENECHEA (Bolivia) manifiesta que el Consejo Directivo ha escuchado con verdadera satisfacción el Informe que la Oficina Sanitaria Panamericana ha presentado por su Asesor Regional de Nutrición, Dr. Bengoa, en el cual se ha expuesto con todo lujo de detalles el panorama de las Américas en cuanto se refiere a la desnutrición. Los Representantes han abundado en conceptos elogiosos para él y han informado a su vez de lo que en cada uno de sus países se está llevando. Algunos de estos países han demostrado disponer de recursos para realizar dichos programas. Otros, en cambio, y seguramente la mayoría, han mostrado las dificultades, especialmente económicas, con que tropiezan. Este es el caso de Bolivia. Pero, a pesar de ello, se han realizado en este país estudios de los diferentes problemas que afectan a la población. El Ministerio de Salud Pública ha formado un Consejo de Salud Pública en el que están reunidos muchos de los especialistas de las diferentes esferas de actividad, y se han formulado programas relacionados con la nutrición.

Seguidamente, se muestra de acuerdo con el Representante de Panamá en que primero hay que producir y después seleccionar, y sostiene que estos dos aspectos deben ser considerados en las recomendaciones que se formulen a los Gobiernos respectivos. Añade el

Dr. Barrenechea que en Bolivia se ha trabajado mucho para solucionar los problemas sociales que afectan al país, entre otros la reforma agraria que conducirá, sin duda, a mejorar la producción de alimentos. También funciona actualmente en la ciudad de Cochabamba una fábrica de leche en polvo, que resolverá en parte importante el problema del abastecimiento de este producto que antes era un artículo de lujo en Bolivia. Igualmente se están haciendo estudios sobre anemias, enfermedades carenciales, bocio y otros.

Expone su convicción de que gracias a los esfuerzos del Gobierno y con la ayuda de la Oficina Sanitaria Panamericana, se mejorará la situación nutricional en Bolivia y se une a las expresiones de todos los demás Representantes que han pedido que se formulen recomendaciones a los Gobiernos, por intermedio de este Consejo Directivo, para que pongan en ejecución los proyectos existentes.

El Dr. ZELAYA PINEL (Honduras) se suma a las felicitaciones al Dr. Bengoa por su magnífica presentación del problema y por las actividades desarrolladas por la Oficina en este campo tan importante. Considera que el problema de la desnutrición es en Honduras análogo al de los demás países Centroamericanos.

Refiriéndose a la ayuda que ha prestado la Oficina, dice que con su asesoría se han conseguido medidas que han tenido resultados muy favorables y que empiezan a dar los primeros beneficios.

Informa luego de la aprobación de dos leyes por el Congreso: la ley de enriquecimiento de harina y la ley de yodación de la sal, que ya se pusieron en vigor.

El orador atribuye gran importancia al hecho señalado por el Dr. Bengoa de que los Departamentos de Nutrición necesitan descentralizar sus actividades. Termina apoyando las sugestiones presentadas por los Representantes de Panamá y del Uruguay.

El PRESIDENTE expresa que el problema de nutrición en las Américas es extraordinariamente complejo, que hay puntos de vista generales y puntos de vista particulares para cada país. La solución del problema de cada uno de ellos tiene que ser necesariamente como un traje a la medida, y en él intervienen muchísimos factores. Por ejemplo, las Secretarías de Agricultura deben orientar al campesino para que cultive sus tierras en condiciones óptimas. Además, hay que tener presente que no se puede cambiar por decreto el hábito de alimentación de un pueblo. De ahí toda la importancia enorme de la educación, porque la gente prefiere morirse de hambre antes que comer algo que no le guste. En cuanto a la introducción de productos nuevos a base de harinas de algodón y de cacahuate, lo importante es no crear dos humanidades, una humanidad que se desayune con "ham and eggs" y otra con subproductos. Esto puede aceptarse como una medida provisional para resolver el problema de nutrición del pueblo, a fin de que después, al subir los niveles socioeconómicos, la alimentación sea equitativa en las distintas esferas, y esté de acuerdo con la dignidad humana.

Atribuye también mucha importancia al hecho de que las cosas sean de buen sabor, y en ese sentido recuerda a Paul de Kruif, que en vez de realizar estudios muy importantes a propósito del contenido de proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas y minerales, se fue a la cocina para hacer más agradable al paladar la harina de soya o sus derivados. Es muy frecuente que los médicos reciban la petición de que receten un tónico, pero es necesario afirmar categóricamente que de la mayor parte de las vitaminas sólo quedan algunos microgramos en el organismo, y el resto se elimina; el mejor tónico de todos es la alimentación, una alimentación adecuada y bien equilibrada.

Termina señalando la conveniencia de designar un Grupo de Trabajo que haga recomendaciones a los Gobiernos, y sugiere que podría estar integrada por el Dr. Aguilar, que la propuso, el Dr. Peña Chavarría, muy interesado en estos asuntos, el Dr. Bustamante y el Dr. Watt.

Así se acuerda.
It was so agreed.

TEMA 23: DISCUSIONES TECNICAS: METODOS DE EVALUACION DE LOS APORTES DE LOS PROGRAMAS DE SALUD AL DESARROLLO ECONOMICO
TOPIC 23: TECHNICAL DISCUSSIONS: METHODS OF EVALUATION OF THE CONTRIBUTION OF HEALTH PROGRAMS TO ECONOMIC DEVELOPMENT

ELECCION DEL DIRECTOR DE DEBATES Y DE LOS RELATORES

El PRESIDENTE invita a los Representantes a que propongan candidatos para los cargos de Director de Debates y dos Relatores, uno para los aspectos de salud pública y otro para los económicos de las Discusiones Técnicas.

Dr. GILLETTE (United Kingdom) nominated Dr. López Herrarte, Representative of Guatemala.

Decision: Dr. Mariano López Herrarte, Representative of Guatemala, was unanimously elected Moderator of the Technical Discussions.

/Decisión: Por unanimidad queda elegido Director de Debates de las Discusiones Técnicas el Representante de Guatemala, Dr. Mariano López Herrarte./

Dr. WATT (United States of America) nominated Dr. Castillo Rodríguez, Representative of Nicaragua, and Dr. Carlos Quirós, Representative of Peru, as Rapporteurs.

Decision: Dr. Doroteo Castillo Rodríguez, Representative of Nicaragua and Dr. Carlos Quirós, Representative of Peru, were unanimously elected Rapporteurs of the Technical Discussions.

/Decisión: Por unanimidad quedan elegidos Relatores el Representante de Nicaragua, Dr. Doroteo Castillo Rodríguez, y el Representante del Perú, Dr. Carlos Quirós./

Se levanta la sesión a las 5:30 p.m.
The session was adjourned at 5:30 p.m.

consejo directivo

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

XIII Reunión

comité regional

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

XIII Reunión

Washington, D. C.

Lunes, 9 de octubre de 1961, a las 9:55 a.m.
Monday, 9 October 1961, at 9:55 a.m.

CD13/45
13 octubre 1961
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA SEPTIMA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE SEVENTH PLENARY SESSION

Presidente: Dr. Doroteo Castillo Rodríguez Nicaragua
Chairman:

Indice
Contents

Tema 29: Programa de nutrición en las Américas (Documento CD13/14) (continuación)
Proyecto de Resolución preparado por el Grupo de Trabajo

Topic 29: Nutrition Program in the Americas (Document CD13/14) (continued)
Draft Resolution prepared by the Working Group

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar al Jefe de los Servicios de Secretaría (Cuarto 1316) las correcciones que deseen ver introducidas en el texto, dentro de las 48 horas siguientes a su distribución. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión del Consejo.

Note: These précis minutes are provisional. The Representatives are therefore requested to notify the Chief Secretariat Services (Room 1316) within 48 hours of any corrections they wish made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the meeting of the Council.

Tema 11: Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1960 (Documento CD13/7 y Documento Oficial No.37)
Topic 11: Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 1960 (Document CD13/7 and Official Document No.37)

Exposición del Dr. H. van Zile Hyde, Observador de la Unión Internacional para la Educación Sanitaria Popular
Statement by Dr. H. van Zile Hyde, Observer, International Union for Health Education

Tercer informe de la Comisión de Credenciales
Third report of the Committee on Credentials

TEMA 29: PROGRAMA DE NUTRICION EN LAS AMERICAS (Documento CD13/14) (continuación)
Proyecto de resolución preparado por el grupo de trabajo

TOPIC 29: NUTRITION PROGRAM IN THE AMERICAS (Document CD13/14) (continued)
Draft Resolution prepared by the Working Group

El PRESIDENTE abre la sesión y anuncia que el grupo de trabajo designado en la sexta sesión e integrado por los Representantes de Costa Rica, el Salvador, Estados Unidos de América y México va a presentar el proyecto de resolución que ha preparado sobre el programa de nutrición en las Américas.

El Dr. AGUILAR (El Salvador) en nombre del grupo, da lectura al citado proyecto, que dice así:

"El Consejo Directivo,

Después de haber examinado el programa de nutrición en las Américas, presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en el Documento CD13/14, y de haber escuchado las opiniones y sugestiones de los Representantes de todos los países;

Teniendo en cuenta la gravedad del problema de la nutrición, reflejada en el hecho, entre otros, de que la producción de alimentos per capita de la América Latina, en 1959-1960, fue inferior a la que se registraba antes de la segunda guerra mundial;

Teniendo en cuenta que entre los factores que contribuyeron a agravar esta situación figura la utilización inadecuada de los alimentos disponibles, por circunstancias de orden cultural que pueden ser superadas mediante una eficaz acción educativa;

Considerando que el problema de la nutrición en las Américas afecta gravemente al estado de salud de las poblaciones, determinando una mortalidad y morbilidad elevadas, especialmente en los niños, así como un desarrollo físico y un rendimiento de trabajo insuficientes, todo lo cual tiene profundas repercusiones en el desarrollo económico-social de los países;

Considerando que la escasez de personal especializado en nutrición, debidamente capacitado, es una de las limitaciones que existe hoy en la mayor parte de los países, y que un programa de mejoramiento de la nutrición sólo puede concebirse a largo plazo y contando con recursos suficientes para su desarrollo progresivo; y

Considerando los buenos resultados obtenidos con el producto elaborado por el INCAP en América Central, rico en proteínas y de bajo costo, así como los ensayos realizados en otros países con otras mezclas ricas en proteínas,

RESUELVE:

1. Expresar su convicción de que el aprovisionamiento de alimentos básicos es fundamental para la salud y esencial para el desarrollo socio-económico.

2. Aprobar el programa de nutrición en las Américas, expuesto por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en el Documento CD13/14, y expresar su satisfacción por la colaboración que mantiene con otros organismos internacionales, especialmente con la FAO y el UNICEF, en las actividades de nutrición.

3. Dar su pleno apoyo a la intensificación de actividades en este campo, iniciada recientemente, y recomendar además al Director que, dada la gravedad del problema, incluya en los futuros proyectos de presupuesto las asignaciones necesarias para asegurar el desarrollo progresivo de estas actividades.

4. Encomendar al Director que preste especial atención a la preparación del personal necesario para que los distintos países estén en condiciones de llevar a cabo debidamente sus programas de nutrición.

5. Encarecer a los Gobiernos Miembros:

a) Que en la planificación nacional de salud, y en atención a la trascendencia del problema, se consideren, entre los de máxima prioridad, los programas de nutrición, comprendiendo en ellos tanto las medidas específicas de prevención de las enfermedades carenciales como aquellas otras tendientes a promover en general el mejoramiento del estado de nutrición de las poblaciones.

b) Que organicen o, en su caso, amplíen los programas de nutrición en los servicios nacionales de salud.

c) Que establezcan los medios para lograr una adecuada planificación de una política agrícola económica que tenga en cuenta, entre otras, las necesidades nutricionales de la población, así como para conseguir la debida coordinación de esfuerzos entre los distintos organismos oficiales, como parte de los planes de desarrollo económico-social.

d) Que fomenten la mejor utilización de mezclas ricas en proteínas y de bajo costo de productos o subproductos que actualmente no se emplean para la alimentación humana.

e) Que renueven los esfuerzos para lograr la aplicación efectiva de un programa de yodación de la sal, como medida preventiva contra el bocio endémico.

6. Encomendar al Director que presente anualmente a las reuniones del Consejo un informe dando cuenta de las actividades desarrolladas en materia de nutrición, de acuerdo con este programa, y de los progresos alcanzados para superar los problemas existentes en ese campo."

El Dr. OLGUIN (Argentina) señala que en la parte dispositiva del proyecto de resolución no se hace mención específica al desarrollo de los departamentos de nutrición en los distintos países, acerca de cuya importancia se insistió durante el debate sobre este tema, y considera oportuno que se formule una recomendación a los Gobiernos en ese sentido.

Añade que en el proyecto de resolución se habla de una política agrícola en el sentido económico, aconsejando su planificación, como una de las necesidades nutricionales de la población. A este respecto, sería interesante que esta recomendación, no fuera accesoria sino fundamental, en el sentido de que esa política agrícola considerara el desarrollo de los demás aspectos de interés general para la nutrición en los países.

El Dr. SANCHEZ VIGIL (Nicaragua) estima que en la resolución debería mencionarse específicamente el nombre de la INCAPARINA, que es el producto rico en proteínas y de bajo costo, elaborado por el INCAP. Es el que se está vendiendo en los países de América Central. La preparación de este producto se hace por empresas comerciales privadas, porque los Gobiernos no se hicieron cargo de su fabricación. En Nicaragua la ganancia de la empresa es mínima, ya que es una Sociedad de pediatras la que se ha encargado de preparar la INCAPARINA. Por ello entiende, que si no se incluye el nombre de ese producto en la resolución, se va a perjudicar indirectamente a las clases humildes, al no alentarlas a consumir mayor cantidad del mismo.

El Dr. BUSTAMANTE (México) señala que el grupo de trabajo, del que formó parte al redactar el proyecto de resolución pensó en un principio que convendría hacer una recomendación específica a los Gobiernos encareciendo la organización de departamentos de nutrición dentro de los servicios nacionales de salud, pero después prevaleció la idea de que no era aconsejable decir a los Gobiernos lo que deberían hacer en este aspecto, ya que hay que respetar la estructura interna de los mismos. Al recomendarles -como se hace en el proyecto presentado- que organicen o amplíen los programas de nutrición, podrán hacerlo en la forma que mejor se ajuste a su estructura interna. En cuanto a la sugerencia del citado Representante, el Dr. Bustamante está de acuerdo que en la resolución debe recalcarse que la política agrícola tenga en cuenta, fundamentalmente, las necesidades nutricionales de la población.

En cuanto a la inclusión del nombre de la "INCAPARINA" en la resolución, como ha propuesto el Representante de Nicaragua, el orador se declara partidario de que el Consejo Directivo no recomiende producto alguno que haya sido patentado con fines comerciales. Hay una empresa en Texas que usa el nombre de este producto en su publicidad, y hay nombres de otros productos similares que probablemente también serán patentados. En el proyecto de resolución, añade el Dr. Bustamante, al aludir a la INCAPARINA se dice concretamente que es "el producto elaborado por el INCAP en América Central, rico en proteínas y de bajo costo". Los Gobiernos saben bien de qué producto se trata y la gente en las comunidades pequeñas no va a consumirlo en mayor cantidad porque el Consejo adopte una resolución en el sentido de recomendarlo, pero, en cambio, bien pudiera ocurrir, si así se hiciera, que el nombre del Consejo Directivo de la OPS apareciera en los anuncios de publicidad de una casa comercial. Termina diciendo el Dr. Bustamante que es preciso evitar que el Consejo tenga la menor relación con empresas comerciales que elaboran productos destinados a la alimentación humana.

El Dr. CALVO (Panamá) señala que, a su juicio, el primer párrafo de la parte dispositiva del proyecto de resolución que se está examinando está redactado en términos demasiado generales. Propone a este respecto que en él se exprese la convicción del Consejo de que la producción y el aprovisionamiento de alimentos básicos en cantidad y calidad adecuadas a las necesidades de la población son fundamentales para la salud y esenciales para el desarrollo socio-económico.

El Dr. ALDEREGUIA (Cuba) comienza diciendo que la Delegación de su país está plenamente de acuerdo con el Informe del Director sobre el programa de nutrición contenido en el Documento CD13/14. Refiriéndose al proyecto de resolución dice que está de acuerdo con el Representante de Panamá en el sentido de que se mencione también la producción de alimentos en el primer párrafo de la parte dispositiva en el punto 1 de la Resolución. Indica seguidamente que en el Informe del Director, se presenta como una de las causas que influyen en la desnutrición en las Américas el problema de la educación de las poblaciones en cuestiones alimentarias. Los factores educativos tienen importancia vital, y por tanto, la resolución del Consejo debería ponerla de relieve ante los Gobiernos Miembros, con el convencimiento de que los programas de nutrición se llevarán adelante con más facilidad mediante el desarrollo de la educación y la lucha contra el analfabetismo. Con relación al inciso c), del párrafo quinto de la resolución, el Dr. Aldereguía apoya la adecuada planificación de una política agrícola económica y sugiere que en ella se señale también uno de los puntos fundamentales del Informe del Director: el que se refiere a la necesidad de cultivar las tierras en forma más amplia y adecuada a la que se observa hoy en América. Estima que hay que combatir el monocultivo como causa fundamental de la desnutrición y recomendar la diversificación agrícola como esencial para alcanzar una mayor producción y un mejor aprovisionamiento, luchando así contra la desnutrición en forma más real y efectiva.

El Dr. OLGUIN (Argentina) manifiesta que está de acuerdo con la opinión expresada por el Representante de México en el sentido de que no conviene indicar a los Gobiernos lo que deben hacer respecto a la organización de sus servicios de nutrición y que, por tanto, retira su propuesta de incluir en el texto de la resolución una mención específica a ese respecto.

El Dr. BOVE ARTEAGA (Uruguay) declara que el grupo de trabajo, al aludir a la INCAPARINA en el texto del proyecto de resolución ha tratado únicamente de referirse a un producto que ha dado resultado satisfactorio, con la única intención de recordar a los países que ya se ha iniciado la elaboración del mismo. Recomienda que la inclusión en el texto del proyecto de la frase genérica "un producto de bajo costo, rico en proteínas", lo cual eliminaría toda alusión de carácter comercial.

El Dr. AGUILAR (El Salvador) llama la atención sobre el hecho de que en el texto del proyecto de resolución no se menciona la palabra INCAPARINA, a pesar de que, según lo recomendado por el INCAP, todos los productos que se elaboran en Centro América fuera de dicho Instituto y bajo el control de los respectivos Ministerios de Salud Pública o Direcciones Generales de Sanidad llevan el citado nombre, aunque no hayan sido aprobados por el INCAP.

El PRESIDENTE propone que el proyecto de Resolución sea estudiado de nuevo por el Grupo de Trabajo, a fin de que incorpore al mismo, si estima oportuno, las enmiendas propuestas en el curso del debate.

Así se acuerda.

The CHAIRMAN proposed that the draft resolution be again examined by the Working Group with a view to including in it, if deemed advisable, the suggestions made during the course of the discussion.

It was so agreed.

Se suspende la sesión a las 10:30 a.m. y se reanuda a las 11:00 a.m.
The session was recessed at 10:30 a.m. and resumed at 11:00 a.m.

TOPIC 11: FINANCIAL REPORT OF THE DIRECTOR AND REPORT OF THE EXTERNAL AUDITOR FOR 1960 (Document CD13/7 and Official Document No.37)
TEMA 11: INFORME FINANCIERO DEL DIRECTOR E INFORME DEL AUDITOR EXTERNO CORRESPONDIENTES A 1960 (Documento CD13/7 y Documento Oficial No.37)

Dr. PORTNER (Chief of Administration, PASB) stated that the working document pertinent to the agenda item was Official Document No. 37, the Financial Report of the Director and Report of the External Auditor. That document contained the Director's report on his stewardship of the finances of the Pan American Health Organization, one of the most important of the managerial responsibilities entrusted to him. The External Auditor had certified to the correctness of the accounts of the Organization, and had indicated that the custodianship of the funds had been properly and effectively maintained. In the Financial Report of the Director and the Report of the External Auditor that complemented it, there were several important points to which he wished to draw attention. First, the report was the expression in monetary terms of much that had been defined at an earlier stage in the Program and Budget and testified to the continued increase of investments in international public health

by the Governments of the Hemisphere. The expenditure of monies from the PAHO Regular Budget and that from other sources had continued to rise at a modest rate. That increase was reflected not only in the Budget, but also --and more significantly-- in actual expenditure. In 1960, a sum of 3.67 million dollars was expended in the PAHO Regular Budget, representing a modest increase over the 3.33 million in 1959, and the 2.82 million in 1958. If to that amount, there were added the sums expended from other sources --voluntary contributions, WHO Regular, Technical Assistance, etc.-- the total investment in international public health in 1960 amounted to 9.69 million or approximately 6% more than the 9.04 million expended in 1959. Mention had been made in the discussions on the Program and Budget to an increase of approximately 9%: it should be borne in mind, however, that that reference had been made to an increase in the estimates; the increase reported in the Financial Report was the real increase, and it was, as already stated, in the order of 6%. Secondly, in the custodianship of the funds, every effort had been made to have them bear some return in order to add to the monetary resource of the Organization. The Director was therefore happy to report that the return on investments and securities was the largest in many years and offset, in large measure, the very sharp fall in the income accruing from the 3% service charge on procurement services for governments. Thirdly, as pointed out by the External Auditor in his Report, the percentage of the budget devoted to Field and Other Programs rose from 49% in 1958 to 57% in 1960 while that devoted to PASB Headquarters fell from 44% to 38% during the same period. Fourthly, there was also a considerable percentage rise in the return from the sales of publications and other items, though the actual dollar returns were modest.

Dr. Portner went on to say that, in addition to the positive aspects already mentioned, it was also necessary to speak of items that were less fortunate. The Quota contributions in 1960 assessments and payments on assessments in arreas had been insufficient to sustain the Program established by the Directing Council for the year in question. Prudent management of the funds of the Organizacion had led the Director to maintain a program somewhat under that approved by the Council; the total obligations of the PAHO Regular Funds were approximately $420.000 below the authorized budget. The quota contributions received on the assessments for 1960 were regretably the lowest in many years. The percentage collection of 76,3% of the assessment established for 1960 represented a marked decline from 1959 when the figure was 81.4, which, incidentally, also had been insufficient to meet the authorized program the Directing Council had established for the year in question. Such a decline in contributions was of tremendous import not only for 1960, the year under review, but also for the activities for 1961. Because of the decline in the collection of quota assessments, the Organization had in its Working Capital Fund at the beginning of 1961 not the 60% it should have had pursuant to its financial rules and regulations, but only 23.8%, that is, it had only $1.143.185, not $2.880.000, which represented 60% of the authorized budget of $4.8 million. On page 59 of the Report, the External Auditor had stated, in reference to the reduction in the percentage of expenditure of the authorized budget: "The large reduction in the percentage of expenditure of the authorized budget which occurred in 1959 and 1960 is due to the fact that, because the financial position of the Organization

was considered unsatisfactory, and in order to stabilize this position, the Director decided to reduce some of the activities which had been planned under the regular budget for 1959 and 1960. Thus, the economies in the budgetary expenditure amounted to $265.990 in the year 1959 and $420.605 in the year 1960, as mentioned above. I have no unfavorable observations to make concerning these revisions, on the contrary I believe they were advisable. However, I must point out that the Member States, in adopting the budget, approved the program which was thought necessary and that this program should be carried out. I emphasize the opinion that where a program must be reduced because of financial limitations which are directly caused by either late payment or non-payment of Member Government quotas, the Member States are in fact adversely affecting themselves."

The Report was submitted to the 43rd Meeting of the Executive Committee which, after examining it, adopted the following Resolution IV:

"The Executive Committee,

Having examined the Financial Report of the Director for the fiscal year 1960 and the Report of the External Auditor on the audit of the accounts of the Pan American Sanitary Bureau for 1960 (Official Document No. 37);

Considering the continued financial problems of the Pan American Health Organization resulting from the substantial amount of uncollected quotas; and

Bearing in mind the views expressed during the course of the present meeting,

RESOLVES:

1. To take note of the Financial Report of the Director and the Report of the External Auditor for the fiscal year 1960, and to transmit them to the XIII Meeting of the Directing Council.

2. To urge the Member Governments whose quota contributions are in arrears to pay them at the earliest possible date.

3. To request the Director to bring to the attention of the Member Governments the need for the prompt payment of their quotas, to take whatever additional action he may deem advisable to this effect, and to report to the XIII Meeting of the Directing Council the results of his efforts in this connection."

That mandate had been followed to the letter, and during the discussion of Topic 12 (Report on the Collection of Quota Contributions) a report would be made on the success achieved to date in the collection of quota contributions.

El Dr. QUIRÓS (Perú) considera interesante el contenido del Informe Financiero del Director y del Informe del Auditor Externo, documentos que, a juicio ofrecen, una visión un tanto pesimista sobre el estado financiero de la Organización, en especial en lo que concierne a sus actividades futuras. Considera, sin embargo, que el atraso en que vienen incurriendo determinados Gobiernos en el pago de sus cuotas, seguramente no quiere decir, en contra de lo que opina el Auditor Externo, que los países hayan llegado a un límite máximo en este aspecto y que ya no les sea posible contribuir con mayores cantidades al sostenimiento de la OSP y afirma que dichos atrasos tal vez se deban a dificultades en los trámites administrativos, siendo probable que una insistente gestión de los funcionarios locales de la Organización en cada país o en

las Zonas logre hacer efectivo el pago de las mencionadas cuotas. En consecuencia, considera que el aumento del presupuesto no significa, en realidad, una carga muy considerable para los Países Miembros ya que éstos incrementan sus presupuestos propios cada año y es, en realidad, modesto lo que la Organización viene solicitando para la realización de sus programas. Declara que lo que conviene es suscitar un mayor interés en los países por las actividades de la Organización e intensificar las gestiones tanto por parte del Director como de los funcionarios de la misma para conseguir que los países se pongan al día en el pago de sus cuotas.

Se ocupa a continuación el Dr. Quirós de los egresos presupuestarios y se refiere al párrafo del Informe del Auditor Externo, que ha sido comentado por el Dr. Portner, en el sentido de que es necesario que los programas que han sido planeados de acuerdo con el presupuesto se llevan a cabo, y alude a un aspecto que, en cierta forma, está ligado con este punto y que concierne a las modificaciones en la estructura administrativa de la Organización, concretamente respecto a la descentralización de los servicios y a la estructura de la Sede y alude a los cargos de jefes de División vacantes desde hace tiempo y que, a su entender, no han sido provistos porque el Director tenía el propósito de introducir alguna reforma en la organización de la Sede. El Dr. Quirós estima que se debe adoptar una decisión definitiva al respecto.

Apunta que en la última Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Nueva Delhi en el mes de enero expuso su punto de vista en el sentido

en que, dada la madurez adquirida por la Organización, cabía considerar ya la descentralización de las actividades al nivel de cada país, más que al nivel de las Zonas, con lo cual se conseguiría que los países contribuyeran al sostenimiento administrativo de la Organización en cuanto a provisión de locales, personal de secretaría y otros aspectos, cosa que ocurre ya en algunos países en donde se desarrollan programas de servicios integrados de salud pública. Alude a la organización aprobada por el Comité Ejecutivo en el sentido de que subsistieran las Oficinas de Zona, y señala que en virtud de un estudio realizado sólo se consideran gastos en las Oficinas de Zona los sueldos de los Representantes, Representantes auxiliares, más los del personal local de secretaría, extrayéndose del presupuesto de dichas Oficinas las remuneraciones de los consultores, tales como los ingenieros y enfermeras que se dedican a actividades interpaíses, alegándose que estos funcionarios desarrollan su función no al nivel de la Zona sino al nivel de los países. Manifiesta que, a su juicio, los Representantes de Zona y sus auxiliares son también funcionarios que prestan sus servicios a los países y no simplemente a una Oficina de Zona, por lo que, a su juicio, el problema de la descentralización no ha quedado resuelto satisfactoriamente con la adopción de dicha medida.

Alude seguidamente el Dr. Quirós a las publicaciones de la Oficina y afirma que su difusión constituye una de las mejores aportaciones de la Organización en el aspecto técnico, por lo que debe intensificarse su distribución. Al mismo tiempo, considera que sería peligroso reducir los gastos que requieren las reuniones de los Cuerpos Directivos

de la Organización, que son los llamados a marcar las directrices de la misma. Termina afirmando que si se quiere que dichos Cuerpos Directivos cubran, como es debido, sus objetivos, deben incrementarse las sumas que se destinan a las mencionadas reuniones.

El Dr. BUSTAMANTE (México) comienza su intervención reiterando su fe en la obra de la OSP, actitud personal que justifica su constante deseo de decir cuanto sobre ella y sobre su actuación siente, ya que considera que en la Oficina se reflejan las características nacionales de los países de las Américas, cuyos propósitos son más elevados de lo que sus respectivos recursos permiten.

Recuerda los antecedentes de la Organización en la cual fue relativamente escasa la participación activa de los países hasta el año de 1947, fecha en que, en Buenos Aires, se estableció la Constitución de la misma y se intensificó, en realidad su acción. Esta acción -agrega- requiere fundamentalmente la aportación de las cuotas. La Organización recibe cada año una inyección de entusiasmo de los jóvenes que llegan, muchos de los cuales asisten por primera vez a esta reunión y también cuenta con el entusiasmo de los que, participando desde hace mucho tiempo en las tareas de la Organización, desean que ésta progrese. Destaca el hecho, que revela el Informe del Auditor, de que los países desean cada vez mayor actividad en materia de salud y, sin embargo, se encuentran imposibilitados para aumentar sus aportaciones económicas a la OSP. En los Informes del Director y del Auditor Externo se pone de manifiesto la verdadera situación de ésta. El Director consigna que no pudo gastar ni

siquiera lo que pagaron los Países Miembros, porque si lo gastaba se quedaría sin dinero para atender a sus actividades ordinarias y podría darse de nuevo la circunstancia, ya registrada en 1948, en que llegó un momento en que la Oficina carecía de fondos incluso para pagar el sueldo de sus empleados.

Se refiere al párrafo 7 del Informe del Auditor en el que se revela que la asignación de cuotas aumenta constantemente, habiendo alcanzado en 1960 un total de $4.000.000, pero el porcentaje de cuotas recaudadas en relación con la asignación total baja aún cuando el importe de las recaudaciones aumente constantemente. Hay que reconocer - agrega - que en los países como en la organización internacional no se puede actuar si se carece de recursos y en materia de salud pública, no se puede hacer nada más que aquello para lo cual se dispone de los medios económicos precisos: Se podrá disponer de elementos técnicos, de personas con capacidad, pero si no se tienen los fondos necesarios, la mejor voluntad se estrella ante lo imposible. Se trata de un problema que se suscita cada año; ya está aprobado el presupuesto y es al Comité Ejecutivo al que compete estudiar el del año próximo para que adopte las medidas pertinentes.

Manifiesta el Dr. Bustamante que entiende que el Auditor Externo tiene razón al pensar que los países están llegando al límite de su capacidad en materia de contribuciones, porque una cosa es pensar que se pueden pagar las cuotas y otra la realidad de que éstas no se hacen efectivas, lo que obedece evidentemente a dificultades económicas más o

menos grandes derivadas en ocasiones de la diferencia en el tipo de cambio, e indica al respecto que en su propio país se dió en una ocasión la circunstancia de que la cuota aprobada un año importaba más en moneda nacional al hacerla efectiva que en el momento de la votación.

Hace constar que su propósito es ayudar a conseguir que se paguen las cuotas, tanto las atrasadas como las del ejercicio en curso, sin tener la idea de que el hecho de acordar en el presupuesto aumentos de cuotas conduce a un incremento efectivo de los recursos de la Organización. Subraya que de las cuotas correspondientes al presupuesto de 1960 solamente se ha recaudado un 76.32%, lo que quiere decir que casi la cuarta parte de las mismas no llegaron a la Organización: ello coloca al Director de la Oficina en situación embarazosa, ya que teniendo asignaciones en teoría no dispone de recursos en la práctica.

Por otra parte - añade - el Director no puede actuar si los Representantes no le dicen lo que piensan y en este aspecto de las cuotas el Informe Financiero de aquél es muy bueno en el sentido de su sinceridad al declarar que no ha podido gastar lo necesario. En efecto, según ese Informe, el nivel del Fondo de Trabajo está muy por debajo de lo que se considera indispensable; este hecho induce al Auditor Externo a estimar que la situación económica actual debe preocupar a los Países Miembros.

El Dr. Bustamante insiste en que la Organización es cada día más costosa; las cuotas se han aumentado este año y en el proyecto de presupuesto para el próximo figura también un aumento, pero las cuotas atrasadas siguen sin pagarse y es menester que el Consejo Directivo adopte,

en consecuencia, las medidas que correspondan. Estima que el Consejo debe ayudar al Director en su función, facilitándole más recursos para los programas que se acuerden.

Añade que el Informe Financiero del Director es un informe triste, de una realidad difícil, en el que se pone de manifiesto que la Organización no se encuentra en condiciones sólidas, que está muy cerca de necesitar otra de esas extraordinarias ayudas como la que le prestó la Fundación Kellogg para construir su edificio, sirviendo así a los ideales panamericanos.

Ruega el Dr. Bustamante al Presidente que en las resoluciones del Consejo se insista, en alguna forma, en recabar de los Gobiernos de los Países Miembros que abonen puntualmente sus cuotas en la medida posible.

Termina diciendo que los dos informes examinados invitan a reflexionar. Hay que aprobarlos, encomendado al Comité Ejecutivo que estudie el proyecto de programa y presupuesto para 1963 así como las posibilidades prácticas de que los países hagan efectivas las cuotas que se les asignen para su ejecución.

El Dr. BICHAT RODRIGUES (Brasil) señala el hecho de que la Organización se ve obligada a afrontar, por una parte, aumentos en los programas que le son solicitados por los países, lo que implica necesariamente un aumento en las cuotas, tropezando aquéllos con dificultades para hacerlas efectivas. Hay un número de países, Brasil entre ellos, que se encuentran atrasados en el pago de las mismas, habiéndose reiterado al

Comité Ejecutivo y al Consejo Directivo la conveniencia de que aquéllas no se aumenten constantemente, pero el Director se ve obligado a hacerlo para llevar a cabo los nuevos programas que le son solicitados por los diversos países.

Estima que es indispensable que el Consejo Directivo dé al Director de la Oficina la orientación pertinente para que se establezca un régimen de prioridades en la realización de los programas y estima a tal fin que los representantes de Zona, en contacto con los Gobiernos de los países, pueden orientar a fin de que los aumentos anuales de las respectivas cuotas estén en relación directa con las posibilidades de su pago en dólares.

Termina afirmando que los Cuerpos Directivos de la Organización deben estudiar este problema friamente, considerando los programas a la luz de los recursos efectivos, no de los teóricos, para poder ejecutarlos.

El Dr. SANCHEZ VIGIL (Nicaragua) señala que, a su juicio, los aumentos en las cuotas que se solicitan son tan pequeños, en comparación con los que se introducen en los presupuestos de los respectivos países, que, prácticamente, casi no suponen una carga para el presupuesto general de cada uno de ellos. Lo que ocurre es que hay atenciones de urgencia que dan lugar a que los presupuestos respectivos aumenten considerablemente: por ejemplo, en Nicaragua, el 27% del presupuesto de salud pública se invierte en la campaña de erradicación de la malaria, y además

para otros programas, que se llevan a cabo en colaboración con la ICA, el Gobierno ha de aportar asimismo importantes sumas.

Añade que la Oficina Sanitaria Panamericana tiene una función permanente que cumplir y que, con el esfuerzo general de los países, realizado año tras año, está velando por el bienestar y la salud de los pueblos. Con este convencimiento - agrega el Dr. Sánchez Vigil - no hay lugar para el pesimismo: lo que hace falta es impulsar la acción, teniendo en mente la idea de que por cada dolar que invierten en los países pequeños reciben prácticamente dos, traducido en beneficios indudables en materia de educación y adiestramiento del personal y en servicios de asesoramiento en la lucha contra las enfermedades.
En síntesis, cada país debe gastar lo que fuere indispensable para la realización de sus propios programas, pero haciéndolo con un sentido de eficacia. Sugiere que en los programas de erradicación no se consignen sumas superiores al 10% de los presupuestos de salud pública de cada país, porque excederse de ese porcentaje limita en forma importante las restantes actividades.

El Dr. FERNANDEZ NARANJO (República Dominicana) declara que en los informes presentados se resalta el hecho de que los países de las Américas sienten el constante deseo de intensificar sus programas de salud pública, y esto, evidentemente, origina un aumento de los gastos de la Organización. Señala que en determinados países parece haber discrepancia entre ese deseo y la concepción que suelen tener de la salud las personas que ocupan los ministerios del ramo. Si los técnicos

asesores de salud pública y los ministros hablaran el mismo lenguaje, seguramente en los presupuestos de cada país se consignarían las sumas adecuadas para pagar las cuotas de la OSP que son, en realidad, insignificantes si se comparan con el extraordinario servicio que la Organización presta.

Considera el Dr. Fernández Naranjo que la misión que incumbe a los Representantes estriba en llevar al espíritu de los titulares de los ministerios correspondientes el convencimiento firme de que las cuotas destinadas a la Organización son aportaciones efectivas para el bienestar de los países en ella representados.

El Dr. CALVO (Panamá) declara que el simple hecho de que a la Reunión Extraordinaria, a nivel ministerial, del Consejo Interamericano Económico y Social, celebrada en Punta del Este asistiera por primera vez una representación de la Oficina Sanitaria Panamericana constituye un motivo de optimismo, ya que en dicha reunión se consideró como factor indispensable para el desarrollo de las Américas el mejoramiento de la salud pública, afirmación que figura en un anexo especial de los documentos básicos de aquella Conferencia, atribuyéndose a la OSP las funciones de coordinación técnica de todos los programas de salud de las Américas y las de consulta y decisión de los mismos. Considera que la resolución de la Conferencia de Punta del Este marca la pauta que deben seguir los Gobiernos apoyando a la Oficina Sanitaria Panamericana para que su géstión logre el debido éxito.

Propone que la OSP difunda ampliamente entre los Gobiernos de todos los países dicha decisión.

EXPOSICION DEL DR. VAN ZILE HYDE, OBSERVADOR DE LA UNION INTERNACIONAL PARA LA EDUCACION SANITARIA POPULAR
STATEMENT BY DR. VAN ZILE HYDE, OBSERVER, INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH EDUCATION

Dr. VAN ZILE HYDE (observer, International Union for Health Education), speaking at the invitation of the Chairman, stated that it was a pleasure and a privilege for him to again be among old friends at the meeting of the Directing Council. The International Union for Health Education had asked him to speak about the Conference that was to be held in Philadelphia in June-July 1962. That Conference would be an international conference on public health with special emphasis on the problems of education. The Directing Council had frequently debated the problem of health education, how to motivate people, how to inform them. It was precisely that problem to which the International Conference on Health Education would address itself. Details of the program were set out in the document he had distributed, and were being further defined by a committee of which Dr. Horwitz was the co-chairman. The Conference was supported by PAHO and also by WHO, which had made provision in its 1962 budget for a financial contribution. Even more important was the fact that WHO was giving full support to the design of the program and actively cooperating at every stage. In the same way, Dr. Horwitz had made available the staff of the Pan American Sanitary Bureau for consultation in the design of the program. Dr. Terry, Surgeon General of the United States Public Health Services and Chairman of the XIII Meeting of the Directing Council, was also giving his vigorous support to the Conference, had made available staff to work in the National Institutes of Health, and had made a grant

to underwrite the research aspects of the Conference. The objective of the Conference would be to bring together health administrators, experts in education and educational theory, persons active in the new dynamic science of communication, social scientists, social psychologists, and anthropologists. Together they would explore ways of getting a message to people and of getting them to carry out what was felt to be in the best interests of their health. Invitations to the Conference would be sent to the Ministries by Dr. Candau, the Director General of the World Health Organization, and by Dr. Canaperia, the President of the International Union for Health Education. It was the sincere hope of the Union and of WHO that the countries of the Hemisphere would be well represented at the Conference by experts both in public health and in education; for the Conference would, he felt, represent a major step forward in the understanding and implementation of public health.

El PRESIDENTE agradece al Dr. van Zile Hyde la exposición que ha hecho en relación con la Conferencia Internacional sobre la Salud y la Educación Sanitaria, que se celebrará en junio de 1962 en Filadelfia, e invita a los Representantes de los diferentes países en el Consejo para que gestionen cerca de sus Gobiernos la asistencia a la misma de educadores sanitarios.

TERCER INFORME DEL COMITE DE CREDENCIALES
THIRD REPORT OF THE COMMITTEE ON CREDENTIALS

El Dr. BARRENECHEA (Bolivia), Relator de la Comisión de Credenciales dá lectura al tercer informe de dicha Comisión en el que se señala que ésta

examinó y encontró aceptables las credenciales de los Representantes, Suplentes y Asesores de Costa Rica, Haití, Paraguay y Perú. Añade el Informe que la Comisión tomó nota asimismo de la designación del Sr. Robert L. Davée en calidad de Observador de las Naciones Unidas ante el Consejo Directivo

Decisión: Se aprueba por unanimidad y sin modificación el tercer informe de la Comisión de Credenciales

/Decision: The third report of the Committee on Credentials was approved unanimously without change./

Se levanta la sesión a las 12:05 p.m.
The session was adjourned at 12:05 p.m.

consejo directivo

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

XIII Reunión

comité regional

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

XIII Reunión

Washington, D. C.

Lunes, 9 de octubre de 1961, a las 2:40 p.m.
Monday, 9 October 1961, at 2:40 p.m.

CD13/46
14 octubre 1961
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA OCTAVA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE EIGHTH PLENARY SESSION

Presidente: Dr. Doroteo Castillo Rodríguez Nicaragua
Chairman:

Indice
Contents

Cuarto informe de la Comisión de Credenciales
Fourth Report of the Committee on Credentials

Planes nacionales de salud
National Health Plans

Investigación sobre estadísticas de mortalidad
Research Program on Mortality Statistics

Mejoramiento de las estadísticas de mortalidad
Improvement of Mortality Statistics

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar a la Oficina Sanitaria Panamericana (Atención: Jefe de la Sección de Conferencias y Traducciones) las correcciones que deseen ver introducidas en el texto. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión del Consejo.

Note: These précis minutes are provisional. The representantives are therefore requested to notify the Pan American Sanitary Bureau (Attention: Chief, Conference and Translations Section) of any corrections they wish made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the meeting of the Council.

Indice (cont.)
Contents (cont.)

Tema 11: Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1960 (Documento CD13/7 y Documento Oficial No. 37) (continuación)
Topic 11: Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 1960 (Document CD13/7 and Official Document No. 37) (continued)

Tema 12: Informe sobre la recaudación de las cuotas (Documento CD13/8 y Addendum I)
Topic 12: Report on the Collection of Quota Contributions (Document CD13/8 and Addendum I)

Tema 26: Necesidades financieras para la formulación de un plan continental de abastecimiento de agua y de eliminación de aguas servidas (Documento CD13/19)
Topic 26: Financial Outlay Required to Formulate a Continental Plan of Water Supply and Sewage Disposal (Document CD13/19)

Moción del Representante del Perú (Planes de vivienda en las Américas)
Motion by the Representative of Peru (Housing Programs in the Americas)

CUARTO INFORME DE LA COMISION DE CREDENCIALES
FOURTH REPORT OF THE COMMITTEE ON CREDENTIALS

El PRESIDENTE abre la sesión

El Dr. BARRENECHEA (Bolivia) Relator de la Comisión de Credenciales, da lectura del cuarto informe de dicha Comisión que dice así:

"La Comisión de Credenciales, integrada por los señores Representantes de Nicaragua, Bolivia y Uruguay, celebró su cuarta sesión el día 9 de octubre de 1961, a las 11:00 a.m.

La Comisión examinó y encontró aceptables las credenciales del Representante y Suplente de Cuba a la XIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud."

Decisión: Se aprueba por unanimidad y sin modificación el cuarto informe de la Comisión de Credenciales.

/Decision: The fourth report of the Committee on Credentials was approved unanimously without change./

PLANES NACIONALES DE SALUD
NATIONAL HEALTH PLANS

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) da lectura del siguiente proyecto de resolución, preparado como consecuencia de las observaciones formuladas en el curso del debate sobre los Proyectos de Programa y Presupuesto de la Organización:

"El Consejo Directivo,

Teniendo en cuenta la proyección continental del programa de la Organización Panamericana de la Salud; y

Considerando que corresponde a los Gobiernos tomar las medidas adecuadas para salvaguardar la salud de sus respectivos pueblos,

RESUELVE:

Que la Oficina Sanitaria Panamericana acentúe su labor de coordinación internacional y que, de acuerdo con las prioridades que fijen sus Cuerpos Directivos, siga facilitando a los Gobiernos Miembros servicios de asesoría técnica en particular para la formulación de planes nacionales de salud."

Decisión: Se aprueba por unanimidad la resolución antes citada.

/Decision: The resolution was unanimously approved./

PROGRAMA DE INVESTIGACIONES SOBRE ESTADISTICAS DE MORTALIDAD
RESEARCH PROGRAM ON MORTALITY STATISTICS

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) da lectura del siguiente proyecto de resolución, preparado como consecuencia de las observaciones formuladas en el curso del debate sobre los Proyectos de Programa y Presupuesto de la Organización:

"El Consejo Directivo,

Considerando que la Organización Panamericana de la Salud ha recibido del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América una subvención destinada al desarrollo regional de estudios epidemiológicos para llevar a cabo una investigación interamericana de la mortalidad, con la cooperación de colaboradores de 10 ciudades de las Américas, mediante la cual se estudiará a fondo una muestra de defunciones para obtener datos completos sobre las enfermedades que causaron la muerte;

Considerando que los resultados de este estudio de 40.000 defunciones, cuyas causas serán clasificadas uniformemente por especialistas

médicos que estudiarán los datos clínicos, de laboratorio y patológicos, proporcionarán información esencial, en forma comparable, que servirá de base para estudios epidemiológicos y para programas de investigación en grupos de población de las Américas, con características médico-sociales muy distintas entre sí; y

Considerando que este programa de investigación tendrá también repercusión en cuanto al establecimiento de estándares de diagnóstico de las enfermedades y de terminología comparables, en español, francés, inglés, y portugués, y que servirá de estímulo para la enseñanza en temas de diagnóstico y certificación médica en las escuelas de medicina, influyendo de esta manera, directa e indirectamente, en el mejoramiento de la exactitud de las estadísticas médicas en las Américas,

RESUELVE:

1. Recomendar a los Gobiernos Miembros que den todo su apoyo al desarrollo del programa de investigación de las estadísticas de mortalidad, a fin de que las ventajas de esta primera investigación intensiva de la mortalidad, sobre una base regional, sean plenamente utilizadas no sólo como orientación para los estudios epidemiológicos, sino también para el mejoramiento de la calidad de las estadísticas de mortalidad que son indispensables para los planes de salud.

2. Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que la Organización coopere con los investigadores en las ciudades seleccionadas, para asegurar que esta investigación coordinada proporcione

datos básicos comparables, y que los resultados del programa de investigación sean plenamente utilizados en los servicios de salud, en los estudios epidemiológicos y en la enseñanza en las escuelas de medicina.

Decisión: Se aprueba por unanimidad la resolución antes citada.

/Decision: The resolution was unanimously approved./

MEJORAMIENTO DE LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD
IMPROVEMENT OF MORTALITY STATISTICS

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) da lectura del siguiente proyecto de resolución, preparado también como consecuencia de las observaciones formuladas en el curso del debate sobre los proyectos de programa y presupuesto de la Organización:

"El Consejo Directivo,

Teniendo en cuenta que la certificación de causa de defunción varía considerablemente en las Américas, desde aquellos países en que todas o casi todas las certificaciones se expiden por médicos, hasta aquellos otros en los cuales el número de los certificados médicos no alcanza el 50% del número total de defunciones; y

Considerando que para los planes de salud y para medir el progreso de programas específicos, tales como los de erradicación del paludismo o de la viruela, es indispensable disponer de datos exactos sobre las causas de defunción,

RESUELVE:

1. Recomendar a los Gobiernos Miembros que establezcan el uso de formularios estándar de certificados de defunción, de acuerdo con el modelo internacional de certificado médico de causa de defunción contenido en el Reglamento No. 1 de la OMS (1948) sobre nomenclatura, a fin de que se pueda disponer de estadísticas de mortalidad comparables en toda la Región.

2. Recomendar a los Gobiernos Miembros que fomenten un mayor uso del certificado médico y el mejoramiento de la calidad de estos certificados en todas las Américas, a la mayor rapidez posible, como una importante actividad y función de los servicios de salud, a fin de que se pueda disponer de datos para la planificación y evaluación de programas de salud.

3. Recomendar a los Gobiernos Miembros que fomenten la tabulación y presentación de las estadísticas de mortalidad, de forma que permita distinguir y presentar por separado las causas de defunción en los casos en que no se haya extendido certificado médico.

4. Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que la Organización colabore con los países en este campo y estimule a los Comités Nacionales de Estadísticas Vitales y Sanitarias para que adopten las medidas necesarias a fin de coordinar las actividades de los Ministerios que tienen a su cargo funciones de registro, acopio y análisis de estadísticas vitales."

El Dr. CALVO (Panamá) considera que sería preferible no mencionar en el segundo párrafo de la parte expositive ninguna enfermedad en forma específica, porque hay en varios países problemas que son quizás más importantes que la viruela o la malaria; y que debe tenerse en cuenta que el estudio sobre la mortalidad sirve de base para la programación. Por ello sugiere que de dicho considerando se suprima la referencia a las mencionadas enfermedades, quedando el resto del párrafo como está.

El Dr. QUIROS (Perú) señala la importancia que tiene el recomendar a los Gobiernos Miembros de la Organización, como se hace en el proyecto de resolución, que establezcan el uso de formularios estándar de certificados de defunción, de acuerdo con el modelo internacional de certificación médica, en virtud de que muchos países no cuentan con servicios sanitarios organizados en toda la extensión de su territorio, por lo que es difícil que puedan implantar dicho uso. Cree más conveniente una redacción algo más elástica, recomendando el uso del certificado en lo posible y en los lugares donde se pueda utilizar.

El Dr. CALVO (Panamá) considera acertada la propuesta formulada por el Representante del Perú en el sentido de que el uso del certificado estándar es una meta que debe alcanzarse en América Latina, y que así debía hacerse constar en el proyecto de resolución, por el cual se trata de conseguir un mejoramiento de la estadística de mortalidad.

Cree que debe buscarse la manera de establecer a largo plazo dicho uso en toda la América Latina, pero que no desaparezca de la resolución la afirmación de ese principio.

El Dr. AGUILAR (El Salvador) hace notar que este formulario estándar ya fue aceptado por los Países Miembros desde hace muchos años, y que si bien es cierto que en muchos de ellos hay más del 60 o 75% de las defunciones sin asistencia médica, por otra parte ese procedimiento está ayudando a las autoridades, y se está enseñando al personal a llenar un modelo estándar de certificado que antes no existía. Por tanto cree conveniente que se insista y se siga utilizando dicho certificado, tal como se indica en el proyecto de resolución

El Dr. SANCHEZ VIGIL (Nicaragua) considera que los dos puntos que se discuten tienen en el proyecto de resolución una redacción aceptable, porque respecto al primero, si se habla de viruela o de malaria, es sólo para citar ejemplos, como podría hacerse mencionando cualquier otra enfermedad. Y respecto al certificado, como dijo el Representante de El Salvador, ya está aceptado por todos los países de América Latina, de suerte que lo que tiene que hacerse es establecerlo en las áreas donde sea factible. Cree, por tanto, que con respecto a esos dos extremos, la redacción del proyecto es buena y no debe modificarse.

Refiere la experiencia de su país para implantar el uso del certificado, empezando por hacer lo que llaman área de registro, en la que cuentan con el personal médico suficiente, y van ampliándola conforme a las necesidades y al personal capacitado disponible. Cita el ejemplo

de que en los Estados Unidos de América parece ser que en 1876 empezaron las primeras áreas de registro, y en 1929 todavía no se habían extendido a todo el territorio, hasta que se completó la estadística necesaria.

El Dr. BARRENECHEA (Bolivia) está de acuerdo con el Representante de Panamá en que se suprima la mención específica de la erradicación del paludismo y la viruela, porque hay otros problemas, como la tuberculosis, que habría que incluir igualmente.

En cuanto al segundo punto, cree que se debe aceptar tal como está redactado, porque es necesario uniformar un certificado para lograr algunos progresos en materia de salud, indispensable para la sanimetría.

Dr. WATT (United States of America) commenting on the resolution presented, said that he believed the choice of malaria and smallpox as examples was based not on the over-all importance of these diseases as community health problems, but rather on the fact that these are two eradication programs to which the Pan American Health Organization is committed. The wording "such as malaria and smallpox eradication" was chosen with the idea that as other eradication programs are adopted for other diseases, they too would require the same type of statistical backing. As to the standard form of death certificate, he stated that the form in question is the best available and the one that is generally recognized. It represents a goal toward which one should be working. He therefore wished to support the resolution in the form presented.

El Dr. CALVO (Panamá) insiste en la conveniencia de que no se mencione ninguna enfermedad en la resolución, y agrega que en los programas de erradicación del paludismo es donde hay mayores facilidades para que los datos de mortalidad y de morbilidad sean más claros, mientras que en otras áreas es necesario el mejoramiento de las estadísticas. Si se hubiera mencionado, por ejemplo, la mortalidad infantil, donde las estadísticas son tan incompletas, no hubiera estado en desacuerdo; del mismo modo podría enumerar cinco o seis problemas más importantes que la erradicación del paludismo o de la viruela. Por ello considera que, de no señalarse otras enfermedades más importantes con respecto a las estadísticas de mortalidad en América, tampoco deben señalarse las que se mencionan.

El Dr. QUIROS (Perú) aclara que no se opone al uso del modelo del certificado, sino que cree que dicho punto debe redactarse en el sentido de recomendar que se establezca progresivamente y a medida que lo permita la organización de los servicios de salud en cada país.

El Sr. OCHOTECO (Uruguay) considera que la discusión del primer punto podría obviarse agregando en el texto la referencia a dos o tres enfermedades más, de cuya erradicación se ha ocupado la Organización.

Respecto a los formularios, señala que la recomendación de su uso no constituye una imposición, sino que significa que ese documento es el que va a servir para el debido control estadístico, y los otros, los que no reunan las condiciones reglamentarias, no tendrán el mismo

valor desde el punto de vista científico, entendiéndose que el formulario se va a implantar en los países en que sea posible y que además servirá de enseñanza colectiva en las regiones donde los médicos no pueden atender a la labor de extender los certificados.

El Dr. FERNANDEZ NARANJO (República Dominicana) considera que la resolución no necesita ninguna enmienda, pues al referirse a programas específicos se ponen como ejemplo dos de gran interés para la Organización.

En lo que respecta al certificado de defunción, considera que los Países Miembros deben esforzarse por progresar hacia la meta señalada por la Organización, por lo que no se puede pretender que ésta retroceda en su evolución.

Se refiere finalmente a la labor de convencimiento que se realizó en su país, a través del Departamento de Estadística, cerca de los centros médicos, para que se comprendiera y aplicara el nuevo modelo de certificado, y dice que ha traído un cambio en la nosología nacional, al introducirse las nomenclaturas reglamentarias.

El Dr. ALDEREGUIA (Cuba) considera que, si se examina el proyecto de resolución en su aspecto esencial, se advierte que aspira al mejoramiento general de las estadísticas de mortalidad, y no un mejoramiento parcial de las que se refieren a unas enfermedades determinadas. Por ello cree que no deben citarse ejemplos, sino comprender a todas las enfermedades por igual.

Basándose en el mismo argumento, considera que el punto concerniente al modelo del certificado debe quedar tal como está redactado.

Decisión: Se aprueba la resolución relativa al mejoramiento de las estadísticas de mortalidad, sin ninguna modificación en el texto propuesto.

/Decision: The resolution on the improvement of mortality statistics was approved without change, as presented./

TEMA 11: INFORME FINANCIERO DEL DIRECTOR E INFORME DEL AUDITOR EXTERNO CORRESPONDIENTES A 1960 (Documento CD13/7 y Documento Oficial No. 37) (continuación)
TOPIC 11: FINANCIAL REPORT OF THE DIRECTOR AND REPORT OF THE EXTERNAL AUDITOR FOR 1960 (Document CD13/7 and Official Document No. 37) (continued)

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) comienza refiriéndose al debate que se ha desarrollado en la sesión de la mañana, y manifiesta que ha sido sumamente grato ver el interés que todos han mostrado por la situación financiera de la Organización.

Puntualiza que lo que se discute es el Informe Financiero y el Informe del Auditor Externo. Dice que como, naturalmente, no se le puede pedir al Consejo que certifique todas las partidas y sus respectivas cuentas, la costumbre ha sido solicitar al Consejo que tome nota del Informe, partiendo de la base de que los auditores internos permanentes que tiene la Oficina y el auditor externo, son suficiente garantía para asegurar que el contenido del Informe corresponde a lo ocurrido en el año 1960.

Añade que, por razones obvias, comparte el optimismo de los Representantes del Perú, Nicaragua, la República Dominicana y otros, pues,

aun cuando la inversión de los fondos con respecto al presupuesto aprobado no corresponda al 100%, el Informe Anual revela, sin embargo, lo que la Organización pudo hacer en el año pasado.

Examina brevemente las cifras tal como vienen presentadas en el Informe del Auditor Externo y señala que, efectivamente, en el año pasado sólo se logró invertir el 76% más o menos del presupuesto aprobado, pero, como se puede observar en la página 59 del Informe si se suman en realidad las partidas atrasadas recaudadas durante el año pasado, la verdad es que la Oficina dispuso de casi el 89% del presupuesto aprobado de $4.100.000. Juzga el Director que esto mismo es lo que ha estado ocurriendo año tras año, y eso es, a su entender, una de las mejores razones para justificar los aumentos que anualmente la Oficina solicita y el Consejo Directivo acepta, porque es evidente --como lo revela el análisis que hace el Auditor Externo desde el año 1951, es decir, en los últimos 10 años--, que dada la situación general en el Continente, la Oficina por lo regular no trabaja con más de un 85% al 90% por año de la suma aprobada. Pero el hecho sería mucho más grave si no se hiciera anualmente un pequeño aumento --pequeño, como lo calificó el Dr. Quirós-- de su presupuesto. En estas condiciones, y hablando de cifras absolutas, se ha ido disponiendo de más fondos que han permitido en el año pasado llevar a la práctica 288 programas grandes y pequeños, aunque para el orador no hay ninguno pequeño.

Todo esto corrobora su optimismo, pero naturalmente, cuanto más oportuno sea el pago de las cuotas por parte de los Gobiernos Miembros,

tanto mejor será, evidentemente, y se evitarán circunstancias de apremio que suelen presentarse en el curso del año.

En relación con lo manifestado por el Representante del Brasil, dice el Dr. Horwitz que cada tres meses la Oficina hace una acuciosa revisión de su programa, con el ánimo de adaptar las contribuciones recibidas hasta ese momento a las prioridades establecidas por la Organización. Y de esta forma se van cumpliendo las instrucciones del Consejo Directivo, de suerte que cabe afirmar que se están siguiendo las grandes prioridades de la Organización, tal como aparecen en su programa general de trabajo.

El interés de los Gobiernos, a juicio del Director, queda claramente demostrado cuando se examina la relación de los programas completos o partes de programas, cuyo importe suma $2.842.556, que no fueron incluidos en el programa y presupuesto del año 1962, circunstancia que ha venido repitiéndose en los últimos años.

Recoge el Dr. Horwitz lo dicho en la sesión de la mañana por el Representante de Panamá, que destacó la importante responsabilidad que se asignó a la Oficina Sanitaria Panamericana en la reciente reunión de Punta del Este, y atendiendo a lo solicitado por dicho Representante de que se diera a conocer al Consejo el texto concreto de la citada reunión en que se menciona a la Oficina Sanitaria Panamericana, da lectura a la resolución denominada "Plan decenal de salud pública de la Alianza para el Progreso" que en su artículo 4 dice así: "Recomendar

a los Gobiernos que cuando lo estimen conveniente utilicen la asesoría técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, en la preparación y ejecución de estos planes (decenales de salud). Igualmente, apoyar los proyectos de dicho Organismo para establecer sistemas de planificación en salud en los países de América Latina". Y a continuación, señalando el interés de la Oficina por una coordinación más estrecha con otros organismos internacionales, la resolución: "Recomendar asimismo el uso de otros medios de asistencia técnica, multilateral o bilateral que estén a disposición de los países de este Continente". Además, en la resolución denominada "Grupos de Estudio para Tareas de Programación", en su artículo 4 se dice: "Que el grupo encargado del estudio de la salud, organizado por medio de la Oficina Sanitaria Panamericana, evalúe los problemas predominantes, y que sugiera líneas generales de acción de efecto inmediato, para: el control o erradicación de enfermedades transmisibles; el saneamiento, sobre todo en el abastecimiento de agua y la eliminación de aguas negras; para la disminución de la mortalidad infantil y especialmente de recién nacidos y el mejoramiento de la nutrición. Que recomiende, asimismo, medidas para la educación y el adiestramiento del personal y para el mejoramiento de los servicios de salud".

El Dr. Horwitz comparte la opinión expuesta por el Dr. Calvo y estima que la Reunión de Punta del Este ha incrementado la responsabilidad de esta Organización igual que la de otros organismos internacionales. Afirma que lo mismo han aumentado sus oportunidades, y la Oficina está dispuesta a prestar la colaboración que ha sido tradicional en ella.

Otras consideraciones expuestas en el debate no se relacionan directamente con el tema que se examina, pero el Director quiere referirse, sin embargo, a una de ellas porque aparece mencionada en el informe del Auditor Externo. Se trata del tema de la descentralización. La verdad es que la Oficina, desde su organización, ha estado estudiando y realizando distintas formas de descentralización. Seguro está el orador de que todos los Ministerios de Salud de la América Latina y del mundo entero están permanentemente analizando sus métodos y sus sistemas de trabajo para hacerlos lo más eficientes y económicos posible. Igual le ocurre a la Oficina, que es, en suma, reflejo de lo que está pasando en el Continente. Recuerda el Dr. Horwitz que en la última reunión del Comité Ejecutivo se presentó un informe sobre descentralización que tenía en parte relación con las Oficinas de Zona. El Comité lo discutió ampliamente, y convino en que el sistema actual de descentralización era adecuado y debería mantenerse sin perjuicio, naturalmente, de que la Oficina siguiera estudiando métodos, cada vez más adecuados, para aumentar la eficiencia de sus labores y disminuir sus gastos. Dice el Dr. Horwitz que eso es lo que se está haciendo; se está efectuando una profunda revisión de los sistemas administrativos en toda la estructura de la Organización, considerando el trabajo sobre el terreno tanto en el nivel de los países y de las zonas, como en el de la Oficina Central, siempre con igual propósito. Anuncia que en todo lo relativo a la estructura interna que es de la competencia del Director de la Oficina, se adoptarán al respecto las medidas oportunas cada vez que la experiencia le aconseje.

Agradece el Director el interés que ha mostrado el Consejo por este tema. Cree que el debate contribuirá a que la situación financiera actual vaya mejorando progresivamente, para lo cual los funcionarios sobre el terreno están en contacto con los Gobiernos, dentro de la discreción que requiere lo delicado del asunto. Y termina diciendo cuán ingrato sería que la imagen de la Oficina fuera la de un cobrador y no la de un colaborador.

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) lee el proyecto de resolución que figura en el Documento CD13/17, relativo al tema que se examina.

> Decisión: El Consejo aprueba por unanimidad el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo correspondientes al ejercicio económico de 1960.
>
> /Decision: The Council unanimously approved the Financial Report of the Director and the Report of the External Auditor for 1960./

TEMA 12: INFORME SOBRE LA RECAUDACION DE LAS CUOTAS
(Documento CD13/8 y Addendum I)
TOPIC 12: REPORT ON THE COLLECTION OF QUOTA CONTRIBUTIONS
(Document CD13/8 and Addendum I)

Dr. PORTNER (Chief of Administration, PASB) presented Document CD13/8 and Addendum I on this topic. He stated that since the date of issuance of the document, an additional contribution had been received from the Government of Peru, in the amount of $7.684,43, which he wished to report at this time. He pointed out that at the beginning of the current financial year quota arrearages totalled $1.458.685. The assessment for 1961 was founded on contributions by the Governments totalling $4.700.000, with arrears of $458.685 also due, making a total due of $6.158.685. As of the present date, slightly over 63 per cent has been collected on the amounts outstanding of both current quotas and arrears. Of the current year's assessments, slightly over 65 per cent has been collected; the collection of arrearages, which in actual dollar figures represents the highest payment of arrears in any given year, stands at 52 per cent of the amount due for previous years at the beginning of 1961. The collection this year are closely comparable to those in the two preceding years. On the basis of the discussions held and the continuing communications with the Governments on this serious problem, it is to be hoped that the contributions received during the last quarter of the year will make the total statement a much better one. Nevertheless, he believed, it is important to state that as of the present date the gross total of contributions, amounting to slightly more than $3.8 million, represents only some 60 per cent of the amounts due at the beginning of the year. A continuation of that trend would result in something approximating the situation at the end of 1960 referred

to previously during the discussion of the Working Capital Fund. However, as a comparison of the original document and the addendum shows, there has already been a marked movement forward in the last few months, and it is to be hoped this improvement will continue during the next three months and in the new year as well.

Dr. Portner concluded by calling attention to the terms of the resolution approved on the matter by the 43rd Meeting of the Executive Committee, which might serve as a guide for the resolution that is to be adopted by the Council.

El Dr. BICHAT RODRIGUES (Brasil) manifiesta que, considerando precisamente la labor que lleva a cabo la Organización, su país realiza un esfuerzo extraordinario para pagar las cuotas atrasadas y las del ejercicio en curso, esfuerzo que se apreciará en su justo valor al saber que el Ministerio de Salud, como los demás del país, ha tenido que reducir en un 30% los recursos primeramente presupuestos; mas atendiendo al interés por los asuntos de la salud internacional, el Brasil procura estar al día en el pago de sus cuotas.

El Sr. OCHOTECO (Uruguay) dice que si bien su país figura con una cifra pendiente de $125.613, y a pesar de que la cuota que se le ha fijado no corresponde a su situación económica real, el Gobierno del Uruguay, que ha dedicado a la salud pública sumas superiores y destinará a esas atenciones otros $50.000.000 más, ha disminuido la deuda registrada en casi un 50%.

El Dr. OLGUIN (Argentina) manifiesta que la situación de su país, en cuanto a las cuotas, responde a razones económicofinancieras y administrativas. Se adoptan las medidas necesarias a fin de que se liquide lo adeudado. Después del último giro de $150.000 en el mes de septiembre, queda un saldo de $714.612,00 que corresponde a las cuotas de este año y anteriores.

Dice que el saldo correspondiente al ejercicio 1960 y la contribución correspondiente al ejercicio 1961, se encuentran ya liquidados y que su remesa depende de la disponibilidad de fondos por parte de la Asesoría General de la Nación. Y con respecto a las contribuciones pendientes del año 1959, la Secretaría de Hacienda de la Nación ha prometido los créditos necesarios en el transcurso del próximo ejercicio financiero.

El Dr. SANCHEZ VIGIL (Nicaragua) manifiesta que en su país el presupuesto corresponde al ejercicio económico que comienza el 1o. de julio y termina el 30 de junio. En consecuencia, su país nunca puede pagar en los 6 meses primeros, pero ahora la cuota de $14.100 debe estar ya en camino.

En relación a los pequeños aumentos que se aprueban de año en año, sugiere el Dr. Sánchez Vigil que cuando se produzcan esos aumentos los notifique la Oficina al Ministerio de Salubridad Pública de su país, con copia a la Dirección del Presupuesto, para que sea atendida esa partida. De suerte que los $2.550 de aumento no se han podido pagar por no estar incluida esa partida en el presupuesto. Pero el Ministro de Salubridad Pública,

Dr. Castillo Rodríguez consiguió que de los Fondos Especiales se libre un cheque por esa cantidad que se hará efectivo en el plazo de un mes.

El Dr. PADILLA (Guatemala) hace una aclaración similar a la hecha por el Representante de Nicaragua, pues también el presupuesto de su país empieza a regir el 1o. de julio. Sugiere también que se envíe un recordatorio a la Dirección de Sanidad Pública del Ministerio para insistir en el pago de la cuota, pues en el Artículo 41 de la Constitución se establece que los gastos de salud pública, y especialmente las contribuciones internacionales, se paguen con prioridad, lo que permitirá gestionar el pronto pago de lo que se adeude.

El Dr. GUEDEZ (Venezuela) manifiesta igualmente que el ejercicio económico de su país comienza el 1o. de julio, y por esa circunstancia no siempre ha sido posible efectuar la asignación presupuestaria correspondiente a la cuota hasta el segundo trimestre del año. Pero esta situación cambiará a partir de 1962 en que el ejercicio económico comenzará el 1o. de enero. Espera que en el curso del presente mes se efectúe la asignación presupuestaria para la cuota correspondiente.

El Dr. CALVO (Panamá) dice que su país, que antes pagaba con puntualidad, se ha retrasado estos últimos cuatro años, pero ha habido en él un cambio de Gobierno el pasado año, y el orador promete hacer lo posible para que Panamá se ponga al corriente lo más rápidamente posible.

> Decisión: Por unanimidad se acuerda tomar nota del Informe del Director sobre el estado de la recaudación de las cuotas (Documento CD13/8 y Addendum I) y encarecer a los Gobiernos Miembros que tengan cuotas pendientes de pago que las hagan efectivas a la mayor brevedad posible, con el fin de asegurar el desarrollo normal de las actividades de la Organización.

/Decision: It was unanimously agreed to take note of the report of the Director on the collection of quota contributions (Document CD13/8 and Addendum I) and to urge Member Governments whose quota contributions are in arrears to pay them at the earliest possible date, in order to ensure the normal development of the activities of the Organization./

TEMA 26: NECESIDADES FINANCIERAS PARA LA FORMULACION DE UN PLAN CONTINENTAL DE ABASTECIMIENTO DE AGUA Y DE ELIMINACION DE AGUAS SERVIDAS (Documento CD13/19)

TOPIC 26: FINANCIAL OUTLAY REQUIRED TO FORMULATE A CONTINENTAL PLAN OF WATER SUPPLY AND SEWAGE DISPOSAL (Document CD13/19)

Mr. SHIPMAN (Chief, Environmental Sanitation Branch, PASB) presented Document CD13/19 on this topic. He stated that the title was perhaps somewhat misleading, in the sense that what requires a financial outlay is not the formulation of a plan, but rather the implementation of the plan once it is drawn up. It was his understanding that practically all of the countries are now working on long-range plans that will be implemented within the next few years. Therefore, a continental plan of water supply and sewage disposal, and the calculation of its cost, cannot be arrived at until all the Governments have drawn up their own plans and the information on these individual country plans is consolidated on a continent-wide basis.

He called attention to the fact that at the XI Meeting of the Directing Council in 1959, the Technical Discussions had covered the topic "Technical, Financial, and Administrative Aspects of Water Supply in the Urban Environment in the Americas." At that time the major point of concern was the financing of water works, and the astronomical cost appeared to stand as a barrier between the provision of safe and adequate water and the reality of obtaining those facilities for the health of the people. There

were, at that time, very few instances in which international banks showed an interest in investing in water supply. It is indeed encouraging to note that today, two years later, there is not a single international bank that would not make a loan for this purpose. This fact, in turn, places an unusual responsibility on all those who are working in this field, for in order to demonstrate that this newly-won confidence is well founded, it will be necessary to see that the operation and management of the water systems for which loan funds have been obtained are of a high order. This is the standard and this is the pattern that must be followed to assure not only that loan funds will be obtained but that they will continue to be provided.

Mr. Shipman then called attention to the type of assistance which the Organization has furnished during the past year. The activity in this field had been made possible only through the establishment of the Special Community Water-Supply Fund and the contributions made to the Fund by the Governments of the United States of America, Uruguay, and Venezuela. The assistance given by PAHO, as described in the working document, encompassed technical, administrative and financial aspects of the program. He stated that for many years Governments have had competent engineers in many of the Latin American countries. In many instances, whenever loan funds were sought from external sources, it was necessary to have the design and the supervision carried out by outside engineers. The basic philosophy and objective has therefore been to utilize local engineers to the maximum, having each project carried out as far as possible with local personnel,

and to give assistance as necessary, in the amount necessary, to develop a sound technical project. In fact, the first project approved by the Inter-American Development Bank was a water project designed and developed completely by local personnel. This will continue to be the Organization's approach in its efforts to improve the technical resources of the countries.

The PAHO's technical activities have included the review of plans in terms of attempting to reduce costs, to stage projects over longer periods, or to develop those portions of a project which were immediately necessary. A major objective has been to place the programs on a sound administrative basis. A number of countries have been assisted in the review of laws that were to be considered by their legislative bodies, for the creation of certain types of national organizations designed to consolidate water activities and lay the bases for requests for loans. Provisions were also made to advise Governments on water-rate systems and to determine the financial feasibility of projects. In this connection, he pointed out that two staff members are now acting in a liaison capacity between the Organization and the Inter-American Development Bank and are thus able to provide direct assistance to personnel from the various countries when loan requests are submitted and additional information or consultation is required.

One of the most important phases of the Organization's assistance, he stated, is in the field of health education. It is a recognized fact that when activities are undertaken in a community to provide a new water system, it is the people of that community who will have to pay for the

benefits received. The Ministries of Health are in an unusually favorable position to assist in these programs, and there is need to strengthen their Health Education Departments. This will constitute the proof of whether the water programs in many communities will succeed or fail.

Mr. Shipman then called attention to the Organization's publication Tarifas de Agua, which had just been issued and would soon be distributed to all the Governments. This manual, he said, represented the first attempt to consolidate information from the Governments on water-rate policies and methods used to administer their water works.

Another activity that has been accorded high priority is the training of personnel. He recalled that in the past year two training courses were held on the financing and administration of water supplies. The training activities also included the Seminar on Water Rates, as well as the award of travel grants and of fellowships.

Mr. Shipman then pointed out that when the first discussions were held on the problem of water supply, and estimates were made of the cost of the continental program, one of the major concerns was the availability of financing. Taking the problem as a whole, it was felt that with the available funds, both national and international, it would be necessary to pick out the most important environmental sanitation activity that would reach the most people and do the most good. Water supply was selected as that activity. In considering the matter of sewage disposal, it was recognized that in many municipalities there would not be sufficient funds for both water and

sewage, and that the most important first step should be water service. At no time has the importance of sewage disposal been ignored. It is therefore felt that whenever funds are obtained for the construction of water systems, plans should at the same time be prepared for the sewage service, so that as financing becomes available it will be possible to introduce those portions of a master sewer plan that can be constructed. Of the projects already approved for water systems, it will be noted that three also contain facilities for sewage and this type of planning should be kept constantly in mind. He pointed out the fact that, in the Charter of Punta del Este, the objective set for the next 10 years calls for the provision of adequate water supply and sewage service to 70 per cent of the urban and 50 per cent of the rural population. It is normal to expect that the development of water and sewage projects will require, as an average, from two to five years. In speaking of a 10-year program, therefore, one is really dealing with the present and the immediate future. Realistically, it would be preferable to envisage a 20-year period and then determine what would have to be done in the first 10 years.

He also mentioned the emphasis that has been placed on housing development, for which water and sewage service is one of the basic requirements.

In connection with the need for strengthening the sanitary engineering departments within the Ministries of Health, he mentioned the importance of training and manpower. It will be incumbent on the Health Ministries in

all countries to take the leadership in training the sanitary engineers, inspectors, and auxiliary workers required to carry out the long-range plans. The Organization is encountering difficulty in filling the growing number of requests for assistance received from the Governments. The problem is to find competent engineers who are available for short-term and long-term assistance to Governments, without detriment to the work of the organizations they leave in their own countries to take up assignments elsewhere.

Activities in this entire field have developed within the last two years very rapidly and very extensively, and it is to be expected that the program will be even greater in the next two years. This is an excellent opportunity of which Ministries of Health can take advantage, in supporting and stimulating the water programs and in maintaining the necessary relationships with other Ministries that have other activities connected with water service and the supervision of the supplies that are already constructed or about to be constructed. It will be necessary in many countries, however, to greatly strengthen the Environmental Sanitation Division of Health Ministries, if these responsibilities and activities are to be executed. Mr. Shipman concluded by assuring the representatives that the PASB is available at all times for whatever assistance it is able to provide to the Governments in this worth-while endeavor.

Se suspende la sesión a las 4:10 p.m. y se reanuda a las 4:45 p.m.
The session was recessed at 4:10 p.m. and resumed at 4:45 p.m.

El Dr. FRICKE (Chile) expresa que el Ing. Shipman ha presentado un problema que interesa especialmente a Chile porque, con motivo de los sismos que asolaron su territorio el año pasado, se dislocaron en gran proporción, y se destruyeron, los sistemas de abastecimiento de agua potable y los servicios de eliminación de aguas servidas, y además hubo una pérdida de 65.000 casas. De inmediato, el Gobierno de Chile se preocupó por abordar este problema de tanta trascendencia. En comisiones conjuntas se estudió el problema rápidamente, y se formularon programas para hacer inversiones en el presente año, para abastecimiento de agua potable, por valor de $8.870.000 y, para servicios de eliminación de aguas servidas o excretas o alcantarillado, una suma de $2.260.000, especialmente con capitales nacionales y con ayuda exterior, mientras que el plan decenal que caducará en 1970 prevé para agua potable $146.000.000 y para alcantarillado $65.000.000 en las áreas urbanas. Este problema de las áreas urbanas es de incumbencia del Ministerio de Obras Públicas, en su sección llamada Dirección de Obras Sanitarias. Por otra parte, el Servicio Nacional de Salud tiene a su cargo las áreas rurales, y ha terminado un proyecto de $14.000.000 para agua potable y $12.770.000 para sistemas de eliminación de excretas, con el cual se podrán resolver en alto grado los problemas de agua potable y de alcantarillado en el país.

Señala que la falta o mala calidad del agua producen un impacto en lo económico extraordinariamente grave hoy día, y refiere que a comienzos de año, en un seminario de carácter económico de alto nivel, se presentaron algunas cifras sobre lo que significaban en Chile la fiebre tifoidea,

las enfermedades entéricas, la salmonelosis, etc., que en el año 1960 causaron pérdidas por valor de $154.000.000, incluyendo las enfermedades, las muertes, y lo que no se produjo por enfermedad. Esta impresionante cifra hizo meditar a los dirigentes gubernativos para abordar el problema del agua potable con verdadero interés.

Añade el orador que, además del problema del agua potable, se plantea en Chile el grave problema de la vivienda, que se está resolviendo gracias a la Corporación de Viviendas que, mediante el ahorro popular, está construyendo miles y miles de viviendas en todo el país. El Servicio Nacional de Salud, a fin de cooperar en ambas tareas, está desarrollando en cinco áreas del país un plan experimental de organización de la comunidad, para que ésta atienda a estos problemas. Con la ayuda de sociólogos, especialistas en antropología, asistentes sociales y algunos médicos se están estableciendo áreas experimentales a fin de celebrar en el año 1962 cuatro seminarios que lleven la inquietud a todos los ámbitos de la República en estas materias básicas para el progreso y para la promoción de la felicidad de la población.

Califica de extraordinariamente interesante el informe del Ing. Shipman sobre los problemas de agua potable y de eliminación de aguas servidas y, reconociendo la labor desarrollada por los organismos internacionales, especialmente por la Oficina Sanitaria Panamericana, presenta un proyecto de resolución que recoge estas ideas.

El Dr. FERNANDEZ NARANJO (República Dominicana) felicita al Dr. Fricke por su exposición, y se refiere a la situación que en materia de

agua potable y alcantarillado existe en la República Dominicana, donde toda comunidad de más de 1.500 habitantes tiene un sistema de abastecimiento de agua, por molinos o por acueducto.

Los sistemas fueron construidos con fondos generales unos, y con fondos municipales los demás. Estas construcciones fueron realizadas por empresas norteamericanas. A pesar de ese esfuerzo propio, es necesario preparar ingenieros sanitarios y operadores de plantas de cloración, en la medida de las posibilidades del adiestramiento durante el servicio. Señala el orador que la brillante exposición del Ing. Shipman hace concebir la esperanza de obtener empréstitos a largo plazo para el sistema de alcantarillado, que es una de las fallas más importantes que presenta actualmente el saneamiento en la República Dominicana, y añade que se están haciendo gestiones en el país para especializar tres ingenieros en materia de abastecimiento de agua.

El Dr. OLGUIN (Argentina) manifiesta que el problema expuesto por el Ing. Shipman es verdaderamente apasionante por sus repercusiones y su significado para la salud pública en el aspecto social. En la Argentina, tanto el abastecimiento de agua como el aspecto de eliminación de excretas y residuos, constituye aún un problema en algunas regiones. Se están haciendo esfuerzos y orientando las actividades hacia su solución con planes de distinto alcance. En materia de agua, los servicios están a cargo de organismos nacionales, provinciales, municipales y privados. Los datos de que se dispone en la actualidad, de fuente oficial, están siendo completados y actualizados mediante la organización de ficheros que registrarán los antecedentes de cada localidad en lo relativo a fuente de provisión, forma de abastecimiento de

la población, privada o pública, calidad de agua, de la fuente o fuentes existentes, características de las instalaciones de los servicios que se prestan, población de la ciudad y del radio servido, estado sanitario de la localidad, y todo otro dato afín que dé una idea aproximada del panorama general del país y particular de cada zona. Añade que, en estos momentos, el Ministerio de Obras Públicas, Obras Sanitarias de la Nación, el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, y Gobiernos Provinciales elaboran planes a largo plazo de saneamiento, que incluyen agua potable, para zonas urbanas y rurales. Todo eso, tiende a solucionar el problema, que es particularmente difícil en el interior, donde la información es incompleta con respecto a la disponibilidad de agua adecuada en las napas subterráneas. Estos estudios están siendo llevados a cabo, y serán intensificados, particularmente en las zonas central, norte y cordillerana. A este fin también ha tendido la formación de personal técnico y de ingenieros, técnicos en administración, explotación y financiamiento de los sistemas de abastecimiento de agua. En general, entre los aspectos de saneamiento del medio, se ha intensificado la acción en el abastecimiento de agua, en la eliminación de aguas servidas y excretas, en la eliminación de basuras y desechos, en el estudio de la contaminación de las corrientes de agua, mediante la planificación, programación y financiamiento de estos programas, y la inclusión en los programas integrales en ejecución, y en los recientemente concertados entre las autoridades nacionales y las provinciales de suministro de agua y eliminación de aguas servidas y excretas y residuos, con participación, en todos ellos, de médicos sanitaristas y de ingenieros. Expone a continuación el Dr. Olguín que

recientemente se ha enfocado la solución integral del problema de los servicios sanitarios para el gran Buenos Aires, conglomerado que comprende la capital federal y sus alrededores, con un total aproximado de 6.750.000 habitantes. A este efecto se ha firmado recientemente un convenio entre el organismo "Obras Sanitarias de la Nación" y el Gobierno de la provincia de Buenos Aires, que comprende una programación de obras para quince años y abarca hasta un área de 35 Km. a partir de la capital federal. Se proyecta desarrollar este plan partiendo de una primera etapa, que se iniciará en 1962, y a la cual se destinan ocho mil millones de pesos; en ella se aspira, en primer lugar, a la solución del problema de los desagües cloacales en su totalidad. Se construirán cinco instalaciones o establecimientos de depuración, cuatro en la provincia y uno en la capital federal, para el tratamiento de 3.100.000 m^3 diarios; un conducto de descarga subfluvial en Berazategui, provincia de Buenos Aires, y se mejorará la actual estación elevadora de Wilde. En cuanto al agua, se proyecta la instalación de un establecimiento potabilizador en Bernal, con un rendimiento de 1.000.000 de m^3 diarios, en esta primera etapa, y un rendimiento ulterior de 500.000 m^3 en la segunda, así como la construcción de un río subterráneo entre Bernal y Lanús, en la provincia de Buenos Aires, la ampliación del actual centro potabilizador y distribuidor de la capital federal, una planta de bombeo, y un depósito

elevado también en Lanús, Provincia de Buenos Aires. Se necesitarán siete años para ejecutar todas estas obras, que beneficiarán a la capital federal y a dieciseis partidos circundantes de la provincia de Buenos Aires. La financiación de este plan alcanza a 15.000.000.000 de pesos, aproximadamente 185.000.000 de dólares, en un plan de quince años, con una aportación anual superior a los mil millones de pesos. Para su financiación se ha arbitrado la creación de un Fondo de Saneamiento Integral del aglomerado Bonaerense, que estará integrado, en primer lugar, por partidas extraordinarias de los planes anuales de inversiones patrimoniales. Se calculan de 100 a 150 millones los primeros años, 400 millones en 1964, hasta 1968, y luego 100 millones desde 1972 en adelante, por el aporte de los usuarios; en segundo lugar, por el aporte de la provincia de Buenos Aires, según acuerdo firmado ya, de 350 millones anuales; en tercer lugar, un aporte de los usuarios actuales de la capital federal equivalente al 10% de la tarifa de prestación de servicios y, por último, el aporte de los partidos aledaños, por mejora de servicios con posterioridad a la ejecución de las obras, no superior al 10%.

El Ing. CARRILLO (Venezuela) expresa que ha oído con gran interés la exposición del Ing. Shipman, relativa al problema de abastecimiento de agua y que le ha inspirado gran entusiasmo el hecho de que el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud se ocupe muy especialmente de este problema. Expone a continuación el orador que desde el año 1943 se trabaja en Venezuela en el abastecimiento de agua de las comunidades, pues en ese año fue creado el Instituto Nacional de Obras Sanitarias, que

construye acueductos para poblaciones con más de 5.000 habitantes, y posteriormente, en 1945, se creó, dentro del Ministerio de Asistencia Social, la Sección de Acueductos Rurales para abastecer poblaciones de 500 a 5.000 habitantes; hasta ahora, especialmente con este programa del medio rural, se han abastecido 168 poblaciones comprendidas entre 500 y 5.000 habitantes. Se ha abastecido a 328.000 habitantes con una inversión de 41.000.000 de bolívares. El último censo de población de Venezuela arrojó una población de 7.400.000 habitantes, de los cuales 3.000.000 viven en el medio rural. De éstos, aproximadamente millón y medio viven en 350 localidades comprendidas entre 500 y 5.000 habitantes y el resto, o sea 1.500.000, dispersos en poblados menores de 500 habitantes y en el campo. El problema del abastecimiento de agua en Venezuela está caracterizado particularmente por la necesidad de construir un número considerable de acueductos para estas pequeñas localidades. Los habitantes que viven en caseríos dispersos, o en poblados de menos de 500 habitantes, requieren en forma también urgente un programa específico de construcción y acueductos; es preciso desarrollar un sistema de abastecimiento de agua de tipo rural en colaboración con los programas de vivienda rural y con los de reforma agraria que actualmente se llevan a cabo.

Seguidamente, el Ing. Carrillo manifiesta que el Gobierno de Venezuela, consciente de la gravedad de este problema, ha previsto para 1962 un aumento del 100% en el presupuesto dedicado a este programa y, para 1963, un aumento del 168%. Esto elevará a la suma de

14.000.000 para 1962 y de 18.000.000 para 1963 los fondos disponibles para la construcción de estos acueductos. Por otra parte, se está negociando actualmente un préstamo con el Banco Interamericano de Desarrollo por la cantidad de 45.000.000 de bolívares, que se destinarán exclusivamente a la construcción de acueductos en el medio rural venezolano. La inversión de estos fondos dará servicio a unas 336 poblaciones en total, 236 en el grupo comprendido entre 5.000 y 500 habitantes, y, en el segundo grupo, en aquellos que tienen menos de 500 habitantes.

Refiriéndose a la exposición del Ing. Shipman, hace mención especial del plan continental, que le parece de importancia capital para la solución de este problema, y sugiere a la Oficina Sanitaria Panamericana la urgencia de convocar una reunión o seminario para que lo estudie, proceda a su evaluación en toda América y, con la colaboración de todos los países, se busque un tipo de acueducto que sea lo más barato posible y posea todas las características de la técnica, lo cual permitiría invertir mejor los fondos disponibles. Señala, asimismo, la importancia del seminario realizado en México, al cual asistió, sobre administración de acueductos. Este seminario ha traido frutos en Venezuela, pues gracias a lo aprendido allí ya se han desarrollado programas educativos en el medio rural, se han hecho estudios tarifarios de los servicios de abastecimiento de agua; y se van estableciendo juntas administradoras de acueductos tal como existen en México.

Por lo que respecta al problema de alcantarillado, expone el orador que cuando en Venezuela se hacen los estudios de acueductos, los levantamientos

topográficos se efectúan en forma que en un futuro no lejano sirvan para proyectar los sistemas de alcantarillado de las diferentes poblaciones.

Se refiere también al fortalecimiento de los servicios de ingeniería en los Ministerios de Salud Pública de los diferentes países, indicado por el Ing. Shipman, e informa de que el 1º de enero de este año se creó en Venezuela la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental, destinada precisamente a mejorar la sanidad del medio ambiente, o sea que se elevó a la categoría de División lo que antes era la Sección de Acueductos Rurales, y, además, de que, para fortalecer la enseñanza de ingeniería sanitaria, se ha firmado un convenio con la Universidad Central de Venezuela que se hará extensivo luego a las otras universidades nacionales.

Termina expresando que apoya en todos sus puntos el proyecto de resolución de la Delegación de Chile y proponiendo que el Consejo Directivo recomiende a los Gobiernos de América que den prioridad en sus presupuestos a las obras de saneamiento ambiental.

El Dr. BUSTAMANTE (México) felicita al Director y al Consejo Directivo porque en el programa de la reunión de este año ha habido temas técnicos en número suficiente para poder oir opiniones que indudablemente interesan mucho a todos y no hablando exclusivamente de problemas económicos, sino de problemas que están ligados directamente a los económicos, pero que al mismo tiempo tienen aspectos técnicos.

Afirma a continuación que este tema está unido directamente al de nutrición, y que quizá uno de los primeros elementos de la nutrición

es el agua. Se refiere al trabajo presentado por la Delegación de México y distribuido entre los miembros del Consejo Directivo, y manifiesta que el crecimiento demográfico de México es, en este momento, de casi 1.250.000 habitantes más por año, y de continuar así, los 34.000.000 de habitantes del censo de 1960 pasarán a ser 40.000.000 en 1965. Eso quiere decir que todos los problemas crecen, y uno de ellos es el del agua. Para México, el problema del agua es quizás más grave porque el país no solamente tiene poblaciones sin abastecimiento de agua, sino que hay algunos lugares donde el agua no existe: ya no es cuestión de perforación de pozos ni de construcción de presas, sino que en algunos lugares se piensa en serio en seguir muy de cerca los ensayos hechos para quitarle la sal al agua del mar a fin de poderla utilizar. Esto es muy importante porque está unido a la necesidad de agua de las personas y también a la necesidad de agua para las tierras. Y en México no solamente hay islas en donde el problema de agua del mar es una necesidad, sino, además, algunas poblaciones en las costas, en donde los pozos tienen agua salada. También hay desiertos, sobre todo en el norte. Dice que en el documento presentado por la Delegación de México se da una idea de las cantidades que cree se deben ir utilizando hasta el año 2.000 aproximadamente, por el número de poblaciones que tendrán necesidad de abastecimiento de agua. Añade que hay otros problemas que quizás solamente una organización internacional puede ayudar a resolverlos, como los sistemas de aprovisionamiento, que a veces son de tal magnitud que tienen que estar ligados al conocimiento técnico y al progreso científico. Si el problema individual es uno -- problema individual del país, económico, financiero, etc. -- el problema científico es otro, y solamente una

organización internacional, mediante la unión de todos los esfuerzos puede facilitar la asistencia técnica necesaria, porque ésta resultaría demasiado costosa si se pretendiera solucionar el problema con estudios individuales o con investigaciones científicas parciales. Estima que el problema es de magnitud mundial, quizas propio de la Organización Mundial de la Salud, pero que los ingenieros de la Oficina Sanitaria Panamericana pueden asesorar en determinados casos. Así, junto al problema ya mencionado del costo del agua, existe la falta de costumbre de las poblaciones de América Latina para saber que cuando el agua se introduce en una población y se hacen obras gubernamentales, ésto debe pagarse. Las poblaciones pagan el acarreo de agua, por ejemplo, de un arroyo o de un río a un contratista particular, y en este caso no tienen objeción en pagar cantidades relativamente muy altas, pero en el momento en que hay agua de aprovisionamiento oficial y gubernamental cualquier cantidad les parece excesivamente cara. En ese sentido es oportuna la experiencia de otros países, como la expuesta por el Representante de Chile, acerca del conocimiento socioeconómico y antropológico de la población para poder encontrar la manera de educarla a fin de que pague el servicio de abastecimiento de agua, pero esto debe hacerse antes de proporcionar dicho servicio. Introducir el agua y luego poner medidores puede producir casi un levantamiento popular por el crimen del Gobierno, que desea cobrarles un agua que salió de la tierra; por ello sirve de mucho saber cómo se resolvió este problema en un país en que la gente paga fácilmente, mientras en otro el mismo hecho provoca indignación popular.

Al afirmar que el modo de vivir depende del agua, refiere el caso en algunas poblaciones del desierto, en su país, donde para bajar las mujeres a lavar al río, tienen que acompañarlas un grupo de hombres para cuidarlas, quedando arriba en el pueblo los niños y los ancianos; y luego tienen que subir el agua hacia la montaña, porque es allí donde se vive, ya que abajo está el paludismo. Varios días a la semana, esa población está inactiva, dedicada exclusivamente al problema del agua. Considera por ello muy interesante que la Oficina Sanitaria Panamericana coordine las experiencias de los países y agrega que los cursos de adiestramiento, las escuelas de ingeniería, los seminarios de tarifas, representan una contribución para resolver el problema del agua y el del alcantarillado, que es la segunda parte del problema.

Concluye diciendo que la proposición del Representante de Chile le parece muy buena y desearía que fuera distribuida para poderla votar, y reitera sus felicitaciones a la Oficina, a su Director y al Ing. Shipman por la labor realizada.

El Dr. BICHAT RODRIGUES (Brasil) expresa que, a su juicio, lo más importante del tema quedó ya expuesto en el debate permitiendo un interesante intercambio de ideas que puede ser de interés para todos.

Expone seguidamente que la labor que la Oficina viene llevando a cabo es muy útil en este aspecto, porque el servicio de abastecimiento de agua tiene repercusiones en todos los demás aspectos de la salud. Es una idea que ya se ha impuesto a los administradores del Brasil en general, lo cual crea un problema de mayor importancia porque, habiendo cerca de 3.000 municipalidades en el país, casi todos los prefectos desean tener hoy su

servicio de abastecimiento de agua. Varias entidades que se ocupan del desarrollo económico, en el Norte, la Amazonia, el Nordeste, la frontera Sudoeste, el Valle de San Francisco, etc., han recibido fondos para servicios de abastecimiento de agua, pero esos recursos se han desperdiciado por falta de un planeamiento bien concebido. De ahí la importancia de la orientación dada por la Oficina Sanitaria Panamericana, por la cual felicita a la Organización, ya que en los cursos y seminarios que ha patrocinado, se han abordado los aspectos más importantes, o sean los del financiamiento y administración de los sistemas de abastecimiento de agua.

Añade que también los Ministros de Salud comienzan a interesarse por el problema, como lo revelan las palabras del Ministro de Salud del Brasil que, al inaugurar el curso dictado sobre esta materia en São Paulo, dio gran importancia al problema del abastecimiento de agua para la salud pública y para el desarrollo de la comunidad. Expone el orador que los servicios estaban tan atomizados en el Brasil que el Gobierno estableció una Comisión para poder tener una impresión concreta acerca de cuáles Estados tenían posibilidades de aprovechar eficazmente el auxilio financiero necesario para estos trabajos. La Comisión ya terminó su tarea y el Gobierno va a disponer que los recursos nacionales se distribuyan por orden de prioridades. En este sentido -- afirma el Dr. Bichat Rodrigues -- la asesoría de la Organización puede ser interesante, especialmente gracias a la labor que ha llevado a cabo el Director de la Oficina en las reuniones de Bogotá y Punta del Este, donde puso de relieve la importancia de los problemas de salud, en los que influye decisivamente el abastecimiento de agua. Por consiguiente, gracias a esta coordinación internacional, se ofrece la oportunidad de tener servicios de abastecimiento de agua que merezcan especial prioridad.

Se refiere también al adiestramiento de personal técnico y auxiliar, y señala que en el Brasil existen ya dos escuelas que se ocupan de esta función: las Escuelas de Salud Pública de Río de Janeiro y de São Paulo, que preparan ingenieros sanitarios e inspectores sanitarios, que podrán planear y administrar debidamente sistemas de abastecimiento de agua.

Confirma con la experiencia hecha en el Brasil la que el Dr. Bustamente refería de México, en lo que respecta a los servicios organizados y ejecutados sin colaboración directa ni preparación de la comunidad pues cuando se entregaba el servicio a los municipios, éste terminaba pronto porque los municipios no contribuían, no se recaudaban las cuotas debidas para el mantenimiento del servicio, faltaban operadores especializados y el servicio que había costado un dinero precioso, se perdía en poco tiempo. Hace hincapié en la conveniencia de inculcar en el público la idea de que la contribución para el mantenimiento del servicio es esencial, aspecto administrativo que se va imponiendo cada vez más en la actualidad. Además se necesita personal técnico para que realice estudios en ciertas zonas, como la del Nordeste del Brasil, región esencialmente árida, donde no solamente hay que suministrar agua, sino que ésta debe ser de buena calidad y, por consiguiente, es preciso llevar a cabo estudios de hidrología para averiguar si el agua de la zona es de calidad adecuada, si puede aprovecharse y si existe en cantidad suficiente.

En consecuencia, el orador considera que, sobre todo en este aspecto del abastecimiento de agua, la labor de la Organización fue muy acertada, así

como la forma de orientar el asunto, porque el trabajo de salud, cuando está basado en el abastecimiento de agua, tiene resultados definitivos y seguros, a causa de su influencia sobre todos los demás aspectos de la salud. La Organización tiene la misión de coordinar los trabajos que se realizan en distintos países, orientarlos y participar en ellos, para que los Gobiernos estén convencidos de que se sigue un planteamiento adecuado, atendiendo primero los casos más urgentes, y los que tengan mayores posibilidades iniciales de desarrollo. Así se ha visto en el Brasil, donde la experiencia ha demostrado que no basta tener un presupuesto si no se dispone de las personas capaces de hacer un planeamiento adecuado, pues de lo contrario se pierden los recursos y el trabajo realizado.

Termina diciendo que en algunas grandes ciudades del Brasil, como en el antiguo Distrito Federal, Bahía y muchas otras, se están efectuando estudios para obtener financiación internacional a la vez que interna para estos trabajos.

Moción del Representante del Perú (Planes de Vivienda en las Américas)
Motion by the Representative of Peru (Housing Programs in the Americas)

El Dr. QUIROS (Perú) se adhiere a lo expresado por otros Representantes sobre el tema de un plan continental de abastecimiento de agua y de eliminación de residuos, y apoya el proyecto de resolución presentado sobre el mismo por el Representante de Chile.

Seguidamente, el orador se refiere a la necesidad de dar mayor volumen a los servicios de ingeniería sanitaria en los Ministerios de Salud

Pública, como ha sugerido el Ing. Shipman. Entiende que la función de estos servicios de ingeniería en los Ministerios de Salud Pública es doble: por un lado, la promoción y el interés de los servicios de obras públicas en la realización de obras de gran volumen en las grandes ciudades, así como prestar asesoría técnica en estos asuntos, y por otro lado, la realización de obras de saneamiento en el medio rural, ya que el trabajo en este medio requiere una técnica especial, por el método de trabajo que hay que aplicar, por la necesidad de organizar y educar a la comunidad y porque sólo ingenieros que hayan recibido un adiestramiento especial pueden resolver los problemas sanitarios de este medio. El orador señala que el Perú cuenta con una escuela de ingeniería sanitaria que da preparación desde su inicio a los ingenieros, saliendo de ella ingenieros sanitarios competentes después de cinco años de especialización en este campo, lo cual ha permitido formar un mayor número de ingenieros para los programas de saneamiento ambiental que en otros países de América Latina donde la ingeniería sanitaria se estudia después de la graduación.

Considera el Dr. Quirós que el saneamiento rural está relacionado con el asunto de la vivienda, que él tuvo oportunidad de tratar durante las Discusiones Técnicas, en el sentido de que es indispensable que la Organización tome una participación más activa en los programas de vivienda, particularmente en el medio rural, porque es esencial promover el interés de los Gobiernos por este importante asunto y, sobre todo, prestarles asesoría técnica, ya que muchas veces hay interés, pero no se resuelven los problemas con un criterio suficientemente técnico.

Fundándose en esas consideraciones, presenta un proyecto de resolución en el que se recomienda al Director que adopte todas las disposiciones necesarias, dentro del programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud, a fin de que ésta pueda iniciar una colaboración activa en la formulación y desarrollo de los planes de vivienda en el Continente, en coordinación con los organismos de las Naciones Unidas y del sistema interamericano en general encargados de las formulaciones técnicas y a los aspectos financieros del problema de la vivienda.

Se levanta la sesión a las 5:45 p.m.
The session was adjourned at 5:45 p.m.

consejo directivo

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

comité regional

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

XIII Reunión Washington, D. C. XIII Reunión

Martes, 10 de octubre de 1961, a las 9:40 a.m.
Tuesday, 10 October 1961, at 9:40 a.m.

CD13/49
13 octubre 1961
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA NOVENA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE NINTH PLENARY SESSION

Presidente: Dr. Luther L. Terry Estados Unidos de América
Chairman:

Indice
Contents

Tema 29: Programa de nutrición en las Américas (Documento CD13/14) (conclusión)
Proyecto de resolución presentado por el Grupo de Trabajo
Topic 29: Nutrition Program in the Americas (Document CD13/14) (conclusion)
Draft Resolution prepared by the Working Party.

Apoyo a las Escuelas de Medicina del Perú
Proyecto de resolución presentado por el Representante del Perú
Assistance to the Schools of Medicine of Peru
Draft Resolution presented by the Representative of Peru

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar a la Oficina Sanitaria Panamericana (Atención: Jefe de la Sección de Conferencias y Traducciones) las correcciones que deseen ver introducidas en el texto. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión del Consejo.

Note: These précis minutes are provisional. The representatives are therefore requested to notify the Pan American Sanitary Bureau (Attention: Chief, Conference and Translations Section) of any corrections they wish made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the meeting of the Council.

Indice (cont.)
Contents (cont.)

Tema 26: Necesidades financieras para la formulación de un plan continental de abastecimiento de agua y eliminación de residuos (Documento CD13/19) (continuación)

Topic 26: Financial Outlay Required to Formulate a Continental Plan of Water Supply and Sewage Disposal (Document CD13/19) (continuation)

Planes de vivienda en las Américas
Proyecto de resolución presentado por el Representante del Perú
Housing Programs in the Americas
Draft Resolution presented by the Representative of Peru

Tema 27: Elección de tres Países Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato del Brasil, los Estados Unidos de América y Honduras

Topic 27: Election of Three Member Countries to the Executive Committee on Termination of the Periods of Office of Brazil, Honduras and the United States of America

Tema 7: Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo (Documento CD13/44)
Moción del Representante de México (Expresión del sentimiento del Consejo Directivo por la defunción del Sr. Guillermo A. Suro, Jefe del Departamento de Conferencias y Publicaciones de la OSP)

Topic 7: Annual Report of the Chairman of the Executive Committee (Document CD13/44)
Motion by the Representative of Mexico (Condolences of the Directing Council on the death of Mr. Guillermo A. Suro, Chief, Conference and Publications Branch, PASB)

TEMA 29: PROGRAMA DE NUTRICION EN LAS AMERICAS (Documento CD13/14) (conclusión)
TOPIC 29: NUTRITION PROGRAM IN THE AMERICAS (Document CD13/14) (conclusion)

The PRESIDENT opened the meeting and announced that the draft resolution on the topic, as revised by the Working Group composed of the Representatives of Costa Rica, El Salvador, Mexico and the United States of America, would be read.

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) da lectura a dicho proyecto que dice así:

"El Consejo Directivo,

Después de haber examinado el programa de nutrición en las Américas, presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en el Documento CD13/14, y de haber escuchado las opiniones y sugestiones de los Representantes de todos los países;

Teniendo en cuenta la gravedad del problema de la nutrición, reflejada en el hecho, entre otros, de que la producción de alimentos per capita de la América Latina, en 1959-1960, fue inferior a la que se registraba antes de la segunda guerra mundial;

Teniendo en cuenta que entre los factores que contribuyeron a agravar esta situación figura la utilización inadecuada de los alimentos disponibles, por circunstancias de orden cultural que pueden ser superadas mediante una eficaz acción educativa;

Considerando que el problema de la nutrición en las Américas afecta gravemente al estado de salud de las poblaciones, determinando una mortalidad y morbilidad elevadas, especialmente en los niños, así como un desarrollo físico y un rendimiento de trabajo insuficientes, todo lo cual tiene profundas repercusiones en el desarrollo económico-social de los países;

Considerando que la escasez de personal especializado en nutrición, debidamente capacitado, es una de las limitaciones que existe hoy en la mayor parte de los países, y que un programa de mejoramiento de la nutrición sólo puede concebirse a largo plazo y contando con recursos suficientes para su desarrollo progresivo; y

Considerando los buenos resultados obtenidos con el producto elaborado por el INCAP en América Central, rico en proteínas y de bajo costo, así como los ensayos realizados en otros países con otras mezclas ricas en proteínas,

RESUELVE:

1. Expresar su convicción de que la producción y el aprovisionamiento de alimentos básicos en cantidad y calidad adecuadas a las necesidades de la población son fundamentales para la salud y esenciales para el desarrollo socio-económico.

2. Aprobar el programa de nutrición en las Américas, expuesto por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en el Documento CD13/14 y expresar su satisfacción por la colaboración que mantiene con otros organismos internacionales, especialmente con la FAO y el UNICEF, en las actividades de nutrición.

3. Dar su pleno apoyo a la intensificación de actividades en este campo, iniciada recientemente, y recomendar además al Director que, dada la gravedad del problema, incluya en los futuros proyectos de presupuesto las asignaciones necesarias para asegurar el desarrollo progresivo de estas actividades.

4. Encomendar al Director que preste especial atención a la preparación del personal necesario para que los distintos países estén en condiciones de llevar a cabo debidamente sus programas de nutrición.

5. Encarecer a los Gobiernos Miembros:

a) Que en la planificación nacional de salud, y en atención a la trascendencia del problema, se consideren, entre los de máxima prioridad, los programas de nutrición, comprendiendo en ellos tanto las medidas específicas de prevención de las enfermedades carenciales como aquellas otras tendientes a promover en general el mejoramiento del estado de nutrición de las poblaciones.

b) Que organicen o, en su caso, amplíen los programas de nutrición en los servicios nacionales de salud.

c) Que establezcan los medios para lograr una adecuada planificación de una política agrícola que tenga en cuenta, fundamentalmente, las necesidades nutricionales de la población, así como para conseguir la debida coordinación de esfuerzos entre los distintos organismos oficiales, como parte de los planes de desarrollo económico-social.

d) Que fomenten la mejor utilización de mezclas ricas en proteínas y de bajo costo de productos o subproductos que actualmente no se emplean para la alimentación humana.

e) Que renueven los esfuerzos para lograr la aplicación efectiva de un programa de yodación de la sal, como medida preventiva contra el bocio endémico.

f) Que, como complemento de todo programa de mejoramiento nutricional de las poblaciones, tengan en cuenta la importancia de la elevación del nivel educacional en todos sus aspectos.

6. Encomendar al Director que presente anualmente a las reuniones del Consejo un informe dando cuenta de las actividades desarrolladas en materia de nutrición, de acuerdo con este programa, y de los progresos alcanzados para superar los problemas existentes en ese campo."

Decisión: Por unanimidad se aprueba el proyecto de resolución revisado sobre el programa de nutrición en las Américas, preparado por el grupo de trabajo.

/Decision: The revised draft resolution on nutrition program in the Americas, prepared by the Working Group, was approved unanimously./

APOYO A LAS ESCUELAS DE MEDICINA DEL PERU
(Proyecto de resolución presentado por el Representante del Perú)

ASSISTANCE TO THE SCHOOLS OF MEDICINE IN PERU
(Draft Resolution presented by the Representative of Peru)

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) da lectura al proyecto de resolución sobre esta materia, presentado por la Delegación del Perú, que dice así:

"El Consejo Directivo,

Teniendo en cuenta la petición que oficialmente le ha formulado el Representante del Perú para que la Organización Panamericana de la Salud coopere con el Gobierno de dicho país en la solución de los actuales problemas técnicos de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos;

Teniendo en cuenta que el Consejo Directivo ha aprobado por su Resolución II el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1962; y

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos de la Organización es el mejoramiento de la educación y adiestramiento médico,

RESUELVE:

1. Invitar a los Gobiernos Miembros a que estudien la posibilidad de prestar a la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos, de Lima, el mayor apoyo moral y material posible.

2. Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que, sin perjuicio de los programas aprobados para 1962, utilice aquellos fondos del Presupuesto Ordinario de que pueda disponer, así como cualquier otro recurso que con carácter extraordinario pueda conseguir para prestar la máxima cooperación a la solución de los actuales problemas."

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución presentado por el Representante del Perú sobre la ayuda a las Facultades de Medicina de dicho país.

/Decision: The draft resolution presented by Representative of Peru on assistance to schools of Medicine in Peru was approved unanimously./

El Dr. QUIROS (Perú) agradece en nombre de su país y en el suyo propio la aprobación del proyecto de resolución sobre la ayuda a las Facultades de Medicina de su país, lo que -dice- constituye un magnífico ejemplo de solidaridad de los países hermanos de América.

TEMA 26: NECESIDADES FINANCIERAS PARA LA FORMULACION DE UN PLAN CONTINENTAL DE ABASTECIMIENTO DE AGUA Y ELIMINACION DE RESIDUOS (Documento CD13/19) (continuación) (Proyecto de resolución presentado por el Representante de Chile)

TOPIC 26: FINANCIAL OUTLAY REQUIRED TO FORMULATE A CONTINENTAL PLAN OF WATER SUPPLY AND SEWAGE DISPOSAL (Document CD13/19) (continuation) (Draft Resolution presented by the Representative of Chile)

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) da lectura al proyecto de resolución sobre este tema, presentado por el Representante de Chile, que dice así:

"El Consejo Directivo,

Habiendo tomado nota con gran satisfacción de la labor realizada por la Oficina Sanitaria Panamericana durante el pasado año en el fomento y desarrollo del programa de abastecimiento público de agua en todas las Américas y de la ayuda que se viene prestando a los Gobiernos Miembros;

Habiendo quedado enterado de las contribuciones aportadadas al Fondo Especial para Abastecimiento Público de Agua por los Gobiernos de los Estados Unidos de América, Uruguay y Venezuela;

Considerando que la Carta de Punta del Este establece que, por lo menos, el 70% de la población urbana y el 50% de la rural deben ser provistas de servicios de abastecimiento de agua y de alcantarillado en los próximos 10 años;

Considerando que, en todos los casos en que se proyecten servicios de abastecimiento de agua, hay que tener también en consideración la instalación de sistemas de eliminación de aguas servidas;

Reconociendo que el éxito de un programa urbano de abastecimiento de agua y alcantarillado se basa, en gran parte, en el desarrollo de proyectos que reflejen una buena organización, administración, planeamiento financiero y ejecución;

Considerando que los Ministerios de Salud desempeñan un importante papel en los programas nacionales de abastecimiento de agua y alcantarillado, no sólo en lo que se refiere a la supervisión de los mismos, en cuanto concierne a la salud pública, sino también en la indicación y coordinación de esfuerzos encaminados a resolver el problema nacional, tanto urbano como rural; y

Teniendo en cuenta que los Ministerios de Salud, los organismos nacionales de abastecimiento de agua, los municipios y otras dependencias gubernamentales relacionadas con los servicios de abastecimiento de agua y de alcantarillado se enfrentan con una grave escasez de ingenieros sanitarios y de otro personal profesional y auxiliar, debidamente preparado,

RESUELVE:

1. Solicitar del Director que continúe dedicando especial atención al programa de abastecimiento de agua a las poblaciones y que prosiga sus gestiones para estimular las inversiones, procedentes de todas las fuentes posibles, en proyectos adecuados de abastecimiento de agua.

2. Expresar su agradecimiento a los Gobiernos de los Estados Unidos de América, Uruguay y Venezuela por las contribuciones aportadas al Fondo Especial para Abastecimiento Público de Agua, y encomendar al Director que invite nuevamente a todos los Gobiernos Miembros a que contribuyan a este Fondo Especial.

3. Señalar a los Gobiernos la apremiante necesidad de incluir en los planes nacionales a largo plazo, un cálculo del número de ingenieros sanitarios y personal auxiliar que se necesitará para llevar a cabo estos planes, y estimular a los propios Gobiernos a que adopten las medidas pertinentes para obtener y preparar este personal.

4. Recomendar a los Gobiernos que al proyectar los sistemas de abastecimiento de agua preparen simultáneamente proyectos para instalaciones de alcantarillado que puedan llevarse a la práctica, parcial o totalmente, en la medida que permitan los fondos disponibles y de acuerdo con los problemas específicos que se vayan presentando.

5. Solicitar del Director que continúe prestando toda la colaboración posible a los Gobiernos Miembros en sus respectivas actividades de planificación, desarrollo, financiamiento y explotación de sistemas de abastecimiento de agua y de alcantarillado, y en el adiestramiento de todo el personal que esos programas requieren."

El Dr. BARRENECHEA (Bolivia) felicita en primer lugar al Ing. Shipman, Jefe del Departamento de Saneamiento del Medio de la OSP, por su excelente exposición del tema y se congratula además de la información

obtenida sobre lo que se está llevando a cabo en los diferentes países. Se refiere a los trabajos realizados por Venezuela y México y a los costosos proyectos de la Argentina y Brasil, así como a los ejecutados por otros países, Bolivia inclusive, para resolver un problema que requiere la atención preferente de los Gobiernos.

El Dr. Barrenechea apoya el proyecto de resolución presentado por el Representante de Chile, pero sugiere que se dé al texto del mismo un tono más imperativo, ya que los acuerdos adoptados en la Conferencia de Punta del Este en pro del desarrollo económico de las colectividades, serán irrealizables si las poblaciones carecen de un elemento tan indispensable para la vida como el agua. Añade que, en Bolivia, el Ministerio de Asuntos Campesinos, de reciente creación, está haciendo lo posible, en unión del Ministerio de Salud Pública y del de Agricultura, por crear mejores condiciones de vida para núcleos de población afectados por la carencia de agua y apunta que hay, en cambio, zonas del país donde ésta abunda y no es debidamente utilizada; este hecho, que se registra también en otros países de las Américas, revela la conveniencia de que la Organización adopte un proyecto de resolución sobre este tema en los términos apremiantes antes mencionados.

El Ing. CARRILLO (Venezuela) coincide con lo manifestado por el Representante de Bolivia, propone que el proyecto de resolución se modifique incluyendo en él un nuevo párrafo con el texto siguiente: "Recomendar a los Gobiernos que en sus programas y presupuestos den especial preferencia a las obras de abastecimiento de agua y alcantarillado."

El Dr. CALVO (Panamá) considera que debería ofrecerse a los miembros del Consejo Directivo la ocasión de estudiar más a fondo un asunto tan trascendental, con el fin de que la resolución que se adopte constituya un documento de gran valor como recomendación a los Gobiernos. Informa que en Panamá cuanto concierne a los servicios de abastecimiento de agua y alcantarillado está siendo transferido actualmente a una dependencia de acueductos con jurisdicción en toda la República y se gestiona que la misma no se desvincule por completo del Ministerio de Salud Pública, por estimar que es indispensable el control de éste. Ante la posibilidad de que en algunos países los servicios de abastecimiento de agua corran a cargo de dependencias completamente autónomas, propone que en el proyecto de resolución se recomiende a los Gobiernos que se establezca la supervisión de las autoridades competentes de salud pública sobre los mencionados servicios.

El Dr. PADILLA (Guatemala) apoya la propuesta del Representante de Panamá y propone que en el proyecto de resolución se insista en que el mantenimiento del control de los servicios de agua y alcantarillado por parte de las autoridades de salud quede asegurado de alguna forma.

Mr. SHIPMAN (Chief, Environmental Sanitation Branch, PASB) said that in view of the interesting point raised by the Representative of Panama, he would like to comment briefly on what he believed to be the function of ministries of health in water and other problems encountered in countries that had already enacted, or were considering, legislation for the establishment of water agencies. Many of the investment sources,

especially banks, usually required that there should be some agency responsible for the administration of water programs. Although such a requirement did not necessarily imply a water authority, it did presuppose an organization with responsibilities that enabled it to play a rather active part in the management of the municipalities to which loans were made. Thus, if a national water agency were established and not be made part of or placed under the authority of the ministry of health, the ministry would not have operational responsibilities. Since, however, ministries of health did have great responsibilities in the public health supervision of water supplies, they should undertake, in countries considering the establishment of water agencies, a review of the existing legislation to ensure that they did have the responsibility for establishing the safety of water sources and the type of treatment to be used; in other words, for all the public health aspects of planning and design of water supplies. They should also see to it that, after water supply works have been constructed, they had full responsibility for their public health supervision and control.

El Dr. BOVE ARTEAGA (Uruguay) inicia su intervención felicitando al Ing. Shipman por su documentada exposición. Afirma que en el Uruguay existe un organismo especializado, descentralizado y casi autónomo, que tiene a su cargo el abastecimiento de agua no solamente en las capitales sino en el interior. En este organismo, las funciones relativas a obras y construcciones competen al Ministerio de Obras Públicas, y el Ministerio de Salud Pública estudia e indica muchas veces dónde y cuándo deben hacerse las obras, no quedando, por tanto, al margen de la misión que, como

tal, le corresponde. Señala la conveniencia de que los servicios de salud mantengan el control del abastecimiento de aguas. Mediante este sistema, Uruguay ha realizado obras por valor de $5.743.000 para satisfacer las necesidades de la capital. En el interior, se perforan pozos de captación en las riberas de los ríos, conectándolos con grandes depósitos que proveen de agua a las poblaciones dándola el tratamiento adecuado para asegurar la potabilidad de la destinada al consumo.

El Dr. BALY (Cuba) se muestra coincidente con lo expuesto por el Representante del Uruguay y da cuenta de las actividades que se desarrollan en su país en este aspecto. La Junta de Planificación decide, de acuerdo con los distintos departamentos, las obras a realizar y la prioridad que debe otorgarse a las mismas; el Ministerio de Obras Públicas las lleva después a cabo y, una vez terminada su construcción, las instalaciones pasan a depender de la Comisión Nacional de Acueductos y Alcantarillado (CONACA), bajo la supervisión del Ministerio de Salud Pública, cuyos servicios tienen por misión controlar la calidad del agua para el abastecimiento público. En la actualidad todas las obras de ingeniería sanitaria han de ser aprobadas por el Ministerio de Salud Pública.

El Dr. FRICKE (Chile) manifiesta que en su país existe desde hace veinte años la Dirección de Obras Sanitarias, dependiente del Ministerio de Obras Públicas, lo cual no impide que la Dirección General del Servicio Nacional de Salud dictamine, con arreglo al Código Sanitario, sobre las condiciones de construcción, explotación y funcionamiento de los servicios de abastecimiento de agua y alcantarillado, sirviéndose para ello

de sus propios inspectores. Añade que lo importante, pues, consiste en que el Código Sanitario de cada país determine las atribuciones que competen al Director General de Salud en materia de agua potable, a fin de que los servicios proyectados y construidos por un departamento distinto, como ocurre en Chile, cumplan los requisitos necesarios desde el punto de vista de la salud de la población.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) manifiesta que va a referirse a dos o tres aspectos expuestos en el curso del debate y, en la certeza de interpretar el sentir de la Oficina, señala la grata impresión recibida al conocer, por las exposiciones que han hecho algunos de los Representantes, tanto los esfuerzos realizados hasta ahora por los Gobiernos en materia de abastecimiento de agua y de eliminación de residuos como sus planes sobre la cuestión y alude al trabajo que ha distribuido el Representante de México en el cual se establecen proyecciones que llegan hasta el año 2.000. Anuncia su propósito de que la Oficina estudie con interés este trabajo que revela cómo la idea de programar se está difundiendo por el Continente y afirma que el mismo juicio le merecen las observaciones que han hecho los Representantes de Venezuela, del Brasil y de Chile, coincidentes con puntos de vista expresados en la introducción del Informe Anual que ha presentado sobre las actividades desarrolladas por la Oficina. Agrega que lo que están haciendo los Gobiernos, estimulados por las organizaciones internacionales, prueba que existe en los países un movimiento muy bien canalizado hacia el mejoramiento de la salud pública en el Continente, lo que es motivo de satisfacción para los funcionarios de la OSP.

El Dr. Horwitz subraya la importancia de uno de los puntos del proyecto de resolución presentado sobre este tema, en el sentido de que, para que la Oficina pueda continuar prestando sus servicios de promoción y asesoría, es indispensable que se le proporcionen mayores recursos económicos dentro del Fondo Especial para Abastecimiento Público de Agua. Considera que el documento presentado por el Ing. Shipman pone de manifiesto cómo con sumas relativamente modestas, que en el curso de los dos últimos años no han excedido de $300.000 a $350.000, ha sido posible llevar a cabo una importante labor que, evidentemente, debe continuar. Se refiere a continuación al acuerdo establecido con el Banco Interamericano de Desarrollo, en virtud del cual un médico y un ingeniero sanitario sirven de enlace entre la Oficina y el Banco; de esta forma - agrega - el ingeniero conoce los correspondientes proyectos que en solicitud de créditos son sometidos al Banco por los Gobiernos, proyectos que, por otra parte, cuentan con la asesoría técnica de la Organización aunque se trate de aquellos que no reciben en los países colaboración directa de ella. Hace constar que, en opinión del Presidente del citado Banco, y en la suya propia, esta relación entre las dos Organizaciones ha sido sumamente grata y eficaz. Estima que este hecho debe tenerse en cuenta por los países en la promoción de sus futuros programas de abastecimiento de agua.

Termina su intervención el Director destacando el progreso logrado en los dos años últimos en un problema tan fundamental, para resolver el cual los Gobiernos, sin dejarse impresionar por cifras que, en un principio, parecían siderales, han adoptado medidas razonables, que han ido aplicando en forma progresiva, lo que es satisfactorio para la Oficina.

Dr. WATT (United States of America) suggested that a working party be established to study the changes to the draft resolution proposed in the course of the discussion.

El PRESIDENTE propone que el Grupo de Trabajo quede integrado por los Representantes de Chile, los Estados Unidos de América, Guatemala, Panamá y Venezuela, presidido por el de Panamá.

Así se acuerda.

The CHAIRMAN proposed that the Working Party be composed of the Representatives of Chile, Guatemala, Panama, United States of America, and Venezuela, with the Representative of Panama as chairman.

It was so agreed.

PLANES DE VIVIENDA EN LAS AMERICAS
HOUSING PROGRAMS IN THE AMERICAS

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) da lectura seguidamente al proyecto de resolución sobre los planes de viviendas en las Américas, presentado por el Representante del Perú, que está redactado en los siguientes términos:

"El Consejo Directivo,

Teniendo en cuenta que en las deliberaciones habidas y en las resoluciones adoptadas en los últimos años para promover el desarrollo económico y social de América Latina, cristalizadas en los Acuerdos de Bogotá y de Punta del Este, la salud ha sido reconocida como componente fundamental del propio desarrollo económico y social;

Teniendo en cuenta que, como consecuencia de dichos Acuerdos, se han asignado recursos para las actividades que habrán de desarrollarse al respecto y se han señalado los campos en los cuales se dará mayor intensidad a tales actividades;

Teniendo en cuenta que entre éstas figuran las relativas a la vivienda, que constituye uno de los factores esenciales para satisfacer las necesidades básicas de la vida humana;

Estimando que en la solución del problema de la vivienda intervienen variados y complejos elementos económicos, sociales, financieros y técnicos; y que, en la formulación de un plan de acción y de recomendaciones prácticas deben considerarse de manera primordial los aspectos generales de salud relacionados con la vivienda como problema social y económico; y

Considerando lo anteriormente expuesto y las resoluciones ya aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud,

RESUELVE:

Encomendar al Director que adopte todas las disposiciones necesarias, dentro del Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud, a fin de que ésta pueda iniciar una colaboración activa en la formulación y desarrollo de los planes de vivienda en el Continente, en coordinación con los organismos de las Naciones Unidas y del sistema interamericano encargados de las formulaciones técnicas y de los aspectos financieros del problema de la vivienda."

El Dr. ALDEREGUIA (Cuba) manifiesta que la Delegación de su país apoya el proyecto de resolución presentado por considerar que cuanto se haga por mejorar las condiciones de la vivienda en todos los países, contribuirá a elevar el nivel de salud de los pueblos americanos. Expone a continuación que, en su país, el Departamento de Viviendas Campesinas, en colaboración con la Comisión Nacional de Acueductos y Alcantarillado, construyó, en 1960, 12.500 viviendas para campesinos en todas las zonas rurales de Cuba. En 1961, se encuentra en vías de ejecución un plan en gran escala para edificar otras 25.000 viviendas rurales. Añade que en su país, como en muchos otros de la América Latina, existía el clásico bohío de piso de tierra y paredes de madera precarias, donde vivían numerosas

familias campesinas con niños que, en ambiente tan deplorable, no podían disfrutar de buena salud. Por eso el Gobierno de Cuba ha dirigido principalmente sus esfuerzos al mejoramiento de la vivienda rural.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución sobre los planes de vivienda en las Américas, presentado por el Representante del Perú.

/Decision: The draft resolution on housing programs in the Americas, submitted by the Representative of Peru, was approved unanimously./

Se suspende la sesión a las 10:30 a.m. y se reanuda a las 11:00 a.m.
The session was recessed at 10:30 a.m. and resumed at 11:00 a.m.

TOPIC 27: ELECTION OF THREE MEMBER COUNTRIES TO THE EXECUTIVE COMMITTEE ON TERMINATION OF THE PERIODS OF OFFICE OF BRAZIL, HONDURAS, AND THE UNITED STATES OF AMERICA

TEMA 27: ELECCION DE TRES PAISES MIEMBROS PARA INTEGRAR EL COMITE EJECUTIVO POR HABER LLEGADO A SU TERMINO EL MANDATO DEL BRASIL, ESTADOS UNIDOS DE AMERICA Y HONDURAS

The CHAIRMAN called for the election of three Member Countries to the Executive Committee, upon the termination of the periods of office of Brazil, Honduras, and the United States of America.

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) da lectura al párrafo A del Artículo 12 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud y a los Artículos 32 y 34 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, aplicables a la elección de miembros del Comité Ejecutivo.

The CHAIRMAN said that pursuant to Article 32 of the Rules of Procedure the vote would be taken by secret ballot; requested the representatives of Brazil and Honduras to act as teller; and asked the Secretariat to verify that a quorum was present.

Se efectúa la votación y, una vez terminada, los escrutadores dan cuenta de que el resultado ha sido el siguiente: Número de boletas depositadas, 21; número de boletas válidas, 21; número de boletas en blanco, ninguna; mayoría requerida, 11. Votos obtenidos: Nicaragua, 19; Perú, 18; Uruguay, 16; Cuba, 2; El Salvador, 2; Bolivia, 1; Costa Rica, 1; México, 1. Los escrutadores informan asimismo que en una boleta figuraba un voto a favor de los Estados Unidos de América, país inelegible por cesar ahora en su mandato en el Comité Ejecutivo, habiendo computado los votos correspondientes a los otros dos países mencionados en dicha boleta.

/The vote was taken, and after the ballots had been counted, the teller reported that the result was as follows: Number of ballots cast, 21; number of valid ballots, 21; number of blank ballots, 0; majority required, 11. Votes obtained: Nicaragua, 19; Peru, 18, Uruguay, 16; Cuba, 2; El Salvador, 2; Bolivia, 1; Costa Rica, 1; Mexico, 1. The teller also reported that on one ballot one vote had been cast for the United States of America, which was ineligible for re-election since it has just completed its term of office on the Executive Committee, but that the votes for the other two countries on that ballot had been counted./

Decisión: De acuerdo con el resultado de la votación, los Gobiernos de Nicaragua, Perú y Uruguay quedan elegidos para integrar el Comité Ejecutivo por un período de tres años. El Consejo acuerda asimismo expresar su agradecimiento a los Gobiernos de Brasil, Estados Unidos de América y Honduras por los servicios prestados a la Organización por sus Representantes en el seno del Comité Ejecutivo.

/Decision: Accordingly, the Governments of Nicaragua, Peru, and Uruguay were elected to membership on the Executive Committee for a period of three years. The Council extended its thanks to the Governments of Brazil, Honduras, and the United States of America for the services rendered to the Organization by their Representatives on the Executive Committee./

Los Dres. QUIROS (Perú) BOVE ARTEAGA (Uruguay) y CASTILLO RODRIGUEZ (Nicaragua) agradecen, en nombre de sus respectivos países, la designación de que han sido objeto y prometen prestar su más amplia cooperación en los trabajos del Comité Ejecutivo.

TOPIC 7: ANNUAL REPORT OF THE CHAIRMAN OF THE EXECUTIVE COMMITTEE (Document CD13/44)
TEMA 7: INFORME ANUAL DEL PRESIDENTE DEL COMITE EJECUTIVO (Documento CD13/44)

Dr. WATT (United States of America) in his capacity as Chairman of the 44th Meeting of the Executive Committee, presented his report (Document CD13/44), which covered the work done at the 42nd, 43rd, and 44th Meetings.

El Dr. BUSTAMANTE (México) considera que el informe sometido al Consejo por el Presidente del Comité Ejecutivo pone de manifiesto el gran trabajo que este Comité ha realizado, facilitando el desempeño de las funciones del Consejo Directivo y manteniéndose en comunicación constante con el Director de la Oficina y con el personal de ésta y expresa su felicitación al Presidente del Comité Ejecutivo y a los miembros del mismo por la labor que han realizado.

Manifiesta, asimismo, su agrado por la designación del Dr. John Cutler como Subdirector de la OSP y del Dr. Víctor A. Sutter como Secretario General y pide que se haga constar en acta su satisfacción por dichos nombramientos.

Moción del Representante de México (Expresión de sentimiento del Consejo Directivo por la defunción del Sr. Guillermo A. Suro, Jefe del Departamento de Conferencias y Publicaciones de la OSP)

Motion by the Representative of Mexico (Condolences of the Directing Council on the death of Mr. Guillermo A. Suro, Chief, Conference and Publications Branch, PASB)

Por otra parte, el Dr. Bustamante propone que el Consejo Directivo, como ya lo hizo oportunamente el Comité Ejecutivo, adopte una resolución expresando su profundo sentimiento por la defunción del Sr. Guillermo A. Suro, Jefe del Departamento de Conferencias y Publicaciones de la OSP, que prestó durante muchos años valiosos servicios a los Cuerpos Directivos de la Organización y que a sus virtudes de funcionario unió su condición humana, su don de gentes, su caballerosidad, de compañerismo y de elevado espíritu. Pide también que se haga llegar a su viuda e hijos el testimonio de su más sincera condolencia.

El Dr. FERNANDEZ NARANJO (República Dominicana) se adhiere a la moción presentada por el Representante de México, expresando el sentimiento del Consejo por el fallecimiento del Sr. Suro, y se une también a las palabras de bienvenida que el Dr. Bustamante dedicó a los Dres. Cutler y Sutter.

Felicita, por otra parte, al Presidente del Comité Ejecutivo por su minucioso informe. Se refiere a continuación al Fondo Especial de la OSP para la Erradicación de la Malaria y confirma el ofrecimiento hecho por su Gobierno de contribuír al mismo con una aportación de $500.000, de la cual la República Dominicana ha hecho ya efectivas dos aportaciones de $100.000 cada una en los años 1958 y 1959 y afirma que su Gobierno desea abonar cuanto antes en su totalidad esta aportación.

The CHAIRMAN proposed that in connection with the suggestion made by the Representative of Mexico that a resolution relative to the death of Mr. Suro be presented, that Representative with the assistance of the Secretariat, prepare a resolution to be considered by the Directing Council at a subsequent session.

It was so agreed.

El PRESIDENTE propone que, en relación con la sugerencia formulada por el Representante de México, en el sentido de que se prepare una resolución expresando el sentimiento del Consejo Directivo por el fallecimiento del Sr. Suro, el citado Representante, con la colaboración de la Secretaría, redacte un proyecto de resolución para que sea examinado por el Consejo en una próxima sesión.

Así se acuerda.

The CHAIRMAN then called for a vote on the Annual Report of the Chairman of the Executive Committee.

Decisión: Por unanimidad se aprueba el Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo, Dr. Watt (Documento CD13/44), felicitándolo, junto con los miembros del Comité, por la labor realizada.

/Decision: The Directing Council unanimously approved the Annual Report of the Chairman of the Executive Committee (Document CD13/44) and thanked Dr. Watt and the other members of the Committee for the work they had accomplished./

Se levanta la sesión a las 12:05 p.m.
The session was adjourned at 12:05 p.m.

consejo directivo

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

comité regional

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

XIII Reunión Washington, D. C. XIII Reunión

Martes, 10 de octubre de 1961, a las 2:40 p. m.
Tuesday, 10 October 1961, at 2:40 p. m.

CD13/50
14 octubre 1961
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA DECIMA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE TENTH PLENARY SESSION

Presidente: Chairman: Dr. Luther L. Terry — Estados Unidos de América

Indice
Contents

Tema 14: Informe sobre los edificios e instalaciones para la Sede (Documento CD13/9, y Addenda I y II)
Topic 14: Report on Buildings and Installations for Headquarters (Document CD13/9 and Addenda I and II)

Tema 36: Fondo Especial para el Fomento de la Salud (Documentos CD13/25 y CD13/37)
Topic 36: Special Fund for Health Promotion (Documents CD13/25 and CD13/37)

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar a la Oficina Sanitaria Panamericana (Atención: Jefe de la Sección de Conferencias y Traducciones) las correcciones que deseen ver introducidas en el texto. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión del Consejo.

Note: These précis minutes are provisional. The representatives are therefore requested to notify the Pan American Sanitary Bureau (Attention: Chief, Conference and Translations Section) of any corrections they wish made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the meeting of the Council.

Indice (cont.)
Contents (cont.)

Tema 13: Informe del Subcomité sobre Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud (Documento CD13/16 y Addenda I y II)
Topic 13: Report of the Subcommittee on Basic Documents of the Pan American Health Organization (Document CD13/16 and Addenda I and II)

Tema 20: Fondo Rotatorio de Emergencia (Documento CD13/12)
Topic 20: Emergency Revolving Fund (Document CD13/12)

Tema 18: Reglas Financieras de la Organización Panamericana de la Salud (Documento CD13/11)
Topic 18: Financial Rules of the Pan American Health Organization (Document CD13/11)

Tema 25: Estado de la Erradicación de la Viruela en las Américas (Documentos CD13/18 y Addendum I y CD13/37)
Topic 25: Status of Smallpox Eradication in the Americas (Documents CD13/18 and Addendum I, and CD13/37)

TEMA 14: INFORME SOBRE LOS EDIFICIOS E INSTALACIONES PARA LA SEDE (Documento CD13/9 y Addenda I y II)
TOPIC 14: REPORT ON BUILDINGS AND INSTALLATIONS FOR HEADQUARTERS (Document CD13/9 and Addenda I and II)

The CHAIRMAN called the meeting to order.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) presenta el informe correspondiente al tema. Se refiere primeramente a la resolución del Consejo Directivo en su XII Reunión, por la cual se aprobaron las propuestas del Subcomité Permanente de Edificios y Obras "relativas a: a) métodos de selección de arquitectos, ingenieros y contratistas; b) estimación de las necesidades relativas a espacio; c) instalaciones que debe comprender el edificio; d) estimación del costo; y e) métodos de financiamiento, con arreglo a lo que se sugiere en el Informe del Subcomité (Documento CD12/21).

Agrega el Director que, desde aquella reunión del Consejo Directivo, en agosto del año pasado, hasta hoy, el Comité Ejecutivo se ha reunido dos veces para tratar, entre otras materias, este problema de los edificios e instalaciones para la Sede, y, el Subcomité de Edificios y Obras, tres veces. Los informes respectivos aparecen en el Documento CD13/9.

Dice que en aquella XII Reunión del Consejo Directivo, se hizo una exposición muy detallada de los distintos aspectos, condiciones, características y financiamiento de la futura Sede, y por lo tanto se limitará en esta ocasión a recordar que se trata de un solar, generosamente donado por el Gobierno de los Estados Unidos de América, que tiene una superficie

de 4.500 m^2 más o menos o sea unos 45.500 pies cuadrados. El valor de este solar fue sometido para tasación, en junio del presente año, al Tribunal Federal del Distrito de Columbia, que justipreció la propiedad en $1.092.150. Como la suma primeramente aprobada por el Congreso de los Estados Unidos de América fue solo de $875.000, hubo necesidad de pedir un suplemento de crédito de $217.150, que fue aprobado en el último período de sesiones del Congreso. La ley respectiva ha sido firmada por el Presidente Kennedy. De suerte que, por lo que hace al financiamiento, el solar está listo para ser puesto a disposición de la Organización a fin de que se pueda construir en él el edificio correspondiente. Gracias a la intervención del Asesor Profesional, Arquitecto Leon Chatelain, Jr. ex Presidente del Instituto Americano de Arquitectos, que asiste a la sesión, fue posible preparar las bases del concurso internacional con el fin de seleccionar el proyecto del edificio para la Sede. Dichas bases, que fueron distribuidas profusamente en las Américas, por medio de las Asociaciones de Arquitectos, fueron conocidas y aprobadas por la Unión Internacional de Arquitectos y el Instituto Americano de Arquitectos. En ellas se especifican en detalle las características deseadas para este edificio en relación con las funciones que habrá de desempeñar para servir los propósitos de la Organización. Como se informó en la anterior reunión del Consejo, se propone una construcción de 200.000 pies cuadrados, con un espacio neto para oficinas de 50.000 pies cuadrados.

De acuerdo también con las resoluciones del Subcomité de Edificios y Obras y del Comité Ejecutivo en las diversas sesiones antes mencionadas, se formó una lista de arquitectos distinguidos, de los cuales fueron seleccionados por ambas corporaciones, cuatro, que junto con el Director y el Asesor Profesional, Sr. Chatelain, constituyeron el Jurado que debía fallar el concurso del proyecto de edificio para la Sede. El Jurado se reunió y procedió al estudio muy acucioso de los 58 proyectos presentados, que se ajustaban a las especificaciones. El informe del Jurado respectivo ha sido distribuido como anexo al Documento CD13/9, Addendum II.

Termina proponiendo el Director que el Consejo oiga las explicaciones del Sr. Chatelain sobre la forma en que actuó el Jurado y acerca de las razones que tuvo para seleccionar los tres proyectos premiados que han estado exhibidos esta semana, y particularmente las razones que tuvo para conceder el primer premio al proyecto del arquitecto uruguayo Sr. Fresnedo Siri.

Mr. CHATELAIN (Professional Arquitectural Adviser, PASB) expressed his pleasure at the opportunity of presenting the report of the Jury, as outlined by the Director of the Bureau. He said that the Jury, which had met on 20 and 21 September in Washington, D. C., was composed of Mr. Héctor Mardones Restat (Chile), Past President of the International Union of Architects; Dr. Samuel Inman Cooper (U.S.A.), President of the Pan American Federation of Associations of Architects; Mr. Luis González Aparicio (México), Past President of the Society of Mexican Architects and of the National College of Architects of Mexico;

Mr. Augusto Guzmán Robles (Perú), President of the Peruvian Society of Architects; and Dr. Abraham Horwitz, Director of the Pan American Sanitary Bureau. Mr. Chatelain stated that he had acted as Professional Adviser, in accordance with the conditions of the competition. During the eight meetings held, the 58 projects presented were analyzed and studied. These had been previously numbered, according to the order of their arrival. Twenty-three submissions were selected from the 58, and 11 were later chosen for further consideration. During the third stage of study, eight projects were selected and, lastly, the number was reduced to five. From among these last five, the winning project (No. 4) was selected by unanimous vote of the Jury.

Mr. Chatelain then explained the principal reasons considered in making this selection. Project No. 4 was sound in all its aspects. Its several floor plans are simple and clear, resulting in highly efficient function of the various spaces, which are in themselves signified and well-conceived and provide an appropriate appearance in terms of their usages and of the basic character of the building. The placing of the various functions of the project is in accordance with the needs of the Pan American Health Organization, as indicated in the stated conditions of the competition. The structure is logical and easily built, which translates itself as a definite factor of economy. The exterior of the building reveals a happy architectural conception and adapts itself to the environs and the character of the city of Washington. The principal wing, housing most of the offices,

harmonizes with the cylindrical mass resulting from the shape and function of the Council Chamber, and serves as background to its esthetically achieved proportion, thus providing an appropriate monumentality, background, and homogeneity of the whole. The Council Chamber, soundly conceived and proportioned, is well and carefully studied and indicates in a clear manner the importance it deserves as the Headquarters of the supreme Pan American authority in health matters. Lastly, the project adapts itself well to supplementary treatment in terms of sculpture and landscaping.

The Jury, he said, agreed by a majority vote to grant second prize to Project No. 58, and third prize to No. 5. In accordance with the conditions of the competition, the envelopes containing the names of the competitors were opened by the Professional Adviser in the presence of the Jury. The award-winning projects were submitted by the following persons: first prize (Project No. 4), Mr. Román Fresnedo Siri (Montevideo, Uruguay); second prize (Project No. 58), Mr. José Luis Benlliure (Mexico City, Mexico); third prize (Project No. 5), Mr. Adolfo F. Pozzi Guelfi (Montevideo, Uruguay).

The Jury considered that this competition had been of great value in contributing toward the development of architecture in the Americas, and extended its congratulations to all the participants, who represented 11 countries in the Hemisphere. They showed marked professional capacity in the analysis and preparation of the works presented. The Jury wished to record its gratitude to the School of Architecture of the Catholic

University of America, whose Dean, Dr. Paul Goettleman, made its facilities available for the competition. In closing, Mr. Chatelain stated that the Jury also wished to express its thanks for the honor bestowed on its members by the PAHO, and its appreciation of the privilege of serving the Organization.

Mr. Chatelain then presented and explained a series of slides showing the various plans submitted in the competition, the most important features of each, and the advantages of the price-winning construction. With reference to the latter, he called particular attention to the fact that a year ago, when this project had been drawn up, it was thought that adequate provision had been made for future growth, but he understood that at present it might even be preferable to plan on a larger scale. This could be done very readily with the prize-winning plan, for the building would not only meet the present needs but, with adjustments, would also allow an increase of more space to take care of future growth.

The CHAIRMAN then proposed that the topic on the Special Fund for Health Promotion be dealt with at this time, before final action was taken on the report on buildings and installations, since these two topics were related.

Mr. WACHOB (United States of America) Chairman, Permanent Subcommittee on Buildings and Installations, prefaced his remarks by expressing his appreciation to his colleagues for the fine service rendered at the two meetings of the Permanent Subcommittee on Buildings and Installations, at which he had

had the privilege of presiding. He said that the present members of the Subcommittee were also grateful for the work of their predecessors, which had enabled them to bring to the Directing Council a specific suggestion for the construction of a new Headquarters building.

He then read the report on the last meeting of the Permanent Subcommittee on Buildings and Installations, contained in Document CD13/9, Addendum II. The meeting, held on 29 September, had been called for the purpose of obtaining the results of the architectural competition for the design of the Headquarters of PAHO. During the meeting, the Director of the Bureau gave the background for the competition and the Professional Adviser, Mr. Chatelain, read the report of the Jury and reviewed the winning designs, noting the specific advantages of one over the other and establishing the architectural values of the several submissions. Mr. Chatelain also responded to questions on these subjects and indicated the important factors on which the Jury based its judgment.

Mr. Wachob stated that the Permanent Subcommittee had indicated its agreement with the action of the Jury by passing a resolution, which it now presented to the Directing Council. He emphasized that the Subcommittee was fully aware of the need for constructing a Headquarters building that will not soon be outgrown. The Bureau should not find itself within a few years in the position of renting office space outside the building, which would again present serious difficulties for the smooth operation and administration of the Bureau's activities. It was his understanding that the space specifications for the

architectural competition were based on an increasing rate of the Headquarters staff of five persons a year for 20 years. He had also learned, however, that the present outlook is for an increasing rate of 11 or 12 persons per year, which includes not only staff financed from the PAHO Regular Budget, but also persons who will work at Headquarters through grants, trusts, or reimbursable assignments. He said that if the present outlook continues, the building whose design won first prize will be outgrown in about 10 years, which is much too short a period in terms of the investment now under discussion. Mr. Wachob said he regretted that the Subcommittee had not had an opportunity to discuss the proposal just described by Mr. Chatelain that the prize-winning design be modified to permit an expansion of 50 per cent. As Chairman of the Subcommittee, he recommended that the Directing Council authorize the construction of the building along the lines just described by Mr. Chatelain, that is, taking into account the need for more space in later years, in the understanding that the cost of this construction will not exceed the amount available from the funds the Organization at present has on hand, the amount the Organization will realize from the sale of its present properties, and the amount representing the generous grant of the W. K. Kellogg Foundation.

He also proposed that at such time as the Director indicates a need for space beyond that available in the completely finished areas of the new building, the Director be requested to present that additional need for consideration by the Permanent Subcommittee on Buildings and Installations, which would then, because of the budgetary implications, refer the matter to the Executive Committee with its comments and

recommendations. If the Executive Committee should support the Director's request, the Directing Council would, of course, be asked to take final action on the budgetary aspects of the Director's request. This proposal, he believed, would enable the Bureau to move as soon as possible from the various buildings it now occupies into a building that will house the staff adequately for about 15 years. At the same time, there would be no additional cost to Member Governments for this project until such time as the Bureau should outgrow the finished space in the new Headquarters building. However, when that time arrived, the Bureau, instead of renting outside office space, would request that additional space already available in the building be finished and made fully usable.

Mr. Wachob concluded by stating that it was in these terms that a resolution would shortly be presented to the Directing Council for consideration.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) dice que, al examinar el proyecto de programa y presupuesto para 1962, el Consejo Directivo tuvo ya ocasión de informarse acerca del Fondo Especial para el Fomento de la Salud, incluido en el presupuesto como Título IV, y al cual se refiere el Documento CD13/25. En este documento se señalan las distintas etapas que condujeron a la creación del citado Fondo Especial, y que tienen relación directa con las gestiones realizadas por la Oficina Sanitaria Panamericana, en cumplimiento del mandato que le dio el Consejo Directivo en su XII Reunión en el sentido de obtener los fondos indispensables para la construcción del edificio de la Sede. Recuerda el Dr. Horwitz las

gestiones realizadas ante la Fundación Kellogg merced a las cuales se pudo lograr con la misma un acuerdo a propuesta de su Presidente, Dr. Morris, que asiste a la sesión. En virtud de tal acuerdo, la Fundación Kellogg se propone donar una suma de $3.750.000 que la Organización Panamericana de la Salud podrá destinar a la construcción del edificio;pero se trata de una donación sui generis que será pagada por la Organización Panamericana de la Salud en partidas anuales de $187.500 durante 20 años, cantidades que deberán ser invertidas simultáneamente en proyectos que formen parte del programa general de trabajo de la Organización. Los proyectos en que se sugiere que se inviertan las sumas asignadas a este Fondo Especial para el Fomento de la Salud son los relativos a abastecimiento público de agua, nutrición y actividades de educación y adiestramiento, incluidas las becas.

Estima el Director que los debates desarrollados hasta el momento en esta XIII Reunión del Consejo Directivo son la mejor justificación acierto con que se ha hecho dicha selección. Dice que la creación de este Fondo Especial destacará la generosa contribución de la Fundación Kellogg. Añade que anualmente debe consignarse la cantidad de $187.500 y al mismo tiempo indicarse el tipo de programas en que se invirtieron y los resultados naturalmente obtenidos.

Se refiere a las cartas cruzadas entre la Organización y la Fundación Kellogg que constituyen un convenio en el cual se sintetizan los datos relativos a la forma en que se hará este empréstito sui generis,

al momento en que será abonada la cantidad (dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha en que se hayan otorgado los contratos para la construcción del edificio) el tiempo que durará (20 años a partir del 1o. de enero de 1962),y a las condiciones en que será invertido el préstamo.

Manifiesta el Director que firmó esa carta-convenio sujeta a la aprobación del Consejo Directivo, que es lo que se espera que haga ahora el Consejo.

Si alguien se preguntara la razón de haberse iniciado las gestiones con la Fundación Kellogg y no con otra institución análoga, podría hallar la respuesta en estos dos citas: "Los niños son los herederos del mañana, y las huellas que siguen representan el legado que pasa de una generación a otra. Nuestra misión consiste en ayudar a mejorar este legado" y "La América Latina comparte una característica de la época: no sólo porque cambia, sino porque su cambio se produce a un ritmo acelerado. Este cambio trae aparejada, inevitablemente, la multiplicación y complicación de numerosos problemas, inclusive las dificultades relativas a la agricultura, la educación y la salud. La Fundación procurará ayudar a nuestros vecinos del sur en sus esfuerzos para aliviar los problemas de estos campos, pues nuestras inversiones de carácter filantrópico, en la América Latina --algunas de las cuales se consideraron, al principio, riesgos calculados-- han producido, en la mayoría de los casos, importantes dividendos humanos".

La primera cita aparece como epígrafe del Informe de la Fundación Kellogg correspondiente a 1955, año en que se conmemoró el XXV aniversario de dicha Fundación. La segunda figura en el informe del presidente de la misma Fundación, Dr. Emory W. Morris, correspondiente a 1960.

Juzga el Dr. Horwitz que estas expresiones de la Fundación Kellogg coinciden ampliamente con los propósitos de la Organización, y que la Oficina estuvo bien orientada al recurrir a ella para solicitar su generosa contribución. Piensa que, con su donación, la Fundación Kellogg ha agregado un jalón más a su ya tradicional generosidad en el Continente.

Dr. MORRIS (President, W. K. Kellogg Foundation) expressed his appreciation for the opportunity of being present at this session of the Council and of hearing the excellent report by Mr. Chatelain on the award and the competition. As the Director of the Bureau had indicated, the Kellogg Foundation has for a long time taken an interest in the Americas and during the past 15 years has had the opportunity of developing many cooperative ventures with the PASB. From the Foundation's point of view, all these have proved to be worth-while investments and he hoped that they have proved to be equally good investments from the Bureau's point of view. As indicated in the statement read by Dr. Horwitz from the Foundation's last report, the Foundation will continue its interest in the Americas and is very pleased to have the opportunity of cooperating further with the Bureau in this development. This activity appealed to the Foundation because the PASB is the Organization that serves all the countries of Latin America. The grant, he said, is an unusual type of grant in that it states that it is a loan, a term

they are partial to because they are not particularly interested in constructing buildings, but rather are interested in programs that involve the public good, as far as health is concerned. The Foundation, therefore, does not expect to have the funds returned but hopes that they will be invested in the worth-while programs in order to continue to improve health in the Americas.

El Dr. CASTILLO RODRIGUEZ (Nicaragua) aprovecha la oportunidad que ha tenido de conocer al Dr. Morris, para agradecer en nombre de su país la cooperación que ha prestado la Fundación Kellogg a muchos conciudadanos del orador, mediante becas, así como la otorgada al INCAP y ahora a la Oficina Sanitaria Panamericana.

El Dr. BUSTAMANTE (México) se refiere al nuevo concepto de lo que el Director llamó "empréstito sui generis". Dice que la palabra empréstito causa cierto temor porque implica un compromiso económico, pero el Dr. Morris, Presidente de la Fundación Kellogg, ha confirmado que pueden existir algunas formas de empréstito que tienen un sentido completamente distinto. La Oficina no recibe una cooperación para construir un edificio, ya que eso no figura en los planes de la Fundación, sino una cantidad de dinero que le permitirá realizar un programa para el fomento de la salud en las Américas, aplicándose a los tres aspectos que más interesan: abastecimiento de agua, nutrición, y educación y adiestramiento.

Considera por ello que el edificio que se va a construir tiene un doble significado, pues por una parte se trata de una construcción

material, bien concebida, arquitectónicamente bien planeada, pero además va a ser un centro de trabajo y de beneficio para todos los países de las Américas. Se trata, pues, no sólo de un empréstito suigéneris sino de un edificio sui generis, que va a influir en el constructivo desarrollo del Continente.

Da las gracias a la Fundación Kellogg, al Director y al personal de la Oficina, así como a los miembros del Subcomité de Edificios y Obras y a todos los que han colaborado en esta labor, y propone que el Consejo Directivo de la Organización adopte una resolución expresando su agradecimiento, en términos semejantes a la adoptada por el Comité Ejecutivo en su 43a. Reunión celebrada en mayo de 1961.

Alude a los propósitos de ampliación del proyectado edificio, y estima que podrá hacerse en la forma expuesta por el Presidente del Subcomité de Edificios y Obras, pues así como se ha conseguido dinero para construirlo, pagándolo en muchos años de plazo, sin intereses, también es de creer que no habrá dificultad en hacerlo más grande. Y concluye diciendo que el Dr. Morris, que tanto ha hecho en favor de todos los países de las Américas sabe que la nueva casa de la Organización, será también la casa de los que son amigos de la misma, entre los que se cuenta la Fundación Kellogg que él preside.

El Dr. BICHAT RODRIGUES (Brasil) dice que la Fundación Kellogg ha hecho una donación, más que un préstamo. Recuerda que el Director se preguntaba si habría acertado al dirigirse a la Fundación Kellogg en

busca de esa ayuda; lo que ha conseguido y la forma de obtenerlo, demuestran perfectamente que en efecto estuvo acertado. Agrega que al hacer posible la construcción del edificio de la Sede de la Organización, la Fundación Kellogg ha hecho también factible el desenvolvimiento del programa del Fondo Especial para el Fomento de la Salud, asociando estas dos cosas fundamentales. Por todo ello se une a las manifestaciones de agradecimiento a esa benemérita institución.

El Dr. FRICKE (Chile) no sabe qué debe admirarse más, si el préstamo mismo que ha hecho la Fundación Kellogg para construir el edificio de la Organización, o los frutos que se obtendrán a través del tiempo, derivados del espíritu extraordinariamente filantrópico de la Fundación. Por ese y otros muchos motivos, desea expresar al Dr. Morris su gratitud más cordial y sincera.

El Dr. QUIROS (Perú) se adhiere a las felicitaciones y expresiones de agradecimiento, y agrega que la Fundación Kellogg no ha proporcionado simplemente el empréstito que se necesitaba, sino que ha dado un estímulo que confirma el optimismo expuesto anteriormente por el orador, con motivo de la discusión del presupuesto de la Organización, respecto a la expansión futura de la misma.

El Dr. OLGUIN (Argentina) aprecia en todo su alcance el gesto de la Fundación Kellogg y ve en la construcción de este edificio un símbolo del espíritu de colaboración filantrópica, que permitirá llevar a cabo un programa de salud de tanta importancia para los pueblos de América.

El Dr. BOVE ARTEAGA (Uruguay) se suma al agradecimiento de los demás Representantes para la Fundación Kellogg, ante su desprendimiento que permite realizar programas de salud para los que faltaban medios financieros, y considera lógico felicitar igualmente a quienes con su gestión lograron que se estableciese el convenio con la Fundación.

Añade que el concurso para la construcción del edificio ha sido para él motivo de doble satisfacción, pues ha dado la oportunidad de que un compatriota suyo, el arquitecto Siri, sea el que estampe en ese edificio, que será un monumento enaltecedor de la filantropía, el nombre de un uruguayo que ha cooperado para que esa obra y ese espíritu tengan feliz realización.

Dr. WATT (United States of America) expressed his satisfaction at the opportunity of hearing the presentation by the architects, committees, and others who had worked toward this goal. He wished to add a word of pleasure to the sentiments already expressed, believing that the action of the Kellogg Foundation in making possible the achievement of this building so promptly and certainly, had provided what one might call a missing piece for this gathering. The Council Members, he said, meet as Representatives of Governments, as members of a cooperating group, coming from official agencies of their own countries, and he considered it particularly fitting that they should have the participation of a private foundation, in a sense a voluntary foundation -- a group that represents the voluntary contributions of the citizens themselves to this concept of health on a broad international

basis. It was fitting, therefore, that there should be this combination of three: the National Governments, the international organizations, and the private initiative, brought together for this building which will be -- as expressed by the architect who described it -- a true monument to the work of this Organization.

El Dr. BARRENECHEA (Bolivia) dice que al expresar su agradecimiento a la Fundación Kellogg, quiere significarlo en forma especial, destacando en primer lugar el afán del Director, patentizado desde hace mucho tiempo, de dotar a la Organización de un edificio propio en el que puedan desarrollarse todas las actividades para las que está destinada; en segundo lugar, que este anhelo se logra gracias a la generosa aportación de la Fundación Kellogg y, finalmente, que con el Fondo Especial destinado a amortizar ese préstamo se podrán realizar también los programas de abastecimiento de agua, nutrición y educación.

El Dr. FERNANDEZ NARANJO (República Dominicana) se adhiere a lo expresado por los demás Representantes, y agradece calurosamente a la Fundación Kellogg el haber proporcionado una casa común a todos, para ocuparse en un ambiente de amplia camaradería de los problemas de salud pública.

El Dr. AGUILAR (El Salvador) desea agradecer también a la Fundación Kellogg su magnífica aportación, así como felicitar al personal de la Oficina, principalmente al Director, por el brillante resultado de sus gestiones para la construcción del edificio, al que van unidos tan importantes programas de fomento de la salud.

El Dr. GUEDEZ LIMA (Venezuela) se une a las felicitaciones expresadas al Director de la Oficina, y agradece el gesto de la Fundación Kellogg diciendo que representa un motivo de emulación, para que otras instituciones privadas sientan el estímulo de colaborar, junto con los Estados Miembros de la Organización, en los programas que son de común interés para la salud pública de las Américas.

El Dr. ZELAYA (Honduras) expresa que su país se solidariza con las palabras de agradecimiento a la Fundación Kellogg, y agrega que su rasgo ayudará a resolver problemas de salud fundamentales en América.

Dr. GILLETTE (United Kingdom) stated that his delegation wished to join the general acclaim of this magnificent action of the Kellogg Foundation. He said that he was particularly appreciative of the modus operandi, of the philanthropy, which will make it possible to achieve two purposes at the same time: provide a home for the Organization, and improve health in the Americas through health promotion activities.

Mr. SIEGEL (Assistant Director-General, WHO) said that, on behalf of Dr. Candau, the Director-General of WHO, he wished to add his congratulations to those already expressed with reference to this splendid step taken to provide an adequate building for the PAHO's Headquarters. He considered this event to be a very important milestone in the development of health work in the Western Hemisphere. In his entire experience, he said, he had never witnessed such a unique financial arrangement as this one, and he congratulated the Kellogg Foundation,

Dr. Morris, and Dr. Horwitz on their ingenuity in making this possible. He believed it to have an educational value which he would try to apply in a positive way in the future. An arrangement which provides an edifice for housing the central activities of the health work and at the same time makes it necessary for annual funds to be provided for increased health activities, is one which could well be repeated in the future.

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) da lectura a un proyecto de resolución sobre el tema examinado.

El Dr. BUSTAMANTE (México) cree que en la resolución debe incluirse una expresión de agradecimiento al Director y al personal de la Oficina.

Decisión: El Consejo Directivo acuerda por unanimidad: (1) expresar su satisfacción por los resultados del concurso arquitectónico y la decisión del Jurado, agradecer a los miembros del Jurado, Sres. Héctor Mardones Restat, Samuel Inman Cooper, Luis González Aparicio, Augusto Guzmán Robles, arquitectos, y Dr. Abraham Horwitz y al Asesor Profesional, arquitecto Leon Chatelain, Jr., los valiosos servicios prestados y autorizar el pago del premio de $10.000 adjudicado al arquitecto Román Fresnedo Siri, el de $2.500 al arquitecto José Luis Benlliure, y el de $1.000 al arquitecto Adolfo F. Pozzi Guelfi; (2) expresar su agradecimiento y felicitar al Subcomité Permanente de Edificios y Obras por la eficiente labor realizada; (3) encomendar al Subcomité Permanente de Edificios y Obras que continúe actuando en nombre de la Organización Panamericana de la Salud en lo que concierne a la construcción del edificio para la Sede, de acuerdo con la Resolución II de la 42a Reunión del Comité Ejecutivo; (4) autorizar al Director a que prosiga los trabajos relativos a planes, financiamiento y construcción del edificio, teniendo en cuenta la conveniencia de incluir la ampliación proyectada para un mayor crecimiento de la Oficina que el que originalmente se había calculado, encomendándole que informe al Subcomité Permanente de Edificios y Obras, al Comité Ejecutivo y al Consejo Directivo, sobre la marcha de estas actividades; (5) agradecer asimismo al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana las gestiones llevadas a cabo para la construcción del edificio, haciendo extensivo este agradecimiento al personal de la Oficina.

/Decision: The Directing Council unanimously agreed: (1) to express its satisfaction with the results of the architectural competition and the decision of the Jury; to thank the members of the Jury --Archs. Héctor Mardones Restat, Samuel Inamn Cooper, Luis González Aparicio, Augusto Guzmán Robles, and Dr. Abraham Horwitz-- as well as the Professional Adviser, Arch. Leon Chatelain, Jr., for the valuable services they rendered; and to authorize the payment of the winning awards of $10.000 to Arch. Román Fresnedo Siri, $2.500 to Arch. José Luis Benlliure, and $1.000 to Arch. Adolfo F. Pozzi Guelfi; (2) to express its thanks and congratulations to the Permanent Subcommittee on Buildings and Installations for the efficient work performed; (3) to request the Permanent Subcommittee on Buildings and Installations to continue to act on behalf of the Pan American Health Organization regarding the construction of the Headquarters building, as provided in Resolution II of the 42nd Meeting of the Executive Committee; (4) to authorize the Director to go forward with the planning, financing, and construction of the building, taking into account the advisability of including planned expansion for a greater growth than that originally included in the estimates, and report to future meetings of the Permanent Subcommittee on Buildings and Installations, the Executive Committee, and the Directing Council on the progress of this activity; and (5) to thank the Director and the staff of the Pan American Sanitary Bureau for the arrangements made for the construction of the new building./

Se suspende la sesión a las 4:00 p.m. y se reanuda a las 4:30 p.m.
The session was recessed at 4:00 p.m. and resumed at 4:30 p.m.

TEMA 36: FONDO ESPECIAL PARA EL FOMENTO DE LA SALUD (Documentos CD13/25 y CD13/37)
TOPIC 36: SPECIAL FUND FOR HEALTH PROMOTION (Documents CD13/25 and CD13/37)

The CHAIRMAN, stated that it would be necessary for the Council to take action on the topic under discussion.

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) recuerda la Resolución II adoptada por el Comité Ejecutivo en su 43a Reunión y expone que, habiendo recibido la Organización una subvención de $3.750.000 de la Fundación Kellogg, cuyo importe se invertirá en la construcción del nuevo edificio de la Sede, pero a condición de que dicha suma se amortice en plazos anuales de $187.500 que se destinarán a ampliar el programa de la Organización, constituyendo a tal efecto un fondo especial llamado del Fomento de la Salud, al que ingresarán dichos plazos anuales hasta que se haya reintegrado en él la totalidad de la subvención, podría considerarse un proyecto de resolución, al cual da lectura. En dicho texto se expresa el agradecimiento de la Organización a la Fundación Kellogg y se autoriza al Director de la Oficina a constituir el Fondo Especial del Fomento de la Salud en la forma expuesta y a incluir los referidos plazos anuales en los correspondientes presupuestos ordinarios de la Organización Panamericana de la Salud.

Decisión: Se aprueba por unanimidad expresar el profundo agradecimiento del Consejo Directivo a la Fundación Kellogg por su muy generosa subvención de $3.750.000 para la ampliación de las actividades del programa de la Organización Panamericana de la Salud, y autorizar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana a crear un Fondo Especial para el Fomento de la Salud, al que se asignará por lo menos, la cantidad de $187.500 por año con cargo al presupuesto ordinario de la Organización, hasta que se haya destinado un total de $3.750.000 a la ampliación de las actividades del programa.

/Decision: It was unanimously agreed to express the deep appreciation of the Directing Council to the W. K. Kellogg Foundation for the very generous grant of $3.750.000 for expanded program activities of the Pan American Health Organization and to authorize the Director to create a Special Fund for Health Promotion to which at least $187.500 per year shall be appropriated from the Regular Budget of the Pan American Health Organization until an amount of $3.750.000 has been committed for expanded program activities./

TOPIC 13: REPORT OF THE SUBCOMMITTEE ON BASIC DOCUMENTS OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (Document CD13/16 and Addenda I and II)

TEMA 13: INFORME DEL SUBCOMITE SOBRE DOCUMENTOS BASICOS DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (Documento CD13/16 y Addenda I y II)

Mr. WYATT (United States of America) Rapporteur of the Subcommittee on Basic Documents stated that, on behalf of the Subcommittee, he had recently had the honor of presenting to the 44th Meeting of the Executive Committee a report on the Subcommittee's work as of the date of that meeting. Recapitulating some of the developments that had led to the establishment of the Subcommittee, he stated that it had its origin in two resolutions of the XV Pan American Sanitary Conference in 1958. At that Conference, certain difficulties arose in connection with the wording and the meaning of provisions in the Constitution, on the one hand, and those in the Rules of Procedure of the Conference, on the other hand. There were also certain difficulties or different interpretations which arose as to the meanings in the Spanish and the English texts, respectively, of certain provisions in these documents. Therefore, the Pan American Sanitary Conference had adopted two resolutions: Resolution XXX, on the Proposed

Procedure for the Nomination and Election of the Director of the Pan American Sanitary Bureau; and Resolution XXXIV, on the Improvement of the texts of the Basic Documents of the PAHO. Mr. Wyatt then read the pertinent portions of these resolutions, as follows:

RESOLUTION XXX

"To recommend to the Executive Committee the establishment of a working party that, with legal counsel, will make a study of the problems inherent in the election of the Director, and present, after consultation with the Member Governments, a proposal to the XIII Meeting of the Directing Council, so that it may adopt a specific procedure governing the election of the Director."

RESOLUTION XXXIV

"1. To instruct the Executive Committee to undertake, with legal advice, a thorough study of the Constitution of the Organization and the Rules of Procedure of the XV Conference, in order that it may prepare suggestions (a) to improve their clarity and the equivalence of meaning between the English and Spanish texts of these basic documents, and (b) to the end that the said texts may be more adequate for their own objectives.

2. To suggest to the Executive Committee that it consider the advisability of naming a subcommittee to make the said study.

3. To instruct the Executive Committee to request the opinion of the Governments with respect to its suggestions, and thereafter to submit its recommendations to a future meeting of the Directing Council for appropriate action."

Consequently, the 36th Meeting of the Executive Committee had established the Subcommittee on Basic Documents to undertake the studies requested by those resolutions. Over a period of time, the Subcommittee had held a number of meetings to carry out these directives.

At the time of the 43rd Meeting of the Executive Committee, in May 1961, the Subcommittee had completed its proposals for certain revisions in the Constitution and in the Rules of Procedure of the Conference. The 43rd Meeting requested the Subcommittee to complete its study of the Rules of Procedure of the Conference. The 43rd Meeting requested the Subcommittee to complete its study of the Rules of Procedure of the Directing Council and of the Executive Committee; authorized the Director to submit the proposed revisions to the Member Governments for comments; and requested that any comments be submitted in time for presentation to the 44th Meeting of the Executive Committee, which was to meet concurrently with the XIII Meeting of the Directing Council.

Mr. Wyatt stated that the Subcommittee had kept its terms of reference in mind at all times. It had not attempted to prepare new documents, but rather had made certain proposals so that the existing documents might be improved in clarity, in equivalence of meaning between the languages, and in adequacy for their own objectives. Consequently, with the main exception of the provisions for the election of the Director, the changes proposed were chiefly editorial, or ones of terminology, or to recognize existing practice.

At its 44th Meeting the Executive Committee adopted a resolution after hearing the report of the Subcommittee on Basic Documents, which included a report on a meeting of the Subcommittee shortly after the comments from a number of Governments had been received. The Subcommittee felt that the conclusions reached might be helpful to the Council

in its study of the proposals; the further modifications proposed in the light of the comments received from Governments appear in Document CD13/16, Addendum II. One of the comments was from the Government of El Salvador, which felt that the term "majority" in voting needed more precise definition. The Subcommittee recognized the need for absolute clarity on that point and had suggested the following formulation which might be added to Rule 42 of the Rules of Procedure of the Conference: "For the purpose of these rules, 'majority' means any number of votes greater than half the votes cast by the Governments present and voting or, in the case of the election of the Director, any number of votes greater than half the number of the Governments of the Organization". The Representative of El Salvador informed the 44th Meeting of the Executive Committee that this definition, added to this rule, would meet the point raised by his Government.

The Government of the United States had made a number of proposals. One of them was that, in the proposed text, the second sentence of Article 2-A of the Constitution be changed so that the article would read: "All American States are entitled to membership in the Organization. American States which are Members of the Organization are hereinafter called Member Governments". The Subcommittee thought that wording an improvement, since it avoided mention in the Constitution of the specific number of Members and thus the need for a constitutional amendment should the membership increase. Moreover, it used the words "American States" in the same way as did the Organization of American States when referring to fully self-governing States.

Another suggestion of the United States was that Article 28 be revised to read:

> "Proposals to amend the Constitution shall be communicated to the Member Governments at least three months in advance of their consideration by the Conference or the Council. Amendments shall come into force for all Member Governments when adopted by the Conference by a two-thirds vote of the Representatives of all Member Governments or when adopted by the Council by a two-thirds vote of those Representatives."

The suggestion was also considered an improvement by the Subcommittee, since it seemed reasonable that proposed constitutional amendments should be in the hands of Governments well in advance.

The Subcommittee also considered certain other comments received from the Governments of Mexico and of the United States of America during the 44th Meeting of the Executive Committee. The Representative of Mexico, after hearing the report and proposals of the Subcommittee, graciously stated that he was able to withdraw the comment from his Government. The two other proposals from the Government of the United States of America were considered by the Subcommittee, but the majority of the Subcommittee members did not feel that it was necessary to include them in the revisions.

Mr. Wyatt stated that further comments had also been received from the Government of Venezuela. These were not available to the Subcommittee at the time that it met and therefore it did not review these comments or make suggestions concerning them.

Following this report on the work of the Subcommittee and the further modifications proposed in the light of comments from Governments,

the 44th Meeting of the Executive Committee adopted Resolution II, in which it took note of the work of the Subcommittee and submitted the proposed texts as contained in Document CD13/16, together with the comments of Governments as contained in Document CE43/3, to the XIII Meeting of the Directing Council for its consideration and appropriate action. It also recommended that the revisions in the Basic Documents proposed by the Subcommittee, as further modified by the Subcommittee in the light of the comments of Governments, be adopted.

Mr. Wyatt wished to add that the Subcommittee expressed the hope that the Directing Council would find these texts satisfactory, and that with the further modifications proposed, it would be considered that the Subcommittee had satisfactorily met the terms of reference established by the XV Pan American Sanitary Conference. Finally, he took the opportunity to express thanks, on behalf of the Subcommittee, to the Director and his staff for the invaluable assistance which at all times they gave to the Subcommittee in its work. He also expressed appreciation of the honor of having worked on the Subcommittee with the Representatives of Mexico, Brazil, and El Salvador.

Mr. CALDERWOOD (United States of America) stated that he wished to make a suggestion that might facilitate the discussion of this very important question. It had been pointed out that the Subcommittee had had the opportunity of reviewing the comments submitted by the Member Governments and in the light of those comments had made some changes in the revised text of the Constitution and in the Rules of Procedure.

Other comments had been received since the meeting of the Subcommittee and are contained in the documents under discussion, and he was of the opinion that some of them are very worth-while and might well be taken into account. It would therefore appear that the discussions of the Council could be facilitated if the Subcommittee were asked to reconvene to examine these particular comments, and report on them to the Council.

El Dr. GUEDES (Venezuela) anuncia que la Delegación de Venezuela apoya la propuesta de la Delegación de Estados Unidos de América, en el sentido de que se pase nuevamente al Subcomité que estudió el problema, para que sean tomados en consideración y estudiados algunos comentarios que el Gobierno de Venezuela ha tenito a bien presentar a la consideración de este Consejo. Añade que en ellos hay algunas modificaciones especialmente relacionadas con la elección del Director de la Organización, y que la Delegación de Venezuela desearía se le diera la oportunidad de poder estudiarlas conjuntamente con aquellos otros Miembros que se designen para tratar este asunto.

El Dr. BOVE ARTEAGA (Uruguay) pregunta si todavía hay tiempo para someter alguna sugerencia de modificación al Subcomité.

> Decisión: Se acuerda someter de nuevo la cuestión a la consideración del Subcomité en una reunión a celebrar, a más tardar, a mediodía del 11 de octubre, e invitar a los Representantes que deseen expresar sus observaciones, a que las pongan por escrito y las presenten al Subcomité antes de dicha reunión.

> /Decision: It was agreed to submit the matter to the Subcommittee for consideration at a meeting to be held no later than noon, 11 October, and to request that Representatives wishing to express their views do so in writing and submit these comments to the Subcommittee before its meeting./

TOPIC 20: EMERGENCY REVOLVING FUND (Document CD13/12)
TEMA 20: FONDO ROTATORIO DE EMERGENCIA (Documento CD13/12)

Dr. PORTNER (Chief of Administration, PASB) presented the report on this topic, as contained in Document CD13/12. As would be recalled from previous meetings of the Council and from previous reports, the level of the Emergency Revolving Fund was established at $50.000 at the III Meeting of the Directing Council. The Fund is to be used by the Governments and by the Bureau to provide immediate relief to Member Countries in cases of unforeseen health emergencies. In essence, the Emergency Revolving Fund is the facility by which the usual financial processes for procurement is by-passed in order to give the most expeditious service to countries having a distressing health problem, requiring emergency agency payments on such purchases, therefore comes subsequent to the procurement action, rather than prior to it as is the case in normal procurement for Governments. Dr. Portner added that the present status of the Fund is somewhat less favorable than that given in Document CD13/12. The accounts receivable amount to slightly over $35.000 and the cash in bank is slightly under $15.000. Therefore, more than 70 per cent of the Emergency Revolving Fund has already been put to use and 30 per cent remains available for use in emergency situations. It is to be hoped that it will be possible to have available, within the near future, a larger amount than the $15.000 for such emergency situations as may arise.

El Dr. ALDEREGUIA (Cuba) expresa que la Delegación de Cuba había sido informada de que ya estaba aprobado el pago de parte de la cuota atrasada que tiene la República de Cuba con la Organización Panamericana de la Salud, así como de la cantidad correspondiente al Fondo Rotatorio de Emergencia, es decir el total que aparece de $14.041, que es la deuda que Cuba tiene pendiente con el Fondo.

> Decisión: Por unanimidad se acuerda tomar nota del informe sobre el empleo del Fondo Rotatorio de Emergencia (Documento CD13/12), presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, y encarecer a los Gobiernos que, en los casos en que soliciten la ayuda de este Fondo, reembolsen al mismo, en el más breve plazo posible, las cantidades adelantadas.
>
> /Decision: It was unanimously agreed to take note of the report on the use of the Emergency Revolving Fund (Document CD13/12), presented by the Director of the Pan American Sanitary Bureau and to recommend that Governments which request assistance from the Fund reimburse the amounts advanced at the earliest possible date./

TOPIC 18: FINANCIAL RULES OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (Documents CD13/11 and CE43/3 and Annex I)
TEMA 18: REGLAS FINANCIERAS DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (Documentos CD13/11 y CE43/3 y Anexo I)

Dr. PORTNER (Chief of Administration, PASB) presented Documents CD13/11 and CE43/3, and Annex I, on this topic. He pointed out that the Financial Regulations of PAHO, in force for many years, contained the fundamental provisions governing the stewardship of funds. These regulations establish the broad general guide to action and the bounds for the financial operations of the Organization. In addition to such basic regulations of a general character, there are usually financial rules. WHO has had such subsidiary rules, which govern more specifically financial transactions,

control of funds, disbursements, and other elements of the financial process. The Pan American Sanitary Bureau to this day has not had such rules. Under Article 10.1 (a) of the Financial Regulations, authorization is given to the Director of the Bureau to establish such financial rules, which in effect are complementary to the basic Financial Regulations. Accordingly, the Director had the honor of presenting to the 43rd Meeting of the Executive Committee his recommendations for a set of Financial Rules for the Organization. These Rules are very closely modeled on those of WHO, so as to have as close an approximation as possible of the rules applicable to the two major funds which are administered by the PASB/WHO. The Executive Committee at its 43rd Meeting studied the matter, adopted Resolution XV in which it confirmed the proposed Financial Rules of PAHO, and transmitted them to the XIII Meeting of the Directing Council.

These Rules were therefore presented to the Council in the aforementioned working documents.

> Decisión: Por unanimidad se acuerda tomar nota de las Reglas Financieras de la Organización Panamericana de la Salud, establecidas por el Director y confirmadas por el Comité Ejecutivo en su 43a Reunión, que figuran en el Documento CE43/3, Anexo I.
>
> /Decision: It was unanimously agreed to take note of the Financial Rules of the Pan American Health Organization, issued by the Director and confirmed by the Executive Committee at its 43rd Meeting, which appear in Document CE43/3, Annex I./

TEMA 25: ESTADO DE LA ERRADICACION DE LA VIRUELA EN LAS AMERICAS (Documentos CD13/18 y Addendum I, y CD13/37)
TOPIC 25: STATUS OF SMALLPOX ERADICATION IN THE AMERICAS (Documents CD13/18 and Addendum I, and CD13/37)

El Dr. BICA (Jefe del Departamento de Enfermedades Transmisibles, OSP) al presentar el informe del Director sobre este tema, manifiesta que la Oficina, en cumplimiento del mandato recibido de los Cuerpos Directivos, ha continuado estimulando y cooperando con los Gobiernos Miembros en el planeamiento de programas de erradicación de la viruela mediante campañas de vacunación que puedan incorporarse oportunamente a la estructura general de los servicios nacionales de salud pública de los países. Ha proporcionado asesoramiento técnico en la producción de vacuna antivariólica y suministrado equipos para preparar vacuna desecada y en otros casos facilitó la adquisición de vacuna lista para su uso. Se proporcionaron asimismo, los servicios de consultores especializados en desarrollo de campañas de vacunación y becas para el adiestramiento de personal nacional. Finalmente, los Gobiernos tienen a su disposición, a través de la Oficina, los servicios de un laboratorio calificado para determinar la pureza y la actividad de las vacunas preparadas por los laboratorios nacionales.

Señala luego que, en cumplimiento del mandato de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, la Oficina realizó los estudios y las consultas necesarias para establecer un criterio de erradicación de la viruela y, con el propósito de que tenga aplicación universal, se ha mantenido estrecho contacto con la Organización Mundial de la Salud que ha prestado su concurso, y con su conocimiento y acuerdo la Oficina presenta a la consideración del Consejo Directivo el siguiente criterio de erradicación:

"Desde un punto de vista práctico, los países en donde la viruela ha tenido carácter endémico podrán considerar erradicada la enfermedad cuando no ocurran nuevos casos de viruela durante los tres años que siguen al término de una campaña adecuada de vacunación. Si bien las condiciones particulares de los distintos países pueden determinar cambios en la forma de conducir los programas de vacunación, se acepta generalmente que la vacunación correcta del 80% de cada uno de los sectores de la población, dentro de un período no mayor de cinco años, da como resultado la desaparición de la viruela. Los países que han erradicado la viruela deberán adoptar medidas para mantener esta erradicación, sea mediante un programa permanente de inmunización, sea por la aplicación combinadas de medidas de aislamiento e inmunización en caso de que la enfermedad sea reintroducida en el país. Se recomienda a los países sometidos a un alto riesgo de introducción de la viruela, por ejemplo, cuando la enfermedad es endémica en países vecinos, que traten de mantener un nivel adecuado de inmunidad en la población por medio de: a) vacunación de los nuevos miembros de la población, y b) revacunación periódica de la población, especialmente en los sectores más expuestos. Dado el volumen creciente del tráfico internacional y mientras la erradicación de la viruela no alcance carácter universal, se recomienda que se apliquen con estrictez las disposiciones correspondientes del Reglamento Sanitario Internacional, como una medida de protección en favor de los países libres de la enfermedad."

Indica que a partir de 1951, el número del total de casos de viruela se mantuvo más o menos a un mismo nivel hasta 1954 en que ocurrió un alza de consideración, para luego disminuir progresivamente hasta 1958, y aumentar de nuevo durante 1958, 1959 y 1960. En 1951, 15 países y territorios notificaron casos de viruela; 7 en 1960 y sólo cinco en los primeros ocho meses de 1961.

Dice que con el desarrollo de los programas nacionales de vacunación antivariólica la enfermedad desapareció, o tiende a desaparecer en forma rápida de aquellas áreas donde anteriormente revistió carácter endémico, y se conserva solamente en los países en que todavía no se han iniciado los correspondientes programas de erradicación, o que, después de iniciarlos han sido

interrumpidos o desatendidos; y que, a partir de 1960 la viruela se concentra en un número muy limitado de países. Y es así como, desde ese año, el Brasil y el Ecuador constituyen los dos grandes focos de la enfermedad en el Continente Americano. Cita por ejemplo, que en 1960, el 93% de los casos de la América ocurrieron en esos dos países. Lo mismo sucede en 1961, durante los primeros nueve meses: hasta la semana que terminó el 4 de octubre se notificaron a la OSP cerca de 1.070 casos. De ellos, 1.050 ocurrieron en el Brasil y en el Ecuador, o sea el 98%. Por tanto, en ambos países esa enfermedad tiene carácter endémico con frecuentes brotes epidémicos; y la solución del problema de la viruela en estos dos países es fundamental para el éxito de su erradicación en las Américas.

Señala que, con excepción de Panamá, donde en 1958 hubo ocho casos de viruela, en los países y territorios de Centro América y el Area del Caribe la enfermedad no ha existido en los últimos siete años, y que, como consecuencia del bajo número de vacunaciones antivariólicas practicadas, la mayor parte de la población de esta región es susceptible a la enfermedad. Considera que los países que terminaron con éxito los programas de erradicación deben continuar en sus esfuerzos a fin de mantener los porcentajes de población inmunizada alcanzados. Estima que, desgraciadamente, eso no ocurre en muchos países, por lo que es conveniente llamar la atención sobre este punto. Esta medida será necesario mantenerla mientras existan focos de viruela en el Continente, ya que el estado de interdependencia en que viven los países y las condiciones actuales de transporte y de comercio, hacen perfectamente posible que la enfermedad pueda exportarse a los que ya la eliminaron, especialmente si son limítrofes.

Se refiere seguidamente a la información enviada por los países sobre el estado actual de los programas de vacunación o de erradicación; y destaca algunos de los aspectos más importantes de la labor realizada durante 1960 y 1961: la iniciación, en el primer trimestre de 1960, de una campaña de erradicación en la Argentina, campaña que se propone abarcar el 80% de la población de 14 provincias, pues en 1960 se vacunaron 1.600.000 personas, y en 1961, en el primer semestre ya llegaron a casi 2.377.000, lo que demuestra que la Argentina está en el buen camino; la casi terminación de la campaña de vacunación antivariólica en Colombia, que se inició en 1955 y que debe alcanzar el 80% de la población del país, la cual está próxima a terminarse, pues el número de casos que ascendió a 7.203 en 1954, antes de iniciar la campaña, se redujo a 209 en 1960, y durante los primeros meses de 1961 a 15 casos, cifra que demuestra con claridad los benéficos resultados obtenidos con el programa de erradicación en Colombia; y, por último, la terminación, en febrero de 1960, de la campaña de erradicación en el Paraguay, en que se vacunó a cerca del 87% de la población. Menciona, asimismo, la donación por parte del Gobierno de México de 2.000.000 de dosis de vacuna antivariólica para ser utilizada por la Organización Mundial de la Salud en sus campañas de erradicación o de vacunación.

Hace notar que estos datos indican que los progresos conseguidos en los programas de erradicación de la viruela en las Américas, varían considerablemente de un país a otro. En tanto que un importante grupo de ellos

ha logrado definitivamente eliminar la enfermedad, y otros están cerca de alcanzar este ideal, quedan todavía países en donde persiste la viruela, donde es preciso iniciar inmediatamente campañas de erradicación.

También estima altamente conveniente que en aquellos países en que los programas de erradicación se vienen prolongando indefinidamente, y donde se registra una incidencia muy elevada de la enfermedad, dar amplia y decidida ayuda a esta clase de actividades.

Concluye diciendo que los focos de viruela que aún quedan en el Continente no sólo constituyen un problema de salud pública para los países que los sufren, sino que además representan un constante peligro y una preocupación para los que, gracias a su constancia, esfuerzo y espíritu de solidaridad continental ya están libres de esa enfermedad.

El Dr. FERNANDEZ NARANJO (República Dominicana) felicita al Dr. Bica por su excelente exposición. Señala seguidamente que en la República Dominicana no hay viruela desde hace 39 años, pero que se halla en estudio un proyecto para realizar una campaña de vacunación colectiva que abarque el 80% de la población, lo que significaría un esfuerzo encaminado a vacunar 2.256.000 habitantes. Teniendo en cuenta las prioridades que revisten carácter urgente, como el programa de erradicación del A. aegypti, que todavía no se ha completado, y, además, el problema de la erradicación de la frambesia, se pregunta el orador si la República Dominicana debería emprender un programa de vacunación colectiva que abarque a 2.256.000 habitantes, en vez de dedicar ese esfuerzo y ese dinero a apoyar la erradicación del A. aegypti y de la frambesia, limitando la vacunación antivariólica a aquellos

puntos del país de posible acceso de un caso importado de viruela y al mismo tiempo realizar consecuentemente la vacunación antivariolosa.

El Dr. BICHAT RODRIGUES (Brasil) expresa que, en su país, el problema de la viruela se había llevado mal hasta hace muy poco tiempo. Después de la Reunión de Iguazú, a la que asistieron los Países del Río de la Plata, el punto fundamental del trabajo de vacunación comenzará ahora con la vacuna liofilizada, a fin de que sea posible vacunar a la población de las zonas más remotas del país. En una campaña realizada recientemente en Brasilia se comprobó que justamente los casos que allí se dieron, provenían de las regiones de difícil acceso del país, a las cuales llega la vacuna en mal estado, pues a pesar de que el año pasado se vacunaron 5.000.000 de personas, sigue habiendo casos.

Añade que la vacuna que se distribuía no resistía a las dificultades de la temperatura ni a las condiciones precarias del transporte en ciertas regiones, lo cual determinó el elevado número de casos que ahora se espera que se modifique, pues gracias a la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana, el leofilizador del Instituto Oswaldo Cruz, de Río de Janeiro, ya comenzó a producir sus primeras dosis, y se prepara una mejor calidad de vacuna en Rio Grande do Sul y también en otro laboratorio del Nordeste.

Espera que de este modo será posible que el país salga de esta situación vejatoria de que, cuando en otras partes ya se han conseguido éxitos de erradicación, en el Brasil todavía no se haya llegado a la fase de control.

El orador concluye diciendo que, gracias a los planes sugeridos por la Oficina Sanitaria Panamericana, la revacunación periódica permitirá que los países vecinos, que ya terminaron sus campañas, no corran mayor riesgo mientras el Brasil llegue a desarrollar su programa de vacunación en que está empeñado el actual Gobierno.

El Dr. HYRONIMUS (Francia) dice que hace muchos años que no hay virus en los Departamentos Franceses de América. Señala que los datos presentados a este respecto por el Dr. Bica, son incompletos en lo que se refiere a Guadalupe y la Guayana, sin duda porque los documentos enviados llegaron demasiado tarde a la Oficina. En 1951 hubo un solo caso en Martinica, y fue precisamente importado. Si no ha habido epidemia de viruela ha sido a causa del alto grado de inmunización de la población. La vacunación es obligatoria en el momento del nacimiento, a la edad de 11 años y a la de 21. Es posible que no todas las personas se hayan vacunado tres veces, pero, en cambio, otras lo han sido más a menudo, pues la población de esos territorios se mueve mucho, y todo el que viaja está casi obligado a vacunarse.

Manifiesta el orador que no considera excesivo el gasto que requiere el mantener la inmunización, ni que pueda redundar en detrimento de otras campañas, antes bien, es preciso tener en cuenta los riesgos que se correrían si volviera la viruela porque una parte de la población hubiese perdido su inmunidad; por esta razón, la legislación francesa impone como obligatoria la vacunación antivariólica.

Se levanta la sesión a las 5:30 p.m.
The session was adjourned at 5:30 p.m.

consejo directivo

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

XIII Reunión

comité regional

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

XIII Reunión

Washington, D. C.

Miércoles, 11 de octubre de 1961, a las 9:40 a.m.
Wednesday, 11 October 1961, at 9:40 a.m.

CD13/51
13 octubre 1961
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA UNDECIMA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE ELEVENTH PLENARY SESSION

Presidente Provisional: Provisional Chairman:	Dr. James Watt	Estados Unidos de América
Presidente: Chairman:	Dr. James Watt	Estados Unidos de América

Indice
Contents

Nombramiento de Presidente de la sesión
Appointment of the Chairman of the session

Tema 25: Estado de la erradicación de la viruela en las Américas (Documento CD13/18, Addendum I y Corrigendum I, y Documento CD13/37)
Moción del Representante de Bolivia (Proyecto de resolución)

Topic 25: Status of Smallpox Eradication in the Americas (Document CD13/18, Addendum I and Corrigendum I, and Document CD13/37)
Motion by the Representative of Bolivia (Draft Resolution)

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar a la Oficina Sanitaria Panamericana (Atención: Jefe de la Sección de Conferencias y Traducciones) las correcciones que deseen ver introducidas en el texto. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión del Consejo.

Note: These précis minutes are provisional. The representatives are therefore requested to notify the Pan American Sanitary Bureau (Attention: Chief, Conference and Translations Section) of any corrections they wish made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the meeting of the Council.

Indice (cont.)
Contents (cont.)

Tema 28: Estudio del estado actual de los programas de erradicación del *Aëdes aegypti* en las Américas, resultados obtenidos, perspectivas y aspectos epidemiológicos y financieros (Documentos CD13/26 y CD13/37)
Moción del Representante del Brasil (Proyecto de resolución)

Topic 28: Study of the Present Status of *Aëdes aegypti* Eradication Programs in the Americas, the Results Obtained, Prospects, and Epidemiological and Financial Aspects (Documents CD13/26 and CD13/37)
Motion by the Representative of Brazil (Draft Resolution)

APPOINTMENT OF THE CHAIRMAN OF THE SESSION
NOMBRAMIENTO DE PRESIDENTE DE LA SESION

The PROVISIONAL CHAIRMAN called the meeting to order. He announced that for various reasons the Chairman, Dr. Luther Terry (United States of America) and the Vice-Chairman, Dr. Alvarez Amézquita (Mexico) and Dr. Doroteo Castillo Rodríguez (Nicaragua) would be unable to be present. He called upon the Secretariat to read the provisions of the Rules of Procedure relating to the procedure to be followed in such a situation.

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) da cuenta que el Artículo 5 del citado Reglamento dispone que en ausencia del Presidente y de los dos Vicepresidentes, el Consejo nombrará un Representante para que presida la sesión.

El Dr. SANCHEZ VIGIL (Nicaragua) propone al Representante de los Estados Unidos de América, Dr. James Watt para que presida la sesión.

El Dr. BICHAT RODRIGUES (Brasil) apoya la propuesta del Representante de Nicaragua.

> Decisión: Se nombra por unanimidad al Dr. James Watt, Representante de los Estados Unidos de América, para que presida la undécima sesión.
>
> /Decision: Dr. James Watt, Representative of the United States of America, was unanimously appointed to preside over the Eleventh Session/.

TEMA 25: ESTADO DE LA ERRADICACION DE LA VIRUELA EN LAS AMERICAS (Documento CD13/18, Addendum I y Corrigendum I, y Documento CD13/37)
TOPIC 25: STATUS OF SMALLPOX ERADICATION IN THE AMERICAS (Document CD13/18, Addendum I and Corrigendum I, and Document CD13/37)

The CHAIRMAN announced that the discussion on the status of smallpox eradication in the Americas which was begun at the Tenth Session, would be continued.

El Dr. SANCHEZ VIGIL (Nicaragua) inicia su intervención felicitando al Dr. Bica por el excelente informe que ha presentado y afirma que, a su juicio, el problema de la viruela en las Américas, pese a las dificultades fiscales, puede ser resuelto. En muchos de los países la enfermedad no existe desde hace muchos años. Agrega que en Nicaragua, la última epidemia de viruela menor (alastrim) ocurrió en 1929, fecha en que se procedió a vacunar a más del 80% de la población. Dado que en algunas áreas se combinan viruela y fiebre amarilla, considera de interés estudiar las posibilidades de llevar a cabo una vacunación conjunta contra estas dos enfermedades.

Se refiere y expresa su apoyo al criterio para determinar la erradicación de la viruela, expuesto en el Documento CD13/18, según el cual cabe considerar que un país ha erradicado la enfermedad si en el curso de tres años no se registra en él ningún caso autóctono.

Sigue diciendo el Dr. Sánchez Vigil que, para los servicios de salud pública, el problema de la erradicación estriba en el costo de la misma, el cual, a su entender, no debe exceder de un determinado porcentaje del presupuesto general de salud, de cada país, evitando así que se desequilibren las actividades de salud.

El Dr. OLGUIN (Argentina) al referirse a lo realizado al respecto por su país, indica que el problema ya fue considerado en la reunión de Ministros de Salud Pública de la cuenca del Río de la Plata.

En la Argentina, los servicios de salud, ante la persistencia de focos de viruela, han orientado sus esfuerzos a lograr el control y la erradicación de este enfermedad elaborando una vacuna antivariólica de óptima calidad, producida en escala adecuada a las necesidades del país, y llevando a cabo un programa nacional de vacunación colectivo. El Instituto Nacional de Microbiología produce una vacuna antivariólica que por su inocuidad, pureza y actividad satisface los requisitos internacionales establecidos al respecto. Obtenida por multiplicación del virus en la piel de terneros, es imprescindible conservarla a 20 grados bajo cero hasta el momento de su aplicación. El citado Instituto produjo durante el primer semestre de 1961 un total de 9.000.000 de dosis y sus existencias actuales llegan a los 20.000.000. El Instituto está en condiciones de duplicar su actual producción y muy en breve iniciará la entrega en gran escala de vacuna liofilizada. A base de este producto, el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública inició en el último trimestre de 1960 un programa de vacunación antivariólica colectiva a nivel nacional. La

Dirección de Enfermedades Transmisibles ha establecido un método que permite lograr reacciones satisfactorias por lo menos en el 80% de los habitantes. Señala que el Ministerio desarrolla una política de salud basada en convenios bilaterales específicos con cada una de las provincias, en virtud de los cuales proporciona la vacuna, asesoramiento técnico y los medios necesarios, y las autoridades provinciales de salud pública se comprometen a vacunar a la totalidad de sus habitantes en un plazo de tres a seis meses y a mantener un nivel mínimo de protección. La evaluación de la labor realizada y de sus resultados se lleva a cabo en forma conjunta por funcionarios especializados de los servicios nacionales y provinciales. En síntesis, indica que, de acuerdo con la experiencia adquirida durante la aplicación del programa de vacunación, el control y la erradicación de la viruela consiste en el cumplimiento estricto de dos normas primordiales: mantener la plena actividad de la vacuna hasta el momento de su uso mediante la conservación de la misma a 20 grados bajo cero, y evaluar constantemente los resultados de su aplicación.

Seguidamente, el Dr. Olguín manifiesta que, con respecto a la morbilidad de la viruela en su país, hasta primeros de octubre de 1961 ocurrieron 4 casos, dos de ellos importados, mientras que en 1960 el número de casos ocurridos fue de 64. En la Argentina, la vacunación antivariólica es obligatoria; el número de vacunados en el programa nacional iniciado el 1 de octubre de 1960 llega actualmente a 4.260.805 persiguiendo como objetivo inmunizar al 80% de la población. Sólo se considera persona vacunada a aquella que presenta una reacción satisfactoria. Hace constar

que aunque la obligatoriedad de la vacunación no se establece con medidas radicales, se exige el certificado correspondiente para el ingreso en las escuelas, empleos oficiales, privados, etc.

Como primera fase para la ejecución de la campaña antivariólica, se levantó un censo de la población de cada zona y se procedió a vacunar en una proporción de cien personas por día-hombre. Previamente se adiestró al personal para asegurar el nivel necesario de inmunización, asignándose a cada brigada un sector de trabajo y determinando que cada hogar fuera visitado por un vacunador.

El Dr. Olguín alude al cumplimiento por la Argentina de los compromisos contraidos en el Acuerdo Sanitario de los Países del Río de la Plata, suscrito en 1948, y de las restantes disposiciones internacionales en materia de salud, y en lo que concierne a las actividades interpaíses señala la conveniencia de intensificar la vigilancia del tránsito en las fronteras, no sólo en puertos, aeropuertos, etc. sino a lo largo de todo el perímetro fronterizo, para evitar la infiltración de enfermos o personas en período de incubación, y a este respecto se muestra partidario de que se exija el certificado internacional de vacunación para viajar de un país a otro.

En cuanto al costo del programa, el Dr. Olguín afirma que en su país los gastos del plan nacional, que ya está en marcha en 14 provincias, alcanzarán la suma de 98.011.201 pesos para proporcionar protección a más del 80% de la población.

Dr. NICHOLSON (United Kingdom) stated that with the single exception of British Guiana, where 11 cases were reported in 1951, smallpox had virtually disappeared from the British Caribbean for several decades. It was statutorily compulsory in all the territories for infants to be vaccinated before the age of 6 months. Such vaccinations were given either by public vaccinators or at the various child welfare centers.

Re-vaccination, however, was but rarely carried out; it was only when a person intended to proceed on an international voyage that he was re-vaccinated. That practice would, it was felt, eventually lead to a vulnerable situation, since smallpox existed in many of the countries of the Hemisphere. A vigorous campaign to avert such a situation was therefore being contemplated in many of the territories, and already a valid smallpox vaccination certificate has been made a pre-requisite for entry into many of the territories.

MOCION DEL REPRESENTANTE DE BOLIVIA (Proyecto de Resolución)
MOTION BY THE REPRESENTATIVE OF BOLIVIA (Draft Resolution)

El Dr. BARRENECHEA (Bolivia) informa que en su país la viruela quedó prácticamente erradicada como consecuencia de una campaña de vacunación colectiva que se realizó durante 1957 y 1958, la cual abarcó casi al 85% de la población de Bolivia o sea a más de 2.800.000 habitantes, habiendo quedado sólo unos 600.000 sin vacunar, que habitan en lugares inaccesibles. Afirma que, teniendo en cuenta que es común en los países de las Américas el deseo de erradicar definitivamente esta enfermedad, parece necesario unificar los métodos que se aplican, porque si bien en

varios países la viruela no existe, hay otros en que persiste, lo que constituye una amenaza para los países vecinos, y el Dr. Barrenechea propone, en consecuencia, a la consideración del Consejo el siguiente proyecto de resolución:

"El Consejo Directivo,

Habiendo examinado el informe sobre el estado del programa de la erradicación de la viruela en las Américas (Documento CD13/18) presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana; y

Considerando que si bien la viruela ha desaparecido ya de varios países del Hemisferio, su persistencia en otros constituye un grave peligro para los que ya la eliminaron y, a la vez, una carga económica que obliga, en muchos casos, al desarrollo posterior de nuevos programas masivos de vacunación,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe sobre el estado del programa de erradicación de la viruela en las Américas (Documento CD13/18), presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

2. Aprobar el criterio para determinar la erradicación de la viruela propuesto por la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, en el Documento Oficial CD13/18.

3. Expresar su satisfacción ante el éxito logrado por varios Gobiernos Miembros al eliminar la viruela de sus territorios y por el desarrollo de campañas nacionales de vacunación en otros países que permiten prever la erradicación de la enfermedad en un futuro próximo.

4. Hacer un llamamiento a los Gobiernos de los países que aún no han eliminado la viruela para que aceleren o inicien, según corresponda, los programas de erradicación.

5. Encarecer a los Gobiernos que procuren preparar vacuna en cantidad suficiente no sólo para atender las necesidades de sus respectivos países, sino también para mantener una reserva con el fin de hacer frente a situaciones de emergencia o para prestar ayuda a otros países que necesiten dicho producto."

El Dr. FRICKE (Chile) informa que en su país, en el curso de los últimos ocho años sólo se registró un caso de viruela, en Antofagasta, en 1959, pero fue importado; la elevada proporción de vacunaciones que se realizan constantemente y las medidas epidemiológicas adoptadas impidieron la difusión de la enfermedad. El Instituto Bacteriológico cuenta con los elementos adecuados para vacuna desecada y glicerinada. Los brotes epidémicos que persisten en América del Sur, obligan a mantener un estado de alerta. Propone que el proyecto de resolución presentado por el Representante de Bolivia se modifique en el sentido de expresar el deseo de que los diversos países de las Américas mantengan programas de vacunación antivariólica de carácter permanente.

Termina diciendo que si se lleva constantemente al ánimo del público la necesidad de vacunarse, se logrará, en un futuro no muy lejano, que esta enfermedad quede totalmente erradicada en el Continente.

El Dr. BALY (Cuba) dice que en su país no se registran casos de viruela desde hace muchos años; ello supone sin embargo, que va disminuyendo la inmunidad de la población contra la enfermedad, como consecuencia de la falta de un programa permanente de inmunización, existiendo la posibilidad de que en cualquier momento surja un brote epidémico por importación de la enfermedad. Por ello Cuba es estricta en la exigencia del certificado internacional de vacunación.

Considera indispensable que se persuada a los Gobiernos de la conveniencia de mantener un porcentaje mínimo de vacunados anualmente para proteger a la población del peligro que supone la pérdida de

defensas contra la enfermedad. Cuba se ha dedicado preferentemente a la realización de una campaña conjunta relativa a todas las vacunaciones. Según las estadísticas, en 1959 el total de inmunizaciones contra todo tipo de enfermedades era solamente de 216.224. La urgente necesidad de atender enfermedades más graves en el país, como la difteria, la poliomielitis, y la fiebre tifoidea, obligó a desarrollar una acción general en ese sentido, sin olvidar tampoco la viruela y así, si en 1959 sólo se efectuaron 25.083 vacunaciones antivariólicas, en 1960 ascendieron a 38.635 y en el primer semestre de 1961 han llegado a 129.647.

Agrega el Dr. Baly que Cuba ha solicitado cerca de 1.000.000 de dosis de vacunas contra las distintas enfermedades, lo cual ha permitido organizar puestos de vacunación en los centros de salud. El 1o. de enero del año próximo entrarán en vigor disposiciones en virtud de las cuales todo niño que asista a la escuela deberá poseer su carnet relativo a la prevención de enfermedades, el registro que comprenderá el doble toxoide antitetánico y antidiftérico, la vacuna antitífica y de la antivariólica y se prepara la ejecución de una campaña para administrar 8.000.000 de dosis de vacuna antipoliomielítica Sabin, por vía oral. Volviendo al tema de la viruela, el Dr. Baly manifiesta que Cuba espera inmunizar por lo menos al 40% de la población, durante el año 1962.

El Dr. QUIROS (Perú) aunque reconoce los progresos alcanzados en las Américas en la erradicación de la viruela, se muestra un tanto pesimista sobre las posibilidades inmediatas de terminación de este

programa, debido a que, si bien la viruela subsiste en muy pocos países, la extensión territorial de los que siguen infestados es muy grande y los recursos necesarios habrán de ser cuantiosos. Informa que su país ha erradicado la viruela desde hace siete años.

El problema de la viruela --agrega-- no es otra cosa que un problema administrativo y la Organización debe recabar al respecto mayor apoyo de otros organismos internacionales, en forma de materiales y equipo. Señala el caso del Brasil, que va a necesitar considerables sumas de equipo y materiales y termina sugiriendo que en el proyecto de resolución se recomiende que la Organización procure conseguir la mayor aportación posible de elementos que le permita terminar el programa.

El Dr. BERTOLINI (Uruguay) da cuenta de que en su país no existen casos autóctonos de viruela. Desde la última epidemia, ocurrida en 1909, que causó más de 700 defunciones, con la aplicación de la ley de vacunación obligatoria, puesta en vigor en 1911, se ha conseguido que en el Uruguay no ocurran casos autóctonos y que los notificados sean todos importados, procedentes preferentemente de la zona fronteriza con Brasil; últimamente se han dado casos de alastrín, que crean un estado de alarma y que obligan a llevar a cabo campañas intensivas de vacunación. En el Uruguay se vacunan anualmente unas 250.000 personas, dedicándose especial atención a la vacunación de la población de sus fronteras. En cuanto al tránsito de viajeros internacionales, el Uruguay aplica estrictamente las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional.

El Dr. Bertolini subraya la importancia que tiene que los servicios de salud de cada país notifiquen oportunamente los casos de viruela que ocurran, con el fin de que se puedan adoptar las medidas de precaución necesarias. Se muestra partidario de que se intensifique la vacunación, se produzca vacuna de buena calidad y se distribuya ésta a cuantos países la necesiten.

El PRESIDENTE propone que se constituya un grupo de trabajo presidido por el Representante de Panamá, e integrado además por los del Brasil, Cuba y Chile, para que estudie las modificaciones al proyecto de resolución, propuestas en el curso del debate y, si estima oportuno, las incorpore al mismo.

Así se acuerda.

The CHAIRMAN proposed that a working party be established, under the chairmanship of the Representative of Panama and with the Representatives of Brazil, Chile, and Cuba as members, to study the changes in the draft resolution suggested during the course of the discussion and, if they deemed it appropriate, to include them in the resolution.

It was so agreed.

Se suspende la sesión a las 10:30 a.m. y se reanuda a las 11:00 a.m.
The session was recessed at 10:30 a.m. and resumed at 11:00 a.m.

TEMA 28: ESTUDIO DEL ESTADO ACTUAL DE LOS PROGRAMAS DE ERRADICACION DEL AEDES AEGYPTI EN LAS AMERICAS, RESULTADOS OBTENIDOS, PERSPECTIVAS Y ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS Y FINANCIEROS (Documentos CD13/26 y CD13/37)

TOPIC 28: STUDY OF THE PRESENT STATUS OF AEDES AEGYPTI ERADICATION PROGRAMS IN THE AMERICAS, THE RESULTS OBTAINED, PROSPECTS, AND EPIDEMIOLOGICAL AND FINANCIAL ASPECTS (Documents CD13/26 and CD13/37)

El Dr. SUTTER (Secretario General) presenta el documento sobre este tema y señala que desde que el Consejo Directivo, en su primera Reunión celebrada en Buenos Aires en 1947, adoptó una Resolución encomendando a la Oficina Sanitaria Panamericana la labor de estimular y coordinar la erradicación del Aëdes aegypti en las Américas, muchos países y territorios han completado dicha erradicación y en muchos otros la campaña viene progresando más o menos rápidamente. La necesidad de iniciar las campañas, en donde todavía no se han realizado y apresurar el curso de aquéllas que están rezagadas, aumenta cada día en la medida en que crece en América el área libre de A. aegypti, por la amenaza que los países y territorios todavía infestados representan para aquellos que, con grandes sacrificios, erradicaron ya el mosquito. Valdría la pena que en un esfuerzo final para completar la erradicación en el Continente, esos países eliminaran el mosquito de sus territorios, pues la solución definitiva en el problema del Aëdes aegypti, produce, sin duda alguna, elevados rendimientos.

Advierte que en el documento se especifica la situación de las campañas en cada uno de los países, figurando asimismo un mapa y varios cuadros.

En resumen, los países y territorios siguientes ya han completado la erradicación del A. aegypti: Belice, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guayana Francesa, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay, y Zona del Canal de Panamá. En Colombia, donde desde diciembre de 1959 no se encontraba el mosquito, se descubrió de nuevo su existencia en la ciudad de Cúcuta, cerca de la frontera venezolana, en el mes de septiembre último.

Añade que si la OSP dispusiera de recursos adicionales, podría intensificar su cooperación a los países, con el fin de que se acortara el período necesario para lograr la erradicación. Dichos fondos se emplearían para incrementar la asistencia técnica, suministrar equipo y materiales que los países y territorios no puedan adquirir y, en algunos casos, para prestar ayuda financiera e incluso para que la Oficina participara directamente en los programas. En el presupuesto de la Organización para el año próximo, se destinan cerca de $287.000 para los programas de erradicación del Aëdes aegypti; los fondos adicionales necesarios, además de la suma presupuestada, se estiman en algo más de $3.000.000, distribuidos en cinco años, plazo que se considera suficiente para completar la erradicación del mosquito en todos los países y territorios de las Américas, a excepción de los Estados Unidos de América, Puerto Rico y las Islas Vírgenes.

El Dr. OLGUIN (Argentina) comienza señalando que las campañas contra el Aëdes aegypti en su país fueron durante muchos años de control, iniciándose particularmente en junio de 1953 la campaña de erradicación;

el 30 de septiembre de 1954 se firmó con la Oficina Sanitaria Panamericana, para el desarrollo del programa, una Carta-Convenio, que fue prorrogada en tres oportunidades y que vence en septiembre de 1962.

En el plan original se estimó como presuntamente infestada un área aproximada de 1.500.000 Km^2, que desde el paralelo 22 en el norte, se extendía hasta más abajo del paralelo 38 en el sur, la cual fue dividida en seis sectores, comprendiendo cada uno de ellos un grupo de provincias.

Agrega que la ejecución del programa está a cargo de la Dirección de Paludismo y Fiebre Amarilla quien, a los fines del trabajo cuenta con un Departamento específico y con presupuesto propio. Además de disponer de los servicios de profesionales técnicos nacionales, la Oficina Sanitaria Panamericana destacó un médico consultor y dos inspectores de campo, reduciéndose estos posteriormente a uno, seguramente como consecuencia de los avances de la campaña. La Oficina ha contribuido también con vehículos para el trabajo de las brigadas.

Manifiesta que de los referidos 1.500.000 Km^2 ya se han cubierto 796.093 Km^2, lo que representa más del 50%. El desarrollo de la campaña ha permitido recoger las siguientes observaciones: el ferrocarril fue el medio que tuvo mayor participación en la dispersión del Aëdes aegypti, superando al de las embarcaciones que hasta hace años mantenían infestados casi todos los puertos del país y subraya que la mayoría de las localidades infestadas son estaciones ferroviarias que, por contigüedad, infestaron áreas urbanas vecinas. Un ejemplo evidente lo dio la provincia de

Santiago del Estero que fue la más infestada, encontrándose 80 localidades con A. aegypti; tan alta propagación se debió a la carencia de agua y al transporte de este elemento por ferrocarril, que se distribuía a las diversas poblaciones, encontrando así el A. aegypti en forma larvaria un buen medio de dispersión. A medida que los trabajos progresaban hacia el sur del país, la infestación decrecía notablemente a pesar de tratarse de áreas más densamente pobladas, lo que es atribuible a factores geoclimáticos desfavorables. En los seis primeros meses del año 1961 fueron investigadas 248 localidades en el centro y sur del país, inspeccionándose 79.869 casas, encontrándose A. aegypti solamente en la localidad de Freyre (Córdoba) y dos nuevas áreas en la capital de esta provincia.

Se han investigado en forma exhaustiva los tipos de depósitos en que el A. aegypti encuentra ambientes para su mantenimiento, incluso para sobrevivir durante los intensos y prolongados inviernos, observándose que por arriba del paralelo 31 ha sido frecuente hallarlo en los distintos depósitos preferenciales conocidos, resistiendo en muchos de ellos los inviernos; por debajo de este paralelo resiste los inviernos preferentemente en depósitos especiales, como ha sucedido en la mayor parte de las localidades positivas entre los paralelos 31 y 32, cuyos focos matrices estaban localizados generalmente en cementerios, en almacenes de cubiertas de automotores y en estaciones ferroviarias; entre los paralelos 32 al 34 se encontró en áreas con poca densidad de población tal como la provincia de Entre Ríos. En el Delta del Tigre no fue encontrado A. aegypti. En la próxima temporada se proyecta investigar en localidades importantes como la ciudad de Rosario, de Santa Fé y otras en

Córdoba y Buenos Aires, que proporcionarán seguramente datos de gran importancia.

Añade que se ha comprobado que entre los paralelos 34 y 35, ubicación de la capital federal y sus alrededores, la parte más densamente poblada del país y que soportó importantes epidemias de fiebre amarilla en el siglo pasado, los focos matrices se encontraban exclusivamente en grandes depósitos de cubiertas de automotores. En esta área ya fueron inspeccionadas 223.008 casas, encontrándose solamente 15 con focos larvarios de A. aegypti. Entre ellos, 4 fueron focos matrices desarrollados en grandes depósitos de cubiertas de automotores y donde el vector resistía los inviernos; los 11 restantes eran secundarios, próximos a ellos.

Los minuciosos estudios de los focos encontrados en las áreas del sur han permitido conocer las caracterísiticas de los depósitos en que el A. aegypti puede sobrevivir durante los inviernos, dispersarse y mantener infestadas algunas áreas. Tales estudios fueron realizados por el personal directivo de la campaña con la colaboración del Consultor del Programa, y han permitido proponer normas de trabajo más adecuadas para las áreas aún no investigadas, normas que sin disminuir las garantías de obtener la erradicación del vector, evitarán un número exagerado e innecesario de pesquisas.

El Dr. Olguín menciona los progresos alcanzados e informa que hasta el momento actual se ha trabajado ya una superficie de 796.093 Km^2, abarcando la investigación a 750.112 viviendas, y encontrándose el A. aegypti en 6.381 de ellas. Fueron tratadas 182.933 viviendas y se

realizaron trabajos de verificación en 410.559, encontrándose únicamente el vector que nos ocupa en 82. Se efectuaron trabajos de fiscalización en 192.733 casas, hallándose A. aegypti sólo en 7, cifras que muestran que se han realizado 1.536.537 visitas. En esta área fueron inspeccionadas 3.142 localidades, encontrándose A. aegypti en 164, de las cuales en 144 el vector ya está erradicado, 17 se han hecho negativas y 3 son aún positivas.

Alude a continuación a las encuestas efectuadas en los servicios marítimos y fluviales y afirma que las realizadas en el puerto de Buenos Aires dieron resultados negativos para A. aegypti; también se inspeccionaron 948 barcos surtos en el mismo. Se llevaron a cabo otras encuestas tanto en los puertos y embarcaderos del Delta del Tigre, como sobre los del río Uruguay, con idénticos resultados a los obtenidos en el puerto de Buenos Aires.

En el río Paraná las encuestas en los puertos de su margen izquierda, con excepción del de Corrientes, demostraron que se encontraban libres de A. aegypti; las llevadas a cabo en la mayoría de los situados en su margen derecha con excepción únicamente de los comprendidos entre los puertos de San Lorenzo y Campana los resultados fueron negativos, al igual que en los puertos sobre el río Paraguay.

En el puerto de Corrientes, único que se encontró positivo, se organizó un servicio portuario que estuvo en actividad 20 meses. Además del tratamiento y verificaciones reglamentarias, en este puerto se

inspeccionaron 7.145 barcos provenientes de puertos nacionales y otros países, otorgándose en cada caso el certificado de protección anti-A. aegypti. Al alcanzarse la erradicación del A. aegypti en el puerto y en la ciudad de Corrientes y no habiéndose encontrado barcos infestados durante 20 meses, se dispuso levantar dicho servicio.

Destaca el Dr. Olguín que esta situación contrasta con el hecho de que hace 30 años casi todos los puertos de la Argentina se encontraban infestados, comprobándose que el vector ha desaparecido espontáneamente de casi todos ellos y, por lo tanto, no fue necesario organizar otros servicios portuarios, incluso ni en el de Buenos Aires. La ausencia de A. aegypti en los 9.410 barcos en los puertos ya inspeccionados hasta la fecha, hace presumir que los puertos en que todavía no se han hecho encuestas se encontrarán también libres de dicho vector.

En cuanto a los servicios aéreos indica que con excepción del aeropuerto internacional de Mendoza, ya se inspeccionaron todos los aeropuertos internacionales existentes dentro del área presumiblemente infestada, en especial los aeropuertos que sirven a la capital federal, sin que en ninguno de ellos se haya encontrado el A. aegypti.

El Dr. Olguín considera que las regiones fronterizas de la Argentina, por el norte y por el este ya se encuentran libres de A. aegypti, con lo que se descarta la posibilidad de una reinfestación por continuidad, de las naciones vecinas de Bolivia, Paraguay, Brasil y Uruguay. Por el oeste, en los límites de Argentina con Chile, la Cordillera de los Andes garantiza la protección de este país. Para dar

una idea general de la situación en las fronteras, señala que los puertos de la Capital Federal, Gran Buenos Aires, Delta del Tigre, así como sus embarcaderos, se encuentran libres de A. aegypti, lo mismo que las provincias de Entre Ríos, Corrientes, Misiones, El Chaco, Formosa y Salta. Las únicas localidades aún positivas y las áreas pendiente de encuesta se encuentran en el interior y sin comunicación directa con los países vecinos.

Enumera seguidamente el Dr. Olguín los planes desarrollados y los que se proyectan llevar a cabo y dice que en el Plan de Operaciones original, se consideró, como ya se ha dicho, que el área presumiblemente infestada tenía una superficie de 1.500.000 Km^2, con un total de 3.472.462 viviendas, aproximadamente. Teniendo en cuenta factores climáticos y topográficos, los trabajos se inciaron por la zona norte del país en una ancha franja, de este a oeste, para descender hacia el sur en forma constante y progresiva. Hasta el momento actual, se han cubierto ya 796.093 Km^2 y los resultados de las encuestas iniciales en las zonas central y sur, van demostrando, a la par de la negatividad del A. aegypti, que las condiciones no son favorables para su supervivencia y desarrollo, por lo que parece indicado revisar la primitiva estimación del área presumiblemente infestada, con miras a una ponderable reducción de ésta. Para ello y a partir del mes de octubre se han de intensificar las operaciones de encuesta inicial en un área de 126.000 Km^2, situada al sur de las zonas ya investigadas, área o franja que descendiendo en diagonal desde la Rioja, abarcará parte de Córdoba, sur de Santa Fé y norte de la provincia de Buenos Aires.

Agrega que si estas investigaciones tuvieran resultado negativo, se darán por terminadas las operaciones de encuesta iniciales; en caso contrario y de mantenerse baja la infestación comprobada hasta el momento en estas zonas, se seleccionarán de acuerdo con los resultados y localización de las áreas positivas, las que han de investigarse dentro de los 563.000 Km^2 indicados en la estimación inicial.

Dentro de los 126.000 Km^2 a investigarse, se calcula un total de 900.000 viviendas, de las cuales se inspeccionarán algo más de 200.000 en forma parcelada y selectiva.

Informa que utilizando este método se realizarán encuestas en las estaciones y localidades servidas por el ferrocarril que une Córdoba con La Rioja y San Juan, así como en las estaciones y localidades situadas a lo largo del ferrocarril que une Villa Dolores (Córdoba) con San Luis y Mendoza. A lo anterior han de sumarse los trabajos pendientes en aquellas 20 localidades en trabajos de erradicación y que engloban aproximadamente otras 100.000 viviendas más.

Declara el Dr. Olguín que si el programa de erradicación del *A. aegypti* no se encuentra prácticamente finalizado ello ha obedecido principalmente y, sobre todo, en la zona sur del país, a la permanente deserción del personal, deserción que se atribuye, no a bajos salarios, que fueron continuamente actualizados en beneficio de todo el personal de campo, sino a la falta de interés de los que ingresaban en el servicio como guardas domiciliarios, así como también a la falta de su adaptación a la disciplina exigida en estos trabajos.

Cita el Dr. Olguín las cifras presupuestarias y señala que la de 7.957.410 pesos invertida en la campaña en el ejercicio fiscal 1958-59, fue incrementada notablemente en los dos posteriores (1959-1960, 1960-1961), pasando a ser de 10.103.863 en el primero de ellos la suma dedicada a gastos de personal, de un total de 19.460.663 y en el último ejercicio de 10.883.578, de un total de 22.915.748, y agrega que en la reciente Reunión de Ministros de Salud Pública de los países de la Cuenca del Plata, efectuada en Iguazú (Misiones), se informó que tomando en consideración el aumento del costo de vida, que obligaría a un nuevo incremento de los jornales, se había solicitado un refuerzo de 2.804.270 para el año fiscal 1961-1962, con lo que el presupuesto para la Campaña de Erradicación del A. aegypti ascendería a 25.720.018.

La decisión del Ministerio de incrementar y acelerar los trabajos especialmente dentro de los 126.000 Km^2 antes mencionados, da lugar a que el presupuesto para 1961-62 arroje un total de 28.323.578, lo que permitirá aumentar el personal para trabajos de campo.

El Dr. BUSTAMANTE (México) comienza diciendo que el problema de la erradicación del A. aegypti es uno de los que han ocupado mayor cantidad de tiempo en las reuniones del Consejo, y seguramente uno de los que ha recibido mayor atención por parte de los diferentes Gobiernos en sus programas y considerables sumas en los respectivos presupuestos para

resolverlo. Este es uno de los compromisos firmados por todos los Gobiernos en Buenos Aires y, en cierto sentido, es un desafío para la Organización Panamericana de la Salud. Este problema tiene diferentes aspectos económicos, comerciales, sociales y técnicos, pero la Organización Panamericana de la Salud ha llegado al momento en que debería fijarse un plazo para resolverlo.

En el informe presentado puede observarse que muchos países han logrado ya la erradicación, es decir, han cumplido el compromiso contraido en 1947; otros países, entre los cuales se encuentra México, tienen ya todo el territorio con resultados negativos en cuanto a criaderos de A. aegypti y el Secretario de Salubridad y Asistencia, Dr. Alvarez Amézquita, ha solicitado del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana el envío de personal de la misma para que haga la verificación que confirme este hecho, pero de todas maneras, según los estudios realizados, México ha terminado la erradicación desde el punto de vista nacional y sólo falta la sanción internacional. Venezuela ha indicado que espera completar la erradicación en junio de 1964, dando así otro ejemplo de una buena obra de salud pública. Para los países de América Central y México el hecho de que todavía exista A. aegypti en el Sur de los Estados Unidos de América, constituye un peligro de reinfestación. Biológicamente, el mosquito es un recién llegado a las Américas: llegó hace 470 años, lo que supone en biología un momento en la vida de las especies. En este caso se trata de la erradicación de una especie africana, llegada del Mediterráneo, que

todavía en muchos lugares de América es una especie urbana, la que implica el peligro de la transmisión de la fiebre amarilla urbana. El virus de la fiebre amarilla selvática va a continuar en América, sobre todo en la Cuenca Amazónica. Pero no habrá fiebre amarilla urbana si se erradica el A. aegypti y ya se sabe que es posible lograrlo. El ejemplo del Brasil, el de Bolivia, el de todos los países que lo han eliminado, indica el método a seguir. En algunos lugares, hay otros problemas porque la especie ofrece resistencia y se adapta a las diferentes condiciones. En los países en donde el Aëdes aegypti es resistente a los insecticidas, hay aspectos que deben investigarse, como, por ejemplo las técnicas comunes y corrientes que no dan resultado; es necesario que cada uno de esos países aborde el estudio de su problema, de su situación en relación con la especie, con los insecticidas y con los métodos seguidos.

Agrega el Dr. Bustamante que los administradores de salud de las Américas han de resolver este problema y no dejar que constituya indefinidamente una amenaza para todos. Colectivamente hay una obligación que cumplir y cada país ha aceptado el compromiso de la erradicación. Las instituciones sanitarias que han cumplido con ella podrían dedicar su dinero y sus esfuerzos a otros problemas que no sean los de estar cuidando de que no ocurra una reinfestación, porque hay países infestados. En ciertos casos la reinfestación podría dar lugar a que se produjera algún enfriamiento en las buenas relaciones que mantienen los países porque es distinta la situación del país que no desea importar una enfermedad a la de un país que es exportador, en este caso, de una

especie transmisora de una enfermedad; y decirle a un país que es exportador de un insecto, es algo que no es agradable. También es distinto ocuparse de estos asuntos en el seno de una reunión técnica, en la cual la resolución que se adopta, basada en hechos científicos, corresponde a todo el Consejo Directivo, y es obvio que no se pretende molestar a ningún país de América, pensando en un problema colectivo de defensa de la salud, y otra interpretación puede surgir cuando se llega al público. La cantidad de dinero que se ha invertido en la erradicación exige que se siga invirtiendo en cantidad mayor y el Consejo Directivo, al tomar la resolución de darse por enterado de la situación, por el Informe del Director, y por los informes de los países, podría adoptar una resolución en la que se señalase una fecha para completar la erradicación en las Américas. Añade el Dr. Bustamante que no se puede continuar gastando dinero indefinidamente, para mantener sólo una situación de vigilancia. No se puede tener tranquilidad en los países cuando se piensa en una reinfestación.

El orador se inclina por una resolución que estimule a los países a que incrementen sus actividades, a que la Oficina prosiga su labor con la autorización que tiene, que es muy amplia, elaborando el Consejo una especie de plan en el cual se tratara de que para una fecha --cinco años por ejemplo-- se terminara la erradicación. Si se aceptara el compromiso, es posible que ello estimulara un poco más a los Gobiernos y los obligara a hacer un esfuerzo final.

El Dr. Bustamante termina diciendo que México ha terminado la erradicación e iniciado la verificación. Pero el mapa que figura en el documento presentado permite ver que hay peligro de reinfestación; ese

peligro existe para el Brasil, para Colombia, para gran parte de América del Sur, y para los mismos países que ya han limpiado un área. Si el Consejo Directivo acepta la propuesta que ha formulado habría ya una meta, expresando al mismo tiempo el deseo del Consejo Directivo de que los países hagan un esfuerzo para terminar con la erradicación en un plazo determinado.

El Dr. HYRONIMUS (Francia) aporta detalles sobre el estado de la erradicación del Aëdes aegypti en los Departamentos Franceses de América. Informa que en la Guayana Francesa se había erradicado ese mosquito desde 1954. Sin embargo, el año pasado se comprobó la existencia de cierta reinfestación en la región de Saint Laurent du Maroni, en la frontera con Surinam y, a continuación se emprendió una campaña en ese sector, con resultados, al parecer satisfactorios, ya que en estos últimos meses no se ha encontrado Aëdes aegypti en dicha región.

La campaña iniciada en la Martinica a fines de 1953, y que prosiguió durante 1953, 1954 y 1955, había obtenido buenos resultados. En 1956 ya no existía, prácticamente, el mosquito en la isla, cuando bruscamente, por razones no siempre fáciles de precisar, reapareció, en especial en el sector urbano de Fort de France, habiéndose observado una fuerte resistencia del mismo a los insecticidas que se empleaba en aquella fecha, particularmente al DDT. Explica que se reanudó la campaña logrando que quedaran libres de Aëdes aegypti varios municipios más. Agrega que la lucha se extenderá a otros sectores del Departamento y cabe esperar que la erradicación sea una realidad en 1962, o tal vez en 1963. Señala el Dr. Hyronimus que en la Martinica el Aëdes aegypti ha desarrollado

resistencia al DDT, aunque no al Dieldrín, y espera que no se produzca una reinfestación de una nueva especie resistente a esta substancia, lo cual crearía graves dificultades.

A continuación se refiere a la situación en la Guadalupe y manifiesta que la campaña ha tropezado con grandes dificultades de carácter administrativo y práctico, incluso la oposición por parte de los municipios al rociamiento de las casas. En consecuencia, la campaña no ha dado los resultados deseados y se ha pedido a las autoridades locales que, desde ahora, emprendan un programa concreto sobre todo a partir del 1º de enero de 1962, a fin de obtener los resultados aún no conseguidos. El Aëdes aegypti es también resistente al DDT y a otros insecticidas; no se tiene noticia de que el mosquito ofrezca resistencia al dieldrín y por consiguiente éste es el producto que debe emplearse en los rociamientos para obtener buenos resultados. El Dr. Hyronimus termina diciendo que, en resumen, actualmente se mantiene la erradicación total en la Guayana Francesa, en la Martinica se vienen realizando considerables progresos desde hace varios meses y Guadalupe se encuentra en una nueva fase de preparación.

Dr. NICHOLSON (United Kingdom) stated that Aëdes aegypti programs were being or had been carried out in the British Caribbean region. While it would not be possible in the time available to give detailed information, he wished to mention the highlights of each program.

Trinidad and Tobago. Tobago had been free of Aëdes aegypti for the past two yearse and Trinidad for the past 18 months: no foci had been found in either of the two islands during 1960, with one exception

to be mentioned later. Since Trinidad was one of the first places in the world to offer evidence of DDT resistance in Aëdes aegypti it might be useful to summarize the history of the Aëdes aegypti campaigns there during the past decade. The presence of Aëdes aegypti in Trinidad prior to 1950 was well known as was the occurrence of sylvatic yellow fever, the last outbreak of which prior to that of 1954 was in 1914. In 1950 a survey was made to determine the degree of infestation in Trinidad and Tobago. The indices in the various parts of the territory were found to be very high, in some localities reaching 100 per cent. An outbreak of yellow fever in 1954 made it imperative to begin an intensive Aëdes aegypti eradication program. It was begun in July of that year and consisted in perifocal spraying with DDT wettable powder and residual spraying.

It became obvious at the very start of the program that while the indices could be reduced by this method it offered little or no hope of eradication. Gammexane dispersible powder used in 1 ppm was substituted for DDT and proved satisfactory. Unfortunately, the residual effects were so short-lived that it was necessary to carry out treatment at monthly cycles which required a very large staff. In the meantime, a series of laboratory tests clearly demonstrated in 1956 that Aëdes aegypti in Trinidad were approximately 1000 times resistant to DDT In spite of intensive treatment with gammexane, most areas still showed a small Aëdes aegypti index. A crippling blow was the discovery of considerable breeding of Aëdes aegypti in tree holes. There was thus nothing to do but to

continue to work towards a control program and hope to reduce the Aëdes aegypti index to the safety margin of 1 per cent or to find another insecticide which would result in eradication. Laboratory tests showed that dieldrin would probably solve the problem and, accordingly, a pilot test was carried out in a small village in which all houses were sprayed residually with dieldrin. The results were most satisfactory and dialdrin was applied to the whole of North Trinidad between June and December 1957. In 1958 the entire island was sprayed with Dieldrin and a second spraying was given to South Trinidad in 1959. By July 1959 Aëdes aegypti appeared to have been completely swept out of Trinidad. No foci had been found during 1960.

Antigua. The campaign was completed in 1958 and since then has been carried on on a care and maintenance basis. The island remained free from Aëdes aegypti until the May of the current year when a small focus was discovered on the sea front of the only town, St. Johns. It was quickly controlled and no Aëdes aegypti has been encountered elsewhere.

Jamaica. Considerable difficulties were encountered in the Aëdes aegypti program, largely due to inadequately trained staff. The program has been reorganized and would be recommenced with increasing intensity at the end of 1961. Aëdes aegypti foci existed in many of the rural and small urban areas, but the corporate area of Kingston was clear. Montego Bay was also free of Aëdes aegypti as were several of the other port areas in Jamaica.

Barbados and Grenada. Aëdes aegypti were being eradicated in the islands, but closed houses presented many administrative problems, especially in the Barbados.

St. Lucia. Fair progress has been made in the program. In 1959 only one positive focus was found, although the number increased to 5 in 1960. In 1961, however, there was an extraordinary increase in the number of positive foci, due to the many boats and sloops visiting the territory from places where the Aëdes aegypti intake was high. There was presumptive evidence that they brought in Aëdes aegypti to infest areas that had already been rendered negative.

St. Kitts. St. Kitts and Nevis have been free of Aëdes aegypti for the past three years; Anguilla was the only island still infested in the group.

Montserrat. Aëdes aegypti has been eradicated but the danger of reinfestation still remained due to sailing boat traffic between the island and nearby positive areas.

Dominica. There had been many difficulties of both a physical and a technical nature in the operation of the program, but it was hoped that as a result of the current intensive drive the island would be free of Aëdes aegypti in 1962.

El Dr. FRICKE (Chile) anuncia que, en consideración a que el informe de su país sobre este tema ha sido repartido a los Representantes, va a intervenir brevemente. Recuerda que la última epidemia de fiebre

amarilla en Chile se registró en 1912. En 1945, con ocasión de una extensa campaña antipalúdica realizada en el área norte del país, se comprobó que en dicha zona existía Aëdes aegypti. Da cuenta de los esfuerzos realizados por el Gobierno en años sucesivos para combatir el mosquito y se refiere después al acuerdo firmado en 1959 por las autoridades nacionales de salud con la Oficina Sanitaria Panamericana para realizar la etapa final de la campaña de erradicación. Llevada a cabo ésta se circunscribió la infestación a dos pequeños villorios: Pica y Matilla, situados en el desierto de Atacama. Estos fueron eliminados y el 21 de abril del presente año se dieron por completadas las actividades de erradicación. En el Informe presentado se detalla la labor realizada, y basándose en él Chile pide oficialmente que se declare a su territorio libre de Aëdes aegypti.

El Dr. FERNANDEZ NARANJO (República Dominicana) hace constar que el programa contra el Aëdes aegypti, aunque con algunos resultados satisfactorios, prosigue lentamente, habiendo impedido su terminación diversos problemas de orden económico y administrativo. En las grandes ciudades que están libres de malaria es donde ha progresado menos este programa. En las pequeñas poblaciones los rociamientos periódicos han sido un complemento valioso en las actividades específicas contra el Aëdes aegypti y señala que en el anteproyecto de presupuesto para 1962, se han hecho figurar las asignaciones necesarias para incrementar las actividades de este programa y acelerar su total realización.

MOCION DEL REPRESENTANTE DEL BRASIL (Proyecto de Resolución)
MOTION BY THE REPRESENTATIVE OF BRAZIL (Draft Resolution)

El Dr. BICHAT RODRIGUES (Brasil) expresa su satisfacción por el hecho de que en cada reunión del Consejo Directivo o de la Conferencia se conozcan los nombres de nuevos países que van logrando erradicar de sus territorios el Aëdes aegypti. Subraya la importancia que revisten algunos aspectos expuestos por el Representante de México, entre ellos el referente a la resistencia del vector a determinados insecticidas y estima conveniente que se dé estímulo necesario a la campaña para terminarla en el plazo más breve posible, evitando así que arraigue esa resistencia.

Seguidamente somete a la consideración del Consejo el siguiente proyecto de resolución:

"El Consejo Directivo,

Teniendo en cuenta los informes finales sobre la erradicación del Aëdes aegypti presentados por Costa Rica y Chile, declarando a esos países libres de dicho mosquito, y cumplidas estrictamente las normas y criterios de erradicación establecidos por la Oficina Sanitaria Panamericana,

RESUELVE:

1. Aceptar los informes presentados por Costa Rica y Chile, felicitar a dichos países por los trabajos realizados, y declarar sus territorios libres de Aëdes aegypti.

2. Reiterar la recomendación de que los países y territorios aún infestados que todavía no han iniciado la campaña, la empiecen lo más pronto posible.

3. Felicitar a los países y territorios donde la campaña se desarrolla satisfactoriamente o se encuentra en su fase final, por los esfuerzos empleados en la erradicación del Aëdes aegypti, expresando el deseo de que se intensifique la campaña en los países y territorios donde se encuentra retrasada, en los términos de la resolución aprobada en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana de Río de Janeiro.

4. Recordar a los países que ya terminaron la erradicación del Aëdes aegypti la necesidad de mantener una estricta vigilancia en los puertos y aeropuertos internacionales, así como en las localidades fronterizas, con el objeto de evitar la reinfestación de sus territorios."

Dr. TJON SIE FAT (Kingdom of the Netherlands) said that, after hearing the reports on Aëdes aegypti eradication in this Hemisphere, he was sorry to have to introduce a more pessimistic note. The eradication program begun in Surinam had been unsuccessful owing to resistance to insecticides. The campaign would be restarted as soon as funds were available. On the other hand, Aëdes aegypti had practically disappeared in all the Netherlands Antilles with the exception of two islands. It was hoped that it would be possible to report in the near future that these two islands were free from Aëdes aegypti.

El Dr. LATTUF (Venezuela) expresa su agradecimiento al Representante de México por las referencias elogiosas que ha hecho al Servicio de Sanidad de Venezuela y muestra su conformidad con la sugestión formulada por el Dr. Bustamante de que se fije un plazo de 5 años para que los países completen la erradicación del vector.

Manifiesta que en Venezuela la lucha contra el Aëdes aegypti corre a cargo de la División de Malariología, desde el año 1948 y se convirtió en una verdadera campaña de erradicación a partir de 1958 cuando el Gobierno suscribió con la Oficina Sanitaria Panamericana el correspondiente convenio, en virtud del cual la Oficina suministra asesoramiento técnico, personal especializado, becas y algunos vehículos. Venezuela, por su parte, se compromete a consignar anualmente la suma de cinco millones de bolívares, proyectando lograr la erradicación en 1964.

Los rociamientos intensivos con DDT en las áreas maláricas habían exterminado al Aëdes aegypti en grandes extensiones, pero no así en el resto del territorio, en que por no existir infección malárica, no se hacía rociamiento. En consecuencia, ha habido necesidad de realizar campañas específicas para eliminar el mosquito, teniendo en cuenta sus características especiales para hacer más eficaz el ataque.

Subraya el Dr. Lattuf que el A. aegypti se desarrolla y multiplica en las viviendas, donde existen condiciones favorables de temperatura y humedad, y el procedimiento básico de ataque es la aplicación del tratamiento perifocal, previa encuesta entomológica y planeamiento metodológico del trabajo. Subsecuentemente se realizan en Venezuela

verificaciones o comprobaciones periódicas de la eficacia del tratamiento cada tres meses hasta asegurar la desaparición del mosquito y se hacen después los intervalos más largos hasta asegurarse de la erradicación del vector. Las localidades en donde existe A. aegypti son rociadas con DDT al 5% por el método perifocal, y con dieldrín, empleando 0,6 gm de este producto por metro cuadrado de pared, utilizando suspensión o emulsión en los rociados. La campaña ha cubierto un área de 30.000 Km^2 en la que se han inspeccionado 327.138 casas y tratado 35.999, siendo el número de los depósitos tratados de 9.339.822.

El Dr. SANCHEZ VIGIL (Nicaragua) considera que, dada la resistencia del A. aegypti a los insecticidas, sería aconsejable que, en los lugares en donde se ha comprobado que esto ocurre, se apliquen los métodos de lucha empleados hace años y que además, en aquellos puntos en donde no hay brotes epidémicos, se emplee la vacuna 17D, que fue usada en Nicaragua intensamente en 1952 y 1953.

Indica que en ese período fueron vacunadas en su país unas 850.000 personas, algo así como el 80% de la población. Para mantener la salud en el Continente --agrega-- debería utilizarse la mencionada vacuna en donde haya todavía posibilidad de una infección por A. aegypti, ya que la inmunidad que dicha vacuna produce tiene una efectividad de 7 a 9 años.

Termina el Dr. Sánchez Vigil insistiendo en la conveniencia de permanecer vigilantes, adoptando medidas de vacunación suficientemente intensas para combatir con eficacia los peligros del mosquito.

Dr. SCHOLES (United States of America) stated that while the United States had not initiated a categorical program of Aëdes aegypti eradication, a number of activities consistent with recommendations of the PAHO were being carried out.

In 1957, the Public Health Service expanded its program of Aëdes aegypti inspection and control in and around see and air ports and at border-crossing points in areas in which the yellow fever mosquito was considered indigenous. Repetitive inspections and treatment of potential breeding sites on and adjacent to these port areas has been carried out. Whenever Aëdes aegypti have been found, control measures have been effective in either eradicating or reducing the infestation index to a minimum. That program, which was continuing, included work in Puerto Rico and the Virgin Islands.

Concurrently, a surveillance program has been carried out to maintain data on the distribution and density of Aëdes aegypti in the United States. As a result of the surveys, it had been estimated that the current area of infestation was approximately one-third of the area assumed to be populated with Aëdes aegypti prior to World War II. That information prompted the Division of Foreign Quarantine in 1960 to reduce the boundaries of the yellow fever receptive area in the United States by the removal of four States and a portion of a fifth from the original receptive area.

In September 1960, a conference was held in Pensacola, Florida, with representatives from the PAHO, Mexico, Puerto Rico, and Federal

and State officials to review progress of a pilot project being conducted to develop methodology, costs, and practicability of eradicating Aëdes aegypti from an urban area. The current status of Aëdes aegypti in the United States and Puerto Rico also was reviewed, and technical problems pertaining to eradication were discussed. The work in Puerto Rico was continuing, and the Virgin Islands began an Aëdes aegypti program in 1960.

Substantial progress was being made it was believed in the reduction of Aëdes aegypti in the United States. It was further believed that continued progress would be made through the coordination of domestic mosquito control programs with other activities of operational departments of health. That approach did not preclude intensification of effort in certain more critical areas.

El Dr. BALY (Cuba) apoya la propuesta del Representante de México en el sentido de que se fije un plazo para que los Gobiernos completen su campaña de erradicación. Afirma que en su país, apenas se hizo gran cosa en el lapso comprendido entre los años 1954-1959. Así, en 1958 había 77 personas trabajando en la campaña con un presupuesto de 144.000 pesos; en 1961 el personal empleado en ella asciende a 427 funcionarios con un presupuesto de 943.000 pesos; de enero a diciembre de 1960, los servicios correspondientes aplicaron el tratamiento contra el A. aegypti a 688.974 casas, 17.682 terrenos baldíos, y se inspeccionaron 448.048 viviendas. Hasta junio de 1961, de 225 poblaciones inspeccionadas, 158 habían recibido dicho tratamiento, y 51 de ellas son ya negativas. A pesar de que las zonas de actividades miden 2.000 Km^2, y esa superficie

constituye solamente el 2% del área considerada infestada, que mide 100.000 Km^2, dichas zonas representan el 30% del problema total de Cuba. Cree que la campaña de erradicación podrá terminarse en Cuba en 1964.

El Dr. DELVA (Haití) subraya la importancia que tiene para su país la lucha contra el A. aegypti, programa que se inició en 1956, junto con el de erradicación de la malaria, pero la realización de ambos ha sido suspendida por razones de carácter económico. Indica que la campaña contra la malaria se ha reanudado hace aproximadamente seis meses y expresa el propósito decidido del Gobierno de Haití de reanudar lo antes posible la del A. aegypti.

Expresa su esperanza en que no transcurrirá mucho tiempo sin que se consigan progresos sustanciales en la campaña.

The CHAIRMAN suggested that the General Committee should examine the changes proposed in the course of the discussion and include them, where deemed appropriate, in the draft resolution submitted by the Representative of Brazil.

It was so agreed.

El PRESIDENTE sugiere que la Comisión General estudie las enmiendas propuestas en el curso del debate y las incorpore, si estima oportuno, al proyecto de resolución presentado por el Representante del Brasil.

Así se acuerda.

Se levanta la sesión a las 12:10 p.m.
The session was adjourned at 12:10 p.m.

consejo directivo

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

comité regional

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

XIII Reunión Washington, D. C. XIII Reunión

Miércoles, 11 de octubre de 1961, a las 2:40 p.m.
Wednesday, 11 October 1961, at 2:40 p.m.

CD13/52
13 octubre 1961
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA DUODECIMA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE TWELFTH PLENARY SESSION

Presidente: Chairman: Dr. Luther L. Terry — Estados Unidos de América

Indice
Contents

Tema 19: Necesidades financieras para la formulación de un plan continental de lucha contra la tuberculosis (Documento CD13/17, Rev. 1 y Documento CD13/32)

Topic 19: Financial Outlay Required to Formulate a Continental Plan to Combat Tuberculosis (Document CD13/17, Rev. 1 and Document CD13/32)

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar a la Oficina Sanitaria Panamericana (Atención: Jefe de la Sección de Conferencias y Traducciones) las correcciones que deseen ver introducidas en el texto. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión del Consejo.

Note: These précis minutes are provisional. The representatives are therefore requested to notify the Pan American Sanitary Bureau (Attention: Chief, Conference and Translations Section) of any corrections they wish made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the meeting of the Council.

Indice (cont.)
Contents (cont.)

Tema 13: Informe del Subcomité sobre Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud (Documento CD13/16) Nueva reunión del Subcomité

Topic 13: Report of the Subcommittee on Basic Documents of the Pan American Health Organization (Document CD13/16) New meeting of the Subcommittee.

TEMA 19: NECESIDADES FINANCIERAS PARA LA FORMULACION DE UN PLAN CONTINENTAL DE LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS (Documento CD13/17, Rev. 1 y Documento CD13/32)

TOPIC 19: FINANCIAL OUTLAY REQUIRED TO FORMULATE A CONTINENTAL PLAN TO COMBAT TUBERCULOSIS (Document CD13/17, Rev. 1 and Document CD13/32)

The CHAIRMAN called the meeting to order.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) pide que se tome como referencia para examinar este tema, la Revisión 1 del Documento CD13/17, porque el documento primitivo no contiene toda la información que se ha podido reunir posteriormente.

Dice que emplea esta frase con un cierto cuidado, porque basta sólo mirar los dos cuadros, que aparecen como anexos del documento, para reconocer lo incompleto de la información que existe hoy día en la América Latina a fin de determinar cuáles serían las necesidades financieras mínimas para un programa continental de lucha contra la tuberculosis. Se refiere al cuadro 1 en el que figura el número de casos de tuberculosis que ha conocido la Oficina según los datos procedentes de los Gobiernos Miembros, con las respectivas tasas por 100.000 habitantes correspondientes al quinquenio 1955-1960, y al cuadro 2 en el que aparece el número de defunciones ocurridas en las Américas, expresadas en números absolutos y en tasas por 100.000 habitantes, en el período 1955-1959. Ambos cuadros, repite, revelan lo incompleto de la información. Esto se debe a que hay, desde países que no inscriben un solo dato en el cuadro de morbilidad, porque la enfermedad no es de notificación obligatoria, hasta otros que en varios años sucesivos no han informado a la Organización de cuál ha sido la frecuencia de la enfermedad en la medida en que dichos países la han podido registrar.

Agrega que la enorme variación de las cifras, en relación con el conocimiento general que se tiene en la Organización acerca de la frecuencia y el desarrollo de los problemas de salud, es otro argumento para afirmar que se está lejos de conocer la realidad, tanto en lo que respecta a la prevalencia e incidencia de tuberculosis, como en lo que respecta a la mortalidad.

Estima, sin embargo, que el hecho de que la información estadística sea incompleta, no debe ser obstáculo para establecer un programa de salud, e incluso un plan nacional de salud, y mejor aún incorporarlo al plan de desarrollo económico, según es el propósito que anima hoy a todos los países, como resultado de la última reunión del Consejo Interamericano Económico y Social.

Basado en este hecho e insistiendo en lo incompleto de las cifras, propone el Director a la consideración del Consejo, una serie de estimaciones como un primer ensayo o intento de un plan continental de lucha contra la tuberculosis. Se basa para ello en los hechos siguientes: en una población de 129.000.000 de habitantes se pudieron registrar y conocer 100.000 casos de tuberculosis y 35.000 muertes. Si se acepta como cifra de población la de 206.000.000 de habitantes para el año 1960, y se calcula esta misma relación, habrá que aceptar que se están registrando en la actualidad unos 150.000 casos, más o menos, y 54.000 muertes, o sea, una relación de tres casos por muerte. En algunos países, en que se ha podido hacer un análisis más preciso de la incidencia, se ha llegado a una relación de cinco casos por defunción, es decir, dos más de la incidencia conocida actualmente en el Continente. De donde resulta que proponerse llegar

a conocer cinco casos por muerte no parece una aspiración irreal. Y si este criterio se acepta, habría entonces que tratar de descubrir dos enfermos más por muerte, lo que para las 54.000 defunciones registradas, representa un conjunto de 100.000 por año y 1.000.000 en el decenio. Esto, en cuanto a incidencia. En cuanto a prevalencia, y utilizando también cifras o informaciones provenientes de países en que este análisis se ha hecho más acuciosamente y en los cuales se ha logrado conocer 11 casos por muerte, se puede estimar que la prevalencia probable en la América Latina no es de 150.000, como se desprende de esta relación establecida para el año 1960, sino de 600.000 casos activos. A esto hay que agregar otros dos casos activos existentes, pero desconocidos, todo lo cual lleva a la conclusión de que se puede plantear el problema calculando, incluso por debajo de la realidad, una cifra de 1.800.000 enfermos por descubrir y tratar, además de los que actualmente son conocidos y están siendo tratados, que son ya 1.500.000.

Ahora bien, para no presentar un panorama que pudiera ser desalentador, por el volumen de los recursos que habría que invertir, dice el Director que se ha preferido basar las estimaciones en la mitad de esta prevalencia de 1.800.000 y fijar sólo la cifra de 900.000 enfermos por descubrir, a los cuales habría que agregar la incidencia resultante de esos mismos casos, toda vez que esos enfermos, hasta que sean tratados, seguirán infectando. Se resolvió pues, aceptar la proporción de dos casos más por cada defunción, o sea 100.000 por año y 1.000.000 en el decenio.

Manifiesta el orador que si se acepta la mitad de esa prevalencia teórica de 900.000 enfermos por descubrir, más el excedente de dos casos más por cada defunción como incidencia, el problema que hay que analizar en términos financieros consiste en descubrir y tratar 1.900.000 enfermos de tuberculosis. Además, hay que reconocer la infección tuberculosa en sus contactos, vacunar a los que sean tuberculinonegativos y tratar —si cabe emplear la palabra— preventivamente a los que sean tuberculinopositivos. Esto ha sido lo que se ha procurado sintetizar en el documento sometido a la consideración del Consejo.

Adelantándose a cualquier crítica, reconoce el Director que los datos son débiles, pero mucho más débiles fueron los datos que se poseían en el año 1954, respecto a la malaria, y se ha podido llegar a una inversión de más de $150.000.000 para erradicar la enfermedad y, con algunas dolorosas excepciones, a la contínua reducción de las cifras. Más débiles han sido también los datos con respecto al abastecimiento de agua, y ya se ha visto sin embargo lo que ha podido hacerse en dos años.

Claro es que el Dr. Horwitz no pretende indicar que se vaya a abordar el problema de la tuberculosis para lograr un control tan absoluto como lo quería Frost, que siempre estimó con mucha sapiencia, que todo actuaba contra la supervivencia del bacilo; no pretende presentar un programa que llege incluso a la eliminación de la enfermedad. Se limita a decir que hay la certidumbre de que existen en el Continente 1.900.000 enfermos por diagnosticar, tratar y prevenir la enfermedad en sus contactos en el próximo decenio.

Dice a continuación que igual debilidad, naturalmente, han de tener las cifras que se refieren a costos. Se ha calculado sobre datos provenientes de distintos países, y refiriéndolos todos a una sola moneda, para una mejor comprensión, que el costo de descubrir un caso es de $50, de suerte que 1.900.000 casos representen $95.000.000. Basta sólo pensar en los múltiples ensayos que se han hecho en grupos seleccionados de la población, para darse cuenta del número de personas que hay que examinar, con el fin de descubrir un caso, lo cual explica esta cifra que pudiera aparecer alta, aunque el Director la estima incluso baja.

Se ha partido también de la base que sólo el 10% de los enfermos deben ser tratados en el hospital, y que este tratamiento no debe prolongarse más de tres meses. En este plan, las camas se utilizarán para tratamiento inicial, cirugía y casos graves. Se ha tenido en cuenta que actualmente en el Continente el promedio de estancia de los tuberculosos es superior a nueve meses. Y cabe preguntarse cuántos de esos enfermos no podrían continuar su tratamiento en el hogar. Por todo ello, se ha calculado con gran prudencia, que sólo el 10% de los enfermos iba a ser tratado y que este tratamiento no se prolongaría más de tres meses. Expone el orador a este propósito, que algunos estudios realizados en diversos países de la América Latina revelan con toda claridad que, desde la introducción de la quimioterapia, no sólo ha variado el problema de la tuberculosis en cuanto al número de casos, sino que ha variado también en sus formas clínicas, y es cosa sabida que la proporción de formas avanzadas es hoy

día mucho menor de lo que fue antes de la aplicación de la quimioterapia, lo cual hace pensar que no es un absurdo el reducir el número de días de cama de estos enfermos en el hospital. Se ha calculado el costo en $4,00 diarios, cifra que corresponde al promedio del valor de la atención médica en muchos hospitales de América Latina. El problema que se plantea consiste pues, en atender en el hospital a 190.000 casos a $360 cada uno, o sea $4,00 diarios durante 90 días, lo cual da un total de $68.000.000. Para esto son necesarias otras 5.000 camas además de las que ya hay en el Continente, que son 40.000. En la actualidad estas 40.000 camas están siendo empleadas para permanencia de enfermos, durante un período de nueve meses a un año. De suerte que quizá en algunos países no fuera necesario construir camas nuevas para tuberculosis si los Gobiernos, y particularmente las administraciones de salud, resolvieran revisar cuidadosamente su política de control de la enfermedad, en los términos que han quedado expuestos.

Refiere seguidamente el Dr. Horwitz que se ha hecho también una estimación del costo del tratamiento, con isoniacida y PAS, (ácido para-aminosalicílico), tanto de los casos atendidos en el hospital como del 90% de los que deben ser asistidos en sus hogares o en los consultorios externos. Se ha estimado ese costo en $15 por enfermo, lo cual da $180 al año, y $342.000.000 para el total de 1.900.000 enfermos.

En materia de prevención, se ha supuesto cuatro contactos por enfermo, dos tuberculinopositivos, dos tuberculinonegativos, es decir 3.800.000 contactos tuberculinopositivos, y 3.800.000 tuberculinonegativos. A los primeros, los tuberculinopositivos se propone tratarlos durante un período mínimo de seis meses con isoniacida de acuerdo con la recomendación del Grupo de Estudio de la OMS y una observación ulterior a un costo de $5,00 por mes durante un semestre. Reconoce el Director que esta estimación de seis meses de quimioprofilaxis no se basa todavía en ningun hecho demostrado por la experiencia y cree que es posible que se requiera más. Pero estas cifras corresponden a un cálculo continental que, en el caso de ser aprobado, habrá de ser traducido a términos nacionales, para completar la investigación que permita resolver las dudas que algunos de estos problemas presentan. Partiendo de la base de una quimioprofilaxis de seis meses para los tuberculinopositivos, estos 3.800.000 contactos representarían un costo de $114.000.000. Los tuberculinonegativos habrán de ser vacunados con BCG, y se ha calculado en $2,00 el costo, agregando una observación ulterior de seis meses. En total, $7.600.000.

En esta estimación no se han considerado las construcciones o instalaciones que eventualmente tenga que hacer algún Gobierno durante el decenio, ya sea de consultorios externos, de dependencias para lucha antituberculosa de los centros de salud o, en algunos casos, de camas en hospitales. Cree el Dr. Horwitz que, por lo que se refiere a la tuberculosis, hay en el Continente muchos recursos que con toda seguridad pueden servir para atender un número de enfermos mayor que el de los que están siendo actualmente cuidados.

En resumen, toda esta labor costaría $630.000.000, incluyendo $3.000.000 para las actividades de la Organización. Con referencia a lo que ahora gasta ésta en su actual programa de control de la tuberculosis, señala el Director que el Consejo Directivo ha aprobado para el año 1962, la suma de $108.921 y para el año 1963, la de $148.306. El programa de la Organización está planeado con un aumento de $300.000 más para tuberculosis, lo que no representa en modo alguno una cifra exagerada. Naturalmente, la colaboración que preste la Oficina será, como siempre, esencialmente asesora; en parte para establecer programas nacionales en zonas pilotos que permitan rectificar o ratificar muchas de las cifras calculadas, con la única condición de que la investigación lleve aparejado el tratamiento de los casos que se descubran, pues en tuberculosis no puede hablarse de estudios científicos que no impliquen acción terapéutica porque se ha perdido en buena medido el terror que inspiraba la enfermedad y los pueblos saben que existen posibilidades de diagnóstico y de tratamiento. Deberá haber, pues, programas nacionales en zonas pilotos para estudiar la magnitud del problema con el fin de establecer una línea de acción, de extención nacional, para estudiar los medios y métodos que permitan hacer más eficiente y económica la acción de los servicios antituberculosos para evaluar el programa en su conjunto.

Agrega el Dr. Horwitz que la colaboración de la Oficina será también en adiestramiento de personal nacional. Es lamentable comprobar que los médicos recién graduados no se interesan por dedicarse a la tuberculosis, pues dieron por sentado que se acababa con la enfermedad cuando apareció la estreptomicina, y las cifras leidas muestran cuanto

queda aún por hacer. Y es de lamentar igualmente que los epidemiólogos no tengan interés en dedicarse a la tuberculosis y que haya muy pocos epidemiólogos para poder abordar una empresa de esta naturaleza. La Oficina organizará asimismo seminarios sobre la prevención de la enfermedad, con el fin de que los especialistas de cada país puedan intercambiar su conocimiento y su experiencia.

En suma, la labor que propone el Director consiste en descubrir y tratar 1.900.000 enfermos de tuberculosis en el próximo decenio; descubrir y prevenir la tuberculosis en cuatro contactos por cada uno de ellos, con un costo total de $63.000.000 por año. Cree el orador que probablemente, y sin tanta elaboración estadística, se podría llegar a un resultado igual. Si se parte de la base que la población es de 200.000.000 y que el propósito es tratar dos millones, la prevalencia resulta del 1% de casos, y esa cifra sumada al millón y medio de casos que se conoce, significaría un programa para el 1,75% de la población actualmente existente en las Américas, a lo cual habría que ir agregando naturalmente la incidencia resultante de la evolución social de la enfermedad. Cree el Dr. Horwitz que este valor de 1,75% acaso parezca a los tisiólogos algo bajo, toda vez que una serie de encuestas de muestras seleccionadas de la población indican tasas de 2 y 3%, pero no hay que olvidar que se tomó la mitad de la prevalencia teórica para hacer estos cálculos.

Termina diciendo el Director que vería con profundo agrado que se abriera un debate adecuado a la importancia de este problema para recibir las opiniones y la orientación del Consejo, y le complacería sobre todo que se despertara en los Gobiernos el interés suficiente, como primera etapa, para revisar la obra que se está haciendo, comparándola con lo que se tiene, con la seguridad de que hay muchos más enfermos que pueden ser atendidos sin nuevos recursos. El ideal sería de que se arbitraran los medios, tanto para los Gobiernos como para la Organización, que hagan posible realizar la labor que se propone.

El Dr. CALVO (Panamá) comienza diciendo que éste es uno de los problemas de orden socio-económico, relacionados con la salud, más grande de América, porque cuando se estudia el problema de la tuberculosis en una forma profunda, se advierte que esos dos millones de pacientes de que ha hablado el Dr. Horwitz, significan una enorme carga permanente para los Estados americanos, pues siendo la tuberculosis una enfermedad esencialmente crónica, hay que pensar en que afecta a las áreas de población de mayor fuerza vital y productiva, por lo que esa carga se hace mucho más pesada.

Trata el orador de proyectar aproximadamente, en cifras, lo que cuesta a la América Latina dos millones de enfermos, observando que es bastante difícil calcularlo. Tomando como base un salario equitativo para cualquier latinoamericano, de $4,00 diarios, lo que significan dos millones de hombres y mujeres desocupados, como carga para el Estado, representa una pérdida de unos $3.000 millones por año.

en las Américas, o sea $30,000 millones en diez años en fuerza vital, esto es, vez y media más lo que se proyecta gastar para los planes de la Alianza para el Progreso. Planteado así el problema, es indudable que no debe dudarse en fortalecer todos los esfuerzos para un programa de lucha antituberculosa americano o latinoamericano, que se realice con todo el apoyo económico posible.

Considera que la solución del problema es enormemente compleja. Habla de su experiencia en la campaña antituberculosa de su país y dice que no es posible controlar ni siquiera el 50% de todos aquellos casos que se van descubriendo. Por ello el problema de la tuberculosis significa, no solamente conocerlo en el orden epidemiológico y estadístico, sino que al mismo tiempo debe contarse con los recursos y mecanismos necesarios para que cada caso que se descubra sea puesto inmediatamente bajo control.

Estima que la fase inicial del programa radica en establecer procedimientos que permitan descubrir tempranamente la primoinfección en todas las edades de la población; significa establecer metas que impliquen la reducción de esta primoinfección a proporciones mucho más bajas que las que actualmente se están descubriendo.

Señala que, en Panamá, por ejemplo, la primoinfección a la edad de 4 años, afecta actualmente al 20% y a la edad de 15 años prácticamente el 80% de la población está infectada, es decir, que si se proyectan esas cifras a poblaciones similares, como las de Centro América y algunos países del Area del Caribe y de Sudamérica, se puede considerar que actualmente el 80% de la población latinoamericana está potencialmente tuberculosa.

Al establecerse metas sobre esta parte de la prevención, estima que para un programa americano, los niveles de primoinfección deben ponerse, para los próximos 10 años, por debajo del 5% en menores de 4 años, por debajo del 10% en menores de 10 años y por debajo del 25% en menores de 15 años; y su éxito dependerá de las facilidades económico-financieras con que se cuente; pero expresa la seguridad de que esta disminución de la prevalencia en la primoinfección significa una meta que se puede alcanzar.

Insiste el orador en que en un programa de tuberculosis es fundamental atender al descubrimiento temprano de la enfermedad, y que si este aspecto se ha descuidado, ha sido por falta de medios económicos para llevar a todas las poblaciones el beneficio del diagnóstico, pues con excepción del Uruguay, que está muy adelantado en la búsqueda de casos, se está descubriendo la tuberculosis en más de un 50% de los casos, en estado moderadamente avanzado, y eso es encontrarla muy tarde. Así por ejemplo, en Panamá, en las últimas encuestas de rayos X en masa que se han hecho, y que comprendieron cada año de 75.000 a 100.000 habitantes, aparece que el 35% de los hallazgos se refieren a tuberculosis fuertemente avanzada, el 55% a moderadamente avanzada y el 10% solamente mínima. Cree que una inversión de factores es la meta que debe alcanzarse en los próximos 10 años, es decir, reducir al 10% la tuberculosis fuertemente avanzada y posiblemente alrededor del 30% la moderadamente avanzada y el 60% de mínima, en aquellos países que se hallan todavía en una etapa en la cual el 90% de los casos se encuentran tarde.

Refiriéndose a los métodos que deben usarse para esta campaña de búsqueda de casos, dice que hasta ahora generalmente se ha esperado en los países referidos que sea el paciente quien busque el diagnóstico, y se han dedicado pocos esfuerzos a la búsqueda por encuestas radiográficas; por ello debe orientarse la campaña antituberculosa a las comunidades, en el sentido de ir en busca de los casos para tratarlos en el lugar donde se encuentran; es un enfoque completamente diferente y que solamente se puede llevar a cabo si se transforma o se acepta el problema de la tuberculosis en América como un problema de salud pública.

Señala el orador que las campañas antituberculosas en muchos países han estado divorciadas o aisladas de los organismos centrales o nacionales de salud pública; y han atacado el problema de la tuberculosis con un criterio mayormente clínico y no desde el punto de vista de salud pública, por lo que es necesario, para que la enfermedad pueda ser atacada a tiempo y se proteja a toda la población, que las campañas antituberculosas se integren totalmente a los servicios nacionales de salud pública. Esta es la forma como se actúa en Panamá, pues en cada localidad en donde existe un servicio, ya sea un hospital o un centro de salud, ese centro se ocupa del problema de la tuberculosis en la localidad; así es como se puede financiar el tratamiento de la tuberculosis a base de un esfuerzo de las comunidades.

Estima que el problema de la búsqueda de casos tempranos no puede dejarse exclusivamente a la responsabilidad de los organismos

locales de salud pública, sino que tendrá que seguir siendo, en los primeros 5 o 10 años, una responsabilidad nacional, a base de encuestas generales o colectivas, mediante las cuales no solamente se busquen casos de tuberculosis, sino que se investigue todo el problema de la tuberculosis en la comunidad, mediante la integración de equipos donde, al mismo tiempo que se hace la tuberculinorreacción, se vacune a los tuberculinonegativos y se proteja a los tuberculinopositivos, cualquiera que sea el hallazgo en la placa radiográfica, del tuberculinorreactivo, pero cuya reacción sea suficientemente significativa para tratarlos con isoniacida por medio de la quimioprofilaxis secundaria, o ya sea porque se use la radiografía para el diagnóstico y no solamente del tuberculinopositivo, sino de toda la población de más de 15 años y sean puestos inmediatamente bajo control todos los casos positivos que se encuentren.

Indica que este es un problema de gran volumen, por lo que, en Panamá, se ha procurado hacer este trabajo en áreas limitadas, haciéndose recomendable que se establezcan áreas piloto, pero siendo tan vasto el problema de la tuberculosis, es prácticamente imposible limitarse a pequeñas áreas de demostración, y el problema hay que atacarlo en una forma global, ya que las cifras que se van consiguiendo muestran la magnitud del problema, en forma tal que los países habrán de asumir rápidamente la responsabilidad de esta situación.

Dice que actualmente se dispone de medios adecuados, que si se utilizan en forma efectiva, pueden hacer posible que las cifras señaladas

en el informe presentado por el Dr. Horwitz puedan ser reducidas enormemente. Considera que los costos del tratamiento ambulatorio pueden ser reducidos posiblemente a una tercera parte de lo que el Dr. Horwitz ha indicado en su informe; le parece elevado el costo del tratamiento de un caso en $180 anuales, ya que en Panamá está costando alrededor de $60 anuales el caso ambulatorio, pero cuesta de $150 a $180 el paciente hospitalizado. Por ello el tratamiento de la tuberculosis tiene que ser totalmente ambulatorio, ya que se cuenta con un máximo de 5 camas por cada 200 casos ambulatorios bajo tratamiento; de otro modo, es excesivamente costoso cualquier programa antituberculoso. Manifiesta el orador que aún cuando en su país se dispone de un número de camas muy limitado para estos enfermos, no piensan aumentarlas, ya que el esfuerzo tiende al control adecuado de los pacientes y aislarlos para cortar la cadena de la infección. Si con las nuevas drogas se puede conseguir, bastante rápidamente, la conversión de la baciloscopía, cabe asegurar que el tratamiento ambulatorio, adecuadamente programado y ejecutado, puede suplir en gran parte la hospitalización, que es tremendamente cara, pues las 40.000 camas que existen hoy en América cuestan alrededor de $60.000,000, con su mantenimiento a base de $4,00 diarios por cama, según los cálculos hechos.

Sostiene el orador que el criterio del diagnóstico debe ser primordialmente radiográfico, en discrepancia con el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en su informe del año 1960, que indica como criterio principal de diagnóstico el examen baciloscópico.

Dice al respecto que en los países de América no se puede utilizar el criterio baciloscópico sino el radiográfico, haciéndolo directamente en el campo mediante equipos móviles, procediendo a la clasificación a base de sospechosos.

El examen bacteriológico ocupa un lugar muy importante en los países pequeños y de escasos recursos donde no se puede contar con exámenes especializados en el campo.

Considera el Dr. Calvo que el problema de la tuberculosis puede abordarse en escala continental de una manera muy efectiva si se establecen criterios definidos en los programas, a base de un sentido práctico, sin apartarse de la técnica, y ateniéndose a los medios económicos.

Señala finalmente, que el problema del crónico tuberculoso es prácticamente insoluble en los próximos diez años, pero el problema de hoy en día es proteger a la niñez y a la juventud trabajadora, para lograr el progreso socioeconómico de la América Latina.

El Dr. ALDEREGUIA (Cuba) dice que la Delegación de Cuba se siente altamente satisfecha y felicita al mismo tiempo a la Organización Panamericana de la Salud, por el amplio informe que ha presentado sobre un problema de tanta importancia para todos los países de América. Agrega que en esta reunión se han tratado y debatido con amplitud problemas que atañen a la relación recíproca entre los aspectos del desarrollo socioeconómico de los pueblos y la salud, y afirma que el problema de la tuberculosis gravita esencialmente sobre estos aspectos.

Sigue diciendo que, como todos saben, la tuberculosis es una enfermedad eminentemente social, la más social de las enfermedades, lo que hace que, sobre todo en los países económicamente subdesarrollados, sea éste un problema de vital importancia. Habla del gran efecto que le han causado las cifras leidas por el Director y los datos presentados por el Representante de Panamá, todo lo cual da idea de la real trascendencia que tiene esta enfermedad social como enemigo de la salud de los pueblos de América.

Recuerda que el año pasado, con ocasión de celebrarse la reunión del Consejo Directivo en la ciudad de La Habana, el Ministro de Salud Pública de Cuba tuvo ocasión de solicitar directamente del Director que se asignase un asesor a fin de que colaborara en el establecimiento de un programa organizado para luchar activamente contra la tuberculosis en Cuba. Y en agosto fue a dicho país el Dr. Kupka, quien visitó todos los lugares para observar lo que allí se hace por luchar contra esa enfermedad. El Dr. Kupka elevó posteriormente un informe que resumía las realidades del problema de la tuberculosis en Cuba. Sólo doce días estuvo en dicho país, pero supo recoger muy gráficamente las realidades de ese problema. Señala el orador que en Cuba, antes del año 1959, la tuberculosis fue aprovechada, lo mismo que muchas otras enfermedades y otras muchas cosas, como medio de hacerse propaganda algunos señores. Sabido es que la tuberculosis es un medio de propaganda para algunas personas, e incluso hay un libro de un profesor argentino, el profesor Berman, que señala muy claramente cómo muchos médicos han hecho propaganda en beneficio propio y han logrado fama luchando contra la tuberculosis en una forma puramente económica para ellos.

Afirma el Dr. Aldereguía que es una realidad que la tuberculosis adquiere cada vez mayor importancia en los países de América, a pesar de lo cual, como decía el Dr. Horwitz, quienes están estudiando hoy medicina o se han graduado en los últimos años, han perdido el interés por estudiar la tuberculosis, pensando que con las drogas conocidas en este momento esa enfermedad era un asunto liquidado. Las cifras leidas demuestran que esto no es cierto y que la tuberculosis es un enemigo de real importancia para la salud del pueblo.

Dice el orador que la lucha contra la tuberculosis se ha centrado fundamentalmente, a partir del año 1959, en la búsqueda de la población enferma, en un plan que se ha ido incrementando hasta llegar en nuestros días a la vacunación con BCG, tratándose además de mejorar en todos los aspectos la parte curativa de la enfermedad a través del aumento del número de camas, del mayor suministro de medicamentos y de alimentos por cama, y desarrollándose asimismo un programa de educación popular contra la tuberculosis.

Agrega que Cuba al luchar por el mejoramiento de las condiciones de vida del pueblo y llevar a cabo desde el año 1959 la batalla contra el desempleo, está luchando también contra la tuberculosis. El mejoramiento de las condiciones económicas del pueblo, la batalla contra el desempleo, el aumento de los niveles de salarios, forman también parte esencial de un buen programa de lucha antituberculosa.

Dice que, como se señala en el informe del Dr. Kupka, se ha registrado en Cuba un aumento notable desde el año 1959 en la parte de la pesquisa fotorradiográfica. En los 18 meses finales del régimen anterior se hicieron 9.700 exámenes fotorradiográficos, mientras que en el año 1959 se hicieron 180.463, en 1960, 405.198, y en 1961, aunque no se dispone de los datos totales, se llega ya a una cifra que alcanza a mucho más del 60% de la cifra de 1960, o sea unos 400.000 exámenes. También se trabaja en Cuba para aumentar las camas, pues, aun estando el orador totalmente de acuerdo con que solamente el 10% de los casos deben ser hospitalizados, y hay que incrementar el tratamiento ambulatorio del enfermo tuberculoso, existía, sin embargo, la necesidad de aumentar el número de camas. A fines de 1958 había en Cuba 2.511 camas en total para la lucha antituberculosa. A fines del año 1961 habrá 3.500, lo que significa un aumento de 1.000 camas. Y se ha proyectado para 1962, otras 1.000 camas. En esto se está trabajando ya actualmente: 200 camas como ampliación de un sanatorio de Oriente; 200 como ampliación de un sanatorio de Camagüey; 200 como ampliación del sanatorio de la provincia de Las Villas; unas 70 camas como ampliación del sanatorio de Pinar del Río; 160 camas que se aumentan en la provincia de Matanzas y un pequeño sanatorio de 100 camas en la provincia de Oriente, en la ciudad de Holguín, lo que representa alrededor de 930, o sea aproximadamente 1.000 camas para fines del año 1962. Esto permitirá elevar el número de camas para fines del año 1962 a no menos de 4.500 camas, lo que prácticamente casi duplica la cifra de 2.500 que había a fines del año 1958.

Dice el orador que este aumento de camas era necesario porque, lo mismo que sin duda ocurrirá también en otros países hermanos, el enfermo en Cuba a lo primero que aspira es a que se le dé una cama. Pero forma parte del programa de educación popular el destacar la importancia del tratamiento ambulatorio. Se ocupa también el Dr. Aldereguía del problema de los casos avanzados. Los sanatorios en Cuba están prácticamente repletos de estos casos, lo que imposibilita vaciar con rapidez los sanatorios. Este es también un problema muy serio, puesto que no es posible lanzar a la calle a los casos avanzados y crónicos por la peligrosidad que representan como elemento de contagio para el resto de la población. No hay duda que con el número de camas a que se podrá llegar en 1962, si se pudiera llevar un ritmo, como el que señalaba el Director, de un máximum de tres o cuatro meses de enfermo por cama, podría tenerse resuelto cuando menos el problema de las camas en Cuba. Pero se tropieza con esa dificultad, por el momento insuperable, de los crónicos avanzados para alcanzar ese ritmo, con la consecuencia de que casos que mejorarían o incluso curarían con un buen tratamiento sanatorial quirúrgico o médico, no puedan tener en un momento determinado la oportunidad de ocupar una cama, por estar ocupada por enfermos que llevan a veces meses y hasta años en esas camas.

Señala el Representante de Cuba que si bien hay deficiencias en su país, se pone empeño en remediarlas. Así por ejemplo, se trata de dar más efectividad al tratamiento ambulatorio que en estos momentos es excesivamente limitado; de mejorar las estadísticas en lo que a tuberculosis se refiere, y de mejorar también el tratamiento de los contactos, tres puntos en los cuales se observan deficiencias fundamentales que por el momento no ha sido posible superar, pero que el Gobierno conoce y está dispuesto a luchar contra ellas.

Finalmente, el Dr. Aldereguía propone que se designe una comisión especial para redactar un proyecto de resolución que indique a los Gobiernos la importancia de la tuberculosis como enfermedad social y como enemigo de los pueblos de América y les señale la necesidad de que utilicen en forma máxima los recursos posibles para poder dar en los próximos 10 años una batalla de frente a este mal que produce daños incalculables.

Dr. WATT (United States of America) said that the fact that the Council was discussing the subject of eradication, not just the control, of tuberculosis deserved special emphasis. It has only been a few years since a serious discussion of this concept could be held without creating excitement. As the Representative of Uruguay had stated earlier in connection with yellow fever, the mere mention of the word eradication had once done just that. The change of attitude that has taken place in a relatively short period of time was worthy of mention.

He had two additional comments to make, both of which tacitly accepted the feasibility of eradication. First, he inquired if the Director might not be able to go further, beyond this very worth-while beginning, to take up the point raised by the Representative of Panamá, and make available information on the cost of not undertaking this type of program. Some figures had been mentioned which emphasized the inescapable cost that is being paid in terms of human lives and human suffering, but there are also costs in terms of dollars, which can be understood by those who deal with the economics of the situation.

Secondly, he called attention to a point of fundamental importance in the Americas, and in his country in particular. It had been possible, as the result of long experience, to recognize the value and importance of the voluntary health associations as a means of mobilizing the interest of the population and making that interest effective. Tuberculosis is well known to the people of the United States and of the entire Hemisphere, so well known that it is a part of their every-day speech. The majority not only fear it but would be more than pleased to be able to participate and to feel that they could, in fact, make a true contribution in the attack against this disease. The long experience of the voluntary health associations, in the mobilization of people in many respects far outdates that of must of the official health agencies, since they worked for many years in the communities before these activities were organized systematically in the health departments. Dr. Watt added that this type of experience is particularly adaptable

to this disease, which is in fact a social disease. It is controllable in the homes and in the communities, where people can assist more effectively if they know what to do.

He concluded by again emphasizing the importance of the fact that the Council was looking to the objective of eradication, and not merely the control of tuberculosis.

El Dr. BUSTAMANTE (México) comienza diciendo que en el programa figuran varios temas que se enlazan directamente y que el asunto que se examina podría haberse tratado después del relativo al paludismo. En realidad, al ocuparse el Consejo de las necesidades financieras para la formulación de un plan continental de lucha contra la tuberculosis, tema presentado tan elocuente y técnicamente por el Director, conviene no olvidar que anteriormente se han tratado ya los problemas de la nutrición, del alcoholismo, de la vivienda, del saneamiento y de la educación. Todos estos aspectos son en realidad parte del edificio que es necesario construir desde el punto de vista de la salud pública. El Consejo todavía habrá de ocuparse de la erradicación del paludismo, y a este propósito dice el Dr. Bustamante que en los países en donde la lucha contra esta enfermedad va adelantada, la tuberculosis está adquiriendo más importancia, porque como el diagnóstico se va aclarando, van quedando algunas defunciones que tienen que ser más correctamente examinadas.

Dice que principalmente en las costas de México donde hay paludismo y parasitosis intestinales y problemas de la vivienda y de otras clases, la tuberculosis es una de las principales causas de incapacidad y de muerte.

Estima que en algunos países, entre ellos México, los índices de tuberculosis van a aumentar, y señala que en los Estados Unidos las defunciones han disminuido pero los casos han aumentado en algunas ocasiones debido al mejor diagnóstico. En México lo que va a suceder es que habrá más defunciones por tuberculosis, porque ahora la gente no se muere ya de paludismo, y es en las zonas rurales de ciertas condiciones en donde el problema va siendo mejor conocido. Con los nuevos métodos de tratamiento, y con la posibilidad de ayuda y colaboración de otras organizaciones, como la Oficina Sanitaria Panamericana y el UNICEF, se impone hacer una revisión de programas. Señala el Representante de México que su país contribuyó a esta reunión con una serie de documentos y cree que sería bueno que antes de otras reuniones pudiera el Director contar con alguna información de ese tipo, que proporciona datos precisos, lo cual facilitaría una mejor preparación de los documentos. Dice que en México la lucha contra la tuberculosis está integrada en la Dirección General de Salud Pública, es decir, es una de las múltiples actividades de un plan integrado de salud pública. En el documento sobre tuberculosis enviado por México se hacen consideraciones sobre población y sobre la necesidad de hacer las encuestas, así como sobre la utilización de los equipos móviles para poblaciones pequeñas. Hay 90.069 localidades en el país, en las que es necesario hacer el estudio y

se habla de la instalación de laboratorios, y del programa de vacunación con BCG, de la utilización del método intradérmico para esta administración, de la creación de un área piloto para la investigación de operaciones y del adiestramiento del personal.

Añade el Dr. Bustamante que México no está enteramente de acuerdo con la idea de que no se aumente en ningún sentido el número de camas porque, aún cuando haya tratamiento ambulatorio es indudable que en muchos lugares, especialmente para los tuberculosos avanzados, es necesario usar camas. Señala que lo que dijo el Delegado de Cuba es una experiencia generalizada; no se mueren ya los tuberculosos en los sanatorios, y entonces no se dispone de las camas, de manera que se carece de éstas para nuevos enfermos. Por ello señala que en el plan de México se ha optado por instalar unos albergues sencillos, económicos, para tuberculosos avanzados, distribuidos estratégicamente en el país, y formando parte de los servicios integrados de salud pública.

Con respecto a la educación de los tuberculosos y de sus familiares, así como a la educación higiénica, con vistas a la organización política administrativa, se propone el establecimiento de una unidad de educación higiénica en cada una de las entidades gubernativas. El documento de México termina con el plan nacional de dotación de camas quirúrgicas, de camas, de construcción de albergues, de un centro de rehabilitación para cada uno de los estados, de la instalación del área piloto, y por último está detallado el equipo para los laboratorios locales. Dice que desea entregar dicho documento a los Representantes como una contribución a la información existente en los países de América.

Por último, felicita al Representante de los Estados Unidos de América por haber empleado la palabra erradicación en relación con la tuberculosis, pues aunque se piense que su realización está lejana, el hecho de que se haya podido citar la erradicación, quiere decir que existe el convencimiento de que ésta es posible.

El Dr. FERNANDEZ NARANJO (República Dominicana) dice que no va a entrar en detalles sobre la organización de la lucha antituberculosa en su país, donde falta todavía mucho por hacer, pero quiere dejar sentado que, a raíz de la campaña de vacunación en masa con BCG, realizada en virtud de un acuerdo tripartito entre el Gobierno de la República Dominicana, la Organización Panamericana de la Salud y el UNICEF, se cuenta ya en su país con datos bastante fidedignos con relación a su situación epidemiológica actual. En 1953, la tuberculosis ocupaba el tercer lugar entre las causas de muerte; en 1958, pasó ya al sexto lugar. De suerte que la mortalidad por cáncer en 1958 está por encima de la mortalidad por tuberculosis. Y la mortalidad por cáncer ocupa ya, entre las 10 principales causas de muerte en el país, el quinto lugar en 1958. El descenso impresionante de la mortalidad por tuberculosis en la República Dominicana no se debió a una mayor estructuración de instituciones para hospitalizar a los casos de tuberculosis. Desde hace 12 años existen las mismas condiciones de edificaciones y medios de lucha antituberculosa: Pero al llegar a la República Dominicana en el año 1952 la isoniacida, se operó al año siguiente un descenso casi vertical de la mortalidad, no se construyeron más sanatorios ni se dispone de más

dispensarios que los que existían hace doce años. La mortalidad en 1959 bajó a 19,7 por 100.000 habitantes, en 1960 la mortalidad por tuberculosis es de 15,5 por 100.000 habitantes.

Señala el Dr. Fernández Naranjo que no se produjo un hecho similar en lo que respecta a morbilidad por tuberculosis, pues si bien la isoniacida disminuyó la mortalidad, en cambio la morbilidad ha venido aumentando a partir de 1958, y es aventurado afirmar que se está operando una cierta estabilidad. Refiere que se hizo una encuesta piloto en una muestra representativa de la población y sacaron 38.000 fotoflerografías, lo que dio 1,7% de casos positivos de tuberculosis, comprobados bacteriológicamente, pues no cree que radiológicamente sólo puedan afirmarse los casos de tuberculosis.

No obstante, explica que si se aplica ese 1,7% a la población de su país, dado que la muestra fue representativa, significa que hay actualmente 30.000 casos de tuberculosis activa deambulando, sin tratamiento y sin que se beneficien de las medidas terapéuticas conocidas.

Presenta un cálculo aproximado de lo que significan para la economía nacional los casos diagnosticados de tuberculosis en un año y las defunciones que se operaron en ese mismo año, estableciendo dos grandes capítulos: pérdida por muerte y pérdida por enfermedad; la pérdida por muerte computa las tres etapas conocidas en el hombre como valor económico; es decir, la de vida dependiente, de cero a veinticinco años; la de vida productiva, de 25 a 60 años y la de declinación económica. En 1957 esa pérdida se

calculó a base de 833 defunciones y el diagnóstico de 2.032 casos nuevos de tuberculosis en ese año. Esos cálculos arrojaron la cifra de $4.207.493 para señalar lo que eso representa para la economía del país. En 1961, en virtud del cambio favorable de la situación epidemiológica, bajó a $2.800.000 aunque esto no quiere decir que el problema de la tuberculosis en el país esté resuelto, pues se está lejos de ello.

Expresa su satisfacción por haberse planteado un problema de tanta importancia que afecta a todos los países, y felicita sinceramente al Director por su valioso informe.

El Dr. AGUILAR (El Salvador) señala que de acuerdo con los datos estadísticos presentados, resulta que su país, que es el más pequeño de América, tiene el mayor índice de morbilidad: 158 por 100.000 habitantes, y posiblemente, esta cifra sea el resultado de una investigación que no se hace en todo el país, sino en el 50% de la población, la cual se inició en 1950 a raíz de un programa conjunto con la Organización Panamericana de la Salud y el UNICEF. Cree que si el programa se extendiese, posiblemente la cifra sería mayor.

Estima muy interesante la información del Director con respecto a los costos, pues en cada país debe calcularse con apego a la realidad cuál es el costo de cada caso y el de contactos; opina con respecto al costo de contactos, cuando se trata de hacer quimioprofilaxis, que el costo que está bastante bajo, si se considera lo difícil que es seguir el tratamiento en una persona que se siente sana, y cuando no se tiene suficiente personal, porque justamente lo que se necesita para la quimioprofilaxis es el control bajo un personal entrenado.

Dice que en su país se están haciendo anualmente 100.000 radiografías, de las cuales 60.000 son nuevas, y 40.000 antiguas, de obreros o empleados públicos, a quienes se les exige para su certificado de salud; estas radiografías significan dinero y significan también cierta educación del público, es decir, estima que todo esto podría dedicarse a otra clase de investigación.

Señala otros aspectos socio-económicos, como la situación del jefe de familia, que al dejar de trabajar, deja a sus familiares sin poder mantenerse; cree que debería tomarse en cuenta al calcular el costo de la tuberculosis no solamente la hospitalización y la busca de contactos, sino también lo que necesita la familia para alimentarse. Así, muchas veces el tuberculoso rehuye el hospital o la clínica, para poder seguir trabajando y mantener a sus familiares, lo que forma un círculo vicioso, por el contagio de sus parientes.

Dice que en su país existe un Comité que coopera con la Unidad de Salud para llevar la protección al tuberculoso por medio de alimentos. Considera que debe insistirse en el aspecto de la educación y de la información al público, con el objeto de quitar el miedo a los enfermos de tuberculosis, a quienes se mira como elementos indeseables, a tal grado que prefieren irse de la ciudad de residencia, aún cuando existan allí centros de salud, para tratarse en otro lugar donde no sean conocidos.

Se suspende la sesión a las 4:10 p.m. y se reanuda a las 4:40 p.m.
The session was recessed at 4:10 p.m. and resumed at 4:40 p.m.

El Dr. HYRONIMUS (Francia) dice que lo ha impresionado mucho el informe del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y que le han interesado vivamente las cifras presentadas porque coinciden perfectamente con las que él mismo posee y con la idea que él podía hacerse sobre la marcha y gastos necesarios para llevar a cabo en un país dado la lucha antituberculosa.

Expone seguidamente que en los Departamentos Franceses, la lucha antituberculosa está bastante adelantada y, en un Departamento como la Martinica, sólo para la prevención y el descubrimiento de casos se gastan aproximadamente $120.000 anuales. Añade que se ha llegado allí a la tuberculino-reacción sistemática en todos los niños en edad escolar así como en los que nacen en las clínicas de maternidad y los que se encuentran en casas-cunas. La vacunación con BCG es obligatoria por disposición legal, pero no se ha logrado aún vacunar a todas las personas en las edades previstas, es decir durante los primeros años de la vida. Se practica el descubrimiento de casos por radiografía y los niños de familias tuberculosas se colocan fuera del domicilio paterno; además, en la Martinica, se dispone de 170 camas reservadas especialmente para los enfermos que necesiten intervención quirúrgica.

El orador llega a la conclusión de que en la Martinica, casi se ha logrado el control de la tuberculosis, pero señala que le ha sorprendido que se hablara de erradicación, pues, a menos que se dé otro sentido a este término, lo considera prematuro y cree que antes que hablar de erradicación hay que hablar de control. En primer lugar, falta mucho para

que todos los países hayan logrado el control; sólo después de eso cabría buscar el modo de llegar a la erradicación. La tuberculosis --agrega-- no se erradica como se erradican por ejemplo, el pian o la malaria, o como se erradica el A. aegypti y hasta como puede erradicarse la viruela. Termina diciendo que, a menos que se descubra una nueva droga que pudiera utilizarse pronto, no cabe pensar en la erradicación de la tuberculosis y que ni siquiera los países más adelantados en la lucha antituberculosa, como Suecia, hablan de erradicación.

El Dr. SANCHEZ VIGIL (Nicaragua) expresa su gran entusiasmo por el espléndido trabajo presentado por el Director de la Oficina y su personal, así como por la documentación y el trabajo de Panamá, hecho por un maestro como el Dr. Calvo. Califica de magníficos los esfuerzos hechos por Cuba y felicita a ese país, porque prácticamente parece que ha hecho bastante en los últimos tiempos a este respecto.

Indica, seguidamente, que le llamó mucho la atención la propuesta del Representante de Estados Unidos de América acerca del asunto de erradicación. Entiende el orador que, prácticamente, esta enfermedad es una de las enfermedades erradicables en los tiempos presentes: se pueden localizar los focos, cortar la vía de transmisión mediante drogas e inmunizar a la población. Por lo tanto, se dispone de los tres elementos completos para el control, y la idea es técnicamente factible.

Por otra parte --agrega--, los países Latinoamericanos están en vías de industrialización y los ciclos industriales van precedidos por una

infección bastante alta de tuberculosis, que llega prácticamente hasta la infección masiva para declinar después. Considerando, por lo tanto, que dichos países están entrando en una etapa de industrialización peligrosa en cuanto a esta enfermedad, esta erradicación se pagaría sola porque hay que tomar en cuenta las cifras que ha dado el Dr. Calvo, y pensar que la enfermedad ataca al grupo de edad de 20 a 40 años, o sea en la edad de mayor productividad, con lo cual disminuye la potencialidad de trabajo y deja de ganar un individuo que prácticamente debería estar apto y capaz para laborar por su país. El orador llega a la conclusión de que financieramente también es factible la idea y de que llegará a ser una necesidad imperiosa para el futuro.

Refiriéndose a lo que se está haciendo en Nicaragua para resolver el problema de la tuberculosis, dice que primero se ha reunido todo lo que sobre tuberculosis existe en asistencia social, servicios sociales y salubridad, y luego, en la Dirección General se ha llamado a pláticas a los llamados Clubs de Servicios, Rotarios, Leones y otros elementos de esta clase que pueden ayudar en la campaña, lo mismo que las otras entidades gubernamentales que pueden también auxiliar, bajo la dirección del Departamento Normativo y de Enfermedades Transmisibles del Ministerio de Salubridad Pública, y así la lucha no será tan costosa. Además, se cuenta con una ayuda de la ICA para cambiar equipos y modernizar todo el proceso.

Termina haciendo una aclaración sobre el hecho de que también en Nicaragua se ha encontrado, a través de los rayos-X, un alto grado, 2,4% de positivos de tuberculosis, pero considera que estos 2,4% están enmascarados

también en cuanto a los rayos-X se refiere, a histoplasmosis y, muy posiblemente, a una cantidad de bacilos tuberculosos no patógenos que usualmente aparecen y que den imágenes radiográficas falsas. Esta observación le fue confirmada por el Dr. Edward, consultor que fue ex-profeso de Nueva York a Florida para realizar una pequeña encuesta, quien averiguó que entre el 17 y el 21% de casos diagnosticados positivos por los rayos-X eran sencillamente de bacilos no patógenos. Por esta razón --agrega--, los sistemas de cultivo del laboratorio y todos los sistemas fluoroscópicos para examen, revelan que en realidad todavía hay un 80% de casos que no son positivos, y quizás por este motivo la Organización Mundial de la Salud prefiera la bacilometría a la radioscopía.

El Dr. Quiros (Perú) recuerda que este interesante tema se está hoy revisando como consecuencia de la propuesta presentada por la Delegación del Perú en la última Conferencia Sanitaria Panamericana.

Considera de singular interés que se lleven a cabo investigaciones epidemiológicas con respecto a la tuberculosis, puesto que es muy poco lo que se conoce en la actualidad acerca de su epidemiología, a pesar de ser una enfermedad que hace tantos años ha merecido consideración especial por todos los científicos. Sin embargo, no se han hecho estudios muy intensos en lo que se refiere a su epidemiología, sino más bien a los aspectos clínicos. No hay que olvidar --añade--, que la lucha antituberculosa sólo recientemente se ha ido incorporando como un programa de salud pública a los programas generales de salud pública, y que hasta hace muy poco tiempo estaba considerada como una actividad fundamentalmente basada en la atención hospitalaria.

Señala el orador que la realización de programas piloto reviste singular interés para poder despejar una serie de incógnitas con respecto a sus posibilidades prácticas, ya que si bien se ha simplificado mucho el tratamiento con la posibilidad de tratar con drogas que se ingieren por vía oral, una serie de factores de orden cultural oponen ciertas dificultades a este tipo de tratamiento en lo que se refiere a la posibilidad de que los enfermos tomen la droga, lo que ha hecho muchas veces que programas de esta naturaleza fracasen, tanto en lo que se refiere a tuberculosis como a otras actividades. Estos programas pilotos permitirán averiguar si es posible llevar a la práctica programas de esta naturaleza.

Con respecto a estos programas de tratamiento ambulatorio, el Dr. Quirós atribuye también especial interés a la posibilidad de que los servicios de salud del Perú, tal como están organizados, puedan absorber los programas de control de la tuberculosis con el personal de que disponen y como ya ocurre con otro tipo de actividades. Las autoridades peruanas de salud están enteramente de acuerdo con la integración de los programas de tuberculosis con los programas generales de los centros de salud, pero tienen una seria preocupación con respecto al volumen que ellos significan para la atención de los enfermos con respecto a las posibilidades actuales. En la práctica, esto ha traído como consecuencia que los jefes de los servicios de salud consideren que la tuberculosis no es una de sus obligaciones, sino que siempre confían en que esa enfermedad debe ser atendida por una campaña nacional,

tal como lo ha sido hasta la fecha. Todos estos aspectos van a ser adecuadamente estudiados dentro de los programas piloto, y así se podrá llegar a una conclusión a la brevedad posible.

Concluye diciendo que está de acuerdo con el Representante de Francia en que, por el momento, sería un poco difícil hablar de erradicación de la tuberculosis, aunque sin perder de vista la posibilidad de que se pueda alcanzar este objetivo en un plazo más o menos razonable.

El Dr. BOVE ARTEAGA (Uruguay) expresa que hace unos años, cuando se sabía que en una casa había un tuberculoso, se tenía la convicción de que éste no solamente no era curable sino que arrastraba a toda la familia, como efectivamente ocurría. Hoy esto ha cambiado, al menos en el Uruguay, por la visión que se ha tenido, por los controles que se han establecido y porque el pueblo ha comprobado que la tuberculosis, a pesar del drama que es como enfermedad, es una enfermedad como cualquier otra que se cura y se cura bien cuando se llega a tiempo y se hace el diagnóstico precoz.

El orador afirma que la tuberculosis es una enfermedad social; como dijeron los Representantes de Cuba y de México, y está relacionada con el agua, la vivienda y la nutrición. En este sentido se refiere a los llamados vicios sociales y dice que si a ranchos de terrones sin comodidad sanitaria, sin agua potable, se agrega el alcoholismo, y si el jefe de familia toma el juego como base principal de su

esparcimiento, el estándar de vida y de alimentación de esa casa es inferior completamente a lo que debe tener cada habitante del país, sea niño, o adulto.

Añade el Dr. Bove Arteaga que, en el Uruguay, una Comisión Honoraria creada por ley, que lógicamente depende siempre del Ministerio de Salud Pública, se encarga de todos estos temas y dispone de medios propios por ley, procedentes de impuestos especiales que en la actualidad deben producir más de $1.000.000 anuales. Diariamente, los equipos salen a los departamentos, al mismo tiempo que se hace la misma labor en la capital de la República y de modo permanente, hasta que toda la población del país haya sido examinada y haya sido diagnosticada. Pero, cuando se diagnostica, no solamente con rayos X sino por los complementos de laboratorio, al primer momento aparecen más lesionados que los que verdaderamente lo son. Entonces sucede lo que se dijo antes sobre la placa grande, pero el control del médico despista y hace desaparecer todas esas situaciones que muchas veces originan diagnósticos que no son efectivos; se solicita una placa grande porque en esos exámenes de multitudes no se puede llevar el control de antecedentes. Son situaciones, por ejemplo, enfermedades anteriores, que pueden producir sombras o algunos datos radioscópicos en una placa chica y provocar la duda sobre el foco de lesión. Pero en el Uruguay, además de hacer todo eso, se practica la vacunación masiva con BCG por obligación, no solamente en los hospitales sino que los médicos

y las parteras tienen la obligación de aplicarla particularmente en los sanatorios, y también es obligación para obtener el carnet de salud, que se exige a casi todas las personas: funcionarios públicos, empleados de comercio, estudiantes, chóferes, etc., etc. Señala el orador que esta lucha ha facilitado el diagnóstico precoz. Pero actualmente, por medio de equipos móviles se están haciendo los análisis, y al mismo tiempo los complementarios para la diabetes.

Expone luego el Dr. Bove Arteaga que, hace unos años, antes de que la ley diera tantos medios a la Comisión de Lucha contra la Tuberculosis, se tropezaba con el problema de que el tuberculoso, que era jefe de familia se resistía a un tratamiento a causa de su situación familiar. En el Uruguay, esto ha desaparecido; se paga mensualmente al paciente lo que él ganaba, aumentándose todos los años de acuerdo con el estándar de vida, para que el bacilar, hombre o mujer, que mantiene su hogar, no tenga absolutamente ninguna preocupación. De esta manera, el bacilar sabe no tiene que preocuparse por la familia, ni conflictos de orden moral pensando en los hijos, la mujer, la madre, o los familiares, porque ésos reciben puntualmente cantidades suficientes para vivir decorosamente. Además, si la casa donde viven es propiedad del paciente y no está en las condiciones necesarias de buena vivienda, se les ayuda también a ponerla como es debido. Por otra parte, después de dar de alta al enfermo, se ficha dónde vive y las visitadoras sociales permanentemente están en

contacto con él, a pesar de que se crea que está curado y de que viva en su núcleo familiar. En el Uruguay no existe problema de camas ni de hospital.

Expone luego el orador que esta clase de enfermos, quizá por su situación psíquica moral, ofrecen siempre resistencia a un tratamiento hospitalario y hay que convencerlos, aun a los abiertos para que estén un tiempo en el hospital, porque el aislamiento total del enfermo con una tuberculosis abierta, no solamente es imprescindible y necesario para la buena asistencia y el buen curso de la enfermedad sino para el núcleo que lo rodea.

El Representante del Uruguay se refiere también al problema de la educación. Expone que antes no había ningún paciente que dijera que había estado hospitalizado en una institución de esta clase; en cambio hoy, la educación, el criterio que se ha formado de la cura de la enfermedad, de que no se contagia más, de que se cura definitivamente, de que el médico lo envía nuevamente curado y que puede convivir con su familia, ha traido como consecuencia que crea que es una enfermedad como cualquier otra y no tenga ningún inconveniente en decirlo.

Refiriéndose al carácter de enfermedad social de la tuberculosis, afirma que algunos países de Sudamérica comen demasiado y a veces mal, porque en algunos países del Río de la Plata se consumen demasiadas proteínas, y es difícil educar al pueblo para que sepa comer bien si está acostumbrado a un producto abundante en el país, por ejemplo las carnes.

El Dr. Bove Arteaga concluye diciendo que desgraciadamente la lucha contra la tuberculosis no puede resolverse mediante una vacuna, sino que requiere tratar los factores que influyen en el desarrollo, en el medio de la tuberculosis, pero cree que no peca por muy optimista considerando que si los países tuvieran la suficiente solvencia material para vivir y alimentarse decorosamente, de tener una vivienda con el estándar de vida que se debe dar a cualquier ciudadano de cualquier país del mundo, no sería una ilusión la erradicación de la tuberculosis.

El Dr. LATTUF (Venezuela) estima que la evolución del problema de la tuberculosis no puede apreciarse correctamente con la sola comparación de cifras de un año a otro. Las cifras absolutas que se han registrado en Venezuela revelan lo que aún falta por hacer y cómo aumentará el trabajo al extenderse los serivicios de diagnóstico; la mortalidad viene descendiendo en todo el país; la tasa de mortalidad por 100.000 habitantes, en 1955, fue de 33,4 y en 1959 bajó a 21,9. La morbilidad alcanzó en 1960 la tasa más baja registrada en los últimos 10 años, y el número de examinados fue 20% más que el año 1959, que permitió diagnosticar un número mayor de casos: 6.863, la más alta cifra registrada hasta ahora. El problema epidemiológico no ha empeorado, pero ha adquirido mayor relieve el problema de asistencia y tratamiento. Mientras mayor sea el número de casos conocidos tanto mayor es la responsabilidad de tratarlos adecuadamente, desde un punto de vista individual para restituirles la salud; desde un

punto de vista sanitario, para suprimir fuentes de contagio y, desde un punto de vista económico-social, para reintegrarlos a la familia y a la sociedad como seres productivos. En Venezuela --agrega-- las cifras de vacunación con BCG son bajas pero se han tomado medidas precisas y bien controladas para alcanzar cifras convenientes.

Considera el orador que un programa continental de lucha antituberculosa requerirá una gran inversión previa para el estudio del problema, y no se dispondrá de suficiente número de organizaciones locales de salud pública sobre las cuales apoyar una lucha sistemática y estable; además ésta no estaría justificada ante la magnitud de los problemas generales, no sólo de salud sino económico-sociales, que en los países constituyen el fondo común a muchas enfermedades. Intensificar los programas existentes en la actualidad y contribuir a la elaboración y ampliación de proyectos, sería la mejor forma de aplicar los medios financieros disponibles en los países.

El Dr. OLGUIN (Argentina) expresa que el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana ha presentado, en un magnífico relato, el panorama del problema de la tuberculosis en América y ha abierto discusión sobre una de las enfermedades de gran importancia en salud pública, por su repercusión en la salud de los pueblos. Es evidente que la lucha antituberculosa ha iniciado una etapa decisiva en estos momentos. Los adelantos de la quimioterapia, la cirugía toráxica, la radiología, la bacteriología, la educación sanitaria, etc., han asegurado brillantes resultados en el tratamiento y la profilaxis

de la tuberculosis. El diagnóstico temprano, mediante el examen sistemático tuberculínico y radiológico, tratamiento oportuno y correcto con las modernas drogas, eventualmente complementado con procedimientos quirúrgicos, la profilaxis de los focos de infección, la amplia difusión de la vacuna BCG, la aplicación de la quimioprofilaxis, cuyos resultados parecen ser muy alentadores, son los métodos que, hábilmente coordinados y adaptados a las necesidades y posibilidades de cada organización, constituyen la sólida base de la moderna lucha antituberculosa. Huelga decir que el aporte de la acción sanitaria específica contra la tuberculosis, enfermedad evidentemente social, es, en forma muy importante, complementada por todas las medidas tendientes al mejoramiento del nivel de vida de las poblaciones, tales como son la vivienda higiénica, la alimentación correcta, la higiene del trabajo, la educación sanitaria, todas ellas constituyentes de un sólido e indispensable aporte a la lucha

La tuberculosis --agrega-- ha sido, si no erradicada, por lo menos dominada en algunos países. Eso exige ingentes recursos, pero está ampliamente compensado no sólo por el bienestar de la población sino por el beneficio económico que reporta el evitar una enfermedad crónica que invalida o mata en la edad de mayor productividad. Por esta razón, señala que le entusiasma en realidad el concepto que expresara el Dr. Watt de la meta de la erradicación de la enfermedad.

Refiere a continuación el orador que en la Argentina, el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública ha considerado y considera la tuberculosis como un problema sanitario nacional de primera magnitud, y ha asignado a la lucha antituberculosa la jerarquía que merece en su programa sanitario integral. Mucho se ha obtenido ya con la eficiente coordinación de las actividades en el orden nacional, provincial, municipal, universitario y privado, desarrollado en las diferentes organizaciones. En ese sentido, la creación del Consejo Asesor y Coordinador de Lucha Antituberculosa ha permitido la unidad de acción indispensable en toda actividad sanitaria, evitando la distracción de esfuerzos y multiplicando sus resultados. El programa nacional de lucha que está en vigencia y que fue elaborado por ese Consejo, se esta cumpliendo en diversas zonas del país en la medida en que lo permiten los recursos técnicos y materiales. En estos momentos, la preocupación fundamental del Ministerio es la de dar solución a dos importantes problemas de orden nacional: la asignación de recursos económicos indispensables y la formación de técnicos profesionales y auxiliares sin los cuales sería ilusoria la obtención de resultados efectivos. Se pretende así que la repercusión económica del país, que de por sí ha de influir beneficiosamente sobre el problema de tuberculosis como enfermedad eminentemente social, encuentre la organización de la lucha antituberculosa asentada sobre sólidas bases que le permita acometer un ataque definitivo sobre la enfermedad.

En la elaboración de este programa de acción se ha tenido en cuenta la característica epidemiológica de la tuberculosis humana y de la tuberculosis animal, y se ha considerado y estudiado la pérdida económica que ocasiona la tuberculosis humana. En este sentido, podría sintetizarse el estado del país de la siguiente manera:

1. Existen en la actualidad 15.000 camas para tuberculosos; calculando el costo-cama por día en 300 pesos de promedio para los diversos establecimientos, se invierte en la asistencia horizontal por año 1.600.000.000 de pesos.

2. Se producen en el año alrededor de 10.000 casos nuevos de tuberculosis en todo el país, enfermos a quienes hay que abonar sus salarios sin que produzcan. Si se calcula en 4.000 pesos el promedio de retribución mensual, se pierde en este rubro 480.000.000 de pesos.

3. Suponiendo que la mitad de esos enfermos nuevos sigan su tratamiento internados, la otra mitad, 5.000, deben ser tratados ambulatoriamente, a un costo unitario de 20.000 pesos por año, es decir, 100.000.000 de pesos.

4. Se producen en el año de 3.000 a 4.000 muertes por tuberculosis, de las cuales las 3/4 partes suceden en la edad de mayor capacidad de producción. Si se estima en 1.000.000 de pesos en promedio lo que ese ser desaparecido en edad juvenil deja de producir, se pierden alrededor de 2.000.000.000 de pesos. Lo antedicho suma ya más de 4.000.000.000 de pesos, a los cuales hay que agregar la falta

de productividad de los miles de crónicos e inválidos por causas de la tuberculosis, los gastos de protección y asistencia social de los familiares de los enfermos o muertos por tuberculosis y la pérdida que implica la muerte del enfermo a los efectos de la procreación. La cifra mencionada justifica ampliamente, desde el punto de vista económico, las inversiones que en el orden de la lucha antituberculosa se requieren para su profilaxia.

En cuanto a la organización de lucha antituberculosa del país, está en la actualidad integrada por una entidad central rectora para todo el país: la Dirección de Lucha Antituberculosa, del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación. Un conjunto de direcciones provinciales especializadas, que son ejecutivas en sus respectivos territorios, y entidades privadas de lucha en la Capital Federal y algunas provincias, desarrollan una labor de gran envergadura. La Dirección de Lucha Nacional cuyos establecimientos están repartidos en el país, coordina su labor con las provincias que cuentan con una organización eficiente, colaboran con las que lo necesitan, y realizan la obra profiláctica en las que carecen de elementos propios. Cabe destacar que asimismo las entidades privadas benéficas de lucha antituberculosa, ligas y mutualidades, han constituido un organismo único auspiciado por el Ministerio Nacional: la Federación Argentina de Sociedades Antituberculosas Privadas, tendiente a uniformar su acción y establecer vínculos de estricta colaboración

con las instituciones oficiales para el acatamiento de las disposiciones del programa nacional en vigencia.

Como armamento antituberculoso se utilizan en primer lugar, los hospitales para enfermos tuberculosos; en segundo lugar, un servicio de dispensarios; en tercer lugar, laboratorios de producción de vacuna BCG, y, en cuarto lugar, la formación de médicos especializados. Con respecto al costo de la lucha antituberculosa en cifras aproximadas, puede decirse que el Ministerio de Salud Pública de la Nación invertirá en el presente ejercicio 400.000.000 de pesos en esta campaña. El monto de inversión por parte de las organizaciones provinciales, municipales y privadas, alcanzará a los 500.000.000 de pesos.

Por último, el orador resume las realizaciones en materia de lucha antituberculosa en la Argentina desde el año 1958 hasta la fecha, en los siguientes términos:

En primer lugar, la acción rectora y normativa de los organismos nacionales, la centralización de las actividades rectoras y normativas de la Dirección de Lucha Antituberculosa, con su Consejo Nacional Asesor, han permitido unificar los criterios y los métodos de lucha, y coordinar las actividades. En segundo lugar, se han creado Direcciones Provinciales de lucha antituberculosa en distintas provincias. En tercer lugar, el Gobierno nacional ha prestado a las

provincias y organizaciones de lucha una colaboración que se traduce en fondos, equipos, elementos, asesoramiento, personal, etc. Además, se han concertado convenios sanitarios entre las autoridades nacionales y provinciales. En estos convenios se estipula, por una parte, la obligación de la colaboración nacional y, por otra parte, la organización provincial y el desarrollo por parte de las provincias de la lucha antituberculosa en cumplimiento de un programa nacional.

El Ministerio ha contratado especialmente a médicos tisiólogos y, además, ha habilitado camas para tuberculosos, porque a pesar de la moderna orientación de la lucha antituberculosa, que da preferencia a la profilaxia y a la cura domiciliaria ambulatoria de los enfermos no-avanzados, el estado epidemiológico del país obliga todavía a aumentar el uso de camas. Asimismo se cuenta con una legislación tuberculosa que establece la vacunación antituberculosa obligatoria, y, en el orden provincial, corresponde destacar la existencia de decretos y resoluciones inspiradas en las normas de los organismos centrales.

Asimismo se realizan campañas sanitarias, con fines específicos y limitadas a grupos humanos determinados o a zonas geográficas. Las campañas que en este momento se están realizando son las siguientes: catastro radiológico y tuberculínico y vacunación con BCG; catastro radiológico y tuberculínico y vacunación con BCG de la clase militar; catastro radiológico y tuberculínico y vacunación con BCG en establecimientos dependientes del Consejo Nacional del Menor; catastro

radiológico y tuberculínico y vacunación con BCG de los obreros y empleados de la industria azucarera de Salta y Jujuy; vacunación con BCG en las Maternidades Nacionales de la ciudad de Buenos Aires; catastro radiológico y tuberculínico y vacunación con BCG en la provincia de Chubut; encuesta sobre la prevalencia de la tuberculosis, realizada con la colaboración de la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF, de acuerdo con el convenio tripartito suscrito oportunamente. En este sentido se ha llevado a cabo en El Chaco 10.000 exámenes y la encuesta está en marcha en dicha provincia, Río Negro y la Pampa, y se proyecta continuar en las de Corrientes, Formosa y Misiones. También se está llevando a cabo el catastro radiológico y tuberculínico y la vacunación con BCG en los establecimientos penales y el catastro radiológico y tuberculínico y la vacunación con BCG del personal de la Enfermería Nacional.

Estas campañas han sido complementadas, como es lógico, con el tratamiento de los enfermos descubiertos, y la profilaxia de los focos de infección. Todo ello con una coordinación general de la lucha. Además se ha asegurado la activa participación científica de los organismos nacionales, y en estos momentos se considera y se concreta la creación del Centro Nacional de Lucha Antituberculosa, acerca del cual se requirió la colaboración de la Organización, Centro cuya próxima creación con sede en Recreo, provincia de Santa Fé, permitirá por su finalidad una mayor eficacia en la lucha contra la enfermedad. Este Centro destinado a la capacitación del personal técnico y auxiliar necesario para la lucha antituberculosa en todo el país, a la investigación y la aplicación de los métodos de lucha y asesoramiento permanente de todos los organismos especializados, está en etapa avanzada de organización y se ha de habilitar en el corriente año.

El Dr. ZELAYA PINEL (Honduras) comienza diciendo que el problema planteado por la tuberculosis en su país representa una causa de morbilidad y mortalidad de primer orden.

Refiere lo que han hecho hasta la fecha, empezando en una forma organizada en el año 1957 con una campaña de vacunación nacional BCG. Posteriormente los esfuerzos se han dirigido a la estructuración del Departamento de Tuberculosis en el Ministerio de Salud Pública, Departamento que posteriormente se ha transformado y donde se actúa ya con trabajadores de salud pública especializados, los cuales han contado con becas ofrecidas por la Organización Panamericana de la Salud. Este Departamento ha conjugado esfuerzos con otras entidades, trabajando en coordinación con la Liga contra la Tuberculosis y la Sociedad de Tisiología; cuyos tres organismos se han reunido para constituir el Comité Coordinador Nacional de la Campaña contra la Tuberculosis.

Explica que las funciones de la Liga son de diversa índole, de iniciativa; de educación, de financiamiento, etc., pero se destaca el aspecto de construcciones, que se han efectuado en distintos lugares, ya que eran de imperiosa necesidad, sobre todo para el encamamiento de enfermos. Por lo que respecta al financiamiento de esta campaña, manifiesta que se ha logrado obtener la ayuda de los sectores privados, de las fuerzas vivas de la población.

El Dr. CALVO (Panamá) desea reforzar algunos puntos expuestos anteriormente. Considera que la resolución del Consejo debe hacer ver a los países del Continente la necesidad de atacar el problema de

la tuberculosis decididamente, mediante un programa panamericano contra la tuberculosis, para los próximos diez años, con metas precisas. Al respecto, señala entre ellas, la de reducir la primoinfección tuberculosa en los diferentes grupos de edades, fijando con una cierta precisión lo que se pueda alcanzar en los próximos 10 años; otra, sería la de reducir a la mitad, como mínimo, la presente mortalidad o morbilidad de la tuberculosis en todos los países de América proporcionalmente; y la otra el reducir por lo menos en un 30% la morbilidad activa en los próximos 10 años.

Dice que no es tan optimista como el Dr. Wyatt en el problema de la erradicación pues le parece que ni siquiera se ha establecido el criterio correspondiente, ya que el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud estableció, según parece, el 1% de tuberculinorreactores a la edad de 15 años, y ésta es una meta prácticamente imposible de conseguir en la América Latina en los próximos 50 años. Estima que en áreas de los Estados Unidos de América muy favorecidas por el control de la tuberculosis, por ejemplo Minesota, todavía se encuentra alrededor de un 5 a 10% en los escolares; y esto es bastante bajo, pero todavía bajar estas cifras, bajar de 5% de tuberculinorreactores a 15 años, es una cosa muy difícil. Por ello cree debe establecerse un plan de control para la América actualmente, a corto plazo, con ciertas metas definidas, y para prepararse, en un futuro no lejano, a largo plazo, antes de comenzar a pensar en erradicación de tuberculosis.

El Dr. FERNANDEZ NARANJO (República Dominicana) presenta un proyecto de resolución recomendando a los Países Miembros qe estudien la magnitud del problema de la tuberculosis en sus respectivos territorios procurando conocer mejor la incidencia y prevalencia de la enfermedad, para lo cual es imperativa la búsqueda intensiva y organizada de los casos y la notificación oportuna de los mismos; recomendando a los Países Miembros que procuren determinar el costo de las medidas específicas de control de la tuberculosis, su eficacia y las posibilidades económicas del país para llevarlas a la práctica; recomendando a los Países Miembros que revisen la orientación de los programas de control de la tuberculosis con el objeto de lograr el mejor rendimiento posible de los recursos humanos y materiales disponibles y recomendándoles asimismo que siempre que sea posible los programas de control de la tuberculosis formen parte de las actividades normales de los servicios ordinarios de salud pública; recomendando que se fomente en cada país la participación activa y bien organizada de la iniciativa privada, bien sea por medio de patronatos, consejos o ligas antituberculosas, a fin de que tales organismos privados se incorporen económicamente al esfuerzo financiero que realizan los respectivos Gobiernos Miembros, y autorizando al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana para que procure obtener recursos económicos adicionales que permitan la ejecución de un programa continental de lucha contra la tuberculosis incluyendo la investigación de todos aquellos problemas que guarden relación con la enfermedad y que pueda contribuir a su más rápida solución.

El Dr. CALVO (Panamá) teniendo en cuenta que esta solución es de suma importancia, sugiere que el proyecto del Representante de la República Dominicana sea examinado por un grupo de estudio y que en 24 horas informe sobre ella.

El Dr. ALDEREGUIA (Cuba) secunda la proposición del Representante de Panamá en el sentido que, fundándose en el proyecto de resolución preparado por el Representante de la República Dominicana, un grupo de estudio presentara un proyecto de resolución que fuera más completo.

> Decisión: Por unanimidad se acuerda posponer la aprobación de la resolución sobre este tema y designar un grupo de trabajo integrado por los Representantes de los Estados Unidos de América, Panamá, República Dominicana y Venezuela para que estudie y someta a la aprobación del Consejo un proyecto de resolución que refleje los comentarios y observaciones formulados durante el debate.
>
> /Decision: The Council unanimously agreed to postpone the approval of the resolution on this topic and to appoint a working party, composed of the Representatives of the Dominican Republic, Panama, the United States of America, and Venezuela, to study and present to the Council for approval a resolution that would reflect the comments and observations made during the discussion./

El Sr. DAVEE (Observador, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) declara que se limitará a indicar lo que, con respecto a este problema de una lucha continental contra la tuberculosis, puede deducirse de las lecciones que se ha podido aprender con las campañas de erradicación de la malaria. Si, en la actualidad, la Organización Mundial de la Salud

y el UNICEF estuvieron de acuerdo para favorecer la formulación de campañas piloto fue por varias razones. Una de ellas, que era totalmente cuerdo evitar lo que él llamaría algunas de las audacias del planeamiento de erradicación de la malaria. Por otra parte, en el caso de la tuberculosis, hay problemas mucho más complejos, como las campañas de masa experimentales del uso de las drogas, el aspecto también mucho más complejo del elemento humano, la dificultad en la logística, y estos aspectos de lucha social a los que aludía el Representante del Uruguay y que no se han introducido en la cuenta. Por lo tanto, el sistema de luchar contra la tuberculosis por medio de campañas piloto está dentro de los recursos actuales. Hay en la actualidad campañas de este tipo en la Argentina, el Perú y México; dentro de poco habrá en la República Dominicana y en Bolivia, y habrá otras más. Y los comentarios que quizás puedan tener cierto valor en la decisión final del Consejo es que, si se analiza el resumen del planeamiento financiero indicado en un documento, por otra parte excelente, de la Oficina Sanitaria Panamericana, lleva a esta observación: que si en el caso de una campaña como erradicación de la malaria, la participación de entidades internacionales pudo llegar hasta la tercera parte del costo, es poco verosímil que para una campaña contra la tuberculosis llegue a esta proporción lo que se pueda recibir de organizaciones internacionales.

Indica a continuación el orador que hizo un cálculo rápido de las bases de lo que son actualmente las campañas piloto, cálculo que, evidentemente, habría que comprobar, pero llegó a la conclusión de que si una campaña costaría unos $63 millones al año, no cree que organizaciones internacionales, dentro de los criterios actuales, puedan contribuir en mucho más de unos $3 millones. Lo que significa que esta campaña pondría a los Gobiernos en una situación absolutamente idéntica a aquella en que ellos se encuentran actualmente en la fase de vigilancia de las campañas de erradicación de la malaria, en que hay poco costo en insecticida, pero mucho costo en personal y logística. Por lo tanto, teniendo en cuenta el peso actual de las campañas de erradicación de la malaria en América Latina, considera difícil que los presupuestos actuales de América Latina en salud pública puedan soportar dichos gastos de una campaña continental a no ser que se puedan encontrar otras fuentes de financiamiento dentro de un planeamiento que quizás podrían hacer sobre la base de la Carta de Punta del Este.

Dr. PERKINS (Observer, International Union Against Tuberculosis) thanked the Council for its courtesy in inviting him to be present at this discussion, one which he considered a memorable experience. He thought that the Executive Committee was to be congratulated on having suggested that such a plan be formulated, and that the Secretariat was to be commended on

having prepared the document presented, which would no doubt have to be modified as further experience warranted. The plan itself was sound, he said, and appeared to fit in with all the recent discussions on general tuberculosis control --those of the WHO Expert Committee on Tuberculosis, the technical discussions during the World Health Assembly, the Arden House Conference on Tuberculosis, held in Harriman, New York, sponsored by the U. S. Public Health Service and the National Tuberculosis Association, and the very recent discussions held during the International Conference on Tuberculosis in Toronto, sponsored by the International Union Against Tuberculosis.

With reference to the cost estimates that had been cited, he considered these to be low, perhaps because he was applying U. S. standards. If the total figure of $630.000,000 for a 10-year period might appear to be overwhelming, he would point out that it is estimated that in the United States $700.000.000 are being spent each year on tuberculosis control. The 10-year figure could thus be compared in this light.

Commenting on the concept of eradication, Dr. Perkins said that he had done everything possible to stimulate the use of that term. He believed that eradication should be considered as an ultimate goal, as the WHO Expert Committee had done, though no time limit has been specified for reaching that goal. He knew of no scientific basis for assuming that it is not possible, ultimately, to eradicate tuberculosis, though he realized that there is hesitation in many countries in using

the term at this time. In fact, he thought it interesting to note how the term has been modified when presented. When it was used by the National Tuberculosis Association, the International Union changed it to "elimination as a public health problem;" the World Health Assembly had divided it into two parts: steps toward control in the developing countries, and --if he recalled correctly-- exploration of steps for eradication in the developed countries. Regardless of the phraseology, he believed that people are beginning to think in terms of eradication and that it is fitting that they do so.

He concluded by again thanking the Council for the opportunity of being present and expressed the hope that the Council would adopt a strong resolution, along the lines proposed by the Representative of the Dominican Republic.

TEMA 13: INFORME DEL SUBCOMITE SOBRE DOCUMENTOS BASICOS DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (Documento CD13/16)
Nueva reunión del Subcomité

TOPIC 13: REPORT OF THE SUBCOMMITTEE ON BASIC DOCUMENTS OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (Document CD13/16)
New meeting of the Subcommittee

The CHAIRMAN announced that the Subcommittee on Basic Documents had not been able to meet because of the absence of one member. He therefore suggested that the Representatives of Mexico and Nicaragua be appointed to collaborate with the Subcommittee in the task entrusted to it by the Council.

Decisión: Se acordó designar a los Representantes de México y Nicaragua para que se reunieran con el Subcomité de Documentos Básicos, el 12 de octubre, a las 9:15 a.m., a los efectos de colaborar con el Subcomité en la preparación de un informe que habrá de presentar al Consejo antes de terminar sus sesiones.

/Decision: The Council agreed to appoint the Representatives of Mexico and Nicaragua to meet with the Subcommittee on Basic Documents on 12 October, at 9:15 a.m., for the purpose of assisting the Subcommittee in the preparation of a report to be presented to the Council prior to its adjournment./

Se levanta la sesión a las 5:55 p.m.
The session was adjourned at 5:55 p.m.

consejo directivo

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

XIII Reunión

comité regional

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

XIII Reunión

Washington, D. C.

Jueves, 12 de octubre de 1961, a las 9:45 a.m.
Thursday, 12 October 1961, at 9:45 a.m.

CD13/53
14 octubre 1961
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA DECIMOTERCERA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE THIRTEENTH PLENARY SESSION

Presidente Provisional: Dr. James Watt — Estados Unidos de América
Provisional Chairman:

Presidente: Dr. Miguel E. Bustamante — México
Chairman:

Indice
Contents

Nombramiento de Presidente de la sesión
Appointment of the Chairman of the session

Expresión de condolencia por el fallecimiento del Sr. Guillermo A. Suro, Jefe del Departamento de Conferencias y Publicaciones de la OSP
Expression of condolences on the death of Mr. Guillermo A. Suro, Chief, Conference and Publications Branch, PASB

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar a la Oficina Sanitaria Panamericana (Atención: Jefe de la Sección de Conferencias y Traducciones) las correcciones que deseen ver introducidas en el texto. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión del Consejo.

Note: These précis minutes are provisional. The representatives are therefore requested to notify the Pan American Sanitary Bureau (Attention: Chief, Conference and Translation Section) of any corrections they wish made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the meeting of the Council.

Indice (cont.)
Contents (cont.)

Tema 26: Necesidades financieras para la formulación de un plan continental de abastecimiento de agua y de eliminación de aguas servidas (Documento CD13/19) (conclusión)
Proyecto de resolución presentado por el Grupo de Trabajo
Topic 26: Financial Outlay Required to Formulate a Continental Plan of Water Supply and Sewage Disposal (Document CD13/19) (conclusion)
Draft Resolution prepared by the Working Party

Tema 25: Estado de la erradicación de la viruela en las Américas (Documento CD13/18) (continuación)
Proyecto de resolucion presentado por el Grupo de Trabajo
Topic 25: Status of Smallpox Eradication in the Americas (Document CD13/18) (continuation)
Draft Resolution prepared by the Working Party

Tema 34: Resoluciones de la OMS de interés para el Comité Regional (Documento CD13/29 y Addendum I)
Topic 34: Resolutions of WHO of Interest to the Regional Committee (Document CD13/29 and Addendum I)

Tema 38: Programa Ampliado de Asistencia Técnica (Documento CD13/21 y Addendum I)
Topic 38: Expanded Program of Technical Assistance (Document CD13/21 and Addendum I)

Tema 21: Colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana con los servicios nacionales de salud en materia de prácticas administrativas (Documento CD13/13)
Topic 21: Collaboration of PASB in Administrative Practices of National Health Services (Document CD13/13)

Tema 16: Enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (Documento CD13/10 y Addendum I)
Topic 16: Amendments to the Staff Rules of the Pan American Sanitary Bureau (Document CD13/10 and Addendum I)

Tema 17: Aspectos económicos de las actividades de salud (Documentos CD13/22 y CE43/15)
Topic 17: Economic Aspects of Health Activities (Documents CD13/22 and CE43/15)

NOMBRAMIENTO DE PRESIDENTE DE LA SESION
APPOINTMENT OF THE CHAIRMAN OF THE SESSION

The PROVISIONAL CHAIRMAN called the meeting to order and announced that since neither the Chairman nor the Vice-Chairmen were present, it would be necessary to appoint a Representative to preside over the session.

El Dr. BICHAT RODRIGUES (Brasil) propone al Representante de México, Dr. Bustamante, para que presida la sesión.

Decisión: Se nombra por unanimidad al Dr. Miguel E. Bustamante, Representante de México, para que presida la décimotercera sesión.

/Decision: Dr. Miguel E. Bustamante, Representative of Mexico, was unanimously appointed to preside over the Thirteenth Session./

EXPRESION DE CONDOLENCIA POR EL FALLECIMIENTO DEL SR. GUILLERMO A SURO, JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONFERENCIAS Y PUBLICACIONES DE LA OSP
EXPRESSION OF CONDOLENCES ON THE DEATH OF MR. GUILLERMO A. SURO, CHIEF, CONFERENCE AND PUBLICATIONS BRANCH, PASB

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) da cuenta que, de acuerdo con la propuesta formulada por el Representante de México, Dr. Bustamante en la novena sesión, en el sentido de que el Consejo expresara su condolencia por el fallecimiento del Sr. Guillermo A. Suro, Jefe del Departamento de Conferencias y Publicaciones de la OSP, se ha preparado un proyecto de resolución en ese sentido, que dice así:

"El Consejo Directivo,

En esta su primera reunión después del fallecimiento del Sr. Guillermo A. Suro, que, como Jefe del Departamento de Conferencias y Publicaciones de la Oficina Sanitaria Panamericana, prestó durante muchos años valiosos servicios a los Cuerpos Directivos de la Organización,

RESUELVE:

Expresar su profundo sentimiento por el fallecimiento del Sr. Suro que, a sus virtudes de funcionario, unió su condición humana, su don de gentes, de caballerosidad, de compañerismo y de elevado espíritu, y hacer llegar a su viuda, Doña Piedad de Suro e hijos el testimonio de su más sincera condolencia."

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución expresando la condolencia del Consejo por el fallecimiento del Sr. Guillermo A. Suro.

/Decision: The draft resolution expressing the condolences of the Council on the death of Mr. Guillermo A. Suro was unanimously approved./

TEMA 26: NECESIDADES FINANCIERAS PARA LA FORMULACION DE UN PLAN CONTINENTAL DE ABASTECIMIENTO DE AGUA Y DE ELIMINACION DE AGUAS SERVIDAS (Documento CD13/19) (conclusión)
PROYECTO DE RESOLUCION PRESENTADO POR EL GRUPO DE TRABAJO

TOPIC 26: FINANCIAL OUTLAY REQUIRED TO FORMULATE A CONTINENTAL PLAN OF WATER SUPPLY AND SEWAGE DISPOSAL (Document CD13/19) (conclusion)
DRAFT RESOLUTION PREPARED BY THE WORKING PARTY

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) da lectura al proyecto de resolución sobre este tema, preparado por el Grupo de Trabajo compuesto por los Representantes de los Estados Unidos de América, Panamá, República Dominicana y Venezuela. Dice así:

"El Consejo Directivo,

Habiendo tomado nota con gran satisfacción de la labor realizada por la Oficina Sanitaria Panamericana durante el pasado año en el fomento y desarrollo del programa de abastecimiento público de agua en las Américas y de la ayuda que se viene prestando a los Gobiernos Miembros;

Habiendo quedado enterado de las contribuciones aportadas al Fondo Especial para Abastecimiento Público de Agua por los Gobiernos de los Estados Unidos de América, Uruguay y Venezuela;

Considerando que la Carta de Punta del Este establece que, por lo menos, el 70% de la población urbana y el 50% de la rural deben ser provistas de servicios de abastecimiento de agua y de disposición de excretas en los próximos 10 años;

Considerando que, en todos los casos en que se proyectan servicios de abastecimiento de agua, hay que tener también en consideración la instalación de sistemas de eliminación de aguas servidas;

Reconociendo que el éxito de un programa urbano de abastecimiento de agua y disposición de excretas se basa, en gran parte, en el desarrollo de proyectos que reflejen una buena organización, administración, planeamiento financiero y ejecución;

Considerando que los Ministerios de Salud desempeñan un importante papel en los programas nacionales de abastecimiento de agua y de alcantarillado, no sólo en lo que se refiere a la supervisión de los mismos, en cuanto concierne a la salud pública, sino también en la indicación y coordinación de esfuerzos encaminados a resolver el problema nacional, tanto urbano como rural; y

Teniendo en cuenta que los Ministerios de Salud, los organismos nacionales de abastecimiento de agua, los municipios y otras dependencias gubernamentales relacionadas con los servicios de abastecimiento de agua y de alcantarillado se enfrentan con una grave escasez de ingenieros sanitarios y de otro personal profesional y auxiliar, debidamente preparado,

RESUELVE:

1. Solicitar al Director que continúe dedicando especial atención al programa de abastecimiento de agua a las poblaciones y que prosiga sus gestiones para estimular las inversiones, procedentes de todas las fuentes posibles, en proyectos adecuados de abastecimiento de agua.

2. Expresar su agradecimiento a los Gobiernos de los Estados Unidos de América, Uruguay y Venezuela por las contribuciones aportadas al Fondo Especial para Abastecimiento Público de Agua, y encomendar al Director que invite nuevamente a los Gobiernos Miembros a que contribuyan a este Fondo Especial.

3. Señalar a los Gobiernos la apremiante necesidad de incluir en los planes nacionales a largo plazo, un cálculo del número de ingenieros sanitarios y personal auxiliar que se necesitará para llevar a cabo estos planes, y estimular a los propios Gobiernos a que adopten las medidas pertinentes para obtener y preparar este personal.

4. Recomendar a los Gobiernos que al proyectar los sistemas de abastecimiento de agua preparen simultáneamente proyectos para instalaciones de alcantarillado que puedan llevarse a la práctica, parcial o totalmente, en la medida que permitan los fondos disponibles y de acuerdo con los problemas específicos que se vayan presentando.

5. Solicitar del Director que continúe prestando toda la colaboración posible a los Gobiernos Miembros en sus respectivas actividades de planificación, desarrollo, financiamiento y explotación de sistemas de abastecimiento de agua y de disposición de excretas, y en el adiestramiento del personal que esos programas requieren.

6. Señalar a los Gobiernos la necesidad de conceder alta prioridad a los programas de abastecimiento de agua y de alcantarillado, y la precisión de consignar créditos adecuados para el financiamiento de estos programas mediante la movilización de todos los recursos posibles, nacionales y locales.

7. Reafirmar que la función fundamental corresponde a los Ministerios de Salud en la supervisión de los sistemas de abastecimiento de agua y de alcantarillado, desde la planificación y diseño de estos sistemas, hasta su funcionamiento, y expresar el convencimiento de que los Ministerios de Salud deben estar representados en las juntas directivas de los organismos nacionales de abastecimiento de agua.

8. Señalar a los Gobiernos la gran importancia de una buena organización y administración para el éxito de los servicios de abastecimiento de agua y de alcantarillado, la necesidad de mantener constantemente una estrecha vigilancia en el funcionamiento de estos servicios y la destacada función que deben desempeñar los Ministerios de Salud en estas actividades de supervisión."

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución presentado por el Grupo de Trabajo, sobre el plan continental de abastecimiento de agua y de eliminación de aguas servidas.

/Decision: The draft resolution on the Continental Plan of Water Supply and Sewage Disposal, prepared by the Working Party, was unanimously approved./

TEMA 25: ESTADO DE LA ERRADICACION DE LA VIRUELA EN LAS AMERICAS (Documento CD13/18) (continuación)
PROYECTO DE RESOLUCION PRESENTADO POR EL GRUPO DE TRABAJO
TOPIC 25: STATUS OF SMALLPOX ERADICATION IN THE AMERICAS (Document CD13/18) (continuation)
DRAFT RESOLUTION PREPARED BY THE WORKING PARTY

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) da lectura al proyecto de resolución sobre este tema, presentado por el Grupo de Trabajo compuesto por los Representantes de Bolivia, Brasil, Cuba y Chile, que dice así:

"El Consejo Directivo,

Habiendo examinado el informe sobre el estado del programa de la erradicación de la viruela en las Américas (Documento CD13/18) presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana; y

Considerando que si bien la viruela ha desaparecido ya de varios países del Hemisferio, su persistencia en otros constituye un grave peligro para los que ya la eliminaron y, a la vez, una carga económica que obliga, en muchos casos, al desarrollo posterior de nuevos programas masivos de vacunación,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe sobre el estado del programa de erradicación de la viruela en las Américas (Documento CD13/18), presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

2. Aprobar el criterio para determinar la erradicación de la viruela propuesto por la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, en el Documento CD13/18.

3. Expresar su satisfacción ante el éxito logrado por varios Gobiernos Miembros al eliminar la viruela de sus territorios y por el desarrollo de campañas nacionales de vacunación en otros países que permiten prever la erradicación de la enfermedad en un futuro próximo.

4. Hacer un llamamiento a los Gobiernos de los países que aún no han eliminado la viruela para que aceleren o inicien, según corresponda, los programas de erradicación.

5. Encarecer a los Gobiernos que procuren preparar vacuna en cantidad suficiente no sólo para atender las necesidades de sus respectivos países, sino también para mantener una reserva con el fin de hacer frente a situaciones de emergencia o para prestar ayuda a otros países que necesiten dicho producto.

6. Recomendar que, hasta tanto la viruela no desaparezca como problema internacional, los países traten de mantener niveles adecuados de población inmunizada y apliquen con rigurosidad las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional, particularmente en lo que se refiere a la notificación de casos."

El Dr. BERTOLINI (Uruguay) formula ciertas reservas al proyecto de resolución presentado. Refiriéndose al párrafo sexto de la parte dispositiva, afirma que se está cumpliendo íntegramente la notificación de los casos de la enfermedad según dispone el Reglamento Sanitario Internacional. Añade que cuando se trató anteriormente el tema, el Representante del Uruguay indicó la necesidad de que cada país comunicara cuanto antes, directamente, a los países vecinos, la iniciación de cualquier brote de viruela, a ser posible, dentro de las 24 horas. Manifiesta que la redacción de dicho párrafo le parece una redundancia, puesto que el Reglamento Sanitario Internacional ya se cumple.

El Dr. BALY (Cuba) aclara que el Reglamento Sanitario Internacional ya especifica que los países limítrofes deben comunicar dentro de un plazo de 24 horas los casos epidémicos.

Dr. WATT (United States of America) suggested that some of the difficulty might have arisen out of different interpretations of the words "epidemics" and "outbreaks". Whereas a single case of smallpox might be considered an unusual occurrence in a country where smallpox had been eradicated, in a country that was not free of the disease it

would take several cases to constitute an unusual occurrence of smallpox. If paragraph 6 of the operative part of the draft resolution were redrafted to make it clear that by an unusual occurrence was meant any occurrence of smallpox over and above that considered normal for the locality in question and that it should be notified within 24 hours to neighboring countries, it would, perhaps, meet the point raised by the Representative of Uruguay. The Working Party might also consider a formulation which would emphasize the importance of personal and prompt notification in the event of an unusual occurrence of smallpox.

El PRESIDENTE propone que el Grupo de Trabajo revise el texto del sexto párrafo de la parte dispositiva del proyecto de resolución, recogiendo las sugerencias formuladas en el curso del debate.

Así se acuerda.

The CHAIRMAN proposed that the Working Party revise the text of paragraph 6 of the operative part of the draft resolution and include in it the suggestions made during the course of the discussion.

It was so agreed.

TEMA 34: RESOLUCIONES DE LA OMS DE INTERES PARA EL COMITE REGIONAL (Documento CD13/29 y Addendum I)
TOPIC 34: RESOLUTIONS OF WHO OF INTEREST TO THE REGIONAL COMMITTEE (Document CD13/29 and Addendum I)

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) presenta el Documento CD13/29, que contiene algunas resoluciones adoptadas por la 14a Asamblea Mundial de la Salud y por el Consejo Ejecutivo de la OMS en su 26a, 27a y 28a Reuniones, que el Director General de dicha Organización ha solicitado que se sometan a la consideración del Consejo, en su calidad de Comité Regional de la OMS para las Américas. Añade que las cinco primeras resoluciones están relacionadas con el programa de erradicación del paludismo, y la Comisión General sugirió que fueran examinadas al tratarse el Tema 22 (Informe sobre el Estado de la Erradicación de la Malaria en las Américas). La sexta se refiere al orden de prioridad de las actividades del programa y la Comisión General propuso igualmente que se examinara conjuntamente con el Tema 24 (Programa General de Trabajo de la OSP/OMS, para el período 1962-1965).

Seguidamente, el Dr. Horwitz da lectura a la Resolución WHA14.56 (La higiene de las radiaciones y la protección de la humanidad contra los riesgos de las radiaciones ionizantes de cualquier origen).

Dr. WATT (United States of America) informed the Directing Council that there had been organized in the United States of America a network for the prompt reporting of any increases in radioactive fallout that might occur. That network was furnishing the Public Health Service and the public at large with regular systematic reports, and was also

collaborating with the Canadian authorities. It was separate from and in addition to the work being done on the basis of international agreements, under which data from all parts of the world were fed back to the participating Government on a systematic long-term basis. Since there were times and circumstances when rather prompt reporting was desirable, the persons in charge of the radiological health program of the USPHS hoped to work with various Governments to identify the persons responsible for such reporting, so that the system of prompt reporting could be extended. For that reason, the representatives present might be asked within a few weeks or months to supply the means of the persons in charge of radiological health activities in their country so that the USPHS could communicate with them.

El Dr. Horwitz da lectura, a continuación, a las resoluciones WHA14.40 (Programa de erradicación de la viruela); WHA14.37 (Continuación de la ayuda de la Organización Mundial de la Salud a los nuevos Estados independientes); EB27.R21 (Formación del personal administrativo y técnico: Resolución 797 (XXX) del Consejo Económico y Social); WHA14.42 (Actividades que reciben asistencia de la OMS y del UNICEF); WHA14.58 (Declaración sobre la concesión de la independencia a los países coloniales y sobre las tareas de la OMS); y WHA14.58 (Bandera de la OMS).

El PRESIDENTE propone que una vez examinadas las resoluciones de la OMS sobre la erradicación del paludismo cuando se trate del Tema 22 (Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas), se adopte una resolución conjunta sobre todas las que se han presentado bajo el Tema 34.

Así se acuerda.

The CHAIRMAN proposed that, once the WHO resolutions on malaria eradication had been examined during the discussion of Topic 22 (Report on the Status of Malaria Eradication in the Americas), a joint resolution be adopted, comprising all those presented under Topic 34.

It was so agreed.

TEMA 38: PROGRAMA AMPLIADO DE ASISTENCIA TECNICA (Documento CD13/21 y Addendum I)
TOPIC 38: EXPANDED PROGRAM OF TECHNICAL ASSISTANCE (Document CD13/21 and Addendum I)

Dr. CUTLER (Assistant Director, PASB) drew the attention of the Council to Document CD13/21, the pertinent working document. The main changes in the technical assistance system, he said, might be summarized as follows: The two-year cycle under which Governments in 1960 made their requests for the biennium 1961-1962 would be continued. Thus in June 1962 the Governments would be expected to submit to the Technical Assistance Board (TAB), through the resident TA Representative, their requests for 1963-1964. Under the proposed rules the agency sub-totals would be eliminated. Country programs would be planned with a country planning ceiling, which the TAB would notify to the Governments no later than February 1962. Governments would be free to determine the distribution of their planning ceiling according to their priorities for health, education, agriculture, and so forth. The TAB would, however, inform Governments of the existing projects that were to be continued and would consequently have priority in the requests for 1963-1964. The Zone Representatives had been consulting with the Ministries of Health on their future technical assistance programs, especially the long-term projects. WHO would report those long-range projects to the TAB in December so that they could be taken into account in establishing the country planning totals, which TAB would communicate to the Governments in January or February 1962. The Technical Assistance Committee (TAC)

had adopted a system of project programming under which long-term projects, i.e., those of more than two years' duration, should be prepared and submitted for their entire duration. The TAC would approve the projects for their entire duration, provided, however, that no project would be approved for more than four years at a time. Further approval could subsequently be given for ensuing periods. Incidentally, the long-term projects become priority commitment in programs for the future years. The policy of long-term planning had been followed by WHO and PAHO for more years, and would be emphasized even more in the future in connection with the 10-year plans under the Alliance for Progress adopted at Punta del Este.

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) da lectura al proyecto de resolución preparado sobre este tema, que dice así:

"El Consejo Directivo,

Habiendo examinado el informe contenido en el Documento CD13/21 sobre los nuevos procedimientos para la preparación del Programa Ampliado de Asistencia Técnica;

Teniendo en cuenta que el Comité de Asistencia Técnica ha decidido que los proyectos a largo plazo deben ser preparados y presentados para toda su duración y que el Comité de Asistencia Técnica puede aprobarlos por períodos que no excedan de cuatro años, en cada ocasión;

Teniendo en cuenta que el Comité de Asistencia Técnica ha prorrogado con carácter experimental, para los años 1963-1964, el actual sistema de ciclo de programación bienal, por lo que las próximas solicitudes de asistencia técnica de los Gobiernos habrán de ser presentadas para ese bienio,

RESUELVE:

1. Confirmar su apoyo al principio de que los proyectos de salud deben ser planeados para toda la duración de la ayuda que se espere recibir de la Organización.

2. Recomendar a los Gobiernos Miembros, que al presentar las solicitudes de Asistencia Técnica para el bienio de 1963-1964, den plena consideración a la importancia de los proyectos de salud como elemento esencial en el desarrollo económico y social."

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución sobre el Programa Ampliado de Asistencia Técnica.

/Decision: The draft resolution on the Expanded Program of Technical Assistance was unanimously approved./

TEMA 21: COLABORACION DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA CON LOS SERVICIOS NACIONALES DE SALUD EN MATERIA DE PRACTICAS ADMINISTRATIVAS (Documento CD13/13)
TOPIC 21: COLLABORATION OF THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU IN ADMINISTRATIVE PRACTICES OF NATIONAL HEALTH SERVICES (Document CD13/13)

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) presenta el Documento CD13/13 y afirma que no es preciso insistir sobre la importancia que tiene para el cumplimiento de los objetivos y propósitos de cualquier organización de salud, la existencia de estructura,prácticas y métodos administrativos eficientes. En la medida en que las administraciones nacionales de salud progresen en la racionalización de sus organismos administrativos se podrán ahorrar considerables sumas que, naturalmente, podrán invertirse en ampliar las actividades que hoy se realizan. En lo que se refiere a personal, presupuesto, finanzas, adquisiciones, suministros en general, movilización de recursos, etc., existe un amplio campo de perfeccionamiento de métodos, mejoramiento de prácticas, y particularmente de formación de personal. La enseñanza de administración, como disciplina diferenciada, es reciente en las universidades de la América Latina en donde en algunos países existe sólo desde hace 20 o 30 años. De ello se deriva que las administraciones nacionales de salud suelen contar con funcionarios que carecen de formación universitaria para realizar una misión de tanta importancia, y tan fundamental. Por consiguiente urge incorporar al programa de la Organización, en su labor asesora, esta disciplina esencial de acuerdo con las normas que se han seguido habitualmente. El año pasado se realizó en la Zona III un seminario sobre Administración y Organización

de Servicios de Salud para los países de Centro América y Panamá en el que participaron Directores Generales de Salud y los Jefes de los Servicios Administrativos. La División de Administración Pública de las Naciones Unidas colaboró con la Organización, y las reuniones se celebraron en la Escuela Superior de Administración Pública para la América Central, con sede en Costa Rica.

Añade el Dr. Horwitz que los Representantes de los países de Centro América y Panamá, presentes en la Sala, que participaron en dicho Seminario, fueron testigos del alto significado que el mismo tuvo, tanto por el interés que despertó en los Gobiernos como por las materias analizadas y la labor llevada a cabo. Informa que terminó la encuesta sobre el estado de los servicios administrativos de salud de los países de la Zona IV. Se adoptaron las disposiciones necesarias para celebrar, en el curso del año próximo, un seminario similar destinado a los países de la América del Sur. A petición del Gobierno de Chile, se designó un técnico sobre problemas de personal que actualmente colabora con dicho Gobierno. Por último se ha organizado, y se celebrará en noviembre próximo una nueva reunión en la Zona III con el fin de revisar los progresos realizados en las conclusiones del seminario y ampliar las actividades de asesoramiento. La trascendencia de esta labor es indudable. Sin embargo, la necesidad de respetar constantemente las prioridades asignadas a la Organización hace que las inversiones para la misma sean muy limitadas. No obstante, se continuará esta labor haciendo hincapié en la formación de personal. No está lejano el día en que todos los países del Continente

puedan crear escuelas o centros que ofrezcan al personal administrativo una oportunidad de adiestramiento o perfeccionamiento que muchos no tuvieron, toda vez que la metodología de la administración, como la de cualquiera otra disciplina, progresa continuamente. No es preciso mencionar los nuevos métodos de automación que aumentan la eficacia y disminuyen los costos y la necesidad de personal. Para terminar, el Dr. Horwitz recomienda a los Miembros del Consejo Directivo que se interesen en el seno de cada Gobierno, para que se conceda a esta función la importancia que merece.

El PRESIDENTE anuncia que el Documento CD13/13 incluye un proyecto de resolución, el cual somete a la consideración del Consejo.

El Dr. QUIROS (Perú) considera que la cuestión es de máxima importancia, y recuerda la necesidad de reorganizar la administración de los países, a fin de utilizar mejor sus recursos en los programas de salud. Añade que en su país este problema es actualmente el más importante, ya que impide desarrollar debidamente los planes sanitarios. No hay completo entendimiento entre el personal técnico y el administrativo. Estima de particular importancia la proposición presentada por el Director de la Oficina con respecto a la preparación de personal y a la celebración de reuniones que lleguen a alguna conclusión favorable. Es urgente que se clasifique al personal y se establezcan procedimientos administrativos correctos que permitan el desarrollo de los programas de salud pública. El orador indica que debe concederse especial consideración a las relaciones mutuas entre

los programas técnicos y las posibilidades administrativas y los dos tipos de funcionarios: técnicos y administrativos. En los seminarios, sería conveniente que participaran conjuntamente los funcionarios técnicos y los administrativos.

El problema tiene raíces muy profundas y no concierne exclusivamente a los Ministerios de Salud Pública, sino, en general, a los servicios administrativos de los países. Finalmente, el Dr. Quirós juzga aconsejable recomendar a la Organización que, en coordinación con otros organismos de las Naciones Unidas, que prestan asesoramiento en este campo para otras actividades, insista cerca de los Gobiernos, sobre la necesidad de mejorar la administración pública.

El Dr. CALVO (Panamá) se muestra de acuerdo con el Representante del Perú, por lo cual apoya el proyecto de resolución y además señala la necesidad de que la Oficina se esfuerce para que los países reciban publicaciones al respecto, en su propio idioma, sobre normas y procedimientos administrativos, ya que los seminarios, si bien importantes, dejan poca huella una vez terminados. La muy limitada participación de técnicos, uno o dos de cada país, no permite difundir realmente todo lo que se aprende en los mismos. La distribución de gran cantidad de estos trabajos en el propio idioma de los países, y su utilización en pequeños cursos de adiestramiento durante el servicio mejoraría rápidamente las administraciones sanitarias. En consecuencia, el Dr. Calvo pide que se agregue al proyecto de resolución la petición del Gobierno de Panamá relativa a que la Oficina haga un esfuerzo por

traducir y distribuir los documentos de que disponen otros países, como los Estados Unidos de América, en lo referente a procedimientos y normas administrativas.

El Dr. FRICKE (Chile) comienza diciendo que el problema planteado es extremadamente serio, difícil e importante. En lo que a Chile se refiere, la racionalización de los servicios de salud y su organización administrativa tropieza en primer término con la gran dificultad del gran número de personal sin diferenciar que en el servicio existe, en el cual se ingresa muchas veces por algún motivo político. Esto es extraordinariamente grave. Un servicio de salud pública es de carácter técnico, y cada funcionario que en él trabaje ha de tener una preparación especial. Incluso el portero debe ser experto en relaciones humanas.

Sigue diciendo el Dr. Fricke, que su país ha establecido una oficina de racionalización especial que depende exclusiva y directamente del Director General de Salud; el personal de racionalización ha estudiado, por ejemplo, el recorrido que efectuaban los pacientes externos y ha averiguado que éstos, al ir de una oficina a otra, tenían que andar centenas y centenas de metros hasta llegar al consultorio. Estima el orador que en materia de racionalización de la administración, el problema se resolvería en primer lugar con la creación de cursos permanentes para todo tipo de personal en todos los establecimientos sanitarios del país. La gente no suele tener el debido interés por los problemas y trabaja rutinariamente y esta rutina es el peor enemigo del progreso.

Disiente el Dr. Fricke de lo manifestado por el Representante de Panamá con respecto a que la utilidad de los seminarios es escasa. Si se organizan bien, a nivel local, y abordan problemas específicos, logran indudablemente un resultado extraordinario. Por ejemplo, los seminarios que Chile ha organizado a nivel local para el próximo año se refieren a dos puntos fundamentales: en primer lugar, consultorios externos y ambulatorios y, en segundo, organización de la colectividad con un espíritu de integración de la salud pública y la educación.

Se suspende la sesión a las 10:55 a.m. y se reanuda a las 11:25 a.m.
The session is recessed at 10:55 a.m. and returned at 11:25 a.m.

El PRESIDENTE anuncia que va a proseguir la discusión del Tema 21. Hace constar la conveniencia de que se avance con mayor rapidez en el examen del Orden del Día, ya que muchos puntos del mismo no han sido todavía objeto de estudio por el Consejo y un buen número de Representantes ha expresado la necesidad en que se encuentran de regresar a sus países al finalizar esta semana.

En relación con el proyecto de resolución correspondiente al tema que se está debatiendo, el Presidente invita a los Representantes de Chile, Panamá y el Perú a que den una nueva redacción al punto No. 2 de la misma, en la que se resalte en forma más vigorosa la conveniencia de proporcionar un adiestramiento adecuado al personal administrativo de los servicios nacionales de salud pública.

El Dr. PADILLA (Guatemala) señala que sería oportuno precisar en el proyecto de resolución, en forma que evitara confusiones que suelen ser frecuentes, qué se entiende por personal de tipo administrativo de los servicios de salud pública cuya actividad no es la específica de los administradores técnicos de los servicios de salud, porque --agrega-- una cosa es ser jefe de la Sección de Personal o pagador de uno de estos servicios y otra muy distinta ser administrador en el sentido en que lo entiende la Oficina Sanitaria Panamericana.

El Dr. AGUILAR (El Salvador) estima que es indispensable, por la importancia que la cuestión tiene, que se incluya en el proyecto de resolución una mención específica al "adiestramiento en servicio del personal administrativo" de los organismos de salud, a fin de que este personal, que, prácticamente, no forma parte de la familia sanitaria, se sienta más vinculado a los objetivos que dichos organismos tienen que cumplir.

Refiere las impresiones que recogió en el seminario celebrado en Costa Rica a que aludió el Dr. Horwitz y confirma que reuniones de este tipo son de suma utilidad al respecto.

El PRESIDENTE propone que se constituya un grupo de trabajo integrado por los Representantes de Chile, Panamá y Perú, a fin de que redacte un nuevo proyecto de resolución sobre este tema.

Así se acuerda.

The CHAIRMAN proposed that a working group, composed of the Representatives of Chile, Panama, and Peru be appointed, for the purpose of preparing a new draft resolution on the topic.

It was so agreed.

TOPIC 16: AMENDMENTS TO THE STAFF RULES OF THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU (Document CD13/10 and Addendum I)
TEMA 16: ENMIENDAS AL REGLAMENTO DEL PERSONAL DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (Documento y Addendum I)

Dr. PORTNER (Chief of Administration, PASB) stated that the confirmation of the Staff Rules was one of the functions of the Executive Committee. The 43rd and 44th Meetings of that Governing Body had considered a series of 9 changes in the Staff Rules made by the Director. Of those, seven were of an editorial or minor procedural nature, but the remaining two dealt with substantive matters. The first Rule 210.2 dealt with the definition of "pensionable remuneration", the basis for calculating the pensions of PAHO staff just as it was for that of the staff of other agencies in the United Nations common system. As a result of a survey that lasted for some eighteen months, the General Assembly of the United Nations had approved a new basis for pensionable remuneration that would result in a modest increase in the pension of the retired staff members of the Organization.

The second related to Staff Rule 260, Assignment Allowance. This allowance was granted to staff members at stations for the purpose of offsetting any hardships involved in dislocation on assignment to a new duty station. The change was to the effect that the allowance would cease after a staff member had been in the same duty station for five consecutive years. Both the changes in the Staff Rules had been confirmed by the Executive Committee.

El Dr. QUIROS (Perú) expresa la simpatía con que la Delegación de su país ve cualquier mejora que se conceda al personal de la Organización, que considera que está en cualquier momento a disposición de los países, concretamente el suyo, para el mejoramiento de sus servicios de salud. Añade que como exfuncionario de la Organización, conoce bien las incomodidades que el personal tiene que soportar en la vida internacional.

El PRESIDENTE se suma a las expresiones de reconocimiento al personal de la Organización que acaba de hacer el Dr. Quirós y añade que todos los Representantes que conocen la labor de estos funcionarios, compartirán aquellas manifestaciones de simpatía.

Decisión: Por unanimidad se acuerda tomar nota de las enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, que fueron confirmadas por el Comité Ejecutivo en sus 43a y 44a Reuniones, y contenidas en el Documento CD13/10 y Addendum I.

/Decision: It was unanimously agreed to take note of the amendments to the Staff Rules of the Pan American Sanitary Bureau (Document CD13/10 and Addendum I), confirmed by the Executive Committee at its 43rd and 44th Meetings./

TEMA 17: ASPECTOS ECONOMICOS DE LAS ACTIVIDADES DE SALUD
(Documentos CD13/22 y CE43/15)
TOPIC 17: ECONOMIC ASPECTS OF HEALTH ACTIVITIES
(Documents CD13/22 and CE43/15)

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) presenta los Documentos CD13/22 y CE43/15 y señala que el tema ha sido objeto de reiterados comentarios tanto en el curso de esta reunión del Consejo, como en la anterior. Estima que no es del caso seguir argumentando sobre si las funciones de la salud deben o no integrarse en el proceso general del desarrollo. Afirma que, así como para los médicos constituye una exageración creer que sus métodos y técnicas resuelven todos los problemas del bienestar, siendo incluso casi un lugar común pretender que los antibióticos resuelven los problemas de la salud, resulta asimismo exagerado que los economistas subestimen el papel que desempeña la energía humana en el proceso general de desarrollo. Añade que en el momento actual de la América Latina, lo que se requiere es ponerse de acuerdo para programar y planificar el desarrollo y alcanzar el bienestar, orientación que sigue la Organización y a la cual se ha hecho referencia repetidamente durante las últimas reuniones del Consejo.

Manifiesta que procede dar cuenta de la resolución adoptada por el Comité Ejecutivo, en su 43a Reunión, y de la aprobada por el Consejo Directivo en su reunión pasada, solicitando del Director de la Oficina que, conforme a lo establecido en el Artículo 23 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, celebrara consultas con los funcionarios competentes de la Organización de los Estados Americanos

y de otras organizaciones interesadas o relacionadas con la salud pública, a fin de estudiar en qué forma podrían fomentarse más aún los intereses comunes de esas organizaciones en la esfera económica.

Señala el Dr. Horwitz que en los mencionados documentos se pone de relieve la participación que, gracias a la invitación del Secretario General de la Organización de los Estados Americanos, Dr. José A. Mora, tuvo la Oficina Sanitaria Panamericana en la Segunda y Tercera Reuniones de la Comisión Especial del Consejo de la OEA para Estudiar la Formulación de Nuevas Medidas de Cooperación Económica, comúnmente denominada "Grupo de los 21"; la segunda reunión tuvo lugar en Buenos Aires, en abril de 1959 y la tercera se celebró en Bogotá, en septiembre de 1960, dando esta última como resultado, la aprobación del Acta de Bogotá, que se ha convertido ya en un documento histórico para las Américas. En Buenos Aires se acordó reafirmar el carácter de organismo técnico regional, de la Oficina Sanitaria Panamericana y recomendar a los Gobiernos que al programar y negociar el financiamiento del desarrollo económico, se incluyeran los programas de salud pública que son esenciales y complementarios de los económicos. Además, que se recurra a la asesoría técnica de la Oficina para la formulación de estos programas. Se refiere seguidamente el Dr. Horwitz a la participación que le cupo a la Oficina, gracias también a la gentileza de la Organización de los Estados Americanos, en la última Reunión Extraordinaria, al nivel ministerial, del Consejo Interamericano Económico y Social que tuvo lugar en Punta del Este. Considera justo destacar la presencia de

los 17 técnicos en salud, procedentes de 11 países del Continente, quienes actuaron en el seno de sus propias delegaciones y como un grupo de expertos, en la redacción de los aspectos relacionados con la salud pública que aparecen en la documentación de Punta del Este: en la "Declaración a los pueblos de América", en la misma Carta de Punta del Este, particularmente en el capítulo de objetivos, y en la Resolución A-2, titulada "Plan decenal de salud pública para las Américas" y también en la Resolución A-4, que se refiere a grupos de estudio para la programación. Se declara convencido de que la presencia de dichos expertos en esa reunión --presencia que, en espíritu, puede considerarse que encarnaba la representación del Consejo--, contribuyó a que la salud pública ocupara el lugar que le corresponde en el cuadro de las funciones generales del bienestar y del progreso social, que se señalan en la mencionada Carta. Informa el Director que ha enviado a los Gobiernos de los Países Miembros una comunicación, con comentarios, en la que se contienen los acuerdos adoptados en Punta del Este, destacando en ella, como es natural, las ideas esenciales, entre las cuales figura la correspondiente a la planificación del desarrollo económico y social, por una parte, y las medidas de acción inmediata que ya se están aplicando y que deben ser objeto de ampliación desde ahora.

Se refiere, con elogio, a la intervención que el Subsecretario para Asuntos Económicos y Sociales de la Organización de los Estados Americanos, Dr. Jorge Sol, tuvo en el curso de las Discusiones Técnicas celebradas el pasado viernes, día 6 en las que, al aludir a los trabajos de la

Conferencia de Punta del Este, subrayó la importancia de las cuestiones relacionadas con la salud en el proceso general del desarrollo. Añade el Dr. Horwitz que en estos días está reunido en la Organización de los Estados Americanos un grupo de estudio sobre problemas agrícolas tales como el aumento de la productividad en el campo y el mejor uso y tenencia de la tierra, en cuyos trabajos participan organismos del sistema interamericano y de las Naciones Unidas. La OSP está debidamente representada porque, entre otras medidas, se pretende realizar una encuesta para estudiar el problema del fomento agrícola en el Continente y, en general, cuanto se relaciona con el mejoramiento de la vida rural. Estuvieron acertados --afirma--, quienes tuvieron la idea de invitar a la Organización para que exponga los aspectos relativos a la salud y participe en los programas que sugiera este grupo de trabajo.

Informa asimismo que durante el mes de junio hubo un intercambio de correspondencia con el Dr. Mora, y, como consecuencia, se ha llegado a un acuerdo sobre cómo proceder en materia de vivienda, ofreciendo la Organización colaborar en lo que concierne al saneamiento, entendiéndolo en su más amplia expresión. Señala el hecho porque el Representante del Perú presentó un proyecto de resolución, ya aprobado por el Consejo, facultando al Director de la Oficina para iniciar actividades encaminadas a colaborar en programas de vivienda y estima que considera la coordinación con la Unión Panamericana como un paso previo fundamental. Indica que la Oficina espera coordinar también sus esfuerzos con los muy importantes

que en materia de vivienda está realizando el Banco Interamericano de Desarrollo, administrador del Fondo para el Progreso Social instituido por el "Acta de Bogotá", y naturalmente de otros fondos que pudieran incorporarse a las actividades del Banco para este propósito. El Dr. Horwitz pone de manifiesto las muy gratas y armoniosas relaciones que la Oficina Sanitaria Panamericana mantiene con el citado Banco y que se han reflejado en los proyectos de abastecimiento de agua y de alcantarillado, en particular en los de carácter urbano. La Oficina ha puesto a disposición del Banco los elementos técnicos necesarios para el estudio de dichos proyectos, y un médico y un ingeniero sirven en la actualidad como oficiales de enlace.

Aparte de las estrechas relaciones con el Banco Interamericano de Desarrollo, el Dr. Horwitz indica los contactos que la Oficina ha establecido con el Banco de Exportación e Importación y con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, particularmente con su filial la Asociación Internacional de Desarrollo, que también incluye en su política la concesión de créditos a largo plazo y bajo interés para la ejecución de programas de abastecimiento de agua.

Termina su intervención el Dr. Horwitz, diciendo que si el espíritu de la resolución adoptada en la pasada reunión del Consejo fue reafirmar la estrecha colaboración de la OSP con la Organización de los Estados Americanos y con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, los datos que ha expuesto muestran que la situación al respecto no puede ser mejor en cuanto a grato ambiente, a comunión

de ideas, de métodos y de propósitos, y a una armonía difícil de definir con palabras. Declara que la Organización se propone intensificar dicha colaboración a tono con el afán de integración que predomina en la actualidad en el Continente para la solución de los problemas más apremiantes.

El Ing. SUAREZ GUZMAN (Observador, Banco Interamericano de Desarrollo) expresa su satisfacción por la cordial y eficaz relación que se ha establecido entre la Organización Panamericana de la Salud y el Banco que él representa y alude a su experiencia personal adquirida a este respecto en el curso de varias misiones realizadas en países de Sudamérica. Afirma que en el fondo de todo problema económico hay un problema humano; lo mismo se puede decir de los problemas técnicos de ingeniería y de salud en que los médicos y los ingenieros piensan, ante todo, en el hombre como unidad humana antes que como simple unidad de producción económica. En este sentido, la ayuda de los funcionarios de la OPS ha sido muy grande porque no sólo se ha limitado al aspecto técnico de los problemas, sino también a la manera de enfocar la cuestión humana en cada uno de los países, teniendo en cuenta las diferencias locales que conviene conocer antes de emprender cualquier trabajo.

Se refiere a continuación al plan continental de abastecimiento de agua y de eliminación de aguas servidas y pone de relieve que el Banco, desde que inició sus actividades, ha dado la debida consideración a este aspecto esencial del saneamiento de las poblaciones, pensando que hay que atender en primer término los problemas humanos, sin considerar si el desarrollo social debe preceder o seguir al desarrollo económico.

Así --agrega-- al abrir el Banco sus puertas en octubre del año pasado, lo primero que hizo fue estudiar el proyecto de abastecimiento de agua de Arequipa y para él fue destinado su primer préstamo. Contó después el Banco con el Fondo para el Progreso Social aportado por los Estados Unidos de América, y con ello se acentuó más todavía ese criterio de servicio humano de la naciente Institución.

Estima que el problema del abastecimiento de agua y eliminación de excretas en las Américas ha sido bien enfocado por la OSP, y que las orientaciones que en su política sigue el Banco Interamericano son coincidentes con el criterio sustentado por la Oficina. El Banco determina la necesidad o utilidad social de los proyectos para cuya ejecución le son solicitados los créditos y otorga éstos cuando se asegura de que dichos proyectos han sido debidamente planeados y se van a llevar a cabo en forma organizada, no bastándole sólo la expresión de buena intención del país solicitante.

Subraya la importancia que reviste la preparación de técnicos auxiliares, imbuidos de esa mística por el mejoramiento humano, exenta de preocupaciones políticas, que es menester para realizar una obra eficaz y alude al concepto de lo justo en materia administrativa. El Banco entiende que los recursos de que dispone han de ser administrados con ese criterio de justicia que es esencial dado su carácter de fideicomisario y, por ello, ha de cuidar porque se empleen, dentro de lo posible, eficazmente, aunque sin pedir perfecciones; se trata de ayudar a las gentes más necesitadas a que encuentren una mejoría en sus condiciones de existencia.

Muestra su absoluta coincidencia con el criterio expuesto en la Reunión del Consejo según el cual los servicios de salud pública deben estar representados en las Comisiones de Planificación Económica de los distintos países y afirma que esa es precisamente la orientación del Banco Interamericano.

Alude a los planes de viviendas en las Américas y dice que el Banco está muy interesado en ayudar a la ejecución de los mismos, teniendo como meta edificar hogares que reúnan los requisitos sanitarios adecuados y ocuparse además de forjar un ambiente de comunidad, de lograr una mayor cohesión entre las familias, de atender los problemas por medio de visitadoras sociales, de psicólogos, de antropólogos y de médicos, estableciendo escuelas en los centros urbanos que se construyan, clubes deportivos, etc.

Mr. SALZMAN (Observer, OAS) speaking at the invitation of the Chairman, said he would like to express his pleasure at the words of the Director and associate the OAS with them in so far as they related to the collaboration between the Organization of American States and its specialized agency in the field of health. That association had been growing to such an extent that it amounted almost to daily consultations.

The activities he was about to describe, those that the OAS would be carrying out in the next two years, would, he hoped, be done in close association with PAHO. Dr. Horwitz had already referred to one of those activities, namely the task forces to study certain fields of activity

in the Americas. Five areas had been mapped out in which the OAS expected to carry on activities in accordance with the guide-lines laid down in the Charter of Punta del Este.

First, the organization and operation of the Committee on Development Plans, which would be jointly organized by the OAS, the Inter-American Development Bank (IDB), and the U.N. Economic Commission for Latin America (ECLA). The secretariat would be organized by OAS, and it was hoped that the assistance of the pertinent experts of PAHO would be available for the evaluation of the health aspects of plans submitted to the Committee for review. Secondly, groups to make general studies in certain fields, three of which --health, education, and agriculture-- had priority, as indicated in the Charter of Punta del Este. The study group on education was already meeting; that on education was not yet underway, and for that on health a preliminary proposal had been received from the PAHO. Thirdly, after each of those meetings it was hoped to organize an action-oriented meeting to formulate recommendations for further action to organizations such as PAHO and, more specifically, to the Inter-American Economic and Social Council at its annual meeting at the ministerial level. The fourth area of activity, a major one, would be technical assistance in the planning of economic development. Under that heading four types of assistance would be provided: organization or re-organization of the machinery of planning; formulation of national development plans; formulation of sectorial development plans; preparation of particular investment projects. A fifth and somewhat minor area of activity would

be technical assistance to countries in the preparation of their annual reports for submission to the annual meeting of the Inter-American Economic and Social Council at the ministerial level, as foreseen in the Act of Bogotá.

The last-mentioned activity would be financed by the regular budget of OAS; the others, from the sum of 6 million dollars to be allocated to OAS by the Government of the United States of America. Negotiations were already under way with the United States of America concerning the management of those funds and it was hoped that they would be completed in the very near future. Meanwhile, some activities had already been started, as he had indicated, and for that purpose funds had been advanced on a reimbursable basis from the OAS budget.

In all those activities, the assistance of the PAHO would be pertinent. It was very gratifying to the OAS that the Director had expressed the desire and intention of the Organization to help and collaborate with the OAS in every possible way.

The session was adjourned at 12:10 p.m.
Se levanta la sesión a las 12:10 p.m.

consejo directivo

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

comité regional

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

XIII Reunión Washington, D. C. XIII Reunión

Jueves, 12 de octubre de 1961, a las 2:40 p.m.
Thursday, 12 October 1961, at 2:40 p.m.

CD13/54
13 octubre 1961
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA DECIMOCUARTA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE FOURTEENTH PLENARY SESSION

Presidente: Dr. Miguel E. Bustamante México
Chairman:

Indice
Contents

Tema 17: Aspectos económicos de las actividades de salud (Documento CD13/22 y CE43/15) (conclusión)
Topic 17: Economic Aspects of Health Activities (Document CD13/22, and CE43/15) (conclusion)

Tema 23: Discusiones Técnicas: Métodos de evaluación de los aportes de los programas de salud al desarrollo económico Presentación del Informe de los Relatores (Documento CD13/DT/6)
Topic 23: Technical Discussions: Methods of evaluation of the Contribution of Health Programs to Economic Development Presentation of the Report of the Rapporteurs (Document CD13/DT/6)

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar a la Oficina Sanitaria Panamericana (Atención: Jefe de la Sección de Conferencias y Traducciones) las correcciones que deseen ver introducidas en el texto. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión del Consejo.

Note: These précis minutes are provisional. The representatives are therefore requested to notify the Pan American Sanitary Bureau (Attention: Chief, Conference and Translations Section) of any corrections they wish made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the meeting of the Council.

Indice (cont.)
Contents (cont.)

Tema 22: Informe sobre el estado de la Erradicación de la Malaria en las Américas (Documento CD13/3 y CD13/33)
Topic 22: Report on the Status of Malaria Eradication in the Americas (Document CD13/3, and CD13/33)

Tema 33: Cálculo de los requerimientos del Fondo Especial de la Organización Panamericana de la Salud para la Erradicación de la Malaria (Documento CD13/20)
Topic 33: Estimated Requirements for the PAHO Special Malaria Fund (Document CD13/20)

TEMA 17: ASPECTOS ECONOMICOS DE LAS ACTIVIDADES DE SALUD
(Documento CD13/22 y CE43/15) (conclusión)
TOPIC 17: ECONOMIC ASPECTS OF HEALTH ACTIVITIES
(Document CD13/22, and CE43/15) (conclusion)

El PRESIDENTE declara abierta la sesión y ruega al Secretario General que dé lectura al proyecto de resolución preparado sobre el tema "Aspectos económicos de las actividades de salud" que ha sido examinado en la sesión de la mañana.

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) lee el siguiente proyecto de resolución:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Teniendo en cuenta la Resolución X, adoptada por el Comité Ejecutivo en su 43a Reunión;

Considerando que la Organización reconoce plenamente la importancia de relacionar con mayor solidez la salud pública con el desarrollo equilibrado económico-social de las naciones, y, en este sentido, ha participado activamente en las deliberaciones de la OEA y de sus Comités;

Teniendo en cuenta que en la "Declaración de los pueblos de América", formulada en la Reunión Especial que el Consejo Económico y Social celebró en Punta del Este, Uruguay, en agosto de 1961, se proclamó la necesidad de 'desarrollar programas de salubridad e higiene, con miras a prevenir las enfermedades, luchar contra las epidemias y defender, en suma, el potencial humano';

Informado de las gestiones que está llevando a cabo la Oficina Sanitaria Panamericana, en estrecha cooperación con la Organización de los Estados Americanos y el Banco Interamericano de Desarrollo para llevar a la práctica los propósitos consignados en la citada declaración; y

Teniendo en cuenta las ideas y principios expuestos por los señores Representantes del Banco Interamericano de Desarrollo y de la Organización de los Estados Americanos,

RESUELVE:

1. Declarar la conveniencia de que la Organización en el futuro, oriente sus actividades a la consecución de los siguientes objetivos:

a. Cumplir las funciones que corresponden a la OPS de conformidad con el Acta de Bogotá y la Carta de Punta del Este, especialmente en lo que se refiere al fortalecimiento de los servicios nacionales de salud y el abastecimiento de agua potable.

b. Contribuir aún más eficazmente, mediante las actividades en el campo de la salud, al equilibrado desarrollo social y económico de los países de las Américas.

c. Destacar la importancia de los programas de salud en la elaboración de planes de desarrollo económico-social e insistir ante los Países Miembros en la necesidad de dar participación a las autoridades de salud en la preparación de tales planes.

d. Dar creciente importancia al mejoramiento de la administración de los programas de salud, a través del fortalecimiento de los servicios de estadística, perfeccionamiento de las prácticas administrativas y del manejo y adiestramiento del personal, y demás medios conducentes al mismo fin.

e. Colaborar en el establecimiento de bases más eficaces para determinar el valor económico de los programas de salud.

2. Recomendar a la Oficina Sanitaria Panamericana que preste asistencia, a solicitud de las autoridades sanitarias nacionales, en la elaboración de planes, en el campo de la salud, de forma que permita la mayor contribución de la salud al desarrollo socio-económico de los países."

Decisión: Se aprueba por unaniminidad la anterior resolución.

/Decision: The resolution was unanimously approved./

TEMA 23: DISCUSIONES TECNICAS: METODOS DE EVALUACION DE LOS APORTES DE LOS PROGRAMAS DE SALUD AL DESARROLLO ECONOMICO PRESENTACION DEL INFORME DE LOS RELATORES (Documento CD13/DT/6)

TOPIC 23: TECHNICAL DISCUSSIONS: METHODS OF EVALUATION OF THE CONTRIBUTION OF HEALTH PROGRAMS TO ECONOMIC DEVELOPMENT PRESENTATION OF THE REPORT OF THE RAPPORTEURS (Document CD13/DT/6)

El Dr. QUIROS (Perú) en su calidad de Relator de las Discusiones Técnicas, función que ha compartido con el Dr. José María Castillo, lee el informe de los Relatores de las Discusiones Técnicas sobre el tema "Métodos de evaluación de los aportes de los programas de salud al desarrollo económico", que figura en el Documento CD13/DT/6.

El PRESIDENTE expresa el agradecimiento del Consejo a los Relatores por el buen informe presentado, que sintetiza los debates habidos.

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) lee el siguiente proyecto de resolución:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por los Relatores de las Discusiones Técnicas, sobre "Métodos de evaluación de los aportes de los programas de salud al desarrollo económico", celebradas durante la presente Reunión,

Considerando la importancia de obtener, para la salud de las Américas, una estrecha coordinación de los planes de salud con los planes generales de desarrollo social y económico,

Teniendo en cuenta la importancia concedida a la salud en la estructura de la planificación social y económica en la Carta de Punta del Este,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe de las Discusiones Técnicas y expresar su satisfacción por las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana en la promoción de estudios sobre la contribución de los programas de salud al desarrollo económico.

2. Recomendar al Director de la Oficina que dé la mayor difusión posible al informe mencionado.

3. Recomendar al Director de la Oficina que se dedique constante atención a la coordinación de los programas de salud con los planes generales de desarrollo, incluyendo el fomento de las investigaciones y la presentación de servicios de asesoramiento a los Gobiernos que los soliciten.

4. Recomendar a los Gobiernos Miembros:

a. que se creen unidades de planificación y evaluación en los Ministerios de salud;

b. que se obtenga la representación de los servicios de salud en los organismos de planificación nacional, y

c. que se establezca un constante enlace y un intercambio de opiniones y de información entre los servicios de salud y los organismos de planificación y otras dependencias gubernamentales dedicadas al desarrollo social y económico."

Decisión: Se aprueba por unanimidad la anterior resolución.

/Decision: The resolution was unanimously approved./

TEMA 22: INFORME SOBRE EL ESTADO DE LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS (Documento CD13/3 y CD13/33)
TOPIC 22: REPORT ON THE STATUS OF MALARIA ERADICATION IN THE AMERICAS (Document CD13/3 and CD13/33)

El Dr. DA SILVA (OSP) hace la presentación del IX Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas (Documento CD13/3) que está basado en los datos que los Gobiernos Miembros envían regularmente a la Oficina, ya sea directamente o bien por conducto de los consultores de la Organización que colaboran con los técnicos nacionales, para erradicar la enfermedad en los diferentes países del Hemisferio.

El documento está dividido en tres partes: la primera comprende un resumen de la situación del programa en general y de los progresos realizados en cada país; la segunda, un examen de los problemas técnicos que han surgido y de las medidas adoptadas para resolverlos y la tercera, una descripción resumida de la cooperación de los organismos internacionales, multilaterales y bilaterales, en lo que respecta a la erradicación de la malaria en el Continente.

Con referencia a la situación general del programa, dice el Dr. da Silva que cabe considerar el segundo semestre de 1960 y el primero de 1961 como la época decisiva de su desarrollo.

En realidad, en este período los dos últimos países que todavía no tenían un programa de erradicación, emprendieron la fase preparatoria. Cuba emprendió, por primera vez, un esfuerzo en este sentido y Haití reanudó sus actividades después de una interrupción de dos años, debido a dificultades de carácter financiero.

Como ocurre en tales casos, ambos países tuvieron que comenzar por realizar un reconocimiento geográfico del área malárica, que Cuba efectuó por primera vez, mientras que para Haití fue la segunda, debido al prolongado período de inacción (receso).

También en este período se observaron, en algunos programas, progresos importantes en la fase de ataque, medidos por la ausencia o reducción apreciable de casos de malaria, en ciertas áreas.

En estas condiciones hubo un incremento en las actividades de evaluación epidemiológica y la intensificación de los esfuerzos para obtener mayor información por localidades. Esto es esencial con el fin de tener elementos suficientes para apoyar la decisión de suspender las operaciones de rociado cuando se cree que se ha conseguido interrumpir la transmisión.

Continúa diciendo el Dr. da Silva que gracias al canje constante de información promovido por la Organización, se desarrolló una verdadera reacción en cadena y casi todos los programas trataron, dentro de sus posibilidades, de incrementar las operaciones de evaluación. En verdad, en los primeros programas que alcanzaron la meta, no se disponía de información suficiente para tomar la decisión de suspender el rociamiento y éste tuvo que prolongarse hasta conseguir los datos que permitieron tomar tal iniciativa sin peligro de un fracaso.

Así hoy, programas que aún están en la fase preparatoria, como los de Cuba y de Haití, están tratando ya de organizar su red de

información epidemiológica de la mejor forma posible. En estos países tal medida tiene un doble sentido, no sólo para determinar, con precisión, la extensión del área malárica original, sino tambien para establecer una "línea de base" que permita medir la subsiguiente tendencia de la malaria. De este modo, se desarrollará también un sistema de notificación con el que se estará en condiciones de atender a las mayores demandas que, en este aspecto, surgirán más tarde en la fase de consolidación.

Agrega el orador que desde la presentación del último informe, en el año pasado, se registraron algunas mejoras en la organización administrativa de varios servicios nacionales. Sin embargo, la situación no es, en modo alguno, perfecta. Dificultades de carácter administrativo y financiero siguen impidiendo la plena ejecución de los planes de erradicación de la malaria en algunos países.

Seguidamente pasa revista a los cuadros presentados en el informe para tener una mejor idea sobre la situación presente.

En los Cuadros 1 y 2 se presenta el estado de la erradicación de la malaria en las Américas, respectivamente por población y por área, con referencia al año de 1960.

Estas cifras no coinciden con las que se dieron en el VIII Informe del año pasado debido a las revisiones efectuadas. El nuevo cálculo del área malárica del Paraguay es casi diez veces mayor que la cifra provisional anterior, y los datos de los censos de población levantados en 1960 en las Américas han venido a sustituir a los estimados anteriormente.

El Dr. da Silva llama especialmente la atención sobre las áreas no incluidas en el programa de erradicación. En el Brasil, debido a la extensión territorial del país, la erradicación se lleva a cabo área por área, y todavía no se ha cubierto toda la región malárica del país. En Colombia, menos del 1% del área malárica inicial se considera como "no incluida", debido a que en ciertas zonas "de violencia" se ha tropezado con obstáculos para la adecuada ejecución de las operaciones de rociamiento. En la República Dominicana el cambio de un ciclo de rociamiento, de 12 meses, con dieldrín a uno de 9 meses con DDT representó costos que excedieron de los recursos disponibles y, por tanto, no se rociaron algunas áreas. En El Salvador, nueva información epidemiológica indicó que un área con una población de 400.000 habitantes donde se suspendió el rociamiento, en 1958, debía haber sido mantenida en la fase de ataque. Así se ha hecho en 1961, pero la misma figura como "no incluida" en 1960.

Por último, en el caso del Paraguay, el nuevo estimado del área malárica antes mencionada, hace que áreas anteriormente consideradas libres de la malaria, sean clasificadas ahora como "no incluidas", y está en estudio la realización de un ataque contra la enfermedad en esas zonas

En el Cuadro No. 3 se presenta la distribución porcentual del área malárica y la población de las Américas en 1960, según el estado de la erradicación de la malaria.

En el Cuadro No. 4, se ha tratado de dar una información sobre la dinámica de la fase de ataque contra la malaria en el Continente. En tanto que muchos países empezaron aplicando, exclusiva o principalmente, un ciclo de rociamiento de 12 meses, con dieldrín, se puede observar que hubo numerosos cambios y revisiones en el plan. Para 1960, la mayoría de los países se habían visto precisados a cambiar de un ciclo anual de rociamiento con dieldrín a uno de 6 meses con DDT.

La quimioterapia se empleó como adición al rociamiento en varios países utilizando tabletas cuando era factible, pero en el Brasil y en la Guayana Británica se aplicó principalmente por medio de la sal cloroquinada. En las áreas en que el vector mostró resistencia tanto al dieldrín como al DDT, se emprendieron ensayos de varios imagocidas y larvicidas organofosforados.

Estima el informante, que el éxito obtenido hasta ahora en las campañas nacionales de erradicación se ha debido en gran parte a la excelente disposición de los Servicios de Erradicación de la Malaria, a introducir modificaciones importantes en la estrategia de la campaña aunque representan un aumento de las necesidades tanto de carácter financiero como de personal. Es el caso, por ejemplo, del cambio de dieldrín por el DDT en 2 ciclos anuales en vez de uno.

El carácter cambiante de las operaciones de campo se refleja en las estadísticas de personal que aparecen en los cuadros 5, 6, 7 y 8, del informe.

El importante aumento en el número de evaluadores e inspectores de evaluación refleja la creciente atención que se concede a la localización de casos, no sólo en las áreas que se encuentran en fase de consolidación,

sino también en los programas de erradicación en general. De igual manera, el incremento de actividades en material de localización de casos produjo, a su vez, un mayor número de láminas que había que examinar, lo que exigió el correspondiente incremento en el número de microscopistas.

En el Cuadro 9 se detallan los medios de transporte utilizados, en los que no se han registrado cambios importantes en relación con el año anterior. Los "jeeps" y las camionetas "pick-up" continúan siendo los medios de transporte del personal y material en las líneas del frente de batalla.

En los Cuadros 10 y 11 se detallan las operaciones de rociamiento. Se puede observar que Santa Lucía y Granada ya no aparecen en estos cuadros, una vez que la totalidad del área inicialmente malárica de estas islas se encuentra ahora en la fase de consolidación.

En México, donde las operaciones de rociamiento se suspendieron en zonas seleccionadas y que todavía no habían sido clasificadas como comprendidas en la fase de consolidación, esa disminución era ya evidente en 1960. El excelente informe sobre el estado de la erradicación del paludismo en México hasta el 30 de junio de 1961, presentado por el Sr. Secretario de Salubridad y Asistencia y Presidente del Consejo Directivo de la Comisión Nacional para la Erradicación de la Malaria, Dr. José Alvarez Amézquita, que ha sido distribuido a los Miembros del Consejo, hace ya algunos días, indica en sus detalles los éxitos alcanzados por este país.

Los datos de este informe indican que el 75% del área palúdica inicial se encuentra ya en la fase de consolidación y que el 25% restante sigue en fase de ataque y constituye el área con persistencia de la transmisión.

El Dr. da Silva informa también de que Jamaica suspendió ya las operaciones de rociamiento en seis parroquias a partir de enero de 1961 y de una parte importante de otras cinco a partir de julio de este año.

Surinam suspendió el rociamiento en el área de la costa, lo que ha permitido reforzar la lucha en el interior del país sin mayores gastos para el Gobierno, a pesar de estar ahora utilizando el DDT en ciclo de seis meses en vez del dieldrín en ciclo de doce meses como había sido inicialmente programado.

En Bolivia también se ha suspendido el rociamiento en un área con aparente interrupción de la transmisión para reforzar con los recursos económicos disponibles, las operaciones de evaluación edpidemiológica.

En Panamá, la continua disminución en el número de casas rociadas se debe a dificultades de carácter orgánico y administrativo.

En el Cuadro 10 se puede observar que en la mayoria de los países, la eficiencia de los rociadores, medida en términos de casas rociadas por hombre-día, se mantuvo estable o mejoró ligeramente en 1960. El menor rendimiento en Dominica se debe a dificultades de orden administrativo, que también causaron la suspensión de las operaciones de rociamiento en junio y julio de 1960. También se puede notar el cambio general del dieldrín al DDT en los cuadros antes citados.

Señala que en el Cuadro 11 se expone el problema de las casas no rociadas en cada ciclo, y advierte que en el texto español, debajo del epígrafe "Número de casas no rociadas", el subtítulo "No rociadas" debe ser "No rociables".

Agrega que la localización de casos adquiere cada vez mayor importancia a medida que se aproxima la fase de consolidación, hecho que se refleja en las estadísticas de esta operación que figuran en el Cuadro 12. Se puede observar que en la mayoría de los programas hubo una disminución en el porcentaje de positividad de las láminas examinadas, destacándose claramente las áreas que plantean problemas, en contraste con la tendencia general. Más de un tercio de los países enumerados en el Cuadro 12 notificaron menos del 1% de positividad en 1960, lo cual representa el doble del número de países clasificados en esta categoría en el año de 1959. Particularmente, en los países que están a punto de entrar en la fase de consolidación o se encuentran ya en ella, se ha registrado un aumento en el número de evaluadores, microscopistas, puestos de notificación, así como un considerable incremento en el número de láminas. En México se examinaron más de 1.000.000 de láminas en 1960. En la isla de Sta. Lucía, se examinaron 13.716 láminas durante el primer año de consolidación, lo que representa el 19% de la población comprendida en el área malárica inicial.

En el Cuadro 13 se presentan por separados los resultados de la búsqueda activa o pasiva de casos. Los datos continúan confirmando las observaciones anteriores en el sentido de que en las láminas obtenidas

por colaboradores voluntarios se registraron mayores porcentajes de positividad que en las proporcionadas por los evaluadores en la búsqueda casa a casa.

En general, el número de láminas obtenidas por la búsqueda activa de casos aumentó de 1959 a 1960, disminuyendo el porcentaje de las que resultaron positivas.

El descubrimiento pasivo de casos, aunque en general altamente productivo, tropezó con algunas dificultades.

En Colombia, la ampliación de la red de colaboración se refleja en su producción de láminas que, como se indica en el cuadro es 21 veces más en 1960 que en 1959.

Sin embargo, se puede observar que hubo reducción en las láminas obtenidas por los colaboradores en ciertos países. Esta reducción acompaña a menudo una disminución en el número de puestos de notificación que enviaron láminas. La escasez de evaluadores ha supuesto muchas veces que no se pudiera visitar con frecuencia a los colaboradores. Esta falla trajo como consecuencia deficiencias en el suministro de material a los colaboradores a la par de falta del estímulo, que ellos tanto necesitan, para llevar a cabo la cooperación noble y patriótica que realizan sin recompensa económica.

Señala el Dr. da Silva que el VIII Informa del Comité de Expertos en Paludismo de la Organización Mundial de la Salud, reunido en Ginebra del 25 al 30 de julio de 1960, ha recomendado la necesidad de un servicio minimo de sanidad rural para hacerse cargo de la vigilancia

epidemiológica, una vez que el servicio especial de erradicación de la malaria haya cumplido su encargo al confirmar la suspensión de la transmisión de la enfermedad por tres años consecutivos.

En la mayoría de los países latinoamericanos, es un hecho la deficiencia, cuando no inexistencia, de un servicio de sanidad rural que abarque la población rural principal, víctima de la malaria.

Se pregunata el orador si no ha llegado la hora para que los administradores sanitarios piensen en la posibilidad de utilizar este tipo de colaborador para prestar alguna mayor asistencia a las masas rurales, mediante cierto adiestramiento mínimo. Ellos podrían servir a considerables grupos de población que están hoy, prácticamente, al margen de cualquier asistencia médico sanitaria. Experiencias aisladas, en varios países, han demostrado que se puede utilizar gente de buena voluntad para prestar asistencia a un enfermo cuando no se puede conseguir la de un profesional. Dice que las estadísticas demuestran que la escasez de profesionales en las Américas es tal que hasta los países más desarrollados tuvieron que utilizar personal auxiliar para prestar la asistencia médica requerida por la poblaciones, inclusive en la zona urbana.

La erradicación de la malaria, comprobada por 3 años de vigilancia consecutiva, realizada por la campaña y su consecuente transferencia de reponsabilidad a los servicios sanitarios regulares, por tiempo indeterminado, requiere de los Gobiernos atención para el problema. Al fin y al cabo, cada país necesita mantener una vigilancia contra la introducción de la malaria mientras la enfermedad exista en el mundo y pueda ser importada.

El éxito de las operaciones de campo —ya sean de rociamiento o de localización de casos-- depende de que se cuente con medios financieros adecuados. En el Cuadro No. 14 se enumeran los presupuestos nacionales para la erradicación de la malaria, correspondientes a 1959 y 1960, además de los compromisos adquiridos para 1961, todos ellos expresados en dólares de los Estados Undios de América a fin de facilitar su comparación aproximada.

En general, los presupuestos de los países que se encuentran en la fase de ataque, se mantuvieron a un nivel elevado o acusaron ligero aumento. Esto, sin embargo, es relativo si se considera la inflación y por lo tanto la baja del poder adquisitivo de la moneda en algunos países.

Afirma que en cuanto a los países que han entrado en la fase de consolidación o se aproximan a ella, la situación es relativamente distinta.

Granada redujo a la mitad su presupuesto para las actividades antimaláricas en 1960, en comparación con 1959, permaneciendo en el mismo nivel en 1961. En Santa Lucía el promedio de gastos es, en la actualidad, una tercera parte de los de la fase de ataque. En México, donde extensas áreas han entrado en la fase de consolidación, el presupuesto para 1961 es inferior en un 10%, aproximadamente, al importe de los gastos ocurridos en 1960. Las normas financieras y presupuestarias difieren de un país a otro. En algunos casos, como Surinam, la economía ha servido para sufragar mayores gastos requeridos por el área aún en fase de ataque. Esto es un hecho que debemos esperar en varios países.

En aquéllos donde no hay problemas especiales, de persistancia de la transmisión, es claro que los gastos de la fase de consolidación deben ser mucho menores que en la fase de ataque, tal es el caso de Granada, por ejemplo.

En cambio, hay otros que tienen que concentrar mayores esfuerzos en las áreas problemas, donde aún persiste la transmisión, a costa de la economía resultante de la reducción del área de ataque en la que se ha conseguido la interrupción de la transmisión, como es el caso de México.

Manifiesta el Dr. da Silva que hay que considerar, sin embargo, otras situaciones. Hubo países que no invirtieron en la fase de ataque los recursos necesarios para comprobar la interrupción de la transmisión y por esto tuvieron que extender las operaciones de rociado en áreas aparentemente con transmisión interrumpida hasta obtener la información epidemiológica suficiente. Este ha sido, por ejemplo, el caso de Jamaica, en que se sospechaba que ya era posible suspender el rociamiento en las 6 parroquias mencionadas, pero, como la información disponible sobre la búsqueda de casos era deficiente, el país tuvo que continuar haciendo el rociamiento en el área, hasta que consiguió intensificar la búsqueda, al punto de comprobar realmente que ya no había peligro que se suspendiera el rociamiento.

Finalmente hay otros países que requieren medidas de ataque complementarias al rociamiento en la casi totalidad de su territorio, por causa de problemas especiales.

Para ilustrar la situación de los programas en las Américas, el Dr. da Silva examina con todo detalle las gráficas incluidas en el documento cuya presentación está haciendo, y en las cuales se indican las diferentes clases de respuesta obtenida en los esfuerzos encaminados a la erradicación de la malaria en las Américas.

La gráfica 1 muestra los progresos de la campaña en México. (Esta gráfica está más al día en el interesante Informe de la Delegación de México antes mencionado). En ella se observa que el país ha conseguido éxitos extraordinarios. Sin embargo, desde 1960 se nota un cierto estancamiento del progreso de la campaña. Esto representa la persistencia de la transmisión en las áreas problemas que están requiriendo esfuerzos técnicos y económicos extraordinarios para ser superados. Esto es exactamente lo que México está haciendo. Además del rociamiento con DDT, la quimioterapia colectiva, y hasta la lucha antilarvaria, están siendo empleadas en tales áreas.

En la gráfica 2 se muestra la tendencia de la malaria en El Salvador, país que tropieza con la más difícil serie de problemas técnicos en las Américas.

La gráfica 3 muestra la situación de Guatemala que, tanto desde el punto de vista epidemiológico como ecológico, es intermedia entre la de México y la de El Salvador.

La gráfica 4 muestra la tendencia de la malaria en Belice y constituye un ejemplo de lo que puede lograrse con una buena administración cuando no existen problemas técnicos importantes.

La gráfica 5 muestra la tendencia de la malaria en Trinidad (la isla vecina de Tabago está libre de malaria desde hace más de tres años y se encuentra en la fase de mantenimiento).

La gráfica 6 indica los resultados obtenidos en Jamaica por medio de un ataque directo con insecticidas de acción residual; y la gráfica 7 indica la tendencia de la malaria en Bolivia, donde varios de los problemas epidemiológicos existentes están relacionados con los movimientos de población.

Pasa a ocuparse el Dr. da Silva de los problemas entomológicos y dice que en 1960 continuaron efectuándose las pruebas en anofelinos para determinar su resistencia a los insecticidas, prestándose mayor atención a las relacionadas con el DDT y siendo menor el número de pruebas efectuadas sobre la resistencia al dieldrín.

Agrega que en el curso del año sólo hubo cambios de poca importancia en la situación relativa a la resistencia descrita en el VIII Informe, y sigue exponiendo estos problemas entomológicos en los términos que figuran en el documento de referencia.

Afirma después que la Organización está particularmente interesada en los estudios de estos problemas. Hay grupos de personal especializado que está actualmente en América Central realizando estudios para determinar cuáles son las causas reales de la persistencia de la transmisión en algunas de esas áreas, y qué medidas son más aconsejables.

En cuanto a la cooperación internacional, manifiesta que la Oficina ha continuado proporcionando todas las facilidades técnicas y materiales, dentro de sus limitaciones presupuestarias. En el Cuadro No. 17 se presenta una información con referencia al personal técnico e internacional que está cooperando en los programas de erradicación de la malaria. En el Cuadro No. 18 se indican las actividades de adiestramiento de personal en los centros internacionales durante el período de 1949 a 1960, y el primer semestre de 1961, para formar personal especializado nacional con el fin de trabajar en los programas que los países realizan. En el Cuadro No. 19 se presenta una información sobre las becas de viajes de estudio en programas de erradicación de la malaria durante el período de 1957 a 1960. En el Cuadro No. 20 se indica la cantidad de drogas que la Oficina Sanitaria Panamericana ha proporcionado a los países que están realizando el programa de erradicación de la malaria y en el Cuadro No. 21 se indican, de una forma general, algunos de los equipos.

En el Cuadro No. 22, que es el último, se informa, de una manera rápida, de cuáles han sido las contribuciones durante el período de 1959 a 1961 de las organizaciones internacionales o de carácter bilateral que están cooperando con los Gobiernos en los programas de erradicación.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) se refiere seguidamente a la resolución WHA14.2 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la "Marcha del Programa de Erradicación del Paludismo". Lee el primer considerando que juzga de interés y que dice así:

> "Considerando que los resultados de los proyectos pilotos llevados a cabo en Africa indican que es técnicamente posible interrumpir la transmisión de la enfermedad en las zonas de ese Continente, donde pueda conseguirse una situación de cobertura integral",

y en la parte dispositiva de esa resolución la 14a Asamblea Mundial de la Salud expresa su "satisfacción por los progresos generales conseguidos en la campaña mundial", destaca la necesidad de mejorar los métodos de evaluación epidemiológica y de vigilancia, y añade la resolución --lo que se relaciona con las observaciones formuladas por el Dr. Oswaldo José da Silva-- que

> "con este objeto se procure sacar el mayor partido posible de la colaboración de los servicios generales de asistencia médica existentes en las zonas rurales."

Agrega el Director que, como señaló el Dr. da Silva, hay que tratar de aprovechar la colaboración voluntaria, que se ha organizado con un éxito creciente en las Américas, para otras funciones de salud, tanto en el orden preventivo como curativo. Finalmente dice la resolución:

> "que se dediquen a la ejecución de las campañas todos los medios administrativos y financieros necesarios para asegurar la minuciosidad y la eficacia de las operaciones."

Se suspende la sesión a las 4:00 p.m. y se reanuda a las 4:15 p.m.
The session was recessed at 4:00 p.m. and resumed at 4:15 p.m.

El Dr. LATTUF (Venezuela) felicita al Director y al personal de la Oficina Sanitaria Panamericana por el magnífico Informe que ha sido presentado por conducto del Dr. Oswaldo da Silva, así como a los países que han logrado durante el año considerables avances en la campaña de erradicación de la malaria y formula dos observaciones a dicho Informe con relación a los Cuadros Nos. 13 y 14 del mismo. En el Cuadro No. 13 aparece Venezuela con datos de enero a septiembre únicamente; y le hubiera agradado que su país apareciera con datos de todo el año. Cree que fueron enviados todos los datos que les fueron solicitados. Agrega que en el Cuadro No. 14, en la columna "Presupuesto Nacional 1960" aparece Venezuela sin datos y para subsanar esta omisión desea informar que el presupuesto es de $4.500.000,00.

Pasa a exponer el estado de la campaña de erradicación de la malaria en su país, y dice que ha continuado progresando durante el año 1960. En 1958 hubo casos autóctonos en 60 municipios; en 1959 en 47, y en 1960 sólo en 40 municipios. El área de malaria erradicada está compuesta al finalizar el año 1960 por 477 municipios con 418.842 Km^2 y 4.401.195 habitantes, pero además de esta área que cumplió tres o más años sin casos autóctonos, hay otra constituida por 27 municipios con 25.429 Km^2 y 290.627 habitantes, en donde no han aparecido casos en uno o dos años. Quedan 40 municipios con 155.729 Km^2 y 326.614 habitantes, en los cuales se encuentran todavía casos de malaria; esto significa que ya no se encuentran casos en el 92,6% de los municipios originalmente maláricos; que el 74% del área anteriormente infectada está ya limpia, y que el 93,5% de la población antes afectada por la enfermedad está hoy libre de ella.

Continuando su exposición, dice que el porcentaje de incremento del área de malaria erradicada aumentó durante el año 1960 en un 2,7% en relación con el área de malaria erradicada existente al finalizar el año 1959; el crecimiento de dicha área es lento, debido a que están en el área de malaria parcialmente refractaria a los insecticidas, que requiere labores adicionales mediante el uso de drogas y lucha antilarvaria. Además, se observó este año un aumento de la densidad de los vectores así como de su área de distribución respecto a años anteriores, lo que conlleva un aumento de las posibilidades de transmisión, a pesar de la presencia de insecticidas en las viviendas, cuando los vectores son

A. aquasalis y A. nuñeztovari, ambos transmisores en parte extradomiciliarios. Señala que, aunque estas circunstancias hacían de 1960 un año no sólo poco adecuado para lograr progresos, sino difícil de conservar lo ya logrado, el área de malaria erradicada aumentó en 10.897 Km^2 habitados por 862.836 personas. El número total de casos, que fue de 1.138 en 1958, y de 911 en 1959, ascendió a 1.674 en 1960; pero este aumento de los números absolutos revela un aumento del número de casos que es más aparente que real, porque únicamente 1.099 casos fueron autóctonos en 1960, y porque fue posible localizar más casos debido a que el número de láminas tomadas fue mayor; lo comprueba el hecho de que los porcentajes de láminas positivas fueron 0,2 para 1959 y 0,2 para 1960. De las 6.950 localidades existentes en el área malárica de los municipios aún infestados, solamente 327 (el 4,7%) dieron casos, y 200 de esta localidades (el 61%) dieron un caso por localidad, lo que probablemente indica que la transmisión había sido interrumpida.

Manifiesta que el área aún infectada puede considerarse como formando parte de dos focos, donde las causas de la persistencia de la transmisión son diferentes; un foco residual y un foco de malaria parcialmente refractaria en la parte occidental del país. Existía un foco de malaria parcialmente refractaria en la parte oriental, pero este foco cumplió en 1960 su primer año sin casos. El foco residual comprende 21 municipios en 1960 con 132.068 Km^2 situados al sur de los ríos Apure y Orinoco y en el noreste del país; este foco dio el 23% de los casos del territorio nacional, con una localidad infectada por cada 1.970 Km^2, y

la fuerza de disminución de su malaria fue superior a la del resto del área malárica. Los vectores son A. derlingi y A. aquasalis.

Señala que en 1960 la trasmisión malárica se ha sostenido, primero por movimientos no usuales de la población, y segundo por indios que habitan en las zonas fronterizas de la Cuenca Amazónica. La especie parasitaria predominante es el P. vivax. Unicamente en siete lugares próximos a la frontera se encontraron casos de P. falciparum, en número que representó el 4% de los casos del foco. Los casos importados que llegaron de Colombia a este foco residual han disminuido respecto a años anteriores, como consecuencia de la campaña que están efectuando en dicho país. También ha disminuido el número de casos importados procedentes de Guayana Británica, pero aun ocasionaron dos casos introducidos en el Territorio Delta Amacuro.

Refiere que el foco occidental de malaria parcialmente refractaria afecta a 19 municipios con 23.661 Km^2. Son tierras situadas al sur del Lago de Maracaibo con localidades que han continuado dando casos, a pesar de tener un promedio de 2,8 rociamientos por año, durante el último quinquenio. En todo el foco se encuentra A. nuñeztovari como vector principal, que pica frecuentemente al hombre fuera de la vivienda y reposa en la vegetación próxima. En este foco se ha logrado disminuir el área infectada de 35 municipios en 1955 a 18 municipios en 1960; pero debido a que están ante un foco de malaria parcialmente refractaria a los insecticidas, y llegan con frecuencia casos importados, el progreso es lento y difícil. El parásito predominante fue P. vivax pero también se encontró P. falciparum en el área donde se localizaron casos importados de

esta especie. El uso masivo de drogas en este foco también presentó inconvenientes; en 1959 se comprobó la existencia en el área de una cepa de P. vivax resistente a la pirimetamina; además el 11 de septiembre de 1959 se tomó una lámina positiva de P. falciparum a un trabajador recién llegado al país, procedente de Colombia; el caso fue tratado con 1.500 mg. de cloroquina y 13 días después seguía siendo positivo a trofozoitos de P. falciparum. Este caso recibió siete tratamientos para curas radicales de 1.500 mg de cloroquina y 45 mg de primaquina durante los ocho meses siguientes a su localización. Esta observación fue seguida de otras semejantes en los últimos meses de 1959 y durante 1960, en algunos casos de P. falciparum localizados en áreas con más de tres años de ausencia de esta especie parasitaria, donde reapareció a expensas de casos importados. A mediados de año fueron informados los malariólogos colombianos acerca de estas observaciones con el fin de que tratasen de comprobarlas en su territorio. Posteriormente, apareció una publicación sobre dos casos de malaria a P. falciparum, que habiéndose infectado en el Valle del Magdalena, Colombia, llegaron a Dallas, Texas, Estados Unidos de América y no se curaron radicalmente con cloroquina. Dice que así quedó comprobada la exactitud de las observaciones clínicas y epidemiológicas, formuladas por Venezuela, por creer que se trataba de un aumento de la tolerancia del parásito a la cloroquina más que de una resistencia absoluta, ordenaron que los casos de P. falciparum, que se localizaron en este foco, se tratasen con 2.400 mg de cloroquina en cinco días, y 45 mg de primaquina. Casi todos los casos respondieron bien a este tratamiento.

Como el problema en el foco occidental es un problema colombo-venezolano, según se refiere, se efectuaron dos reuniones del personal directivo de las campañas en los estados fronterizos, y a petición del Ministerio de Sanidad de Venezuela se nombró una comisión de malariólogos de ambos países y de la Oficina Sanitaria Panamericana, con el fin de aplicar medidas adecuadas para la solución del problema común.

Dice que uno de los hechos más destacados en la campaña de erradicación de la malaria en Venezuela, ha sido la intensidad de la evaluación epidemiológica. Se examinaron 564.669 láminas durante el año, número que pasa del 10% de la población del área actual y anteriormente malárica. En el área en la fase de ataque este porcentaje fue el 76%, 32% en el área en la fase de consolidación y 5% en el área en la fase de mantenimiento. Si a esto se agregan las miles de láminas examinadas en los bancos de sangre y las fórmulas leucocitarias y otros exámenes practicados en clínicas y hospitales en donde se pudieran encontrar parásitos maláricos y no se encontraron se comprenderá que la ausencia de malaria, en una amplia extensión del país, es cosa suficientemente comprobada.

En síntesis, informa que los municipios del área originalmente malárica del país se encuentran en tres fases de acuerdo con los progresos logrados en cada uno de ellos. En la fase de mantenimiento, en la fase de consolidación, y en la fase de ataque. Estas diferencias se deben a la aparición de malaria parcialmente refractaria a los insecticidas, a causa de la transmisión por anofelinos que no son afectados por el insecticida depositado en la vivienda, porque pican y reposan fuera de

ella. A esto se agrega el hecho de que en las fronteras del sur del país se presentan con frecuencia casos introducidos y autóctonos, como consecuencia del nomadismo de tribus de indios, que procedentes de áreas aun infectadas de países vecinos, se asientan en viviendas recien construidas y aun no protegidas.

Señala que siguen rociando con DDT en las áreas en la fase de ataque y en la fase de consolidación, hasta que el área cumpla 3 años sin casos autócotonos, porque la experiencia en su país indica que esto es más seguro y más barato que intensificar la toma de muestras al grado suficiente para localizar los portadores existentes y tratarlos con cura radical.

Manifiesta que los costos de rociamiento permanecieron sin apreciable variación respecto a años anteriores, porque el aumento considerable de lo pagado al personal, se compensó con una disminución también considerable del costo de los materiales.

Dice que tienen que seguir utilizando drogas en las áreas donde los insecticidas no bastan para lograr la erradicación; habiendo utilizado cloroquina, pirimetamina, primaquina y una mezcla de amodiaquina y primaquina en la misma tableta. En lo sucesivo disminuirán considerablemente el uso de la primetamina que será sustituida por la mezcla amodiaquina-primaquina o cloroquina-primaquina, para lograr la cura supresiva en tiempo limitado; la cloroquina para los febricitantes sospechosos y para la cura radical de las infecciones a P. falciparum, y la primaquina para la cura radical de las infecciones a P. vivax y P. malariae.

Dice finalmente que agradece a los países vecinos el esfuerzo que están haciendo para erradicar la malaria en las áreas fronterizas con Venezuela, pues considera obvio que sin esa colaboración, sería muy difícil, casi imposible seguir progresando en la campaña de erradicación.

El PRESIDENTE agradece al Representante de Venezuela su información y recuerda que fue Venezuela la que inició, por iniciativa del Dr. Gabaldon, el programa de erradicación.

El Dr. AGUILAR (El Salvador) expresa que el problema del paludismo, técnicamente, fue conocido en El Salvador en el año 1938-39, cuando dio los primeros pasos en estas actividades el Dr. Sutter, quien hizo la encuesta en el país y demostró el impacto económico, así como que el 10% de camas eran ocupadas por pacientes de paludismo. En el año 1950 se inició la campaña que se llamó de control, justamente en aquella zona que había sido calificada como hiperendémica, la zona costera, y que actualmente es la zona de resistencia. Señala el Representante de El Salvador que el contraste es interesante porque esta zona costera estaba deshabitada y, después del uso del DDT en los años 1950 y 1951, se desarrolló allí la siembra del algodón, luego se construyó una carretera de tipo internacional, y actualmente es la zona en que se está desarrollando la industria pesquera. Los algodoneros presumieron de que ellos estaban eliminando el paludismo, pero es justamente en esa zona del algodón donde se registra el 80% del paludismo del país.

Considera el orador que la experiencia realizada en El Salvador es útil para los países que están comenzando su campaña o

para los que todavía están en ella, pues deberían tomar en cuenta también el aspecto de la recuperación de tierras. El Ministerio de Salud Pública --agrega-- tiene que trabajar junto con el Ministerio de Agricultura porque actualmente estamos, por lo menos en El Salvador, todavía en la duda de lo que se va a hacer ante la resistencia contra el DDT y el dieldrín; sin embargo, como no ha habido una coordinación con agricultura, todavía existen en el país zonas pantanosas, terrenos que no producen, pero que técnicamente podrían ser recuperables, para mejorar la economía, la agricultura y eliminar al paludismo.

El Dr. OLGUIN (Argentina) comienza tributando un elogio al documento preparado por la Oficina Sanitaria Panamericana y relatado por el Dr. da Silva.

Señala, seguidamente, que el área endemo-epidémica de la Argentina es de más de 270.400 Km^2, con una población aproximada de 2.300.000 habitantes.

Expone luego que, en abril del año 1959, el Gobierno firmó con la Organización Panamericana de la Salud y el UNICEF un acuerdo tripartito de mutua colaboración para desarrollar una campaña de erradicación del paludismo.

El plan que sirviera de base para la firma es de alcance nacional con una fase intensiva calculada en cuatro años a partir de la fecha de su puesta en marcha.

Refiriéndose al desarrollo del programa, dice que a partir de agosto del año 1959 se inicia el plan de cobertura integral en todas aquellas áreas con paludismo en actividad en el Nordeste del país, así como en las zonas conocidas como potencialmente peligrosas en el Noroeste Argentino, zonas del litoral fluvial, que se caracterizan por sus brotes epidémicos y epidemiología particular.

El orador se ocupa del aspecto de evaluación y vigilancia, y manifiesta que se dio prioridad a la intensificación de las operaciones de detección de enfermos e investigaciones epidemiológicas respectivas. El Departamento de Evaluación y Vigilancia integró con personal seleccionado un servicio activo de búsqueda de enfermos organizándolo para fines operativos, en forma similar a la de las actividades de rociado. Su principal empeño fue incrementar el número de los puestos de información de casos febriles. El aumento creciente de la participación de la colectividad se tradujo en el constante aumento de muestras de sangre que se reciben de estos colaboradores y en el alto porcentaje de enfermos que se detectan por este medio.

Informa, luego, del estado actual del programa destacando que en lo referente a operaciones de rociado y durante los dos años que lleva el programa de erradicación, las áreas destinadas a tratarse han venido siendo cubiertas regularmente. El reciente brote epidémico registrado en el Noroeste argentino principalmente las provincias de El Chaco y Formosa, y que rebasó los límites de las áreas epidemiológicamente conocidas, han llevado a una revisión importante los planes con miras a la cobertura de todas las zonas potencialmente peligrosas.

Agrega que el Ministerio aprobó ya un programa que prevé en El Chaco el tratamiento de 40.000 viviendas, y en Formosa 8.000, o sea un aumento sobre lo originalmente planificado para estas provincias de 26.000 y 6.150 viviendas, respectivamente. De esta manera el volumen de actividades consistirá en tratar dos veces al año 116.550 viviendas en todas las zonas palúdicas del país, cifra sujeta a naturales modificaciones conforme se vaya logrando la interrupción de la transmisión en las diferentes áreas de trabajo.

Con respecto al número de enfermos palúdicos, señala que al finalizar el año 1959 se detectaron 5.620 casos, cifra que cayó a 2.039 al término de 1960. El descenso se mantuvo franco durante los tres primeros meses del año en curso, para repuntar posteriormente totalizando hasta agosto inclusive 3.354 enfermos, hematológicamente comprobados. Este incremento obedeció al brote acaecido en el Noroeste, agravado por la práctica paralización de las brigadas por causa de intensas lluvias que se registraron en la zona.

El Representante de la Argentina opina que la persistencia de enfermos en el Noroeste se debe, entre otras causas, a que el paludismo es allí eminentemente rural, a las dificultades de todo orden que ocasiona el hombre mismo, a la ampliación de campamentos y nuevas construcciones, a la constante ampliación de áreas cultivables, explotación de bosques, etc. Es posible --añade-- que todos estos hechos estén relacionados directamente con el saneamiento del medio, a pesar de las disposiciones legales y

nacionales y provinciales, que hace obligatoria la denuncia de la instalación de obrajes y campamentos. Otro factor máxime de importancia extraordinaria es el nomadismo propio de los habitantes, que traba en forma permanente todo intento de proceder a una cura radical, originando un verdadero círculo de nuevos focos.

Expresa que la migración de las poblaciones indígenas, Matacos, Chiriguanos, Tobas, en sus continuos desplazamientos, y habitando viviendas rudimentarias, plantea un problema difícil y de complicada solución. Dice que la prueba de que el paludismo en esta zona es eminentemente rural, en el verdadero sentido del vocablo, la da el hecho de que los focos constantes no se registren en localidades estables.

Indica luego el orador que las investigaciones entomológicas han continuado preferentemente para determinar si el Anofeles darlingi ha encontrado su habitat definitivo en la zona del Pilcomayo, así como para poner de manifiesto cualquier modificación del comportamiento de los anofelinos ante los insecticidas de acción residual en uso, habiéndose comprobado que la susceptibilidad se mantiene sin modificaciones.

Refiriéndose al presupuesto, expone que el desarrollo de los trabajos ha sido asegurado mediante la permanente actualización. Así, de 63.000.000 de pesos fijados para el ejercicio financiero 1958-59, se llegó a 75.000.000 en el ejercicio 1960-61, y para atender tanto la ampliación de las actividades de las zonas del Noroeste como el aumento de las retribuciones de todo el personal contratado, el presupuesto correspondiente al

año fiscal próximo se ha estimado en una cifra de 87.500.000 pesos. Este presupuesto engloba fundamentalmente dos partidas, de gastos en personal y otros gastos que se refieren a los aspectos complementarios necesarios para el desarrollo de la campaña.

El Dr. BARRENECHEA (Bolivia) manifiesta que en el informe presentado por el Dr. da Silva en representación de la Oficina Sanitaria Panamericana está perfectamente delineada toda la importancia que tiene el problema de la erradicación de la malaria. De aquel informe --añade-- se desprende que, si bien hay países como Venezuela y México que ya han erradicado el paludismo de extensas áreas de su territorio, hay otros que todavía no han iniciado la campaña pero que se hallan en condiciones de emprenderla, como Cuba y Haití, y otros, como Bolivia que están en pleno período de trabajo.

Expone, a continuación, que en Bolivia predominan el A. darlingi en el Noroeste y el A. pseudopunctipennis en el resto del territorio, y que los trabajos se van llevando a cabo de una manera sistemática y de acuerdo con los convenios. No obstante, confirma la información dada por el Dr. da Silva de que en la última temporada se había aflojado un poco el trabajo, lo cual fue debido precisamente a que hubo ciertas discrepancias entre las autoridades, si bien se ha solucionado ya todo, y la campaña se ha reemprendido con mayor entusiasmo y la moral de los mismos jefes y trabajadores se ha elevado también en alto grado; en consecuencia, cree que dentro de más o menos un año, se llegará ya a terminar la fase de ataque para luego entrar en la de consolidación.

El Representante de Bolivia concluye solicitando, en primer lugar, que la Oficina trate de estimular a quienes se hayan encargado de realizar los estudios necesarios para que se busque un insecticida más poderoso que el dieldrín y el DDT, y en segundo lugar, que además de trabajar en el rociamiento de las paredes del interior de las casas y de hacer el trabajo también con larvicidas, se intensifique el tratamiento de los enfermos, que es base fundamental para que el ciclo reproductivo desaparezca.

El Dr. HYRONIMUS (Francia) agradece al Dr. da Silva su exposición y presenta algunos datos relativos a los Departamentos franceses. En la Guayana se ha llegado casi a la fase de erradicación, y sólo quedan una pequeña zona fronteriza a un centenar de kilómetros de Cayena y algunos focos en la zona amazónica, pero cree que podrá establecerse una barrera para proteger esa zona de población primitiva. En Martinica hace diez años que la erradicación es absoluta. En cuanto a Guadalupe, opina el Representante de Francia que tal vez la información de la Oficina sea insuficiente, puesto que de hecho ya no hay paludismo en dicha isla: el año pasado se notificaron tres casos de paludismo, pero el diagnóstico no se confirmó, y actualmente puede considerarse Guadalupe en la fase de consolidación y es de esperar que el año próximo quede incluida entre las zonas de malaria erradicada.

El Dr. ALDEREGUIA (Cuba), refiriéndose a lo poco que se ha realizado en Cuba en cuanto al programa de erradicación de malaria, comienza diciendo que el plan de operaciones fue firmado el 26 de agosto de 1960 entre el Gobierno Revolucionario de Cuba y la Oficina Sanitaria Panamericana.

El primer trabajo que se hizo fue el reconocimiento geográfico de la superficie de la zona que correspondía al área malárica, aproximadamente de 36.602 Km^2 y con una población estimada de 2.100.000 habitantes. En el reconocimiento geográfico trabajaron unos 300 hombres, y se dividió la zona de operaciones en dos partes; una parte que corresponde a la zona Sureste de la provincia de Oriente y la otra que corresponde a la zona Noroeste de esta misma provincia, que es el área malárica más reconocida en Cuba. Este trabajo de reconocimiento geográfico se extendió desde el mes de marzo al mes de julio de este mismo año 1961; antes de dicho período se reconocieron 7.000 localidades con unas 400.000 casas a rociar.

Seguidamente, el orador expone que Cuba ha entrado ya en la segunda fase, en la fase del rociamiento, para lo cual cuenta con un personal integrado por 330 rociadores, 72 jefes de brigada, 15 jefes de sector, 4 ayudantes de ingenieros, y el ingeniero jefe, además del personal auxiliar administrativo. Para los fines del rociado, la zona de la provincia de Oriente ha sido dividida en 15 sectores, en los cuales se han comenzado los trabajos en tres de estos 15 sectores. Lógicamente, las actividades, sobre todo estas últimas de rociamiento, tuvieron bastante demora debido a las dificultades con que se tropezó para la adquisición de equipos en los mercados habituales, y fue preciso acudir a mercados europeos extraños para adquirir equipos de rociamiento, de cartografía, insecticidas, etc. En cuanto a la otra fase del trabajo, que era la de la vigilancia epidemiológica, informa de que existen aproximadamente mil puestos de notificación de casos febriles en toda la Isla. En el año 1960 se examinaron 23.608 láminas con 1.290 positivas y, en 1961, desde el 1o. de enero al

30 de septiembre, 47.083 láminas, de las cuales han resultado positivas 2.206.

El Dr. Aldereguía subraya los datos que en los cuadros del informe presentado por la Organización, en lo que se refiere al aumento que en el presupuesto de Cuba ha tenido la campaña contra la malaria, que ha ido ascendiendo desde el año 1959, en que se gastaron $40.000 en las investigaciones preliminares, a $260.000 en el segundo semestre del presupuesto de 1960 y, actualmente, en el presupuesto de 1961, se asigna la cantidad de $943.000 a estas actividades.

El Representante de Cuba termina expresando el deseo de que quede constancia del agradecimiento del Gobierno cubano por el asesoramiento técnico que ha tenido de la Oficina Sanitaria Panamericana, la que permanentemente mantiene un cuerpo de asesores y ha brindado amplia ayuda en la obtención de material indispensable y de difícil adquisición.

El Dr. GILLETTE (United Kindgdom) congratulated Dr. da Silva on the extensive and complete report presented, which he felt certain would serve as a standard reference on the malaria situation during 1960 in this part of the world. He then drew attention to several events which have occurred in the British territories in the West Indies, comprising 10 islands and two continental areas. Of those 12 places, the islands of St. Vincent, St. Kitts, Montserrat, Barbados, and Antigua are completely free of malaria; Trinidad and Tobago, Grenada, and St. Lucia are on the verge of completely eradicating malaria. The problem which has arisen in these islands, coincidental with the decline of malaria, is a tremendous increase

in the birth rate. In St. Vincent alone, the birth rate jumped from around 38-40 per 1.000 to 50-52 per 1.000 last year. This, of course, is expected to present another economic problem, the solution to which will have to be sought later.

The two incidents to which he wished to call special attention had occurred in Trinidad and British Guiana. In Trinidad, there are two malaria vectors, Anopheles aquasalis and A. bellator, of the Kerteszia group. While A. aquasalis is the more predominant, the difficulty has been with A. bellator. Nearly seven-eighths of the island have now been freed of the vectors and seven-eighths of the population have therefore been protected, though a small number of persistent cases have been detected in those border areas where there is a mixture of aquasalis and bellator. While it was hoped that they would succeed in eliminating the vector this year, Dr. Gillette stressed the need for caution against ceasing operations too quickly. Though it has been their experience and that of other countries that malaria can be completely eradicated, he emphasized the importance of complete and proper evaluation in all the countries that are declared free of malaria.

The other incident he wished to report was the situation in the coastlands of British Guiana, which have been free of malaria for the last six or seven years, where no cases of malaria had been reported, and where evaluations had been made by Dr. Giglioli and other experts of the Organization. However, the danger had remained because the Indians and the populations in the interior were not being treated. A campaign with

chloroquinated salt was, in fact, initiated in 1960. In July of the present year, for the first time since 1955, a case of malaria appeared on the coast, eight miles from Georgetown, the capital city. Within a period of a month, 14 to 15 cases were discovered in areas that had been declared free of malaria since 1955. Dr. Gillette stated that the situation has not been fully evaluated and the cause is as yet undetermined, but it is believed that it was the result of a breakthrough of A. darlingi from the interior, back to its preferred habitat in the coastal areas, a fact which showed the need for continuing evaluation even after several years had elapsed. He said that the situation is well in hand, but felt that the Council's attention should be called to this fact, in the hope that this experience might be of value to those present.

El Dr. GUEDEZ (Venezuela) presenta un proyecto de resolución en el que propone que el Consejo Directivo tome nota del IX Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas (Documento CD13/3); expresa su satisfacción por los éxitos ya alcanzados en algunos programas de erradicación; expresa asimismo su satisfacción por el continuo interés que muestran los Gobiernos y la Oficina Sanitaria Panamericana por resolver los problemas técnicos que plantea la labor de erradicación, esperando que intensifiquen sus esfuerzos para superarlos; reitere su agradecimiento a los Gobiernos que generosamente han contribuido al Fondo Especial de la Organización Panamericana de la Salud para la Erradicación de la Malaria, esperando que sigan contribuyendo y que otros Gobiernos procuren efectuar aportaciones a dicho fondo; y agradezca una vez más al Fondo de las Naciones

Unidas para la Infancia y a la Administración de Cooperación Internacional de los Estados Unidos de América la colaboración que han venido prestando a los países y reitere el interés de que prosiga esta colaboración.

Decisión: Por unanimidad se aprueba el proyecto de resolución presentado por el Representante de Venezuela, relativo al Informe sobre el Estado de Erradicación de la Malaria en las Américas.

/Decision: The Council unanimously approved the draft resolution presented by the Representative of Venezuela on the Report on the Status of Malaria Eradication in the Americas.

TEMA 33: CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS DEL FONDO ESPECIAL DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA (Documento CD13/20)
TOPIC 33: ESTIMATED REQUIREMENTS FOR THE PAHO SPECIAL MALARIA FUND (Document CD13/20)

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP), al presentar el tema expone que en noviembre de 1960, la Oficina había preparado el Documento titulado "Estimado de los Requerimientos del Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria" en el que se hacía un análisis de los progresos de la erradicación de la malaria. Agrega que en la Resolución WHA14.38, de la 14a Asamblea Mundial de la Salud se recomendó que se prepararan proyectos de programa y de presupuesto de las actividades antipalúdicas de la Organización para los cinco años próximos e informa de que el Director, estimando que el anterior documento de la OPS serviría a los fines encomendados por la Asamblea Mundial de la Salud, tuvo el honor de presentarlo al Comité Ejecutivo en su 43a Reunión, en la cual, en virtud de su Resolución XVII, se acordó tomar nota de las cantidades que se consideran necesarias para atender a los requerimientos futuros. Añade que en el Documento "Cálculo de los Requerimientos del Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria", Revisión 1 (Anexo I), que el Director tiene el honor de presentar a la consideración del Consejo Directivo se ofrece una breve descripción del estado de cada programa, inclusive los interpaíses, así como los planes actuales de la Organización con respecto a participaciones futuras, empleando al efecto el método normal que utiliza la OPS para hacer el cálculo del presupuesto.

A continuación, el Dr. Sutter manifiesta que los cálculos presentados en el nuevo documento responden a una revisión llevada a cabo en agosto de 1961 y que las cifras difieren de las presentadas al Comité Ejecutivo en lo referente al costo total del programa y los requerimientos para la participación de la OPS. Señala que en el Anexo I se presenta, en primer lugar, un resumen de todos los programas y que, en la última columna del total, aparece como costo la cifra de $191.000.000 para una población expuesta de 88.000.000 de habitantes, lo cual representa un gasto de sólo $2,26 por habitante en el período de 1961 a 1967. En segundo lugar, se calculan los requerimientos para los distintos países, y en tercer lugar figuran los requerimientos para las actividades interpaíses y regionales, de cuyos cuadros presenta un resumen el Dr. Sutter.

El PRESIDENTE invita al Director a presentar los documentos de la Organización Mundial de la Salud relativos a la campaña contra el paludismo, de acuerdo con la decisión adoptada en la décimotercera sesión plenaria de que las Rescluciones de la OMS de interés para el Comité Regional se tratarían en las sesiones dedicadas a los temas con que estén relacionadas.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) se refiere, en primer lugar, a la Resolución WHA14.38, denominada "Programa de erradicación del paludismo", y señala que, en el tema que acaba de presentarse, el

Secretario General hizo mención de esta Resolución como base del documento porque, en efecto, la Resolución se funda en la decisión de la XIV Asamblea Mundial de la Salud, de financiar el programa de erradicación del paludismo, con el cual coopera y al cual patrocina la Organización Mundial de la Salud, mediante su incorporación gradual al presupuesto regular. La Resolución comentada tiene dos aspectos: En primer lugar, pide que se evalúen las tendencias que en los cinco años próximos hayan de seguir las actividades antipalúdicas, y eso es lo que la Oficina Sanitaria Panamericana ha presentado para la Región de las Américas. A este respecto, el Dr. Horwitz, destaca que el cálculo de requerimientos a que se refiere la presentación del Secretario General, es una estimación, una presunción. Naturalmente, con los problemas de carácter técnico y administrativo que un programa de esta extensión tiene y podrá tener en el futuro, parece muy difícil asegurar en forma absoluta lo que va a ocurrir en los próximos cinco años. Pero como la resolución habla de una tendencia, una tendencia es la que la Oficina ha presentado. Es la misma tesis general de planificación que se ha discutido en esta sesión del Consejo Directivo. Es preferible tener una base para irla mejorando con la experiencia a no tener nada de qué partir. Sin embargo, parece que la información está mejorando rápidamente como para poder asegurar que buena parte de esta estimación se podrá cumplir, a menos que ocurran circunstancias totalmente inesperadas. Por lo tanto, esta es la evaluación de la tendencia para la Región de las Américas en los próximos cinco años.

La segunda parte de esta Resolución recomienda a los países cuyos programas progresen satisfactoriamente y que cuenten con suficiente personal adiestrado, que sus comités regionales respectivos estudien la posibilidad de reducir las prestaciones de asesoramiento técnico en beneficio de aquellos otros cuyos programas aún no han empezado o están en sus comienzos en provecho de la adquisición del equipo, del material y, en particular, de los medicamentos que deben ser utilizados en las etapas de consolidación. El Documento CD13/20, que se acaba de presentar --manifiesta el Dr. Horwitz-- es una respuesta a esta proposición, toda vez que expresa cómo los aportes de los organismos internacionales en general tanto del régimen bilateral como del multilateral van disminuyendo en la medida que el programa así lo recomienda.

Seguidamente, el Director presenta las otras Resoluciones de la OMS relacionadas con este tema: WHA14.27, Cuenta Especial para la Erradicación del Paludismo, y la siguiente, EB26.R32, Financiamiento del Programa de Erradicación del Paludismo, y dice que las comentará juntas porque están evidentemente ligadas. Efectivamente --añade-- en la última Asamblea Mundial, la XIV, que tuvo lugar en Nueva Delhi en febrero del año en curso, la Asamblea Mundial acordó, por Resolución WHA14.15, un nuevo sistema de financiamiento del Programa de Erradicación del Paludismo en el mundo. En suma: se resuelve financiar este programa por medio del presupuesto regular en forma progresiva, y la Resolución establece que en el año 1962 se incorporará al presupuesto regular una partida de $2.000.000 para financiar el programa mundial del paludismo; en el año 1963, una partida

de $4.000.000, y, en el año 1964, el costo total del programa, que en el momento en que esa Resolución se aprobó se estimaba en una cifra aproximada a los $6.000.000. Se acordó, asimismo, como medida transitoria y con el fin de evitar una contribución que pudiera ser muy onerosa para determinados países, que todos aquellos miembros activos que tengan en marcha un programa antipalúdico, y cuya contribución a la OMS sea inferior al 0,5% del presupuesto, o cuya renta por habitantes sea baja, puedan obtener en el curso del año 1962 una bonificación o créditos, o una devolución por así decirlo en forma práctica, del 75% de su aporte, para financiar el programa de paludismo. Es decir, el 75% de su aporte correspondiente a estos $2.000.000.

Agrega el Dr. Horwitz que los miembros habilitados para obtener esta bonificación o créditos debieran ser designados por la Asamblea Mundial de la Salud. Naturalmente, para cubrir la diferencia, es decir, este 75% de crédito, la Organización espera que los Gobiernos continúen contribuyendo generosamente, como lo han hecho hasta aquí, a la Cuenta Especial para la Erradicación del Paludismo de la Organización Mundial de la Salud. Y a eso se refiere, la Resolución WHA14.27, en la cual, después de dar las gracias a los donantes cuyas contribuciones han hecho posible la ejecución del programa de erradicación del paludismo de la OMS, se pide al Director General que siga procurando allegar contribuciones voluntarias de todas las procedencias, tanto las de Gobiernos, como de las fundaciones, las empresas industriales, las organizaciones sindicales, las instituciones y los particulares, y la Resolución EB26.R32 del Consejo Ejecutivo, que antecedió a este nuevo sistema para financiar el programa

mundial de paludismo, da por sentado que cualquiera sea el sistema, va a ser indispensable por algunos años tener contribuciones voluntarias. Y naturalmente, complementa la Resolución anterior haciendo un llamamiento en el mismo sentido a los Gobiernos Miembros.

El PRESIDENTE señala que hay una Resolución más de la Asamblea Mundial de la Salud que se refiere a una emisión de sellos de correos dedicados a la erradicación del paludismo. Como es una proposición financiera, que forma parte de toda esta estructura que están buscando las naciones angustiadas por tener fondos para la erradicación del paludismo, y en esta sesión se está tratando esencialmente de requerimientos de fondo para esto, pide al Dr. Portner que presente esa resolución de la Organización Mundial de la Salud para poder tomar nota de todos los documentos financieros.

Dr. PORTNER (Chief of Administration, PASB) gave the background on this matter, calling attention first to the pertinent Documents on the subject (CD13/29, Addendum I, and CD13/47). He stated that the sale of stamps, to help finance the world-wide malaria eradication program, had first been brought before the Governing Bodies in 1960 at the Twenty-sixth Session of the WHO Executive Board. Since that date, the matter had been discussed at the 14th World Health Assembly and at the 28th Meeting of the Executive Board. Basically, he said, the purpose of this activity is twofold: to help finance the MESA fund of WHO, and to serve as a force in disseminating the ideas of this most important world-wide public health campaign throughout all countries by means of the most obvious of all advertising facilities --the postage stamp. During the

past few months, the Director-General had sent communications to the Member Governments of WHO and had called upon them to initiate, if possible, programs for the issue of malaria eradication stamps in each country. The date 7 April 1962, World Health Day, has been set as the target date of issue. In this Region, replies have been received from 15 Governments; five have clearly indicated that they will issue malaria eradication stamps, and three have replied that they will associate themselves with a program that will not necessarily be restricted to the malaria eradication activity but will perhaps bridge United Nations activity in general.

The Executive Board Resolution to which reference has been made gives credit to the United Nations Postal Administration and to the Universal Postal Union for their support in this program, takes note of the action to date by the Member Governments, and calls upon those Members who have not yet decided to issue the proposed stamps to do so and thus contribute to the Organization's efforts in stimulating interest in the malaria eradication program. Dr. Portner concluded by saying that the draft resolution that would be presented to the Council extends a further invitation to the Governments to support this program.

El Dr. BARRENECHEA (Bolivia) manifiesta que el Gobierno de Bolivia ya ha declarado, mediante una Ley, la emisión de dichos sellos postales y parece que también va a hacer, o ya ha debido hacer, la primera entrega de ellos.

El Dr. FERNANDEZ NARANJO (República Dominicana) comunica que el Gobierno de la República Dominicana ha recibido con mucha simpatía la emisión del sello dedicado a la erradicación de la malaria, y que se han dado ya las disposiciones para que la Dirección General de Comunicaciones proceda a su impresión, a fin de que puedan ponerse en circulación el próximo Día Mundial de la Salud, 7 de abril de 1962.

El PRESIDENTE anuncia que la Delegación de los Estados Unidos de América ha informado que el Gobierno de dicho país acaba de comunicar al Director-General de la OMS que hará una emisión especial de sellos de correos a principios de 1962, dedicada a la campaña de erradicación del paludismo, y que simultáneamente ha comunicado esta decisión al Comité Regional para las Américas.

> Decisión: Por unanimidad se acuerda tomar nota del Acuerdo celebrado entre la OMS y la Corporación Filatélica Intergubernamental relativa a la venta de sellos y otro material filatélico, contenido en el Documento CD13/29, Addendum I, e invitar a los Estados Miembros que todavía no han adoptado el acuerdo de hacer una emisión especial de sellos de correos dedicada al programa de erradicación del paludismo, a que tomen esa decisión para contribuir de esta manera al esfuerzo encaminado a divulgar información sobre el programa mundial de erradicación del paludismo y a estimular el interés en el mismo.
>
> /Decision: It was unanimously agreed to take note of the agreement concluded between WHO and the Inter-Governmental Philatelic Corporation concerning the arrangements for the sale of stamps and other related philatelic material, contained in Document CD13/29, Addendum I, and to invite all Member States that have not yet decided to issue a special postage stamp commemorating the malaria eradication program, to do so, thus contributing to the efforts in disseminating information on, and stimulating interest in, the worldwide malaria eradication program./

El Dr. QUIROS (Perú) expresa que para la Delegación del Perú ha sido singularmente grato escuchar el informe presentado sobre el programa

de erradicación de la malaria de la Organización lo mismo que el cálculo de los requerimientos del Fondo Especial de la Organización Panamericana de la Salud para la Erradicación de la Malaria. Recuerda que, a solicitud de la Delegación del Perú, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Resolución WHA14.39 pidiendo que se hiciera una evaluación de las tendencias y que se fueran pasando los servicios de asesoría técnica a los países que los necesitaren. Eso es satisfactorio, como lo es la forma en que éste ha sido tratado por la Organización Panamericana de la Salud.

Cree el orador que los programas AMRO-121, que se refiere a servicio de evaluación, y el AMRO-220, que se refiere a estudios epidemiológicos, deben merecer particular atención dado el momento en que actualmente se encuentra la campaña continental de erradicación de la malaria. Es decir, muchas de sus partes se encuentran en fase de consolidación y en otras se plantean problemas técnicos importantes que es necesario dilucidar. Considera que sería conveniente, en beneficio de estos dos programas, reducir quizás el aporte de fondos para otros programas relacionados con asesoría técnica al nivel de las Oficinas de Zona, ya que teniendo en cuenta que los países poseen personal nacional debidamente adiestrado y que existe asesoría técnica al nivel de cada país, tal vez sería más conveniente en este momento reducir la asesoría al nivel de la Zona y concentrar más los esfuerzos al nivel de estos dos programas de evaluación y de epidemiología.

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) lee el proyecto de resolución inserto en el Documento CD13/20 relativo a este tema.

Dr. WATT (United States of America) said that he had two comments to make on the proposed resolution. The first involved suggestions for technical improvements concerning the annual revision, which would be transmitted to the Bureau at a future date. The other concerned the words "to request", as used in the proposed resolution. He felt that a stronger phrase should be employed, and that the third operative paragraph should read "to urge the Member Governments to continue their support", rather than just "take note" and then "request" their support.

El Dr. QUIROS (Perú) apoya la propuesta del Representante de los Estados Unidos de América.

El PRESIDENTE sugiere que podría aprobarse el proyecto de proposición y pasarse a la Comisión General para que tome en cuenta las opiniones formuladas por dichos Representantes para que su texto sea más enérgico.

> Decisión: Se acuerda tomar nota de las cantidades que se consideran necesarias para atender a los requerimientos futuros; encomendar al Director la preparación de revisiones anuales de estos cálculos para su debido estudio por parte del Consejo Directivo, y solicitar de los Gobiernos Miembros que continúen sus aportaciones al Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria, a fin de que las actividades de erradicación puedan proseguir tan rápidamente como sea posible.
>
> /Decision: It was agreed to take note of the estimates for future requirements; to request the Director to prepare annual revisions of these estimates for study by the Directing Council, and to request Member Governments to continue their support to the PAHO Special Malaria Fund so that eradication activities may proceed as rapidly as possible./

El Dr. BICHAT RODRIGUES (Brasil) da las gracias al Dr. Bustamante, Representante de México, por su labor al frente de la Presidencia en las sesiones décimotercera y décimocuarta, en las que ha logrado una coordinación perfecta de los trabajos gracias a su experiencia de todos reconocida.

Se levanta la sesión a las 5:45 p. m.
The session was adjourned at 5:45 p. m.

consejo directivo

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

XIII Reunión

comité regional

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

XIII Reunión

Washington, D. C.

Viernes, 13 de octubre de 1961, a las 9:40 a.m.
Friday, 13 October 1961, at 9:40 a.m.

CD13/55
13 octubre 1961
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA DECIMOQUINTA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE FIFTEENTH PLENARY SESSION

Presidente Provisional: Dr. Miguel E. Bustamante — México
Provisional Chairman:

Presidente: Dr. Miguel E. Bustamante — México
Chairman:

Indice
Contents

Nombramiento de Presidente de la sesión
Appointment of the Chairman of the session

Declaración de la Representante del Ecuador, Sra. Piedad de Suro
Statement by the Representative of Ecuador, Mrs. Piedad de Suro

Tema 35: Registro de Areas de Malaria Erradicada (Documento CD13/6)
Topic 35: Register of Areas where Malaria is Eradicated (Document CD13/6)

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar a la Oficina Sanitaria Panamericana (Atención: Jefe de la Sección de Conferencias y Traducciones) las correcciones que deseen ver introducidas en el texto. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión del Consejo.

Note: These précis minutes are provisional. The representatives are therefore requested to notify the Pan American Sanitary Bureau (Attention: Chief, Conference and Translations Section) of any corrections they wish made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the meeting of the Council.

Indice (cont.)
Contents (cont.)

Tema 24: Programa General de Trabajo de la OPS/OMS, para el período 1962-1965 (Documento CD13/27)
Topic 24: General Program of Work of PAHO/WHO covering the period 1962-1965 (Document CD13/27)

Moción del Representante del Perú (Proyecto de Resolución)
Motion of the Representative of Peru (Draft Resolution)

Moción del Representante de Argentina (Proyecto de Resolución)
Motion of the Representative of Argentina (Draft Resolution)

Tema 13: Informe del Subcomité sobre Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud (Documento CD13/16 y Addenda I,II,III, y IV)
Moción del Representante de los Estados Unidos de América (Proyecto de resolución)
Topic 13: Report of the Subcommittee on Basic Documents of the Pan American Health Organization (Document CD13/16 and Addenda I,II,III and IV)
Motion by the Representative of the United States of America (Draft Resolution)

Tema 32: Preparativos para la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, XIV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas (Documento CD13/4)
Topic 32: Arrangements for the XVI Pan American Sanitary Conference, XIV Meeting of the Regional Committee of the WHO for the Americas (Document CD13/4)

NOMBRAMIENTO DE PRESIDENTE DE LA SESION
APPOINTMENT OF THE CHAIRMAN OF THE SESSION

El PRESIDENTE PROVISIONAL abre la sesión y anuncia que, en vista de que se encuentran ausentes el Presidente y los dos Vicepresidentes, es preciso --de acuerdo con el Artículo 5º del Reglamento Interno-- nombrar un Representante para que presida la sesión.

El Dr. BOVE ARTEAGA (Uruguay) propone al Representante de México, Dr. Bustamante, para que presida la sesión.

Decisión: Se nombra por unanimidad al Dr. Miguel E. Bustamante, Representante de México, para que presida la décimoquinta sesión.

/Decision: Dr. Miguel E. Bustamante, Representative of Mexico, was unanimously appointed to preside over the Fifteenth Session.

DECLARACION DE LA REPRESENTANTE DEL ECUADOR, SRA. PIEDAD DE SURO
STATEMENT BY THE REPRESENTATIVE OF ECUADOR, MRS. PIEDAD DE SURO

El PRESIDENTE da la bienvenida a la Representante del Ecuador, Sra. Piedad de Suro, que se ha incorporado a las actividades de la reunión.

La Sra. DE SURO (Ecuador) manifiesta que el Ministro de Sanidad e Higiene de su país, Dr. José Baquero de la Calle, le ha encomendado que exprese al Consejo su pesar por no haber podido asistir personalmente a la reunión, como era su deseo, y añade que el Gobierno del Ecuador está como siempre, dispuesto a cooperar activamente con la Organización Panamericana de la Salud.

Por otra parte, la Sra. de Suro hace constar su profundo agradecimiento al Consejo, en nombre propio y en el de sus hijos, por la resolución adoptada en la décimotercera sesión, a propuesta del Representante de México, Dr. Bustamante, expresando la sincera condolencia por el fallecimiento de su esposo, Sr. Guillermo A. Suro, Jefe del Departamento de Conferencias y Publicaciones de la Oficina Sanitaria Panamericana.

El PRESIDENTE reitera el sentimiento del Consejo a la Sra. de Suro, y señala, por otra parte, que le cabe el honor de ser la primera dama latinoamericana que ostenta la representación de su país en las reuniones del Consejo Directivo.

TEMA 35: REGISTRO DE AREAS DE MALARIA ERRADICADA (Documento CD13/6)
TOPIC 35: REGISTER OF AREAS WHERE MALARIA IS ERADICATED (Document CD13/6)

El Dr. da SILVA (Jefe, Oficina de Erradicación de la Malaria, OSP) manifiesta que la XI Reunión del Consejo Directivo celebrada en 1959, aprobó una resolución propuesta por la Delegación de Venezuela, en el sentido de que la Oficina Sanitaria Panamericana, estudiara la posibilidad de organizar un Registro de Areas de Malaria Erradicada. Este asunto fue sometido a la consideración del Comité Ejecutivo y volvió al seno del Consejo Directivo en su reunión del año pasado. Durante ese período, el Comité de Expertos de la OMS en Paludismo, preparó un documento estableciendo los requisitos generales relativos a un Registro de Areas de Malaria Erradicada. El Director se complace en informar al Consejo Directivo que la Oficina está en condiciones de establecer un Registro de esa naturaleza. Se ha distribuido a los Representantes un documento relativo a la primera inscripción de un área de malaria erradicada en el mundo, que corresponde a una zona de Venezuela, debidamente estudiada por el personal técnico de la Oficina en colaboración con los técnicos nacionales.

El Dr. QUIROS (Perú) felicita al personal de la Oficina encargado de las actividades antimaláricas, por la brillante labor realizada, así como al Gobierno de Venezuela por su magnífica obra, agradeciéndole la cooperación que presta al Perú por medio de la Escuela de Malariología en Maracay.

El Dr. OLGUIN (Argentina) se une a las felicitaciones expresadas por el Representante del Perú.

El Dr. BARRENECHEA (Bolivia) apoya el proyecto de resolución que figura en el Documento CD13/6, y hace mención especial del caso de Venezuela, primero en la historia del registro de malaria erradicada. Añade que al hablar de Venezuela es preciso referirse a la figura eminente de la malariología, el Dr. Arnoldo Gabaldon, actual Ministro de Sanidad de dicho país, que, sin escatimar esfuerzo alguno, ha formado una Escuela de Malariología y ha diseminado por casi todo el Hemisferio una serie de técnicos que actualmente trabajan en todas las zonas maláricas. El Dr. Barrenechea, como alumno de la Escuela de Malariología de Maracay y del Dr. Gabaldón, tributa un homenaje a tan eminente científico, que está convirtiendo en realidad lo que hace 20 años era sólo una quimera: la erradicación de la malaria en Venezuela.

El Dr. LATTUF (Venezuela) señala que durante la XI Reunión del Consejo Directivo celebrada en 1959, el Representante de Venezuela propuso que la Oficina Sanitaria Panamericana estableciera un registro de áreas de malaria erradicada. En la 40a Reunión del Comité Ejecutivo celebrada en abril de 1960, el Director informó sobre las posibilidades de establecer dicho registro y las condiciones que los Gobiernos Miembros deben cumplir para solicitar la inclusión de un área determinada en el registro referido.

Venezuela fue el primer país que organizó una campaña en escala nacional contra la malaria, basada en el rociamiento intradomiciliario con DDT y la protección de todas las casas del área malárica. El objetivo de erradicar la malaria del país se alcanzó en gran parte al publicar, en 1954, un

informe referente al área de malaria erradicada más extensa en la zona tropical. Hoy Venezuela ha tenido el honor y la satisfacción de recibir el informe, mediante el cual se justifica la inclusión de 408.000 Km^2 en el Registro de Areas de Malaria Erradicada, superficie que representa el 65% del área total de malaria erradicada en la América Latina.

Felicita el orador al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y a su personal, por la meticulosidad con que efectuó la investigación y elaboró el informe, y añade que la aprobación del mismo supone un estímulo para seguir esforzándose hasta lograr el objetivo final: la erradicación de la malaria en todo el territorio venezolano.

Por último, el Dr. Lattuf agradece muy particularmente al Representante de Bolivia, en nombre del Dr. Arnoldo Gabaldon, las frases elogiosas que le ha dedicado.

> Decisión: Por unanimidad se acuerda tomar nota de la inscripción en el "Registro de Areas de Malaria Erradicada" de aproximadamente 408.000 Km^2 del territorio de Venezuela, de acuerdo con el informe preparado al efecto por la Organización Panamericana de la Salud; recomendar a los Gobiernos Miembros y a los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria que intensifiquen las actividades de vigilancia durante la fase de consolidación de sus programas; que organicen la recopilación de sus datos epidemiológicos en forma que facilite la futura inscripción de áreas en el Registro; y recomendar asimismo a los Gobiernos Miembros que establezcan adecuados servicios de salud rurales, como uno de los elementos necesarios en la fase de mantenimiento de la erradicación, una vez ésta haya sido lograda.

/Decision: It was unanimously agreed to take note of the entry in the register of areas from which malaria has been eradicated approximately 157,500 square miles of the territory of Venezuela, in accordance with the report prepared on this subject by the Pan American Health Organization; to recommend to Member Governments and to the National Malaria Eradication Services to intensify surveillance activities during the consolidation phase of their programs, and to organize their epidemiological data in such a way as to facilitate the future registration of areas in the register; and to recommend to Member Governments that adequate rural health services be developed as one of the necessary elements in the maintenance phase of eradication, once this has been achieved./

TEMA 24: PROGRAMA GENERAL DE TRABAJO DE LA OPS/OMS PARA EL PERIODO 1962-1965 (Documento CD13/27)
TOPIC 24: GENERAL PROGRAM OF WORK OF PAHO/WHO COVERING THE PERIOD 1962-1965 (Document CD13/27)

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) señala que este tema tiene relación con la Resolución WHA14.39 adoptada por la 14a Asamblea Mundial de la Salud, Resolución que figura en el Documento CD13/29, por lo que anuncia que en sus comentarios se referirá tanto a esta Resolución, como al Documento CD13/27 correspondiente al tema en discusión.

Se trata --agrega-- de formular el programa general de trabajo que en el período 1962-1965, realizará la Oficina Sanitaria Panamericana, como órgano ejecutivo de la OPS y de la OMS. Esta última, en su Asamblea de este año, acordó su propio programa general de trabajo, en el que se incluye, como es natural, la Región de las Américas. Es, por tanto, comprensible que el documento que ahora se somete al Consejo, siga las grandes líneas del programa general de trabajo de la OMS, en la parte que corresponde a la Región de las Américas.

Añade el Dr. Horwitz que, como la OPS cuenta en la actualidad con casi 60 años de vida ininterrumpida, es lógico que en la elaboración de su programa general de trabajo se tenga muy en cuenta su pasado, que ya es una tradición. Por otra parte, en el documento se han seguido las instrucciones adoptadas por el Consejo Directivo en su reunión anterior, habiéndose establecido la debida clasificación según los principios y criterios del programa propiamente dicho que abarca los siguientes puntos:

consideraciones generales, servicios internacionales de interés general, fortalecimiento de los servicios nacionales de salud; lucha contra las enfermedades (transmisibles y no transmisibles), formación de personal profesional y auxiliar, investigaciones médicas, coordinación de las actividades de salud con otras de carácter económico y social, educación sanitaria e información pública y, finalmente, se formulan unas conclusiones.

Considera oportuno reiterar que los proyectos son de los Gobiernos mismos y que la función de la Oficina tiene un carácter de asesoramiento, por lo que su programa de trabajo no es más que expresión de las propuestas de los Gobiernos, en la medida en que corresponden con las grandes líneas de actividad que los Cuerpos Directivos han fijado a la Organización. Indica que en los puntos 2 y 3 del documento se señalan algunos criterios que es indispensable tener presente, dado el desequilibrio existente entre las necesidades y los recursos;como ejemplo cita que para el año 1962 había solicitudes de proyectos por un valor superior a $2.800.000 que no pudieron ser incluidos, y este hecho justifica que haya que atenerse a determinados criterios, advirtiendo que los que aplica la Oficina son los clásicos en materia de salud.

Aludiendo a una intervención anterior del Representante de la República Dominicana, recuerda que en lo que respecta a ideas básicas para programas de salud, hay que tener en cuenta la relación que existe entre el costo o inversión de un programa y el resultado que se obtiene, la importancia del problema que trata de resolver, reflejada en los índices de morbilidad y de mortalidad; la existencia de un conocimiento probado por la experiencia, que justifique que, al emprender un programa determinado, haya alguna seguridad de que se van a alcanzar los efectos que se esperan.

Naturalmente, el ideal consiste en que haya también una opinión pública lo suficientemente receptiva que perciba, en sus dimensiones, los propósitos del programa y se sienta inclinada a participar en él. Desde el punto de vista del Gobierno, es menester que, en su conjunto, las actividades sean técnica y económicamente viables y que puedan ejecutarse ventajosamente con la colaboración internacional; y desde el punto de vista de esta última que beneficien al mayor número posible de personas en el seno de un país, a varios países o a una región determinada. Tal vez se puedan aducir otros criterios, pero la Oficina estima que éstos son los habituales.

Agrega el Dr. Horwitz que los acontecimiento de los dos últimos años han dado lugar a que se dé prioridad a la idea de correlacionar las funciones de salud con las encaminadas a lograr el desarrollo económico y social de los países y reitera las afirmaciones contenidas en el Acta de Bogotá y en la Carta de Punta del Este. Expresa su convencimiento de que, a medida que el tiempo transcurra y haya programas nacionales de salud cada vez más sólidos, será más simple la colaboración internacional, y llegará un momento --añade-- en que se tendrá también el criterio de que el programa que un Gobierno proponga sea parte del plan nacional de desarrollo. Muestra la preocupación que inspira a la Oficina el hecho de que la sucesión de administraciones nacionales de salud en los diversos países interfiera en la ejecución de un plan que hubiera sido bien concebido y oportunamente aprobado. El plan debe representar la continuidad de la acción, siempre que, como es natural, se respeten las prioridades derivadas de los problemas más apremiantes.

El Dr. Horwitz subraya que todos los países y territorios que integran el Hemisferio participan y colaboran en las actividades de la Organización y que no hay que olvidar que el 90% de los funcionarios de ella son originarios de este Continente, en la medida de lo posible, de todos los países. El carácter universal de la participación y colaboración de todos los países, incluso de los territorios no autónomos, en los trabajos de la Organización como el del disfrute de los beneficios de sus servicios, aparece claramente expresado en los puntos 2.5.1 y 2.5.2 del Documento.

En el punto 2.6 se declara que la rápida evolución de la investigación en general y de la medicina en particular, la solución de algunos problemas de salud y la aceleración del ritmo del desarrollo económico y social, plantean constantemente nuevos problemas y suscitan la aparición de técnicas, prácticas y métodos nuevos. Cabe, por lo tanto, que en algunas cuestiones que no parecen de momento requerir una acción internacional, sea útil, e incluso necesario, emprenderla antes de que termine el período a que se refiere el presente programa. Este debe ser, por tanto, flexible y prestarse a revisiones y evaluaciones periódicas. Señala el Director que tales revisiones y evaluaciones las efectúa cada año el Consejo Directivo al analizar, por un lado, el Informe del Director y, por otro al estudiar los proyectos de programa y presupuesto para los dos años siguientes.

En el programa, como ocurre también en las administraciones nacionales, hay funciones propiamente de servicio que son de carácter general, y hay otras específicas. Como ya se ha dicho en otras ocasiones, toda clasificación es artificial, es simplemente un mecanismo para ordenar las ideas en relación con algún problema que, en apariencia, es complejo. Se señalan cuáles son los servicios internacionales de interés general; naturalmente, éstos son más propios de la Organización Mundial de la Salud, como tal, pero tienen un reflejo en esta Región. Como ejemplo cita los de epidemiología y cuarentena internacional (el debate sobre viruela ha sido un excelente ejemplo de la importancia que está adquiriendo la labor antivariólica en el mundo de hoy, en este mundo --dice-- que el hombre está achicando y que, por ello mismo, está haciendo cada vez más complejo); los de compilación y análisis de los datos estadísticos obtenidos en los distintos países, ya que a todos interesa saber cómo están evolucionando las enfermedades en el mundo entero y, particularmente, en esta Región; el establecimiento de patrones internacionales y la publicación y la revisión periódica de ciertos textos que han circulado ampliamente, como la Farmacopea Internacional y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. Informa que la Oficina tradujo al español esta última publicación, que se está convirtiendo en un texto de consulta permanente en los Ministerios de Salud y en las Universidades. Como éstas hay diversas actividades que son propias de un organismo internacional.

El Dr. Horwitz se refiere a continuación a las funciones específicas de la Organización que, en sus líneas generales, vienen del pasado, porque no todos los problemas se pueden resolver simultáneamente. Hay que mejorar los servicios nacionales de salud, pero, en los esfuerzos para lograr este objetivo, el interés de los Gobiernos es muy variable, lo que se refleja en el programa. Un año determinado, un Gobierno tiene interés en mejorar sus actividades en materia de epidemiología o de enfermería, las de estadísticas, o atención médica, las de control general de enfermedades infecciosas, y cabe señalarlo por su relación con el establecimiento de prioridades, punto que ha sido objeto de discusión en esta reunión. Afirma que salvo en el caso que los países tuvieran problemas exactos, que la ecología hubiera adquirido una uniformidad que sería trágica, la Organización no podría tener un programa rígido. Este ha de ser flexible, adaptable a la evolución de los problemas, a la organización de los Gobiernos y a sus deseos de irlos resolviendo en un momento dado.

Entiende el Dr. Horwitz que lo único que un organismo de esta naturaleza puede pretender es seguir determinados cauces, y a eso obedece el documento que se presenta. En materia de integración, se indican en la página 6 del mismo los objetivos que deben perseguirse para el fortalecimiento de los servicios nacionales de salud: la integración de los mismos, terminando con la disociación de lo preventivo y lo curativo; la coordinación de las actividades de salud con las de carácter económico y social, iniciativa que los Representantes han

destacado como de enorme trascendencia y que se proponen convertirla en realidad en sus respectivos países; el desarrollo armonioso de los programas de la Oficina en el país; la coordinación con los demás organismos internacionales competentes en materia sanitaria, económica y social; la protección de la salud mediante la adopción de medidas para contrarrestar los posibles efectos nocivos de todos los factores ecológicos, y el fomento de la salud con medidas positivas encaminadas al mejoramiento de los factores que constituyen el medio físico, biológico y social de los individuos y de las colectividades.

Agrega el Dr. Horwitz que cada uno de estos principios tiene expresión diversa en el seno de cada país, desde los que están realizando grandes esfuerzos para disponer de una sola administración de salud pública que, tomando a la familia como unidad, comprenda los problemas de atención médica, de prevención y de fomento de la salud, hasta aquellos otros cuya atención de los enfermos se encuentra sumamente dispersa. La Organización no puede hacer otra cosa que recomendar y sugerir medios y métodos para ir resolviendo estos problemas y alcanzar determinados propósitos, pero hay que reconocer que estos principios fundamentales constituyen una buena pauta a seguir.

Resalta el Dr. Horwitz, la importancia de la Carta de Punta del Este, que en materia de protección y fomento de la salud ha sido suficientemente elocuente. Alude en especial a los incisos 8 y 9 del Título I de la misma que precisa los objetivos de la Alianza para el Progreso, estableciéndose un plan decenal de salud que comprende la adopción de medidas encaminadas a proporcionar agua potable y desagüe a no menos del 70% de la población urbana y del 50% de la rural; reducir la mortalidad de los

menores de cinco años, por lo menos a la mitad de las tasas actuales, controlar las enfermedades transmisibles; erradicar aquellas para las cuales se conocen técnicas eficaces, en particular la malaria; mejorar la nutrición, adiestrar al personal, mejorar los servicios de salud, intensificar las investigaciones científicas y, por otro lado, aumentar la construcción de viviendas económicas para las familias de bajos ingresos, reemplazando las inadecuadas o deficientes y dotar de los servicios públicos necesarios a los centros poblados urbanos y rurales.

Se refiere a continuación al capítulo relativo a la lucha contra las enfermedades y dice que la Organización no se limita sólo a combatir las transmisibles, como la malaria. Hay países --agrega-- que nunca la tuvieron o su extensión fue tan pequeña que la erradicaron, pero tienen otros problemas igualmente apremiantes, lo que constituye nuevo argumento para justificar la necesidad de que el programa de la Oficina sea diversificado. Naturalmente, en la región de las Américas y en orden de prioridades se señala la necesidad de terminar la erradicación del paludismo y al respecto indica que, a pesar de los aspectos negativos señalados por el Jefe del Departamento de Erradicación de la Malaria de la OSP en la sesión décimocuarta, pesan mucho más los aspectos positivos en esta lucha continental. Habiendo invertido los Gobiernos en la realización de la misma más de $140.000.000, retroceder en la campaña equivaldría a perderlo todo. Muestra su convencimiento de que la investigación científica contribuirá a resolver los problemas de carácter biológico y terminará por eliminar esta enfermedad, incluso en los países que tropiezan hoy con dificultades económicas. Indica que es más fácil la situación de la viruela, cuya pronta erradicación complacería vivamente a la Oficina y lo mismo puede decirse del vector de la fiebre amarilla urbana y del pian.

Justifica el Dr. Horwitz la inclusión del problema de la tuberculosis en el documento y dice que hay países que también se han interesado en proyectos destinados al control de la oncocercosis, de la enfermedad de Chagas, de la filariasis, de la esquistosomiasis y de la hidatidosis. Declara que a la lucha contra la lepra le ha dado la Oficina la extensión que se requiere en el Continente, esperando que en el curso del próximo año, se ampliará esta colaboración con casi todos los Gobiernos de los países en que existe cierta prevalencia de esta enfermedad. Por eso, el programa señala los distintos aspectos, pero es evidente que el 16% del presupuesto se dedica a malaria y sería absurdo --agrega-- que estuviera dedicado a oncocercosis. Así es como la Oficina entiende las prioridades y la diversificación. Algunos países, como el Uruguay, se han interesado por un estudio epidemiológico de las enfermedades crónicas, particularmente, las cardiovasculares; otros, como Chile, por el cáncer. Naturalmente, la Oficina considera con frecuencia que un becario a quien se le de oportunidad de perfeccionar sus conocimientos técnicos, representa una importantísima contribución para la solución de un problema determinado, y por eso aparecen pequeñas asignaciones en el presupuesto para investigar dichas enfermedades, a pesar de que todavía hay viruela en el Continente.

Hace constar el Director que puede llegar un momento de saturación en las posibilidades de colaboración de la Oficina con los Gobiernos, toda vez que éstos llevan a cabo lo fundamental. Recuerda que para el plan decenal contra la tuberculosis se ha hablado de una estimación, aleatoria si se quiere, de $630.000.000 que provendría de los Gobiernos,

con la sola excepción de $3.000.000 que, aunque también procedentes de los Gobiernos, se invertirían por intermedio de la Organización, lo que revela la correlación que existe en magnitud entre lo que los Gobiernos realmente hacen, que es prácticamente todo, y lo que representa la participación de la OPS. Subraya que al hablar de saturación quiere explicar por qué se puede invertir en determinadas actividades sin perjuicio para los programas fundamentales y alude a que la generosa contribución de algunos Países Miembros, que es de esperar tenga imitadores, ha permitido a la OPS contar con los fondos necesarios para participar en la campaña continental de erradicación de la malaria y extender sus actividades a la solución de otros importantes problemas.

El Dr. Horwitz alude a continuación al punto 3.5 del documento, relativo a la formación de personal profesional y auxiliar y hace constar que al examinarse el Tema 31 del programa de la reunión, se tratará con mayor amplitud de esta cuestión. No obstante, subraya que es urgente facilitar adiestramiento durante el servicio a un considerable número de funcionarios, particularmente auxiliares, formar un mayor contingente de profesionales, así como proceder a revisar cuidadosamente los programas de enseñanza para lograr que de las universidades salgan profesionales bien formados científicamente, pero, sobre todo, eficientes en el ejercicio de sus profesiones, cosa que interesa de modo particular en las actividades de salud. Los Gobiernos se enfrentan al dilema de dar excelente atención a unos pocos o eficiente atención a la mayoría y éste es el criterio en que, a juicio del Dr. Horwitz, debe basarse la revisión de los programas que actualmente imparten las universidades.

Habla del capítulo relativo a las investigaciones médicas, actividad que la Organización considera como un complemento para lograr progresos en materia de salud y precisa que debe terminar el absurdo que significa decir que sólo los países ricos pueden realizar investigación científica, ya que el talento no está distribuido de acuerdo con la riqueza. Hay numerosas cuestiones que podrán ser investigadas mediante la promoción de un organismo verdaderamente internacional.

Se refiere el Dr. Horwitz al punto sobre la coordinación de las actividades de salud con otras actividades de carácter económico y social y declara que, precisamente, la Constitución de la OPS establece la obligación de coordinar sus actividades con las de otros organismos que tengan influencia en el progreso económico y social. Así, en el punto 3.7.1 del documento presentado se muestran las relaciones de trabajo que tiene hoy día la OMS con cuatro grupos principales de organismos: con las Naciones Unidas, los organismos especializados, y el Organismo Internacional de Energía Atómica; con otros organismos intergubernamentales o gubernamentales dedicados a actividades sanitarias de alcance internacional, con ciertos organismos no gubernamentales interesados por los problemas sanitarios y con un gran número de organismos y entidades oficiales o privadas y con particulares de muchas partes del mundo. El número de estos es superior a 1.500, para las distintas especialidades. Como la Oficina ha sostenido que la coordinación es algo más que una actitud o un proceso administrativo reglamentario, se ha progresado mucho, pero queda mucho por hacer.

Se realizan esfuerzos para mantener la más grata relación armónica con todos los organismos que se ocupen de problemas que afecten a la salud y, al mismo tiempo, con aquellos otros cuyas actividades se encaminen a lograr el bienestar y el progreso social.

Termina el Dr. Horwitz reiterando, en síntesis, lo que se expresa en la conclusión del documento en la cual se declara que la Organización ha venido desarrollando en épocas anteriores programas de trabajo similares al que se ha formulado; sin embargo, nunca la Organización ha estado frente al reto que ahora se le presenta: el establecimiento de sistemas de planificación en salud en los países de América Latina para los próximos diez años. Si los Gobiernos y los pueblos de América siguen prestándole, como hasta ahora, los hombres y los recursos financieros suficientes, es de esperar que la Organización habrá de cumplir los fines para que fue creada en la medida en que lo exige la década actual.

El PRESIDENTE señala que la exposición hecha por el Director, como complemento del Documento CD13/27, confirma la acuciosidad con que la Oficina estudia estas cuestiones. Cree que el trabajo presentado resume muy bien las grandes líneas de actividad de la Organización.

MOCION DEL REPRESENTANTE DEL PERU (Proyecto de Resolución)
MOTION OF THE REPRESENTATIVE OF PERU (Draft Resolution)

El Dr. QUIROS (Perú) señala que al examinar el proyecto de programa y presupuesto, su Delegación planteó un asunto relativo a la necesidad de presentar los programas interregionales o interzonas en una forma que permitiera tener una mejor idea de las metas generales amplias que corresponden a los que conciernen a todos los países. El orador señaló en aquella oportunidad que el 40% del presupuesto --y el Director lo confirmó posteriormente-- se invertía en programas generales que afectaban a todos los países. Es evidente que la forma en que actúa actualmente la Organización permite elasticidad para que cada Gobierno pueda solicitar los programas que le interesan; así el 60% del presupuesto corresponde a los programas de los países. Pero hay este otro 40% del presupuesto que se invierte en los llamados programas interregionales o interzonas que, a juicio del orador, deberían ser presentados en lo sucesivo no como una serie de pequeños programas, sino en forma de un programa general que indicara cuáles son los intereses generales comunes que conciernen a todos los países, a la vez que se tuviera en consideración --y esto se está haciendo tambien aunque en forma limitada-- la coordinación con los bancos internacionales y otros organismos que trabajan en programas que están relacionados con la salud. El Dr. Quirós considera de particular importancia que las organizaciones internacionales, así como están pidiendo a los países que tengan un plan, tengan también su propio plan general. Ya se ha visto con motivo de las Discusiones Técnicas, por ejemplo, que hay ciertos problemas que son de singular interés para los sanitaristas,

que no son tomados en consideración por los bancos, porque éstos tienen otros objetivos y otras ideas. Por todo ello, el Representante del Perú somete a la consideración del Consejo un proyecto de resolución concebido en los siguientes términos:

"El Consejo Directivo de la OPS, Comité Regional de la OMS,

Habiendo estudiado el programa y presupuesto de la OPS/OMS como una unidad, incluyendo todos los fondos que lo constituyen y considerando que:

1. Las actividades de sanidad internacional abarcan cuatro tipos de acciones: a) las que interesan a los países resolver en un nivel mundial; b) las que conciernen a los países en una escala continental; c) las que deben resolverse conjuntamente entre determinados grupos de países; y d) las que interesan a cada país en particular, de acuerdo a sus condiciones y problemas propios.

2. Que más del 40% del total del presupuesto se destina a atender los tres primeros tipos de programas, conocidos como regionales o interzonales, en un conjunto de actividades que deben ser coordinadas de acuerdo a un plan que contemple las necesidades de interés común a los países y establezca las debidas prioridades en función de los planes de desarrollo económico y social que realizan los países y otras agencias especializadas de cooperación internacional, determinando objetivos que deberán ser alcanzados en una forma progresiva y a plazos definidos de acuerdo a las disponibilidades económicas.

3. Que la 14a Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Resolución WHA14.39 referente al orden de prioridad de las actividades del programa recomendado al Director General de la OMS que examine este asunto en consulta con los Comités Regionales,

RESUELVE:

Encomendar al Director:

1. Que establezca con los funcionarios técnicos de la Organización un grupo de planificación que se encargue de estudiar permanentemente este asunto en coordinación con los planes nacionales e internacionales de desarrollo económico y social que permita en lo sucesivo presentar en el programa y

presupuesto los programas regionales e interzonales en un plan consolidado que establezca objetivos que deben ser alcanzados sucesivamente, de acuerdo a un orden de prioridades.

2. Que transmita al Director General de la OMS la opinión del Comité Regional sobre este asunto."

Añade el Dr. Quirós que, a su juicio, sería conveniente la designación de este grupo de planificación, ya que es sabido que los funcionarios técnicos de la Organización, como los de cualquier otro servicio de salud pública, están ocupados normalmente en una serie de problemas administrativos que no les permiten tener suficiente tiempo para poderse dedicar a esta labor.

MOCION DEL REPRESENTANTE DE LA ARGENTINA (Proyecto de Resolución)
MOTION OF THE REPRESENTATIVE OF ARGENTINA (Draft Resolution)

El Dr. OLGUIN (Argentina) presenta, a su vez, un proyecto de resolución sobre el Programa General de Trabajo de la OPS/OMS, que dice así:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando que la 14a Asamblea Mundial de la Salud, en su Resolución WHA14.39, pidió "al Director General que vuelva a examinar en consulta con los comités regionales y con el Consejo Ejecutivo la cuestión del orden de prioridad de las actividades del programa y que informe sobre el particular a la 15a Asamblea Mundial de la Salud";

Habiendo examinado el Programa General de Trabajo de la OPS/OMS que abarca el período de 1962-1965 (Documento CD13/27) y el orden de prioridad de los programas de salud (Documento CD13/48);

Teniendo en cuenta las recomendaciones del Acta de Bogotá y de la Carta de Punta del Este que conceden particular importancia a la salud como elemento del desarrollo social y económico y a los planes necesarios para este desarrollo en la próxima década; y

Convencido de que el mejoramiento de la salud debe ser uno de los primeros factores del desarrollo económico y social,

RESUELVE:

Reafirmar el orden de prioridad de los programas de salud establecido en el Programa General de Trabajo de la OPS/OMS que abarca el período de 1962-1965, en el entendimiento de que será adaptado de manera que responda a las necesidades de los planes nacionales de salud y a las solicitudes de los Gobiernos Miembros."

El PRESIDENTE somete a votación, en primer lugar, el proyecto de resolución presentado por el Representante de la Argentina.

/The CHAIRMAN first put to the vote the draft resolution submitted by the Representative of Argentina./

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución presentado por el Representante de la Argentina, sobre el Programa General de Trabajo de la OPS/OMS.

/Decision: The draft resolution on the General Program of Work of PAHO/WHO, submitted by the Representative of Argentine, was unanimously approved./

Seguidamente el PRESIDENTE somete a la consideración del Consejo el proyecto de resolución presentado por el Representante del Perú. Señala que según el Reglamento Financiero de la OPS, para aprobar cualquier resolución se debe contar de antemano con los fondos precisos para llevarla a cabo. Si esta resolución se aprueba será necesario revisar el presupuesto y ver de dónde se pueden extraer los fondos para pagar dicho grupo de planificación.

El Dr. QUIROS (Perú) considera que, con su actual personal, la Organización puede designar un grupo de funcionarios para que se dedique a esta labor.

El Dr. BICHAT RODRIGUES (Brasil) cree conveniente que el Director informe sobre la posibilidad y viabilidad de la propuesta del Representante del Perú.

Dr. WATT (United States of America) stated that while he found the objectives outlined by the Representative of Peru laudatory, no provision had been made in the budget. Moreover, assuming those functions could be fitted into the program by a redistribution of staff,

it would inevitably mean that that staff would not have time to do the work planned for them. He therefore supported the request of the Representative of Brazil that the Director be asked to explain how the Program and Budget would be affected by the proposal.

El Dr. FAUCHER (Haití) apoya la sugerencia del Representante de los Estados Unidos de América.

El Dr. CALVO (Panamá) considera que la propuesta del Representante del Perú es de gran importancia. El Dr. Calvo estima que debe estudiarse el establecimiento de una oficina de planeamiento dentro de la Oficina Sanitaria Panamericana. Esto requeriría personal nuevo, y quizá el Consejo Directivo no está en condiciones de tomar una decisión definitiva sobre esta cuestión. Si es cierto que la Oficina proyecta organizar una reunión a nivel ministerial próximamente, quizás en ella podría considerarse la necesidad de que la OPS cuente con una oficina de planeamiento para todos los programas de la Región de las Américas.

El Dr. FRICKE (Chile) dice que no conviene precipitarse en una materia de tanta importancia. Cree que la planificación, en principio, debe quedar en manos del Director, y, además, por depender de su propio presupuesto la posibilidad de crear o no una Comisión, para el planeamiento de los programas. Por otra parte, cada uno de los Gobiernos tiene su comisión propia de planeamiento. Por si esto fuera poco, cada día se tiende más a que los servicios nacionales de salud tengan también su planeamiento nacional, porque la programación de un servicio

nacional de salud no es posible hacerla solamente para corto tiempo, para un ejercicio económico anual. Pero como el director de un servicio o un ministro no trabajan solos, sino que dependen del trabajo coordinado de otros, la programación suele resultar un tanto difícil. Por consiguiente, el Dr. Fricke apoya la propuesta del Representante de los Estados Unidos de América, en el sentido de dejar en manos del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana este problema, para que él, con su buen juicio, lo estudie y someta las posibles soluciones al Comité Ejecutivo en su reunión de la primavera próxima.

El Dr. FERNANDEZ NARANJO (República Dominicana) comparte también la opinión del Representante de los Estados Unidos de América. Señala que es a los servicios nacionales de salud a los que compete planificar y coordinar sus propios programas, y establecer las prioridades de los mismos. El Dr. Fernández Naranjo concluye solicitando del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que exponga su criterio al respecto.

El Dr. QUIROS (Perú) propone seguidamente una modificación al proyecto de resolución por él presentado consistente en substituir, en el primer párrafo de la parte dispositiva, la frase "Recomendar al Director que establezca..." por la de "Recomendar al Director que estudie la posibilidad de establecer...". El orador considera que en esta forma, quedaría obviada toda dificultad para aprobar el proyecto de resolución.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) señala que, a su juicio, de la exposición que acaba de hacer el Representante del Perú, Dr. Quirós, sobre su proyecto de resolución se desprenden dos ideas. La primera hace referencia a la planificación. La segunda está relacionada con la forma de presentación del presupuesto. A este respecto declara que no comprende con claridad cómo la proposición del Representante del Perú pudiera tener expresión en el presupuesto; para la presentación de éste se han seguido las normas aprobadas por la OMS y parece natural que el Consejo, como Comité Regional de la OMS, siga unas normas que se están aplicando en el mundo entero. Lo que le falta al documento presupuestario, y la Oficina lo está estudiando desde hace dos años con el deseo de que sirva de pauta para los Gobiernos, es la presentación de un presupuesto funcional, en el que se incluya todo lo que efectivamente se gasta en una actividad determinada.

El Dr. Horwitz pone de relieve que desde hace dos años la Oficina trata de obtener la creación de una unidad de planificación, evaluación e informes. Precisamente --agrega-- en la reciente Conferencia de Punta del Este se ha acordado que el Consejo Interamericano Económico y Social se reúna anualmente a nivel ministerial, a fin de que los Gobiernos den cuenta de los progresos alcanzados. La Organización, cumpliendo el compromiso adquirido por sus Cuerpos Directivos, tendrá que informar del progreso de los planes nacionales de salud, en la medida de que éste se produzca.

El Director estima que no se puede pretender crear una unidad de planificación simplemente para cambiar la forma de presentación de un presupuesto, ése es un propósito muy pequeño --añade-- comparado con lo que se persigue de una unidad de tal naturaleza. Indica que su creación implica un gasto considerable, ya que la misma si ha de tener la estructura que se concibe deberá contar con técnicos en salud, con economistas, con sociólogos, probablemente con antropólogos, y, en un momento dado, con expertos en vivienda; tal vez más tarde incluso con técnicos agrícolas, si la integración se efectúa.

Afirma que no quisiera que la Organización tuviera un remedo de unidad de planificación que no respondiese a lo que se pretende para el Continente y hace constar que tiene presente que la responsabilidad por la marcha interna de la Organización le corresponde al Director, dando cuenta oportunamente de sus actos al Consejo. Reitera que lo que se pide está en estudio desde hace dos años, pero preferiría que se asignaran al respecto los fondos necesarios. Indica que ha tratado de buscar los fondos fuera de la Organización, pero que no se han podido obtener todavía.

Termina rogando al Consejo que no vean en sus palabras más que una expresión de respeto, tratando de enfocar la cuestión con la seriedad que merece, en armonía con el momento actual de las Américas.

Se suspende la sesión a las 11:00 a.m. y se reanuna a las 11:25 a.m.
The session was recessed at 11:00 a.m. and resumed at 11:25 a.m.

El Dr. QUIROS (Perú) propone que el proyecto de resolución que ha presentado pase a estudio del Comité Ejecutivo, para que adopte la decisión que estime pertinente. Insiste en la necesidad y urgencia de establecer el grupo de planificación, y añade que no hubiera tenido necesidad de presentar su proyecto de resolución si anteriormente el Director hubiera informado acerca de sus planes a este respecto.

El Dr. Quirós concluye diciendo que su intervención sólo ha sido inspirada por el deseo de que la Organización se mantenga al ritmo del momento que viven las Américas con respecto al problema de la planificación, y que en modo alguno ha tratado de ingerirse en la administración interna de la Oficina, que es de competencia exclusiva del Director.

Decisión: Por unanimidad se acuerda transmitir al Comité Ejecutivo el proyecto de resolución presentado por el Representante del Perú.

/Decision: It was unanimously agreed to transmit the draft resolution submitted by the Representative of Peru to the Executive Committee./

TEMA 13: INFORME DEL SUBCOMITE SOBRE DOCUMENTOS BASICOS DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
(Documento CD13/16 y Addenda I, II, III y IV)
TOPIC 13: REPORT OF THE SUBCOMMITTEE ON BASIC DOCUMENTS OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
(Document CD13/16 and Addenda I, II, III and IV)

Mr. WYATT (United States of America), Rapporteur of the Subcommittee on Basic Documents, said that the members of the Council would recall that a working party had been established to consider comments which had been received from Governments since the 44th Meeting of the Executive Committee. The report of the Working Party, which met on Thursday, October 12, was given in Document CD13/16, Addendum IV. The Working Party consisted of the members of the Subcommittee on Basic Documents, Dr. Ovidio Mello of Brazil as Chairman, Mr. José Arcadio Chavez of El Salvador, and Mr. Wyatt of the United States with the addition of Dr. Sanchez Vigil, the Representative of Nicaragua, who was appointed to the Working Party by the Chairman of the Council. The Representatives of the Governments of Uruguay and Venezuela appeared before the Working Party in order to present the comments of their Governments and he himself had presented additional comments on behalf of his government, the Government of the United States. The Working Party heard those representatives and, in addition, considered the comments submitted by the Government of Peru.

The report of the Working Party was divided into three parts for the sake of clarity and simplicity: Part I, those comments which the Working Party felt would improve the text and which it therefore recommended as further modification to the text; Part II, those comments which the Working Party decided would not effect improvements in the text or which

did not necessitate further modifications; and Part III, those comments which the Working Party noted but on which it did not make substantive recommendations, merely noting them and referring them to the Council. Under Part I, reference was made in item 1 to the proposal of the United States of America for further revision of proposed Rule 38 of the Rules of Procedure of the Pan American Sanitary Conference, and the corresponding rules in the Rules of Procedure of the Directing Council and the Executive Committee, which provide for the order of voting on ammendments. The Working Party decided that the proposal of the United States would be an improvement in its proposed text for Rule 38, and the other corresponding rules, and recommended the further revision of the porposed Rule 38 as given in Document CD13/16, Addendum III, Part I, item 1.

The Working Party also considered the proposal submitted by the Government of Venezuela for further revision of the Spanish text of proposed Article 22-A of the Constitution (Document CD13/16). The Working Party agreed that the use of the words "empleado o funcionario" would be an improvement making for clarity of meaning.

Another proposal of Venezuela related to the proposed Article 27-C of the Constitution, and suggested that some term other than "signatory" be used in referring to all Governments party to the Pan American Sanitary Code, since there were Governments that adhered to the Code which were not among the original signatores. The Working Party recognized the significance of the comment and recommended that the proposed Article 27-C

be revised to read as follows: "Such revisions shall be submitted to the Governments which are parties to the Pan American Sanitary Code for appropriate action as recommendations of the Conference or the Council." The Working Party felt that the term "parties to the Pan American Sanitary Code" would cover both the original signatories and all later adherents to the Code and therefore would be a more concise and comprehensive term to use.

Part I, item 4 contained a further proposal of the Government of Venezuela, that the proposed Rule 15 of the Rules and Procedures of the Conference be expanded to read (addition underlined): "The majority of the delegations participating in the Conference <u>with the right to vote</u> shall constitute a quorum in a plenary session providing that the number of Delegations present is not less than 10." The Working Party believed that the rule might be improved by addition of this phrase "with the right to vote." since the quorum was of primary significance from the point of view of voting.

Part I, item 5, related to the proposal of Venezuela to keep the text of the present Article 8 of the Rules and Procedures of the Conference as follows: "The President or a Vice-President while presiding shall not vote but may appoint another member of his delegation to act as the delegate of his Government in plenary sessions, except when he is the sole delegate of his country in which case he may vote." The Working Party felt that the proposed revised text, which was somewhat shorter and briefer than the present text had some advantage in conciseness, but

that the present text could be retained for maximum clarity as proposed by Venezuela. However, if the present text were to be used, the Working Party recommended that a provision that it had in its proposed new text be added to the present text, so that it would read: "The President or a Vice-President while presiding shall not vote nor participate in debates but may appoint another member, etc....". As pointed out on page 11 of Document CD13/16, the primary purpose of the Rule was to allow the presiding officer to remain impartial. That was the reason for the addition of the phrase "nor participate in debates."

El PRESIDENTE pregunta si el Consejo desea proseguir con el examen de las observaciones formuladas por los Gobiernos Miembros que figuran en las Partes II y III del Informe del Grupo de Trabajo (Document CD13/16, Addendum IV), o bien estima más conveniente transmitirlas a los Gobiernos Miembros.

El Dr. SANCHEZ VIGIL (Nicaragua) estima conveniente que las observaciones a que se refiere la pregunta del Presidente se transmitan a los Gobiernos y luego, posiblemente, a la Conferencia.

Los Dres. QUIROS (Perú) PADILLA (Guatemala) y BARRENECHEA (Bolivia) expresan su conformidad con la opinión expuesta por el Representante de Nicaragua.

Mr. CALDERWOOD (United States of America) asked for clarification concerning the proposed course of action. Did it mean that no decision was to be taken in the proposal of Venezuela with reference to the election

of the Director? He had hoped, he added, that that matter could have been decided during the session, but if the Council did not wish to do so he would not press for action.

Mr. WYATT (United States of America) Rapporteur of the Subcommittee on Basic Documents, said that he wished to make clear the difference between Part II and Part III of Document CD13/16, Addendum IV. Part II dealt with comments which the Subcommittee believed were important and should be considered, but which did not involved any substantive changes. That, essentially, was also the view point expressed by the Representative of Venezuela before the Subcommittee. On the other hand, the comments in Part III, which contained the proposal of the Government of Venezuela concerning the election of the Director, were of a different order and involved substantive changes in the Constitution. It was for that reason that the Subcommittee decided that while it might be appropriate for it to examine the comments in Part II and make recommendations on them, that was not the case with respect to the proposals in Part III.

He went on to say that it might be both appropriate and helpful to the Council in considering the modifications recommended in Part I of Document CD13/16, Addendum IV, to also deal with those contained in Document CD13/16, Addendum II. Those proposed modifications had been considered by the Executive Committee at its 44th Meeting, and had been recommended for adoption by the Council. If the Council were also to consider the three modifications in that document, it would have a complete view of all the modifications that had been recommended by the Subcommittee and the Working Party.

The CHAIRMAN asked the Rapporteur to deal with the modifications which had been approved by the Executive Committee and which that Committee, the Subcommittee, and the Working Party had recommended to the Council for adoption.

Mr. WYATT (United States of America), Rapporteur of the Subcommittee on Basic Documents, stated that the first proposal was that of the Government of El Salvador which had indicated the need for a precise definition of "majority" in voting. To meet that point, the Subcommittee had proposed the addition of a new sentence to its own proposed Rule 42 of the Conference, which would then read as follows (addition underlined):

> "For the purpose of these Rules 'Governments present and voting' means Governments casting an affirmative or negative vote; or, in an election, a vote for a person or a Government eligible in accordance with the Constitution or these Rules of Procedure. <u>For the purpose of these Rules, 'majority' means any number of votes greater than half the votes cast by the Governments present and voting or, in the case of the election of the Director, any number of votes greater than half the number of the Governments of the Organization.</u> In computing a majority, any fraction shall be counted as a whole number."

At the 44th Meeting of the Executive Committee, the Representative of El Salvador had informed the Committee that the added sentence met the point raised by his Government.

The second proposal was that of the United States of America to the effect that Article 2-A of the Constitution should be changed to read as follows:

> "All American States are entitled to membership in the Organization. (American States which are Members of the Organization are hereinafter called Member Governments)."

The Subcommittee noted that the term "American States" was that used by the OAS when referring to fully self governing states and considered it an improvement on its own proposed text, especially since it avoided any mention of a specific number of Member Governments and thus the need for a constitutional amendment should that number increase.

The third proposal, also made by the United States of America, related to Article 38 of the Constitution and provided that proposals to amend the Constitution should be communicated to the Member Governments at least three months in advance of the date fixed for their consideration by the Conference or the Council. The Subcommittee also considered that proposal an improvement of its text, which had not provided for such advance notice as would ensure that proposed amendments to the Constitution would be available to Governments well in advance.

El PRESIDENTE señala que corresponde al Consejo decidir si las nuevas sugerencias formuladas durante la reunión, y no incorporadas por el Grupo de Trabajo al proyecto de revisión de los Documentos Básicos, deben discutirse ahora o si deben ser objeto de una nueva consulta a los Gobiernos.

Mr. CALDERWOOD (United States of America) stated that, in view of the opinions expressed, he did not think that the question he had referred to should be further discussed at the session. He had prepared a draft resolution which would call for the approval of the revised text of the Basic Documents as further modified by the Subcommittee and a Working Party of the Council. He then read the following draft resolution:

"The Directing Council,

Having examined the revisions in the texts of the Basic Documents as proposed by the Subcommittee on Basic Documents;

Having studied the comments made by Member Governments, and the further modifications porposed by the Subcommittee and by a Working Party of this Council in the light of the comments of Governments;

Considering the terms of Resolutions XXX and XXXIV of the XV Pan American Sanitary Conference; and

Noting the recommendation of the 44th Meeting of the Executive Committee in Resolution II that the revisions in the Basic Documents proposed by the Subcommittee, as further modified by the Subcommittee in the light of the comments of Governments, be adopted,

RESOLVES:

1. To express its thanks to the Executive Committee and to to the Subcommittee on Basic Documents for the important work accomplished.

2. To thank the Governments which have submitted comments and suggestions.

3. To express the conclusion that the proposed revisions in the Basic Documents, as further modified by the Subcommittee and a Working Party of this Council, (Documents CD13/16, CD13/16 Addendum II, and CD13/16 Addendum IV, Part I) will satisfactorily serve the purposes embodied in Resolutions XXX and XXXIV of the XV Pan American Sanitary Conference.

4. To adopt the revisions in the Constitution proposed by the Subcommittee, as further modified by the Subcommittee and a Working Party of this Council.

5. To adopt the revisions in the Rules of Procedure of the Directing Council, as similarly further modified.

6. To recommend to the XVI Pan American Sanitary Conference that it adopt the revisions in the Rules of Procedure of the Sanitary Conference proposed by the Subcommittee, as further modified by the Subcommittee, and a Working Party of this Council.

7. To recommend to the 45th Meeting of the Executive Committee that it adopt the revisions in the Rules of Procedure of the Executive Committee proposed by the Subcommittee on Basic Documents."

El PRESIDENTE anuncia que el proyecto de resolución presentado por el Representante de los Estados Unidos de América será traducido y distribuido para que sea examinado por el Consejo en la décimosexta sesión.

/The CHAIRMAN announced that the draft resolution submitted by the Representative of the United States would be translated and distributed so that it could be considered by the Council at the sixteenth session./

TEMA 32: PREPARATIVOS PARA LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA, XIV REUNION DEL COMITE REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMERICAS (Documento CD13/4)

TOPIC 32: ARRANGEMENTS FOR THE XVI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE, XIV MEETING OF THE REGIONAL COMMITTEE OF THE WHO FOR THE AMERICAS (Document CD13/4)

Dr. PORTNER (Chief of Administration, PASB) recalled that at the XV Pan American Sanitary Conference the Government of Argentina had extended an official invitation to the Member Governments to hold the XVI Conference in Buenos Aires in 1962. The Conference had expressed its thanks to the Government of Argentina and accepted the invitation.

Since then, the Director has given instructions to his Representative in Zone VI, in Buenos Aires, to enter into negotiations with the Government of the Republic of Argentina in order to establish the basis for the Conference. Under Articles 7-A and 7-B of the Constitution the Director and the Committee nominated by the Host Government had to fix the date of the Conference, the site, etc., and report to the Governing Bodies of the Pan American Health Organization.

The Council had to decide on the character of the 1962 Meeting and its method of work. Previous conferences had conducted their business in plenary sessions and in two committees, one dealing with technical matters and the other, with financial, administrative and legal matters. Conference services for registration, credentials, etc., had also been provided. The Director was suggesting that the same pattern be followed in 1962.

In addition, it would be recalled that at the XV Conference reference had been made to the holding of an inter-American congress of public health every four years, concurrently with the Conference. After examining all the factors involved in that proposal, the Government of Argentina had decided that it would be inadvisable to hold such a congress and had so reported to the 43rd Meeting of the Executive Committee, which in turn had instructed the Director that technical discussions should be held at the XVI Conference in the same manner as in previous conferences and that consequently no inter-American congress on public health should be organized on that occasion. In conclusion, he wished to point out that Topic 37, which had still to be discussed, dealt with the selection of topics for the above-mentioned technical discussions.

El PRESIDENTE manifiesta que la próxima XVI Conferencia Sanitaria Panamericana ofrecerá la ocasión de disfrutar una vez más de la hospitalidad tradicional de la República Argentina.

El Dr. OLGUIN (Argentina) agradece las palabras del Presidente y añade que considera un privilegio que la Argentina sea la sede de la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana; que el Gobierno de su país está adoptando las medidas necesarias para el desarrollo normal de la Conferencia. De acuerdo con las normas establecidas para estos casos, se ha designado una comisión para que coopere con la Oficina en la organización de la Conferencia. De esta comisión forman parte funcionarios del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, y éste ha solicitado, a su vez, del Ministerio de Relaciones Exteriores, y de la Municipalidad

de la ciudad de Buenos Aires la designación de funcionarios de ambos organismos para integrar la referida Comisión. Asimismo se han considerado favorablemente las cuestiones relativas a la aportación económica del Gobierno de la Argentina para cubrir los gastos de dicha Conferencia, a los trámites aduaneros de materiales y suministros destinados a la misma, los aspectos relacionados con el alojamiento de los participantes, las prerrogativas e inmunidades necesarias, la contratación del personal, y la designación del funcionario encargado de coordinar con la Oficina los preparativos de la Conferencia. La Conferencia se proyecta celebrarla en el edificio del Consejo Deliberante, que por sus características, situado en lugar céntrico de la capital y distribución de locales, se presta muy bien para estos fines. En este momento están concretándose las gestiones para establecer el correspondiente acuerdo oficial con las autoridades municipales de Buenos Aires. El Dr. Olguín concluye diciendo que será un privilegio contar con la participación de todos los países en esta Conferencia, que permitirá, aparte de su interés técnico, estrechar aún más los vínculos de amistad existentes entre las Repúblicas hermanas de América.

> Decisión: Por unanimidad se acuerda: 1) tomar nota del estado actual de los preparativos para la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana; 2) autorizar al Director a que continúe adoptando las medidas necesarias para organizar los servicios de secretaría para la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana a base de dividir la labor de la misma en sesiones plenarias, sesiones de dos comisiones principales y grupos de trabajo; y 3) encomendar al Director que dé cuenta a la primera reunión del Comité Ejecutivo en 1962, de los acuerdos a que haya llegado con el Gobierno de la Argentina para la organización de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana.

/Decision: It was unanimously agreed: 1) to take note of the present state of arrangements for the XVI Pan American Sanitary Conference; 2) to authorize the Director to adopt such measures as may be necessary to organize the secretariat services for the XVI Pan American Sanitary Conference so that the business of the Conference may be dealt with in plenary sessions and in sessions of the two main committees and of working parties; and 3) to instruct the Director to report to the first meeting of the Executive Committee in 1962 on such agreements as he may have entered into with the Government of Argentina in connection with the organization of the XVI Pan American Sanitary Conference./

Se levanta la sesión a las 12:25 p.m.
The session was adjourned at 12:25 p.m.

consejo directivo

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

XIII Reunión

comité regional

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

XIII Reunión

Washington, D. C.

Viernes, 13 de octubre de 1961, a las 2:45 p.m.
Friday, 13 October 1961, at 2:45 p.m.

CD13/56
13 octubre 1961
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA DECIMOSEXTA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE SIXTEENTH PLENARY SESSION

Presidente: Chairman: Dr. Luther L. Terry — Estados Unidos de América

Indice
Contents

Tema 15: Propaganda de productos medicinales (Documentos CD13/24 y CD13/31)
Topic 15: Advertising of Medicinal Products (Documents CD13/24 and CD13/31)

Tema 37: Selección de temas para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, XIV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas (Documento CD13/23)
Topic 37: Selection of Topics for the Technical Discussions during the XVI Pan American Sanitary Conference, XIV Meeting of the Regional Committee of WHO for the Americas (Document CD13/23)

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar a la Oficina Sanitaria Panamericana (Atención: Jefe de la Sección de Conferencias y Traducciones) las correcciones que deseen ver introducidas en el texto. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión del Consejo.

Note: These précis minutes are provisional. The representatives are therefore requested to notify the Pan American Sanitary Bureau (Attention: Chief, Conference and Translations Section) of any corrections they wish made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the meeting of the Council.

Indice (cont.)
Contents (cont.)

Tema 31: Enseñanza y adiestramiento del personal de salud (Documento CD13/28)
Topic 31: Education and Training of Health Personnel (Document CD13/28)

Tema 25: Estado de la erradicación de la viruela en las Américas (Documento CD13/18) (conclusión)
Topic 25: Status of Smallpox Eradication in the Americas (Document CD13/18) (conclusion)

Tema 34: Resoluciones de la OMS de interés para el Comité Regional (Documento CD13/29) (conclusión)
Topic 34: Resolutions of WHO of Interest to the Regional Committee (Document CD13/29) (conclusion)

Tema 28: Estudio del estado de los programas de erradicación del *Aëdes aegypti* en las Américas, resultados obtenidos, perspectivas y aspectos epidemiológicos y financieros (Documento CD13/26) (conclusión)
Topic 28: Study of the Present Status of *Aëdes aegypti* Eradication Program in the Americas, the Results Obtained, Prospects, and Epidemiological and Financial Aspects (Document CD13/26) (conclusion)

Tema 21: Colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana con los servicios nacionales de salud en materia de prácticas administrativas (Documento CD13/13) (conclusión)
Topic 21: Collaboration of PASB in Administrative Practices of National Health Services (Document CD13/13) (conclusion)

Tema 19: Necesidades financieras para la formulación de un plan continental de lucha contra la tuberculosis (Documento CD13/17) (conclusión)
Topic 19: Financial Outlay Required to Formulate a Continental Plan to Combat Tuberculois (Document CD13/17) (conclusion)

Tema 13: Informe del Subcomité sobre Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud (Documento CD13/16 y Addenda I, II, III y IV) (conclusión)
Topic 13: Report of the Subcommittee on Basic Documents of the Pan American Health Organization (Document CD13/16 and Addenda I, II, III, and IV) (conclusion)

Indice (cont.)
Contents (cont.)

Tema 30: Planificación del programa de investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud (Documento CD13/15)
Topic 30: Planning for the PAHO Research Program (Document CD13/15)

Votos de agradecimiento
Votes of Thanks

Clausura de la XIII Reunión del Consejo Directivo
Closure of the XIII Meeting of the Directing Council

TEMA 15: PROPAGANDA DE PRODUCTOS MEDICINALES (Documentos CD13/24 y CD13/31)
TOPIC 15: ADVERTISING OF MEDICINAL PRODUCTS (Documents CD13/24 and CD13/31)

The CHAIRMAN called the meeting to order.

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) hace, con relación a este tema, la presentación del Documento CD13/24 (Propaganda de Productos Medicinales), en el que se cita la Resolución XXII de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, y la Resolución XXX aprobada por el Consejo Directivo en su XI Reunión, en la cual se recomienda al Director que se estudie la situación actual del control de la propaganda dirigida al público en general, y que informe al Consejo sobre los progresos y estudios realizados en cuanto a los puntos siguientes: a) Características del control de la propaganda en los distintos países; b) Medios de autorreglamentación en el seno de la industria; c) Problemas prácticos que se plantean en la aplicación de las diversas legislaciones o en las actividades de control de la propaganda; y se recomienda a los Países Miembros que adopten medidas para prohibir la propaganda engañosa de productos medicinales.

En cumplimiento de este acuerdo, el Director consultó a los Gobiernos sobre los puntos indicados, e informó al Consejo Directivo, en su XII Reunión, sobre la marcha del estudio mencionado. (Documento CD12/16). El Consejo aprobó entonces su Resolución XXII, en la cual se encomienda al Director que continúe el estudio referido, y se reitera la citada recomendación a los Gobiernos. El documento presentado ahora, señala las respuestas dadas por los Gobiernos a la consulta del Director, las cuales no permiten llevar a cabo un estudio comparativo completo, ya

que contienen diversos tipos de información, pero muestran los principales aspectos del asunto, desprendiéndose de las legislaciones compulsadas la aceptación de varias normas prohibitivas de la propaganda inadecuada de productos medicinales.

El documento expresa que subsiste la gravedad del problema, y formula en esencia estas consideraciones finales: a) Todo enfoque puramente legislativo de dicho problema, no puede conducir más que a una solución incompleta, mientras se encuentre el terreno abonado de la credulidad, la que hay que combatir por medio de la educación sanitaria; b) La legislación relativa a la propaganda ha de ser esencialmente dinámica, ya que los medios de publicidad cambian a diario; c) Los medios utilizados para solucionar este problema del control de la propaganda, se han de adaptar a las circunstancias políticas, sociales y, sobre todo culturales, de cada país.

El Dr. OLGUIN (Argentina) comparte la opinión de que las disposiciones legislativas dan resultados poco efectivos en lo concerniente a la propaganda medicinal. Para él, es evidente que la educación popular e incluso la educación técnica, es importante en este aspecto, pues en su país se cuenta con legislación nacional y local, complementada con directrices, normas y resoluciones, que regulan los distintos aspectos de la propaganda con respecto a productos de venta libre o de venta con receta, pero hay ciertas dificultades para obtener buenos resultados. Por eso se hace hincapié en el aspecto de la educación, que se ha orientado en el sentido de ofrecer al médico un elemento de trabajo

para formular prescripciones que, por proceder de laboratorios serios, y aún de fuentes oficiales, reúnan las características farmacológicas y terapéuticas adecuadas y puedan escapar a la influencia de la propaganda. En ese sentido se han organizado seminarios y reuniones, y, como el Ministerio cuenta con un laboratorio de preparaciones medicinales, se ha confeccionado un repertorio que agrupa un número limitado de fórmulas terapéuticas, elaboradas con el objeto de lograr una medicación más racional y, en definitiva, el abaratamiento del costo de la enfermedad.

Agrega que ese repertorio ha sido sometido para su crítica a las cátedras de Farmacología y Terapéutica, y a los colegios médicos y farmacéuticos del país, y en estos momentos están siendo elaborados los productos que en él se especifican, a fin de que, tanto en las farmacias oficiales, como en las privadas, el médico pueda tener seguridad de que existen los productos que se especifican, preparados en forma tal, que permitan su prescripción y adquisición por parte del enfermo.

El Dr. BALY BALY (Cuba) manifiesta que en su país se está poniendo en práctica actualmente un procedimiento parecido al indicado por el Representante de la Argentina. Se ha creado un formulario terapéutico nacional que ha sido distribuido entre todos los colegios médicos, y los catedráticos de Terapéutica, y a todos los médicos individualmente, de donde han partido sugestiones para su elaboración final; luego será enviado a los laboratorios para que elaboren esas fórmulas; así existirá la garantía de que los médicos sepan que, tanto en las farmacias privadas como en las nacionales, se va a encontrar esos productos cuando los médicos los receten.

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) lee el siguiente proyecto de resolución, preparado por la Comisión General:

"El Consejo Directivo,

Teniendo en cuenta el informe presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (Documento CD13/24) como resultado del estudio que le encomendó el Consejo Directivo, mediante la Resolución XXX de su XI Reunión en cuyo programa de temas figuró, en cumplimiento de la Resolución XXII de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, el de los problemas que plantea la propaganda de productos medicinales;

Teniendo en cuenta que todos los países americanos reconocen los peligros que, para la salud de las poblaciones, representa la propaganda exagerada y sin base científica de productos medicinales;

Teniendo en cuenta, en unos casos, las dificultades con que, por diversas causas, se tropieza en la aplicación de las disposiciones vigentes, y en otros, la falta de una legislación apropiada;

Considerando que, por otra parte, uno de los medios más adecuados para contrarrestar los abusos de la propaganda de productos medicinales es el desarrollo de programas de educación sanitaria que hagan ver a las poblaciones los peligros de la automedicación; y

Considerando que uno de los factores eficaces en la solución del problema que plantea la propaganda exagerada y sin base científica de productos medicinales es el de las medidas de autorreglamentación que adopten la propia profesión e industrias farmacéuticas en cada país,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe sometido a la consideración del Consejo por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (Documento CD13/24).

2. Recomendar a los Gobiernos de la Organización:

a) que mantengan en constante estudio las medidas legislativas sobre propaganda de productos medicinales, a fin de subsanar deficiencias y de hacer frente a nuevas circunstancias que se puedan presentar, y

b) que como parte de sus actividades de educación sanitaria dediquen atención especial a señalar los peligros de la automedicación.

3. Recomendar a los Gobiernos Miembros que recaben la cooperación de la profesión e industria farmacéutica para que éstas establezcan y apliquen respectivamente medidas eficaces de autorreglamentación.

4. Encomendar al Director que mantenga en estudio los problemas relacionados con la propaganda de productos medicinales y que transmita a los servicios nacionales de salud cuantas informaciones considere de interés en relación con esta materia."

Decisión: Por unanimidad se aprueba la anterior resolución.

/Decision: The resolution was unanimously approved./

TEMA 37: SELECCION DE TEMAS PARA LAS DISCUSIONES TECNICAS QUE TENDRAN LUGAR DURANTE LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA, XIV REUNION DEL COMITE REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMERICAS (Documento CD13/23)

TOPIC 37: SELECTION OF TOPICS FOR THE TECHNICAL DISCUSSIONS DURING THE XVI PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE, XIV MEETING OF THE REGIONAL COMMITTEE OF WHO FOR THE AMERICAS (Document CD13/23)

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) manifiesta, con referencia al Documento CD13/23, que corresponde a esta Reunión del Consejo hacer la selección del tema --o los temas-- para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana en el año próximo. Siguiendo la costumbre establecida, en un anexo del documento, figuran los temas que se han examinado en las Discusiones Técnicas, desde el año 1953. Señala especialmente que durante la Conferencia Sanitaria Panamericana de 1954 se discutieron tres temas técnicos. En la Conferencia del año 1958 hubo el tema de la prevención de los accidentes de la infancia.

A manera de sugestión respetuosa en el documento se hace una proposición que el Director juzga apropiada, porque el asunto ha sido motivo, durante las sesiones de esta Reunión del Consejo Directivo, de repetidas

referencias, todas las cuales han señalado la importancia creciente que los Gobiernos conceden al tema, no sólo desde el punto de vista de la salud, sino también en relación con las ingentes inversiones que significa la función, y en relación también con el desarrollo económico. El título del tema que se propone es el siguiente: "Estudio del estado actual de la atención médica en las Américas, con miras a su incorporación como servicio básico de programas integrados de salud". Explica el Dr. Horwitz que la idea es no sólo analizar el problema de la atención médica como tal, sino observarlo desde un punto de vista práctico, como una parte importante de la función salud, entendida en su más amplia acepción. Añade que lo dicho representa sólo una mera proposición, y si el Consejo resuelve de otra manera, la Oficina, de acuerdo con el reglamento de las Discusiones Técnicas, tomará las disposiciones del caso para que éstas se puedan realizar adecuadamente durante la próxima Conferencia.

El Dr. ANDRADE (Brasil) dice que en 1947, en un Congreso de la Sociedad Brasileña de Higiene, celebrado en el Estado de São Paulo, el Dr. Marcolino Candau y el Dr. Braga presentaron un trabajo en el cual recomendaban la atención médica como actividad de salud pública. Pocos años después, el Servicio de Salud Pública, en el que trabajaban los dos doctores citados y en el que trabaja el propio Dr. Andrade, adoptó la atención médica como actividad de salud pública. Más tarde, el Servicio de Salud Pública del Interior del Estado de Bahía, en la época en que lo dirigía el Dr. Bichat Rodrígues, siguió el mismo camino, y en 1954, el Departamento Nacional de Salud, del Ministerio de Salud destacó la importancia de la integración de la asistencia médica como actividad de salud pública. Por todo ello, la delegación del Brasil apoya la propuesta del Director.

El Dr. PADILLA (Guatemala) apoya asimismo la propuesta.

El Dr. QUIROS (Perú) está de acuerdo también con el tema, pero pregunta si sería posible incluir, además, otro tema para las Discusiones Técnicas o si éstas han de limitarse solamente a uno.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) recuerda que como mencionó antes, en la Conferencia del año 1954 hubo tres temas, de manera que el Consejo es soberano para incluir un tema más si lo desea. Debe señalar, sin embargo, que la preparación de una Discusión Técnica requiere la contratación de expertos, e indica a este respecto que para preparar las Discusiones Técnicas de esta Reunión, formó en el mes de enero un comité asesor integrado por economistas, el cual indicó cómo debía procederse, dada la naturaleza del tema, y después fueron seleccionados los dos expertos, cuyos trabajos escucharon los miembros del Consejo. Este, naturalmente, puede elegir el número de temas que estime oportuno, pero, como es lógico, éstos representan problemas de organización y alguna inversión. En todo caso, la Oficina, como siempre, cumplirá la resolución del Consejo.

El Dr. QUIROS (Perú) manifiesta que, en principio, había pensado en la conveniencia de que se incluyera también en las Discusiones Técnicas un tema sobre "la importancia de los servicios administrativos en función de desarrollo de los servicios de salud pública". Pero, después de haber escuchado las explicaciones del Director, cree que quizás sea más conveniente dejar este tema para otra oportunidad.

El Dr. GUEDEZ LIMA (Venezuela) apoya la proposición del Director. Considera que el tema propuesto es de gran importancia y que tratado no sólo en el aspecto técnico, sino también en sus relaciones con otras manifestaciones de los servicios integrados de salud, daría motivo para que

los gobiernos aprovecharan las experiencias y estudios para la organización total del programa integrado de salud pública, que están interesados en llevar a la práctica.

Para el Dr. SANCHEZ VIGIL (Nicaragua) el tema es de demasiada importancia, y da a la propuesta su apoyo más entusiasta.

El Dr. BALY BALY (Cuba) coincide en apreciar que el tema propuesto tiene una importancia tan extraordinaria para la integración de los servicios de salud, que será más que suficiente para las Discusiones Técnicas. Apoya por tanto la propuesta del Director.

El Dr. OLGUIN (Argentina) la apoya igualmente.

El Dr. FRICKE (Chile) cree que el Director ha tenido razones fundadas para proponer ese tema, pero dadas las proyecciones en los próximos diez años, de la industrialización de los países de América a través de un programa como el que se ha señalado en la conferencia de Punta del Este, estima interesante que la Organización comience a ocuparse de los problemas derivados de esta industrialización --y se refiere a los accidentes y enfermedades profesionales-- para que no venga como una sorpresa la industrialización campesina y urbana, y sitúe a los pueblos ante una serie de problemas como los que se plantearon a mediados del siglo pasado, en la Europa que entonces comenzó a industrializarse. Estima que la preparación actual en su país no es del todo eficiente para abordar estos problemas con decisión. En Chile se va a la creación de un Instituto de prevención de accidentes del trabajo, y sería oportuno que, de ser posible,

se incluyera este tema de los accidentes y enfermedades profesionales, para las Discusiones Técnicas del próximo año.

El Dr. BERTOLINI (Uruguay) cita el viejo refrán de que "lo mejor es enemigo de lo bueno" y agrega que lo mejor sería hablar de dos o tres cosas importantes, pero lo bueno en este momento es dedicar toda la atención a un sólo punto, que por lo fundamental, como el que plantea el Director, ofrece ya motivo más que suficiente para ser desarrollado. Apoya, por consiguiente, la proposición de la mayoría de estudiar ese solo punto.

The CHAIRMAN added that it was, in his opinion, a large subject and that it would be difficult to cover it comprehensively.

Dr. WATT (United States of America) said that, if he understood the Representative of Chile correctly, his proposal might easily be incorporated as one aspect of medical care, and could be discussed under a single subject.

El Dr. BALY BALY (Cuba) disiente de esta idea. Si el Representante de Chile hubiera hablado de las enfermedades profesionales como tratamiento, entonces sería aceptable porque sería una parte de la atención médica, pero si lo que plantea es el problema de evitarla, entonces eso corresponde a las partes de la higiene, lo que modificaría totalmente el tema.

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) lee un proyecto de resolución en que se propone como único tema para las Discusiones Técnicas del año próximo el indicado por el Director y que figura en el Documento CD13/23.

Decision: It was unanimously agreed to select, as a single topic for the Technical Discussions during the XVI Pan American Sanitary Conference, XIV Meeting of the Regional Committee of WHO for the Americas, the following: "Study of the Present Status of Medical Care in the Americas in Terms of its Incorporation as a Basic Service in Integrated Health Programs."

/Decisión: Por unanimidad se acuerda seleccionar, como único tema para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, XIV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, el siguiente: "Estudio del estado actual de la atención médica en las Américas, con miras a su incorporación como servicio básico de programas integrados de salud"./

TOPIC 31: EDUCATION AND TRAINING OF HEALTH PERSONNEL (Document CD13/28)
TEMA 31: ENSEÑANZA Y ADIESTRAMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD (Documento CD13/28)

Dr. CUTLER (Assistant Director, PASB) presented Document CD13/28 on this topic. He stated that Resolution XXIV of the XII Meeting of the Directing Council instructed the Director to intensify his efforts to find extra-budgetary funds for expanding the Organization's educational program of the Organization. In compliance with these instructions, consideration has been given to the desirability of long-term financing of education of health personnel through the inclusion in the Act of Bogotá of a section dealing with "Measures for the Improvement of Public Health." He called particular attention to this item because of its importance not only for education and training but also in connection with the general theme of health.

Dr. Cutler went on to say that estimates have been made of the needs for each category of health workers and of the costs of preparing these

workers. This material has been compiled in two documents for presentation to different groups: a brochure entitled "Improvement of Education for Health and Social Development in Latin America," prepared as a basis for an appeal for funds for presentation to foundations; and the PAHO publications, distributed already to the Representatives, entitled Facts on Health Problems. The latter was prepared for the meeting at Punta del Este and goes into some detail on the needs for health personnel throughout the Americas. At that meeting, attention was called to the acute shortage of health workers in the various categories and the outlines of the long-term programs were given, which consisted of defining the requirements for each one of the professions and establishing the necessary teaching institutions. He said that in attempting to find a solution to this problem, a plan for immediate action should also make provision for the training of those technicians who are essential for health programs now under way, and in particular, attention should be given to the training of auxiliary personnel.

He further stated that the figures given are merely estimates, based on the best information available, and that they should be considered indices of the needs rather than as exact data on those needs. An analysis of this shortage will reveal that there are substantial shortages of health personnel, that these will not be overcome for years, and that the shortages are not confined to any one particular group of professional personnel. The basic reasons for these problems can be

summarized as follows: (1) in the professional category, particularly, the opportunities for employment and income, are greater outside the government services than in them; (2) there is a shortage of physical facilities for the training of personnel, which is complicated by a shortage of teaching staff; and (3) there is a shortage of qualified graduates from the secondary schools who may be trained for entry into professions. There are also the additional problems in the health services themselves, for it is found, not infrequently, that even though qualified personnel are available, there are not enough budgeted positions to provide employment for those who are trained to fill the posts.

The Pan American Health Organization, he stated, has been collaborating with the Member Governments in the search for solutions to these problems. The first in importance was the move to stimulate the training of auxiliary personnel for sanitary engineering and nursing, thus making available an army of less expensively educated workers who, under the guidance of more highly skilled practitioners can carry on the bulk of activities in the health services. In this way, the health problems in the various countries can be met rapidly.

At the 43rd Meeting of the Executive Committee, the Director was requested to continue to explore ways by which assistance can be given to the Member Governments for the establishment, strengthening, and expansion of the training of sanitary engineers and auxiliary personnel in Latin America. This has been done and the results are contained in Annex I to the document under discussion. In addition to stimulating the training of auxiliary personnel, the Organization can further collaborate with the Member Governments in: strengthening the educational institutions; organizing short training courses for professional personnel; expanding its fellowships program; and developing in-service training activities. There is also a real need for supporting the services by such means as the provision of texts in Spanish, French, and Portuguese and the increase in the number of bulletins, guides, and manuals that can be provided for the health services. Finally, there is a substantial need for increased training of medical librarians, which is being met in part through the funds now available to the Organization and which could be expanded if the needs were found to be great enough.

Dr. Cutler then referred to Table I of the document, showing an estimate of the personnel needs for health services in Latin America. He called attention to the last column which listed the funds available in the 1962 budget and which could be compared roughly to the funds that would be required to train adequate numbers a 10-year period. Approximately $45 million would be required for a 10-year period of training to meet some of the unfulfilled personnel requirements, as compared to approximately $2 million budgeted for 1962, although $4.5 million should be spent a year.

As for the education and training of personnel for programs of environmental sanitation, he added that assistance is being given in the field of environmental sanitation to municipalities and to national water and sewage agencies in the stimulation of construction projects and in the review of these projects to ensure that they are being implemented in accordance with good public health practice. In addition, substantial support is being given to the universities. He then called attention to the actual needs for sanitary engineering personnel. At present, there are perhaps 300 sanitary engineers working in the Ministries of Health, though approximately 650 are needed; also employed in the Ministries are approximately 7,500 sanitarians, though 13,000 are needed. Time and substantial investments will therefore be required to meet these needs. In this connection, he would add that attempts

are being made through the system of seminars for teaching of engineering in engineering schools, and that project proposals have been developed for presentation to the United Nations Special Fund Office, in an attempt to obtain fiscal support for several of the schools of engineering for the purpose of establishing or enlarging their courses for sanitary engineering personnel. While funds have not as yet been obtained, the Organization has encountered a sympathetic approach on the part of the Special Fund toward this problem. Short courses for engineers are being given and much attention is being paid to setting up training opportunities for water supply design, for management, and for the administration of water-supply systems.

Dr. Cutler concluded by calling attention to page 5 of the Annex, showing the cost that would be entailed if the Organization were to actively approach the problem of providing the additional training for the next 10 years, which would amount to approximately $1,100,000 annually.

El Dr. FRICKE (Chile) considera que el tema es de vital importancia. Así la es para Chile, pues, por muy buenos elementos y buenas ideas que se tengan, si no se dispone del personal adecuado, la acción resulta estéril. Agrega que la explosión demográfica en Chile, como en todos los países de América, nos obliga a asumir cada día una mayor responsabilidad frente a las exigencias del medio. Estas exigencias son perentorias. No es que exijan para mañana, no; es para hoy. De

ahí que la preparación de personal constituye un factor de extraordinaria importancia para Chile, que ya en el presupuesto del presente año ha dedicado a entrenamiento de personal $600.000, para referirse a una moneda de valor universal, y para el año próximo, 1962, destinará $800.000. Reconoce que es poco, porque hay una serie de áreas rurales en Chile donde vive un promedio del 40% de la población en donde no hay ningún personal fijo y sólo cuenta con personal accidental que hace visitas relámpago, lo que indudablemente, no sirve.

El Dr. Fricke somete a la consideración del Consejo un proyecto de resolución en cuyo preámbulo se destacan las necesidades existentes en las Américas en cuanto a personal de salud pública, dotado de la debida formación intelectual y profesional, y en la parte dispositiva recomienda a los Países Miembros que intensifiquen sus esfuerzos en el sentido de que los Ministerios de Salud y Educación inicien o, en su caso, aceleren las gestiones para fortalecer sus programas de mutua colaboración; y que se establezcan estrechas relaciones con las autoridades universitarias respectivas con el fin de aumentar y mejorar la preparación de personal destinado a los servicios de salud pública; y encomienda al Director que dentro de los límites del presupuesto amplíe las actividades de la Organización en materia de educación y adiestramiento de personal de salud en todos los niveles, solicitando, además, del Director que siga intensificando sus esfuerzos para obtener fondos extrapresupuestarios a fin de ampliar los programas correspondientes a esta materia.

El Dr. FERNANDEZ NARANJO (República Dominicana) apoya el proyecto de resolución presentado por el Representante de Chile.

El Dr. BALY BALY (Cuba) dice que por la importancia que esta cuestión tiene para su país, desea dar algunos datos, en apoyo de la moción del Representante de Chile. Al comienzo de la gestión del actual Gobierno en el campo de la salud pública, se comprendió que posiblemente en esa materia Cuba estaba más atrasada que ningún país de América. Entonces se pasó a organizar una serie de cursos, a los que se refiere, y, a este propósito agradece a los asesores de la Oficina su valiosa ayuda en el desenvolvimiento de los mismos. La primera tarea que encontró el actual Ministerio de Salud Pública fue que los médicos que eran Directores de salud pública de sus respectivas poblaciones, estaban supeditados a un sistema político burocrático sin la menor eficacia práctica, y entonces se comenzó por incorporarlos a un curso intensivo de tres meses llamado de introducción a la administración de salud pública. Durante el año 1960 se dió un ciclo de tres cursos completos de tres meses, al cual asistieron 76 médicos con 380 horas de clase. Se dieron cursos oficiales de saneamiento --pues en Cuba no había ni un solo sanitario graduado-- al cual asistieron dos grupos de jóvenes formado por 36 el primero, y por 35 el segundo, con 359 horas de trabajo teórico y 132 de trabajo de campo. A estos jóvenes se les exigía ser bachiller o maestro, o graduado de alguna escuela técnica equiparada. En auxiliares de enfermería hubo tres cursos con 101 alumnas, formados por comadronas graduadas, que ya tenían, por tanto, una base sanitaria, y que tuvieron 504 horas de clase cada curso. En técnicos auxiliares de laboratorio clínico se exigía el certificado del octavo grado, y hubo dos cursos con 70 alumnos. En técnicos de rayos X cuatro cursos con 160 alumnos, personas con experiencia de cinco años de trabajo

en esta rama de la medicina a los que se les dió 180 horas de clase. Para prácticos de rayos X, un número de siete cursos, con uno previo de carácter técnico, comprendiendo a 117 alumnos repartidos en el hospital de Pinar del Río, Matanzas, Santa Clara, Cienfuegos, Camagüey, Holguín y Santiago de Cuba. Para prácticos de laboratorio clínico se dieron en 1960 siete cursos con 97 alumnos repartidos en los mismos hospitales señalados anteriormente. Al final del año, se empezó un cursillo de orientación de higiene y medicina del trabajo, para 15 médicos. Se dió un cursillo de salud pública para médicos del servicio médico social posgraduado, que son los médicos recién graduados para suplir en algo la falta de la asignatura sobre salud pública.

Refiere que para auxiliares de enfermería se dieron siete cursos con 200 participantes en La Habana y 210 en el interior de la Isla, con una duración de seis meses y 1.020 horas de clases. Para técnicos de laboratorios clínicos se ha establecido un curso, en el que figuran 42 alumnos que empiezan este año y 34 que empezaron el año pasado y están ahora en el segundo año. Respecto a técnicos de Rayos-X hay dos cursos este año, con 86 alumnos y 180 horas de clase. Para prácticos de laboratorios clínicos, se da un curso en La Habana con 18 alumnos, con duración de cuatro meses y 360 horas de clase; también para prácticos de laboratorio clínico se da un curso en el interior de la Isla, con 110 alumnos, con la misma duración del anterior, porque están equiparados. Indica que, con el asesoramiento de la Oficina, ha comenzado un curso de instructoras para enfermeras ya graduadas, con 33 inscritas, y para los sectores infantiles un curso de orientadoras de salud con 135 alumnas, de seis meses

y 1.020 horas. Un cursillo de bacteriología, con siete alumnos, todos ellos médicos; otro para personal del Departamento de Alimentos de los Hospitales, con 22 alumnos, y 125 horas. Sobre descubrimiento de cáncer, un curso con 48 alumnos.

En cuanto a los proyectos para el segundo semestre, señala una preocupación especial por la capacitación en higiene y epidemiología; habiéndose establecido un curso en el que participan 28 médicos, con 1.020 horas de clase. Para técnicos bacteriológicos y químico-bromatológicos, un curso con 35 alumnos, unos del cuarto año de farmacia, y, otros, técnicos auxiliares de clínica. En general, indica que tienen planeados cursos oficiales de saneamiento, auxiliares de enfermería, orientadoras de salud, técnicos auxiliares de laboratorio clínico y de rayos-X, y se prepara un curso de manipuladores de alimentos y dos para asistentes dentales y auxiliares de estadística. En síntesis, dice que en el año de 1960 abarcaron dichos cursos 685 alumnos, 86 profesores, y 10.779 horas; y para el primer semestre del año 1961, ya hay 1.006 alumnos, 120 profesores y 15.616 horas.

Manifiesta que el aumento presupuestario de 20.000.000 de pesos a 72.000.000 en este año, ha dado la posibilidad de llevar a cabo estos cursos mediante becas para alumnos seleccionados, y todo el que aprueba el curso está automáticamente contratado por el Ministerio de Salud Pública, quedando obligado por dos años a servir donde el Ministerio lo necesite para mejorar las condiciones de la zona rural del país. El número de médicos que termina este año será de 400 aproximadamente y se proyecta otra Escuela de Medicina en Santiago de Cuba.

Tal es en general, el esbozo de lo que se está haciendo en Cuba, y de ese modo señala el Dr. Baly Baly la necesidad de aumentar los planes de orientación, de asesoramiento y de becas para poder ir preparando el personal necesario y mejorar los trabajos en el campo de la salud.

El Dr. OLGUIN (Argentina) dice que comparte plenamente los conceptos contenidos en el documento de la Oficina, así como lo expresado por el Representante de Chile, acerca de la importancia de la educación en relación con el tema que se examina. Al respecto indica que la función docente constituye una de las actividades más intensas del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de su país, que se realiza por la Escuela Nacional de Salud Pública --que adiestra personal técnico y auxiliar--, para lo cual realiza cursos en su seno y en colaboración con otras instituciones oficiales y aún privadas. Aparte de los cursos de médicos, enfermería, etc. se ha implantado el bachillerato de sanidad, y se han otorgado becas a estudiantes de medicina para la enseñanza de lo que llama la "patología social".

Con respecto al bachillerato en sanidad, aclara que es equivalente al título similar de enseñanza media; que fue creado en el año 1960, y que su plan de estudio comprende un ciclo básico de tres años en los colegios nacionales, liceos, escuelas normales y comerciales; luego un ciclo de sanidad dividido en dos años teórico-prácticos, y un último año de práctica completa en los establecimientos médicos. El programa incluye cursos generales y cursos especializados que comprenden: asistencia clínica, asistencia técnica en radiología, hemoterapia, laboratorio, y aquellas otras asignaturas que el progreso en materia de salud, va incorporando.

Refiriéndose al documento presentado por la Oficina comentando "la dificultad de lograr candidatos para los servicios de salud, debido a oportunidades más atrayentes en otros campos de actividad; la limitación de los medios materiales para la preparación de personal; la falta de profesorado adecuado; y el número insuficiente de graduados de enseñanza secundaria que puedan continuar cursando la enseñanza profesional", expresa que en su país se ha tratado de hacer más atractivas las carreras sanitarias mediante asignaciones y sueldos adecuados que en algunos casos especiales llegan hasta los 60 u 80 mil pesos nacionales, sobre todo para campañas de salud; el ofrecimiento de un futuro de mejores perspectivas y posibilidades dentro de la carrera sanitaria. En este sentido, la Escuela Nacional de Salud Pública tiene un presupuesto de 1.000.000 en pesos nacionales. Además, se han asignado becas en el exterior y en el interior del país y se cuenta con un número suficiente de graduados en estudios secundarios, lo que permite asegurar la preparación de los técnicos necesarios, sobre la base de una formación básica adecuada. Ello coincide también con lo expresado en el documento "La salud en relación con el progreso social y el desarrollo económico de las Américas" preparado por la Oficina, por cuanto en ciudades del interior, inclusive en aquellas que tienen Facultades de Medicina, que son siete en la Argentina, se han establecido además del que se dicta en la capital federal, bachilleratos en sanidad. Otro aspecto que considera de interés comentar es el que se refiere a la disponibilidad de presupuestos suficientes para la remuneración a los técnicos. También en el presupuesto del Ministerio está ya comprendido el bachillerato de sanidad, y asegurados puestos para los egresados que se suponen en número de 150 en 1961 y 450 en 1962, habiéndose

creado las vacantes en las respectivas especialidades: hemoterapia, radiología, laboratorio, estadísticas y asistentes en clínica. Con respecto a la colaboración con otros ministerios, organismos docentes o universidades ella se traduce en el bachillerato en sanidad, y en los acuerdos y convenios con ellos celebrados. Ejemplo de ello es la reciente creación oficial de la residencia médicahospitalaria y el desarrollo integral de cursos de enfermería a nivel universitario. Por cuanto a la conveniencia de asignar prioridad a la preparación de instructores, de que también hace mención el documento, dice que actualmente se realizan cursos sobre supervisión y administración de enfermería, cursos sobre estadísticas con formación de administradoras en estadísticas, que adiestrarán a personal auxiliar en estas materias. Acerca de los cursos de salud pública para médicos, se están efectuando con una diversificación que corresponde a la evolución de los programas sobre las ramas maternoinfantil y control de enfermedades transmisibles y programación de campañas de salud pública, estadística, y dirección de centros de salud.

El Dr. BERTOLINI (Uruguay) afirma que es cierto cuanto dice el informe de la Oficina, pero tiene la impresión de que se ha omitido un detalle muy importante: se refiere a la falta de candidatos para becas e incluso para estudios de ampliación y señala lo que reiteradamente se ha dicho en los debates de que los trabajadores de salud no reciben la retribución decorosa, suficiente para que puedan ejercer su función como conviene. Es un hecho evidente que no se paga a los trabajadores de la salud como se les debe pagar. Por eso hay dificultades en conseguir candidatos. Y los que regresan de hacer su preparación no tienen interés

en colocarse, porque no se les retribuye en la forma adecuada. El Representante del Uruguay ha preparado, con relación a este problema, un proyecto de resolución abarcando los dos aspectos: el de estimular en todos los países el interés por formar personal de salud en todos los niveles, y el de decir a los Gobiernos que a ese personal hay que retribuirle como corresponde.

Agrega que en su país se van a iniciar el año próximo, en virtud de un acuerdo establecido con la Facultad de Medicina, los cursos de adiestramiento de personal posgraduado en administración sanitaria, a fin de evitar que ese personal se disperse. En el nuevo presupuesto de salud pública, también han sido mejorados ciertos cursos como los relativos a dietistas, visitadoras sanitaristas, y oficiales de higiene ambiental. En cuanto a educadores sanitarios, ya deben haberse capacitado tres de los elegidos para los cursos especializados. Insiste en que mientras no haya buenos sueldos para ese personal no habrá candidatos para esas funciones, y somete a la consideración del Consejo el proyecto de resolución que ha preparado, en el cual, teniendo en cuenta la alarmante escasez de personal especializado en la carrera de salud pública, y considerando que la disminución del interés por esa disciplina obedece fundamentalmente a la exigua retribución de su trabajo, que no estimula el desarrollo de esa actividad, y lleva a los técnicos que se capaciten en esa disciplina, a buscar otras fuentes de mejores ingresos en otros campos, se propone que se recomiende a los Gobiernos que se estimule por todos los medios posibles

el adiestramiento de personal en la carrera de salud pública en todos sus niveles, y se considere que la retribución de esos funcionarios ha de tener prioridad y merecer un tratamiento especial en los presupuestos nacionales de salud, como justa compensación a la elevada finalidad de sus funciones.

El Dr. QUIROS (Perú) señala también la importancia que tienen los programas de adiestramiento, e indica algunos puntos que considera de singular interés. Cree conveniente que se intensifique la enseñanza de la medicina en sus niveles básicos, a fin de obtener médicos con criterio social que puedan participar activamente en los programas de salud.

Le preocupa en realidad que se haya pretendido preparar en los últimos años a muchos administradores sanitarios cuando la posibilidad de absorción que tienen los servicios de administradores sanitarios es limitada, y se necesita preferentemente personal con una preparación básica mejor en los aspectos de salud pública.

Se refiere también a la preparación de administradores hospitalarios, y estima que si bien se ha hecho ya algo en este campo todavía no se ha hecho lo suficiente para darle una atención preferente, sobre todo en lo relativo a la preparación de administradores sanitarios para que el hospital forme parte de los servicios generales de salud pública y no sean un aspecto aparte de los programas de salud pública en los dos centros de salud.

Dice que su país espera poder llevar pronto a la práctica un plan de adiestramiento para toda clase de personal permanente.

En lo que se refiere al adiestramiento de personal de saneamiento señala la necesidad de que la Organización dé atención preferente a las conclusiones del Seminario que se realizó recientemente en Lima y a las recomendaciones que en él se formularon.

The CHAIRMAN stated that there were two resolutions before the Council. He therefore inquired whether the Representatives of Chile and Uruguay might not be willing to combine their proposals in a single resolution to be presented to the Council for consideration.

Se suspende la sesión a las 4:05 p.m. y se reanuda a las 4:30 p.m.
The session was recessed at 4:05 p.m. and resumed at 4:30 p.m.

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) da lectura a un proyecto de resolución presentado por los Representantes de Chile y Uruguay sobre este tema. Dice así:

"El Consejo Directivo,

Considerando:

a) Las necesidades existentes en las Américas en cuanto a personal de salud pública dotado de la debida formación intelectual y profesional, adecuadamente remunerado;

b) La información facilitada por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en los documentos presentados sobre esta materia;

c) La necesidad que existe de ampliar los programas de colaboración con centros docentes de todas las disciplinas relacionadas con la salud;

d) Que las necesidades de personal convenientemente adiestrado para los ministerios de salud van en constante aumento; y

e) Que los fondos de que dispone actualmente la Organización no son suficientes para prestar la adecuada asistencia a los Gobiernos en esta actividad,

RESUELVE:

1. Recomendar a los Países Miembros que intensifiquen sus esfuerzos en el sentido de que los Ministerios de Salud y Educación inicien, o en su caso, aceleren las gestiones para fortalecer sus programas de mutua colaboración y que se establezcan estrechas relaciones con las autoridades universitarias respectivas, con el fin de aumentar y mejorar la preparación de personal destinado a los servicios de salud pública en los Países Miembros.

2. Recomendar a los Países Miembros que se considere de prioridad la adecuada retribución del personal especializado de salud pública, como justa compensación a la elevada finalidad de sus funciones.

3. Encomendar al Director que, dentro de los límites del presupuesto, amplíe las actividades de la Organización en materia de educación y adiestramiento de personal de salud en todos los niveles.

4. Solicitar al Director que siga intensificando sus esfuerzos para obtener fondos extrapresupuestarios a fin de ampliar los programas mencionados."

Decision: The draft resolution presented by the Representatives of Chile and Uruguay on Education and Training of Health Personnel was unanimously approved.

/Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución presentado por los Representantes de Chile y Uruguay sobre Enseñanza y adiestramiento de personal de salud./

TEMA 25: ESTADO DE LA ERRADICACION DE LA VIRUELA EN LAS AMERICAS (Documento CD13/18) (conclusión)

TOPIC 25: STATUS OF SMALLPOX ERADICATION IN THE AMERICAS (Document CD13/18) (conclusion)

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) da lectura al proyecto de resolución sobre este tema, preparado por un grupo de trabajo compuesto por los Representantes de Bolivia, Brasil, Cuba y Chile. Dice así:

"El Consejo Directivo,

Habiendo examinado el informe sobre el estado del programa de la erradicación de la viruela en las Américas (Documento CD13/18) presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana; y

Considerando que si bien la viruela ha desaparecido ya de varios países del Hemisferio, su persistencia en otros constituye un grave peligro para los que ya la eliminaron y, a la vez, una carga económica que obliga, en muchos casos, al desarrollo posterior de nuevos programas de vacunación en masa,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe sobre el estado del programa de erradicación de la viruela en las Américas (Documento CD13/18), presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

2. Aprobar el criterio para determinar la erradicación de la viruela propuesto por la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, en el Documento CD13/18.

3. Expresar su satisfacción ante el éxito logrado por varios Gobiernos Miembros al eliminar la viruela de sus territorios y por el desarrollo de campañas nacionales de vacunación en otros países que permiten prever la erradicación de la enfermedad en un futuro próximo.

4. Hacer un llamamiento a los Gobiernos de los países que aún no han eliminado la viruela para que aceleren o inicien, según corresponda, los programas de erradicación.

5. Encarecer a los Gobiernos que procuren preparar vacuna en cantidad suficiente no sólo para atender las necesidades de sus respectivos países, sino también para mantener una reserva con el fin de hacer frente a situaciones de emergencia o para prestar ayuda a otros países que necesiten dicho producto.

6. Recomendar que, hasta tanto la viruela no desaparezca como problema internacional, los países traten de mantener niveles adecuados de población inmunizada y apliquen con rigurosidad las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional, particularmente en lo que se refiere a la notificación de casos."

Decisión: The Council unanimously approved the draft resolution presented by the working party composed of the Representatives of Bolivia, Brazil, Chile, and Cuba, on the Status of Smallpox Eradication in the Americas.

/Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución presentado por el Grupo de Trabajo compuesto por los Representantes de Bolivia, Brasil, Cuba y Chile, sobre el Estado de la erradicación de la viruela en las Américas./

TEMA 34: RESOLUCIONES DE LA OMS DE INTERES PARA EL COMITE REGIONAL (Documento CD13/29) (conclusión)
TOPIC 34: RESOLUTIONS OF WHO OF INTEREST TO THE REGIONAL COMMITTEE (Document CD13/29) (conclusion)

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) da lectura al proyecto de resolución preparado sobre este tema, que dice así:

"El Consejo Directivo,

Vistos los Documentos CD13/29 y CD13/29 Addendum I, en los que el Director somete a su atención varias resoluciones de la 14a Asamblea Mundial de la Salud y de la 26a, 27a y 28a Reuniones del Consejo Ejecutivo de la OMS,

RESUELVE:

1. Tomar nota de las resoluciones contenidas en el Documento CD13/29: WHA14.2 (Marcha del programa de erradicación del paludismo); WHA14.38 (Programa de erradicación del paludismo); WHA14.27 (Cuenta especial para la erradicación del paludismo); EB26.R32 (Financiamiento del programa de erradicación del paludismo); EB28.R27 (Emisiones de sellos de correos dedicadas a la erradicación del paludismo); WHA14.39 (Orden de prioridad de las actividades del programa); WHA14.56 (La higiene de las radiaciones y la protección de la humanidad contra los riesgos de las radiaciones ionizantes de cualquier origen); WHA14.40 (Programa de erradicación de la viruela); WHA14.37 (Continuación de la ayuda de la OMS a los nuevos Estados independientes (párrafo 2-1); EB27.R21 (Formación de personal administrativo y técnico: Resolución 797 (XXX) del Consejo Económico y Social); WHA14.42 (Actividades que reciben asistencia de la OMS y del UNICEF); WHA14.58 (Declaración sobre la concesión de la independencia a los países coloniales y sobre las tareas de la OMS (párrafo 1); y WHA14.24 (Bandera de la OMS).

2. Instar a los Gobiernos Miembros que efectúen aportaciones voluntarias a la Cuenta Especial para la Erradicación del Paludismo de la Organización Mundial de la Salud.

3. Tomar nota asimismo del Acuerdo celebrado entre la OMS y la Corporación Filatélica Intergubernamental relativo a la venta de sellos y otro material filatélico, contenido en el Documento CD13/29, Addendum I.

4. Invitar a los Estados Miembros que todavía no han adoptado el acuerdo de hacer una emisión especial de sellos de correos dedicada al programa de erradicación del paludismo, a que tomen esa decisión para contribuir, de esta manera, al esfuerzo encaminado a divulgar información sobre el programa mundial de erradicación del paludismo y a estimular el interés en el mismo."

Decision: The draft resolution was approved as presented.

/Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución presentado./

TEMA 28: ESTUDIO DEL ESTADO DE LOS PROGRAMAS DE ERRADICACION DEL AËDES AEGYPTI EN LAS AMERICAS, RESULTADOS OBTENIDOS, PERSPECTIVAS Y ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS Y FINANCIEROS (Documento CD13/26) (conclusión)

TOPIC 28: STUDY OF THE PRESENT STATUS OF AËDES AEGYPTI ERADICATION PROGRAMS IN THE AMERICAS, THE RESULTS OBTAINED, PROSPECTS, AND EPIDEMIOLOGICAL AND FINANCIAL ASPECTS (Document CD13/26) (conclusion)

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) da lectura al proyecto de resolución preparado sobre este tema. Dice así:

"El Consejo Directivo,

Teniendo en cuenta los informes finales sobre la erradicación del Aëdes Aegypti presentados por Costa Rica y Chile, declarando a esos países libres de dicho mosquito, y cumplidas estrictamente las normas y criterios de erradicación establecidos por la Oficina Sanitaria Panamericana,

RESUELVE:

1. Aceptar los informes presentados por Costa Rica y Chile, felicitar a dichos países por los trabajos realizados, y declarar sus territorios libres de Aëdes aegypti.

2. Recomendar a los países y territorios aun infestados que todavía no han iniciado la campaña, que la empiecen lo antes posible y a las entidades donde se desarrolle la erradicación del Aëdes aegypti satisfactoriamente o se encuentre en su fase final, aceleren la campaña, con el fin de que puedan completarla en un plazo de 5 años y se informe de la erradicación en la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana que tendrá lugar el año de 1966.

3. Solicitar al Director que a los efectos de la recomendación anterior, obtenga la información necesaria, en los países, sobre la posibilidad de alcanzar la meta señalada, dando cuenta del resultado de sus gestiones a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, que se celebrará en el año 1962.

4. Recomendar a los países que ya terminaron la erradicación del Aëdes aegypti la necesidad de mantener una estricta vigilancia en los puertos y aeropuertos internacionales, así como en las localidades fronterizas, con el objeto de evitar la reinfestación de sus territorios."

Decision: The draft resolution was unanimously approved.

/Decisión: Por unanimidad se aprueba el proyecto de resolución presentado./

TEMA 21: COLABORACION DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA CON LOS SERVICIOS NACIONALES DE SALUD EN MATERIA DE PRACTICAS ADMINISTRATIVAS (Documento CD13/13) (conclusión)

TOPIC 21: COLLABORATION OF PASB IN ADMINISTRATIVE PRACTICES OF NATIONAL HEALTH SERVICES (Document CD13/13) (conclusion)

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) da lectura a un proyecto de resolución preparado sobre este tema por el Grupo de Trabajo compuesto por los Representantes de Chile, Panamá y Perú. Dice así:

"El Consejo Directivo,

Habiendo examinado el Informe del Director sobre la colaboración de la OSP con los servicios de salud pública en materia de prácticas administrativas;

Teniendo en cuenta la importancia que tiene la buena administración en el mejor uso de los siempre insuficientes recursos existentes para los programas de salud pública y lo incompleto que son los servicios administrativos en la mayoría de los países de América; y

Considerando las solicitudes y necesidades de los Gobiernos Miembros con respecto a la colaboración mediante becas y servicios de asesoramiento,

RESUELVE:

1. Tomar nota del Informe presentado por el Director (Documento CD13/13).

2. Incrementar, en lo posible, los esfuerzos de la Organización para cooperar con los Gobiernos Miembros a fin de mejorar los procedimientos administrativos mediante:

a) la prestación de servicios de asesoramiento con carácter de continuidad;

b) la concesión de becas a personal administrativo merecedor de las mismas;

c) el patrocinio de nuevas reuniones, especialmente seminarios de carácter nacional e internacional;

d) la realización de programas permanentes de adiestramiento en servicio para el personal administrativo de los servicios nacionales de salud;

e) la preparación y distribución de material informativo impreso sobre técnicas, procedimientos y normas que puedan ser utilizados en los programas de adiestramiento para este personal."

Decision: The draft resolution, presented by the working party on this topic, was unanimously approved.

/Decisión: Por unanimidad se aprueba el proyecto de resolución presentado sobre este tema por el Grupo de Trabajo compuesto por los Representantes de Chile, Panamá y el Perú./

TEMA 19: NECESIDADES FINANCIERAS PARA LA FORMULACION DE UN PLAN CONTINENTAL DE LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS (Documento CD13/17) (conclusión)
TOPIC 19: FINANCIAL OUTLAY REQUIRED TO FORMULATE A CONTINENTAL PLAN TO COMBAT TUBERCULOSIS (Document CD13/17) (conclusion)

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) da lectura al proyecto de resolución presentado sobre este tema por el Grupo de Trabajo compuesto por los Representantes de la República Dominicana, los Estados Unidos de América, México, Panamá y Venezuela. Dice así:

"El Consejo Directivo,

Considerando que la tuberculosis, que es un grave problema económico y social, continúa siendo una de las causas principales de morbilidad y mortalidad en las Américas;

Teniendo en cuenta que el planteamiento del problema de la tuberculosis, considerado desde el punto de vista de la salud pública, ha cambiado fundamentalmente con la aparición de nuevos productos terapéuticos;

Teniendo en cuenta que la prevención y el control de esta enfermedad costará bastante menos que el elevado costo de la hospitalización, la compensación a los trabajadores y las pérdidas

de productividad en la industria y la agricultura; y

Teniendo en cuenta que el Documento CD13/17, Rev. 1, indica que es necesario obtener información adicional sobre la naturaleza y magnitud del problema en cada país, con el objeto de realizar un estudio detallado del mismo que sirva de base para formular programas de lucha contra la tuberculosis,

RESUELVE:

1. Recomendar a los Gobiernos Miembros que investiguen la magnitud del problema de la tuberculosis en sus respectivos territorios, con el fin de establecer un mejor conocimiento de la incidencia y prevalencia de la infección y de la enfermedad, para lo cual es imperativo la organización adecuada de la pesquisa más intensiva de los casos aún desconocidos y la notificación oportuna de todos los casos.

2. Recomendar a los Gobiernos Miembros que procuren determinar el costo de las medidas específicas de control de la tuberculosis, su eficacia, y las posibilidades económicas del país para llevarlas a la práctica, de tal manera que les permita a la mayor brevedad posible, preparar planes nacionales de lucha antituberculosa, respaldados por un progresivo esfuerzo para su adecuado financiamiento.

3. Recomendar el establecimiento de metas para ser cumplidas en lo posible, en los próximos diez años, con el fin de poder, en un futuro no lejano, eliminar esta enfermedad como problema de salud pública en la América. En la preparación de planes de lucha antituberculosa, los países podrían tomar en cuenta las siguientes metas:

a) Reducir a la mitad como mínimo, la mortalidad actual de cada país, en el próximo decenio;

b) Reducir la morbilidad, cuando ésta sea conocida en una aproximación adecuada, en un 33% en los siguientes 10 años de establecida esta meta.

c) Reducir la primo-infección tuberculosa, cuando ésta sea conocida en una aproximación adecuada, a niveles por debajo de: 2% en menores de 5 años de edad; 10% en menores de 10 años de edad, y 20% en menores de 15 años de edad, en los siguientes 10 años de establecida esta meta.

4. Recomendar a los Países Miembros que no lo han hecho, que revisen la orientación de los programas de control de la

tuberculosis, y que los refuercen en una forma amplia con el objeto de lograr el mejor rendimiento posible de los recursos humanos y materiales disponibles, y recomendarles asimismo que, los programas de control de la tuberculosis se integren a las actividades normales de los servicios locales de salud pública.

5. Que se fomente, en cada país, la participación activa y bien organizada de la iniciativa privada bien sea por medio de Patronatos, Consejos, Ligas, organizaciones antituberculosas u otras instituciones similares, a fin de que ésta se incorpore al esfuerzo que realizan los respectivos Gobiernos Miembros, y ayuden a un más adecuado aprovechamiento de estos esfuerzos conjuntos mediante la organización de las comunidades.

6. Estimular a los países a obtener fondos adicionales de acuerdo con las posibilidades establecidas en la Carta de Punta del Este, habida cuenta de que en el desarrollo y progreso de las Américas, el control de la tuberculosis desempeña un papel muy importante.

7. Autorizar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana para que procure obtener recursos económicos adicionales que permitan la ejecución de un programa continental de lucha contra la tuberculosis, incluyendo la investigación de todos aquellos problemas que guarden relación con la enfermedad y que pueda contribuir a su más rápida solución."

El Dr. OLGUIN (Argentina) considera que el proyecto de resolución que acaba de leerse es un documento completo, ya que tiene en cuenta los aspectos más importantes para la formulación de un plan continental de lucha contra la tuberculosis. Sin embargo, fundándose en el concepto que se ha expresado reiteradamente en el seno del Consejo acerca de la posición de la Oficina con respecto a los países, y de acuerdo con el tono que tienen en general las recomendaciones que se formulan en estas resoluciones, propone que el No. 5 de la parte resolutiva se redacte en los siguientes términos: "Que se fomente, en cada país, la participación activa y bien organizada de la iniciativa privada a fin de que ésta se incorpore al esfuerzo que realizan los respectivos Gobiernos Miembros, y ayude a un más adecuado aprovechamiento de estos esfuerzos conjuntos". Añade que

así quedaría en una forma general, sin especificar organismos o entidades, especificaciones en las cuales se corren riesgos de omisiones y se evitaría, además, establecer un elemento calificativo, o un modo de acción específico en cuanto a cómo obtener un mejor aprovechamiento de los esfuerzos conjuntos por parte de los países.

El Dr. ALDEREGUIA (Cuba) señala que, sin estar en desacuerdo con la moción, porque sinceramente entiende que este proyecto de resolución llena en general todo el cometido y el trabajo realizado en las deliberaciones sobre el problema de la elaboración de un plan continental de lucha contra la tuberculosis, le gustaría que en la parte resolutiva se incluyera algo concreto que se refiera al mejoramiento de las condiciones sociales como medio de combatir la tuberculosis, a que se alude en el primer considerando del proyecto bajo estudio. Invoca, en apoyo de su propuesta lo que se dice en el Documento CD13/27, Programa General de Trabajo de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, sobre la relación estrecha entre los servicios de salud y los programas de desarrollo económico, con las siguientes palabras: "A este propósito, es de advertir que los servicios de salud debidamente organizados e integrados no pueden considerarse como entidades aisladas, pues están estrechamente vinculados con numerosos servicios sociales y económicos ". Y añade que, al plantear que la Organización puede esforzarse por facilitar a los países el logro de todas las metas y mejores niveles de salud, en el apartado (f) se indica como parte del plan de fomento de salud, "la adopción de medidas positivas encaminadas al mejoramiento de todos los

factores que constituyen el medio físico, biológico y social de los individuos y de las colectividades".

El orador concluye diciendo que, de acuerdo con esa idea, podría agregarse al final del punto 5 del proyecto de resolución, donde dice "mediante la organización de las comunidades", lo siguiente: "que incluyan la adopción de medidas positivas encaminadas al mejoramiento de todos los factores que constituyen el medio físico, biológico y social de los individuos y de las colectividades". Aclara que el número 5 del proyecto es el más indicado porque en él se hace referencia al esfuerzo conjunto de la iniciativa privada y de los trabajos de los Estados y de los Gobiernos, en su relación y en sus conexiones, en sus esfuerzos conjuntos para combatir esta enfermedad.

Dr. WATT (United States of America) stated that he had not fully understood the question raised by the Representative of Argentina and requested clarification of his proposal.

El Dr. OLGUIN (Argentina) explica que su enmienda pretende dar a esta resolución el tono y el carácter que considera más indicado en estas recomendaciones: de carácter general y no demasiado específicas con respecto a modos de acción y a la forma de ejecutar acciones por parte de los países.

El Dr. FERNANDEZ NARANJO (República Dominicana) señala que entre los componentes del Grupo de Trabajo se ha dejado de mencionar a la Delegación de México.

Dr. WATT (United States of America) proposed that the references to Member Countries be changed to Member Governments.

El Dr. CALVO (Panamá) manifiesta que la Delegación de Panamá propone que se acepte la recomendación de la Delegación de la Argentina y que agregue la parte que pide la Delegación de Cuba, porque le parece a él que se complementan perfectamente, y el hecho de que se omita "patronato, consejo, o ligas, organizaciones" no debilita en absoluto el párrafo que sigue, antes bien se reforzaría con la frase, que está precisamente en el documento a que se refiere la Delegación de Cuba y que haría más interesante aún el punto 5.

El Dr. OLGUIN (Argentina) aclara que su proposición no sólo se refiere a la supresión del párrafo a que hizo referencia el Representante de Panamá, sino también a la parte final del punto 5, a partir de la palabra "conjunto" donde él propone terminar la frase con un punto final.

El Dr. GUEDEZ (Venezuela) señala que, en el punto 5, donde dice "que se fomente", la forma correcta debe ser "recomendar", porque el Consejo Directivo no puede resolver que se fomente, sino "recomendar que se fomente".

The CHAIRMAN stated that it was his understanding that the Representative of Mexico had not participated in the drafting of the document.

El Dr. CALVO (Panamá) sostiene que la Delegación de México participó, porque él precisamente estuvo discutiendo con el Representante de dicho país la primera propuesta y la segunda.

The CHAIRMAN stated that the draft resolution would be changed to include Mexico. He then said that the amendments to the resolution would be taken up in reverse order, that is, the proposal of the Representative of Cuba would be considered first.

El Dr. ALDEREGUIA (Cuba) aclara que su proposición no excluye la del Representante de Argentina en la modificación que él propone al punto número 5. Se muestra también de acuerdo con el Representante de Venezuela en agregar al principio de dicho párrafo la palabra "recomendar". Agrega que las modificaciones de la Delegación argentina le parecen correctas y aceptables, al igual que al Delegado de Panamá; y sugiere que bastaría agregar al final del texto propuesto por aquélla la frase que la Delegación cubana ha indicado.

El Dr. CALVO (Panamá) expone que la Delegación de Panamá va a votar en favor de agregar la última parte de lo propuesto por la Delegación de Cuba por el hecho que ya es parte de un documento discutido, aprobado y aceptado por este Consejo Directivo.

El Dr. BOVE ARTEAGA (Uruguay) sugiere que, para solucionar esta discusión, el Secretario lea cómo queda el artículo 5 con las enmiendas de la Argentina, el agregado de Cuba y la modificación que hizo Venezuela.

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) manifiesta que el párrafo modificado en esta forma, diría así: "Recomendar que se fomente en cada país la participación activa y bien organizada de la iniciativa privada, a fin de que ésta se incorpore al esfuerzo que realizan los respectivos

Gobiernos Miembros, y ayuden a un más adecuado aprovechamiento de estos esfuerzos conjuntos, mediante la organización de las comunidades, que incluye la adopción de medidas positivas encaminadas al mejoramiento de todos los factores que contituyen el medio físico, biológico y social de los individuos y de las colectividades."

Agrega que, según esta redacción, la propuesta del Representante de Argentina quedaría aceptada en lo que se refiere a suprimir las palabras que había antes "bien sea por medio de patronatos, consejos, ligas, organizaciones antituberculosas, u otras instituciones similares", pero se dejaría la frase "mediante la organización de las comunidades" que el Representante de la Argentina había propuesto que se suprimiera.

El Dr. ALDEREGUIA (Cuba) aclara que de la redacción leída por el Secretario General podrían suprimirse, de acuerdo con la proposición del Representante de la Argentina, las palabras "mediante la organización de las comunidades", quedando el final del punto 5 en la siguiente forma: "un más adecuado aprovechamiento de estos esfuerzos conjuntos, que incluyan la adopción de medidas positivas encaminadas al mejoramiento de todos los factores que contituyen el medio físico, biológico y social de los individuos y de las colectividades. Así se considerarían íntegramente las proposiciones del Representante argentino, la proposición de Venezuela y la de Cuba.

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) señala que, de ese modo, la proposición de la Argentina ha sido admitida en su totalidad, así como la de Cuba y también la modificación sugerida por la Delegación de Venezuela:

"5. Recomendar que se fomente, en cada país, la participación activa y bien organizada de la iniciativa privada, a fin de que ésta se incorpore al esfuerzo que realizan los respectivos Gobiernos Miembros y ayuden a un más adecuado aprovechamiento de estos esfuerzos conjuntos, que incluyan la adopción de medidas positivas encaminadas al mejoramiento de todos los factores que constituyen el medio físico, biológico y social de los individuos y de las colectividades."

Decision: The Council unanimously approved the draft resolution presented by the Working Party composed of the Representatives of the Dominican Republic, Mexico, Panama, the United States of America, and Venezuela, on the financial outlay required to formulate a continental plan to combat tuberculosis, with the changes proposed by the Representatives of Argentina, Cuba, the United States of America, and Venezuela.

/Decisión: Por unanimidad se aprueba el proyecto de resolución presentado por el Grupo de Trabajo compuesto por los Representantes de la República Dominicana, los Estados Unidos de América, México, Panamá y Venezuela, sobre medidas financieras para un plan continental de lucha contra la tuberculosis, con las enmiendas propuestas por los Representantes de la Argentina, Cuba, los Estados Unidos de América y Venezuela./

TEMA 13: INFORME DEL SUBCOMITE SOBRE DOCUMENTOS BASICOS DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (Documento CD13/16 y Addenda I, II, III y IV) (conclusión)

TOPIC 13: REPORT OF THE SUBCOMMITTEE ON BASIC DOCUMENTS OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (Document CD13/16 and Addenda I, II, III, and IV) (conclusion)

El Dr. SUTTER (Secretario General, OSP) da lectura a la traducción, en español, del proyecto de resolución, sobre este tema, presentado por la Delegación de los Estados Unidos de América, en la décimoquinta sesión plenaria. Dice así:

"El Consejo Directivo,

Habiendo examinado los Anteproyectos de Revisión, de los textos de los Documentos Básicos, propuestos por el Subcomité sobre Documentos Básicos;

Habiendo estudiado los comentarios formulados por los Gobiernos Miembros y las nuevas modificaciones propuestas por el Subcomité y por un Grupo de Trabajo de este Consejo, después de examinar los comentarios de los Gobiernos;

Considerando lo dispuesto en las Resoluciones XXX y XXXIV de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana; y

Tomando nota de la recomendación formulada por el Comité Ejecutivo, en la Resolución II de su 44a Reunión, en el sentido de que sean adoptadas las revisiones de los Documentos Básicos propuestas por el Subcomité, y modificadas por éste después de examinar los comentarios de los Gobiernos,

RESUELVE:

1. Expresar su agradecimiento al Comité Ejecutivo y al Subcomité sobre Documentos Básicos por la importante labor que han realizado.

2. Manifestar su agradecimiento a los Gobiernos que han formulado comentarios y sugerencias.

3. Expresar la conclusión de que las revisiones propuestas para los Documentos Básicos, con las modificaciones introducidas posteriormente en ellas por el Subcomité y el Grupo de Trabajo de este Consejo (Documentos CD13/16, CD13/16 Addendum II y CD13/16 Addendum IV, Parte I) servirán satisfactoriamente los fines contenidos en las Resoluciones XXX y XXXIV de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana.

4. Adoptar las revisiones de la Constitución propuestas por el Subcomité, con las nuevas modificaciones introducidas en ellas por el Subcomité y un Grupo de Trabajo de este Consejo.

5. Adoptar las revisiones del Reglamento Interno del Consejo Directivo, con las modificaciones similarmente introducidas.

6. Recomendar a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana que adopte las revisiones del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana propuestas por el Subcomité, con las nuevas modificaciones introducidas por el Subcomité y un Grupo de Trabajo de este Consejo.

7. Recomendar a la 45a Reunión del Comité Ejecutivo que adopte las revisiones del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo propuestas por el Subcomité sobre Documentos Básicos."

Mr. WYATT (Rapporteur, Subcommittee on Basic Documents) stated that since the draft resolution proposed by the Delegation of the United States referred to two resolutions of the XV Pan American Sanitary Conference, it might be helpful to enter into more detail than he had previously. The first was Resolution XXX, the operative part of which read as follows: "To recommend to the Executive Committee the establishment of a working party that, with legal counsel, will make a study of the problems inherent in the election of the Director, and present, after consultation with the Member Governments, a proposal to the XIII Meeting of the Directing Council, so that it may adopt a specific procedure governing the election of the Director."

The second was Resolution XXXIV, which laid down the basic terms of reference, instructing the Executive Committee or a Subcommittee to prepare suggestions (a) to improve the clarity and the equivalence of meaning between the English and the Spanish tests of the basic documents, and (b) to the end that the said texts may be more adequate for their own

objectives. It also instructed the Executive Committee to request the opinion of the Governments, with respect to its suggestions and thereafter to submit its recommendations to a future meeting of the Directing Council for appropriate action. Mr. Wyatt then stated that the reason for giving the details of these resolutions was because the U.S. Delegation had referred to them in its proposed draft resolution. He also felt that the terms of these resolutions might be what the 44th Meeting of the Executive Committee had in mind when it recommended that the proposed revisions be adopted. He added that he would be pleased to clarify further the reasons why the Subcommittee may have made any particular proposal.

El Dr. QUIROS (Perú) señala que el punto 3 de la parte dispositiva del proyecto de resolución solamente se refiere a la parte I del Documento CD13/16, Addendum IV, pero la parte III de este documento plantea un problema que debe ser resuelto ahora, puesto que ya no va a haber otra oportunidad de resolverlo. Es el señalado por la Delegación de Venezuela, y con referencia a él, el documento dice así: "Propuesta de Venezuela para que el mínimum de votos requeridos para la elección mm del Director de la Oficina sea de 2/3 de los Gobiernos de la Organización (en la actualidad 2/3 de 24, o sea 16 votos) (Documento CD13/16, Observación Nº 6). El Grupo de Trabajo reconoció la conveniencia de que el Director sea elegido por el mayor número posible de votos, pero tuvo también en cuenta las razones que movieron al Subcomité y al Comité Ejecutivo para recomendar la adopción de la propuesta de que se requiriera el voto de la mayoría de los Gobiernos de la Organización (al presente, 13 votos) y el hecho de que otras organizaciones internacionales no

requieren el voto de 2/3. El Grupo de Trabajo reconoció que ésta es una propuesta de cierta importancia y tomó nota de la misma, transmitiéndola al Consejo Directivo, sin otra recomendación".

Considera el Dr. Quirós que este asunto debería tratarse en esta ocasión, puesto que ya la próxima reunión será de la Conferencia, y para entonces debe estar resuelto.

The CHAIRMAN said that while the Conference had placed the specific responsibility of adopting a procedure governing the election of the Director on the XIII Meeting of the Directing Council, it did not mean that the Council had to take action on the matter.

Mr. WYATT (Rapporteur, Subcommittee on Basic Documents) said that the Representative of Peru had referred to paragraph 3 of the operative part of the draft resolution. While he was not in a position to explain or to analyze a resolution proposed by one of the delegations, as Rapporteur of the Subcommittee, he felt that it would be relevant to state that Document CD13/16, referred to in paragraph 3 of the draft resolution did contain the proposal of the Subcommittee pertaining to the election of the Director. That proposal was to be found on page 25 of the English text under the section on the Constitution and stated (Art. 21-A) that the Director should be elected by a vote of a majority of the Governments of the Organization. Therefore, if the resolution was adopted, including paragraph 3, the proposal of the Subcommittee would be adopted together with the other proposals contained in Document CD13/16.

El Dr. GUEDEZ (Venezuela) manifiesta que la Delegación Venezolana está plenamente de acuerdo con la proposición de la Delegación de los Estados Unidos de América porque en ella se tienen en cuenta todas las observaciones que hicieron los Gobiernos y las recomendaciones del Subcomité. Además de las contenidas en la parte I del Addendum IV, del Documento CD13/16, están las de la parte II, que modifican algo la redacción, y que el Subcomité no recomendó, y la de la parte III, que se refiere a una cuestión de fondo, relativa a la elección del Director; estas dos partes no están previstas en el proyecto de resolución de los Estados Unidos de América, pero en la décimoquinta sesión se comentó que estas dos partes, la II y la III, serían sometidas al Comité Ejecutivo y a la Conferencia para su consideración. Si se adoptaran las tres partes del Documento CD13/16 Addendum IV, no se tomaría en consideración el argumento de la Delegación de Venezuela que ésta seguirá sosteniendo hasta que la mayoría, si es que así lo decide, diga otra cosa. Por eso la Delegación de Venezuela se acoge a la propuesta de la Delegación de los Estados Unidos de América, en la cual considera exclusivamente la parte I del Documento.

Mr. WYATT (Rapporteur, Subcommittee on Basic Documents) said he had nothing to add to his previous remarks in which he had pointed out that the resolution by calling for the adoption of proposed text did incorporate a certain procedure for the election of the Director. However, that was not incompatible, in his view, with referring an alternative procedure for the election of the Director to the Executive Committee, the Directing Council, or the Governments for further consideration.

The result of adopting the resolution would be to put the Subcommittee's proposal for the election of the Director into effect until such time as any move were made to change it. To sum up, the result of adopting the resolution would be to put into effect the proposed revisions in the Basic Documents, including the revision proposed by the Subcommittee relating to the election of the Director. The proposed revision of Article 21-A relating to the election of the Director appeared in Document CD13/16, and read as follows: "The Bureau shall have a Director elected at the Conference by a vote of a majority of the Governments of the Organization. The Director shall hold office for a period of four years. In the event of his successor not being elected prior to the expiration of his term of office, the Director shall continue to serve until his successor takes office. In the event of the resignation, incapacity, or death of the Director, the Deputy Director shall assume his duties until the next meeting of the Council. The Council shall then elect a Director ad interim by a majority vote of the Governments present and voting."

In proposing that procedure whereby the minimum number of votes required would be that of a majority of Governments of the Organization, i.e., the votes of 13 out of the 24 Governments of the Organization, the Subcommittee had in mind the events which led to the establishment of the Subcommittee. In the past there had been some questions as to the interpretation of the wording both in English and in Spanish of the articles governing the election of the Director. For example, in the English text of the Constitution, Article 4-E stated that the Director

"shall be elected by a two-thirds vote of the countries represented and with the right to vote." The Spanish text of the same article stated that he "shall be elected by a two-thirds vote of the countries present and with the right to vote." There was therefore some discrepancy between the English "represented" and the Spanish "presentes". Another difficulty arose with reference to Article 53 of the Rules of Procedure of the Sanitary Conference. That article stated that the Director "shall be elected by a two-thirds vote of the Members present and voting," which was still another formulation. There was therefore some confusion regarding the various possible meanings of the provisions relating to the election of the Director.

The other event which had led to the matter being referred to the Subcommittee was the difficulty that ocurred in arriving at a sufficient number of votes in favor of any one candidate. In consequence the election did take some time. Because of those difficulties, the matter was referred to the Executive Committee which, in turn, referred it to a Subcommittee. The Subcommittee, in making its proposal that the Director be elected at the Conference by a vote of the majority of the Governments of the Organization, hoped to resolve or to lessen the difficulties. The Subcommittee felt that the language used in its proposed revision was clearer and less ambiguous, and that it was not subject to difficulties of interpretation as was the case with the other examples cited. The Subcommittee proposal was that the Director should be elected at the Conference by the vote of a majority of the Governments of the Organization.

Everyone knew the number of Governments of the Organization at any given time, and it was always a simple matter to determine what a majority was particularly in the light of the addition which had been adopted at the suggestion of the Government of El Salvador, defining what was meant by "majority". The Subcommittee therefore felt that its formulation was clear and straightforward and would resolve any difficulties that might arise concerning the meaning of the words relating to the election of the Director.

As for the minimum number of votes that would be required for the election of the Director, Mr. Wyatt added that the Subcommittee did bear in mind the importance of the Director having the support of a substantial number of Governments of the Organization. It had therefore wished to propose a procedure whereby the majority would indicate clearly, at the time of the election, their support for the Director. Bearing in mind the difficulties and the delays involved in the election of the Director, the Subcommittee felt that a vote of a majority of the Governments of the Organization might be a reasonable and realistic middle point to adopt. It too had considered the possibility of stipulating a two-thirds vote of the Governments of the Organization, but had come to the conclusion that that proposal would not resolve the problem, whereas to require a majority of the Governments of the Organization would resolve the difficulty and facilitate the election of a Director, and at the same time ensure that the Director had the support of the majority of the Governments. Had the wording been merely "a majority of the Governments present," or even "two-thirds of the Governments present," it would be quite conceivable

that it would still be less than a majority of the Governments of the Organization because they might not all be present at the meeting. Therefore, the Subcommittee felt that its proposed revision, would best meet the various circumstances and difficulties referred to.

Mr. CALDERWOOD (United States of America) suggested that, in order to cover the point raised by the Representative of Venezuela with reference to items II and III of Document CD13/16, Addendum IV, a paragraph 8 be added to his draft resolution, to read as follows: "To request the Director to transmit the proposals submitted by certain Governments during the present meeting of the Directing Council to all Member Governments for their consideration, with the view to possible action by a future meeting of the Directing Council or the Conference".

El Dr. GUEDEZ (Venezuela) se declara de acuerdo con la adición que presenta la Delegación de los Estados Unidos de América, que precisamente concuerda con la discusión habida en la décimoquinta sesión plenaria.

El Dr. BOVE ARTEAGA (Uruguay) pregunta si la moción del Delegado de los Estados Unidos de América es para que se suspenda la votación de la proposición del Subcomité, hasta que se pueda resolver la cuestión, previa consulta a los Gobiernos.

Mr. CALDERWOOD (United States of America) said that the adoption of this resolution would mean the acceptance of the Subcommittee's report, as modified in the light of the Resolution of the Executive Committee and of the action taken by this Directing Council. There would remain, however, the additional proposals that were introduced before the last meeting of the Working Party of the Council and on which the Subcommittee

has not expressed an opinion. It was for that reason that he was suggesting the addition of paragraph 8, which would transmit to the Member Governments for consideration the specific proposals contained in items II and III of Document CD13/16, Addendum IV, with a view to possible action at a future time.

The CHAIRMAN asked whether all the representatives were clear as to the purport of the draft resolution as amended and said that, if they were, a vote would be taken.

> Decision: By 12 votes for and 1 against, it was decided to: (1) to express the Council's thanks to the Executive Committee and to the Subcommittee on Basic Documents for the important work accomplished; (2) to thank the Governments which submitted comments and suggestions; (3) to express the conclusion that the proposed revisions in the Basic Documents, as further modified by the Subcommittee and by a Working Party of the Council (Documents CD13/16, CD13/16 Addendum II, CD13/16 Addendum IV, Part I), would satisfactorily serve the purposes embodied in Resolutions XXX and XXXIV of the XV Pan American Sanitary Conference; (4) to adopt the revisions in the Constitution proposed by the Subcommittee, as further modified by the Subcommittee and by a Working Party of the Council; (5) to adopt the revision in the Rules of Procedure of the Directing Council, as similarly further modified; (6) to recommend to the XVI Pan American Sanitary Conference that it adopt the revisions in the Rules of Procedure of the Sanitary Conference proposed by the Subcommittee, as further modified by the Subcommittee and by a Working Party of the Council; (7) to recommend to the 45th Meeting of the Executive Committee that it adopt the revisions in the Rules of Procedure of the Executive Committee proposed by the Subcommittee on Basic Documents; and (8) to request the Director to transmit the proposals submitted by certain Governments during the XIII Meeting of the Directing Council (Document CD13/16 Addendum IV, Parts II and III) to all Member Governments for their consideration with a view to possible action by a future meeting of the Directing Council or the Conference.

The Representatives of France, the Kingdom of the Netherlands, and the United Kingdom abstained from voting.

/Decisión: Por 12 votos a favor y uno en contra se acordó: 1) expresar el agradecimiento del Consejo al Comité Ejecutivo y al Subcomité sobre Documentos Básicos por la importante labor que han realizado; 2) manifestar el agradecimiento del Consejo a los Gobiernos que han formulado comentarios y sugerencias; 3) expresar la conclusión de que las revisiones propuestas para los Documentos Básicos, con las modificaciones introducidas posteriormente en ellas por el Subcomité y el Grupo de Trabajo de este Consejo (Documentos CD13/16, CD13/16 Addendum II y CD13/16 Addendum IV, Parte I) servirán satisfactoriamente los fines contenidos en las Resoluciones XXX y XXXIV de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana; 4) adoptar las revisiones de la Constitución propuestas por el Subcomité, con las nuevas modificaciones introducidas en ellas por el Subcomité y un Grupo de Trabajo de este Consejo; 5) adoptar las revisiones del Reglamento Interno del Consejo Directivo, con las modificaciones similarmente introducidas; 6) recomendar a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana que adopte las revisiones del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana propuestas por el Subcomité, con las nuevas modificaciones introducidas por el Subcomité y un Grupo de Trabajo de este Consejo; 7) recomendar a la 45a Reunión del Comité Ejecutivo que adopte las revisiones del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo propuestas por el Subcomité sobre Documentos Básicos; y 8) encomendar al Director que transmita a todos los Gobiernos Miembros las propuestas formuladas por algunos Gobiernos, durante la XIII Reunión del Consejo Directivo (Documento CD13/16 Addendum IV, Partes II y III), para su consideración con vistas a una posible decisión en una futura reunión del Consejo Directivo o de la Conferencia./

Se abstuvieron de votar los Representantes de Francia, Reino Unido y Reino de los Países Bajos.

TEMA 30: PLANIFICACION DEL PROGRAMA DE INVESTIGACIONES DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (Documento CD13/15)
TOPIC 30: PLANNING FOR THE PAHO RESEARCH PROGRAM (Document CD13/15)

Dr. CUTLER (Assistant Director, PASB) presented Document CD13/15 on this topic. He stated that the necessity or desirability for research has been recognized in both the Basic Documents (Constitution of the Organization) and in actual practice during the years. The activities of the Pan American Health Organization in research were described in a report presented to the 43rd Meeting of the Executive Committee, which

could be summarized with the statement that the Organization has made notable contributions to the health of the Americas and to the health of the world through various research activities carried out in the past. The need for increasing the research potential and the activity of the Organization, and of intensifying its efforts to support the medical research activities of the Member Governments, has also been recognized and was, in a sense, given approval by the Executive Committee Meeting.

During recent years there has been a rather substantial increase in the Organization's research activities which has been made possible by virtue of an agreement concluded with the U. S. Public Health Service, whereby it was possible to provide better means of bringing together the funds available from the U. S. Public Health Service and the research workers of the Member Governments who are in a position to contribute their research skills. Since the report was presented to the 43rd Meeting of the Executive Committee, two notable events have taken place. The first was the awarding of a grant for research into the causes of mortality, which is now going into effect and which will involve the cooperation of 10 or 12 outstanding research workers in the Americas for the purpose of obtaining, for the first time, accurate and comparable information on the causes of death in 10 or 12 selected cities of the Hemisphere. The second event was the award of a grant from the U. S. Public Health Service to the Organization for study of the research needs and potentials of this Hemisphere, so as to be able to do two things: work out or develop a more effective

and productive research program for the Organization, and provide ways and means whereby the Organization may be more effective in the research activities of the Member Governments. The personnel for this study are being assembled and plans are being made to implement the full-scale project. It is therefore expected that by the time the next Executive Committee meets, and certainly by the time of the forthcoming Pan American Sanitary Conference, the Organization's work in this field will be well advanced. It is further expected that the Organization's program in support of research will be a productive activity.

> Decision: It was agreed to approve the plan and the policies outlined by the Director in Document CE43/16 for the PAHO research program, and to request the Director to take the necessary action for all possible further expansion of the research activities of the Organization for the mutual benefit of the countries of the Region.
>
> /Decisión: Se acuerda aprobar el plan y las normas propuestas por el Director de la Oficina, en el Documento CE43/16, para el programa de investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud, y encomendar al Director que adopte las medidas indispensables para intensificar las actividades de investigación de la OPS en beneficio de los países de la Región./

VOTOS DE AGRADECIMIENTO
VOTES OF THANKS

El Dr. FRICKE (Chile) expresa que estas reuniones han sido extraordinariamente gratas para la Delegación Chilena, que ha tenido la satisfacción de ponerse en contacto con la mayoría de los Representantes, y a quienes expresa su agradecimiento personal. Termina diciendo que su deseo es que este contacto se mantenga de modo permanente durante este año, prácticamente de receso hasta la próxima Conferencia, y que además de este tipo de reuniones, por lo menos se sostenga entre los Representantes un pequeño intercambio epistolar.

El Dr. BARRENECHEA (Bolivia) se adhiere a lo expresado por el Representante de Chile, y, además, felicita al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, así como al personal, por la preparación de esta Reunión, y el trabajo esforzado que han tenido, así como a todos los miembros del personal, a quienes hace llegar su felicitación por el éxito de la Reunión, precisamente a los subalternos, que en esos trabajos han demostrado una competencia extraordinaria.

El Dr. FERNANDEZ NARANJO (República Dominicana) declara que es la primera vez que asiste a una reunión de esta índole y que para él ha sido una experiencia muy bella, pues ha aprendido muchas cosas, se ha dado cuenta de que los países de América abrazan los mismos anhelos de superación y tienen las mismas inquietudes, en lo que respecta a salud pública. Felicita al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y a todos aquellos que han colaborado en forma tan eficiente en la brillantez de esta XIII Reunión del Consejo Directivo.

El Dr. ALDEREGUIA (Cuba) dice que, antes de terminar esta Reunión, quiere dejar constancia de su agradecimiento a todos los miembros del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud por las atenciones recibidas de todos los colegas de América con los cuales el orador y su compañero de Delegación han establecido estrecho contacto por primera vez. Espera que este primer contacto sea el inicio del mantenimiento de la solidaridad más estrecha en los programas técnicos que interesan por igual a todos los países del Continente.

CLAUSURA DE LA XIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO
CLOSURE OF THE XIII MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL

The CHAIRMAN declared closed the XIII Meeting of the Directing Council of the Pan American Health Organization.

The session was adjourned at 6:00 p.m.
Se levanta la sesión a las 6:00 p.m.