

ORGANIZACION Y METODOS PARA LA MAXIMA UTILIZACION DE LOS RECURSOS EN LA LUCHA CONTRA LA MALARIA¹

Dr. Ernani G. Fernandes da Motta²

La malaria constituye todavía la mayor amenaza para la salud y el bienestar de centenas de millones de personas. El tema del presente artículo reviste suma importancia dado que enfoca uno de los más serios problemas de naturaleza técnica y administrativa; es, además, una cuestión que requiere un elevado nivel de pragmatismo y racionalización, en la búsqueda de esquemas logísticos y operativos que resulten en una compatibilización ideal de rendimientos y costos.

Introducción

Se sabe que un programa de erradicación de la malaria resulta oneroso debido a su compleja organización administrativa y a su metodología operativa—que exigen mucho rigor en su ejecución—teniendo en cuenta la meta que se persigue y los plazos para alcanzar esa erradicación, y tomando en consideración todos los factores relacionados con la transmisión de la malaria.

Por otra parte, los programas de lucha o control, si bien menos ambiciosos, implican plazos de operación más prolongados, así como la acumulación de recursos considerables, ya que pretenden de cualquier forma la erradicación como meta final. Para esto deben asegurar una reducción constante y progresiva de los índices de transmisión, sin lo cual se interrumpirían por inoperantes.

Sin embargo, en términos de malaria, la alternativa es invertir o de lo contrario se estanca y se retrocede. Se trata de una enfermedad muy dinámica, que coloca bajo un

serio riesgo las poblaciones no protegidas, incluidas aquellas que ya no tienen más inmunidad por haber perdido el contacto con los parásitos, como consecuencia de la acción de un programa que ha tenido éxito, pero que ha retrocedido.

Los caprichos epidemiológicos de la malaria y ciertas variables climáticas y antropológicas pueden ocasionar retrocesos y atrasos durante el desarrollo del programa; sin embargo, muchas veces, estos son menos importantes que las contramarchas causadas por escasos recursos gubernamentales, que son los que deben mantener el plan de operaciones acorde con el cronograma operativo trazado, que no es otra cosa que la ejecución total de la operación.

Con solo aplicar operaciones de vigilancia epidemiológica, en las áreas de mantenimiento y de consolidación, no se siente más el impacto de la malaria; muchas veces esto induce a las autoridades a excluir de la prioridad financiera, recursos del programa que serían invertidos en esa vigilancia, lo que ya ha causado funestas consecuencias en diversos países. En lo que concierne a las zonas de difícil trabajo y de bajo rendimiento operativo por problemas ecológicos, técnicos o administrativos, se hace necesario insistir, a ve-

¹ Tema V: Grupo de Estudio sobre el Control de la Malaria en las Américas, OPS, Washington, D.C., 12-15 de abril de 1977.

² Superintendente, Superintendencia de Campañas de Salud, Ministerio de Salud, Brasil.

ces impacientemente, para mantener el flujo de recursos. La imposibilidad de fijar con anticipación los plazos de finalización del programa, no justifica que se dejen las poblaciones afectadas a merced de la morbilidad y la mortalidad por malaria, cuando la primera puede llegar a alcanzar una incidencia de 75 a 80%, destruyendo la salud y la vitalidad, principalmente en los grupos de edad más jóvenes.

Debe considerarse asimismo la repercusión moral como consecuencia de una reducción o interrupción de las operaciones: el programa se desacredita, se pierde la confianza en su capacidad y en su calidad, y se va desvaneciendo la motivación de las autoridades y de la población. Un programa de malaria, de erradicación o de control, con buen apoyo administrativo y financiero, constante y renovado, debe alcanzar los objetivos establecidos, pues no solamente disminuye la incidencia, sino que la reduce a focos en las áreas más difíciles.

La experiencia en Brasil es rica en enseñanzas, adquiridas a través de largos años de continuo trabajo, durante los cuales se probaron diferentes modelos para perfeccionar la metodología, reducir los costos y obtener mejores rendimientos. Se cometieron muchas fallas antes de llegar a un buen grado de maduración, pero se consiguió un modelo de buena calidad; parte de su programa está sólidamente implantado y la otra en vías de implantación.

Antecedentes de la lucha contra la malaria en Brasil

La lucha contra la malaria en Brasil tiene una historia de más de 50 años, que se desarrolla sobre una extensa zona de transmisión, no inferior a 6.9 millones de km², equivalente al 81% del territorio nacional; la incidencia de la enfermedad es variada, con áreas de baja transmisión y otras hiperendémicas. En esa larga historia aparecen exacer-

baciones de morbilidad y de mortalidad; una de sus culminaciones fue la intensa epidemia provocada por el *A. gambiae*, en el decenio de 1930, que causó 100,000 casos de malaria con una mortalidad que varió entre 17 y 20%, y solo terminó con la erradicación del vector. En el marco de esa experiencia nació el Servicio de Malaria del Noreste, por decreto del 11 de enero de 1939. El éxito de esa gigantesca operación estimuló a las autoridades de salud para emprender programas más objetivos y más ambiciosos de lucha. Una nueva y más amplia decisión del gobierno se consolidó dos años más tarde, en 1941, al instituir el Servicio Nacional de Malaria y conceder extensión nacional a la lucha contra la grave endemia. Asimismo, se oficializó el sistema de lucha contra la malaria, definiendo medidas de campo y estableciendo responsabilidades.

Como se ve, las decisiones gubernamentales se tomaron con el propósito de combatir en forma permanente la endemia, considerando la posibilidad de reducir los índices a niveles compatibles con el desarrollo del país. Es evidente que un programa de tal naturaleza, perdido en el tiempo, hubiera exigido una acumulación de gastos muy elevados, corriéndose el riesgo, además, del surgimiento de brotes estacionales de malaria, en ocasiones de gran extensión, que habrían de reclamar medidas de emergencia, con un costo igualmente elevado. Pero era lo que se podía y se debía hacer. Aunque era difícil conseguir un éxito significativo a nivel nacional con medidas de control, una legislación adecuada apoyaba los trabajos en ese sentido.

Estrategia de erradicación de la malaria hasta 1970

A partir de 1947, el Servicio Nacional de Malaria, estructurado y con experiencia, inició la aplicación intradomiciliaria de DDT, a manera de control. Los primeros resultados constituyeron un gran incentivo: se modifi-

caron profundamente los índices de transmisión, lo que motivó a las poblaciones para aceptar las brigadas de rociado; asimismo, se produjo una elevada mortalidad de insectos domésticos por el nuevo insecticida. Por otra parte, los especialistas confirmaron la opinión que fuera enunciada en Brasil muchos años antes por el tropicalista Carlos Chagas, quien sostenía que la malaria era una enfermedad esencialmente domiciliaria. Las medidas anti-larvicias y las obras de pequeña ingeniería se mantuvieron, aunque su ritmo disminuyó, por el entusiasmo generado por el DDT; sin embargo, la quimioterapia no se interrumpió.

Creación de DNERu

En marzo de 1956, se instituyó el Departamento Nacional de Endemias Rurales (DNERu), con la atribución de organizar y efectuar los servicios de investigación y lucha contra la malaria y otras endemias parasitarias, además de ocuparse de tracoma y bocio. Por primera vez la lucha contra la malaria se integraba en un cuerpo polivalente, con administración común y centralizada. Además del Servicio Nacional de Malaria, el nuevo departamento absorbió los de fiebre amarilla y de peste. Las campañas perdieron su individualidad al adaptarse a esta nueva estructura, que ocasionó algunos problemas cuando se la implantó a nivel de campo. El nuevo departamento, utilizando las anteriores estructuras absorbidas, las unificó y las transformó en unidades denominadas circunscripciones, que correspondían a cada uno de los estados. A su vez, estas se desdoblaban en sub-unidades llamadas sectores, en la zona rural.

La lucha contra la malaria continuó a base de DDT, en regiones prioritarias, siempre con buenos resultados. En diversos puntos del país donde se redujeron los índices de transmisión, se registraron grandes progresos, tales como nuevas colonizaciones, implantación de industrias, mejoría del mercado de trabajo y mayor asistencia a las escuelas. Tales resultados de-

mostraron la verdad proclamada por los sanitarios sobre la importancia social y económica de la lucha contra la malaria.

Ante la amenaza de que los anofelinos resistieran los efectos de los insecticidas clorados, los organismos internacionales de salud, la OMS y la OPS, tuvieron que revisar rápidamente la estrategia utilizada. Se propuso entonces, convertir los programas de control en campañas de erradicación; este cambio fue luego adoptado por los países, inclusive Brasil.

Campaña de Erradicación de la Malaria

En 1958, dentro del Departamento Nacional de Endemias Rurales, se creó la Campaña de Erradicación de la Malaria, para ser organizada e implantada por un grupo de trabajo, el que presidió el propio Ministro de Salud. El plan de operaciones se había concluido a fines de 1957. Durante el año 1958, se trató de la estructuración operativa y de todas las providencias para completar la fase preparatoria. En 1959 se inició la operación.

Este primer plan establecía un escalonamiento de los trabajos en zonas seleccionadas, de acuerdo con criterios geo y socioeconómicos, según estudios epidemiológicos que indicaban la viabilidad y la oportunidad de su ejecución. En 1959 se inició la aplicación domiciliaria de DDT en las áreas maláricas del noreste, y en la Amazonia Legal³ se escogió la distribución de sal cloroquinada, como método de ataque. Posteriormente, dificultades operativas referentes a la distribución de la sal y problemas técnicos consecuentes a la aparición de cepas de *P. falciparum* tolerantes o resistentes a las dosis usuales de cloroquina, determinaron la contraindicación del método y su suspensión.

³ Amazonia Legal Zona definida por el Gobierno de Brasil como Región Amazónica; no coincide en su totalidad con la cuenca hidrográfica del Río Amazonas.

La aplicación de DDT continuó en forma gradual, hasta que en 1968 se completó la cobertura total de las áreas maláricas.

Los primeros resultados favorables de la aplicación del DDT se registraron en 1964 en São Paulo y permitieron la transferencia de las primeras áreas de fase de ataque a fase de consolidación. En 1965, un número aproximado de 6.7 millones de habitantes estaban libres de la transmisión de malaria, lo cual constituía el 18.6% del total de la población bajo riesgo.

Al institucionalizarse por ley la Campaña de Erradicación de la Malaria, se la desvinculó del Departamento Nacional de Endemias Rurales del que formaba parte, providencia que revitalizó el programa. Problemas institucionales y administrativos surgidos en 1969 repercutieron en el desarrollo de la Campaña de Erradicación de la Malaria. En 1970, con la creación de la Superintendencia de Campañas de Salud Pública (SUCAM) que congregó los diferentes órganos responsables de los programas para endemias del país, la situación se agravó hasta que se ajustaron las estructuras, lo que solamente ocurrió en el segundo semestre de 1972. Dificultades presupuestarias también contribuyeron a esta situación y se impuso una revisión de los planes. Como consecuencia, se dio prioridad a las áreas con operaciones avanzadas, muchas de ellas en consolidación, y prácticamente se abandonaron aquellas otras que se encontraban en las primeras etapas de la fase de ataque.

La interrupción parcial provocó un recrudescimiento de la incidencia malárica en diversos puntos del país. Esta se controló más tarde, a medida que SUCAM consolidaba su estructura administrativa y operativa recuperándose la situación anterior.

Evolución del programa en 1971-1976

Desde que se comprobó que no todas las zonas respondían a las medidas uniformes de

ataque, ni de igual manera ni con la misma rapidez, se modificó la estrategia del programa de erradicación, en virtud de las características geográficas, epidemiológicas y socioeconómicas peculiares de cada área. Tomando este hecho como base, en 1970 se dividió en dos áreas maláricas del país: una de erradicación a corto plazo y otra de erradicación a largo plazo. Ambas áreas se delimitaron en función de la respuesta obtenida con las medidas de ataque aplicadas y la prioridad de las áreas para alcanzar la erradicación.

El área de erradicación a corto plazo, con 1.8 millones de km² representa 26% de la superficie malárica del país y tiene 34 millones de habitantes, que corresponden al 79% de la población total que vive en la citada superficie.

El área de erradicación a largo plazo, con 5.1 millones de km² y 9.1 millones de habitantes, corresponde, respectivamente, a 74% y a 21% de los totales del área malárica brasileña y abarca las unidades federativas de la región amazónica. Allí, los factores ecológicos y epidemiológicos, sumados a los de orden antropológico inherentes a obras de desarrollo (carreteras, colonización, trabajos agropecuarios, de minería, etc.) contribuyen para que la interrupción total de la transmisión de la malaria solamente se pueda alcanzar en plazos más largos.

La nueva estrategia

Una vez que se señaló de este modo la prioridad epidemiológica de las áreas, teniendo como meta la erradicación, SUCAM definió también una nueva estrategia para alcanzar los siguientes objetivos:

- a) Mantener libres de transmisión de malaria las áreas donde la enfermedad dejó de ser endémica y que ya se encontraban en fase de vigilancia;
- b) Completar la interrupción de la transmisión en las áreas con baja incidencia;
- c) Reducir la incidencia a los niveles más bajos posibles, en las áreas de erradicación a largo

plazo con elevados índices de transmisión, para que la malaria no interfiriera en los proyectos de desarrollo económico de esas regiones.

La nueva estrategia se fundamentó en la flexibilidad y diversificación operativa para racionalizar las acciones, de acuerdo con las características epidemiológicas de cada región. Se trató de alcanzar la intensidad, perfeccionamiento y complementación de las medidas de ataque y de las actividades de vigilancia epidemiológica, de manera que se facilitara y se acelerara la obtención del objetivo final.

Metodología del programa de malaria

En función de esos principios, a partir de 1971, SUCAM cumple su programa de malaria aplicando la siguiente metodología:

1) La medida fundamental de ataque continúa siendo la aplicación domiciliaria de DDT en ciclos semestrales. En algunas zonas, donde este insecticida no es suficiente para interrumpir la transmisión, se utilizan otras acciones complementarias; así, por ejemplo, la eliminación de criaderos se lleva a cabo mediante pequeñas obras de ingeniería sanitaria. Recientemente, se inició la aplicación experimental de Vapona en áreas de *Kerteszi*, además de las actividades de desbromelización y deforestación.

2) Mediante convenios con empresarios de la región amazónica, se trata de introducir el uso de nebulizaciones con otros insecticidas, en zonas de intensa deforestación, para la implantación de proyectos agropecuarios en la región.

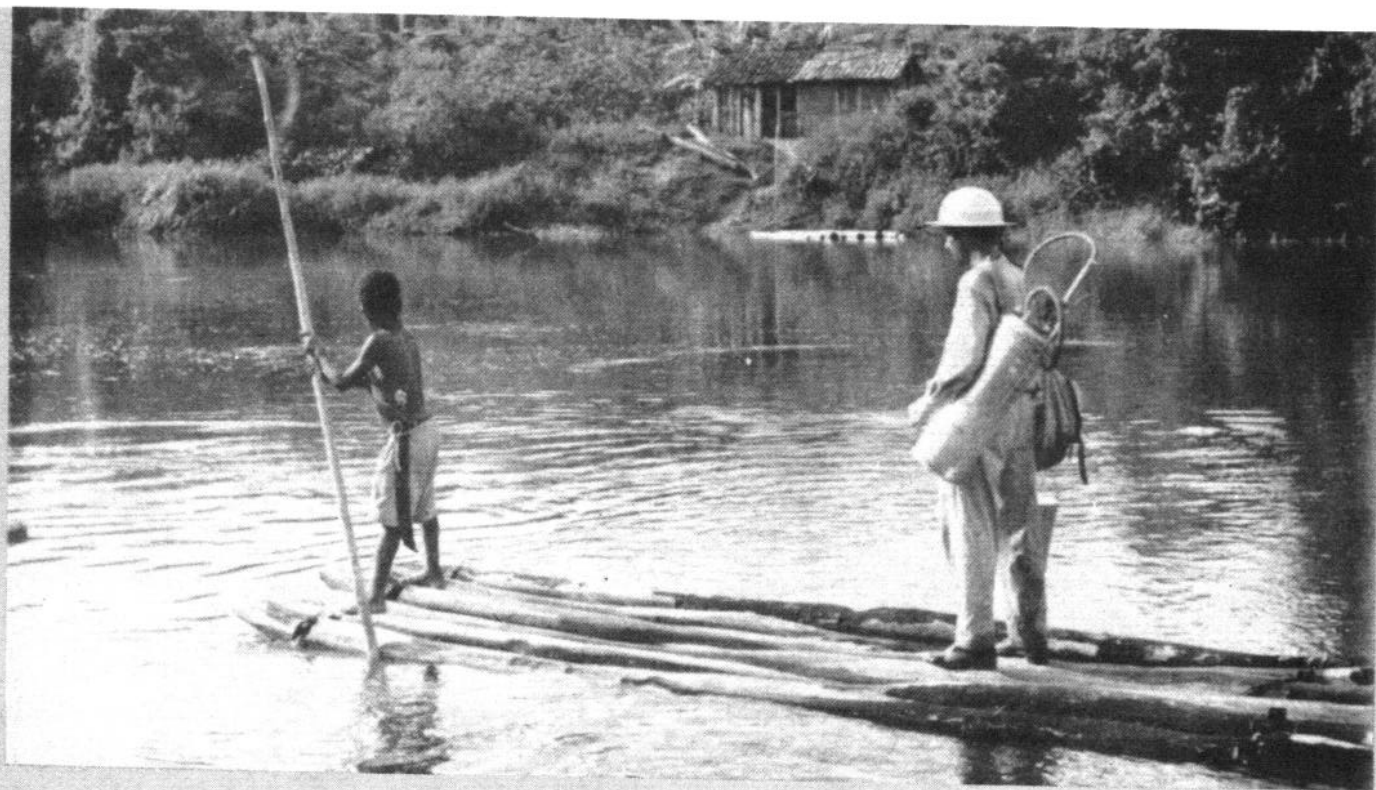
3) Se realizaron en forma más intensa las evaluaciones epidemiológicas por localidad, con el propósito de eliminar al máximo la cobertura con insecticida en áreas de baja incidencia y con poca receptividad, no obstante los índices de exploración (IAES) no alcanzan los niveles clásicos. También se ha exclu-



La aplicación intradomiciliaria de DDT en ciclos semestrales continúa siendo la medida fundamental de ataque utilizada por los programas de erradicación de la malaria. (Foto: José Moquillaza, OPS/OMS)

do del rociado a la casi totalidad de las localidades urbanas y semiurbanas con más de 500 casas sin transmisión. Esto ocurrió sobre todo en el área de erradicación a corto plazo; recientemente, esa medida se extendió también al área de erradicación a largo plazo.

4) Como parte importante de la nueva estrategia, la planificación de la búsqueda de casos de malaria ha sufrido modificaciones. Se racionalizó la intensidad, la extensión y la frecuencia de las visitas a las localidades para la recolección de sangre de la población, en función directa del grado de potencial malarígeno de las áreas epidemiológicas. En consecuencia, las características de vulnerabilidad y de receptividad existentes prevalecen sobre el antiguo criterio de la visita mensual al 100% de las localidades y de las casas, para obtener el 10% de muestras de sangre de la población. Dado que se reconoce el valor significativo de la búsqueda pasiva de casos, este tipo de actividad es la más importante del sistema de búsqueda en todas las fases del programa.



A pesar de que las inundaciones dificultan las operaciones de rociamiento con insecticidas en zonas remotas, los equipos de lucha contra la malaria tratan de coordinar la aplicación del insecticida con el período de mayor transmisión, durante el desborde de los grandes ríos.

5) La racionalización recomendada por la nueva estrategia constituye la mayor preocupación de SUCAM. Como nueva alternativa, se estudia actualmente la posibilidad de transferir para la fase de ataque con rociado suspendido los grandes vacíos demográficos de la región amazónica. De esta forma, se pretende considerar en forma más realista la proporción de la superficie de las áreas en ataque con la población protegida, pues mientras existen 12.7 millones de habitantes catalogados en las áreas en fase de ataque, su extensión es de 5.5 millones de km². En el momento en que se tenga conocimiento de la implantación de cualesquiera proyectos de desarrollo en dichos espacios vacíos, se reprogramarán las medidas de ataque en función de las características y de la magnitud de la empresa.

6) También constituye motivo de estudio la posibilidad de emplear un ciclo anual de rociamiento con DDT en áreas de la región amazónica, afectadas por alteraciones periódicas de las condiciones climáticas. Allí se producen inundaciones que dificultan las

operaciones y, prácticamente, eliminan el insecticida depositado en las paredes de las casas; se trataría de coordinar la aplicación del insecticida, con el período de mayor transmisión, durante la época de desbordamiento de los grandes ríos. Durante la época de inundaciones, el personal de rociamiento se ocupará de intensificar la búsqueda de casos y de obtener mayores informaciones que faciliten las decisiones en el futuro.

Avances en la lucha contra la enfermedad

En el período comprendido entre 1971 y 1976, el empleo de la nueva estrategia permitió nuevos y significativos avances. De las 23 unidades federativas con área malárica, 8 se encuentran totalmente en vigilancia, mientras que otras 11 ya se hallan parcialmente en esta misma fase. En las áreas bajo vigilancia, viven 32 millones de habitantes, que representan 72% del total del área malárica del país. La población de las áreas en fase de ataque es de 12.7 millones de habitantes, o sea, solamente 28% de aquel total.

El índice de positividad ha declinado de modo continuo: si en el mismo alcanzó a 16% en las muestras examinadas como media nacional, y en la Amazonia sobrepasó el 30% en 1971, decayó a 4.4% y en 1976, a 3.4% también como media nacional.

Los mayores focos de malaria se localizan en la región amazónica, donde existían 89% de los casos registrados en 1976 en todo el país. Además de los factores naturales que allí facilitan la transmisión de la malaria, la precariedad de las viviendas ofrece mayores oportunidades para el contacto entre el hombre y el vector.

A pesar de estas dificultades, se han obtenido algunos progresos en áreas con población estable y sin influencia de proyectos de desarrollo. Actualmente, las medidas de ataque con DDT están suspendidas en áreas con transmisión interrumpida, que abarcan 84 municipios con una extensión de 275,000 km² y una población de 2 millones de habitantes.

En el área de erradicación a corto plazo, cuya población representa 79% del total del área malárica, los resultados demuestran que las acciones de lucha contra la enfermedad son más efectivas y los progresos se alcanzan en un lapso menor. En 1965, en esta área, el índice de positividad fue de 5.4%. La evolución de esta positividad se ha mantenido en declinación constante hasta la época actual: en 1976 alcanzó 0.4% entre más de 1.8 millones de muestras de sangre examinadas.

SUCAM: estrategia y organización

La creación de SUCAM

Ante la evidente necesidad de remodelar las estructuras y métodos del sector salud, en función de los principios preconizados por la reforma administrativa llevada a cabo en el país, en 1970 se realizaron profundos cambios de organización en el Ministerio de Salud. Su nueva estructura básica, en la cual

figuraba la Secretaría de Salud Pública, está integrada por cuatro órganos. Uno de ellos era la Superintendencia de Campañas de Salud Pública (SUCAM), resultante de la fusión del Departamento Nacional de Endemias Rurales, con la Campaña de Erradicación de la Malaria y con la de Erradicación de la Viruela.

En esa primera etapa, todos los esfuerzos se dirigieron hacia una real reestructuración técnica y administrativa de las acciones de erradicación y de control de las endemias, bajo el comando único de SUCAM. De ese Servicio Nacional de Malaria con los de Peste y de Fiebre Amarilla, en el extinto Departamento Nacional de Endemias Rurales.

A pesar de todo, la estructura dada a SUCAM no resultaba adecuada para superar las dificultades, cuando se trataba de racionalizar los métodos y prácticas que el nuevo órgano se proponía llevar a cabo. Le faltaban los mecanismos de flexibilidad administrativa, que habían estado presentes en la Campaña de Erradicación de la Malaria. Era necesario actuar de inmediato, por el peligro de que el órgano creado se transformara en una organización inerte y se desvirtuaran los propósitos deseados.

Mientras tanto, en el conjunto de campañas contra las endemias, la de erradicación de la malaria continuó manteniendo posición prioritaria, gracias a su infraestructura técnica consolidada y a la definición precisa de sus programas de trabajo. Asimismo, los recursos asignados entre 1965 y 1976 al programa de erradicación de la malaria, fueron superiores a los otorgados para otras endemias.

La reorganización de SUCAM

En la etapa de consolidación de SUCAM, los obstáculos de organización y administrativos eran notorios. Así pues, existía la necesidad de reestablecer el vínculo jerárquico directo con el Ministerio de Estado, para agi-

lizar las decisiones requeridas por las acciones puestas en práctica, lo cual se consiguió con la reformulación de la estructura básica del Ministerio de Salud, en noviembre de 1974.

Vencida la primera etapa, se partió para la definición del grado de autonomía administrativa y financiera, traducida en artículos específicos que proporcionasen la flexibilidad requerida por el órgano para el mejor desempeño de sus campañas. Entre otras cosas los recursos para presupuestos consignados a SUCAM eran estrechos e inferiores a las necesidades impuestas por la ejecución del elenco de programas; solo quedaba como opción la de recurrir a fuentes extrapresupuestales.

Por lo tanto, el Poder Ejecutivo, que comprendió las características propias de SUCAM y la complejidad de sus acciones, le confirió la autonomía necesaria al instituir el Fondo especial SUCAM en abril de 1976.

Con las atribuciones conferidas, se partió para la segunda etapa de la reorganización reglamentaria, esta vez en términos realistas. Se tomaron en cuenta las experiencias adquiridas durante el período de implantación, las cuales mostraban la necesidad de introducir innovaciones estructurales.

En mayo de 1976, el Ministro de Salud aprobó el actual reglamento interno de SUCAM, estructurado sobre bases sistemáticas. Se logró así la verdadera unidad de integración de las actividades-fin y se despersonalizó la individualidad de los órganos absorbidos. Se creó una Coordinación de Planificación, Presupuesto y Control, para considerar en conjunto a todas las líneas de acción. Las actividades-fin de erradicación y de control de endemias se adjudicaron al comando de un departamento, en donde las acciones de erradicación de la malaria continuaron mereciendo la prioridad conveniente, para lo cual se las agrupó en una división propia.

Por otra parte, una división técnica proporciona apoyo a todas las campañas, en el

establecimiento de normas técnicas, en la formación de personal de campo y en el análisis estadístico. También se creó un laboratorio central encargado de coordinar, orientar y supervisar la ejecución de las actividades desarrolladas por los laboratorios de campo y de revisión, mediante la elaboración de padrones y la constante actualización de técnicas.

Las actividades-medio están incluidas en los órganos del sistema de personal civil, de servicios generales y de administración financiera, auditoría y contabilidad, a través de los Departamentos de Personal, de Administración y Financiero.

A las Unidades Estadales se las elevó a la categoría de Direcciones Regionales y se las reorganizó con secciones técnicas comunes para todas las actividades, mientras que las actividades administrativas pasaron a ser una extensión sistémica del nivel central.

La ejecución de las actividades destinadas a la erradicación y control de las endemias, en jurisdicción de las Direcciones Regionales, se confirmó a los distritos, 80 en total y están distribuidos de modo estratégico por el territorio nacional.

Integración de programas en SUCAM y su participación en otras actividades

El personal que trabajaba contra la malaria comenzó a participar en otros programas de salud y en acciones de interés del gobierno. Esta colaboración se inició en la región amazónica, donde la estructura de combate a esa enfermedad, dotada de centenas de embarcaciones y vehículos terrestres, con más de 1,000 servidores de campo, constituía, hasta hace muy poco tiempo, el único órgano gubernamental que desarrollaba trabajo en todo el interior de la región.

1) Durante el segundo semestre de 1970, en el Programa de Erradicación de la Viruela se utilizó la estructura de la malaria para

realizar la vacunación de toda la región amazónica, misión que se cumplió con éxito. Basta citar que el número de vacunaciones en la Amazonia occidental, considerada como el área más difícil, sobrepasó el millón de inmunizaciones, lo que representa una cobertura de aproximadamente 80% de la población existente.

2) En 1970, el mismo personal participó en el censo general de Brasil; los guardas de epidemiología realizaron en poco tiempo el censo de población, en la mayor parte del interior de la región amazónica, sobre todo en los lugares de difícil acceso. Este trabajo se desarrolló aprovechando el desplazamiento de los trabajadores durante su itinerario sin perjuicio para la búsqueda y tratamiento de casos. Debe destacarse que las autoridades responsables del censo utilizaron datos del reconocimiento geográfico de la malaria (mapas, tarjetas de localidades, etc.), que constituyeron informaciones básicas para su planificación.

En el período de 1971-1976, se presentan otros ejemplos de integración:

1) En la Campaña contra la Meningitis Meningocócica (1975), se realizó una vacunación en masa de la población brasilera, debido a la situación epidémica existente que se expandía en el país. Se planificó un programa cuyo objetivo era inmunizar 80 millones de personas y que debía ejecutarse en diez meses. SUCAM, que había actuado en carácter de colaboración en vacunaciones aisladas, asumió el comando operativo y elaboró el plan de operaciones, con la cooperación de las Secretarías de Salud de los Estados. El programa se ejecutó con éxito absoluto, y antes del plazo previsto, se habían vacunado (vacuna bivalente A y C) más de 80 millones de personas. El personal local de malaria contribuyó como el mayor contingente de SUCAM en esa extensa misión. La estrategia de esta campaña, donde se ejecutaron operaciones rápidas en función de la

conservación de la vacuna, no ocasionó perjuicios en el combate a la malaria, que continuó con regularidad en ese año.

2) Respecto a la peste, que apenas presentaba casos esporádicos desde hacía dos decenios, se registró exacerbación en su transmisión, en el interior del Estado de Bahía, y se identificaron más de 500 casos humanos. Configurada la emergencia, se movilizó un gran contingente de personal de campo de SUCAM, que actuaba en la misma área, para bloquear el brote. Este objetivo se alcanzó en corto plazo, a través de la búsqueda y tratamiento de los casos y la aplicación de las medidas típicas de profilaxis ofensiva.

3) También en 1975, para el actual programa de lucha contra la enfermedad de Chagas, se revisaron bases técnicas operativas, fundadas en la experiencia del programa de malaria. Se llevó a cabo un trabajo de gran envergadura, tanto preparatorio como operativo: adiestramiento de personal técnico y auxiliar de la campaña de malaria; ejecución de modelos y boletines, así como una importante reformulación de la metodología. Se utilizaron también equipos y transporte excedentes, que provenían de áreas con transmisión de malaria interrumpida, lo cual hizo posible que se cumpliera en forma más activa la campaña de Chagas en diversos estados. En las áreas con superposición de las dos endemias, se realizan ciclos alternos de DDT y BHC, aplicados por el mismo personal de campo. Después del segundo año de actividad (1976) este último programa ya se extiende al 60% del área endémica. En la obtención de tan buenos resultados, es innegable la importancia de la contribución en personal y equipos de malaria redistribuidos.

4) En el litoral del noreste brasilero (1975, 1976), la aparición de focos de leishmaniasis tegumentar, ha movilizó al personal existente en el área, con experiencia anterior en la campaña de malaria, para el combate a los vectores mediante rociamientos domiciliarios.

5) La oncocercosis en Brasil constituyó un descubrimiento reciente y SUCAM coordina

en la actualidad los trabajos de investigación (1975, 1976), que se realizan con la participación de técnicos de otras instituciones, en la frontera norte del país. Trabajadores locales de SUCAM (auxiliares de entomología, guardas, etc.) participan en esas tareas, aprovechando la experiencia de campo y el conocimiento del área; como consecuencia, se logra un rápido conocimiento de la distribución geográfica de esta filariasis. Esta investigación que se desarrolla a través de expediciones científicas no ha ocasionado perjuicios a los programas de SUCAM, porque también se recolecta material para búsqueda de *Plasmodium* y captura de anofelinos.

6) El reconocimiento geográfico, anteriormente exclusivo del programa de malaria, ya está incluido en la estrategia de otros programas de SUCAM. Respecto a la enfermedad de Chagas, por ejemplo, el reconocimiento geográfico significó una efectiva contribución para el relevamiento triatomínico y para la planificación y ejecución de la encuesta serológica, que pretende determinar la prevalencia de la endemia chagásica en todo el país. En cuanto a la esquistosomiasis, el reconocimiento geográfico tiene una importancia fundamental para el registro de criaderos de caracoles de interés epidemiológico y de las localidades influidas por ellos. Algunas modificaciones introducidas en el reconocimiento geográfico tradicional lo tornaron más adecuado para este programa. Tanto en la enfermedad de Chagas como en la esquistosomiasis, el reconocimiento geográfico facilita la planificación de las actividades de campo, que tienen por objetivo el control de esas endemias.

7) Para la notificación de casos de hanseñiasis, la División Nacional de Dermatología Sanitaria promovió, durante los interciclos de rociamiento, el adiestramiento intensivo del personal de campo para esta tarea. Inicialmente, se preparó el personal de las unidades de la región amazónica que realiza la notificación desde hace algunos años. En el estado de Amazonas, por ejemplo, sola-

mente en 1975 se hizo la notificación de 1,600 casos sospechosos y se confirmaron 60% de ellos. Debe destacarse que este trabajo lo cumplen los equipos de SUCAM, dentro de sus itinerarios normales de trabajo.

8) Debido al reducido número de unidades de la red de asistencia de salud y a la gran dispersión de las poblaciones en el interior de la región amazónica, la obtención de datos de nacimientos y de muertes aún es muy deficiente. En una tentativa por recoger esta información, en la mayoría de los municipios de los estados de Amazonas y Pará, SUCAM realizó este relevamiento, aprovechando el itinerario del personal de malaria en sus áreas de trabajo, sin alterar la programación existente.

9) En cooperación con el Ministerio de Agricultura, durante un ciclo de trabajo, SUCAM llevó a cabo el censo de las propiedades rurales de la región amazónica, por medio de los equipos de rociamiento. Se efectuó un trabajo semejante para atender a los Ministerios de Educación y Cultura, con respecto a la situación de las unidades escolares en el interior de esa misma región. Se verificó el número de las que estaban en funcionamiento y en qué condiciones se encontraban, además de la notificación de analfabetos para MOBREAL (Movimiento Brasileiro de Alfabetización).

10) Más recientemente, debe señalarse la participación de SUCAM en el Programa de Interiorización de las Acciones de Salud y Saneamiento (PIASS), coordinado por el Ministerio de Salud, que tiene por objetivo dotar a las localidades de hasta 20,000 habitantes con una red de unidades simplificadas de salud, de complejidad creciente. SUCAM podrá contribuir de modo muy efectivo para la viabilidad de ese programa, no solo por la extensión de su cobertura y la capacidad de penetración rural de sus actividades, sino también por la experiencia acumulada en sus Puestos de Notificación (PPNN), que prestan servicios a las comunidades.

Resumen

La existencia solitaria de una campaña de salud de costo elevado, aun con resultados satisfactorios, puede ser onerosa y corre el riesgo de agotamiento y de consecuente reducción de suministros. Por el contrario, agrupada en un contexto vertical, relacionándose con otros programas prioritarios en armónica coordinación, se revitaliza e inclusive se prestigia en la opinión general del país.

La integración de diferentes programas de control y erradicación de endemias en una sola y única estructura administrativa, es un modelo viable de organización, siempre que este cuente con mecanismos que le permitan mantener un ágil funcionamiento. Una alta posición jerárquica, aliada a la autonomía administrativa, la flexibilidad financiera y el establecimiento de criterios de prioridad, son

elementos imprescindibles para lograr esa eficiencia. No hay duda de que la planificación es el paso fundamental para que esta integración no sufra desequilibrios y retrocesos. Se obtiene así una simplificación y buena ejecución de tales campañas, que pueden convivir juntas, intercambiar servicios y racionalizar el trabajo de campo, asegurándose de ese modo el rendimiento esperado.

La experiencia en SUCAM, con la adopción de este modelo, parece completamente válida, pues dio como resultado un mayor aprovechamiento de los recursos administrativos y operativos, la redistribución de personal, equipos y materiales. La utilización de modelos y documentos de trabajo de esa campaña para las otras endemias, a través de adaptaciones bien estudiadas, favoreció más allá de cualquier expectativa, la planificación y la realización de estos programas. □

Organization and methods for maximum utilization of resources in combating malaria (Summary)

An expensive health campaign that is carried on as an isolated and independent activity can prove an onerous burden, even when it produces satisfactory results, and runs the risk of losing impetus and being faced with a consequent reduction in funding. If, however, it is grouped with other activities within a vertical context, relating it to and coordinating it with other priority programs, it takes on new life and gains new prestige in the eyes of the general public.

The integration of different programs for the control and eradication of endemias into a single administrative structure is a viable model of organization, provided that the latter is equipped with the kind of mechanisms that allow it to function efficiently. High rank in the government hierarchy, together with administrative autonomy, flexible financing and the establishment of priority criteria, are indispensable elements for

achieving that efficiency. Planning, of course, provides, the basic means of ensuring that integration proceeds smoothly, without imbalances or setbacks. This results in the simplification and proper execution of such campaigns, which can be carried on jointly, exchange services and rationalize field work, thereby ensuring achievement of the desired results.

The experience SUCAM obtained through its adoption of this model seems completely valid, since it resulted in improved utilization of administrative and operational resources, and the redistribution of personnel, equipment and materials. The use of working documents and models employed in the above-mentioned campaign, following their careful adaptation, in combating other endemic diseases aided the planning and implementation of the latter programs to a degree beyond all expectations.

Organização e métodos para a utilização máxima dos recursos disponíveis na luta contra a malária (Resumo)

A existência isolada de uma campanha de saúde de elevado custo, mesmo dando resultados satis-

fatórios, pode ser dispendiosa e corre o risco de esgotar-se com a consequente redução de abaste-

cimentos. Ao contrário, agrupada num contexto vertical, relacionando-se com outros programas prioritários numa coordenação harmônica, se revitaliza e inclusive se prestigia na opinião geral do país.

A integração de diversos programas para o controle e erradicação de endemias sob uma só e única estrutura administrativa, é um modelo viável de organização, sempre que este conte com mecanismos que lhe permitam manter um funcionamento ágil. Uma alta posição hierárquica, aliada à autonomia administrativa, à flexibilidade financeira e o estabelecimento de critérios de prioridades, são elementos imprescindíveis para atingir a eficiência desejada. Não pode haver nenhuma dúvida que o planejamento é o passo fundamental para que essa integração não sofra

desequilíbrios e retrocedimentos. Obtem-se dessa maneira uma simplificação e uma boa execução de tais campanhas, que podem conviver juntas, permutar serviços e racionalizar o trabalho de campo, assegurando-se desse modo o rendimento que se espera.

A experiência no SUCAM, com a adoção desse modelo, parece ter uma validade completa, pois deu como resultado um maior aproveitamento dos recursos administrativos e operacionais, e a redistribuição de pessoal, dos equipamentos e dos materiais. A utilização de modelos e documentos de trabalho dessa campanha para as outras endemias, mediante adaptações bem estudadas, favoreceu tanto o planejamento como a realização desses programas muito mais além de qualquer expectativa que se tivesse ao princípio.

Organisation et méthodes à adopter en vue de l'utilisation optimale des ressources disponibles pour la lutte contre le paludisme (Résumé)

Même si elle donne des résultats satisfaisants, une campagne sanitaire isolée peut être onéreuse, s'épuiser d'elle-même et, partant, voir diminuer ses contributions. Par contre, si elle fait l'objet d'une intégration verticale et est harmonieusement coordonnée avec d'autres programmes prioritaires, elle se régénère et voit son prestige augmenter auprès de l'opinion publique.

Le regroupement de plusieurs programmes de contrôle et d'éradication des endémies en une seule structure administrative est un modèle d'organisation viable, dans la mesure où ledit modèle est assorti des mécanismes nécessaires à assurer sa souplesse de fonctionnement. Ici l'efficacité dépend obligatoirement des facteurs ci-après: haute position hiérarchique, autonomie de gestion, flexibilité financière et institution de critères prioritaires. La planification est en l'occur-

rence le garant essentiel d'une intégration équilibrée et ponctuelle. En effet, elle assure le rendement escompté en simplifiant et en garantissant la bonne exécution des campagnes sanitaires qui peuvent alors coexister efficacement, échanger des services et rationaliser les travaux qu'elles effectuent sur le terrain.

L'expérience faite par SUCAM de ce schéma d'organisation semble hautement valable puisqu'elle a permis de tirer le meilleur parti des ressources administratives et opérationnelles et de redistribuer le personnel, les équipements et le matériel disponibles. Après avoir été judicieusement adaptés, les méthodes et documents de travail de cette campagne ont été réutilisés, avec un succès inespéré, pour la planification et la mise en oeuvre de programmes visant à l'éradication d'autres endémies.