

comité ejecutivo del
consejo directivo

ORGANIZACION
SANITARIA
PANAMERICANA



grupo de trabajo del
comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



16a Reunión
Washington, D. C.
21-30 abril 1952

CEL6/14 (Esp.)
15 abril 1952
ORIGINAL: INGLES

Tema 5: INFORME DEL DIRECTOR SOBRE EL PROGRESO DE LAS ACTIVIDADES DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Nota

El Director presentó a la V Reunión del Consejo Directivo (1951), un informe provisional abarcando el período 1º de enero - 30 de junio de 1951 (documento CD5/18). El Informe Anual del Director para el año completo de 1951 será sometido a examen del Consejo Directivo en su VI Reunión, de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 8, párrafo C, de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana. Mientras tanto, el Director desea que el Comité Ejecutivo esté al corriente de las actividades de la Oficina desde la última Reunión del Consejo Directivo y a este efecto presentará un informe oral al Comité en su primera sesión plenaria. Las declaraciones del Director en esta ocasión serán grabadas y transcritas para su reproducción y distribución como documento del Comité.

comité ejecutivo del
consejo directivo



ORGANIZACION
SANITARIA
PANAMERICANA

grupo de trabajo del
comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



16a Reunión
Washington, D. C.
21-30 abril 1952

CE16/14, Anexo 1 (Esp.)
21 abril 1952
ORIGINAL: INGLES

Tema 5: INFORME DEL DIRECTOR SOBRE LAS ACTIVIDADES
DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

No intento repetir en esta ocasión toda la información detallada que se encuentra ya a disposición del Comité Ejecutivo en los informes mensuales de la Oficina. Me limitaré, más bien, a comentar ciertos puntos de interés especial en estos momentos.

Me es grato informar que la favorable situación en cuanto al pago de las cuotas de los Países Miembros no tiene precedentes y ha colocado a la Oficina en excelentes condiciones financieras. A partir de la 13a Reunión del Comité Ejecutivo el año pasado, en que se insistió de modo especial sobre este asunto, la recaudación por concepto de cuotas ha igualado las cantidades presupuestas para el año 1952.

Se ha reembolsado una suma total de \$50,000 a las Fundaciones Rockefeller y Kellogg como primer pago de los préstamos hechos a la Oficina por esas instituciones para la adquisición de los edificios en que está instalada la Oficina.

Ha habido cambios importantes en la dirección de la Oficina, entre ellos la renuncia del Dr. Paulo Antunes, Subdirector, que regresó al Brasil para ocupar el cargo de Director de la Escuela de Higiene de São Paulo. Debido a esta circunstancia, el Dr. Víctor Arnoldo Sutter, de la Organización Mundial de la Salud, pasó un par de meses en Washington como Subdirector en Ejercicio. El Dr. M. G. Candau, a quien todos ustedes conocen, ha dejado la Organización Mundial de la Salud y se ha incorporado a la Oficina Sanitaria Panamericana, como Subdirector. Su nombramiento está sujeto a la aprobación del Comité Ejecutivo durante esta Reunión.

El Dr. Myron Wegman, Profesor de Pediatría de la Universidad de Luisiana, ha aceptado el puesto de Jefe de la División de Educación y Adiestramiento. Este puesto era difícil de cubrir debido a que requiere una persona versada tanto en salud pública como en educación médica. El Profesor Wegman tomará posesión de su cargo el día primero de junio.

La Oficina cuenta ahora con Oficinas de Zona en Guatemala, Lima, Río de Janeiro y Buenos Aires. Se llevan a cabo negociaciones con México para establecer allí una Oficina de Zona. A medida que se adquiere más experiencia en las Oficinas de Zona, se realizará una descentralización mayor. Las Oficinas de Zona hacen más fácil la administración debido al contacto más íntimo con las autoridades de sanidad de los diversos Países Miembros.

En enero del corriente año el Director asistió a la Novena Reunión del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra. Con sus seis Regiones oficialmente organizadas, la Organización Mundial de la Salud ha efectuado una descentralización oficial con más rapidez que nosotros aquí.

De Ginebra, el Director se trasladó directamente al Brasil y a Colombia y fue motivo de este viaje la situación existente respecto a los laboratorios de fiebre amarilla. Al retirar la Fundación Rockefeller su colaboración en el estudio y control de la fiebre amarilla, la responsabilidad de coordinar las actividades en este campo, han recaído en la Oficina. Se ha tropezado con ciertas dificultades para el mantenimiento de una adecuada producción de vacuna y de los medios necesarios para investigaciones en fiebre amarilla tanto en Brasil como en Colombia, donde se encuentran instalados los únicos laboratorios de la América Latina que preparan vacuna contra la fiebre amarilla y prestan los servicios necesarios para trabajos patológicos e inmunológicos. La Oficina reconoce la necesidad de que ambos laboratorios continúen funcionando si se ha de evitar a las otras naciones de las Américas el costo que representaría el establecimiento de nuevos laboratorios. En virtud de convenios de trabajo con el Servicio Nacional de Fiebre Amarilla y con el Instituto Oswaldo Cruz, del Brasil, y con el Ministerio de Sanidad y el Instituto Carlos Finlay, de Bogotá, la Oficina colabora en la producción y distribución de vacuna contra la fiebre amarilla a los países de la América Latina.

En el Brasil, el Director del Servicio Nacional de Fiebre Amarilla ha insistido en que el Servicio de Fiebre Amarilla debe estar provisto de laboratorio propio, más bien que depender del laboratorio del Instituto Oswaldo Cruz. La ciudad de Río de Janeiro ha donado un local destinado a ese laboratorio y cuando llegue el momento oportuno, la Oficina probablemente contribuirá a equiparlo y podrán utilizar sus servicios los diversos Países Miembros.

El Dr. Henrique Penna, del Brasil, que desde el año 1928 se halla dedicado a estudios sobre el virus de la fiebre amarilla, y durante muchos años ha tenido a su cargo la preparación de vacuna en el Brasil, acompañó al Director a Colombia e inspeccionó los medios con que cuenta el Instituto Carlos Finlay para la elaboración de la vacuna. El Dr. Penna recomendó la introducción de técnicas modificadas que decuplicaron la concentración de la vacuna contra la fiebre amarilla hecha en Brasil en años recientes. Esas modificaciones pueden hacerse a un costo menor que el que se necesitaría para ensanchar los locales del laboratorio existente como sería preciso para aumentar la producción de vacuna empleando los métodos actuales.

A fin de cumplir mejor sus responsabilidades internacionales, el Presidente de Colombia y el Ministro de Sanidad convinieron el año pasado en conceder al Instituto Carlos Finlay una situación semiautónoma, bajo la dirección de un Consejo de Administración integrado por el Ministro de Sanidad, el Director del Instituto y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. La primera reunión del Consejo se celebró en el mes de febrero pasado y hay otra reunión proyectada para el mes de junio del corriente año. La primera reunión constituyó un éxito y todos estuvieron de acuerdo en lo relativo a presupuesto, gastos y programa.

Se cree que los dos laboratorios, el de Brasil y el de Colombia, serán adecuados para la producción de vacuna contra la fiebre amarilla y para los servicios especiales que necesitan los Países de la América Latina.

La fiebre amarilla ha seguido siendo activa e interesante durante los últimos seis meses. A continuación se da un breve resumen de la situación durante los últimos cuatro años, para información de aquellas personas que no asistieron a la última Reunión del Consejo Directivo. En los meses de noviembre y diciembre de 1948, aparecieron, después de varios decenios, los primeros casos de fiebre amarilla en Panamá en la región situada al Este de la Zona del Canal. Durante los años 1949, 1950 y 1951, aparecieron algunos casos, que marcaron un movimiento aparente a lo largo de la Costa del Caribe,

hacia la frontera de Costa Rica. En junio del año pasado, apareció la fiebre amarilla en Costa Rica misma, y durante los siguientes cuatro meses se registró una serie progresiva de casos por lo menos en unas 150 personas, marcando un movimiento hacia la frontera de Nicaragua. Finalmente, en octubre, se descubrió un caso en la vertiente montañosa hacia el Pacífico. Suponiendo que se tratara de una ola movible de la enfermedad, no se puede dejar de considerar la posibilidad de que el virus cruzara la división del Caribe hacia el declive del Pacífico en Costa Rica en algún punto central y ya allí estuviera pronto a propagarse en todas direcciones. Apoya esta hipótesis la aparición de varios casos a principios de 1952, al noroeste y al sudeste del lugar donde se había registrado el caso que se presentó en octubre en el declive del Pacífico, y la de un solo caso en la República de Panamá cerca de la Frontera del Pacífico de esas dos naciones.

No se ha hallado aún prueba alguna de actividad del virus de la fiebre amarilla en los países entre Costa Rica y México, donde el año pasado se encontraron monos inmunes, pero no ha disminuído la vacunación ni las medidas de erradicación del Aedes aegypti.

En el Brasil, el importante brote de fiebre amarilla selvática de 1951-52, resulta del mayor interés a la luz de las observaciones previas realizadas en la misma región. En 1934 apareció la fiebre amarilla en Coronel Ponce, Matto Grosso, y en 1935 en Goiaz, al sur, y después, de 1936 a 1940, se propagó por las zonas selváticas del sur del Brasil. Después de una ausencia de cuatro años de toda la región, la fiebre amarilla reapareció en Coronel Ponce en 1944 y se propagó a Goiaz en 1945, igual que sucedió en 1935. Esta invasión desapareció casi por completo, y el resto del sur del Brasil vióse libre de ella en los años siguientes, salvo por lo que hace a un solo caso registrado en Matto Grosso cerca de la frontera paraguaya en 1946 y a otro en Río Grande do Sul, en 1948.

En 1951, después de un período de completa calma, reapareció la fiebre amarilla selvática en Goiaz en zonas que habían sido invadidas en 1935 y 1945. En 1952, la ola de infección no se detuvo como en 1946, sino que invadió las regiones meridionales Matto Grosso, Minas Gerais, São Paulo y Paraná. Probablemente Brasil puede esperar que la enfermedad se propague ampliamente durante los próximos años, como sucedió a fines del decenio 1930-1939. Este brote obliga a destacar una vez más la importancia de la erradicación del Aedes aegypti.

Debe hacerse observar al Comité Ejecutivo que resulta ahora más fácil la coordinación de las actividades de las diversas organizaciones interesadas en la salud pública internacional. Bastará citar un solo ejemplo. En el año 1949 se tropezó con dificultades para conseguir que el servicio especial, responsable del control de la malaria, se interesara en la erradicación del Aedes aegypti, y en la creación de una sola campaña contra el mosquito en todo el país. Recientemente, con la colaboración de la UNICEF, se ha logrado desarrollar una organización para el servicio general de control de la malaria y la erradicación del Aedes aegypti. Este servicio general está bajo la administración del Servicio Cooperativo del Instituto de Asuntos Interamericanos y del Gobierno de Colombia, con orientación técnica suministrada por la Oficina.

En cuanto a la fiebre amarilla, la Oficina ha recibido información en el sentido que Costa Rica está haciendo una contribución voluntaria de \$3.500 al fondo de operaciones del Instituto Carlos Finlay en muestra de aprecio por los servicios que ha recibido ese país. La suma mencionada es casi igual a la contribución anual de Costa Rica al presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana.

A su regreso de la América del Sur, el Director asistió a la Décima Reunión de la Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad. Esta Asociación, que lleva diez años de establecida, resulta de interés como prototipo para las asociaciones fronterizas o regionales que puedan surgir en otros países de las Américas.

La frontera entre México y los Estados Unidos, de una longitud de 2.000 millas, presenta muchos problemas sanitarios comunes a ambos países. En el período 1941-42, la Oficina Sanitaria Panamericana inició la coordinación de los trabajos sanitarios en ambos lados de la frontera, participando activamente en el desenvolvimiento de esta asociación fronteriza. Dicha Asociación tiene carácter semi-oficial en el sentido de que su Consejo Directivo está compuesto por delegados de los gobiernos nacionales de México y de los Estados Unidos, por los estados fronterizos de ambos países y por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Por otra parte, la incorporación a la Asociación es voluntaria, mediante el pago de una cuota anual, y los funcionarios y el Consejo Directivo son elegidos por los miembros de la misma.

La reunión que la Asociación celebró en 1952 se vió bien concurrida por representantes de ambos países. El Dr. Morones, que en otra oportunidad fué miembro de este Comité y que es ahora Gobernador del Estado de Nuevo León, dispensó a la Asociación generosa hospitalidad. Aparte de la habitual

hospitalidad, lo que más me impresionó en esta reunión, como me ha impresionado en otras, es el grado de amistad personal que se ha venido desarrollando en el curso de los años, a medida que los trabajadores mexicanos y americanos van llegando a conocerse en el transcurso de estas reuniones.

Un factor que me ha producido sorpresa y a la vez me ha inducido a llamar la atención del Comité Ejecutivo sobre la Asociación, es el anuncio hecho por el Secretario de la misma de haber recibido solicitudes de ingreso, y expedido tarjetas de asociados, a 22 cubanos inscriptos como miembros de la Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad.

El hecho de que ciudadanos cubanos hayan demostrado interés en ingresar en la Asociación hace surgir nuevamente la posibilidad de que la Oficina Sanitaria Panamericana tome la iniciativa en el desarrollo de organizaciones similares locales o fronterizas en otros lugares del continente americano.

Mientras se encontraba en México, el Director recibió, complacido, la noticia de que no se había denunciado ni un solo caso de viruela durante un año. La viruela es uno de los problemas sanitarios que se han incorporado al programa de la Oficina y por tanto es grato poder informar en el sentido que se acaba de hacer. El Gobierno de México merece felicitaciones por el éxito de su programa de vacunación antivariólica, pero si esta difícil victoria sobre la viruela ha de mantenerse, será necesario que el programa de vacunación se incorpore al presupuesto en forma permanente.

Se han realizado en Perú estudios con vacuna seca antivariólica, hecho que se ha mencionado en una reunión del Comité Ejecutivo. Cuando se expusieron al clima local la vacuna seca y la vacuna glicerizada, sin refrigeración, durante 31 días y luego se ensayaron en el campo aplicándola a unas 9.000 personas, se halló que la vacuna glicerizada dió 35-1/2 por ciento de resultados positivos, mientras que el porcentaje de la vacuna seca fué de 92 por ciento. Es evidente que se debe mejorar notablemente la preparación de la vacuna y su distribución a puntos de difícil acceso en las regiones tropicales.

El programa para la erradicación de la frambesia en Haití ha sufrido un cambio fundamental en cuanto al procedimiento administrativo, desde el mes de octubre último. Durante el primer año de su aplicación, se aplicó el tratamiento a aquellas personas que concurrieron a centros de tratamiento previamente anunciados y que se habían establecido en lugares no muy distantes de la población rural. Los resultados obtenidos indicaron que por este método puede llegarse aproximadamente el 70 por ciento de la población mientras que un

ensayo piloto realizado al efecto demostró que podría llegarse al 95 por ciento de la población si se hicieran recorridos de casa en casa. Desde el mes de octubre se ha puesto en práctica este último método, llevándose cuidadoso control de los resultados obtenidos, los que indican favorable progreso. Desde febrero se han tratado más de 50.000 personas y, bajo el nuevo convenio que acaba de firmarse con el Gobierno de Haití, se contará con fondos que permitan casi duplicar el personal de campo.

Tanto las observaciones de campo como los ensayos en grupos experimentales indican que la dosis inicialmente escogida para aplicarse en Haití, de 600.000 unidades de penicilina, es adecuada para hacer no-infecciosos casi todos los casos de frambesia. En otras partes del mundo se están empleando dosis mayores en las campañas contra la frambesia que se realizan bajo el patrocinio de la Organización Mundial de la Salud y de la UNICEF, pero no hay pruebas que justifiquen el aumento de la dosis en Haití para un programa que tiene por objeto prevenir, eventualmente, todo peligro de trasmisión.

El Informe Resumido de la Oficina de fecha 15 de marzo último, indica que se encuentran actualmente en práctica en los países de América 82 programas y proyectos de salud pública. Muchos de ellos son relativos a enfermedades transmisibles, fiebre amarilla, peste, tifo, viruela, difteria, pertusis, oncoceriasis, esquistosomiasis, poliomiелitis y anquilostomiasis.

Las autoridades sanitarias insisten constantemente en que la Oficina les facilite información sobre nuevos descubrimientos en el campo de la medicina, tales como la krebiozina y la hidrazida del ácido isonicotínico que se emplea en el tratamiento de la tuberculosis. La Oficina ha preparado recientemente un boletín especial sobre los últimos adelantos en la terapéutica de la tuberculosis y ha hecho arreglos para que se suministre una cantidad limitada del elemento nombrado en último término, que se destinará a experimentación clínica.

Se ha logrado este año una notable mejoría en la presentación del presupuesto. Los Miembros del Comité Ejecutivo quedan invitados a expresar sus comentarios, sugiriendo aún otras mejoras. El Director sugiere que el documento del presupuesto sea sometido al Consejo Directivo con las recomendaciones del Comité Ejecutivo, más bien que preparar un documento enteramente nuevo.

La demostración de que las ratas jóvenes resultan valiosos elementos de ensayo para el aislamiento e identificación de las diferentes cepas del virus de la fiebre aftosa, llega en un momento de suma importancia para el Centro Panamericano de la Fiebre Aftosa en el Brasil, que se encuentra bajo la administración de la Oficina Sanitaria Panamericana, como proyecto de Asistencia Técnica de la Organización de los Estados Americanos. La posibilidad de emplear ratas en lugar de animales vacunos para fines de experimentación simplifica enormemente el trabajo que se viene realizando en el estudio de esta enfermedad, y este acontecimiento bien puede representar la diferencia entre el éxito y el fracaso del proyecto mencionado.