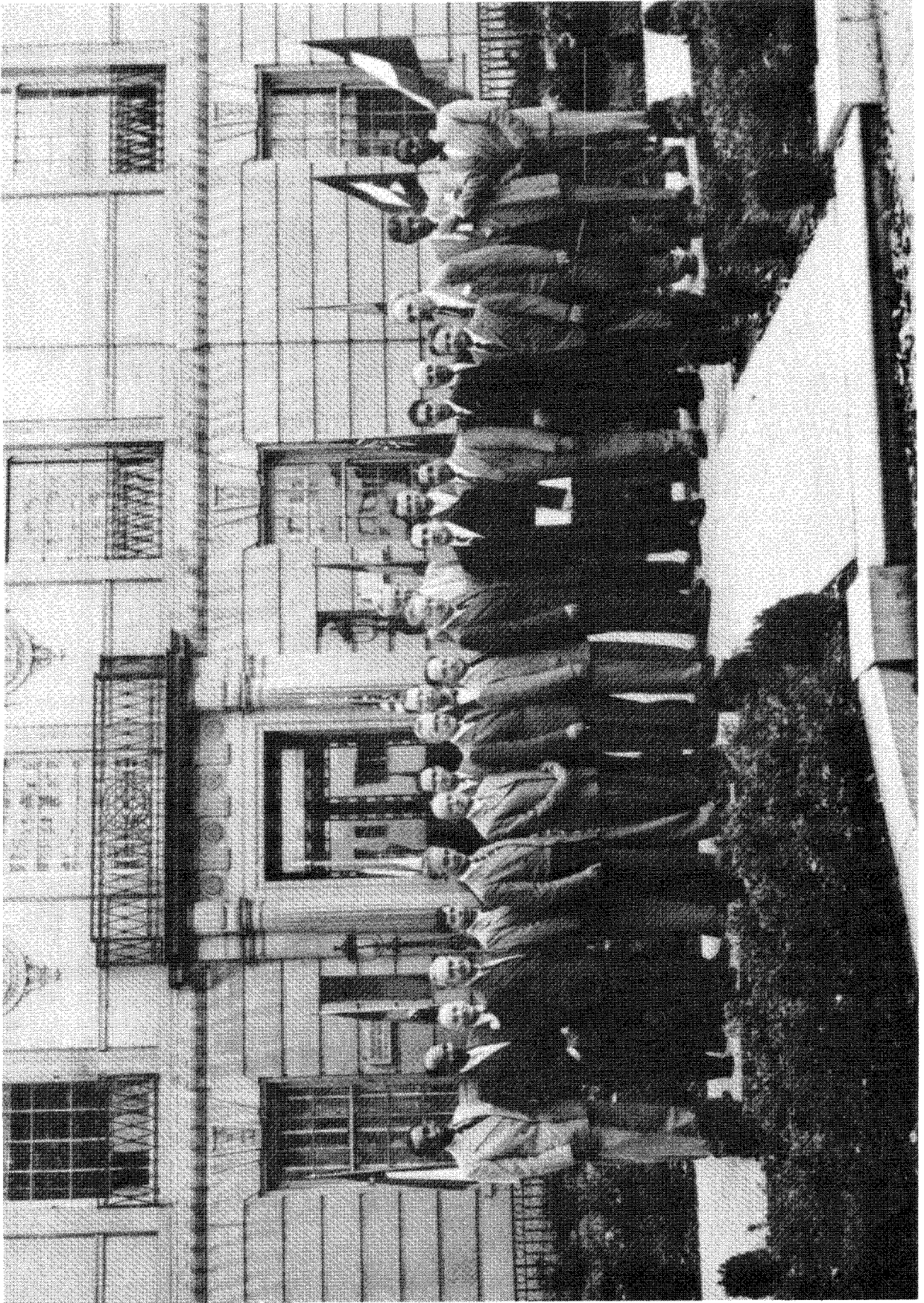


Informe del Director
de la Oficina Sanitaria Panamericana
a los
Gobiernos Miembros
de la
Organización Sanitaria Panamericana

Enero 1950 - Diciembre 1953



Oficina Sanitaria Panamericana
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Consejo Directivo, Washington, D. C., octubre de 1953.

INFORME ANUAL DEL DIRECTOR
de la
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA,
OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
PARA LAS AMERICAS
1953

S I G L A S

AIDIS	Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria
AT	Asistencia Técnica
CREFAL	Centro Regional de Educación Fundamental para la América Latina
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
IAI	Instituto de Asuntos Interamericanos
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
JAT	Junta de Asistencia Técnica
NU	Naciones Unidas
NU/AAT	Administración de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas
OEA	Organización de los Estados Americanos
OEA/AT	Programa de Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
SCISP	Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo Internacional de Socorro a la Infancia (Naciones Unidas)
USPHS	Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos

INDICE

	<u>Página</u>
CARTA DEL DIRECTOR	ix
INFORME GENERAL DEL DIRECTOR	1
I Introducción	3
II Examen de las actividades orgánicas	3
III Consideraciones sobre el Programa	8
Organización de Servicios Sanitarios	8
Preparación de Personal	11
Programas de Erradicación	12
IV Información Pública	13
V Personal	15
OFICINA DEL DIRECTOR	17
Oficina de Coordinación	19
Oficina de Información Pública	21
OFICINA DEL SECRETARIO GENERAL	23
DIVISION DE ADMINISTRACION	29
DIVISION DE SALUD PUBLICA	35
DIVISION DE EDUCACION Y ADIESTRAMIENTO	57
OFICINAS DE ZONA	65
Introducción	67
Zona I	67
Oficina de Campo de El Paso	68
Oficina de Campo del Caribe	69
OFICINAS DE ZONA	
Zona II	70
Zona III	71
Zona IV	71
Zona V	73
Zona VI	74

INDICE (continuación)

	<u>Página</u>
RESUMEN DE LOS PROGRAMAS	77
Programas Inter-regionales	79
Programas Regionales	79
Zona I	88
Zona II	89
Zona III	93
Zona IV	96
Zona V	104
Zona VI	105
APENDICES	
I Participantes en las Reuniones de la Organización Celebradas en 1953 . .	111
II Cantidad de Documentos Preparados para las Reuniones de la Organización Celebradas en 1953	112
III Publicaciones	113
IV Conferencias y Reuniones a que asistieron Miembros del Personal de la OMS/OSP durante el año 1953	115
V Trabajos originales preparados por Miembros del Personal en 1953	120
VI Miembros del Comité Ejecutivo	122
VII Becas otorgadas en las Américas en 1953, clasificadas por país de origen, materia de estudio y tipo de adiestramiento	123
VIII Adjudicación de Becas en las Américas en 1953, clasificada por país de origen y tipo de adiestramiento	124
IX País o Región de Estudio para las Becas otorgadas en las Américas en 1953	125

ILUSTRACIONES

Página

Consejo Directivo, Washington, D. C., octubre de 1953	Frontispiece
El Dr. Brock Chisholm, primer Director General, y el Dr. M. G. Candau, segundo Director General de la Organización Mundial de la Salud, en la Sexta Asamblea Mundial de la Salud	14
El kwashiorkor, enfermedad de la nutrición corriente en los niños, se debe principalmente a deficiencia proteínica	39
La enfermera de salud pública se prepara para un día de visitas a domicilio en la zona rural	39
Una lección de higiene a cargo de la enfermera de salud pública	39
Campañã antipestosa en Guayaquil, Ecuador. Se registran inmediatamente el lugar y la fecha de captura, enviándose las ratas al laboratorio para su examen	46
Inspección de posibles criaderos de mosquitos en Guayaquil, Ecuador, con el fin de impedir la reintroducción del <u>Aedes aegypti</u>	46
Radiografía pulmonar en la campañã antituberculosa	52
Llenando ampolletas con vacuna BCG	52
El Gobernador Sánchez Colín inaugura la campañã de vacunación contra la rabia en el ganado en Zinacatapec, México	54
Programa de higiene materno infantil. La enfermera instruye durante la visita a domicilio	54
Pozo protegido — Zona de Demostración Sanitaria, El Salvador	72
Los aldeanos transportan los tubos para el nuevo sistema de abastecimiento de aguas	72
Sesión Plenaria del Tercer Congreso Regional de Enfermería, Río de Janeiro, Brasil - 1953	75
Obtención de muestras de sangre en la campañã de control de enfermedades venéreas	75


ESQUEMAS Y MAPAS

	<u>Página</u>
Países contribuyentes a la OMS y a la OSP	5
Asistencia a las Reuniones del Consejo Directivo, Comité Regional de la OMS	26
Area con número de casos de peste notificados en los países de América, por divisiones políticas, 1953	43
Area con número de casos de fiebre amarilla selvática notificados en los países de América, por divisiones políticas, 1953 . . .	44
Número de casos de viruela notificados en los países de América, 1953	49
Miembros del Comité Ejecutivo	122

A LOS ESTADOS MIEMBROS DE LA
ORGANIZACION SANITARIA PANAMERICANA

Tengo el honor de remitir adjunto el Informe Anual de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, durante el año 1953. Este Informe comprende las actividades desarrolladas por las unidades orgánicas de la Oficina de Washington, así como las de las Oficinas de Zona, y además, figura un breve resumen de los programas ejecutados en colaboración con los Gobiernos de los Estados Miembros. El estado financiero correspondiente al año, se presenta en un documento aparte (Documento CSP14/6 y Anexos).

Respetuosamente


Fred L. Soper
Director

INFORME GENERAL DEL DIRECTOR

Correspondiente a 1953

I. Introducción

En la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, adoptada en Buenos Aires en 1947, se establece como objetivo de ella "la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes". Al asumir la Organización Sanitaria Panamericana la responsabilidad de las funciones de la Organización Mundial de la Salud en la Región de las Américas, este objetivo recibió nuevo refuerzo. En este informe anual (que, como uno más en la serie de informes de esta clase, en ocasiones adolece forzosamente de redundancia) se resumen y evalúan las actividades desarrolladas en 1953, encaminadas a la consecución de ese objetivo.

No se ha visto, ni se esperaba ver, un progreso uniforme en todos los campos de actividad que la Oficina está autorizada a emprender. El orden de prioridad en las actividades sanitarias varía de un país a otro, de acuerdo con las distintas causas locales de insalubridad. Existe, además, otra razón importante que limita tanto el alcance como la extensión de las actividades de la Oficina. Aun cuando la Oficina tiene competencia constitucional para emprender prácticamente cualquier actividad en el campo de la salud, la capacidad para hacer pleno uso de esas amplias facultades está rigurosamente limitado por la cuantía del presupuesto.

En este informe se describen actividades que han sido financiadas por la Oficina Sanitaria Panamericana, la Organización Mundial de la Salud, el Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas, el Fondo Internacional de Socorro a la Infancia (Naciones Unidas), el Programa de Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos, aportaciones diversas de fundaciones privadas y, conjuntamente, por varias de estas fuentes. En los informes detallados sobre los programas se especifica la procedencia de los fondos, pero en las secciones descriptivas se considera el Programa de la Oficina como una sola unidad. Puesto que ya es bien sabido que la Oficina actúa solamente a solicitud y de acuerdo con los Miembros, no se ha tratado, al describir las actividades, de indicar en todos los casos que se habían recibido solicitudes específicas de colaboración.

II. Examen de las actividades orgánicas

En 1953, el Consejo Directivo se reunió en Washington. Además de aprobar un Programa y Presupuesto de \$2,100.000 y de acordar que la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana se celebre en Santiago de Chile en el mes de octubre de 1954, se adoptaron varias resoluciones, dos de las cuales merecen mencionarse en esta sección:

Una de ellas se refería al desarrollo de un plan de programas de salud pública a largo plazo, basado en el estudio continuo de las necesidades y los recursos de los Estados Miembros. En esta resolución (No. III) el Consejo subrayó la necesidad de:

"reforzar los servicios fundamentales de cada país para el fomento y la conservación de la salud de sus habitantes",

"proporcionar medios para el adiestramiento de personal profesional y semiprofesional. . . y desarrollar, con este fin, los recursos locales y regionales",

"coordinar y ayudar la planificación y funcionamiento de programas individuales o regionales de erradicación de aquellas enfermedades transmisibles. . . que constituyen una amenaza potencial para el Hemisferio y para las cuales existen medios adecuados de erradicación".

La otra resolución (No. XVI) llamó la atención sobre las dificultades que crea tanto a la Oficina como a los servicios de sanidad de los Gobiernos, la multiplicidad de organizaciones internacionales dedicadas a actividades de salud pública en las Américas, todas ellas financiadas por las Tesorerías de los Gobiernos. El Consejo expresó la opinión de que sería beneficioso que los programas internacionales de salud pública estuvieran concentrados en la Oficina.

El área de la Región fué ampliada por decisión de la Sexta Asamblea Mundial de la Salud, la cual, sin prejuzgar cualquier cuestión de soberanía, asignó provisionalmente las Islas Malvinas y sus Dependencias y el Territorio de Hawaii a la Región de las Américas.

En 1953, el hecho administrativo más importante fué el haberse completado la transferencia de las responsabilidades asignadas a las Oficinas de Zona. Este fué el primer año completo en que funcionaron todas las Oficinas de Zona, teniendo así ocasión de observarse que era adecuada la demarcación de las zonas, establecida inicialmente a título de ensayo.

En 1953 se pudo reembolsar el saldo pendiente de los préstamos recibidos de la Fundación Rockefeller y la Fundación W. K. Kellogg para la adquisición de los edificios de la Sede de Washington. La cooperación de las dos Fundaciones al conceder esos préstamos ha sido de gran ayuda y ha sido reconocida con agradecimiento.

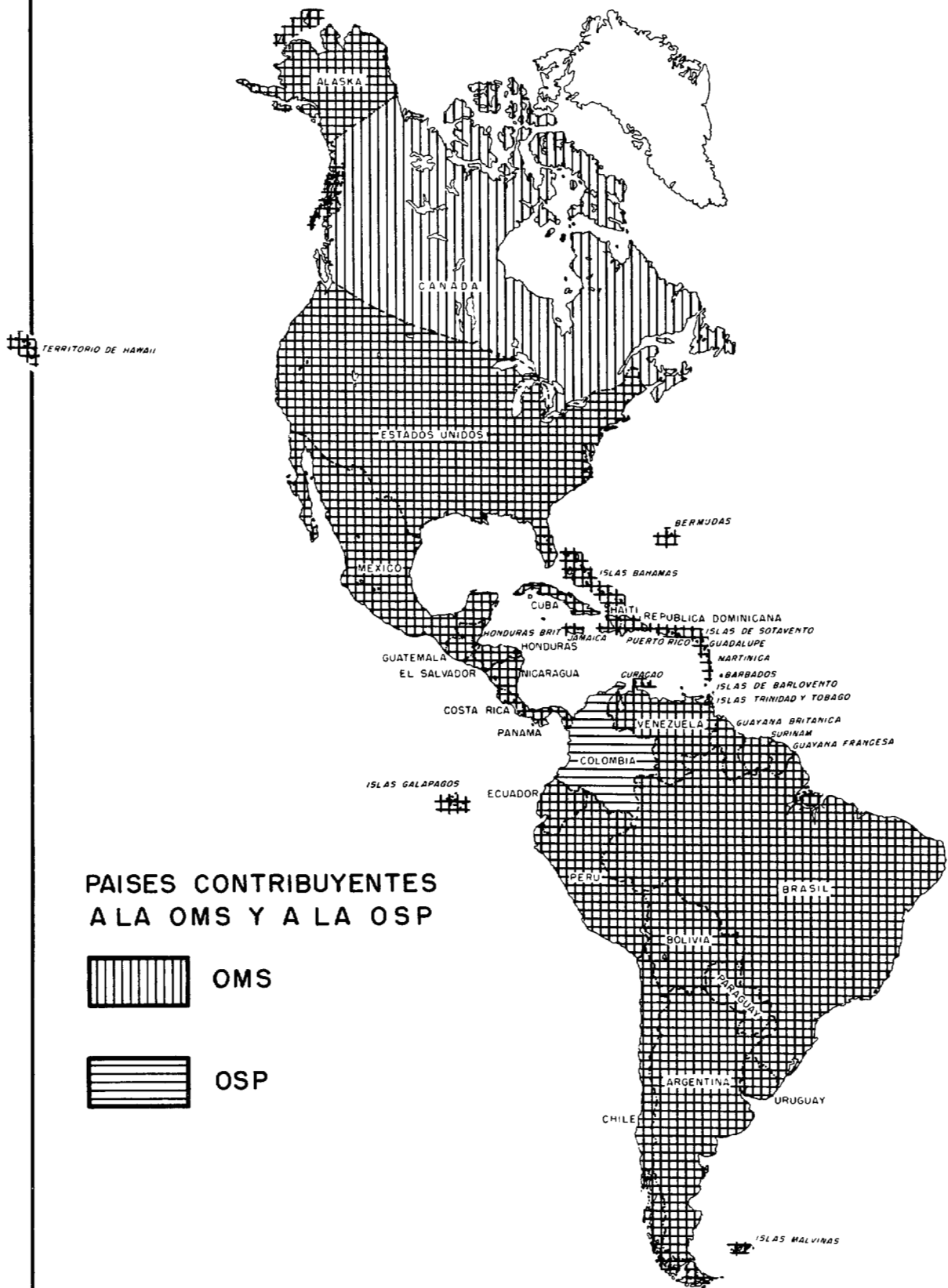
En el Informe correspondiente a 1952 se hizo referencia a la importancia de que se mantenga el actual acuerdo entre la Organización Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud, que permite la colaboración en el campo de la salud con todas las unidades políticas de las Américas. Presenta las ventajas especiales de que, a través de él, todos los países del Hemisferio pueden recibir asistencia de la Oficina y participar en la formulación de los programas y en el financiamiento del presupuesto anual. Este sistema ha funcionado con resultado satisfactorio y ha permitido realizar una gran labor dentro del más cordial espíritu de cooperación.

Durante el año se concertaron los arreglos para el pago por el Reino Unido de una contribución a la Oficina a nombre de los territorios de dicho país en las Américas. Anteriormente Francia y Países Bajos habían efectuado contribuciones, de manera que ahora Canadá es el único Estado de las Américas que no contribuye al programa de la Oficina. Canadá no ha ingresado todavía en la Organización Sanitaria Panamericana; tampoco lo ha hecho Colombia en la Organización Mundial de la Salud. Se confía que ambos países adoptarán las medidas necesarias para ingresar en las respectivas organizaciones, completándose así la participación en ellas de todos los países de las Américas.

En el curso del año la Asamblea General de las Naciones Unidas prorrogó la existencia del UNICEF por un período indefinido y puesto que, de este modo, el UNICEF puede considerar proyectos de extensa duración, la coordinación a largo plazo podrá ser más fácil que en el pasado. El Comité Mixto OMS/UNICEF de Política Sanitaria recomendó que se ampliara el campo de actividades en las que el UNICEF pueda cooperar con los servicios sanitarios de los Gobiernos. Entre las nuevas actividades aprobadas, para las que pueden utilizarse suministros del UNICEF, figuran el control de la lepra y el saneamiento del medio, de las que esta última es tal vez la más importante para muchos países de las Américas. Las actividades del UNICEF en este campo pueden desarrollarse en forma de programas individuales o como parte integrante de programas completos de higiene maternoinfantil. Durante el año se mantuvieron nuevas discusiones con la Oficina Regional del UNICEF para la América Latina y se concertó la designación de un asesor médico para dicha Oficina. Esta medida habrá de contribuir a intensificar una colaboración eficaz. En el curso del año, la Oficina continuó facilitando servicios de asesoramiento técnico para programas a los que el UNICEF proporciona suministros.

Un hecho relacionado con el financiamiento de las actividades de sanidad internacional que no debe olvidarse es el de que muchos países sólo disponen de sumas limitadas que pueden asignar para este objeto. El aumento de las contribuciones a un Organismo puede suponer la disminución de las que se efectúan a otros. Y el hecho de que los Organismos reciban un año menos fondos que en años anteriores puede dar lugar a considerables inconvenientes administrativos.

La tramitación que siguen los fondos es también un aspecto de gran importancia. Supone muchos más inconvenientes que ventajas la utilización de un mecanismo costoso y engorroso para la transferencia de fondos a los Organismos que han de emplearlos, cuando esos fondos pueden entregarse directamente por los Estados contribuyentes a los Organismos interesados. Lo mismo se podría decir si los presupuestos técnicos hubieran de ser sometidos a examen de organizaciones políticas, como fué el caso de la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones. Afortunadamente, al crearse los nuevos Organismos, al final de la segunda guerra mundial, se tuvieron en cuenta las enseñanzas obtenidas de la historia de esas antiguas organizaciones.



La expectativa del financiamiento de muchas actividades en 1953, con los fondos de la Asistencia Técnica de las Naciones Unidas, creó importantes problemas a la Oficina. No solamente no ha habido cambio alguno en las disposiciones administrativas comentadas en términos desfavorables en el informe del año pasado, sino que, además, se han registrado, desgraciadamente, muchos ejemplos de los errores señalados con anterioridad. Dos veces, en el curso del año, se comunicó a la Oficina la necesidad de que se redujera el número de proyectos financiados con fondos de Asistencia Técnica. Fué posible financiar algunos de los proyectos con otros fondos, pero esto, a su vez, obligó al aplazamiento de proyectos para los que dichos fondos habían sido presupuestados. Al objeto de limitar el caos y estabilizar el programa de trabajo, fué preciso, finalmente, adoptar la decisión de que durante el año no se iniciarían nuevos proyectos que habrían de ser financiados con fondos de Asistencia Técnica. La situación con respecto a las finanzas de AT absorbió una proporción considerable del tiempo del personal, tiempo que hubiera debido dedicarse a la ejecución de programas y otros trabajos técnicos. Además, obligó a la Oficina a mantener un programa de trabajo sujeto a continuas modificaciones, situación que ninguna administración nacional desearía experimentar. Es evidente que hay mayores razones que nunca para reiterar el deseo expresado en el último Informe Anual en el sentido de que se establezca algún sistema en virtud del cual se pueda lograr una estabilización de los fondos procedentes de aportaciones voluntarias que permita, no sólo la planificación a largo plazo, sino también una administración eficaz de los planes por parte de la Oficina.

Son muchos los países que efectúan aportaciones voluntarias, según se deduce de la siguiente lista, basada en la información disponible en el mes de enero:

Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas: Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Chile, El Salvador, Estados Unidos de América, Haití, Honduras, México, Nicaragua, República Dominicana y Venezuela.

Fondo Internacional de Socorro a la Infancia (Naciones Unidas): Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, Estados Unidos de América, Haití, Honduras, Nicaragua, Perú y República Dominicana.

Programa de Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos: Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, El Salvador, Estados Unidos de América, Haití, Honduras, Panamá, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

En resumen, tres países de las Américas contribuyeron a tres fondos, seis países a dos, seis a uno y tres países a ninguno.

Los fondos invertidos durante el año 1953 en programas en los que participó la Oficina fueron los siguientes:

Fondos invertidos en 1953, clasificados por procedencia

Procedencia	Cantidad
Total	\$ 4,044,754
OSP	\$ 1,924,111
OMS	\$ 1,001,137
NU/AT	\$ 852,097
OEA/AT	\$ 267,409

El UNICEF invirtió en la América Latina otros \$ 832,100 en programas sanitarios para los que la Oficina dió su aprobación técnica y proporcionó otros servicios. Como quiera que los fondos no fueron administrados por la Oficina, esa cifra no figura en la tabla precedente. Para la utilización de los fondos del UNICEF y de la OEA se requiere proporcionar asesoramiento técnico. Esto supone un volumen considerable de trabajo que está a cargo de personas que reciben sus sueldos de los presupuestos de la OSP o de la OMS. En el "Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo" (Documento CSP14/6 y anexos) figura una descripción detallada de las inversiones de esos fondos.

Conviene aclarar ciertos conceptos erróneos respecto a la coordinación de las actividades de sanidad internacional. En primer lugar, las funciones tanto de la Organización Sanitaria Panamericana como de la Organización Mundial de la Salud en este campo están definidas muy claramente en sus respectivas Constituciones. Además, las relaciones entre ambas están expresamente determinadas en el acuerdo suscrito entre ellas. El lugar que corresponde a la Oficina, al actuar en nombre de ambas organizaciones, no siempre es bien comprendido, ya sea en los países o en el campo internacional. El Director de la Oficina tiene la responsabilidad, cuando se plantea la necesidad, de coordinar las actividades sanitarias internacionales. Ahora bien, en cada país es a los Gobiernos interesados a los que corresponde no sólo la responsabilidad sino también la prerrogativa de coordinar las actividades sanitarias dentro de sus respectivas fronteras. Es apropiado que los funcionarios de la Oficina ayuden a los Gobiernos en la coordinación de sus actividades, pero no que los sustituyan en este aspecto.

En resumen, cabe decir de la coordinación en general que se han mantenido relaciones cordiales con todos los organismos, tanto multilaterales como bilaterales, que trabajan en el campo de la sanidad internacional. Esas relaciones permiten realizar una labor eficaz. Existen, sin embargo, ciertas dificultades que no pueden resolverse simplemente con el establecimiento de buenas relaciones de trabajo. Esas dificultades están vinculadas principalmente a las estructuras fundamentales y medios de financiamiento de otros organismos que se dedican a actividades sanitarias internacionales. Este es un asunto que no puede ser resuelto por el Director. Es un problema que han de abordar los Gobiernos que son Miembros de la Oficina y de otros organismos interesados.

En las Américas existe una forma de cooperación internacional que merece especial mención. En el siglo XIX, mucho antes de que se fundara la Oficina, grupos de países latino-americanos concertaron medidas sanitarias con los países vecinos. Se reconoció que en las zonas fronterizas se plantean problemas especiales, particularmente en el control de enfermedades transmisibles, que requieren la adopción de ciertas medidas, además de los procedimientos ordinarios de cuarentena. En las fronteras, las autoridades sanitarias han de estar familiarizadas con los problemas y procedimientos sanitarios que se siguen en los países vecinos, y en cuanto al control de ciertas enfermedades, es necesario que se adopten medidas similares en países adyacentes. Las disposiciones adoptadas han resultado sumamente beneficiosas. Los contactos personales entre funcionarios han contribuido al desarrollo satisfactorio de las actividades, y en las reuniones, no sólo entre funcionarios fronterizos sino también entre representantes de los Gobiernos nacionales, se ha llegado a una comprensión de las dificultades a que tienen que hacer frente sus respectivos funcionarios de servicio en las fronteras. En algunos lugares se ha logrado además mejorar el sistema de denuncia de casos de enfermedades de notificación obligatoria.

La Oficina ha podido aportar su colaboración a esas reuniones. Por lo general, sus representantes han participado en ellas, proporcionando con frecuencia asesoramiento técnico. A veces las reuniones han sido convocadas a instancias de la Oficina.

Las medidas concertadas han sido, ordinariamente, para finalidades de carácter general, pero en ocasiones han tendido a un solo objetivo específico como, por ejemplo, las establecidas entre Argentina y Chile respecto a la hidatidosis.

En 1953, se celebraron las siguientes reuniones relacionadas con problemas de las zonas fronterizas:

1. Estados Unidos y México, en El Paso (Estados Unidos), en el mes de abril.
2. Argentina y Chile, en San Martín de los Andes (Argentina), en mayo.
3. Bolivia, Chile y Perú; en Arica (Chile), en julio.
4. Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay, en Montevideo (Uruguay), en julio.

La importancia de estas reuniones está demostrada también por el aumento en el número de temas que se consideró conveniente examinar en ellas. Por ejemplo, Bolivia, Chile y Perú, en su reunión de julio (IV Reunión), agregaron un protocolo al convenio original, que no sólo puso éste al día sino que además añadió las siguientes enfermedades a las que ya estaban comprendidas en el convenio: enfermedades venéreas, enfermedad de Chagas, zoonosis, parasitosis intestinales y fiebre recurrente.

La experiencia continua más prolongada de la Oficina con problemas sanitarios fronterizos ha sido a lo largo de la frontera México-Estados Unidos. Hay más de cuarenta fronteras terrestres en las Américas pero la que se extiende entre Estados Unidos y México, que mide 2,000 millas, es una de las más largas y, en razón al intenso tráfico, una de las más

importantes. Se calcula que unos 23 millones de personas la cruzan cada año. El número de turistas es excepcionalmente elevado, así como el movimiento estacional de trabajadores. La serie de ciudades gemelas establecidas a lo largo de la frontera, tales como Brownsville y Matamoros, Mexicali y Caléxico, plantea una situación singular. Las complejidades del problema se agravaron durante la segunda guerra mundial y, en 1943, la Oficina dispuso la celebración de una conferencia en El Paso.

La conferencia tuvo lugar y uno de sus resultados importantes fué la creación de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salubridad con un Consejo Directivo compuesto de representantes de los dos Gobiernos Federales, de los estados fronterizos de México y Estados Unidos y del Director de la Oficina. Se acordó también establecer la Oficina de Campo de El Paso que proporcionaría servicios de secretaría a la nueva Asociación y colaboraría en la coordinación de las actividades de salud pública a lo largo de la frontera. La Asociación celebró sus primeras reuniones en las ciudades fronterizas, pero en los últimos años, a medida que aumentó el interés por la Asociación, las reuniones tuvieron lugar en ciudades más distantes como Los Angeles y Chihuahua y Monterrey y Albuquerque. En 1955, la reunión anual se celebrará en México, D.F. El número de participantes, que fué alrededor de un centenar en las primeras reuniones, ha aumentado últimamente a unos 300.

La coordinación de actividades sanitarias ha comprendido, entre otros muchos aspectos, las enfermedades venéreas, higiene maternoinfantil, enfermería obstétrica, rabia, tuberculosis y poliomiélitis. Las medidas concertadas han facilitado el planeamiento inter-países y el desarrollo más eficaz de los programas de salud pública en las zonas fronterizas. Por ejemplo, cuando las ciudades gemelas estaban situadas adyacentemente a cada lado de la frontera, las campañas de vacunación se han llevado a cabo simultáneamente en ambas. Otra interesante realización ha sido la formación de Comités cívicos internacionales y privados con el fin de llevar a cabo campañas de educación sanitaria. En los programas de control de enfermedades venéreas ha habido ocasiones en que los pacientes han cruzado la frontera para recibir tratamiento.

Después de la guerra, al retirar Estados Unidos su apoyo financiero a las actividades fronterizas desarrolladas durante el tiempo de guerra, el Director de la Oficina se encontró ante el problema de la escasez tanto de fondos como de personal y examinó la posibilidad de la supresión de la Oficina de El Paso. Sin embargo, las protestas recibidas de ambos lados de la frontera demostraron claramente la importancia que se le concedía y al examinarse la cuestión en la Conferencia de 1947, se acordó mantener la oficina con personal reducido.

Al establecerse la Oficina de la Zona II en México D. F., se acordó colocar temporalmente la Oficina de El Paso bajo su administración. Sin embargo, dada la naturaleza especial de la labor de coordinación con las autoridades locales, se estimó preferible posteriormente que la Oficina de Campo quedara desligada de la Oficina de Zona y dependiera únicamente de la Oficina de Washington. Este cambio se efectuó en 1953. Las enseñanzas obtenidas, no sólo a lo largo de la frontera Estados Unidos-México sino también con las otras medidas concertadas en la parte meridional de la Región, habrán de resultar provechosas para mejorar la coordinación entre las oficinas sanitarias fronterizas en todas las Américas.

III. Consideraciones sobre el Programa

Se ha hecho referencia a la Resolución III adoptada en la VII Reunión del Consejo Directivo, en la que se consideró el programa de la Oficina bajo tres aspectos principales, a saber: la organización de servicios sanitarios, la preparación de personal y la erradicación de enfermedades transmisibles. En estas consideraciones sobre el programa se examinarán los temas siguiendo la misma clasificación.

Organización de servicios sanitarios

Una parte importante de la administración de salud pública es la organización de los servicios sanitarios. En esencia, la actividad expresada por los términos "servicios

integrados de salud pública”, “servicios sanitarios fundamentales” o “servicios sanitarios básicos”, no es otra cosa que la atención dedicada a este aspecto concreto de la administración de salud pública. Va reconociéndose cada vez en mayor grado que los programas altamente especializados, como por ejemplo, los relacionados con el control de una sola enfermedad, no deben ni puedan ser entidades separadas que actúen aisladamente. Para la administración eficaz y económica de los servicios sanitarios ha de haber una organización en un país que pueda ser responsable de las normas y planes generales. Esta organización puede obtener, con cuidadosa planificación, el máximo provecho de los recursos disponibles en personal, equipo y medios financieros.

Los servicios administrativos deben ser compartidos entre todas las actividades a fin de no malgastar los fondos en duplicaciones burocráticas. Puede haber, por ejemplo, cursos comunes de adiestramiento durante el servicio. También se puede compartir el personal especializado que siempre ha de estar adscrito a la Sede y otros servicios de la organización, aun cuando esos especialistas sean distribuidos de acuerdo con las necesidades locales. Si bien en tiempos de emergencia está justificado, y a veces es esencial, establecer organizaciones especiales para hacer frente a la situación de urgencia, en casi todas las demás circunstancias es conveniente que todos los servicios estén unificados por lo menos en los niveles superiores y, ordinariamente, también en los otros. Esto es particularmente cierto en las zonas alejadas donde hay escasez de personal y servicios. En ellas, la mejor forma de proporcionar servicios sanitarios es por medio de centros de salud o clínicas, pero el personal ha de estar debidamente adiestrado para los múltiples requerimientos de la labor general de salud pública.

Los informes preparados por los antropólogos culturales que estudian los programas sanitarios en diversos países donde existen diferentes grupos étnicos, indican la frecuencia con que los trabajadores sanitarios no han llegado a comprender las concepciones que de la salud y la enfermedad tiene la población local. Pero la sola comprensión de esas concepciones no es suficiente para asegurar el éxito, ya que para cualquier programa sanitario ha de haber una demanda popular local en favor de su realización. Esta demanda puede fomentarse no sólo de forma que se deseen los servicios sanitarios, sino que también se pueda contar con la plena participación de la colectividad.

Un aspecto destacado de los recientes programas realizados con la ayuda de la Oficina ha sido la atención prestada a su integración en los servicios generales de sanidad. Hay otros puntos importantes que deben tenerse en cuenta al preparar los proyectos. Por ejemplo, al elaborar proyectos que han de recibir ayuda de la Oficina y puedan durar dos años, no es suficiente tener en cuenta solamente esos dos años. Hay que tomar en consideración lo que ocurrirá al cabo de esos dos años, así como en años posteriores, aunque no necesariamente en forma tan detallada. Son asimismo importantes las medidas a tomar para la modificación de los proyectos. A medida que se obtiene experiencia, es casi siempre conveniente y necesario introducir ciertas modificaciones en los planes iniciales. Raramente pueden lograrse progresos rápidos en el campo de la salud pública. Por regla general, los progresos se logran lentamente, prestando constante atención a las tareas ordinarias. Ahora bien, el progreso puede acelerarse en grado considerable mediante un minucioso planeamiento en las fases iniciales. Aparte de la rapidez del progreso, la evaluación durante el desarrollo de un programa, además del cuidadoso y bien concebido planeamiento inicial, asegurará el máximo provecho de la ayuda prestada por la Oficina.

Una comparación de los programas de 1953 con los de años anteriores confirma la tendencia hacia proyectos generales en lugar de proyectos específicos con objetivos limitados. Los proyectos locales se formulan para hacer frente a necesidades locales, en tanto que los proyectos regionales se desarrollan para atender necesidades de todos los países y mejorar así el estado sanitario de las Américas en su conjunto.

Aun cuando la Oficina colabora con los distintos Gobiernos en programas específicos dentro de cada país, hay una notable semejanza en los proyectos de un país a otro. Esta semejanza da lugar a criterios regionales para la solución de problemas sanitarios mucho más amplios que los que han sido específicamente aprobados y financiados como programas regionales. El desarrollo de programas coordinados en países adyacentes se ha visto facilitado por el estrecho contacto mantenido por cada Oficina de Zona con las autoridades sanitarias de varios países.

Aun cuando la Oficina tiene facultades constitucionales para actuar en todos los campos de la salud, la mayor parte de las solicitudes de ayuda recibidas estaban relacionadas con la salud física. Con la continua existencia un muchos países de enfermedades evitables con altas tasas de morbilidad y mortalidad, las actividades específicamente encaminadas al fomento de la higiene mental han de ocupar necesariamente lugar secundario frente a las actividades de salud física relacionadas con el control o la erradicación de las principales enfermedades evitables. En 1953, sólo hubo dos programas relacionados principalmente con la higiene mental. En la Argentina, se celebró un seminario sobre alcoholismo, y un consultor a corto plazo visitó varios países para preparar un seminario en 1954 ó 1955. Ahora bien, esto no quiere decir que se haya descuidado el problema de la higiene mental. Muchos estudiantes que han seguido cursos de salud pública con la ayuda de becas de la Oficina han recibido instrucción en esta materia. La higiene mental se enseña ahora en la mayoría de las escuelas de salud pública, y en muchas de ellas puede estudiarse como materia especial. Tal vez la labor principal de la Oficina en este campo ha sido mediante la utilización de los conceptos de la higiene mental en programas que llevan otros nombres, como por ejemplo, los de higiene maternoinfantil. Los médicos y las enfermeras de salud pública que trabajan en esos programas han fomentado incidentalmente la higiene mental por medio de sus consejos a las madres. En muchos países, hasta que llegue el momento en que la morbilidad sea de mayor preocupación que la mortalidad, tal vez el método más apropiado en el campo de la higiene mental sea la utilización de enfermeras de salud pública convenientemente adiestradas. En otras palabras, el adiestramiento en higiene mental debería formar parte de la preparación general de los médicos y enfermeras de salud pública, y debería atenderse a la higiene mental, juntamente con la salud física, a través de los servicios generales de salud pública.

La higiene profesional es otro campo en el que la Oficina se ha mantenido relativamente inactiva, a pesar de las grandes modificaciones en los riesgos para la salud a que están expuestos los trabajadores, que se han producido en la America Latina durante los veinte últimos años. En tanto que la producción agrícola era antes mucho mayor que la industrial, ésta supera ahora a la primera en más de un treinta por ciento. A las numerosas enfermedades, aunque con frecuencia no registradas, vinculadas a las ocupaciones agrícolas están sustituyendo en importancia las mejor conocidas y mejor registradas enfermedades industriales. Existe una verdadera necesidad así como ocasión para el desarrollo de programas de higiene industrial esencial dentro del marco de los servicios generales de sanidad de los países recientemente industrializados, y la Oficina ha de estar en condiciones de coordinar las actividades en este campo en un futuro inmediato.

La legislación en materia de salud pública es una cuestión cuya importancia fundamental para la práctica de la salud pública no se tiene, a veces, en cuenta. Casi toda la labor en el campo de la salud pública se realiza como consecuencia de disposiciones legislativas y ciertas medidas sólo se pueden adoptar en virtud de una facultad específica conferida por la ley. En 1953, hubo gran actividad legislativa sobre esta materia en los Estados Miembros; un ejemplo importante fué la ley brasileña de julio de 1953, en virtud de la cual se creó el Ministerio de Sanidad. Aun cuando en 1953 la Oficina no hubo de prestar ayuda a ningún gobierno en materia legislativa sobre salud pública, se recibió una solicitud de la República Dominicana para colaborar en la preparación de un nuevo Código sanitario, labor que se espera comenzar en plazo próximo.

Para alcanzar mejoras duraderas en el campo de la salud pública es esencial que el público, en general, esté bien informado. Si la educación sanitaria está muy arraigada, los individuos, con su acción, no sólo pueden fomentar su salud personal, sino que, además, como ciudadanos, pueden prestar el apoyo que los gobiernos precisan para obtener fondos así como para ejecutar con éxito los programas sanitarios.

Con referencia a los fondos se observa con frecuencia un desconocimiento en el público del "costo de la enfermedad y el precio de la salud", por repetir el título de la monografía del Profesor Winslow sobre este tema. Es probable que los funcionarios de salud pública tendrían más éxito en la obtención de fondos para sus respectivos departamentos y para esta Oficina si pudieran colaborar en la difusión de estos hechos sumamente importantes. No hay ahora escasez de datos sobre esta materia, que podrían ser utilizados a fines informativos.

De fundamental importancia para todos los programas, bien sean de los Países Miembros o de la Oficina, es la recopilación y compilación de estadísticas fidedignas. Una vez que un problema puede ser evaluado con exactitud, entonces, y sólo entonces, se pueden orientar

mejor los esfuerzos hacia su solución. Las razones de la insuficiencia de estadísticas fidedignas son muchas y variadas. Sin embargo, la Oficina ayuda a todos los países al prestar su apoyo al Centro Interamericano de Bioestadística. Este Centro, en el que trabajadores sanitarios de diversas categorías reciben adiestramiento, ha alcanzado un éxito inicial que constituye un buen augurio para los resultados a largo plazo en las Américas.

Preparación de Personal

Pocas actividades de la Oficina son tan importantes como la educación y adiestramiento, hecho demostrado por el elevado número de solicitudes de ayuda en este campo. El volumen del programa de becas por sí solo - 415 becas adjudicadas durante el año - ya es un testimonio elocuente. De ellas, 55 estaban relacionadas con programas concretos en los países, 126 con programas regionales e interpaíses, y 234 se otorgaron para diversos estudios en el extranjero relacionados con servicios sanitarios, pero no específicamente con programas de la Oficina.

Un aspecto muy alentador del programa de becas ha sido el número cada vez mayor de estudios cursados en la misma América Latina. Es preferible, en la mayoría de las materias, organizar cursos para estudiantes extranjeros en escuelas y países que tengan culturas, economías y problemas sanitarios similares a los de los países de origen de los estudiantes.

El éxito del programa de becas depende, indudablemente, de la adecuada utilización del becario al regresar a su país. Desgraciadamente, muchos becarios no han sido colocados en puestos donde pudieran hacer pleno uso de los conocimientos adquiridos. Otros se han visto en dificultades ante la inseguridad de sus empleos y, con frecuencia, la insuficiencia de sus sueldos. Es preciso corregir estos defectos, no sólo para conseguir los mejores resultados de las becas, sino también para reforzar los servicios sanitarios.

En este informe se ha dedicado forzosamente especial atención a las contribuciones específicas de la Oficina al mejoramiento de los servicios sanitarios de los Países Miembros. Sin embargo, en el campo de la educación se presenta una ocasión única para llamar la atención sobre las contribuciones que los Países Miembros aportan mutuamente a los servicios sanitarios de todos ellos y al programa de sanidad internacional.

En cinco países, Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos y México, hay escuelas de salud pública que han estado recibiendo estudiantes extranjeros para el curso general universitario de ampliación de estudios para funcionarios sanitarios, así como para ciertos cursos especializados en determinados campos de la sanidad. Todos esos países han recibido además enfermeras para la formación universitaria y ampliación de estudios en sus instituciones docentes de enfermería; Costa Rica ha proporcionado becas para estudios universitarios de enfermería; Brasil ha proporcionado el edificio para el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa; y Guatemala para el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Venezuela ha aportado una contribución singular al mantener, durante muchos años, un curso anual de adiestramiento para el control de la malaria y otras enfermedades metaxénicas y se ha hecho cargo, además, de los gastos de costo de vida de los participantes en dichos cursos. Además de estos casos concretos, todos los países de las Américas han contribuido a esta labor mutua al acoger personal sanitario que llegaba a ellos con becas para viajes de estudios, concedidas por la Oficina; al facilitar servicios e instalaciones y, con frecuencia, el tiempo difícilmente disponible de los funcionarios de salud pública, para que cooperaran a que la experiencia didáctica fuera más valiosa.

Recientemente ha habido en todo el mundo una mayor apreciación de la importante función que los trabajadores parcialmente adiestrados pueden desempeñar en los programas sanitarios. En realidad, en muchos países no hay otra alternativa que la de adiestrar personal "auxiliar" con limitada formación educativa a fin de superar la escasez de personal adiestrado de ambos sexos. Esta generalización puede aplicarse lo mismo a las Américas que al resto del mundo, aunque las razones varían de un país a otro. Siempre que se emplee ese personal semi-profesional es preciso que esté bajo la supervisión de elementos debidamente adiestrados, cuya preparación es muchas veces el primer paso esencial.

Por lo general, la consideración de las actividades didácticas apoyadas por organizaciones internacionales se limita a aspectos tales como la ayuda a escuelas, cursos y seminarios y a la concesión de becas. En un sentido más amplio, sin embargo, toda la labor de la

Oficina es educativa, puesto que el objetivo es dejar algo que perdure una vez que cese la ayuda internacional. Así, pues, los aspectos educativos constituyen un denominador común de casi todas las actividades del programa de la Oficina.

Programas de erradicación

Es un motivo de satisfacción informar que en 1953, al igual que durante más de un decenio, no hubo casos de fiebre amarilla urbana, y que la mayoría de los países continuaron sus campañas para la erradicación del vector urbano Aedes aegypti. El Gobierno de Cuba firmó un acuerdo en el mes de noviembre para iniciar una campaña de erradicación. Hemos llegado a una etapa en que ciertos países están totalmente libres del vector y están ahora preocupados ante la posibilidad de reinfestación procedente de territorios vecinos en los que no se han iniciado programas de erradicación. Por ejemplo, los puertos del área del Caribe, así como las otras zonas, se encuentran en esta infortunada situación debido a que no se emprende una campaña en los Estados Unidos. Una situación similar se registra en la parte meridional de la Región, donde la labor en la Argentina no está tan adelantada como en los países vecinos situados al Norte. Es de esperar que pronto queden rectificadas estas dos situaciones indeseables. Así como la erradicación del Aedes aegypti es la única medida para el control de la fiebre amarilla urbana, así también se requiere la vacunación para la protección contra la fiebre amarilla selvática. Durante el año se vacunó a más de 5 millones y medio de personas y, a pesar de esta cifra elevada, no se notificó caso alguno de encefalitis postvacunal. Aun cuando la cifra total de vacunaciones es muy considerable, es preciso extender todavía más las campañas a objeto de proporcionar la protección necesaria contra esta constante amenaza.

Uno de los aspectos alentadores de las campañas de vacunación ha sido la generosa cooperación, tanto del Brasil como de Colombia, al suministrar a muchos países vacuna por un valor comercial que excedió de \$272,000. Por su parte, la Oficina ha ayudado al Instituto Oswaldo Cruz y al Instituto Carlos Finlay, proporcionándoles nuevo equipo de laboratorio.

El Comité de Cuarentena Internacional en su reunión de octubre-noviembre de 1953 recomendó, de acuerdo con las disposiciones del Reglamento No. 2 de la OMS (Artículo 70), que los siguientes países de las Américas sean declarados en su totalidad o en parte, áreas receptoras a la fiebre amarilla: Bahamas, Barbados, Chile, Cuba, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Haití, Hawaii, Indias Occidentales Francesas, Islas de Barlovento, Islas de Sotavento, Islas Vírgenes, Jamaica, México, Puerto Rico, República Dominicana y Trinidad. El Comité recomendó asimismo, además de lo antes citado, que, pendiente de una revisión del Reglamento, sean considerados como áreas receptoras a la fiebre amarilla, a los fines de aplicación del Reglamento, los siguientes países: Bolivia, Brasil, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Nicaragua, Panamá, Zona del Canal de Panamá, Paraguay y Perú (la parte no incluida en la zona endémica).

El Comité solicitó información complementaria respecto a la Argentina, Islas de Sotavento, Honduras Británico (Bélice) y Uruguay. Las recomendaciones, juntamente con otras relacionadas con una revisión del Reglamento, habían de ser sometidas a la Séptima Asamblea Mundial de la Salud, para su aprobación.

Por lo que se refiere a las zonas endémicas, el Comité recomendó una revisión de la demarcación establecida de acuerdo con los convenios sanitarios internacionales de 1933/1944, para excluir a aquellos países en los que el Aedes aegypti había sido eliminado, a saber, Brasil, Ecuador, Panamá, parte de la Guayana Británica y otros territorios que posteriormente pudieran ser añadidos. Esas propuestas fueron interesantes puesto que demostraron el progreso que se había realizado en la erradicación del Aedes aegypti en las Américas, así como el hecho de que extensas e importantes partes del Hemisferio eran todavía "receptoras".

Se ha observado un progreso alentador en las campañas contra la malaria en muchos países. En realidad, son tantos los programas en curso de ejecución y tan grandes los progresos realizados, que ya se puede prever el día, en un futuro no muy lejano, en que las Américas desearán intensificar los esfuerzos a fin de que, mediante una campaña coordinada, se llegue a la erradicación de la enfermedad en el Hemisferio. Es lógico establecer una comparación entre las campañas contra la malaria y las de control de la fiebre amarilla, puesto que presentan ciertas semejanzas así como diferencias.

En la lucha contra la fiebre amarilla se logró un notable progreso al adoptarse la decisión de que el ataque se concentrara en la erradicación del vector urbano, evitando así la transmisión del virus, salvo en las áreas selváticas. De la experiencia ya adquirida en el control de la malaria, parece deducirse que resultaría insuperable la erradicación efectiva de los vectores en escala hemisférica, incluso con el uso de las medidas actuales más satisfactorias y económicas, es decir, los insecticidas de acción residual. Ahora bien, si se interrumpe la transmisión, este medio de control puede ser muy eficaz, y cuando el control del vector no ha llegado al punto de erradicación, las áreas pueden quedar libres de la enfermedad por la muerte natural del parásito, incluso sin la quimioterapia. Al contrario de lo que ocurre en las campañas contra la fiebre amarilla, el objetivo inmediato sería, por lo tanto, la eliminación más bien del parásito que del vector. Antes de emprender una campaña de erradicación que cubriera todo el hemisferio, sería preciso realizar estudios adecuados de todos los vectores locales, debiéndose tener en cuenta la enseñanza derivada de la experiencia en Grecia, donde se ha notificado la resistencia en el campo del A. saccharovi al DDT. La enseñanza consiste en que la campaña en una zona determinada debería organizarse en forma tal que el plasmodio desapareciera dentro del período en que se considere improbable que se desarrolle la resistencia. En Grecia, se observó la resistencia al cabo de unos ocho años de rociamiento intermitente, por lo que, tal vez, las campañas organizadas para un período menor de duración serían probablemente convenientes para las Américas. También sería necesario que todas las áreas donde se efectuaran las campañas fueran contiguas a fin de que no quedaran zonas sin tratar. Al coordinar una campaña que cubriera todo el Hemisferio, la oficina podría disponer la preparación de técnicas uniformes, incluso índices estandar del progreso realizado, a fin de obtener estadísticas comparables de todos los países. También sería necesario adoptar medidas para prevenir la introducción del parásito por el huésped humano en áreas ya libres de la enfermedad.

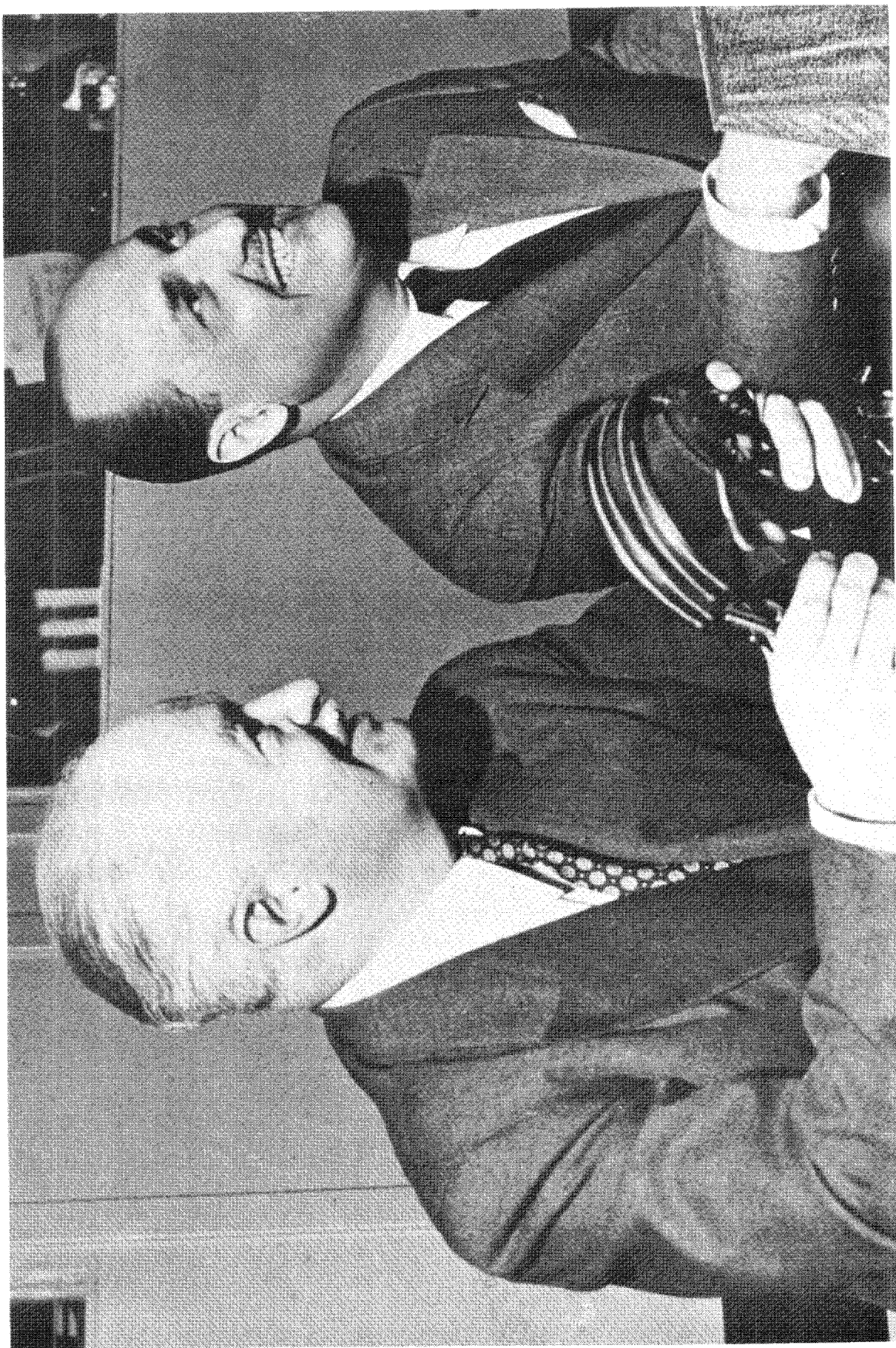
Un aspecto interesante de una campaña de este tipo sería las grandes economías que se realizarían. Los gastos del control son permanentes y elevados, en tanto que los de la erradicación en la forma propuesta sólo habrían de sufragarse durante unos pocos años, al cabo de los cuales habría que atender únicamente al costo relativamente reducido de la vigilancia.

Los programas de control de la viruela acusan un progreso digno del mayor encomio y, por acuerdo del Consejo Directivo, se utiliza un fondo especial para esta finalidad. La implantación de la vacuna seca y su creciente producción y utilización marcan un jalón en el control de la viruela y facilitan su erradicación en todo el Hemisferio.

El programa contra la frambesia en Haití continúa siendo tema de amplio interés. Fué uno de los primeros programas colectivos de erradicación emprendidos con penicilina y la dosis de este antibiótico utilizada es mucho menor que la empleada en otras campañas. A fines de 1953, se había administrado penicilina a 2,613,000 personas en una población total de 3,112,000 habitantes, lo que representa que el 84% de la población había recibido tratamiento. Los resultados obtenidos han sido sumamente alentadores y ya se vislumbra la erradicación de la enfermedad. Ahora se estudia la posibilidad de utilizar los equipos que realizan las visitas de casa en casa a otras finalidades, como la vacunación antivariólica y el control de mosquitos. El factor común de estos tres programas es la visita a domicilio. Teniendo en cuenta que el transporte hasta las casas visitadas representa una gran parte del costo de la campaña, se ha sugerido que si se utilizara el personal para otras actividades, no sólo se realizarían economías, sino que además se podría acelerar la conclusión de la campaña contra la frambesia.

IV. Información pública

En una sección posterior se hace referencia más detalladamente a la labor de información pública de la Oficina. Es alentador observar el aumento de actividades en esta esfera, pero hay que tener en cuenta que existe un límite definido a lo que la Oficina puede y debe hacer. Los esfuerzos de la Oficina sólo pueden ser complementarios de la labor que realizan en los propios países las administraciones, organizaciones e individuos interesados. Solamente de esta manera puede lograrse una satisfactoria difusión de información pública sobre las actividades de la Oficina. En tales circunstancias, la Oficina podría rendir excelentes



El Dr. Brock Chisholm, primer Director General, y el Dr. M. G. Candau, segundo Director General de la Organización Mundial de la Salud, en la Sexta Asamblea Mundial de la Salud

servicios mediante el suministro de esquemas informativos y publicaciones, etc., que puede hacerlo muy bien, ya que dispone de todos los datos y cifras recopilados en el curso de su labor. Este servicio centralizado resultaría, además, más económico que los que pudieran establecerse separadamente en muchos países diferentes.

Un acontecimiento interesante en los Estados Unidos ha sido la creación de un Comité Cívico pro Organización Mundial de la Salud. En 1953, se celebraron reuniones, muy concurridas, en Washington, Nueva York, Siracusa y San Francisco, esta última bajo los auspicios de las Secciones que se constituyeron en varias partes del país. Si en otros países se crearan comités para propulsar la sanidad internacional, se facilitaría con ello la difusión de información y se estimularía el interés del público.

V. Personal

Al cesar el Dr. Brock Chisholm en el cargo de Director General de la OMS, la Sexta Asamblea Mundial de la Salud eligió al Dr. M. G. Candau para ocupar dicho puesto. Aun cuando esto representaba para la Oficina la pérdida de su Subdirector, se acogió con agrado el nombramiento para el cargo principal en el campo de la sanidad internacional de un distinguido administrador de salud pública procedente de la Región. Este nombramiento puede considerarse como un testimonio más de que el movimiento de salud pública en la América Latina ha alcanzado mayoría de edad.

Durante la primera parte del año las funciones del Jefe de la División de Salud Pública fueron asumidas por el Subdirector, pero más tarde se nombró un nuevo Jefe. Sin embargo, el puesto del Dr. Candau estaba todavía vacante a fines de año.

En el Informe correspondiente a 1952, figuraba un resumen de la correspondencia cruzada con el Secretario de Estado en relación con el programa de investigación sobre la lealtad de los ciudadanos de los Estados Unidos empleados en organizaciones internacionales. En virtud de Ordenes Ejecutivas del Presidente de los Estados Unidos de enero y junio de 1953, se establecieron procedimientos para investigar la lealtad y la conveniencia de utilizar los servicios de ciudadanos de los Estados Unidos empleados, o que soliciten empleo, en organizaciones internacionales.

Este programa ha tenido notable repercusión en la labor de contratación de personal de la Oficina. Según se señaló en el Informe correspondiente a 1952, los nacionales de los Estados Unidos constituían más del 50% de los sanitarios técnicamente adiestrados disponibles en las Américas. En 1953, como resultado de la aplicación de este programa a la Oficina, no se contrataron ciudadanos de los Estados Unidos para empleo permanente. Los resultados a largo plazo de la continuación de esta situación repercutirán considerable y desfavorablemente en la labor de la Oficina. El hecho de no poder contar con su fuente más importante de contratación supone que los programas habrán de ser ejecutados con personal técnico más reducido que pueda ser contratado en países menos ricos en recursos de personal.

La contratación de personal debidamente calificado constituye una de las principales dificultades que se le plantean a la Oficina. El hecho de que una persona reúna condiciones que pueden ser suficientes para que realice una labor valiosa en su propio país, no supone necesariamente que esa persona sea adecuada para la labor internacional. Porque para la labor internacional no solamente se requieren las condiciones obvias de excelente preparación técnica y conocimiento de idiomas, sino que además hay que tener la predisposición y capacidad para adaptarse a nuevas circunstancias y culturas. También sería preferible poseer esa rara pero valiosa cualidad que se llama simpatía. Es necesario que la Oficina logre crear un cuerpo de personal que reúna esas cualidades.

Hemos de contar con hombres y mujeres de mérito en sus respectivas profesiones que se consagren a la consecución de los objetivos de la Organización. Habrán de considerar a las Américas como su campo de acción, a cada Gobierno como el suyo propio, y a cada país como su propio hogar. De este modo, la Oficina podrá ayudar mejor a los Gobiernos para que la sanidad progrese en las Américas y, al conseguir este progreso, beneficiar al mundo entero, ya que una mejora en una parte de él representa un provecho para el conjunto.

OFICINA DEL DIRECTOR

OFICINA DEL DIRECTOR

Según se señaló en el Informe Anual correspondiente al año 1952, la Oficina del Director tiene a su cargo la supervisión general del trabajo de la Oficina, así como las relaciones con los Gobiernos Miembros, con la Organización Mundial de la Salud y con otras organizaciones internacionales. En mayo, el Subdirector fué nombrado Director General de la OMS, y como la vacante no fué cubierta durante los restantes meses del año, el considerable volumen de trabajo del Director continuó como en 1952. Los puestos de Secretario General, y de Jefes de las Divisiones de Educación y Adiestramiento y de Administración estuvieron cubiertos durante todo el año. En el mes de agosto se nombró un nuevo Jefe de la División de Salud Pública.

En el curso del año, el Director realizó visitas oficiales a los siguientes países: Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Guatemala, Haití, Jamaica, México, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela, así como a varias ciudades de los Estados Unidos de América. También se trasladó a la sede de la OMS en Ginebra para participar en una reunión de Directores Regionales y asistir a la Undécima Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS. Posteriormente visitó a Londres, donde además de tratar de cuestiones relativas a los territorios dependientes en las Américas, de los cuales es responsable el Reino Unido, participó en reuniones científicas. En calidad de consultor, asistió en el mes de septiembre, al Seminario Africano sobre Fiebre Amarilla, patrocinado por la Oficina Regional de la OMS para Africa, y a la Segunda Reunión del Comité de Expertos sobre Fiebre Amarilla, reuniones ambas que tuvieron lugar en Uganda.

La administración general de la Oficina comprendió nuevas decisiones relativas a la delegación de responsabilidades a las Oficinas de Zonas. Se progresó en la formulación de planes de trabajo para las Oficinas de Zona y la Sede. En las reuniones de la Junta Administrativa y Representantes de Zona se formularon y examinaron las normas de funcionamiento.

Se adoptaron medidas para mejorar los procedimientos para la cooperación con otras organizaciones internacionales, especialmente con el UNICEF.

La Oficina del Director participó en reuniones de Comités de los cuerpos directivos, a saber, el Comité Permanente para la Revisión de la Constitución y el Subcomité Permanente de Edificios y Obras, así como en reuniones de los comités internos de la Oficina, tales como los de Revisión de Contratos, Exposiciones, Biblioteca, Programas y Presupuestos, Informes y Selección de Personal.

Oficina de Coordinación

Dada la complejidad de las situaciones propias de la preparación y puesta en práctica del programa de campo relativo a los servicios de asesoramiento a los gobiernos, la coordinación en el seno de la Oficina y con los organismos que cooperan en esa labor, es una necesidad vital. En la Oficina del Director existe una unidad especial que le asiste, al igual que a otras oficinas, a preparar declaraciones de principios de orientación y procedimientos de coordinación interna y entre organismos. Esta unidad recopila también informaciones y provee a los servicios que facilitan, apoyan y fomentan la coordinación entre la Sede y las Oficinas de Zona, responsables del Programa de Campo.

En la preparación y ejecución de los programas es necesario realizar un cierto número de gestiones que incumben a varias oficinas. El éxito en la ejecución del Programa de Campo depende de una exacta descripción de los objetivos, de una clara comprensión de lo que se ha de hacer, de sus efectos y de las responsabilidades que entraña. Debido a que muchas de las gestiones dependen unas de otras, tienen que coordinarse, si es que han de alcanzar su propósito.

Por ejemplo, esta Oficina, de conformidad con el procedimiento aprobado por todas las Divisiones, prestó servicios de asistencia y coordinación para la preparación del programa y presupuesto, por medio de: (a) la reproducción de las propuestas de las Oficinas de Zona y su distribución a los servicios técnicos para su estudio; (b) la asistencia en la revisión de los requisitos para continuar los programas, transmitiendo los planes revisados a la División de Administración para la determinación de los costos; (c) la asistencia prestada a las divisiones técnicas en la revisión de nuevas propuestas, proporcionando documentos de

trabajo que muestran su distribución por temas, prioridades provisionales, y preparación de la lista final de prioridades que se recomienda al Director; y (d) la asistencia prestada a los servicios técnicos en la preparación y comprobación de la parte narrativa de los programas, a fin de que haya uniformidad en la presentación y estén en consonancia con los planes presupuestarios.

En relación a los programas de campo que ya están en curso de ejecución, la Oficina de Coordinación lleva un registro de ellos y está encargada de proporcionar información corriente sobre la situación de cada programa a todas las oficinas, ayudándolas a coordinar sus esfuerzos a fin de evitar demoras y de asegurar el desenvolvimiento ordenado de cada programa. La Oficina mantiene también un registro de las solicitudes recibidas de los gobiernos y es responsable de prestar asistencia en la preparación de acuerdos relativos a los programas; de determinar el momento en que deberán presentarse a la firma de los gobiernos, de notificar a la Oficina de Presupuestos cuando se necesita una asignación de fondos, y de comunicar a la Oficina de Personal cuando se ha firmado el programa, a fin de que pueda proceder a la contratación de personal. La Oficina tiene un registro de los proyectos adicionales con las prioridades fijadas por las divisiones técnicas, de manera que los nuevos programas se puedan iniciar inmediatamente en el caso de que haya fondos remanentes disponibles.

La necesidad esencial de este tipo de coordinación ha quedado bien ilustrada, durante el año, en el caso del Programa de Asistencia Técnica. El período anterior a 1953 fué de intensa preparación de proyectos, elaborándose un programa de \$2,500,000 aproximadamente, para 1953, con el objeto de estar preparados si se presentaban los esperados aumentos de los fondos de Asistencia Técnica. El hecho desagradable de que las cantidades prometidas para 1953 no representarían un aumento substancial sobre las de 1952, y de que el atraso en el pago de las cuotas diera lugar a una escasez de fondos para sufragar los gastos de ejecución, produjo una situación que impuso una revisión a fondo del programa en una serie de etapas. El programa completo se revisó entre los meses de enero y abril. Se aplazaron todos los proyectos de Asistencia Técnica que no se habían comenzado aún o para los cuales no se hubieran contraído compromisos en firme. El costo estimado de estos proyectos se elevaba a más de \$1,000,000. Los proyectos restantes se revisaron a fin de reducir su importe. De éstos, algunos fueron transferidos al Programa Ordinario de la OMS, reemplazando proyectos aplazados con este propósito, mientras otros eran absorbidos por la Oficina Sanitaria Panamericana con los fondos disponibles a causa de las demoras ocurridas en el comienzo de otras partes de su programa. El estado de caja del Programa de Asistencia Técnica empeoró aún más en el mes de agosto y hubo necesidad de revisar nuevamente los proyectos de Asistencia Técnica que estaban en ejecución con el fin de suprimir el personal, los suministros o las becas para los cuales no se hubieran hecho nombramientos, órdenes o concesiones de carácter definitivo. Así pues, en el año 1953 hubo necesidad de llevar a cabo una revisión y planificación coordinada casi constante entre la Sede y las Oficinas de Zona, con objeto de mantener un programa equilibrado e integrado, prescindiendo del origen de los fondos.

Hacia fines de 1953 la Junta de Asistencia Técnica adoptó un plan para estabilizar los programas futuros, estableciendo una reserva substancial y limitando los compromisos futuros de los organismos participantes. Esta medida disminuyó aún más la asignación de fondos de Asistencia Técnica para el año siguiente. Por lo tanto, en diciembre hubo necesidad de preparar una nueva lista de proyectos de Asistencia Técnica que debían ser transferidos al Programa Ordinario de la OMS, substituyendo a otros proyectos que estaban señalados para comenzar. De modo que el programa planeado por Asistencia Técnica para llevarse a efecto durante 1953 en las Américas por un valor de \$2,500,000, en cifras redondas, se redujo a una operación por valor de \$800,000 aproximadamente y con la perspectiva de contar solamente con unos \$400,000 para los programas de 1954. No obstante, se espera una mayor estabilización de la planificación en el futuro, de modo que la Oficina invierta menos energías en la planificación urgente de programas de corta duración y dedique más esfuerzos a la planificación más coordinada y a largo plazo.

La Oficina actúa como centro de información dentro de la OSP para el Programa de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas, el Programa de Cooperación Técnica de la OEA, el UNICEF, y para los otros organismos que cooperan en esta materia. También presta su asistencia y estimula el desarrollo de orientaciones claras para la cooperación con otros

organismos. De hecho, uno de los objetivos de la Oficina ha sido el de estimular una planificación conjunta a largo plazo con el UNICEF, tomando la Organización la iniciativa en lo que se refiere a la asistencia prestada a los gobiernos para planear una sólida estructura de los servicios sanitarios, en cuyo apoyo pudieran utilizarse los programas individuales llevados a cabo con la asistencia de la OMS y el UNICEF.

Oficina de Información Pública

Un público informado es indispensable para la prosecución más eficaz de los programas de salud pública. El conocimiento de la utilidad y eficacia de una organización sanitaria es un requisito previo para su mejor utilización. Esto es tan cierto en el terreno internacional como en un país individual. De conformidad con este principio, una unidad especial de la Oficina ha seguido difundiendo informaciones sanitarias y dando publicidad a las actividades de la Organización. Esta labor se llevó a cabo de la siguiente manera:

En 1953, se hizo mayor uso de las exposiciones, especialmente como centros para la diseminación de literatura e información relativa a la Oficina y a la Organización Mundial de la Salud. Se prepararon exposiciones permanentes para todas las Oficinas de Zona, a excepción de una de ellas. Destinadas a usos múltiples son de poco peso, fuertes y fáciles de transportar. Las representaciones gráficas y los textos se pueden cambiar y las exposiciones pueden ampliarse fácilmente de manera que se puedan utilizar en las reuniones y conferencias que se celebren en cada Zona.

Una de las exposiciones principales fué la que se presentó en la Conferencia de la Junta Cívica Nacional pro OMS, celebrada en Washington en abril, y que se trasladó luego al vestíbulo principal de la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, donde ha quedado como exposición permanente a la vista de varios miles de personas cada día. Otra de ellas fué la esmerada exposición que se preparó para el VII Congreso Internacional de Pediatría celebrado en La Habana en octubre, donde se la premió con una medalla de oro.

La reproducción de la edición inglesa del Noticiero fué transferida de Washington a Ginebra a fin de ahorrar gastos de impresión. Las ediciones se preparan ahora con suficiente antelación a la fecha de publicación, para dar tiempo al envío por correo ordinario de las ediciones inglesa y francesa de Ginebra a Washington, para su distribución. Da tiempo también para traducir el Noticiero al español y portugués, imprimirlo y remitirlo a la América Latina en el mismo mes en que se publica el número. De esta manera se aumenta el valor de la publicación para la América Latina y se elimina en Washington la perpetua premura de tratar de publicarlo a tiempo.

Se expidió, en español y portugués, un número superior al de años anteriores, de comunicados de prensa redactados originalmente en inglés. En 1953, se ampliaron las listas de personas que reciben los comunicados en todas las Américas, ya sea por solicitud directa, o bien por indicación de los Representantes de Zona.

El Centro de Información de las Naciones Unidas en Washington consiguió que se restableciera el servicio de teletipo entre la Sede de las Naciones Unidas y la Oficina, servicio que se comparte con el Servicio de Información de Estados Unidos y con varias oficinas de los Organismos Especializados de las Naciones Unidas en Washington. De interés especial fué la transmisión de comunicados de la OMS procedentes de Ginebra, los que se relacionan con el UNICEF y Asistencia Técnica, y otros sobre asuntos sociales, económicos y de personal de las Naciones Unidas. Este es un canal de recepción, para recibir mensajes únicamente, pero a una tercera parte del coste anterior.

Las Naciones Unidas y la Voz de América continuaron sus transmisiones regulares de información sobre la OSP y la OMS, recibándose una gran cantidad de correspondencia de los radioescuchas, especialmente de la América Latina. La mayor parte de ella se remite a esta Oficina para su contestación.

Numerosas estaciones de radio y algunas de televisión utilizaron material tomado del Noticiero y de los comunicados de prensa para sus programas de noticias, y ocasionalmente para los programas de información general. El primer programa de televisión que se transmitió en el área de Washington fué suministrado por esta oficina y transmitido por una estación de Baltimore el 25 de diciembre.

El número de solicitudes para conferenciantes aumentó en 1953. El mayor número de ellas procedía de Estados Unidos y Canadá, aunque también aumentaron las solicitudes de

las Oficinas de Zona. El personal de la Oficina y varios antiguos empleados que demostraron un marcado interés y una gran comprensión de la labor que rinde la Organización, cumplieron una serie de compromisos de conferencias. En estas reuniones se distribuyó material impreso y después de las conferencias se recibieron numerosas solicitudes por escrito de información complementaria. La Oficina mantiene ahora una larga y creciente lista de conferenciantes.

El beneficioso aumento en las peticiones de información que se ha producido, en especial procedente de la América Latina, ha convertido su tramitación en un trabajo considerable de la Oficina. Las secciones técnicas de la Oficina cooperaron en la recopilación del material necesario para las respuestas y se utilizaron plenamente los servicios de la biblioteca. Con frecuencia se usaron cartas circulares y literatura impresa, pero muchas de estas indagaciones requerían atención individual. El número de comunicaciones remitidas por Ginebra, las Naciones Unidas, los Servicios de Salud Pública y los Centros de Información de las Naciones Unidas, mostró un incremento análogo. Esto se hizo particularmente visible a continuación de actos importantes y de la conmemoración del Día de las Naciones Unidas y del Día Mundial de la Salud, o después de exposiciones y disertaciones.

La Oficina recibió de organizaciones cívicas y comités, grupos educativos, organismos gubernamentales, etc., mayor demanda que en años anteriores de material impreso y de otras formas de asistencia en conexión a la celebración del Día Mundial de la Salud. El Día, o más bien la semana entera en que ocurrió, se celebró con mayor amplitud que en años anteriores.

La Junta Cívica Nacional pro OMS llevó a cabo una entusiasta reunión de tres días en Washington, a la que asistieron unas 3,000 personas. La Oficina presentó una importante exposición, distribuyó material impreso, amplió la lista de destinatarios del Noticiero, organizó disertaciones y proporcionó una película y diapositivas para el programa.

Durante la Sexta Asamblea Mundial de la Salud y la Duodécima Reunión del Consejo Ejecutivo, se enviaban diariamente resúmenes de ambas sesiones por cable a Nueva York y Washington, a tiempo para ser despachados en Washington el mismo día de la reunión a que se referían, aumentando así su valor periodístico para la prensa americana y las agencias de noticias.

Los informes de la VII Reunión del Consejo Directivo, basados en los comunicados de prensa de la Oficina, se publicaron extensamente y siguieron apareciendo durante varios meses en diferentes revistas.

Se registró un aumento en el número de solicitudes enviadas por Asociaciones pro Naciones Unidas de Norte y Sur América, que pedían materiales relativos a la OMS con el fin de utilizarlos durante la celebración del Día de las Naciones Unidas. Las cartas que se recibieron de estas asociaciones declaraban que consideraban a la Organización Mundial de la Salud como el organismo más útil de las Naciones Unidas y que deseaban darle la mayor publicidad posible. Las solicitudes excedieron la cantidad de literatura disponible.

El sistema de utilizar otras organizaciones internacionales, gubernamentales y no gubernamentales, para la distribución de grandes cantidades de material informativo de la Oficina, ha seguido empleándose. La Junta Cívica Nacional pro OMS es una nueva colaboradora de gran valor. Se prepararon listas de ciudadanos, de todo el Continente, que estaban dispuestos y deseosos de colaborar organizando reuniones, tomando la palabra ante distintos grupos o en la radio, y distribuyendo material impreso. Un creciente número de Asociaciones de las Naciones Unidas ofrecieron su ayuda. La Oficina colabora con todas ellas.

Unos recortes de publicaciones suministrados casualmente por la biblioteca, miembros del personal, Representantes de Zona y distintas personas, indican un aumento de la difusión de las informaciones de la OMS y la OSP. Algunas revistas del Hemisferio dedican, con regularidad, espacio a las informaciones de la OSP y la OMS, sacadas de los comunicados de prensa y del Noticiero.

Durante todo el año se registró un aumento de peticiones de información general y específica, de películas y diapositivas seriadas, de exposiciones y de conferenciantes, así como de personas que deseaban recibir el Noticiero y los comunicados de prensa.

Todas las indicaciones señalan un creciente conocimiento por parte de grandes grupos y círculos de las Américas, de la existencia de la Organización Mundial de la Salud y de la Oficina Sanitaria Panamericana, y de sus objetivos generales y utilidad. Aun hay mucho que hacer antes que el ciudadano corriente se dé cuenta de que realmente existe una organización sanitaria internacional a la que pertenece su Gobierno, y que está ayudando a conservar o mejorar su salud. Sin embargo, se ha empezado bien.

OFICINA DEL SECRETARIO GENERAL

La función principal del Secretario General es la de ayudar al Director a mantener relaciones con los cuerpos directivos de la Organización Sanitaria Panamericana y con los Estados Miembros. Organiza las conferencias y otras reuniones (Apéndice I, Tabla 1) y luego da cumplimiento a sus decisiones. Se encarga de que todas las decisiones sobre orientación general sean transmitidas a las Autoridades Sanitarias de los Estados Miembros para que tomen las medidas correspondientes, y a la Oficina, Divisiones y Zonas. Además, suministra a las Autoridades Sanitarias la información y documentación relativa a las reuniones y resoluciones, como por ejemplo las reuniones del Comité Ejecutivo y la VII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana (V Reunión del Comité Regional de la OMS), celebrada en Washington, D. C., en 1953. Otra importante reunión en la cual el Secretario General desempeñará funciones análogas es la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana que tendrá lugar en Santiago de Chile, en el otoño de 1954.

Es por mediación de esta Oficina que se transmiten informaciones científicas a los médicos en relación a los nuevos adelantos en asuntos tales como los isótopos radiactivos. Se mantiene contacto con la Comisión de Energía Atómica de Estados Unidos de manera que pueda interpretar sus estatutos y reglamentos a los Miembros por los cuales la Oficina actúa de Representante. Estos países son: Brasil, Bolivia, Chile, Guatemala, México, Perú, Uruguay y Venezuela.

A solicitud de las autoridades sanitarias y, en ocasiones, de trabajadores sanitarios, se les suministró información científica, reimpresos, Informes Técnicos de la OMS y otras publicaciones, por mediación de los Representantes de Zona.

La organización de discusiones técnicas en la VII Reunión del Consejo Directivo constituyó una importante actividad. Bajo el tema general de "Programas de Nutrición en los Servicios de Salud Pública", se celebraron discusiones acerca de los informes recibidos prácticamente de todos los Estados Miembros sobre los problemas de nutrición en sus relaciones con el bocio endémico y la policarencia infantil (Kwashiorkor); métodos para el estudio de los problemas de nutrición de un país; y la nutrición en los programas de salud pública. Estos informes constituyeron una contribución tan valiosa a la literatura sobre el tema que se convino con el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos su publicación simultánea en español e inglés*.

Se señalaron a los Gobiernos las distintas reuniones sanitarias y médicas y con frecuencia se facilitaron las gestiones de viaje. Como ejemplo de estas reuniones, se pueden citar: la Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad, la Sección Sur de la Asociación Americana de Salud Pública, y la Comisión Sanitaria Fronteriza Tripartita de Bolivia, Chile y Perú. También se prestó asistencia a los participantes en el programa de la OEA para el personal del Departamento de Asuntos Extranjeros.

Las reuniones y conferencias son esenciales para formular una política respecto del programa y para dar instrucciones adecuadas al Director. El atender a los servicios de las conferencias es una parte importante de la labor de la Oficina. Se proporcionaron estos servicios a las tres reuniones del Comité Ejecutivo y a la Reunión del Consejo Directivo (Reunión del Comité Regional), que se celebraron en Washington durante el año. La información detallada aparece en la Tabla 1 (Apéndice I).

También se proporcionaron servicios de conferencia a:

- 1) La IV Reunión del Consejo del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (Guatemala, diciembre de 1953).
- 2) La Conferencia Regional de Educación Sanitaria (México, D. F., septiembre de 1953).

El número de documentos preparados para las reuniones de la Organización, el Consejo del INCAP, y el Comité Permanente de Revisión de la Constitución de la OSP, aparece en la Tabla 2 (Apéndice II). Esta tabla también incluye algunas indicaciones sobre el número de traducciones que exigieron las reuniones.

*Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana; Vol. XXXVI, No. 3; pág. 251 a 287, marzo de 1954.

Public Health Reports; Vol. 69; No. 3; pág. 277 a 287; marzo de 1954..

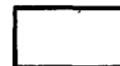
ASISTENCIA A LAS REUNIONES DEL CONSEJO DIRECTIVO COMITE REGIONAL DE LA OMS

PAISES MIEMBROS	REUNIONES						
	I BUENOS AIRES 24 SEPT - 2 OCT 1947	II MEXICO, D.F. 8-12 OCT 1948	III LIMA, PERU 6-13 OCT 1949	IV C. TRUJILLO 25-30 SEPT 1950	V WASHINGTON, DC 24 SEPT - 3 OCT 1951	VI HABANA, CUBA 15-24 SEPT 1952	VII WASHINGTON, DC 9-19 OCT 1953
ARGENTINA							
BOLIVIA							
BRASIL							
CHILE							
COLOMBIA							
COSTA RICA							
CUBA							
ECUADOR							
EL SALVADOR							
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA							
FRANCIA							
GUATEMALA							
HAITI							
HONDURAS							
MEXICO							
NICARAGUA							
PAISES BAJOS							
PANAMA							
PARAGUAY							
PERU							
REINO UNIDO							
REPUBLICA DOMINICANA							
URUGUAY							
VENEZUELA							

PRESENTE



AUSENTE



ASISTENCIA A LAS REUNIONES DEL CONSEJO DIRECTIVO COMITE REGIONAL DE LA OMS

OBSERVADORES	R E U N I O N E S						
	I BUENOS AIRES 24 SEPT - 2 OCT 1947	II MEXICO, D.F. 8-12 OCT 1948	III LIMA, PERU 6-13 OCT 1949	IV C. TRUJILLO 25-30 SEPT 1950	V WASHINGTON, D.C. 24 SEPT - 3 OCT 1951	VI HABANA, CUBA 15-24 SEPT 1952	VII WASHINGTON, D.C. 9-19 OCT 1953
CANADA							
ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES							
COM. ECONOMICA PARA LA AMERICA LATINA							
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD							
ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS							
UNICEF							
NACIONES UNIDAS							
UNESCO							
ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO							
ORGANIZACION PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACION							
ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES							
AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS							
ASOCIACION MEDICA MUNDIAL							
BIOMETRIC SOCIETY							
CONFEDERACION MEDICA PANAMERICANA							
CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS							
FEDERACION MUNDIAL DE ASOCIACIONES PRO NACIONES UNIDAS							
FEDERACION MUNDIAL DE HIGIENE MENTAL							
LIGA DE SOCIEDADES DE LA CRUZ ROJA							
UNION INTERNACIONAL CONTRA EL CANCER							
UNION INTERNACIONAL CONTRA LAS ENFERMEDADES VENEREAS							
UNION INTERNACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS							
ASOCIACION INTERNACIONAL DE PEDIATRIA							
SOCIEDAD INTERNACIONAL PARA EL BIENESTAR DE LOS FISICAMENTE IMPEDIDOS							
FEDERACION INTERNACIONAL DE HOSPITALES							
FEDERACION INTERNACIONAL DE ODONTOLOGIA							

PRESENTE



AUSENTE



Aparte del tiempo dedicado a estas actividades, la Unidad de Traducciones llevó a cabo una pesada labor (8,240 páginas), afortunadamente bien distribuída en el curso del año. La parte principal de esta labor consistió en la traducción de material para las publicaciones periódicas de la Organización, el Noticiero de la OMS, la Crónica de la OMS y el Boletín de la OSP. La preparación de la documentación para las conferencias implica mucho trabajo adicional.

La publicación del Calendario Mensual de Reuniones Internacionales Seleccionadas (en español e inglés) continuó como un servicio que se presta tanto a las autoridades de salud pública como a las instituciones públicas y privadas de la Región de las Américas; la circulación del Calendario aumentó de 250 ejemplares mensuales en 1952 a 400 ejemplares en 1953.

Se solicitó de la Oficina, por mediación de los Ministerios de Salud Pública, que anunciara a todos los Gobiernos Miembros la celebración de los siguientes congresos: Segundo Congreso Panamericano de Medicina Veterinaria (São Paulo, abril de 1954); Primer Congreso Especial Panamericano de Ciencias Veterinarias (México, D. F., mayo de 1954); y Primer Congreso Peruano de Salud Pública (Lima, noviembre de 1953).

La publicación del Boletín es una de las actividades más antiguas y más importantes de la Oficina. Es función del Secretario General supervisar la Sección Editorial que publica, en forma de revista, el Boletín de la OSP y la Crónica de la OMS en español. En 1953, se publicaron dos volúmenes del Boletín y por primera vez hubo un suplemento especial. Cada número del Boletín mensual, en la medida de lo posible, se dedicó a temas tales como la tuberculosis, educación sanitaria, control de insectos, enfermería, treponematosi y zoonosis. El suplemento publica los "Artículos Científicos del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá", y su costo de impresión estuvo a cargo del INCAP, proporcionando la Oficina los servicios editoriales. La Sección Editorial también edita, imprime y distribuye todas las publicaciones técnicas de la Oficina. (Véase una lista completa en el Apéndice III, Tabla 3).

Se concertó un acuerdo de trabajo para dar más amplia divulgación tanto a los artículos seleccionados que publica en inglés y francés el Bulletin de la OMS como a los artículos que aparecen en español en el Boletín de la OSP. Algunos artículos publicados en español en el Boletín de la OSP fueron traducidos al inglés y francés para el Bulletin de la OMS.

En todas las actividades de la Organización, la biblioteca desempeña un papel importante. Proporciona a las Oficinas de Zona los libros y el material informativo que necesitan para los programas de campo. Además, durante el año se enviaron fotograbados y microfílm a los trabajadores sanitarios de la América Latina. Se suministraron colecciones especiales de libros de consulta y otros materiales a las zonas para utilizarlos en los seminarios. Se enviaron tarjetas de catálogo apropiadas a la Biblioteca Central de Ginebra y se prepararon otras para los libros que se añadieron a la biblioteca de Washington, así como también para los libros y folletos de las Oficinas de Zona. Se enviaron varios libros a las bibliotecas de facultades de medicina y al INCAP, suministrándose una lista de libros y revistas al Medical Library Association Exchange, en cumplimiento de una obligación contraída con el Exchange.

Tanto el personal de la Sede como el de las Oficinas de Zona solicitó que la biblioteca llevara a cabo una gran cantidad de investigación de referencias. Cabe citar, por ejemplo, la Reunión del Comité de Expertos en Oncocercosis para la que se necesitaron 200 referencias. Durante 1953, se hicieron circular más de 4,000 libros, folletos y revistas. Se terminó un inventario de la colección de libros y revistas. Se hace una constante revisión a fin de eliminar la duplicación. Las publicaciones de la biblioteca de Washington que no se necesitaban, muchas de las cuales existían también en otras bibliotecas de Estados Unidos, fueron enviadas a las Oficinas de Zona para su propio uso o para su distribución a bibliotecas de salud pública de la América Latina.

Esta oficina reunió material y preparó subsiguientemente los informes mensuales, trimestrales y anuales de la Oficina. Un "Grupo de Trabajo de los Informes", integrado por miembros de todas las Divisiones, ha estudiado los problemas relacionados con los informes de todas clases, esforzándose en mejorarlos.

DIVISIÓN DE ADMINISTRACIÓN

DIVISIÓN DE ADMINISTRACIÓN

A los programas de salud pública y educación, actividades principales de la Oficina, presta su ayuda la División de Administración, en lo que se refiere al suministro de materiales médicos y equipo, contratación, administración de los asuntos de personal y gestión presupuestaria y financiera.

El de 1953 fué un año de grandes realizaciones por parte de la División, a pesar de la influencia de importantes factores externos, como, por ejemplo, la reducción de fondos de Asistencia Técnica y los efectos del programa de lealtad del Gobierno de Estados Unidos de América, que obligaron a hacer ajustes en el programa de la Oficina. En lo que concierne a la División de Administración, estos ajustes se hicieron patentes en la escasez de personal calificado disponible para su contratación, y en las modificaciones de la planificación presupuestaria.

Desde 1951, la División se halla empeñada en un programa encaminado a desarrollar una organización más eficaz con un mínimo de personal adiestrado y de experiencia. A principios de 1953, ya esto se había logrado casi por completo. Se asignaron las funciones a los cuatro servicios principales de Gestión Administrativa y de Personal, de Finanzas y Presupuesto, de Suministros y de Servicios Generales. El programa, a pesar de no ser completo, ha dado lugar a reducciones sucesivas en el número de miembros del personal, que ha pasado de 129 en 1951 a 113 en 1952 y a fines de 1953 había 99 empleados en la División. La reducción de 14 puestos efectuada en 1953 representó ocho más de los que se habían previsto a principios de año. Estas reducciones se alcanzaron por medio de las renuncias normales del personal y la eliminación posterior de puestos vacantes no esenciales.

De acuerdo con la opinión del Consejo Directivo y en armonía con los fines de la descentralización, se realizaron cambios en el personal de la División de manera que se pudiera reducir el número de puestos conservando al mismo tiempo la eficiencia. Al hacer estos cambios, se prestó atención a las opiniones emitidas por los cuerpos directivos en relación al "ascenso del personal ya en servicio". Entre los resultados obtenidos se cuentan una simplificación de métodos, un personal más competente, una reducción de puestos, una elevación de la moral del personal y una disminución en la proporción de cambios continuos que ocurrían en el personal.

Esta labor continuará y se espera que para fines de 1954 el número de miembros del personal habrá alcanzado un total de 89 puestos, que es el mínimo que se considera compatible con el actual programa y presupuesto de la Oficina.

La compilación de informaciones para el presupuesto, la preparación ulterior de éste y, en todo momento, la administración de los fondos, son de primordial importancia para la Oficina.

En 1953, el programa de descentralización tomaba medidas para el traslado de muchas funciones a las oficinas de campo. Un Comité de Trabajo que estudia los procedimientos presupuestarios y la asignación de partidas recomendó que se hicieran cambios en la preparación y presentación del presupuesto y que se mejoraran las prácticas financieras por medio de la descentralización, asumiendo las oficinas de campo la responsabilidad de la preparación inicial del presupuesto de los programas. Se sugirieron cambios en la forma de presentación del documento presupuestario que producirían economías, tanto en el tiempo de preparación como en el coste de impresión del presupuesto. A solicitud de la Oficina de Ginebra, el Director puso en conocimiento del Director General de la OMS la esencia de las recomendaciones del Comité en relación a la presentación del presupuesto. Se aceptó y actualmente se encuentra en aplicación un método simplificado para asignar los fondos y controlar los gastos correspondientes a servicios de personal, subsidios y primas.

La descentralización de funciones en favor de las oficinas de campo ha resultado económica por otras razones. El pago de los gastos de viaje, los subsidios del personal de proyectos y las primas de instalación pasaron a ser responsabilidad de las oficinas de campo. Más adelante, la responsabilidad correspondiente a la nómina de la OMS se transfirió de la Oficina de Ginebra a la Oficina de Washington, y de ésta pasó a las oficinas de campo. Como resultado de estos cambios, la fuente directa de los fondos está tan cerca como es posible del lugar donde desempeña sus funciones el personal destacado en las oficinas de campo. En 1954, se llevará a efecto la descentralización de la responsabilidad relativa a las

asignaciones de los programas, que pasará a las oficinas de campo. Dicho cambio permitirá que éstas lleven un control inmediato y eficaz de todos los fondos que tienen bajo su responsabilidad.

Se ha discutido un nuevo método para el pago de la subvención a los becarios, muchos de los cuales viajan de un punto a otro sin tener frecuentemente señas fijas a donde se pueden remitir los cheques. No pocas veces estos cheques se atrasaron o se enviaron a una dirección equivocada, dejando al interesado sin fondos. Con arreglo al nuevo método, se entrega al becario una carta de crédito, que le permite retirar fondos a intervalos regulares en cualquier banco de cualquier ciudad.

En el informe del Auditor Externo correspondiente a 1952, se recomendaba que la administración de los fondos de la Oficina pasara del Tesorero de la Unión Panamericana al Director de la OSP. Esta práctica se fundaba en lo dispuesto en el Artículo LX del Código Sanitario Panamericano, según el cual el Tesorero de la Unión Panamericana recibía los fondos recogidos de los Gobiernos Miembros para las actividades de la Oficina. En 1953, se transfirió al Director la responsabilidad de la administración completa de los fondos, proporcionando así el control directo y la información inmediata tan necesarios para una buena administración.

La necesidad de reembolsar a los individuos el pago del impuesto sobre la renta que exige el Gobierno de Estados Unidos ha dado lugar a problemas administrativos largos y de consideración. Este problema fué resuelto satisfactoriamente por la Oficina pagándole al interesado, durante el año en el cual su renta estaba sujeta a impuesto, la parte del impuesto que se consideraba que constituía una obligación a cargo de la Oficina. Aunque este sistema ocasionará un aumento en los pagos de la Oficina durante 1954, éste se compensará en años futuros puesto que evitará el tener que pasar la obligación pendiente a nuevos presupuestos. Este sistema simplificado fué adoptado posteriormente por la Sede de la Organización Mundial de la Salud para aplicarlo en todo el mundo.

En todo el campo de gestión económica, se ha prestado atención especial a la simplificación de métodos. En 1953, se introdujo la contabilidad a máquina y toda la nómina se produjo mecánicamente. A medida que se haga efectiva la descentralización de la nómina, las maquinas podrán hacer otros trabajos.

El efecto total de la congelación de los fondos de Asistencia Técnica tiene repercusiones que exceden de las simplemente financieras. Las reducciones iniciales, seguidas de varios ajustes, obligaron a hacer frecuentes revisiones de la situación financiera corriente y de la preparación de presupuestos. De mayor importancia fué la necesidad de dejar disponibles nuevos fondos de la OMS para sufragar los programas de Asistencia Técnica. Esta nueva asignación de fondos se llevó a cabo gracias a un atento análisis de la situación financiera y a la aplicación de estrictas economías. En contraposición a lo dicho se puede prever una mayor estabilidad en 1954.

La Resolución XXIX de la V Reunión del Consejo Directivo autorizó a la Oficina Sanitaria Panamericana a actuar en calidad de agente de compras de los Gobiernos Miembros. Aunque la Oficina presta este servicio a través de su Oficina Administrativa, ya establecida, se hace un pequeño cargo para cubrir el inevitable coste adicional del personal. Ni frías estadísticas ni declaraciones positivas acerca de las actividades cumplidas, pueden dar una idea exacta de los servicios prestados por la Oficina.

Las compras comprenden materiales tan diversos como lo son los animales de laboratorio, vacunas, equipo de hospital, camiones, insecticidas, bombas, cañerías de acero, isótopos radiactivos y oro coloidal. Con frecuencia, el acto de efectuar la compra es la parte más sencilla de una transacción. Las averiguaciones que se hacen en el mercado para conseguir el mejor precio, el examen de las especificaciones, la prueba de las muestras y materiales, la obtención de licitaciones y de permisos de exportación, así como el embarque de los materiales, constituyen un servicio mayor que la compra propiamente dicha.

En 1952, el volumen de compras en dólares aumentó intensamente sobre el de los años anteriores. Dicho aumento fué ocasionado por el hecho de que había pocos suministros de insecticidas y de que era difícil para los distintos países obtener permisos de exportación en los Estados Unidos. La Oficina, con sus amplias fuentes de suministro y su permiso ilimitado de exportación, pudo obtener una gran cantidad del material que necesitaban los Gobiernos Miembros. La atenuación de la rígida reglamentación de la exportación y el

desarrollo de fuentes de suministro en otras partes del mundo, han hecho que la compra de insecticidas estadounidenses volviese ahora de nuevo a un nivel más normal.

El cálculo de precios constituye una gran parte de los servicios prestados, y comprende en muchos casos hasta la preparación detallada de especificaciones para el usuario y para los posibles vendedores. Por ejemplo, en 1953 las compras ascendieron a un total de un millón y medio de dólares. Sin embargo, se proporcionó a los Gobiernos Miembros cálculos de precios que representaron otros dos millones y medio de dólares.

En 1953, se añadió otro servicio al establecerse en las Oficinas de Zona el de catálogos de referencia al objeto de suministrar informes fácilmente asequibles a los funcionarios interesados. A más de esto, la Oficina de Washington estableció una amplia biblioteca de catálogos y referencias comerciales que cubre todas las fuentes habituales de suministros.

Una de las fases más interesantes de la actividad de suministros, ha sido la compra y embarque de isótopos radiactivos y de oro coloidal. La Oficina ha sido reconocida por la Comisión de Energía Atómica, en virtud de un acuerdo específico, como representante de un cierto número de países para la adquisición, por su cuenta, de estos materiales. A menudo, la necesidad de éstos es extremadamente urgente y es preciso que se hagan trámites especiales a fin de que se pueda llevar a cabo el transporte del envío sin demora alguna. Otro factor a tener en cuenta en los trámites especiales a hacer es el material propiamente dicho. En algunos casos, como el del oro coloidal con su vida media de 56 horas solamente, los trámites se deben hacer con precisión cronométrica si el material ha de llegar a tiempo para ser empleado.

En 1953, se hicieron varios embarques de vacunas que se necesitaban urgentemente para combatir brotes epidémicos. En uno de estos casos, la vacuna se encontraba a bordo del avión cuando todavía no habían transcurrido 20 horas desde la recepción de la petición cablegráfica.

En 1953, el tiempo promedio de entrega desde el momento que se recibía la requisición hasta la llegada del material se redujo a cuatro meses o menos en el 80% de todas las solicitudes.

Se espera que en 1954 se puedan realizar aún mayores economías en el importe de los artículos gracias a la creciente amplitud de las averiguaciones que se pueden hacer en los mercados, y a que el volumen de las actividades de gestión de compras aumentará a medida que los Gobiernos Miembros hagan mayor uso de los servicios que la Oficina está en condiciones de ofrecerles.

La contratación de personal calificado para los puestos técnicos continúa presentando muchas dificultades. El número de personas convenientemente calificadas para los programas de la Oficina es siempre inferior a la demanda. En lo que se refiere a los puestos administrativos, el problema es menos apremiante. Pero en ambos casos es posible, aunque difícil, hallar a los individuos calificados por medio de recomendaciones de carácter personal, de instituciones docentes y a veces, de las propias solicitudes de los interesados. De los cientos de personas cuyos méritos se examinan en el curso de un año, un porcentaje muy pequeño posee las condiciones mínimas para ser empleadas por la Oficina. Luego hay que hacer una amplia comprobación en lo que se refiere a competencia profesional, integridad personal y aptitud física. Desafortunadamente, con frecuencia algunos puestos esenciales han tenido que estar vacantes durante períodos prolongados, a falta de candidatos calificados.

Durante el año el programa de lealtad del Gobierno de Estados Unidos de América ha ejercido sobre la contratación de personal el más importante efecto individual. Por "Orden Ejecutiva", el Presidente de Estados Unidos exigió que todos los ciudadanos estadounidenses que estuvieran empleados, o en expectativa de ser empleados por una Organización Internacional se sometieran a una investigación y que se verificase su lealtad a los Estados Unidos. La carga de la prueba de lealtad, en estos casos, recae en el propio individuo, más que en el organismo que lo va a contratar, Mientras se aclara la situación de los interesados, transcurren plazos hasta de ocho meses. Por esta razón, el individuo que está seguro en el puesto que actualmente ocupa, siente pocos deseos de presentar una solicitud en la Oficina y de sufrir un período indefinido de indecisión en lo que se refiere a su futura situación. Por consiguiente, ha disminuído el número de profesionales interesados en ocupar un puesto en la Oficina.

Ha surgido otro problema con motivo de la promulgación por parte del Congreso de Estados Unidos, de la Ley McCarran Walter, en la que entre otras cosas se dispone que a las personas que no sean ciudadanas de Estados Unidos y que estén en posesión de visas permanentes (de inmigración) se les exigirá el pago del impuesto sobre la renta de Estados Unidos. Se ha determinado que los actuales miembros del personal que tienen visas permanentes recibirán el reembolso del pago de los impuestos, por considerarse que, si otro fuera el caso, se produciría una situación injusta. Sin embargo, los miembros del personal que soliciten visas permanentes en el futuro, o los poseedores de visas permanentes que acepten un cargo en la Oficina no se beneficiarán del reembolso del impuesto sobre la renta.

El término genérico "Servicios Generales" abarca una multiplicidad de actividades. La preparación de material de relaciones públicas, como exposiciones y carteles, la impresión del presupuesto y de documentos de las conferencias, la conservación de los edificios, el almacenamiento y salida de materiales administrativos, la disposición de los servicios de comunicación, la conservación y colocación de los archivos, y el servicio de viajes, forman parte del trabajo que se lleva a cabo.

En 1953, las obras principales fueron las que aprobó el Subcomité Permanente de Edificios y Obras. La más importante de ellas fué la instalación del sistema de aire acondicionado. Se realizó un cuidadoso estudio de las necesidades de ambos edificios y se prestó considerable atención a la conveniencia de las instalaciones, a los efectos de aumentar el valor global de los edificios. De mayor importancia era el hecho de que los dos edificios se habían mantenido anteriormente como entidades separadas y que se podía haber vendido uno de ellos sin afectar el valor del otro. Sin embargo, la instalación de sistemas separados en cada edificio, hubiera aumentado materialmente el importe del proyecto, y se decidió comprar un solo sistema para ambos edificios. La instalación estaba acabada antes que comenzara la temporada de calor en Washington y sus resultados sumamente provechosos se hicieron patentes inmediatamente en la producción de trabajo. También se aumentó el valor de la propiedad de la Oficina de otros modos, como por ejemplo mediante la instalación de un moderno ascensor y la mejora de la apariencia de los terrenos adyacentes.

DIVISIÓN DE SALUD PÚBLICA

DIVISIÓN DE SALUD PÚBLICA

La División de Salud Pública es responsable de las actividades de la Oficina en todas las cuestiones técnicas que se relacionan con la salud pública, incluso las referentes a la planificación, coordinación y dirección técnica de los Programas de Campo.

De conformidad con la política de descentralización, la mayor parte de las responsabilidades de la Oficina en la ejecución de proyectos ha sido transmitida a las Oficinas de Zona. La División aun es responsable, sin embargo, de los proyectos de naturaleza regional.

Además de llevar a cabo ciertas actividades técnicas centrales, por ejemplo, las que se refieren a epidemiología y estadística, la División se encarga de un sinnúmero de funciones importantes de la Oficina. Estas comprenden: (1) la recopilación de informaciones básicas sobre necesidades y recursos sanitarios para la planificación de programas, y asistencia a los gobiernos que la soliciten para el robustecimiento de sus servicios de salud pública; (2) participación en la elaboración de planes a largo plazo para la obra de la Organización; (3) revisión y aprobación de planes de actividades relativas a proyectos de campo, y asesoramiento técnico para la ejecución de los mismos; (4) coordinación de proyectos que abarcan más de una Zona; (5) formulación de métodos para la evaluación de los proyectos de salud pública; y (6) colaboración en el desarrollo de procedimientos perfeccionados para la realización de los programas.

La División se compone de una Oficina del Jefe y de tres Servicios: Fomento de la Salud, Enfermedades Transmisibles y Saneamiento del Medio.

El Servicio de Fomento de la Salud se encarga de las actividades que se relacionan con la administración y organización sanitaria, higiene materno-infantil, enfermería de salud pública, educación sanitaria, nutrición, higiene mental, y asuntos que se refieren a la atención médica y readaptación.

El Servicio de Enfermedades Transmisibles lleva a cabo las actividades que se relacionan con el control de la tuberculosis, las treponemosis y enfermedades parasitarias, y las otras enfermedades transmisibles, así como las de salud pública veterinaria. Unida a este Servicio, se encuentra la Unidad de Epidemiología y Estadística, a través de la cual la Oficina da cumplimiento a las responsabilidades que le fueron asignadas por el Código Sanitario Panamericano. Se suministra a las autoridades sanitarias de los Gobiernos Miembros "todos los informes disponibles relativos al verdadero estado de las enfermedades transmisibles propias del hombre, (notificar) las nuevas invasiones de dichas enfermedades, las medidas sanitarias que se han emprendido, y el adelanto efectuado en el dominio o exterminio completo de las mismas", así como "la estadística de morbilidad y mortalidad".

El Servicio de Saneamiento del Medio se encarga de la labor de la División que se relaciona con el saneamiento municipal y rural, viviendas y urbanismo, control de insectos, roedores y otros vectores, higiene de los alimentos y los aspectos de la higiene profesional que se refieren al ambiente.

En 1953, varios puestos profesionales permanecieron vacantes todo el año o durante parte de él. En agosto se nombró un Jefe de la División. Mientras el cargo estuvo vacante, el Subdirector, durante los primeros seis meses del año, y luego uno de los Jefes de Servicio, actuaron de jefes de la División. El hecho de que no se cubrieran todas las vacantes que había en los cargos profesionales ocasionó dificultades e impidió que la División cumpliera con todas sus responsabilidades. Dada la escasez de personal técnico, la División no pudo proporcionar todos los servicios de asesoramiento relacionados con la salud pública.

Ocho miembros del personal técnico visitaron 19 países con el fin de suministrar asistencia técnica a las Oficinas de Zona o al personal que trabaja en programas de campo o con el objeto de prestar los servicios de asesoramiento solicitados por los Gobiernos Miembros.

El personal técnico dedicó gran parte de su tiempo a celebrar entrevistas, no solamente con personas de todas partes del Hemisferio, sino de todas las partes del mundo. Se examinaron problemas comunes y se suministró información.

Además de asistir a las reuniones de los cuerpos directivos de la Organización, se solicitó de 12 miembros del personal técnico de la División que representaran a la Oficina en 16 ciudades y 39 conferencias y reuniones celebradas bajo los auspicios de organismos nacionales o internacionales, de naturaleza tanto privada como oficial (Véase Apéndice IV).

La División ayudó a mejorar las relaciones y a desarrollar actividades en cooperación entre la Oficina y varios organismos e instituciones no gubernamentales. Se mencionarán algunas de las más importantes.

La Oficina participó en los trabajos del subcomité de revisión del folleto "El Control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre" de la Asociación Americana de Salud Pública. Se formularon observaciones y sugerencias encaminadas a mejorar el texto relativo a varias enfermedades, que fueron aceptadas. La revisión final se hará durante la primera parte de 1954 y la nueva edición se imprimirá probablemente a principios de 1955.

Todos los materiales y fondos que pertenecieran a la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria (AIDIS) y que no hubieran sido transferidos anteriormente, fueron destinados a las oficinas de Washington, México y Brasil. Se firmó un acuerdo con la Asociación para emplear fondos del Presupuesto de la Oficina para la publicación de la Revista de la AIDIS.

Se entablaron relaciones estrechas con varios de los principales comités o subcomités del Consejo Nacional de Investigaciones de los Estados Unidos, y varios miembros del personal de los Servicios de Enfermedades Transmisibles y Saneamiento del Medio asistieron a las reuniones y participaron en los debates.

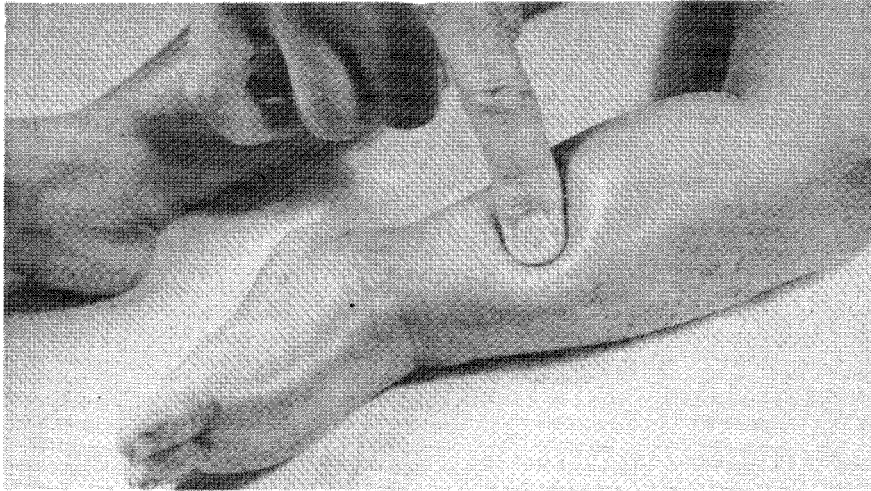
A la Oficina se le va conociendo mejor tanto como "el organismo sanitario central de coordinación" de los Gobiernos Miembros que como "centro general de recolección de informes sanitarios" procedentes de los Gobiernos y para dichos Gobiernos. Se reciben y contestan muchas solicitudes de los países en relación a una gran variedad de cuestiones técnicas, aparte de las que se refieren especialmente a los programas de campo en que ayuda la Oficina. Los miembros del personal también dedicaron tiempo a la preparación de trabajos científicos para ser publicados o para presentarlos en reuniones científicas. Se dedicó atención, asimismo, a la revisión de trabajos de salud pública sometidos para publicación, y también a la revisión técnica de la traducción al español de los informes de Comités de Expertos de la OMS publicados por la Oficina. En el Apéndice V se presenta una lista de los trabajos originales preparados por los miembros del personal.

El Código Sanitario Panamericano establece que la Oficina deberá, entre otras funciones específicas, suministrar ayuda técnica a los Gobiernos Miembros sobre administración y organización sanitaria y sobre cualquier rama de la medicina preventiva. La importancia de estas funciones fué destacada recientemente por el Consejo Directivo, cuando en su VII Reunión tomó una Resolución en que se aprueba el desarrollo de un plan de programas de salud pública a largo plazo, cuyo primer fin será "reforzar los servicios fundamentales de cada país para el fomento y la conservación de la salud de sus habitantes".

Se dirigió la atención hacia la integración en el programa general de salud pública de los programas especializados, que ya se están llevando a cabo. El realce que se ha dado al desarrollo de servicios coordinados de salud pública también resulta evidente en la planificación de programas para los años futuros. Hay proyectos de este tipo en ejecución en El Salvador, Panamá, Paraguay y Perú y se tienen planes para iniciar en 1954 los de Bolivia y la República Dominicana.

Se ha prestado esmerada atención al desarrollo de proyectos de higiene materno-infantil como parte de las actividades de los centros sanitarios ya en funcionamiento o como núcleo para el desenvolvimiento futuro de los servicios coordinados de salud pública. Se recalcó también la adopción de conceptos más amplios en relación a la higiene materno-infantil, a fin de evitar la limitación de las actividades desplegadas en este campo al desarrollo exclusivo de las clínicas de higiene materno-infantil. Estas clínicas deben convertirse en centros generales de salud que sirvan a toda la colectividad. Se examinaron y revisaron los acuerdos de proyectos y las listas de materiales y equipo de los programas de este tipo que hay en Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, México y Paraguay. Se llevó a cabo un estudio del proyecto de higiene materno-infantil de Colombia con miras a definirlo nuevamente, a fin de que se adapte mejor a las necesidades del país.

Se necesitan enfermeras de salud pública para casi todas las fases de los programas nacionales de sanidad. En esta Región, sin embargo, la situación varía en gran manera de un país a otro, en lo que se refiere a la cantidad y calidad de los servicios de enfermería. En un país no hay enfermeras que trabajen en los servicios organizados de salud pública; en otro, hay solamente dos enfermeras de salud pública. En otros, los servicios urbanos están bien organizados pero la enfermería en las zonas rurales está en sus comienzos.



El Kwashiorkor, enfermedad de la nutrición corriente en los niños, se debe principalmente a deficiencia proteínica.

La enfermera de salud pública se prepara para un día de visitas a domicilio en la zona rural.



Una lección de higiene a cargo de la enfermera de salud pública

Durante el año, 13 enfermeras de la Oficina trabajaron en 10 programas de salud pública. Los programas correspondían a Colombia, Ecuador, El Salvador, Panamá, Paraguay y Perú. En un programa se preparan enfermeras obstétricas para que trabajen junto a las parteras, mejorando así los servicios de obstetricia. En otro, se está llevando a cabo la coordinación de los servicios técnicos separados (higiene maternoinfantil, tuberculosis, enfermedades vénereas, etc.) en una misma zona urbana, dedicándose especial atención al empleo de todos los recursos disponibles para mejorar la salud de la familia. En otros programas se proporcionaba asistencia para la organización y administración de los servicios rurales de enfermería.

Debido a la crítica escasez de enfermeras bien preparadas y a lo limitado de los recursos económicos, un aspecto importante de estos programas es el adiestramiento de personal auxiliar. Los auxiliares solamente se pueden utilizar cuando se cuenta con una apropiada supervisión profesional. También se ha prestado gran atención al adiestramiento de personal de enfermería para trabajar con grupos de madres, como parte de un programa de orientación sanitaria.

Cinco asesoras de enfermería de Zona consultaron con personal nacional y de programas para ayudarlos a reforzar las actividades de enfermería de sus Departamentos nacionales de sanidad respectivos. La Asesora Regional de enfermería sanitaria participó en una encuesta especial de los servicios de salud pública de Barbados y en un estudio sobre los servicios de higiene maternoinfantil de Colombia. Discutió problemas de enfermería en 16 países, dando especial importancia al esclarecimiento de las funciones del personal de enfermería y al desarrollo de reglas y procedimientos prácticos en relación a la contratación, preparación y supervisión del personal. En todo momento se concedió atención preferente a la formulación de objetivos de enfermería realistas.

Las actividades en el campo de la educación sanitaria fueron muy limitadas, en razón de que el puesto de educador sanitario de la División estuvo vacante todo el año. Sin embargo, se cubrieron las necesidades esenciales utilizando los servicios de otras oficinas y por medio del personal solicitado de Ginebra, como por ejemplo, para la evaluación de la asociación de la Oficina con el Centro Regional de Educación Fundamental para la América Latina (CREFAL).

En septiembre se celebró en México, D. F., una Conferencia Regional de Educación Sanitaria. El Jefe de la Sección de Educación Sanitaria del Público, de la Sede de Ginebra, permaneció 4 meses en esta Región al objeto de ayudar a la organización de la Conferencia.

El material de educación sanitaria producido en distintos programas se examinó y distribuyó entre el resto del personal de campo. Gran parte de este material se produjo en el CREFAL o en los programas del Paraguay. También se reprodujo y distribuyó el material cultural antropológico sobre obstetricia y alimentación infantil que se recibió del programa de Ica, Perú. Se enviaron muestras del material de educación sanitaria producido en esta Región a las otras Oficinas Regionales de la OMS y a otros organismos.

La Oficina siguió asumiendo la responsabilidad de dirigir y administrar el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). El INCAP es una empresa conjunta sostenida por los Gobiernos Miembros que lo constituyen. La Fundación W. K. Kellogg, en colaboración con la Oficina, le proporciona asistencia administrativa y servicios de especialistas. La Oficina, en virtud de los términos del Protocolo de Tegucigalpa, es responsable de la administración y supervisión del INCAP, y un representante de ella es miembro del Consejo del INCAP. La IV Reunión de este último se celebró en la ciudad de Guatemala en diciembre, con asistencia de los representantes de todos los Miembros: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, la Fundación Kellogg y la Oficina Sanitaria Panamericana. El Director de la Oficina dió cuenta de las actividades del INCAP (C/INCAP 4/3), informe que fué aprobado y elogiado unánimemente por el Consejo. Un nuevo Convenio Básico, que substituye al Protocolo de Tegucigalpa, se aprobó y firmó por los representantes autorizados. El nuevo Convenio Básico establece el INCAP con carácter permanente y le asigna responsabilidades específicas en relación al fomento de los estudios de nutrición y a su aplicación en las Repúblicas de Centro América y Panamá. Dispone que Nicaragua será miembro del INCAP, si su Gobierno se adhiere al Convenio; y estipula también que la Oficina seguirá encargándose de la administración del INCAP y de su programa y actividades hasta el 31 de diciembre de 1959, dando cuenta anualmente de su gestión al Consejo.

El Comité Técnico Consultivo del INCAP, designado por el Director de la OSP, se reunió por cuarta vez en Washington, D. C. a fines de septiembre y principios de octubre.

El Comité llamó la atención sobre el alto nivel de la labor llevada a cabo hasta la fecha, examinó las principales actividades técnicas actualmente en ejecución y presentó una serie de recomendaciones para el programa futuro del INCAP. La publicación científica más reciente del INCAP es el Suplemento No. 1 del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1953 - pp. 1-160.

Se reunieron informaciones técnicas respecto de la yodación de la sal y de la aplicación tópica de fluoruros en prevención de la caries dental, que luego fueron examinadas y remitidas a las Oficinas de Zona para el uso de los Gobiernos. También se reunió material sobre la reglamentación del control de alimentos y sobre valores nutritivos de los productos alimenticios para transmitirlo a los Gobiernos interesados.

Las organizaciones internacionales, tales como las NU, la OMS y la Organización Sanitaria Panamericana reconocen cada día más la necesidad de desarrollar estadísticas vitales y sanitarias comparables para los programas locales y nacionales así como para la planificación sanitaria internacional. El programa estadístico de la OSP se amplió con objeto de mejorar la presentación cabal y la exactitud de la información estadística de las Américas, de rendir mayores servicios a los Gobiernos en el terreno de las estadísticas sanitarias, de ayudar a la formación de estadísticos y de proporcionar servicios de asesoramiento sobre programas de la Oficina.

En 1953, continuó la recopilación ordinaria de informaciones sobre las seis enfermedades cuarentenables y otras transmisibles. De conformidad con las prácticas establecidas, tan pronto se recibían informaciones sobre enfermedades cuarentenables se enviaban cables a los países vecinos y a Ginebra y Singapur. Todos los martes se prepara un "Informe Epidemiológico Semanal" que se publica los miércoles y que contiene informaciones sobre enfermedades cuarentenables, informes especiales sobre la influenza y la poliomielitis e informaciones relativas a la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional. Los datos recibidos mensualmente sobre todas las enfermedades de notificación obligatoria de la Américas, aparecen en una publicación trimestral que se llama "Health Statistics" y que se transmite regularmente a la Sede de la OMS.

La recopilación regular de información sobre enfermedades cuarentenables es esencial para la preparación de planes relativos a su control y a su erradicación. A pesar de que los informes procedentes de ciertas zonas y países son incompletos, se incluyen datos que demuestran dónde han surgido casos de estas enfermedades en 1953 y que indican los lugares en que se necesitan programas de control. La Tabla 4 contiene, en forma resumida, el número de casos de las cuatro enfermedades cuarentenables, peste, viruela, tifo y fiebre amarilla, que han notificado los países de las Américas. No se han registrado casos de cólera, y aunque pueden haber ocurrido casos de fiebre recurrente transmitida por piojos (la sexta enfermedad cuarentenable), no se recibieron informaciones exactas. Además del número de casos informados, la Tabla 4 demuestra los países y territorios que no notificaron caso alguno de estas enfermedades y los que no enviaron informes. En el caso de los países que no enviaron informes en todo el año, las notas al pie explican lo incompleto de los datos.

Cuatro países notificaron casos de peste: Brasil, 10; Ecuador, 90; Perú, 79; y Venezuela, 1. Los principales departamentos políticos en que ocurrieron estos casos se indican en el mapa que figura en la página 43. Se presentaron casos en los Departamentos de Lima, Ancash, La Libertad, Cajamarca y Piura, a lo largo de la costa de Perú, y en las Provincias de Loja, Chimborazo y Cañar, del Ecuador. Esta epidemia, que comprende 169 casos confirmados (clínicamente o por medios de laboratorio), se inició en el Departamento de Cajamarca, en Carahuasi, del Distrito de Niepos, del Perú. En el Brasil, los 10 casos notificados ocurrieron en los Estados de Alagoas, Bahía y Pernambuco. También se notificó un caso en el Estado de Aragua, Venezuela.

En siete países de América del Sur se registraron suficientes casos de viruela (incluso de alastrim) para indicar que el control de dicha enfermedad constituía un importante problema de salud pública. Estos países son: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. En Colombia se notificaron 5,467 casos. El hecho de estar bien desarrollados los procedimientos de notificación en Colombia, quizá explique, en parte, este crecido número de casos. En cuatro países, Chile, Estados Unidos de América, Guatemala y Uruguay, se notificaron unos pocos casos (10 ó menos), lo cual puede ser indicio de una notificación incompleta, o quizá de la inclusión de casos de diagnóstico dudoso, o de que en

TABLA 4

Número de Casos Notificados de Enfermedades
Cuarentenables en las Américas, 1953

País	Peste	Viruela	Tifo	Fiebre Amarilla	Territorio	Peste	Viruela	Tifo	Fiebre Amarilla
Argentina	-	232	-	-	Antillas				
Bolivia	-	398	43	18	Holandesas	-	-	-	-
Brasil	10	693a	-	39	Bahamas	-	-	-	-
Canadá	-	-	-	-	Barbados	-	-	-	-
Colombia	-	5467	163	11	Bermuda	-	-	-	-
Costa Rica	-	-	-	-	Guadalupe	*	*	*	*
Cuba	-	-	-	-	Guayana Británica	-	-	-	-
Chile	-	7	-	-	Guayana Francesa	*	*	*	*
Ecuador	90	703	569	-	Honduras				
El Salvador	-c	-c	-c	-c	Británico	-	-	-	-
Estados Unidos	-	5	-	-	Islas de Barlovento	-	-	-	-
Guatemala	-d	4c	-d	13-d	Islas de Sotavento	-	-	-	-
Haití	-	-	-	-	Islas Vírgenes	-d	-d	-d	-d
Honduras	*	*	*	-	Jamaica	-	-	-	-
México	-e	-	762	-e	Martinica	*	*	*	*
Nicaragua	-	-	-	8	Puerto Rico	-	-	-	-
Panamá	-	-	-	-	St. Pierre y Miquelón	*	*	*	*
Paraguay	-b	-	-b	-b	Surinam	-	-	-	-
Perú	79	163	401	-b	Trinidad y Tobago	-	-	-	-
República Dominicana	-b	-b	-b	-b	Zona del Canal de Panamá	-	-	-	-
Uruguay	-	7	-	-					
Venezuela	1	236	-	6					

- Informe recibido declarando que no había casos a notificar

* No se ha recibido informe

a Únicamente Capitales de los Estados

b Informe de los 9 primeros meses

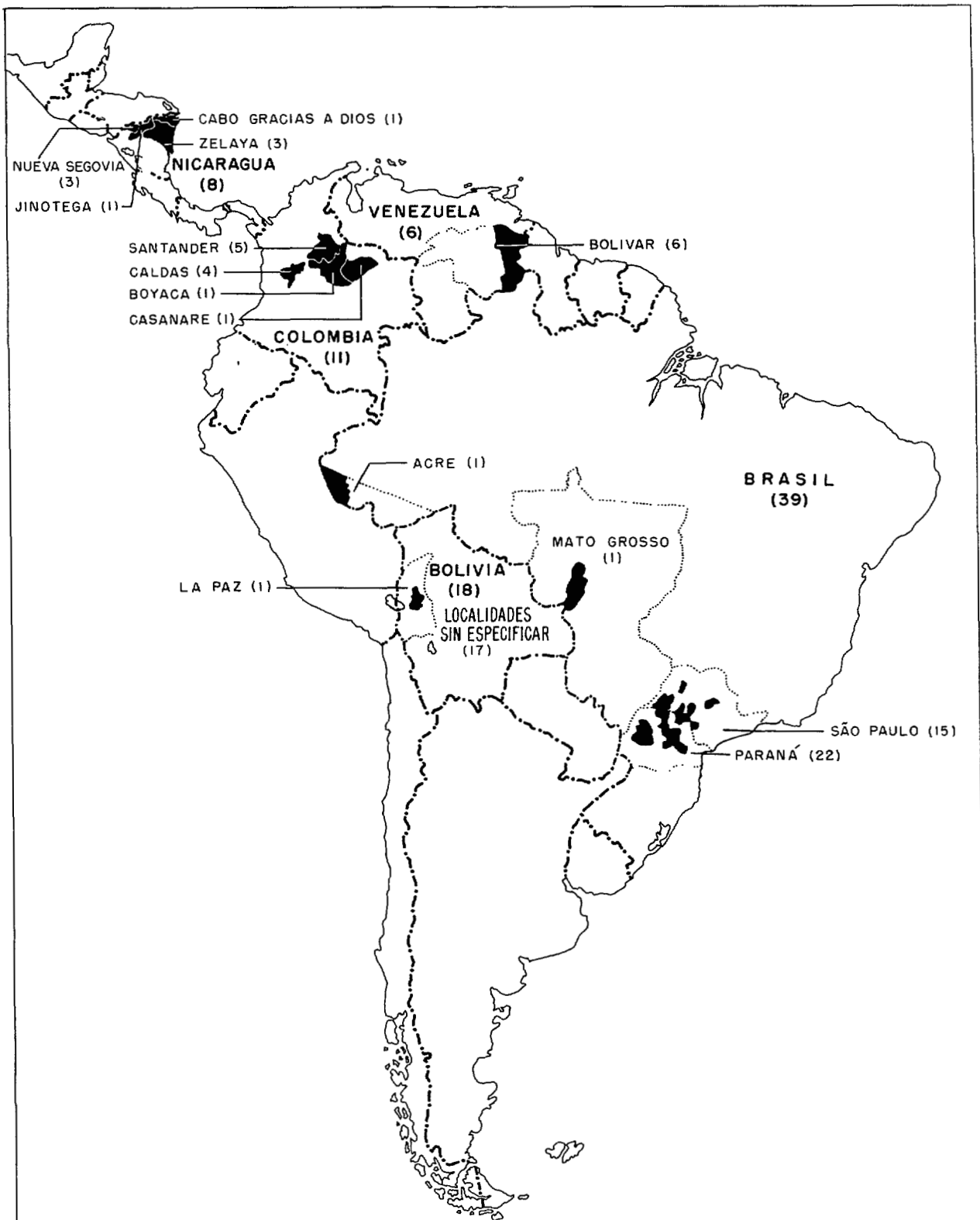
c Informe de un solo mes

d Informe de 2 meses solamente

e Informe de los 10 primeros meses



AREA CON NUMERO DE CASOS DE PESTE NOTIFICADOS EN LOS PAISES DE AMERICA,
POR DIVISIONES POLITICAS, 1953



AREA CON NUMERO DE CASOS DE FIEBRE AMARILLA SELVATICA NOTIFICADOS EN LOS PAISES DE AMERICA, POR DIVISIONES POLITICAS, 1953

un país de alto nivel de protección sea un problema de poca importancia. El número de casos notificados por países de las Américas, aparece en la Tabla 4.

Cuatro países de América del Sur, Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, así como Guatemala y México, notificaron en 1953 casos de tifo transmitido por piojos. Aunque ya Chile había notificado, en el pasado, casos de tifo transmitido por piojos, todos los casos que aparecieron en el país en 1953 fueron de tifo murino. El número de casos comunicados por México (762) indican que se trata de un problema de importancia considerable. Sin embargo, es probable que se hayan incluido casos de tifo murino en esta cifra total.

En 1953, cinco países notificaron casos de fiebre amarilla selvática: Bolivia, Brasil, Colombia, Nicaragua y Venezuela. A excepción de Bolivia, todos los casos ocurridos en estos países fueron letales, practicándose la confirmación del diagnóstico por examen histopatológico. No se dispone de información detallada en relación a los casos notificados por Bolivia. En la Tabla 5 se presenta una distribución mes por mes de estos casos de fiebre amarilla. Todos los casos de Bolivia y Brasil ocurrieron en los meses de verano, es decir, entre enero y abril. En Colombia, sin embargo, los casos se presentaron en todas estaciones. El mapa que figura frente a la página 45 indica la distribución de estos casos entre las principales divisiones políticas. El movimiento en dirección Norte de la enfermedad fué indicado por la presencia de casos en el Distrito del Cabo Gracias a Dios de Nicaragua.

TABLA 5

Número de Casos de Fiebre Amarilla Selvática Notificados
en las Américas, Clasificados por Meses*
y por Países, 1953

País	Total	Enero	Feb.	Mar.	Abril	Mayo	Jun.	Jul.	Ag.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Bolivia	18	6	0	11	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Brasil	39	29	4	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	11	4	1	-	1	-	-	1	-	1	1	1	1
Nicaragua	8	-	-	3	-	-	-	2	2	1	-	-	-
Venezuela	6	-	-	-	-	-	-	-	1	3	1	-	1

*Los casos correspondientes al Brasil, Colombia, Nicaragua, y Venezuela se han incorporado en esta tabla al mes en que ocurrió la defunción.

Durante el año se concedió atención especial al mejoramiento de los procedimientos seguidos para la denuncia de las enfermedades de notificación obligatoria. A fin de mejorar la recopilación de informes epidemiológicos de los países, se publicó en inglés y español una "Guía para la notificación de las enfermedades cuarentenables y de otras enfermedades transmisibles de las Américas", que se distribuyó ampliamente. Se suministró un nuevo modelo para los informes semanales de enfermedades cuarentenables y se preparó un modelo simplificado para los informes mensuales de enfermedades transmisibles. La Guía, utilizada en la discusión de los cursos de adiestramiento y en las visitas a los países, está ayudando a mejorar la comprensión de los métodos y el valor de los informes. Otro paso importante ha sido el Seminario de notificación de enfermedades transmisibles, al que hace referencia más adelante. Una tercera actividad es la proyectada distribución de materiales para su uso en las escuelas de salud pública. Hacia fines de año se observó cierto mejoramiento en la notificación de enfermedades cuarentenables. Esto podría atribuirse, probablemente, al empleo de los nuevos modelos y de la Guía.



Campaña antipestosa en Guayaquil, Ecuador. Se registran inmediatamente el lugar y la fecha de captura, enviándose las ratas al laboratorio para su examen.



Inspección de posibles criaderos de mosquitos en Guayaquil, Ecuador, con el fin de impedir la reintroducción del Aedes aegypti.

Además de los informes que se reciben regularmente sobre las enfermedades de notificación obligatoria, se recibieron datos sobre estadísticas vitales e informes referentes al personal médico y servicios, etc., suministrados por los Gobiernos y procedentes de otras fuentes, como por ejemplo las publicaciones de la OMS y de las Naciones Unidas. A fin de que las informaciones corrientes se encuentren disponibles para su uso y análisis, se preparan planes que permitan recibir regularmente copias del material sobre nacimientos y defunciones que recopilan las NU de los países americanos.

Se han propuesto modelos para los informes sobre las condiciones sanitarias y el progreso alcanzado por los Gobiernos Miembros, que serán utilizados en la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana. Se recibirán informaciones valiosas procedentes de estos países para practicar una cuidadosa evaluación de sus condiciones sanitarias.

Los informes mensuales y trimestrales relativos al programa de erradicación hemisférica del Aedes aegypti se recibieron y resumieron para su publicación. Los modelos y procedimientos relacionados con estos informes se revisaron y adaptaron a las disposiciones contenidas en el Reglamento Sanitario Internacional. Se prepararon nuevos modelos y explicaciones referentes a su uso en 1954, que se distribuyeron a los países que participan en la campaña. Una descripción de estos procedimientos se publicará en la "Guía para la preparación de informes sobre la campaña de erradicación del Aedes aegypti en las Américas".

Desde 1947, el Servicio de Salud Pública y la Armada de los Estados Unidos notifican los nombres de los contactos venéreos para transmitirlos en modelos de la Oficina a los otros países americanos interesados. Se llevó a cabo un análisis de los 2,432 informes recibidos entre octubre de 1947 y diciembre de 1950. A pesar de que era más bien bajo el porcentaje de contactos que se sometieron a tratamiento, este es un tipo de colaboración internacional que no se encuentra frecuentemente y que en el futuro podría emplearse aun con mayor provecho. En cooperación con el USPHS, se está desarrollando un sistema por medio del cual los informes sobre contactos serán remitidos directamente desde las clínicas a los organismos sanitarios de los países en que se produjo la infección.

Otra de las funciones que ha desempeñado la Oficina, durante muchos años, ha sido la distribución de las informaciones relacionadas con las medidas sanitarias que rigen el tráfico internacional. Hay diecinueve repúblicas ligadas por el Reglamento Sanitario Internacional, que entró en vigor en octubre de 1952. Las excepciones son Chile (que notificó sus reservas) y Colombia que no es miembro de la OMS. De modo que en 1952 la mayor parte del trabajo estuvo relacionado con la aplicación e interpretación del nuevo Reglamento. La edición en español del Reglamento, preparada y publicada por la Oficina, se distribuyó en agosto de 1953. Se solicitó de los Gobiernos Miembros que suministraran informaciones completas sobre los certificados de vacunación y otros documentos que se exigen corrientemente de los viajeros internacionales, y las respuestas se remitieron a la Sede la OMS para publicarlas en el suplemento anual del "Weekly Epidemiological Record" de la OMS.

Un análisis de las estadísticas vitales de Barbados relativo al período de 1950 a 1952, se incluyó en el informe de la encuesta sanitaria realizada a solicitud de las autoridades de salud pública de la isla.

Para atender a una solicitud formulada por la Sede de la OMS, se prepararon datos sobre la mortalidad por mordeduras de serpiente en las Américas, en años recientes, para una publicación estadística. Cuando se recibieron las estadísticas enviadas por los Países Miembros, se observó que los datos a menudo se referían a todas las especies venenosas y no a las serpientes únicamente. Se hizo una revisión de la literatura sobre el tema a fin de evaluar los datos recibidos y en particular, la importancia propia de las distintas especies venenosas.

Uno de los importantes y recientes medios para mejorar las estadísticas sanitarias ha sido el establecimiento de Comités Nacionales de estadísticas vitales y sanitarias. El programa de la Oficina incluye las relaciones con dichos comités a los efectos de poner en práctica las normas recomendadas internacionalmente, y durante el año, se asistió a las reuniones de Paraguay, Perú y Estados Unidos.

La Primera Conferencia Internacional de Comités Nacionales de estadísticas vitales y sanitarias, convocada bajo los auspicios de la OMS y en estrecha colaboración con las Naciones Unidas, se celebró en Londres, en octubre de 1953. Asistieron a la misma representantes de varios Gobiernos Miembros de la OMS en esta Región, así como un observador de la Oficina. Se examinaron los objetivos y programas de los Comités Nacionales y el

progreso alcanzado. Se examinaron también sus futuras actividades y el importante papel que podrían tener en el desarrollo de las estadísticas vitales y sanitarias.

Se organizó en Chile el Centro Interamericano de Bioestadística, de conformidad con el Acuerdo firmado en agosto de 1952 entre el Gobierno de Chile, las Naciones Unidas y la OMS, con el objeto de contribuir al mejoramiento de las estadísticas vitales y sanitarias de las Américas por medio de la formación de personal técnico. El Centro ofrece cursos anuales de bioestadística para estadísticos. Se siguen seis meses de estudios académicos y tres meses de labor práctica. El primer grupo que estudió en el Centro terminó el curso de nueve meses el 27 de noviembre de 1953. Terminaron sus estudios satisfactoriamente 23 estudiantes, a los cuales se expidieron los certificados correspondientes, y otros 8 recibieron certificados de asistencia. Trece participantes recibieron becas de la OMS. De cada uno de los siguientes países asistió un estudiante al curso: Argentina, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Perú. Asistieron dos alumnos de Haití y de Uruguay, y 15 de Chile.

El profesorado de la Escuela de Salud Pública participó en la enseñanza, dando cursos de administración sanitaria y de metodología estadística. Las NU se hicieron cargo de los cursos de estadística vital y demográfica, y la Oficina se hizo responsable de los cursos de estadística sanitaria y de hospital.

Una de las actividades del Centro consiste en fomentar la creación de oficinas gubernamentales en toda la Región, que se dediquen a los distintos aspectos de los registros y estadísticas vitales y sanitarios. Se utiliza la oficina chilena para prácticas en el programa de adiestramiento de campo. El Jefe de la Unidad de Epidemiología y Estadística de la División dedicó 5 meses del año a trabajar y enseñar en el Centro.

Se han hecho planes para todo un período de labor académica en 1954. El Departamento de Estadística de la Escuela Chilena de Salud Pública asumirá mayores responsabilidades en la administración y enseñanza del curso.

El primer Seminario de Notificación de Enfermedades Transmisibles tuvo lugar en Santiago de Chile, en noviembre y diciembre de 1953. Se cursaron invitaciones a todos los países sudamericanos para que enviaran dos participantes, un epidemiólogo y un estadístico. Asistieron veinte delegados de 10 países. Todo el Seminario se desarrolló siguiendo el método de mesa redonda, a fin de que todos los participantes pudieran contribuir activamente a los debates. Los temas a tratar eran los siguientes: sistemas locales y nacionales de notificación, análisis y difusión de datos, métodos para mejorar la notificación y procedimientos para el intercambio internacional de informaciones. El informe del Seminario aparecerá en inglés y español en la serie de publicaciones científicas de la Oficina, con el título de "Procedimientos básicos para la notificación de enfermedades transmisibles".

La XIII Conferencia Sanitaria Panamericana recomendó a los Gobiernos Miembros el desarrollo de un programa sistemático de vacunación y revacunación antivariólica en sus territorios respectivos, bajo los auspicios de la Oficina, de acuerdo con los países interesados. La VI Reunión del Consejo Directivo (La Habana, 1952) estableció un fondo especial de \$75,000 para un programa adicional de lucha antivariólica en 1953. El Consejo autorizó, además, al Comité Ejecutivo a incluir este programa en los programas inter-países del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina para 1954. En efecto, se inició un programa inter-zonas de erradicación de la viruela.

Dificultades de transporte, especialmente en relación al empleo de la vacuna de linfa glicerinada, o el suministro insuficiente de vacuna, o ambos factores, figuran entre las razones principales por las que el control de la enfermedad ha sido inadecuado en los lugares en que ésta existe. A fin de llevar a cabo un programa de inmunización sistemática para la erradicación de la enfermedad, es necesario que la vacuna sea producida en un lugar cercano. La primera medida que se adoptó fué la de ayudar al establecimiento de laboratorios de producción de vacuna antivariólica seca. Un especialista en la producción de vacuna seca visitó a Colombia, Cuba, Perú, Ecuador, Bolivia y Argentina. Los servicios de este consultor se podrán utilizar durante 1954, y se espera que visite a Brasil, El Salvador, Guatemala, Panamá y otros países. Para facilitar esta labor, la Oficina está suministrando también parte del equipo esencial de laboratorio.

El laboratorio de producción de vacuna seca del Perú ya está en funcionamiento. En Ecuador, se suministró el equipo de laboratorio y para una campaña de vacunación, firmándose un acuerdo con el Gobierno con el objeto de iniciar una campaña de erradicación de la



viruela tan pronto como se pueda disponer de vacuna seca. Se llegó a un acuerdo respecto a un plan de operaciones para una campaña de vacunación antivariólica en Bolivia, usando vacuna seca. Esta se producirá localmente con un equipo que proporcionará la Oficina. También se han estudiado los planes para emprender programas en cooperación análogos en Argentina y Cuba. La Oficina también está prestando servicios de asesoramiento en la preparación y organización de campañas nacionales de control.

La Oficina, en su carácter de Oficina Regional de la OMS, sigue siendo responsable del desarrollo de una red de Centros de Influenza en el Hemisferio Occidental. Se designaron dieciséis Centros, además del "Strain Study Center" especial de Brooklyn, Nueva York, al cual se envían las cepas aisladas en los Centros de Influenza de la Región para proseguir su estudio y tipificación. Siete de los Centros de Influenza se encuentran en Estados Unidos, dos en Brasil y dos en Canadá, y uno en Puerto Rico, Argentina, Chile, México y Jamaica. Los Centros de Argentina y Chile remitieron al "Strain Study Center" especímenes de virus de la influenza aislados en la epidemia que surgió en 1953 en Buenos Aires y Santiago.

Se enviaron antígenos y antisueros para el diagnóstico de la influenza a algunos Centros. No se pudieron suministrar a todos, debido a que la firma farmacéutica encargada de su preparación no pudo entregar las cantidades adecuadas. A principios de 1954, se distribuirá un suministro completo de estos reactivos.

Se iniciaron negociaciones para elegir y designar Observadores de Influenza, de la OMS. Para tal fin, se han mantenido relaciones muy estrechas con el USPHS y con el Comité Consultivo de Estados Unidos para el Programa de Estudio de la OMS sobre la Influenza. Los informes recibidos de los observadores han sido facilitados a los Centros.

Se ha trazado un plan para un programa contra la poliomielitis en las Américas, que formará parte integrante del Programa Mundial contra la Poliomielitis, de la OMS. En vista de la creciente importancia que se concede a esta enfermedad en los países de la Región y del escaso número de estudios realizados en América Latina, se decidió estimular la investigación de laboratorio y epidemiológica en estos países. Con este objeto, se prepararon planes para designar laboratorios de consulta y referencia que se encargarían de aislar y tipificar las cepas de virus en períodos de epidemia; realizar estudios comparativos con cepas de otras zonas; llevar a cabo estudios serológicos epidémicos e interepidémicos; y adiestrar personal de laboratorio. Se ha proyectado para principios de 1954 una encuesta sobre los servicios con que cuentan los laboratorios de los países latinoamericanos para la labor relacionada con la poliomielitis.

La onda de fiebre amarilla selvática, que se originó en el Este de Panamá a fines de 1948, se ha movido gradualmente hacia Occidente y pasando por Costa Rica y Nicaragua, ha alcanzado a Honduras en 1953. Según los informes recibidos en diciembre, el virus ha penetrado bastante en el Departamento de Olancho (Honduras), donde se han confirmado tres casos de fiebre amarilla en la región de Catacamas.

En 1953, se han notificado casos de fiebre amarilla selvática, confirmados por el laboratorio, desde cinco países, que son: Bolivia, Brasil, Colombia, Nicaragua y Venezuela, como se indica en la Tabla 5 (página 45). Estas cifras no representan la verdadera incidencia de la enfermedad debido a la bien conocida dificultad de descubrir casos en ciertas zonas y además a la de poder hacer un diagnóstico clínico.

No se han notificado casos de fiebre amarilla urbana en 1953; de hecho, no se ha notificado ni un solo caso desde 1942. Este es el resultado de la campaña de erradicación continental del *Aedes aegypti* que se está llevando a cabo en la mayoría de los países americanos bajo los auspicios de la Oficina.

Esta ha seguido cooperando en la provisión de servicios de diagnóstico de laboratorio y vacuna antiamarílica a varios países, por mediación del Instituto Oswaldo Cruz y del Instituto Carlos Finlay (Colombia). También se proporcionó equipo nuevo al Instituto Carlos Finlay para mejorar la preparación de vacuna antiamarílica. Durante 1953, el Instituto Oswaldo Cruz produjo 11,700,000 dosis de vacuna, de las cuales 10,700,000 se distribuyeron dentro del país y 446,000 se enviaron a otros siete países y el Instituto Carlos Finlay se encargó de la vacunación de 202,000 colombianos y envió 736,000 dosis a otros trece países. La Oficina suministra el equipo necesario para un nuevo laboratorio de producción de vacuna antiamarílica y antivariólica que está construyendo el Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Brasil.

El Comité Internacional de la OMS de Cuarentena (Ginebra, octubre-noviembre) recomendó a la VII Asamblea Mundial de la Salud una nueva demarcación de las zonas receptoras y de las zonas endémicas de fiebre amarilla. Recomendó, también, mientras lo decida la Asamblea, que el Director General de la OMS adopte una nueva demarcación provisional. Estas recomendaciones fueron sometidas a la consideración de los Gobiernos interesados.

Se prestaron servicios a los proyectos del tifo en Bolivia y Perú y se resolvieron problemas de suministro. La Oficina colaboró con la Universidad de Tulane en la preparación de los ensayos con la vacuna contra el tifo de cepa E, realizándose la parte práctica del programa en el Perú y los correspondientes estudios serológicos en la Universidad.

Se prestaron servicios de asesoramiento técnico para la planificación de los programas de control de la tuberculosis, incluidos los programas con BCG, y para la ejecución de proyectos ya comenzados. Se proporcionó asistencia a los programas con BCG de Chile, Colombia, Granada, Honduras Británico, Islas de Sotavento y Paraguay.

Se tomaron medidas para que un consultor de la OMS inspeccionara el laboratorio de BCG del Ecuador y visitara a México, Panamá y Brasil, al objeto de discutir con las autoridades nacionales de salud pública los problemas relativos a los programas de vacunación con BCG.

Se examinaron planes y se formularon propuestas para efectuar un estudio comparativo de las técnicas oral e intradérmica de vacunación con BCG. Es probable que este estudio se realice en Brasil. Un consultor fué enviado al país para discutir el asunto con las autoridades de salud pública.

El estadístico de BCG, encargado de la fase de repetición de pruebas de los programas con BCG, realizados en 1953, por la OMS y el UNICEF, visitó a Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Jamaica y Trinidad.

A causa de la importancia especial concedida a los programas de erradicación, recibió particular atención el programa de erradicación del pian en Haití. La información referente al trabajo realizado en este programa, se puede encontrar en la sección correspondiente del presente informe.

En cumplimiento de las solicitudes procedentes de la Sede de la OMS, se han obtenido y compilado datos sobre el predominio y la incidencia del pian, el linfogranuloma venéreo y la uretritis no gonocócica, e informaciones sobre el empleo de la penicilina en las Américas para el tratamiento de la sífilis temprana.

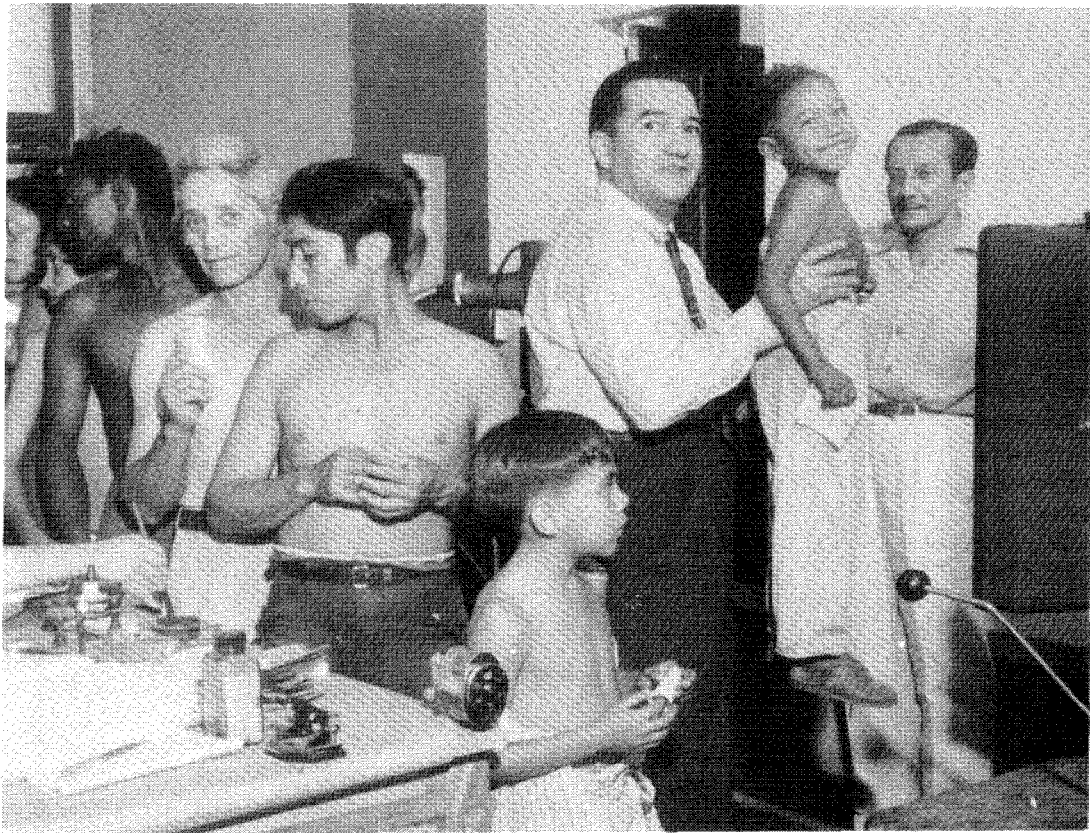
En colaboración con el Departamento de Sanidad del Estado de Nueva York, se han preparado planes para un estudio de la Prueba de Inmovilización del Treponema. Este estudio podría incluir las posibles simplificaciones de la prueba, su evaluación y su aplicación al estudio de las llamadas reacciones biológicas positivas falsas en las pruebas serológicas que se usan para el diagnóstico de la sífilis.

Bajo el común patrocinio del Gobierno de México, del USPHS y de la Oficina, se desarrollaron planes para el adiestramiento de trabajadores mexicanos de enfermedades venéreas en las técnicas de investigaciones epidemiológicas, incluidas las entrevistas con los contactos. Se proporcionó equipo especial para el centro de adiestramiento de México, D. F.

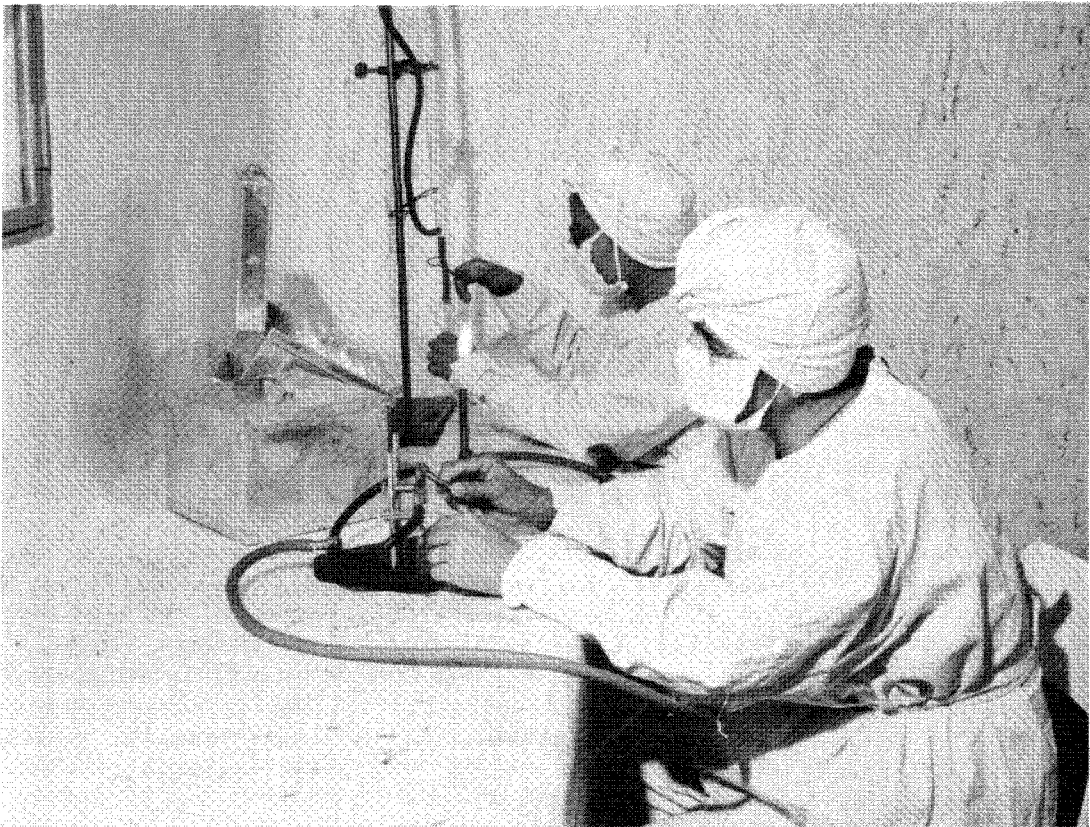
En colaboración con la Oficina de Campo del Caribe, se hicieron planes para un programa de erradicación del pian y control de la sífilis en esa área.

La rabia es uno de los problemas que han recibido especial atención, aunque no sea un problema que esté en progresión en el Hemisferio. Las autoridades nacionales de salud pública han aumentado sus actividades en la lucha contra la rabia y se han atendido numerosas solicitudes de información, auxiliares de diagnóstico y de evaluación de vacunas producidas en los distintos países.

En ciertas áreas del Continente, se ha atribuido a los murciélagos vampiros la principal responsabilidad de la diseminación de la rabia entre las reses y caballos, con ataques ocasionales al hombre. En México, donde se han perdido millares de animales, se produjo una vacuna eficaz con la ayuda de la Oficina y se han llevado a cabo extensas campañas de vacunación. Además, se han realizado estudios sobre la vida del murciélago vampiro y sobre las medidas prácticas para lograr su destrucción. Hacia fines de año, después que se descubrió la existencia de rabia en otros murciélagos distintos del vampiro, se prestó mayor atención a este aspecto del problema del control de la rabia. Se asignó un consultor de experiencia en este tipo de trabajo a la Oficina de Zona II y se trazaron planes para un estudio detallado del papel que desempeñan los murciélagos en la diseminación y conservación de la enfermedad.



Radiografía pulmonar en la campaña antituberculosa.



Llenando ampolletas con vacuna BCG

También se proporcionó asistencia al planeamiento de programas de becas de estudios. La Oficina colaboró en la labor desplegada por el Comité de Expertos en Rabia y en la preparación de un manual de la OMS sobre rabia. Ha avanzado la labor preliminar en relación con la adaptación apropiada a la lengua española de una cinta cinematográfica de 16 mm. sobre rabia, de la que hay gran necesidad.

Se ha continuado avanzando en el sentido de considerar el trabajo sobre brucelosis desde un punto de vista hemisférico. El material informativo y biológico enviado a los países, unido al adiestramiento proporcionado por las becas, ha ayudado a uniformar las técnicas y procedimientos. Se han recibido vacunas y antígenos producidos en distintos países para su valoración y análisis. Asimismo, se ha prestado asistencia a la preparación de un curso de adiestramiento en brucelosis para los países centroamericanos y del Area del Caribe. El curso que se había proyectado para noviembre fué aplazado más tarde hasta marzo de 1954.

Se ha dado ayuda a los Centros de Brucelosis que radican en Argentina y México. Los beneficios de su labor, así como la valiosa asistencia de los Institutos Nacionales de Higiene de Estados Unidos y de la Estación de Investigaciones Agrícolas se extendieron a muchas de las administraciones nacionales. Estos Centros se dedican al desarrollo de nuevas pruebas y a la tipificación de los cultivos de campo.

Se empezó un programa inter-países para la hidatidosis en los países al Sur del Continente. En él se incluyen unidades de demostraciones de control, estudios de la vida silvestre y ensayos de nuevos medicamentos en busca de un tratamiento más eficaz. Además de un folleto al estilo de los dibujos cómicos, se han preparado diapositivas seriadas y diapositivas en colores, para servir de ayuda a la labor de educación que es indispensable en un programa de control útil.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, los Institutos Nacionales de Higiene del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, y la Oficina, dieron fin al terminar el año a su estudio conjunto sobre la oncocercosis en Guatemala. Durante la realización de este estudio se reunieron informaciones útiles, que servirán para el programa nacional de Guatemala de lucha contra la oncocercosis. Se publicaron, también, varios trabajos científicos, incluso una monografía intitulada "The Black Flies (Simuliidae) in Relation to the Transmission of Onchocerciasis in Guatemala". El Instituto Smithsonian publicará este trabajo con la ayuda financiera de la Oficina.

También se colaboró en los arreglos y preparativos atinentes a la reunión celebrada por el Comité de Expertos de la OMS en Oncocercosis que se celebró en México, D. F., durante la segunda mitad de noviembre.

Continuó la colaboración con los Institutos Nacionales de Higiene de Estados Unidos respecto de un proyecto conjunto para el estudio de la ecología del molusco que sirve de huésped intermediario de la bilharziosis y del empleo de los nuevos moluscocidas en diferentes zonas del Brasil.

Se obtuvieron especímenes de caracol en El Salvador para efectuar estudios en el Laboratorio de Enfermedades Tropicales de los Institutos Nacionales de Higiene de EUA, el cual comunicó que una de las especies examinadas, Tropicorbis fieldi (Tyron), es capaz de servir en el laboratorio de huésped intermediario del Schistosoma mansoni. Esta es la primera vez que se ha encontrado una especie de caracol capaz de hacer de huésped intermediario en Centro América.

No han ocurrido nuevos brotes de fiebre aftosa en el Hemisferio durante 1953, a excepción de la reciente epizootia del Estado de Veracruz, que ha sido sometida a control por la Comisión Mexicano-Estadounidense. En los países en que la enfermedad es enzoótica, se han dado algunos pasos adelante hacia su control y eventual erradicación.

Durante el año, la construcción de los edificios del Centro Panamericano de la Fiebre Aftosa se adelantó lo suficiente para permitir que se iniciaran todos los servicios. A medida que se iban sintiendo los beneficios de estos servicios, empezaron las administraciones nacionales a darse cuenta del importante papel que desempeña el Centro al proporcionar servicios que no se podían obtener en otras partes.

Se ofrecieron dos cursos de adiestramiento: el primero, para el personal de los países centroamericanos que estaban libres de la enfermedad; el segundo, para funcionarios de los países del Norte de Sud América. Cada curso, de una duración aproximada de dos meses, tenía ocho o nueve estudiantes que recibían un adiestramiento concentrado e individual



El Gobernador Sánchez Colín inaugura la campaña de vacunación contra la rabia en el ganado en Zinacatapec, México.

Programa de higiene maternoinfantil. La enfermera instruye durante la visita a domicilio.



en relación a todos los aspectos de laboratorio y de aplicación práctica de los métodos de control.

Las muestras de animales, obtenidas en el campo durante presuntos brotes de fiebre aftosa, se enviaron al Centro. Después de las pruebas, las autoridades nacionales recibieron la confirmación de los diagnósticos preliminares, o una valoración detallada de las muestras remitidas o ambas cosas.

En íntima coordinación con la labor de diagnóstico, estuvieron los servicios* de consulta sobre el terreno. Se efectuaron visitas a la mayoría de los países con el objeto de dar asesoramiento en relación a las técnicas y procedimientos, o para analizar los métodos de control, de acuerdo con las solicitudes recibidas. Se suministraron ejemplares del folleto ilustrado "El Magnífico Toro", y de la película "Brote", adaptación a la lengua española de la película en colores "Outbreak", relativa a los problemas de la fiebre aftosa y a sus métodos de control, que constituyeron valiosas ayudas para estas actividades y para las de adiestramiento. También se obtuvieron ejemplares de la película que describe el brote ocurrido en 1952 en el Canadá.

Los laboratorios de investigación, empleados también para la labor de adiestramiento, produjeron mucha información valiosa para el mejoramiento de las pruebas y técnicas de laboratorio. Las tendencias actuales indican que los métodos de producción de vacuna pueden ser mejorados y que los costos pueden reducirse considerablemente. La adaptación del virus a los gazapos, ratones y posiblemente a los embriones de pollo, significa que un grupo que exige relativamente poco gasto, como los ratones por ejemplo, puede substituir a una vaca que resulta muy costosa para el cultivo del virus de la vacuna. Si se prueba que este procedimiento es seguro y práctico en los ensayos de campo, ello permitiría, junto con los otros servicios del Centro, la erradicación eventual de la fiebre aftosa del Hemisferio.

Se ha reconocido que las actividades de saneamiento del medio tienen una gran importancia para los programas de la Oficina. Se suministraron informes a distintas Oficinas de Zona y a un cierto número de países, individuos y organismos, relativos prácticamente a todas las fases del saneamiento del medio. En ellos se incluyen las informaciones referentes a los problemas del abastecimiento de aguas, métodos de alcantarillado, tratamiento y eliminación de desperdicios industriales, eliminación de basuras y residuos, saneamiento municipal y rural, viviendas, insectos, roedores y control de otros vectores, higiene de los alimentos e higiene industrial.

Se prestó asistencia a los Comités de Expertos en Saneamiento del Medio, Paludismo e Insecticidas, colaborándose en el estudio de insecticidas, tales como los que tienen relación con la eficacia del DDT cuando se aplica a bloques de lodo de características variables, la susceptibilidad de moscas y piojos al DDT, y modificaciones que se introducen en las especificaciones de la OMS para insecticidas y pulverizadores de insecticidas.

Junto con otros organismos internacionales, se prestó cooperación al Curso de Adiestramiento en Producción de Leche, de Costa Rica, al Congreso Mundial de Utilización de Leche, al Programa de Conservación de Leche de El Salvador, al Comité Mixto de Leche y de Productos lácteos, y a los planes del UNICEF para la conservación de la leche en Nicaragua y Ecuador. Se prestó ayuda, además, al Congreso de Ingeniería de Costa Rica.

La mayoría de las actividades realizadas en el campo del saneamiento del medio se referían a la erradicación del Aedes aegypti y a otros programas para el control de vectores. El programa de erradicación continental del Aedes aegypti continuó recibiendo la atención especial de la Oficina. En los seis años siguientes a la Resolución del Consejo Directivo en que se hacía responsable a la Oficina la coordinación del programa, se ha realizado un progreso considerable hacia la erradicación del mosquito de prácticamente todos los países de Sud y Centro América y de parte del Area del Caribe. En noviembre se firmó un acuerdo con el Gobierno de Cuba para el comienzo inmediato de un programa de erradicación. Se espera que se pueda iniciar un programa análogo en México en 1954.

La importancia de la labor desarrollada quedó demostrada durante los últimos cinco años en las zonas centroamericanas en que han aparecido casos de fiebre amarilla selvática cerca de ciudades de las Repúblicas de Panamá, Costa Rica y Nicaragua, pero donde no tuvo lugar propagación urbana alguna debido a la ausencia del mosquito.

Además de los programas destinados a la erradicación del Aedes aegypti, la mayoría de los países tienen programas generales de control de insectos, los cuales cuentan todos con el vigoroso apoyo de la Oficina. Casi todos los países del Hemisferio en que el paludismo

ha representado un problema grave, han llevado a cabo intensas actividades de control de carácter nacional con un éxito tal, que la enfermedad se ha convertido en un problema secundario de salud pública. A fines de 1953, la Oficina colaboraba en programas de control de insectos de Argentina, Bolivia, Colombia, Cuba, Haití, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay, los países de Centro América y los del Area del Caribe.

Los excelentes resultados obtenidos en el Hemisferio indican el valor del rociamiento de las viviendas con insecticidas residuales, como principal método de control. Afortunadamente, los vectores palúdicos de las Américas no han desarrollado resistencia al DDT en el campo. Sin embargo, al igual que en otras partes del mundo, se vigila cuidadosamente la situación. A medida que los programas de control de insectos en los distintos países va alcanzando los objetivos primarios de erradicación del Aedes aegypti y de control del paludismo, puede y debe concederse mayor atención a la intensificación de la lucha contra otros artrópodos que transmiten enfermedades, como por ejemplo los triatomas, los piojos y las pulgas.

Durante 1953, los Servicios Técnicos de la División se dedicaron a 132 proyectos, de los cuales 106 eran proyectos nacionales, 23 regionales y 3 inter-regionales. En esta sección se han descrito cuatro programas en detalle: el Centro Interamericano de Bioestadística (AARO-10), Erradicación de la Viruela (AARO-60), el Centro Panamericano de la Fiebre Aftosa (AARO-77) y los Centros de Influenza (Inter-regional-10). Los 128 restantes se llevaron a cabo en 28 países. Cuarenta y siete proyectos se encuentran en la etapa de preparación, 18 han sido terminados y 67 están en ejecución. La relación detallada de los proyectos de los países aparece en la sección de programas del presente Informe.

DIVISIÓN DE EDUCACIÓN Y ADIESTRAMIENTO

DIVISIÓN DE EDUCACIÓN Y ADIESTRAMIENTO

El desarrollo del programa de la División, en un amplio frente, continuó a un ritmo acelerado durante 1953, primer año completo de actividad de la División como entidad orgánica independiente. El objetivo fundamental de las actividades de la Oficina en el campo general de la educación y el adiestramiento es el de proporcionar personal en mayor número y mejor preparado para los servicios de salud pública de los países. Esto se está logrando. El progreso es desigual, como sucede inevitablemente en una obra de tal magnitud y que abarca tantos campos. Durante el año se registraron adelantos y fracasos y los proyectos de educación al igual que los otros de la Oficina, estuvieron influenciados por incertidumbres relacionadas con el financiamiento con fondos de Asistencia Técnica. Como resultado de haberse estimulado el interés de los gobiernos, se recibieron más solicitudes de asistencia de las que se podían atender, aunque con el resultado provechoso de haberse mejorado la planificación a largo plazo y fomentado la presentación de solicitudes de beca, para candidatos bien calificados, con bastante antelación a la fecha propuesta para dar comienzo a los estudios.

Se ha realizado un progreso firme en lo que se refiere a la formación de personal destinado a ciertas necesidades específicas que se relacionan con proyectos en los que la Organización presta su ayuda. Se ha concedido mayor importancia a la formación de personal para las funciones esenciales de los departamentos de sanidad, estimulándose la formación universitaria en salud pública general, enfermería, saneamiento del medio y bioestadística, en los dos últimos a través de programas regionales especiales. Asimismo, se prestó mayor atención a los problemas básicos que presenta la educación médica y la enseñanza de la medicina preventiva en las escuelas de medicina.

Durante el año se produjeron cambios en la dirección de los dos servicios de la División. El Jefe de uno de los servicios fué nombrado Director de la Escuela de Salud Pública de Chile, y el Profesor de Administración Sanitaria de la misma le sucedió en la Oficina después de un lapso de tres meses. El Jefe del Servicio de Becas se retiró, sucediéndole un miembro del personal de otra sección. La simplificación de los métodos de tramitación permitió que el personal pudiera atender al considerable aumento del número de becas concedidas, especialmente a fines de año.

La planificación organizada y los preparativos anticipados, tan necesarios en todo momento para los seminarios y cursos de adiestramiento, fueron doblemente necesarios por el crecido número de ellos que se llevaron a cabo en 1953. Con la asistencia de la Oficina de Coordinación, se establecieron procedimientos experimentales para el control de proyectos que resultaron ser muy valiosos. Uno de los resultados de la incertidumbre económica fué la crecida disponibilidad de ahorros al terminar el año, lo que viene a ilustrar el valor que tiene el que se estimule la presentación anticipada de solicitudes de becas. Si las solicitudes se hubieran demorado, se hubiesen perdido muchas becas. También es conveniente que se destaque el valor de una selección cuidadosa de los aspirantes a becas. Una educación básica insuficiente o el conocimiento insuficiente de un idioma, da lugar a que se malgaste la beca. Como la mayoría de los becarios constituyen una de las fuentes de futuros miembros del personal de las administraciones nacionales de salud pública, es de particular importancia que se tomen en cuenta la habilidad, la adaptabilidad y el interés en salud pública al otorgarse la beca.

Los informes preliminar y final de la Conferencia de Profesores de Medicina Preventiva de Norte América y Canadá se hicieron circular en las Américas, enviándose ejemplares a Ginebra para que se distribuyeran en otras regiones. Además, van tomando forma los planes para celebrar Conferencias similares en América Latina, sacando provecho de la experiencia adquirida en Norte América y de la Conferencia celebrada en Europa. La División de Educación y Adiestramiento de Ginebra ha trabajado en íntima colaboración con esta oficina para el mejoramiento del anteproyecto.

La ayuda a las escuelas de salud pública que admiten estudiantes internacionales goza de una prioridad muy elevada en la planificación general de la División, ya que solamente por mediación de estas escuelas se logrará el cuerpo de dirigentes y administradores sanitarios adiestrados, del cual depende el éxito futuro de los programas nacionales. Se ha mantenido un contacto continuo y provechoso con las escuelas latinoamericanas situadas en México,

Brasil y Chile, a través del interés activo de los Representantes de las Zonas II, V y VI, respectivamente, y por medio de las nuevas visitas que hace el personal de la División. Se ha podido realizar algún progreso en la correlación de las actividades docentes de estas tres escuelas. Algunas actividades específicas se describen bajo el epígrafe AARO-18 (Véase la sección "Resumen de los programas"). Los miembros del personal de la División han participado en las actividades docentes de algunas escuelas norteamericanas y el Jefe de la División se reunió con la facultad de la Universidad de Carolina del Norte con el propósito concreto de discutir acerca de las responsabilidades en materia de educación internacional.

En relación a la educación médica básica, se ha proporcionado asistencia a varias escuelas más. Aparte del proyecto específico del Paraguay, descrito bajo el epígrafe de Paraguay-6, se llevó a cabo un breve estudio de la nueva escuela de Veracruz, México, en colaboración con el IAI y el USPHS. Se deseaba colaborar en la preparación de planes a largo plazo y en especial, en relación a la enseñanza de la medicina preventiva. En Haití, a solicitud del Gobierno, el Jefe de la División visitó la escuela de medicina y el hospital universitario, de cuya visita resultó la recomendación de que se concediera prioridad de primer orden para que los miembros de la facultad pudieran ampliar sus estudios. Esto no ha sido fácil a causa de la dificultad de hallar personal calificado suficientemente interesado en aceptar la responsabilidad de un nombramiento en la facultad. El problema ha sido mayor en relación a las ciencias básicas, en las que ha surgido la dificultad de encontrar un empleo adecuado a los candidatos que no hablan inglés. El Jefe del Servicio de Educación Profesional visitó una de las escuelas del Brasil y la Universidad de Paraguay con el objeto de cambiar impresiones en relación a la preparación del plan de estudios y de examinar las posibles ramas específicas en que la Oficina podría proporcionar asistencia. En Chile tuvo ocasión de examinar con varios miembros de la facultad de la escuela chilena, que habían visitado algunos de los más recientes experimentos de Norte América, los planes de un posible ensayo de algunas de las innovaciones. Por iniciativa del Representante de la Zona IV, se aprovechó el nombramiento de un nuevo decano de la Universidad de San Marcos para sentar las bases de una cooperación. Se prestó asistencia material a la Universidad Central del Ecuador en relación a los nuevos servicios que dicho centro está desarrollando para la enseñanza de la anatomía. En colaboración con el IAI y como actividad del Centro de Información de Educación Médica, la Oficina participó activamente en la contratación de un grupo que se enviaría a Colombia, a solicitud y por cuenta del Gobierno, para estudiar la situación de la educación médica en el país. Se celebraron conferencias en Washington con el decano del "University College" de las Indias Occidentales y se establecieron los principios de un plan a largo plazo para la incorporación de la enseñanza de la medicina preventiva por un profesor a tiempo completo. Otros aspectos de la labor relacionada con las facultades de medicina se describen en conexión con el Centro de Información de Educación Médica y con los programas AARO-18 y AARO-49.

El incremento de las actividades de la Oficina en el campo de la educación médica básica obliga a examinar preferentemente la cuestión de la orientación y de la naturaleza que deberá tener la ayuda prestada por la Oficina en este respecto. La División prevé que sus esfuerzos se encaminarán hacia la asistencia en vasta escala de las escuelas, a fin de que puedan asumir el puesto de responsabilidad en el sistema de servicios sanitarios de la colectividad que la sociedad moderna exige. Es evidente que este concepto implica algo más que la ayuda material de suministros y equipo o, lo que es igual, de adiestramiento de personal para cargos determinados. Comprende un criterio organizado y claro, destinado a orientar el pensamiento de la facultad hacia las responsabilidades de la medicina moderna y en particular de sus aspectos preventivos. La preparación del personal nacional en los principios y técnicas docentes modernos, por medio de las becas otorgadas para seguir estudios en el extranjero y mediante el suministro de los servicios de consultores internacionales, es necesariamente el primer paso. La ayuda material, hasta donde lo permitan los recursos limitados que se tienen, se justifica por el mejoramiento de los métodos de enseñanza y por la revisión de los planes de estudios. En consecuencia, algunos de los centros que se han desenvuelto más altamente necesitan estímulo y asistencia para desarrollar actividades docentes relacionadas con la ampliación de estudios y para convertirse en centros internacionales de formación de profesores de medicina. Como que la División no es la única en pensar de esta manera, ni en sus esfuerzos en dar asistencia a la educación médica, considera que una de sus funciones primordiales es la de fomentar la planificación coordinada.

Se dió comienzo a un programa, que fué bien acogido, para ayudar a las facultades de las escuelas norteamericanas a familiarizarse aun más con las condiciones sanitarias y económicosociales dominantes en los países de América Latina y con el tipo de problemas que se han de resolver, a fin de conseguir una mejor adaptación del plan de estudios a las necesidades de los estudiantes de dichos países.

Se concedió importancia especial al adiestramiento de enfermería y a los seminarios de enfermería en la región. En Bolivia se ha iniciado un programa que tiene por objeto desarrollar la educación de enfermería por medio del establecimiento de una escuela nacional. Se describe con más detalle en la sección "Resumen de los programas" y será algo similar al programa de educación de enfermería en Costa Rica, iniciado en 1951. Ha producido especial satisfacción, el éxito obtenido por el programa llevado a cabo durante las horas de servicio en conexión con el programa de Costa Rica, mediante el cual todas las instructoras y jefes de enfermeras que forman parte del personal de las salas de enseñanza del hospital participaron a través de reuniones de la facultad y de la labor de comités. Este programa producirá resultados perdurables en el mejoramiento de un personal nacional competente y adecuado, la mejor garantía de progreso continuo una vez se retira el personal internacional.

La educación ampliada de enfermería ha recibido el apoyo del Tercer Congreso Regional de Enfermería y del Curso para Instructoras de Enfermería en México, los cuales se describen en la sección "Resumen de los programas". Durante el año, la Consultora de Educación de Enfermería realizó tres viajes de campo y visitó ocho países latinoamericanos.

En el terreno de la ingeniería sanitaria, la mayor parte de las actividades se dedicaron a los cursos que ofrecen las escuelas de salud pública. El programa de ayuda a la Escuela de Ingeniería del Perú aun se encuentra inactivo y parece que, por lo menos en la actualidad, los recursos no son suficientes para permitir su progreso ulterior.

Se realizó, sin embargo, una ampliación del programa (iniciado en 1952) para prestar ayuda a las tres escuelas de salud pública latinoamericanas que admiten estudiantes internacionales. Los ingenieros sanitarios e inspectores que participaron en estos cursos de ampliación se encuentran mejor preparados para su labor profesional. Algunos de ellos establecerán y dirigirán cursos de adiestramiento en sus propias administraciones sanitarias nacionales. Se organizaron cursillos para los trabajadores de control de insectos que forman parte del personal gubernamental de los territorios británicos y se celebraron en Colombia cursos especiales para 18 individuos procedentes de 12 países. El curso de adiestramiento sobre sistemas de abastecimientos de agua en Centro América tuvo lugar en Tegucigalpa, con asistencia de 18 becarios de seis países. Se hicieron planes para celebrar seminarios de ingeniería sanitaria.

En cuanto a los centros de adiestramiento y laboratorios de enfermedades venéreas, los de Centro América y Venezuela terminaron su programa básico en 1953. En el último, más de 160 técnicos de laboratorio recibieron adiestramiento y más de 100 médicos asistieron a los cursillos. En el programa de Brasil, se adiestraron 20 técnicos de laboratorio y el curso continuará en 1954.

En colaboración con la Sección de Higiene Mental de la Sede de la OMS, y con gran éxito, se celebró en Buenos Aires un seminario de alcoholismo. Se otorgaron becas a 25 médicos, enfermeras y trabajadores sanitarios de los cinco países más meridionales de Sud América. Esta actividad estaba encaminada a determinar el lugar de la prevención y del tratamiento del alcoholismo en el programa general de salud pública.

En el terreno de la ciencia veterinaria, el adiestramiento en el Centro de Aftosa ha seguido, de acuerdo con los planes, dándose en dos cursos durante el año. Por el momento, la ayuda para la enseñanza de la medicina veterinaria preventiva se está prestando por mediación de los servicios de los asesores de veterinaria de salud pública de la zona. En el Centro de Fiebre Aftosa de Río de Janeiro se dieron cursos especiales a 15 veterinarios o bacteriólogos.

En México se organizó un Curso de Adiestramiento en el control de la Brucelosis para el Area del Caribe, para el cual se seleccionaron 18 aspirantes a becas de nueve países. Por dificultades imprevistas, hubo necesidad de aplazar el curso hasta marzo de 1954.

El adiestramiento de personal auxiliar es un aspecto difícil pero esencial. Los Gobiernos han mostrado un creciente interés en este asunto, especialmente en lo que se refiere al campo de la enfermería, las enfermedades transmisibles, las estadísticas y el

saneamiento. Los Gobiernos de Brasil, Chile, Colombia y Panamá, están llevando a cabo este tipo de adiestramiento. La Organización presta su apoyo a importantes actividades de esta clase en Costa Rica, El Salvador, Paraguay y Perú. La Oficina aporta su concurso mediante la organización de cierto número de cursos y seminarios internacionales o ayuda a los mismos y la preparación de personal docente para desarrollar programas nacionales o para dedicarlos a proyectos regionales de adiestramiento. La expansión ulterior de este tipo de actividad parece esencial y deberá ser planeada en cuidadosa relación con los servicios sanitarios profesionales a fin de proveer a la supervisión profesional general necesaria para el uso eficaz de los trabajadores auxiliares.

Continúan las relaciones estrechas con las actividades didácticas del IAI. El personal de ambos organismos ha trabajado en estrecha colaboración por medio del Centro de Información de Educación Médica y de otros contactos oficiales y oficiosos. Como ejemplo de esta actividad se puede citar la asistencia prestada al consultor contratado por el IAI para ayudar a las escuelas de salud pública de la América Latina.

Una colaboración también continua se ha mantenido con la División de Higiene Internacional del USPHS y con la Oficina del Niño de Estados Unidos.

En el informe de 1952 se describieron detalladamente la organización y la finalidad del Centro de Información de Educación Médica. En resumen, su propósito es coordinar las actividades de distintos organismos gubernamentales y no gubernamentales interesados en la educación del personal médico y sanitario de las Américas. Son miembros activos de este Centro: la Fundación Rockefeller, la Fundación W. K. Kellogg, el Instituto de Asuntos Interamericanos, la División de Higiene Internacional del Servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos, el Comité Unitario de Servicios, Inc., la Asociación de Facultades Médicas Americanas, Consejo de Educación y Licenciatura Médica de la Asociación Médica Americana, y el Instituto de Educación Internacional. La actividad ordinaria principal del Centro ha sido el intercambio y distribución de informaciones relativas a programas docentes por medio de informes regulares y de reuniones periódicas.

En razón de la escasez general de personal, es fácil comprender la lentitud con que los organismos que colaboran suministran la información necesaria. No obstante, se ha observado un marcado mejoramiento desde el mes de julio, en cuya fecha se nombró un secretario a tiempo completo para el Centro. Esto también ha facilitado la preparación de los informes mensuales sobre becas, etc. En julio se convocó a una reunión especial de los organismos que colaboran, a los efectos de dar instrucciones a un grupo que se había contratado, a solicitud del Gobierno de Colombia, para estudiar la educación médica en dicho país. Después, en la reunión ordinaria celebrada por el Centro en septiembre, el Jefe del grupo presentó un informe sobre la forma en que se había llevado a cabo la encuesta, y la información recopilada. Suministró al Centro una copia de su detallado y completo informe, que proporcionó una excelente base para amplias discusiones sobre métodos eficaces para prestar asistencia a éste y a otros países. Entre los otros asuntos examinados en la reunión figuran: (1) las visitas en grupo de decanos de facultades latinoamericanas a escuelas seleccionadas de medicina de Norte América; (2) las visitas de profesores de escuelas norteamericanas de salud pública a los países latinoamericanos; y (3) un seminario sobre la enseñanza de la medicina preventiva. La labor desarrollada por el Centro ya ha dado lugar a que se evitara una cierta duplicidad, especialmente en lo que se refiere a las listas de suministros para un país, la distribución de información, y las discusiones han conducido a un mejor planeamiento de la ayuda a las distintas escuelas. Un requisito obvio es el que se relaciona con la recopilación y distribución de informaciones más variadas y completas sobre las necesidades de las escuelas médicas de América Latina. Estos estudios habrán de permitir, también, una revisión más exacta de la Lista Mundial de Escuelas de Medicina publicada por la Organización Mundial de la Salud en Ginebra. El valor de la obra ya realizada demuestra la cordura del establecimiento del Centro.

La responsabilidad de hacer la selección definitiva, de otorgar la beca y de colocar a los becarios de las Américas, así como la de colocar a los becarios de otras regiones (Tabla 6), da al Servicio de Becas una doble función, asesora y administrativa. La función de asesoramiento comprende la preparación de planes y el examen crítico de las becas como instrumentos de adiestramiento, para realizar estudios internacionales. La designación de una persona que tiene experiencia en las operaciones técnicas de la Oficina como Jefe del Servicio de Becas, ha sido especialmente afortunada puesto que estimula una relación más

TABLA 6

Campos de estudio para las becas concedidas en las Américas y para los becarios que envían otras Regiones a estudiar en las Américas, 1953

Campo de estudio	Otorgadas en las Américas ^a	Llegados de Otras Regiones
Total - 534	415	119
Administración Sanitaria	60	13
Saneamiento	96	7
Enfermería	32	8
Higiene Maternoinfantil	6	18
Enfermedades Transmisibles	93	34
Otros Servicios Sanitarios	101	24
Higiene Mental	26 ^b	6
Educación Sanitaria	30	1
Higiene Profesional	2	2
Nutrición	4	2
Estadística Sanitaria	38	2
Cuidado e Higiene Dental	--	1
Readaptación	--	7
Control de Drogas	--	3
Otros	1	--
Medicina Clínica	4	8
Ciencias y Educación Médicas	23	7

a Véase la Tabla 7 (Apéndice VII) para el análisis por países y tipo de adiestramiento.

b Grupo de estudios sobre alcoholismo.

íntima entre el Servicio y las otras actividades técnicas de la Oficina. De esta manera, el adiestramiento de las becas puede ser planeado en relación a los distintos programas de actividades en cada campo específico. Este nombramiento facilita también las relaciones necesarias con las secciones del Gobierno de Estados Unidos que se interesan en la colocación de estudiantes extranjeros.

En 1953, ha aumentado constantemente el volumen total de becas concedidas, pero aún fué más importante el hecho notable de que la tendencia observada anteriormente, del mayor número de becarios adiestrados en América Latina (tanto universitarios como los que asisten a adiestramiento de grupos y seminarios), continuó con una amplitud mucho mayor, ya que más del 70% de las becas otorgadas fueron para seguir estudios en América Latina, en comparación con un 55% en 1952.

Se continuó prestando atención especial al adiestramiento de grupos y al adiestramiento para programas específicos; el 43% de las becas concedidas en 1953 correspondía a estas categorías, en comparación con un 31% en 1952. El aumento de las solicitudes recibidas para seguir estudios en saneamiento del medio, bioestadística, enfermedades transmisibles y administración de salud pública, demostró la importancia concedida por los Miembros a los problemas de higiene fundamental y a la integración de las actividades de salubridad. Se produjo un aumento notable en la formación universitaria en el campo de la administración sanitaria, y más de una tercera parte de los cursos universitarios versaron sobre esta materia. (Véanse Tablas 7 y 8, Apéndices VII y VIII).

El rápido y continuo aumento de las actividades relacionadas con las becas indica la enorme necesidad que sienten los distintos países de adiestramiento de personal idóneo. Las becas concedidas en las Américas aumentaron de 49 en 1950 a 140 en 1951, 194 en 1952 y 415 en 1953. El total de becas tramitadas en el Servicio para todas las Regiones, fué de 534 en 1953, en comparación con 320 en 1952, lo que representa un aumento del 70%.

Una función importante dentro de la administración de las becas es la de visitar a los becarios durante el período de adiestramiento y después que han regresado a sus propios países. Esta última función se ha desarrollado muy insuficientemente y, hasta la fecha, ha sido atendida en una forma puramente casual. La primera de estas funciones se ha llevado a cabo en cierto modo y, en 1953, el Jefe del Servicio y otro personal de la División visitó a los estudiantes matriculados en las Universidades de São Paulo, Chile, California, Chicago, Columbia, Harvard, Johns Hopkins, Michigan, Minnesota, Carolina del Norte y Tulane, y en los Colegios de Baldwin-Walker, Ohio, Haverford, Hiram y Spellman. La consultora de enfermería celebró entrevistas con los becarios y discutió sus programas con las escuelas de enfermería de las Universidades de Boston, Católica (Washington), Montreal, Pensilvania, Toronto y Wayne, y con el Departamento de Enfermería de Salud Pública de la Universidad Estatal del Centro Médico de Nueva York, en Siracusa.

Durante 1953, se realizó un esfuerzo positivo por participar junto con las escuelas en la preparación del adiestramiento de campo que frecuentemente se ofrece después de la graduación de la escuela. Esto se llevó a cabo con todo éxito en varias de las escuelas norteamericanas y, con la ayuda de los Representantes de Zona, en las escuelas latino-americanas.

En las Tablas 7 y 9 (Apéndices VII y IX) se analizan el país de origen de los becarios, y el tipo, lugar y campo de adiestramiento, etc.

A fin de facilitar los proyectos de planificación y la progresión ordenada del programa de becas, se pidió durante todo el año que se presentaran las solicitudes para estudios futuros. De esta manera, cuando los fondos se hallaron disponibles al finalizar el año, fué posible conceder becas en 1953 para estudios que se llevarían a cabo en 1954. Esta experiencia subraya la necesidad de que las solicitudes de becas se presenten lo antes posible y en todo caso, mucho antes de la fecha propuesta para iniciar los estudios.

Se publicaron varios trabajos originales (Véase Apéndice V) y se seleccionaron distintos artículos para la sección de enfermería del Boletín de la QSP. El informe del Tercer Congreso Regional de Enfermería (Brasil) se publicó en español y se distribuyeron copias preparadas en mimeógrafo en los idiomas inglés y portugués.

Varias organizaciones médicas y de salud pública, cuyas sedes radican en Estados Unidos, especialmente la Asociación Americana de Salud Pública y la Academia Americana de Pediatría, han utilizado los servicios de la División. La parte que se ocupa de las relaciones con América Latina del Informe del Comité de Consultas de la Asociación Americana de Salud Pública, del cual el Jefe de la División es Presidente, fué aprobada por unanimidad. En esta parte se estipula que la Asociación Americana de Salud Pública proporcionará ayuda a las asociaciones similares de América Latina, cuando así lo soliciten. El Jefe de la División ha sido designado Presidente del Comité de Asuntos Latinoamericanos de la Academia Americana de Pediatría, en cuyo cargo tendrá la oportunidad de conseguir la cooperación de los numerosos pediatras latinoamericanos que son miembros de la Academia. También se han mantenido estrechas relaciones con el Consejo Internacional de Enfermeras.

Los miembros del personal han dado varias conferencias y charlas en las escuelas profesionales de Carolina del Norte y Cincinnati, en los Hospitales de la Ciudad de Baltimore, y a diversas agrupaciones estudiantiles y no profesionales.

Se espera que el año próximo se produzcan nuevos avances en el robustecimiento de las escuelas de salud pública, en la coordinación de la ayuda prestada a la educación médica, en la elevación del nivel de la educación de enfermería, en el desarrollo de planes a largo plazo para el adiestramiento de otro personal sanitario y en el desenvolvimiento continuo del programa de becas como medio de mantener los progresos ya alcanzados.

OFICINAS DE ZONA

OFICINAS DE ZONA

Ha continuado la descentralización de las funciones de la Oficina de Washington. Las Oficinas de Zona han asumido gradualmente mayores responsabilidades en las operaciones y, en todos los aspectos, han quedado mejor organizadas. En algunos casos se han conseguido locales más adecuados para las oficinas. También el personal se ha familiarizado más con los países de su respectiva Zona. En el mes de enero había en todas las oficinas 34 puestos profesionales, de los que 31 estaban cubiertos. A fines del año, debido a cambios de personal, sólo 28 de esos puestos estaban ocupados, quedando, por lo tanto, seis vacantes.

Debido a la proximidad de las Oficinas de Zona a los Países Miembros, se pudieron preparar fácilmente visitas del personal de las Oficinas y los Gobiernos se pudieron dar cuenta mejor de las diversas formas en que podían ser ayudados por las Oficinas de Zona. El personal de la Oficina de Zona, en razón a su mayor conocimiento tanto de las administraciones como de los problemas sanitarios, estuvo en mejores condiciones de ayudar a los Gobiernos Miembros. Citaremos como ejemplo la selección de personal internacional para los programas de campo. Su mejor conocimiento de los países interesados facilitó la contratación del personal más adecuadamente calificado.

El establecimiento de las Oficinas de Zona permitió ejercer, además, una supervisión más minuciosa de los programas de campo. El personal de los programas de campo pudo dar así una solución más rápida a los diversos problemas administrativos. Los funcionarios de las Oficinas de Zona, gracias a su mejor conocimiento de los países que tenían a su cargo, pudieron distribuir material informativo en aquellos lugares en que era más necesario.

Ha habido una tendencia definida a alejarse de proyectos de actividades circunscritas hacia programas más amplios, mejor integrados en las administraciones nacionales de sanidad. Este movimiento ha sido estimulado por el personal de las Oficinas de Zona. En algunos casos, se invitó a los funcionarios de las Zonas a que asesoraran a las administraciones en sus problemas de planeamiento y organización. En otras ocasiones se proporcionaron expertos para esta finalidad concreta.

Así como hay diferencias en las administraciones y en los programas sanitarios de todos los Países Miembros, así también existen diferencias en el trabajo de las distintas Oficinas de Zona. Se describen separadamente las principales actividades de cada una de ellas. En la sección "Resumen de los Programas" del presente Informe figuran explicaciones más detalladas de los distintos programas.

En el Informe Anual correspondiente a 1951, se hizo referencia a las funciones de las Oficinas de Zona que se estaban estableciendo de acuerdo con varias resoluciones y recomendaciones de la Conferencia, del Consejo Directivo y del Comité Ejecutivo. En resumen, se señaló entonces que los Representantes de Zona tendrían a su cargo el planeamiento y ejecución de los programas de campo. La Oficina de Washington continuaría desempeñando sus funciones de evaluación y asesoramiento, pero los Representantes se encargarían de la elaboración de los detalles y de la ejecución de los programas. Los Representantes, al actuar, como lo hacen, en nombre del Director, colocan así a la administración central y a todos sus servicios en contacto más cercano con las administraciones nacionales de sanidad. Es posible, en 1954, examinar el breve historial de las Zonas y establecer la conclusión de que se van alcanzando, de un modo gradual pero continuo, los resultados esperados.

ZONA I

Los países comprendidos en la Zona I son Alaska, Canadá, Estados Unidos y Hawaii. En virtud de decisión de la Sexta Asamblea Mundial de la Salud, Hawaii quedó adscrito provisionalmente a la Región de la OMS para las Américas.

Aún cuando una gran proporción del trabajo de la Oficina ha estado relacionada con la Zona I, sólo una pequeña parte ha sido para proyectos. Debido a que la Sede de la Oficina está situada en la Zona I, y en razón a la diferente naturaleza de la labor requerida, no hay Oficina de Zona como en otras partes de la Región. La Sede de la Oficina y dos Oficinas de Campo se han encargado del trabajo de la Zona. La Sede de la Oficina ha tramitado una gran parte de las actividades educativas, especialmente las relativas a la colocación de becarios.

El reducido número de becas adjudicadas a nacionales de los países de la Zona I ha sido también tramitado por la Oficina de Washington con la ayuda, cuando era necesario, de las Oficinas de Campo. La Oficina de Washington se ha encargado de la adquisición de suministros y equipo para los programas, para los Gobiernos de la Región y para los Miembros de la OMS, situados fuera de la Región. Otras secciones de la Oficina se han ocupado de la correspondencia y relaciones con los centros de estudios e investigación relacionados con los programas de la OMS y de la Organización Sanitaria Panamericana.

Oficina de Campo de El Paso

Debido a la complejidad de la coordinación de un programa inter-países entre los departamentos locales de sanidad muy distintos entre sí, que se hallan dispersos a lo largo de una extensa frontera internacional, se nombró un oficial médico a tiempo completo para la Oficina de Campo de El Paso. Ahora se está desarrollando una estrecha relación entre los funcionarios de salud pública del área fronteriza.

La Oficina ha seguido actuando de secretaría de la Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad. Se reunión anual sigue proporcionando la oportunidad de que los ciudadanos de ambos países se reúnan, al menos, una vez al año con el objeto de proceder a un cambio de informaciones, y para examinar los problemas de salud pública de interés común. El Oficial Médico organizó la bien concurrida undécima reunión anual que se celebró en abril en El Paso, Texas, y en Ciudad Juárez, Chihuahua.

A solicitud de los Oficiales Sanitarios de los Estados de California y de Baja California, la Oficina desempeñó las funciones de organismo de enlace entre los departamentos de sanidad del Condado Imperial de California y el de Mexicali de Baja California, para la preparación de una encuesta colectiva de rayos X, relativa a la tuberculosis, en las áreas fronterizas. Las actividades dieron comienzo en diciembre con la inauguración de campañas de publicidad en Caléxico y Mexicali.

En virtud de la decisión adoptada en la Undécima Reunión Anual de la Asociación, se organizó un cursillo sobre saneamiento que se celebró en Laredo, Texas, en noviembre y diciembre. Este curso se llevó a cabo bajo el patrocinio de la Asociación y con la cooperación de los Departamentos de Sanidad de los Estados de Texas y Tamaulipas, el Departamento de Servicios Sanitarios Coordinados de México, la VIII. Oficina Regional del Servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos, los departamentos municipales de sanidad de Laredo y Nuevo Laredo, y el Instituto de Asuntos Interamericanos de Ciudad de México. Un total de 49 personas se matricularon en dicho curso, incluídos dos ingenieros sanitarios de Ciudad de México y 12 Sanitaristas de Tamaulipas. El curso fué acogido con entusiasmo y se han presentado propuestas para celebrar otros en las ciudades hermanas de Nogales (Sonora) y Nogales (Arizona), y en Caléxico (California) y Mexicali (Baja California).

Durante los meses de verano y con la ayuda del consultor en veterinaria de la Zona II, se pusieron en ejecución programas de vacunación antirrábica en las poblaciones principales de la frontera mexicana-estadounidense. En la Ciudad y Condado de El Paso, Texas, y en el Municipio de Ciudad Juárez, los veterinarios de la localidad vacunaron un total de 21,000 perros en un período de dos semanas. Se iniciaron de nuevo medidas de lucha contra la rabia en las regiones Sur y Norte de la Baja California. En la última, se organizaron clínicas de vacunación voluntaria en las poblaciones de Tijuana, Mexicali y Ensenada. Estas medidas se coordinaron con la lucha antirrábica en los Condados Imperial y San Diego, de California.

En las últimas semanas de diciembre se formularon planes para un programa de demostración sobre lucha antivenérea en la zona fronteriza de Texas y Tamaulipas. El programa probablemente comenzará tan pronto como se disponga de fondos.

La amplitud que tendrán las actividades que se desarrollarán en 1954 en relación al control de la rabia en la frontera, dependerá de la disponibilidad de fondos y de la asistencia de un consultor en veterinaria. Se ha propuesto un programa para 1954 que comprenderá el control de la rabia canina y de la rabia de los animales silvestres, y una encuesta sobre los murciélagos vampiros. Además, se seguirá estudiando la posibilidad de iniciar los programas de demostraciones sobre el control de vectores y de enfermedades venéreas en Laredo y Nuevo Laredo, y el de demostraciones sobre el control de enfermedades venéreas a lo largo de la frontera de Texas y Tamaulipas.

Se espera poder conseguir en 1954 los servicios de un ingeniero sanitario y de una enfermera que ayudarán a una encuesta en la frontera.

La Oficina de Campo cuenta con dos escribientes que ayudan al oficial médico.

Oficina de Campo del Caribe

La Oficina de Campo, cuya plantilla de personal consiste en un médico de salud pública y dos escribientes auxiliares, fué establecida para coordinar las actividades, así como prestar ayuda, en el planeamiento y ejecución de proyectos en el área del Caribe. El elevado número de administraciones distintas (29) y las largas distancias entre los diferentes territorios, juntamente con la escasez de medios de transporte en algunas áreas presentan una situación excepcional. Además la mayoría de los Gobiernos carecen de plenos poderes ejecutivos. Esto da lugar en ocasiones a considerables demoras en la adopción de decisiones.

Sin embargo, fué alentador observar el creciente y casi uniforme deseo, por parte de los Gobiernos, de reforzar sus administraciones sanitarias, ocupando los proyectos, como tales, un lugar importante, pero secundario.

Los gobiernos formularon consultas, con frecuencia cada vez mayor sobre sus planes de salud pública a largo plazo, interesándose especialmente en el desarrollo de programas integrados. Se atendió una solicitud para llevar a cabo una encuesta de los recursos y necesidades en materia de salud pública de un territorio y para la ayuda en la reorganización de su administración sanitaria. Otros Gobiernos han indicado que proyectan presentar solicitudes similares.

Se proporcionaron servicios generales de asesoramiento a varios Gobiernos en materia de planificación sanitaria, control de la tuberculosis (incluso campañas con BCG), frambesia, enfermedades venéreas, lepra, educación sanitaria, becas, saneamiento del medio y educación profesional. Subsiguientemente, la asistencia técnica se concentró en la ampliación de los programas existentes de control de enfermedades o en la iniciación de otros nuevos. Respondiendo a solicitudes de once Gobiernos, se prestó ayuda a 14 programas específicos, todos ellos relacionados con la lucha antituberculosa o el control de insectos.

En Jamaica y Trinidad se proporcionó ayuda para perfeccionar los métodos del laboratorio para diagnóstico de la tuberculosis. Asimismo en Jamaica y en las Islas de Sotavento se desarrollaron programas de vacunación con BCG. La erradicación del Aedes aegypti y el control de otros mosquitos, como el Culex quinquefasciatus y ciertos Aedes de las marismas, constituyen los objetivos de los programas en las Bahamas, Barbados, Bermudas, Granada, Islas Occidentales Neerlandesas, Islas de Sotavento, Jamaica, Puerto Rico, Santa Lucía, Surinam y Trinidad. Hacia fines de año se llevó a cabo, a petición del Gobierno, una verificación definitiva que confirmó la conclusión de que, en efecto, el Aedes aegypti había sido erradicado de Bermudas.

Además, y como programa interpaíses, se llevaron a cabo encuestas sobre el Aedes aegypti en los territorios de Anegada, Anguilla, Barbuda, Islas Caimán, Dominica, Guadalupe, Jost Van Dyke, Martinica, Montserrat, Nieves, San Bartolomé, San Juan, St. Kitts, San Martín, Santo Tomás, San Vicente y Tórtola. Estas encuestas dieron resultados positivos, salvo en las Islas Caimán, e indujeron a varios gobiernos a participar en el programa de erradicación del hemisferio.

Se mantuvieron estrechas relaciones con la Comisión del Caribe y la Oficina del UNICEF para el Area, situada en Guatemala. Se dictaron disertaciones en el University College of the West Indies sobre fiebre amarilla, malaria y entomología.

Se espera que en 1954 continúe un programa similar al descrito más arriba, pero dedicando mayor atención al adiestramiento y educación. Tal vez esto pueda realizarse en parte intensificando las relaciones entre el University College of the West Indies y la British West Indies Public Health Training Station por un lado, y el personal de la Zona, los supervisores de programas, y el personal de las administraciones sanitarias, por otra parte. También se espera mejorar la recopilación de estadísticas sanitarias.

ZONA II

La Oficina de la Zona II, radicada en México, D. F., sirve a cuatro países: Cuba, Haití, México y República Dominicana. Con el Representante de Zona cooperaron un médico de salud pública, un ingeniero sanitario, un veterinario de salud pública y una asesora en enfermería. Además, hubo siete empleados de oficina. Durante el año hubo 28 programas en curso de ejecución, 15 de los cuales eran programas en los países y 13 regionales. Trabajaron en esos programas 9 miembros del personal internacional.

Aun cuando el número de programas fué mayor del que se consideró posible al principio del año, no fué tan grande como el de solicitudes formuladas por los cuatro Países Miembros. El personal de la Oficina de Zona estimó que el hecho de que hubiera mayor número de solicitudes se debió en parte a que las autoridades de salud pública se habían dado cuenta mejor de los servicios y medios disponibles a través de la Oficina. La labor de la Oficina de Zona fué, en general, de un carácter similar a la de las otras Oficinas de Zona, aunque por supuesto, los programas específicos variaron de acuerdo con las necesidades locales. Si bien todos los programas se describen en la sección "Resumen de los Programas", cabe citar algunos de ellos en este apartado.

Durante la última parte del año, el Gobierno de Cuba firmó un acuerdo para un proyecto de erradicación del Aedes aegypti. En Haití la campaña contra la frambesia progresó de un modo tan satisfactorio que ahora puede pensarse en la erradicación de la enfermedad en la República. Los resultados favorables alcanzados han contribuido a que se puedan desarrollar aún más los servicios permanentes de sanidad. En el curso del año comenzó sus actividades el primer laboratorio de salud pública del país. En la otra parte de la isla, se firmó un acuerdo con el Gobierno de la República Dominicana relativo a la organización, en todo el país, de servicios locales de sanidad. Como fase inicial, se envió al extranjero, para recibir adiestramiento, personal técnico que ocupa puestos principales y se estableció la primera unidad sanitaria (en San Cristóbal). En México se realizaron progresos en el campo de la enseñanza de enfermería y en el adiestramiento de personal técnico en otras materias.

Algunos de los proyectos regionales tenían por objeto el control de enfermedades específicas, pero la mayoría de ellos fueron para programas de educación y adiestramiento. Elementos de todos los países de la Zona participaron en cursos especiales sobre saneamiento del medio, control de insectos, brucelosis y bioestadística. En México se celebró con éxito una conferencia sobre educación sanitaria y se han estudiado planes para un seminario sobre la enseñanza de medicina preventiva. Se adjudicaron 24 becas a médicos, enfermeras, maestros y técnicos en 14 diferentes especialidades, que comprendían desde la administración de salud pública hasta la enseñanza de enfermería y desde la higiene industrial a la virología. Todos los países participaron en el programa de erradicación de la viruela y el arreglo concertado con Cuba para que proporcione vacuna seca a la República Dominicana y Haití, aseguró una fuente continua y conveniente de suministro. Entre los otros organismos con los que se mantuvieron relaciones pueden citarse el UNICEF, el IAI, la Fundación Rockefeller y la Fundación Kellogg. Hubo frecuentes contactos personales con los Representantes de esas instituciones. La participación del IAI en la Conferencia Regional sobre Educación Sanitaria, celebrada en México, constituye un ejemplo de la colaboración mantenida.

Hay indicaciones de que en 1954 se prestará especial atención a la integración de los servicios locales de sanidad, al mejoramiento de la nutrición, y en el caso de la República Dominicana, ayuda en la preparación de un código sanitario. Es probable que la labor futura tienda también a la mejor integración de los servicios de higiene maternoinfantil en los programas generales de salubridad. También es probable que el adiestramiento en materia del saneamiento del medio sea una de las actividades que reciba mayor atención. Otra actividad proyectada es la ayuda a la Escuela de Salud Pública de México. Al igual que en otras Zonas, el año 1953 acusó mejoras en todos los aspectos, y es de esperar que la Oficina de la Zona II trabaje incluso con mayor eficacia en 1954.

ZONA III

Los países comprendidos en la Zona III son Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Honduras Británico, Nicaragua y Panamá. La Oficina de Zona, establecida en la ciudad de Guatemala, cuenta con 8 miembros del personal profesional y 9 escribientes auxiliares, en tanto que en los programas de campo trabajan 32 miembros del personal internacional. En el mes de diciembre había en curso de ejecución nueve programas en los países y otros varios quedaron completados durante el año. Se estaban desarrollando también en 1953, ocho programas interpaíses. Durante el año se registró un considerable aumento en el volumen del trabajo administrativo de la Oficina. Esto se debió en parte al elevado número de proyectos, especialmente de proyectos interpaíses que requirieron considerables servicios administrativos, y en parte también, fué consecuencia de la descentralización.

El mayor obstáculo para el desarrollo de buenos servicios sanitarios fundamentales es la falta de personal bien preparado. Por esta razón, en 1953, se dedicó atención especial al adiestramiento tanto de personal profesional como auxiliar. Las actividades dignas de destacar durante el año fueron los estudios realizados por varios Gobiernos de sus respectivas organizaciones de salud pública, especialmente en relación a las necesidades nacionales. Subsecuentemente se pusieron en práctica varios planes de reorganización.

Un aspecto interesante de la labor de la Zona fué el número de actividades similares emprendidas en varios países. Este fué el caso en las campañas contra el Aedes aegypti, organizadas por todos los Gobiernos de la Zona, en la mayoría de los casos con la ayuda de la Oficina de Zona. Colaboró en este trabajo el Gorgas Memorial Laboratory, que estaba interesado especialmente en los estudios sobre el virus de la fiebre amarilla y en las investigaciones epidemiológicas sobre la fiebre amarilla selvática. Otra actividad en la que cooperó la Oficina de Zona fué el control de la tuberculosis mediante campañas de vacunación con BCG. En este aspecto se prestó ayuda de varias clases a Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, y Honduras Británico. Todos los países se aprovecharon de los diversos seminarios organizados por la Oficina, y en algunos de ellos, así como en otros programas, se mantuvieron relaciones importantes con otras instituciones, como el IAI.

Los estudios sociales y antropológicos realizados en relación con las actividades sanitarias, han resultado de interés excepcional, y a fines de año estaban casi terminados los informes relativos a Nicaragua y Panamá. Fué alentador observar la creciente atención que se dedica tanto a los servicios generales de salubridad como a su extensión a las zonas rurales. En este aspecto, se prestó ayuda al Gobierno de El Salvador en su plan para reorganizar el Departamento de Salud Pública y extender los servicios rurales de salud pública a zonas no cubiertas por el centro de demostración. Este es uno de los muchos ejemplos que se podrían citar.

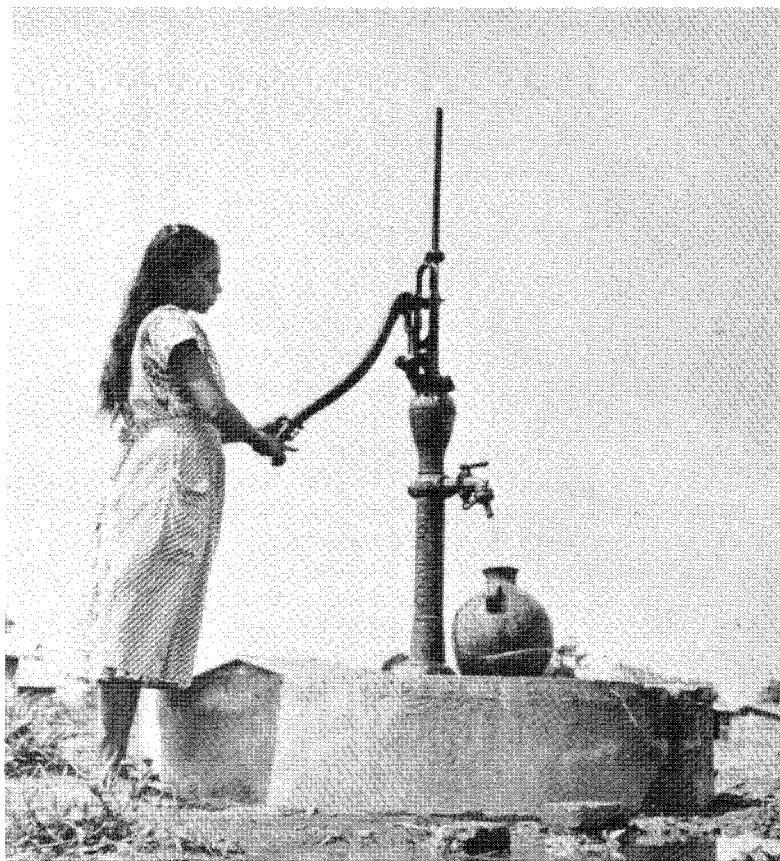
Parece probable que se seguirá dedicando atención especial a los servicios fundamentales de salud pública y a las actividades de educación y adiestramiento. Estas últimas son esenciales para poder contar con buenos servicios sanitarios. En lo futuro, el personal de la Oficina de Zona podrá permanecer durante períodos más largos en los distintos países. Es probable que haya otros nuevos proyectos en los países, pero la mayoría de los actuales programas continuarán con la ayuda de la Oficina.

ZONA IV

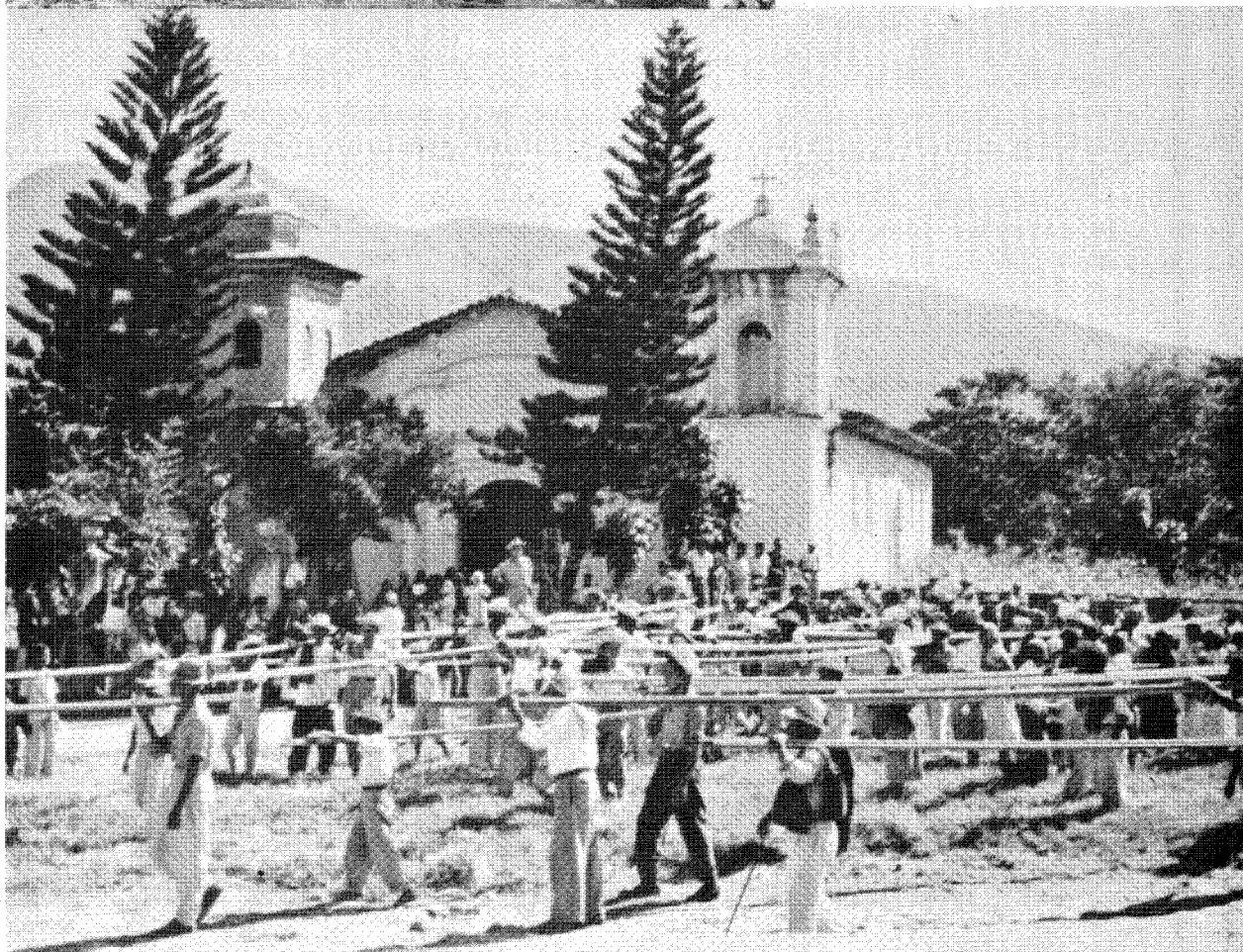
La Zona IV comprende Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. A principios del año había 22 programas en ejecución, en tanto que durante el curso del mismo se iniciaron otros ocho y siete quedaron terminados. En 21 de ellos trabajaban miembros del personal internacional y nueve recibían la colaboración directa del personal de la Oficina de Zona.

El personal técnico de la Oficina de Zona comprendía el Representante de Zona, dos médicos de salud pública, una enfermera de salud pública, un ingeniero sanitario y un veterinario. Les ayudaron once auxiliares de oficina, contratados localmente. Además, la plantilla de personal fué reforzada temporalmente, en varias ocasiones, por visitas de miembros del personal de la Sede y de otras Oficinas de Zona. Había 17 miembros del personal internacional trabajando en los programas. Durante el año se adjudicaron 51 becas para estudios

Pozo protegido - Zona de
Demostración Sanitaria,
El Salvador.



Los aldeanos transportan los tubos
para el nuevo sistema de abaste-
cimiento de aguas.



en el campo de la salud pública. El detalle de las mismas figura en las Tablas 7, 8 y 9 (Apéndices VII, VIII y IX). Una actividad educativa especial desarrollada en los meses de noviembre y diciembre fué el curso sobre control de insectos, celebrado en Colombia, donde hay un grupo de expertos nacionales especializados en la enseñanza y donde además existen excelentes servicios y medios para las demostraciones. Prestaron ayuda al curso el Ministerio de Salud Pública y el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Duró tres semanas y participaron 19 estudiantes. Se dedicó especial atención a las técnicas de aplicación de insecticidas de acción residual en las campañas conjuntas de erradicación del Aedes aegypti y control de la malaria.

Se hizo mayor uso del edificio de la Oficina de Zona, tanto por su biblioteca como por su modesta pero bien acondicionada sala de conferencias. La Oficina recibió buen número de peticiones de información sobre la interpretación del Reglamento Sanitario Internacional y la demarcación de las zonas endémicas y zonas receptoras a la fiebre amarilla. Se aprovecharon todas las ocasiones para subrayar la necesidad de que se denuncien, en forma regular y rápida, los casos de enfermedades de notificación obligatoria. Las relaciones con las autoridades de salud pública, sostenidas por medio de visitas y correspondencia, continuaron siendo cordiales y provechosas para todos los interesados. El personal de la Oficina de Zona visitó, con frecuencia, los países de la Zona, y en total hizo 37 viajes fuera de Lima. Se recibieron numerosas solicitudes de ayuda, pero no todas ellas pudieron ser atendidas, debido a la insuficiencia de fondos y de personal debidamente calificado.

Se espera que en 1954 y 1955 habrá nuevos y más detallados cambios de opiniones entre el personal técnico de la Oficina de Zona y los Departamentos de Sanidad de los Países Miembros. Parece probable que los futuros programas serán de más amplio alcance, como el de ayuda al Comité Nacional Boliviano de Salud Pública para establecer una oficina de planeamiento y coordinación bajo la autoridad del Director General de Sanidad. Se espera, además, dedicar especial atención al adiestramiento de personal, tanto profesional como auxiliar, sin el cual no se pueden desarrollar con éxito los servicios de salud pública.

ZONA V

Por su gran extensión y volumen de población (más de 54 millones de habitantes), la Zona V está formada únicamente por el Brasil. En este extenso país existen variaciones extremas tanto en cuanto al clima como al grado de desarrollo y diferentes formas de cultura. Como consecuencia de todo ello, hay también diferencias en el cuadro de enfermedades que se registran en las diversas regiones del país.

Al contrario de las otras Oficinas de Zona, el Representante de Zona no ha contado con auxiliarse técnicos aunque se ha tratado de obtener los servicios de un ingeniero de salud pública debidamente calificado. Una asesora de enfermería prestó servicio en la Oficina durante parte del año, antes de ser transferida a otro puesto. Hubo, sin embargo, un oficial administrativo y siete empleados auxiliares de oficina. El Representante ha observado la necesidad de contar con más personal técnico. La considerable ayuda prestada por las autoridades federales y estatales de sanidad compensa hasta cierto punto la falta de auxiliares técnicos de la Oficina. Durante el año estuvieron en curso de ejecución 4 programas en el país y se realizaron dos programas interpaíses. En ellos trabajaron 8 miembros del personal internacional.

En general, la labor principal del Representante ha consistido en colaborar con las autoridades federales y estatales de sanidad en el estudio y asesoramiento sobre las necesidades y problemas sanitarios del país. Un tema importante discutido en varias reuniones fué el planeamiento a largo plazo. Un gran servicio prestado al Gobierno fué la ayuda de la Oficina en la adquisición de equipos y suministros por valor de más de \$2 millones al año. Algunos de estos suministros fueron proporcionados por el UNICEF, con la aprobación técnica de la Oficina, y otros fueron adquiridos por el Gobierno por mediación de la misma.

Los locales de la Oficina de Zona están situados en un lugar céntrico de Río de Janeiro y, aunque en la actualidad son adecuados, resultarán insuficientes si se aumenta en grado considerable la plantilla del personal. La Oficina, al igual que en las otras Zonas, se encargó durante el año de administrar las asignaciones presupuestarias. Las variaciones en

el cambio de la moneda nacional, causaron cierta preocupación y requirieron varios ajustes, pero las asignaciones recibidas resultaron ser suficientes.

El Representante de Zona asistió a muchos de los congresos y reuniones celebrados en el Brasil en el curso del año. Se mantuvieron relaciones con el Representante Residente de la Asistencia Técnica, y con el personal del Centro de Información de las Naciones Unidas. El Representante de Zona continuó actuando como Representante de la Oficina en el Comité Interamericano de Coordinación de la Migración en la América Latina.

El Representante recibió durante el año buen número de solicitudes de consulta formuladas por los Gobiernos, Federal y de los Estados, en relación con el planeamiento y ejecución de programas. Las solicitudes procedían de los Departamentos de Sanidad y Agricultura. También se solicitó su ayuda a raíz de un brote de fiebre amarilla selvática en los Estados de São Paulo y Paraná, así como cuando se presentaron casos de poliomeilitis en el Distrito Federal y en São Paulo.

En otras secciones del presente Informe se describen los importantes programas que se llevan a cabo en el Brasil, tales como los relacionados con el Instituto Oswaldo Cruz, el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa y la labor en el control de la bilharziasis.

Se espera que en 1954-1955 continuará prestándose ayuda a los principales programas actualmente en ejecución. Además, la Oficina iniciará actividades de higiene maternoinfantil en colaboración con el Departamento Nacional del Niño. Se prestará atención al control de la frambesia y es probable que se elabore también un programa relativo a los métodos modernos de eliminación de basuras, tanto en las colectividades urbanas como rurales.

ZONA VI

La Oficina de la Zona VI, situada en Buenos Aires, sirve a la Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. El año 1953 fué el segundo año completo en que funcionó la organización de las Zonas y el progreso en la consolidación señalado en las otras Zonas también se observó en ésta. El personal técnico de la Oficina de Zona comprendía un Representante de Zona, un médico de salud pública, un veterinario, una enfermera de salud pública y, además, un consultor en tuberculosis. Como en las otras Zonas, también hubo un oficial administrativo. El personal de contratación local aumentó durante el año de seis a ocho miembros. En los programas trabajaron 14 miembros del personal internacional.

Hubo 17 programas en curso de ejecución durante todo el año o parte de él. De ellos, 12 eran programas en los países y 5 interpaíses desarrollados en los de la Zona VI con la ayuda administrativa de la Oficina de Zona. Durante el año se registró un aumento en el volumen de trabajo a cargo de la Oficina, aumento que el número de programas no refleja exactamente. A medida que la Oficina y su personal llegaron a ser conocidos mejor, los Gobiernos de la Zona utilizaron en mayor grado sus diversos servicios y medios. Durante el año, al igual que en otras Zonas, la Oficina de Buenos Aires asumió mayores responsabilidades en las operaciones. Debido a que tanto la Argentina como Chile aportaron contribuciones al Fondo de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas, y con el fin de que la Oficina pudiera beneficiarse de esos fondos para atender ciertos gastos locales, se abrieron cuentas especiales de Asistencia Técnica, tanto en Buenos Aires como en Santiago.

Un aspecto del programa de educación y adiestramiento fué el número de breves cursos ofrecidos. Los temas estudiados fueron bacteriología (tuberculosis), serología (enfermedades venéreas), control de insectos y adiestramiento de parteras y personal auxiliar de enfermería. Se mejoraron los métodos para la selección y colocación de becarios. En el curso del año, se adjudicaron en total 61 becas. Fueron concedidas a médicos, dentistas, veterinarios, enfermeras, inspectores sanitarios, trabajadores sociales, estadísticos y personal sanitario de otras categorías. Algunas fueron adjudicadas para que los becarios pudieran asistir a los dos seminarios celebrados en la Zona VI. El Seminario sobre Alcoholismo tuvo lugar en Buenos Aires durante el mes de mayo en tanto que el de Notificación de Enfermedades Transmisibles se celebró en noviembre y diciembre en Santiago de Chile. Esta última ciudad es también la sede del Centro Interamericano de Bioestadística. La Oficina ayudó al Gobierno de Chile proporcionándole cinco consultores, contribuyendo de ese modo al éxito del primer curso sobre estadística, que comenzó en marzo. También prestó ayuda a la Escuela de Salud Pública de Chile en el curso de cuatro meses



Sesión Plenaria del Tercer Congreso Regional de Enfermería, Rio de Janeiro, Brasil
1953.



Obtención de muestras de sangre en la campaña de control de
enfermedades venéreas.

para el adiestramiento de personal, tanto profesional como no profesional, en saneamiento del medio.

El personal de la Zona VI, al igual que el de las otras Oficinas de Zona, observó que invertía una gran proporción de su tiempo en discusiones con los funcionarios de los Departamentos de Sanidad. También se prestó servicio de asesoramiento mediante la distribución de diversos materiales informativos. En ciertos casos, la Oficina de Zona llevó a cabo actividades que de otro modo sólo se podrían haber realizado mediante la contratación de consultores a corto plazo. Algunas de estas actividades tomaron mucho tiempo del personal. Se desarrolló un programa en tres países que también interesaba a otros muchos. En la Argentina, Chile y Uruguay, se emprendió una investigación sobre los diversos aspectos de la ecología, transmisión y control de la hidatidosis. Además, la Oficina, mediante el suministro de materiales, contribuyó a la parte de educación sanitaria del programa de control.

Se cree que, como en 1953, en 1954 y 1955 continuará dedicándose especial atención a la educación y adiestramiento. Es probable que también prosiga la ayuda prestada al Centro Interamericano de Bioestadística, así como varios seminarios y cursos, cuya organización se está estudiando. También se seguirá prestando asistencia a ciertos programas para el control de enfermedades específicas, pero se proyecta reforzar los servicios generales de sanidad en otros aspectos, por ejemplo, mediante la mejora de los servicios de laboratorio de salud pública y el fomento de la salud en las zonas rurales. En relación a este último aspecto, tal vez se dedique mayor atención a los programas de higiene materno-infantil.

RESUMEN DE LOS PROGRAMAS

Programas Inter-Regionales

Inter-
regional-8

Centros FAO/OMS de Brucelosis (1950 -)

OMS

Durante el año prosiguieron los estudios en los tres centros FAO/OMS de Brucelosis en las Américas, situados en Minnesota (EE.UU.), México, D.F. y Buenos Aires.

Los estudios incluyeron bacteriología, diagnosis (incluso las pruebas de antígenos), terapia, y encuestas locales para determinar la extensión de la infección en el hombre y en los animales. La Oficina concedió pequeñas subvenciones a los Centros de la Argentina y México y los miembros del personal participaron en las pruebas de campo.

De especial interés fué la colaboración del Centro de la Argentina con la Cooperativa de Productores de Leche y las autoridades locales de sanidad en la preparación de una campaña de demostración contra la brucelosis bovina en la zona productora de leche de Rosario.

Inter-
regional-10

Centros de Influenza (1948 -)

OMS

En las Américas hay dieciséis Centros de Influenza y un Centro Especial de Estudio de Cepas, para la tipificación y estudio de todas las cepas que se aíslan. Durante el año se enviaron muestras del virus de la influenza obtenidas en los brotes registrados en Buenos Aires y Santiago.

La Oficina proporcionó antígenos y antisuecos para diagnóstico hasta que quedaron agotados los suministros de las casas productoras. Pero espera completar los envíos el año próximo.

En relación con el nombramiento de Observadores de Influenza (OMS), la Oficina mantuvo estrechas relaciones con el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y el Comité Asesor del Programa de Estudio de la Influenza de los Estados Unidos. Se transmitieron a los Centros informes recibidos de los Observadores.

Programas Regionales

AARO-1

Adiestramiento en Saneamiento del Medio (diciembre de 1952)

OMS

Este programa tiene por objeto la formación de ingenieros sanitarios y de personal auxiliar como futuros miembros del personal de las administraciones sanitarias, tanto nacionales como locales. Se adjudicaron becas para los cursos celebrados en las tres escuelas de salud pública de la América Latina que reciben estudiantes internacionales y se prestó ayuda a dichas escuelas para ampliar sus servicios e intensificar sus cursos en saneamiento del medio. También se concedieron becas para viajes de estudios a los miembros del profesorado.

El programa se inició en diciembre de 1952 en la Escuela de Salud Pública de São Paulo, con una conferencia patrocinada por la Oficina en la que participaron profesores de saneamiento del medio procedentes de las tres escuelas. También asistieron a la conferencia representantes de la Sede de la OMS y del IAI.

El primer curso para ingenieros sanitarios tuvo lugar en Brasil, en la Universidad de São Paulo, curso en el que se reservaron quince plazas para estudiantes extranjeros. El curso académico de nueve meses fue seguido por adiestramiento práctico. El año próximo se proyecta celebrar un curso para inspectores sanitarios. En Chile, el primer curso para inspectores sanitarios tuvo lugar en la Universidad, y en 1955 se proyecta celebrar un curso para ingenieros sanitarios. Se confía que, como resultado de su proyectada reorganización, la Universidad de México celebrará pronto cursos para ambas categorías de sanitarios.

Se espera que para el año 1955 el programa estará en plena ejecución en los tres países y que, una vez concluidos sus respectivos cursos, los estudiantes contribuyan a los programas nacionales de saneamiento y adiestramiento durante el servicio, de sus respectivos países.

AARO-6

Misión Conjunta de Estudios de campo sobre la Población Indígena (Julio, 1952)

OIT

Se trata de un programa inter-organismos (OIT, NU/AAT, UNESCO, OMS y OEA), bajo la dirección de la OIT, encaminado a fomentar el desarrollo económico y social de las poblaciones indígenas que habitan los altiplanos andinos de Bolivia, Ecuador y Perú. Ascenden aproximadamente a diez millones de habitantes, lo que representa el 70% de la población de esos tres países y su nivel de vida es muy bajo y escasa su contribución a la vida nacional.

La Oficina asignó un experto en salud pública al grupo conjunto de estudios, el cual completó su informe en 1953. El experto describió los problemas sanitarios existentes y recomendó programas para resolverlos. Sus sugerencias incluyeron el establecimiento en cada uno de los tres países de unidades sanitarias modelo que sirvieran de base para desarrollar lentamente servicios sanitarios, cuidadosamente planeados para ajustarse a las condiciones impuestas por la cultura y el nivel de educación de la población. A fines de año la Oficina asignó un oficial médico para que asesorara en los aspectos de salud pública de un estudio de asentamiento en el Valle de Tambopato, del Perú.

AARO-7

Control de Insectos y de Fiebre Amarilla (Centro América y Panamá) (Octubre 1953 -)

AT
UNICEF

Este programa tiene por objeto controlar la fiebre amarilla, tanto por medio de la erradicación del Aedes aegypti como por la vacunación de las personas expuestas a vectores selváticos, y el control de la malaria por medio de pulverización con DDT de acción residual. Los métodos de control de insectos se aplican por personal profesional y auxiliar de los países participantes (Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá), y la Oficina proporciona servicios de asesoramiento. La Oficina aporta los servicios de los consultores y especialistas internacionales, y cada Gobierno suministra el insecticida y ejecuta su propio programa con personal local. También ha colaborado el UNICEF proporcionando suministros y equipo. El personal internacional celebra también consultas con los Departamentos de Sanidad de Costa Rica, El Salvador y Honduras Británico (Bélice) en relación con las campañas de control de insectos que se llevan a cabo al mismo tiempo en esos países.

El programa de control de insectos comenzó hace cinco años, pero el programa coordinado no entró en vías de ejecución hasta 1952, y ahora está a punto de quedar terminada la erradicación del Aedes aegypti en Panamá y Nicaragua. En este último país, en razón del importante problema de la fiebre amarilla selvática (véase AARO-57), se prestó ayuda adicional mediante los servicios de consultores especiales.

El laboratorio entomológico de Honduras que sirve también a los países vecinos, fué ampliado, especialmente con respecto a los servicios de campo para el control de la malaria.

En respuesta al interés popular suscitado por estos programas, todos los países de Centro América y Panamá han aumentado considerablemente sus respectivos presupuestos para el control de insectos.

AARO-8

Control de Insectos (Área del Caribe) (Octubre 1952 -)

AT

UNICEF

Se presta ayuda a los Gobiernos del Área del Caribe en sus programas tanto para la erradicación del Aedes aegypti como para el control de la malaria y otras enfermedades transmitidas por insectos. Se adiestró localmente a personal de varias islas y otros sanitarios asistieron a cursos especiales celebrados en Jamaica, Trinidad y Barranquilla (AARO-71). Se ha emprendido la labor de erradicación en aquellas islas en que se ha descubierto la presencia de Aedes aegypti, y en la mayoría de ellas, han comenzado las actividades de control de la malaria. En plazo próximo comenzará la labor en las restantes islas y la campaña de control de insectos estará pronto en pleno desarrollo en toda el Área del Caribe.

AARO-9

Seminario sobre Alcoholismo (Mayo 1953)

AT

Este seminario se celebró en Buenos Aires con la participación de 25 médicos, enfermeras y trabajadores sociales procedentes de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. Tres consultores dirigieron las discusiones relativas al lugar que corresponde a la prevención y tratamiento del alcoholismo en el programa general de salud pública, así como sobre los últimos adelantos terapéuticos y las repercusiones médicas y económico-sociales de este estado.

Este seminario tenía por objetivo principal estimular el interés entre los trabajadores sanitarios en el desarrollo de programas para el tratamiento y prevención del alcoholismo, habiéndose realizado ya, como resultado inmediato del seminario varios programas y estudios.

AARO-10

Centro Interamericano de Bioestadística (Octubre 1952 -)

OMS

NU/AT

Este Centro fué establecido con el objeto de mejorar las estadísticas vitales y sanitarias de los países de la América Latina mediante el adiestramiento de personal técnico para los diversos servicios estadísticos. Los principales objetivos consisten en el desarrollo de un centro permanente de adiestramiento en estadísticas vitales y sanitarias para la América Latina, facilitando la enseñanza en español, y al mismo tiempo desarrollar las oficinas del Gobierno en Chile relacionadas con los diversos aspectos de las estadísticas vitales y sanitarias hasta un nivel elevado de eficacia y standard científico a fin de que puedan servir como modelo para fines de demostración.

El Centro está patrocinado por las Naciones Unidas, la Oficina y el Gobierno de Chile, de conformidad con un acuerdo firmado en agosto de 1952. El personal docente de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile participa en el programa y, a partir de 1954, asumirá mayor responsabilidad en la administración y enseñanza de los cursos. Se han puesto a disposición del Centro, para el programa de adiestramiento práctico, el personal y los servicios de las diversas oficinas estadísticas locales y nacionales de Chile. El curso anual de adiestramiento comprende seis meses de estudios académicos y tres meses de adiestramiento en el campo. El primer grupo de estudiantes completó el curso de nueve meses en noviembre de 1953. Participaron en él, treinta y un estudiantes procedentes de quince países. El segundo curso se proyectaba comenzar en marzo de 1954.

Los expertos internacionales participan tanto en calidad de profesores en las actividades académicas del programa como de consultores del Gobierno para el desarrollo de los servicios estadísticos. Se adjudican becas para los estudiantes de los países latinoamericanos. Es probable que, además de las becas concedidas por otros organismos, se necesiten de 10 a 15 becas de la Oficina cada año.

Según se había proyectado en un principio, la Oficina prestará ayuda a este programa durante cinco años, es decir hasta fines de 1957. Después se espera que el Gobierno de Chile y los organismos patrocinadores prepararán planes para proseguir algún programa de educación y adiestramiento en estadísticas.

AARO-15 Seminario de Educación Sanitaria (18-30 septiembre 1953)

OMS La Primera Conferencia Regional de Educación Sanitaria celebrada en las Américas tuvo lugar en México, D. F., en septiembre de 1953, gracias a la deferencia del Gobierno de dicho país. Los objetivos principales de esta Conferencia consistieron en reunir, para facilitar la discusión e intercambio de experiencias, a personas activamente dedicadas a la educación sanitaria; determinar algunos de los importantes aspectos de un programa de educación sanitaria del público, y ayudar en el desarrollo de la educación sanitaria en los países de la Región.

La Organización facilitó consultores de su personal de la sede de Ginebra, de la Oficina de Washington y de las Zonas II y III.

Hubo 39 participantes procedentes de 11 países, a saber: Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Honduras Británico (Bélice), México, Nicaragua, Panamá y República Dominicana. Representaban muchos campos de actividad: administración de salud pública, educación sanitaria, enfermería, saneamiento del medio, antropología cultural, educación general, psicología y enseñanza de agricultura. Participaron asimismo representantes de varios organismos especializados e internacionales, entre ellos del Instituto de Asuntos Interamericanos, de la Fundación Rockefeller y del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se consideró que la reunión había obtenido un éxito completo y se espera que tenga una influencia definida en la planificación de programas de educación sanitaria.

AARO-17 Curso de Adiestramiento para Personal de Sistemas de Abastecimiento de Aguas (Mayo-agosto 1953)

OMS El primer curso regional de adiestramiento para personal de sistemas de abastecimiento de aguas se celebró en Tegucigalpa actuando como huésped el Gobierno de Honduras. La Oficina proporcionó equipo y suministros para el adiestramiento, becas para los participantes y dos consultores a corto plazo que prepararon el material y actuaron de profesores. El IAI contribuyó con los servicios de un profesor encargado de dictar varias disertaciones. Los consultores efectuaron visitas complementarias a todos los participantes en las respectivas instalaciones purificadoras de aguas en que prestan servicio, con el objeto de ayudarles en la aplicación práctica de los principios enseñados en el curso. Hubo 18 participantes procedentes de Costa Rica, Guatemala, Honduras, Honduras Británico (Bélice), Nicaragua y Panama.

AARO-18 Ayuda a las Escuelas de Medicina y Salud Pública (Marzo 1953 -)

OMS Se trata de un programa a largo plazo encaminado a consolidar las escuelas de medicina y salud pública de la América Latina. Tiene tres partes, a saber:

a. Escuelas Latinoamericanas de Salud Pública. Se facilitó ayuda directa a las tres escuelas latinoamericanas de salud pública, que reciben estudiantes extranjeros. Se proporcionó cierta cantidad de equipo para adiestramiento en saneamiento del medio, y se adjudicaron 5 becas para viajes a profesores de las facultades de las escuelas de São Paulo y Chile para que pudieran visitar los países de donde procedían los estudiantes, así como otras escuelas latinoamericanas de salud pública y algunas instituciones docentes y de salud pública de los Estados Unidos. Mediante el interés activo de los Representantes de Zona, se prestó ayuda y estímulo para ampliar y mejorar el adiestramiento práctico que se facilita como parte integrante del programa académico, a la terminación del mismo.

b. Escuelas norteamericanas de Salud Pública. El objetivo de esta parte del programa consistía en estimular a las facultades de las escuelas a familiarizarse mejor con las condiciones económico-sociales y los servicios sanitarios existentes en los países latinoamericanos, en consideración a la eventual adaptación de los planes de estudio a las necesidades de los estudiantes procedentes de dichos países. Se concedieron 10 becas para viajes a miembros de las facultades de 5 escuelas (Johns Hopkins, Carolina del Norte, Tulane, California y Montreal) para viajes en 1953, y otras 5 a profesores de las escuelas de Columbia, Michigan, Pittsburgo, Puerto Rico y Toronto para viajes en 1954. Entre los países ya visitados figuran Brasil, Chile, Colombia, El Salvador, Guatemala, Haití, Perú y la República Dominicana.

c. Escuelas de Medicina. Esta parte del programa está relacionada con el programa del Centro de Información de Educación Médica y la proyectada reunión de decanos y profesores de medicina preventiva de la América Latina (AARO-49). Se inició el desarrollo de un programa sistemático de ayuda a las escuelas de medicina. Se facilitó a tres personas, escogidas entre los decanos y profesores, la oportunidad de observar escuelas médicas seleccionadas de los Estados Unidos y de obtener información directa sobre los adelantos y modificaciones registrados en el campo de la salud pública. También se distribuyó ampliamente literatura adecuada a las escuelas de medicina. Además se completó un registro nominal de las escuelas de medicina de la América Latina y se ha facilitado una cantidad limitada de material de enseñanza a la Escuela de Medicina de Quito (Ecuador).

El éxito futuro de este programa depende en gran medida del resultado de la planificación coordinada a que se hace referencia en la sección "División de Educación y Adiestramiento" de este Informe.

AARO-21

Laboratorio de Enfermedades Venéreas y Centro de Adiestramiento (1946 -)

OMS

En 1946, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala y los Institutos Nacionales de Higiene de los Estados Unidos, juntamente con la Oficina, convinieron en el establecimiento de un laboratorio de enfermedades venéreas y centro de adiestramiento en la ciudad de Guatemala, dedicado al estudio de los diversos aspectos de las enfermedades venéreas en Centro América, así como a la labor de adiestramiento. El Centro se encargaría asimismo de estandarizar los procedimientos de diagnóstico a utilizar en los laboratorios serológicos de Centro América y Panamá.

En 1953, prosiguieron los cursos sobre serología, con la participación de técnicos procedentes de la mayoría de los países de Centro América. Un consultor a corto plazo cooperó con todos los países participantes en el estudio y mejoramiento de sus respectivos laboratorios serológicos, así como en la evaluación de los resultados de los cursos. Todos los laboratorios realizan ahora pruebas serológicas y los informes preliminares indican que se ha elevado el nivel de eficiencia.

OSP

La serie de grupos de trabajo de enfermería (Chile, 1950, Guatemala 1951, y Perú, 1952) quedó interrumpida este año en razón a las mayores ventajas que ofrecía la celebración del Tercer Congreso Regional de Enfermería. Los dos primeros Congresos tuvieron lugar en 1949, en Costa Rica para los países septentrionales y en el Perú para los meridionales. Este Tercer Congreso se pudo celebrar gracias al interés demostrado por muchos Gobiernos que pagaron los gastos de las delegadas y permitieron la asistencia de gran número de enfermeras. La Oficina se encargó de la preparación básica y arreglos relativos al Congreso.

Con el objeto de que las delegadas pudieran asistir tanto al Congreso Regional como al Décimo Congreso Internacional de Enfermeras se dispuso que ambos tuvieran lugar en Río de Janeiro y que el Congreso Regional comenzara inmediatamente después de concluido el Congreso mundial. Hubo representaciones oficiales de 15 países, participando 302 enfermeras de 17 países. Otros organismos participantes fueron el Instituto de Asuntos Interamericanos y la Fundación Rockefeller. Los temas tratados incluyeron la legislación para el control de la enseñanza y práctica de enfermería y cursos de ampliación de estudios para enfermeras.

Enfermeras seleccionadas prepararon 3 documentos de trabajo sobre cada uno de los temas, que fueron distribuidos a todos los países para su estudio con anterioridad al Congreso. En éste, hubo discusiones de mesa redonda con un número limitado de sesiones plenarias en las que las relatoras pudieron resumir, para todas las participantes, los puntos de vista de cada grupo. -

El informe final (en inglés, portugués y español), con las recomendaciones del Congreso, ha sido ampliamente distribuido a las autoridades sanitarias de los Gobiernos y enfermeras de la Región.

AARO-25

Tercera Conferencia sobre Problemas de Nutrición en América Latina
(Octubre 1953)

OMS

En la Segunda Conferencia sobre Problemas de Nutrición en América Latina, celebrada en Río de Janeiro en 1950, se recomendó que la Tercera Conferencia tuviera lugar en el término de unos 3 años. El Gobierno de Venezuela, con la colaboración de la Oficina y de la FAO, dispuso la organización de esta conferencia en Caracas en octubre de 1953. A diferencia de las prácticas adoptadas en conferencias anteriores, se decidió limitar las discusiones a unos pocos temas. Se seleccionaron los siguientes: el metabolismo proteínico en madres, infantes y niños; el bocio endémico y su prevención; y la preparación de personal auxiliar y de trabajadores de la colectividad para la ejecución de programas prácticos de nutrición.

La Organización proporcionó los servicios de varios miembros del personal y un consultor a corto plazo, y también contribuyó al suministro de materiales.

AARO-29

Antropología Cultural (Enero 1953 -)

OMS

OSP

El objetivo de este programa consiste en delimitar las características culturales de los diversos grupos de Centro América. Se describirán los diversos tipos de cultura, se especificarán las zonas que comprende cada uno de ellos y se determinará la medida en que las características culturales repercuten en el sistema nacional económico-social. Se prestará especial atención a las zonas rurales ya que es en ellas donde existe mayor escasez de información y es precisamente en esas zonas donde se requieren mayores conocimientos a los fines de los programas sanitarios. Los programas para

los que principalmente se necesita información son aquellos afectados por la serie complicada, y correlativa, de hábitos personales, como por ejemplo los de educación sanitaria. Se han terminado los encuestas antropológicas en Panamá y Nicaragua y los informes estarán preparados a principios de 1954. Durante el año próximo proseguirán las encuestas en Honduras, El Salvador y Guatemala. Se proyecta extender más tarde el programa a otras áreas del Continente.

AARO-31 Estadístico (BCG) (Marzo 1952 -)

OMS Durante 1953, un estadístico de la Oficina colaboró en los programas de BCG en Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Jamaica y Trinidad. La Oficina de la OMS de Investigación de la Tuberculosis, de Copenhague había establecido métodos uniformes para uso en todo el mundo, permitiendo de este modo la compilación de estadísticas uniformes para análisis subsiguiente.

Los Gobiernos tienen así la ventaja de que quedan en su poder buenos registros relativos a la inmunidad demostrada por las pruebas así como del número de vacunaciones llevadas a cabo posteriormente. Se espera que el programa concluya en 1954.

AARO-34 Higiene Mental (Octubre-diciembre 1953)

OMS Un consultor a corto plazo se entrevistó con los funcionarios de los Gobiernos y dirigentes de las asociaciones nacionales de la Argentina, Brasil, Chile, Perú y Venezuela con el objeto 1) de efectuar un estudio preliminar de las actividades de higiene mental, como primer paso hacia el desarrollo de un programa de higiene mental, y 2) determinar el interés, posible valor y temas principales de un seminario sobre higiene mental proyectado para 1954 ó 1955.

AARO-43 Control de la Hidatidosis (Diciembre 1953 -)

OSP En 1953, la Oficina cooperó con Argentina, Chile y Uruguay en la iniciación de un programa coordinado de control de la equinocociasis (hidatidosis), incluyendo la educación sanitaria del público, actividades de campo y estudios terapéuticos.

En la Argentina se iniciaron estudios especiales de Echinococcus granulosus; en Chile se comenzó la evaluación de la importancia de los animales silvestres en la ecología de la enfermedad y en el Uruguay se elaboraron planes para un programa intenso de control en el campo, en la zona de Río Negro.

Además se suministró material para utilizarlo en los aspectos de educación sanitaria en las campañas contra la hidatidosis en la Argentina y Chile, incluso folletos especiales. También se prepararon diapositivas seriadas en colores para emplearlas en la educación de los niños, distribuyéndose copias de la mismas.

El personal de la Zona VI intervino activamente en la coordinación de los programas nacionales contra la hidatidosis, especialmente en las zonas situadas a lo largo de las fronteras internacionales.

AARO-44 Seminario sobre notificación de enfermedades transmisibles (Noviembre-diciembre 1953)

OSP Este seminario tenía por objeto elaborar procedimientos y formular recomendaciones para la notificación de enfermedades transmisibles, en la esfera local, nacional e internacional.

El seminario fué patrocinado por la Oficina y el Gobierno de Chile y tuvo lugar en Santiago de Chile con la cooperación de la Escuela de Salud Pública, del Servicio Nacional de Salud y el Centro Interamericano de Estadística. Hubo en total 29 participantes, incluyendo un epidemiólogo y un estadístico de cada uno de los 10 países sudamericanos y expertos internacionales facilitados por la Oficina. Se celebraron discusiones sobre la legislación en la materia, listas de enfermedades de notificación obligatoria y métodos para mejorar los sistemas de notificación en escala local, nacional e internacional. Se distribuyeron a los participantes documentos de consultas y referencia y 11 documentos de trabajo.

Las recomendaciones serán presentadas en español y en inglés en una publicación científica de la Oficina, que servirá de manual de consulta y referencia para los funcionarios sanitarios interesados en el desarrollo de un sistema adecuado para los programas locales y nacionales de sanidad. También será de utilidad para los estudiantes y trabajadores sanitarios interesados en los procedimientos para la recolección de notificaciones de casos de enfermedades transmisibles, así como para los que se ocupan de los métodos para mejorar los sistemas de notificación mediante un conocimiento más amplio del valor y utilización de las notificaciones.

AARO-53 Estudio del virus de la fiebre aftosa (Julio 1952-septiembre 1953)

Financiado por una subvención concedida por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos para investigaciones este proyecto tenía por objeto ayudar al Centro Panamericano de Fiebre Aftosa en la preparación de la adaptación del virus de la fiebre aftosa mediante su cultivo en ratones. Se realizó notable progreso.

AARO-54 Ayuda al INCAP (1949 -)

OSP La Oficina ayudó al Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) por medio de los servicios de los miembros del personal permanente, y con una asignación para contribuir a los gastos de las reuniones del Comité Técnico Consultivo y el empleo de consultores a corto plazo. En la sección "División de Salud Pública" de este Informe figura una breve descripción de las actividades del INCAP, actividades que se explican en forma más detallada en el Informe Anual del Instituto (Documento de la Oficina C/INCAP4/3).

AARO-57 Estudios sobre la Fiebre Amarilla (Julio 1952 -)

OSP Los países de Centro América, México y Panamá, el Gorgas Memorial Laboratory y la Oficina colaboran en este programa encaminado a 1) obtener nueva información relativa a las especies y la densidad estacional de los mosquitos selváticos que viven en las copas de los árboles; 2) delimitar la propagación del virus de la fiebre amarilla en la América Central mediante el establecimiento de estaciones de viscerotomía y la realización de estudios sobre la inmunidad; 3) determinar los estados de inmunidad de personas que habitan en las proximidades de la selva; y 4) investigar las especies de monos que sirven de reservorios del virus.

El Gorgas Memorial Laboratory proporciona los servicios de los técnicos de campo necesarios y de dos expertos entomólogos que dirigen y supervisan técnicamente los estudios entomológicos. La Oficina contribuye con los servicios de un oficial médico y tres técnicos; suministra equipo de viscerotomía y de campo y sufraga los gastos de las encuestas sobre los monos y los sueros y de todos los viajes y transportes.

OSP

De conformidad con las decisiones adoptadas por la Conferencia en 1950 y el Consejo Directivo en 1952, se inició una campaña especial contra la viruela. Los objetivos inmediatos consistieron en establecer instalaciones y medios para la producción local, en forma continua, de vacuna seca contra la viruela y la iniciación de campañas antivariólicas en escala nacional.

La Oficina prestó servicios de asesoramiento en la planificación de las campañas y proporcionó los servicios de un experto en el establecimiento de laboratorios para la producción de vacuna seca.

Esta vacuna se está produciendo ahora en el Perú y durante 1953, se procedió a la vacunación de millón y medio de personas aproximadamente. Se facilitó, o se ha encargado, equipo para la producción de la vacuna para laboratorios del Ecuador y Bolivia, donde se completaron los planes para campañas de vacunación. También se están estudiando planes similares con Argentina y Cuba.

AARO-71

Cursos de adiestramiento en el control de insectos - Barranquilla (Noviembre-diciembre 1953)

OSP

Este programa tenía por objeto proporcionar adiestramiento intenso en la metodología y organización interna de los programas para la erradicación del *Aedes aegypti* y para el control de la malaria y otras enfermedades transmitidas por insectos. Se facilitaron tres cursos, de una semana cada uno, en Barranquilla (Colombia). El personal docente comprendía a los directores nacionales y los consultores internacionales que trabajaban en los programas locales de control de insectos. La Oficina suministró materiales y envió 18 estudiantes procedentes de 12 países.

AARO-77

Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (1951 -)

OEA/AT

Los objetivos de este programa son los siguientes: 1) organizar cursos de adiestramiento para veterinarios, en los métodos para diagnóstico, prevención y control de la fiebre aftosa; 2) facilitar servicios consultivos a todos los países en el desarrollo de sus respectivos programas para el control de la fiebre aftosa o para la prevención de su introducción; 3) proporcionar servicios de laboratorio y otros de diagnóstico; y 4) llevar a cabo investigaciones sobre el virus de la fiebre aftosa (y virus afines) con el objeto de mejorar los actuales procedimientos de diagnóstico o establecer otros nuevos, adaptar el virus a pequeños animales de laboratorio y elaborar una vacuna de costo reducido.

El programa está financiado por medio del Programa de Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos y funciona bajo la dirección de la Oficina. Fué iniciado en 1951, cerca de Río de Janeiro, en edificios facilitados por el Gobierno de Brasil. La Oficina proporciona la mayoría del personal del Centro, compuesto de 9 funcionarios profesionales y de 20 a 30 auxiliares.

En 1953, el Centro facilitó dos cursos de adiestramiento de tres meses de duración cada uno, para los que la Oficina concedió becas, permitiendo de este modo que 16 funcionarios de salud pública procedentes de 11 países latinoamericanos recibieran adiestramiento. Especialistas del Centro visitaron la mayoría de los países participantes, celebrándose consultas especiales sobre el terreno en 5 de ellos. Ocho de los países sometieron especímenes para el diagnóstico y en cada caso se determinó el tipo de virus. Los estudios realizados durante el año han contribuido al mejoramiento tanto de las técnicas de diagnóstico como de los métodos para la producción de vacuna. Se cree que pronto podrá producirse vacuna en mayor abundancia y a costo reducido.

Zona I

Jamaica-1 Control de la Tuberculosis (Agosto 1952 - julio 1953)

AT
UNICEF

Este programa se inició con el fin de complementar la labor clínica y de vacunación con BCG que llevaba a cabo el Gobierno en el control de la tuberculosis, mediante la ampliación y mejoramiento de los servicios de descubrimiento de casos y diagnóstico de laboratorio. La Oficina proporcionó los servicios de un bacteriólogo para que ayudara en la reorganización del laboratorio de Kingston, a fin de que pudiera servir de laboratorio central de diagnóstico así como de centro de adiestramiento de personal local. La Oficina facilitó asimismo los servicios de un técnico radiólogo encargado del adiestramiento de personal nacional en el empleo del equipo proporcionado por el UNICEF para campañas colectivas de radiografía en miniatura.

Jamaica-3 Campana de vacunación con BCG (Octubre 1951 - abril 1953)

OMS
UNICEF

Este programa dió resultados sumamente satisfactorios puesto que menos del medio por ciento de los reactores negativos dejaron de presentarse de nuevo para la vacunación. La Oficina contribuyó con los servicios de un estadístico para que colaborara en la preparación del informe final y en la organización de un programa de repetición de pruebas, así como para colaborar con el Gobierno en calidad de asesor para el programa de mantenimiento de los servicios de control.

El Gobierno facilitó a la Oficina los servicios del asesor nacional en BCG para otros tres programas realizados en el área.

Islas de Sotavento-1 Vacunación con BCG (Noviembre 1953 -)

OMS
UNICEF

Esta campana de vacunación se inició en los últimos meses del año y se desarrolla satisfactoriamente. La Oficina facilitó los servicios de un consultor a corto plazo así como los de un estadístico (BCG) para ayudar en la implantación del sistema de registros e informes. El UNICEF concedió dos becas y proporcionó suministros y equipos.

Trinidad-1 Vacunación con BCG (1951 -)

AT
UNICEF

El programa de vacunación con BCG ha seguido dando excelentes resultados y más del 98% de los reactores negativos volvieron de nuevo para la vacunación. El Gobierno ha aumentado su personal encargado del tratamiento complementario y ha ampliado sus servicios e instalaciones en forma tan excelente hasta el punto de que Trinidad fué escogida como lugar de adiestramiento para personal procedente de otros países.

La Oficina adjudicó becas a un médico y dos enfermeras, y facilitó los servicios de un consultor a corto plazo para que ayudara en la mejora del método de notificaciones y en la implantación de un sistema para la obtención de datos estadísticos más perfectos.

El UNICEF proporcionó los suministros y equipo necesarios.

Trinidad-4 Laboratorio para el diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis
(Agosto-noviembre 1953)

OMS
UNICEF

El UNICEF proporcionó el equipo y suministros necesarios y la Oficina asignó un consultor especial para establecer en Puerto España un laboratorio debidamente equipado para el diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis. El personal recibió adiestramiento y se concedió una beca a un técnico supervisor.

Estados Unidos-6 Estudio P.I.T. (Octubre 1953 -)

OSP

La Oficina coopera en un esfuerzo encaminado a la simplificación y evaluación de la prueba biológica de inmovilización del treponema (PIT) y su aplicación en el estudio de las pruebas serológicas de la sífilis llamadas positivas falsas. La investigación se llevó a cabo por el Departamento de Sanidad del Estado de Nueva York mediante una subvención de la Oficina que cubrió los sueldos de un serólogo y un técnico durante un año así como el costo de cierta cantidad de suministros.

Zona II

Cuba-1 Erradicación del *Aedes aegypti* (Noviembre 1953 -)

OSP

El Gobierno está ampliando su programa de control de insectos para incluir la erradicación del *Aedes aegypti*, desarrollando esta actividad primero en La Habana y después en otras grandes colectividades. Las actividades de 1953 estuvieron limitadas al adiestramiento de personal local y labor de numeración de manzanas de la ciudad. El Director nacional asistió al curso especial de adiestramiento celebrado en Barranquilla (AARO-71). En noviembre fué designado el primero de los dos expertos que proporcionará la Oficina.

Cuba-2 Control higiénico de los alimentos (Agosto-septiembre 1953)

OSP

La Oficina facilitó los servicios de un consultor durante cinco semanas con el objeto de ayudar al Gobierno a desarrollar los servicios de control higiénico de los alimentos en su Departamento de Salubridad. Como resultado de a las recomendaciones formuladas por el consultor, se iniciaron negociaciones para establecer un programa experimental de control higiénico de los alimentos en la ciudad de La Habana.

República Dominicana-2 Control de Insectos (Septiembre 1952 -)

AT
UNICEF

Se prestó ayuda al Gobierno en el control de la malaria y erradicación del *Aedes aegypti*, mediante los servicios de un malariólogo y un sanitario facilitados por la Oficina. El UNICEF proporcionó el equipo y materiales necesarios. A fines de 1953 se había proporcionado protección a más de la mitad de la población (más de 1,000,000 de personas). El año próximo se proyecta extender las actividades a todo el país.

Inspectores locales asistieron al curso especial celebrado en Barranquilla (AARO-71) y se adjudicó una beca a un inspector para estudiar entomología en México.

OSP

Este es un programa que durará 6 años, en el que la Oficina ayuda al Gobierno en la organización de los servicios sanitarios locales en todo el país. El programa se inició con el adiestramiento en el extranjero de personal técnico que ocupa puestos principales y con el establecimiento de la primera unidad sanitaria que sirve de centro de demostración en San Cristóbal. La Oficina adjudicó una beca a un oficial médico para el estudio de administración de salud pública, especialmente en materia de educación sanitaria, y a través de la Oficina de Zona, prestó servicios de asesoramiento técnico al Ministerio de Salud Pública en relación con la construcción de la unidad sanitaria y centro de demostración.

La Oficina ha previsto los créditos necesarios para la asignación el año próximo de un oficial médico de salud pública y una enfermera de salud pública a este programa, así como para la adjudicación de otras becas.

República
Dominicana-
52

Control de Enfermedades Venéreas (Marzo 1953 -)

OSP

La Oficina facilitó los servicios de un asesor médico para que colaborara en la planificación y ejecución de una campaña contra las enfermedades venéreas en todo el país. Se recopilaron datos acerca de la frecuencia de la sífilis y otras treponemosis. Se elaboraron planes para programas de campo y se adiestró personal como preparación para las actividades del año próximo.

Haití-1

Control de la Sífilis en Zonas Rurales y Erradicación de la Frambesia (1950 -)

OMS
OSP
UNICEF

Se trata de la continuación de un programa para el control de la sífilis en las zonas rurales y erradicación de la frambesia en la República de Haití. Iniciado hace tres años y medio, el programa se limitó en un principio al tratamiento clínico con penicilina de los casos ambulatorios, prestándose escasa atención a los contactos. Fué tan reducido el porcentaje de la población que respondió a este programa que al cabo de un año se modificó el sistema, iniciándose una campaña de tratamiento "casa por casa". Provincia tras provincia, se examinó a todos los habitantes de cada casa. A cada caso de frambesia se le administró una inyección de 600,000 unidades de penicilina procaína con monogestearato de aluminio (PAM) y los contactos recibieron 300,000 unidades. A fines de diciembre se había administrado penicilina a 2,613,000 personas en una población total del país de 3,112,000 habitantes (es decir, al 84% de la población). Los resultados han demostrado que las dosis empleadas eran suficientes y se cerró la clínica de investigación. Continuó funcionando un laboratorio serológico para el diagnóstico de las treponemosis y como centro de adiestramiento.

Se emprendieron encuestas para determinar la intensidad y distribución de la infección residual. A fines de 1953, los resultados indicaron que la frambesia ya no constituía un importante problema sanitario, y que con la prosecución de las actividades se llegará pronto a erradicar la enfermedad.

Haití-4

Control de Insectos (Agosto 1953 -)

OSP
UNICEF

Este programa tiene por objeto la erradicación del Aedes aegypti, y el control de la malaria y otras enfermedades transmitidas por insectos, así

como el adiestramiento de personal haitiano en las técnicas modernas de control de insectos. El Asesor regional en control de insectos colaboró en la instrucción de personal local de campo, y el director del programa y dos inspectores locales participaron en el curso sobre control de insectos celebrado en Barranquilla. La Oficina facilitó también los servicios de un asesor para el programa y un inspector sanitario. El UNICEF proporcionó equipo y suministros.

Haíti-9

Laboratorio de Salud Pública (Octubre 1953 -)

OSP

Este programa tiene por objeto la ampliación del actual Laboratorio Serológico de Port-au-Prince para convertirlo en un laboratorio completo de salud pública del Servicio Nacional de Sanidad. Se proporcionó suministros y equipo de laboratorio, habiéndose previsto que un consultor, facilitado igualmente por la Oficina, comenzará a prestar servicio en el país en enero de 1954. Se adjudicaron dos becas para la formación de personal nacional en el extranjero.

México-3

Centro Regional de Educación Fundamental (CREFAL) (Abril 1951 - diciembre 1953)

AT

UNESCO

Para este programa conjunto, en Pátzcuaro, Michoacán, la Oficina proporcionó los servicios de un asesor para ayudar en la enseñanza de educación sanitaria y en su incorporación al programa general del Centro. Además, se adjudicó una beca para un curso para la obtención del diploma en salud pública, con especial atención a la educación sanitaria.

Durante el año 1953, el experto asesoró al Director del Centro en materia de educación sanitaria del público y participó en el programa para los estudiantes del Centro relativo a la salud pública, higiene personal y aspectos fundamentales de la educación sanitaria. También tuvo a su cargo la supervisión de los aspectos de educación sanitaria y de la labor de demostración en relación con las actividades de colectividad del Centro.

De acuerdo con el Ministerio de Salubridad, la participación directa de la Oficina en este programa cesó el 31 de diciembre de 1953, aun cuando el personal de la Oficina de Zona continuará prestando servicios de carácter consultivo.

México-4

Control de la rabia (Julio 1952 - diciembre 1953)

OMS

Este programa para el control de la rabia, en el que cooperaron el Gobierno y la Oficina, terminó a fines de año.

Se establecieron servicios de laboratorio para la producción de vacunas seguras y eficaces y para utilizarlas en un programa de escala nacional, tanto contra la rabia canina como contra la rabia paralítica en la ganadería. Se llevaron a cabo demostraciones para enseñar los métodos para la destrucción de los reservorios de animales silvestres, incluso los murciélagos vampiros. Se realizó un estudio especial de sus hábitos y del papel que desempeñan en la propagación de la rabia.

El problema de la rabia en los murciélagos es de particular interés, ya que se ha demostrado que la enfermedad no se limita a la especie de vampiros, y que además, puede haber vampiros en todo el Hemisferio. En el estudio sobre los murciélagos se recopiló información sumamente interesante, que será de utilidad para las actividades futuras de control de la rabia, en la que los murciélagos puedan ser un elemento de propagación.

Una de las principales realizaciones de ese programa fué la producción de una vacuna contra la rabia paralítica en la ganadería, habiéndose inoculado a más de 700,000 animales contra esta enfermedad transmitida por el murciélago. En algunas zonas del país las pérdidas de ganado debido a la rabia

paralítica han llegado a ser tan grandes hasta el punto de que resultaban impracticables los trabajos de granja. El programa se utilizó asimismo para el adiestramiento de personal profesional mexicano así como de personas de otros países que visitaron a México con el fin de observar la producción de vacunas y el funcionamiento del programa.

La Oficina proporcionó equipo y suministros, así como los servicios de un asesor internacional.

Mexico-11 Segundo Curso para Instructoras en Enfermería (Mayo-noviembre 1953)

OSP Este curso de 6 meses de duración, para el que la Oficina proporcionó material de enseñanza y los servicios de una educadora en enfermería, formó parte integrante de un amplio programa de ayuda para el desarrollo de los servicios de enfermería en México. Se facilitó adiestramiento para instructoras y supervisoras de enfermería a 19 enfermeras del Distrito Federal y de varios Estados del país. La Oficina adjudicó becas a las 4 enfermeras más destacadas, para cursar estudios en el extranjero sobre salud pública, enfermería obstétrica, obstetricia y enseñanza de enfermería.

Se proyecta repetir este curso en 1954 ó 1955.

México-13 Curso de adiestramiento en control de las enfermedades venéreas (Julio 1953 -)

OSP Bajo el patrocinio conjunto del Gobierno de México y el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, la Oficina desarrolló un programa de adiestramiento en las técnicas de las investigaciones epidemiológicas, para trabajadores mexicanos dedicados al control de las enfermedades venéreas. Se adjudicaron becas a dos investigadores no profesionales para que participaran en un curso de adiestramiento de dos semanas en el control de las enfermedades venéreas, que tuvo lugar en Atlanta, Georgia. Completaron sus estudios con resultados satisfactorios y trabajarán en el Centro de Adiestramiento en Control de las Enfermedades Venéreas, establecido en México, D.F. Un médico asistirá a un curso para instructores sobre el interrogatorio de contactos de enfermedades venéreas que tendrá lugar en Los Angeles en 1954, con el fin de que reciba preparación para que pueda enseñar en el Centro de México, D.F., y se le proporcionará además cierta cantidad de equipo.

México-51 Profilaxis de las enfermedades venéreas (Tijuana) (Septiembre 1949 - diciembre 1953)

OSP La Oficina colaboró con el Gobierno de México en un plan encaminado a reducir la incidencia de sífilis y blenorragia en Tijuana (México), mediante el empleo de penicilina como agente profiláctico.

El personal de la Oficina coordinó las actividades de las autoridades médicas y de salud pública de ambos lados de la frontera México-Estados Unidos. La Oficina facilitó, además, los suministros necesarios de penicilina y sufragó el sueldo de un escribiente encargado de llevar los registros.

El programa comenzó en septiembre de 1949 y terminó en diciembre de 1953. Se determinó, entre otros resultados, que la penicilina de acción retardada, cuando se utiliza como agente profiláctico, constituye una medida temporal eficaz para controlar la sífilis y la blenorragia y que resulta de suma utilidad en los lugares donde la promiscuidad en las relaciones sexuales constituye un problema.

Zona III

Honduras
Británico
(Bélice)-2

Vacunación con BCG (Septiembre 1953 -)

OMS
UNICEF

Este programa tiene por objeto someter a prueba y vacunar a los reactores negativos descubiertos tanto en las zonas urbanas como rurales. Se calcula que unas 40,000 personas, en una población total de 67,000 habitantes serán sometidas a la prueba.

La campaña comenzó en la segunda mitad del año y se espera que prosiga por lo menos durante un año. Se desarrolló de modo satisfactorio, habiéndose vacunado a un elevado porcentaje de la población.

La Organización proporcionó los servicios de asesoramiento técnico del Supervisor de Area y el UNICEF adjudicó dos becas y facilitó el equipo y suministros necesarios.

Costa Rica-3

Ayuda a la Escuela de Enfermería de San José (1951 -)
(Adiestramiento de personal auxiliar de enfermería) (Addendum 1952 -)

AT

Se trata de un programa de cinco años de duración para la formación de enfermeras, dedicándose especial atención a los aspectos de salud pública. Tiene como objetivo primordial no sólo el adiestramiento de un cuerpo de enfermeras que más tarde puedan ser empleadas como instructoras de las escuelas de enfermería y como supervisoras de hospitales, sino también prepararlas para las actividades de salud pública. Ya en 1953 se habían incluido los aspectos sociales y sanitarios de enfermería en el plan revisado de estudios de cada clase del curso trienal de la escuela.

El personal docente comprende nueve enfermeras del país que han seguido cursos de ampliación de estudios. La Oficina contribuye con los servicios de tres expertos, y en 1953 adjudicó dos becas para ampliación de estudios en el extranjero.

En 1952, la Oficina facilitó los servicios de un cuarto consultor en enfermería para ayudar en un nuevo curso de adiestramiento para personal auxiliar de enfermería, curso de seis meses de duración que se estableció en 1953. Además, algunas enfermeras graduadas recibieron adiestramiento especial para servir como instructoras de auxiliares de enfermería. Irán de hospital en hospital para enseñar a las mujeres sin formación profesional que ahora trabajan como enfermeras. La continuación de estas dos actividades permitirá que muy pronto no haya auxiliares sin formación profesional empleadas en los hospitales de Costa Rica.

Costa Rica-5

Vacunación con BCG (Marzo 1952 -)

OMS
UNICEF

La primera campaña en escala nacional de vacunación con BCG ha llegado a su fase final y se espera que termine a principios de 1954. El UNICEF proporcionó el equipo y suministros. El consultor de la Oficina en estadísticas de BCG colaboró en llevar los registros del programa y en la preparación de datos para el informe final.

Costa Rica-9

Ayuda para la construcción de mataderos (Julio-noviembre 1953)

AT

La Oficina facilitó los servicios de un veterinario durante cuatro meses, para ayudar al Gobierno de Costa Rica en la preparación de su programa de construcción de mataderos y servicios afines, especialmente en relación a la ciudad de San José.

Se realizó un estudio de los suministros y consumo de carne en Costa Rica y de los efectos en la calidad de la carne de los métodos actuales de transporte del ganado. Se prestó ayuda en la elaboración de planos para mataderos de varios tamaños, especialmente para la instalación del equipo, y se formularon recomendaciones para el desarrollo de un servicio de inspección de carnes.

Costa Rica-10 Curso de Adiestramiento en Radiografía (Octubre-diciembre 1953)

OMS
La Oficina proporcionó los servicios de un consultor a corto plazo para facilitar instrucción a los técnicos radiólogos del país sobre la conservación y reparación del equipo de rayos X y sobre las medidas de protección que deben adoptarse contra los peligros de la radiación roentgénica, especialmente en relación con los programas de encuestas colectivas de radiografías del tórax.

El Salvador-3 Vacunación con BCG (Octubre 1951 -)

OMS
UNICEF
El programa de vacunación colectiva con BCG estaba casi a punto de quedar terminado a fines de año. El UNICEF proporcionó el equipo y suministros, y la Oficina aportó los servicios de un consultor en control de la tuberculosis para que colaborara en la campaña, así como los de un estadístico para ayudar en la preparación de datos para el informe final.

El Salvador-5 Zona de Demostración Sanitaria (Mayo 1951 -)

OMS
Este programa, que forma parte integrante del programa general del Gobierno para el desarrollo social y económico del Valle de San Andrés, tiende al mejoramiento del estado sanitario de la población de la zona, que asciende a 167,000 habitantes. La Zona es principalmente rural, aunque hay dos pequeñas ciudades, y ofrece excelentes posibilidades agrícolas.

El Gobierno firmó un acuerdo básico con las Naciones Unidas, la FAO, OIT, UNESCO y OMS, y en acuerdos complementarios se especificaron los detalles de la ayuda y asesoramiento técnico que habría de facilitar cada uno de los organismos a través del Ministerio competente. El programa sanitario tiene por objeto el desarrollo y mantenimiento de un programa integrado de servicios sanitarios, adaptado a las necesidades sociales, económicas y culturales de la población; el desarrollo de técnicas que puedan ser aplicadas en otras partes del país, y la preparación de personal sanitario.

Se establecieron programas 1) de saneamiento del medio; 2) salud pública y atención médica; 3) enfermería de salud pública; 4) educación sanitaria del público; 5) control de la malaria; 6) control higiénico de las aguas y de los alimentos; y 7) eliminación de basuras y excrementos. Se han desarrollado centros sanitarios en los que se facilitan servicios de higiene maternoinfantil y de lucha antituberculosa y antivenérea, y se administran inmunizaciones. Se proporcionó adiestramiento para oficiales médicos, inspectores sanitarios, enfermeras y personal auxiliar de enfermería.

La Oficina contribuyó con los servicios de seis expertos, cierta cantidad de suministros y una beca para cursar estudios en el extranjero. A fines de 1953, las fases de desarrollo y adiestramiento del programa estaban más adelantadas de lo que se había previsto y aproximadamente la mitad de la Zona estaba completamente organizada.

El Salvador-6 Higiene maternoinfantil (1952 -)

OMS
UNICEF

El UNICEF proporcionó el equipo y suministros y la Oficina facilitó servicios de asesoramiento técnico en la reorganización y ampliación de los programas de higiene maternoinfantil del Departamento de Sanidad tanto en las zonas urbanas como en las rurales.

Guatemala-10 Eliminación de basuras (Marzo 1953 -)

OMS

Este programa está relacionado con la reorganización del sistema de recogida y eliminación de basuras en la ciudad de Guatemala, reorganización que se utilizará a fines de adiestramiento y demostración para otras ciudades del país.

Un ingeniero facilitado por la Oficina hizo demostraciones sobre el empleo de nuevo equipo, y se elaboraron planes para la construcción de vertederos sanitarios en el campo. Se adjudicó una beca para un año a un ingeniero sanitario local que estará al frente del servicio. Se han preparado planes para un nuevo servicio de recogida de basuras.

Guatemala-53 Oncocercosis (Agosto 1947 - junio 1953)

OSP

La Oficina, juntamente con el USPHS y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, ha venido estudiando los aspectos entomológicos, parasitológicos y terapéuticos de la oncocercosis, así los como métodos para su control. El USPHS proporcionó personal profesional.

El estudio quedó terminado en 1953. Se hicieron pruebas de muchos larvicidas, se adiestró personal técnico y se establecieron métodos de control. Se recopiló abundante información científica, especialmente en relación con el Simuliidae y se publicaron numerosos trabajos científicos. El Smithsonian Institute publicará, con la ayuda financiera de la Oficina, una monografía titulada "The Black Flies (Simuliidae) in Relation to the Transmission of Onchocerciasis in Guatemala."

Honduras-2 Educación sanitaria (Mayo 1952 - abril 1953)

AT
UNICEF

Durante un estudio de doce meses del programa de educación sanitaria en Honduras, el consultor de la Oficina ayudó al Ministerio de Sanidad, sugiriendo mejoras, especialmente en las zonas rurales. Como medida inicial, se incluyó el tema de la educación sanitaria en el plan de estudios de la escuela de verano para maestros rurales, dirigida por el Servicio Cooperativo Interamericano de Educación (IAI). El UNICEF facilitó cierta cantidad de suministros y la Oficina concedió una beca. En virtud de acuerdo establecido, el SCIDE se encargará de continuar, a través de su Organización, el programa de educación sanitaria en las zonas rurales.

Nicaragua-51 Saneamiento del medio (Septiembre 1953 -)

OSP

Debido a la incidencia sumamente elevada de enfermedades parasitarias e intestinales, se decidió mejorar el saneamiento del medio en las zonas rurales de Nicaragua. Como fase inicial, el Gobierno, con la colaboración de la Oficina, estableció un programa de demostración de saneamiento rural. Se seleccionaron dos zonas similares, una que será la zona de demostración propiamente dicha en la que se llevará a cabo un programa de saneamiento del medio, y la otra para que sirva como zona testigo. En cada una de ellas se emprendieron inmediatamente estudios de la incidencia de enfermedades causadas por el deficiente saneamiento. Ambas zonas servirán

como lugar de adiestramiento para personal local, tanto profesional como auxiliar.

La Oficina facilitó los servicios de un ingeniero sanitario, cierta cantidad de equipo y una beca para un ingeniero de la plantilla de personal del Ministerio de Salubridad Pública. El Ministerio proporcionó todo el personal local y la mayor parte de los suministros y equipo.

Se completaron los planes para la recopilación de estadísticas y se prepararon los formularios necesarios para las encuestas, iniciándose las actividades de campo en la última parte del año. Estas actividades serán ampliadas el año próximo y, subsiguientemente, se realizarán estudios comparativos.

Panamá-1

Servicios Rurales de Salud Pública (Agosto 1952 -)

AT
UNICEF

Con este proyecto se inició un programa a largo plazo encaminado a desarrollar servicios rurales adecuados de sanidad en todo el país. El Gobierno, con la colaboración técnica de la Oficina, emprendió la evaluación de los recursos y necesidades del país en materia sanitaria, el establecimiento de prioridades y la preparación de planes detallados para el mejoramiento de los servicios generales de sanidad y su extensión a las zonas rurales. Se prestó atención especial a la necesidad de incorporar las actividades de higiene maternoinfantil y de lucha antituberculosa de los centros sanitarios en el amplio programa de salud pública.

La Oficina proporcionó cierta cantidad de suministros, y los servicios de cinco expertos y además asignó 15 becas, 4 de las cuales fueron adjudicadas en el curso del año. A su regreso al país, los becarios quedarán adscritos a los servicios ampliados del Departamento Nacional de Salud Pública.

Se adiestró personal local para técnicos radiólogos e inspectores sanitarios. Se inició un curso para auxiliares de enfermería de salud pública y se prepararon otros cursos de adiestramiento para médicos, dentistas, enfermeras y técnicos de laboratorio.

También se preparó un manual de técnicas y procedimientos, y se emprendió la reorganización del laboratorio central a fin de mejorar sus servicios de diagnóstico y ampliarlos para atender las necesidades de los centros sanitarios y de las proyectadas unidades sanitarias rurales. Se preparó un manual similar para uso en las unidades sanitarias rurales y en los hospitales.

ZONA IV

Bolivia-1

Control del tifo (1951 -)

OSP
UNICEF

En los informes anuales correspondientes a 1951 y 1952 se describieron las actividades de este programa. El miembro del personal internacional mencionado en el programa Perú-1 ha colaborado también en el programa de Bolivia. Las técnicas descritas en el programa Perú-1 fueron aplicadas asimismo, en Bolivia. De enero a fines de octubre se aplicó el DDT en polvo a 55,499 personas, 78,927 habitaciones y 485,373 artículos de vestir. Conjuntamente con la campaña de pulverización se ha llevado a cabo un programa de educación sanitaria.

Bolivia-2

Hospital de Niños, La Paz (1950 -)

OMS
UNICEF

Este es un programa para la organización de un hospital infantil que pueda utilizarse como centro de adiestramiento para trabajadores sociales, pediatras, enfermeras pediátricas y otro personal. El Gobierno se ha hecho cargo de la construcción del edificio y la Oficina ha prestado ayuda en los planes preliminares y el adiestramiento de personal que ocupa puestos principales.

El UNICEF ha proporcionado el equipo y suministros que no podían adquirirse en el país.

Durante 1953, la participación de la Oficina se limitó a los servicios de asesoramiento prestados por la Oficina de Zona y a la concesión de 4 becas para miembros del personal profesional.

Debido a dificultades financieras, no se espera que la construcción del edificio quede terminada antes de fines de 1955, y entonces la Oficina facilitará los servicios de un administrador de hospital y una enfermera supervisora que ayudarán al personal nacional en la siguiente fase de las actividades.

Bolivia-4

Control de Insectos (1953 -)

OSP
UNICEF

La erradicación de la malaria en Bolivia constituye el objetivo de este programa, y el empleo de insecticidas de acción residual es el procedimiento propuesto para lograrlo. No se ha descubierto Aedes aegypti desde 1948, pero es preciso mantener el servicio de control, especialmente en las zonas fronterizas para asegurar que no haya reinfestación procedente del exterior del país. Hay un servicio que se encarga de estas dos tareas y durante 1953 la labor fué realizada exclusivamente por personal boliviano. El UNICEF proporcionó suministros. La Oficina contribuye con los servicios de un consultor que llegará al país en 1954.

Bolivia-5

Enseñanza de Enfermería (Septiembre 1953 -)

OMS

Como resultado de un estudio llevado a cabo por el asesor de la Zona en enseñanza de enfermería, se estableció un programa a largo plazo encaminado a ayudar al Gobierno en la reorganización de la Escuela Nacional de Enfermería. Los objetivos principales del programa son los siguientes:

- a. Cooperar en la reorganización de la Escuela de Enfermería y en la revisión de su plan de estudios;
- b. Preparar un Director y un grupo de enfermeras instructoras para la Escuela;
- c. Facilitar el equipo necesario y ayudar en la administración de dos salas del Hospital General en las que las estudiantes puedan obtener experiencia clínica, y
- d. Contribuir a elevar el nivel general del servicio de enfermería.

Se procedió al nombramiento del Director de la Escuela y se aprobó un presupuesto de 35,000,000 de bolivianos aproximadamente para el año 1954. También se completó la preparación del programa de estudios y la selección de estudiantes para el primer curso de 1954, así como la lista del equipo necesario para las dos salas que han de servir de centro de adiestramiento. Dos estudiantes graduadas recibieron becas con el fin de que se pudieran preparar para desempeñar las funciones de instructoras, concediéndose también becas a otras tres jóvenes que habían cursado la segunda enseñanza, con el fin de que siguieran estudios en enfermería fundamental. Asimismo, se adjudicaron nuevas becas a tres jóvenes estudiantes ya becarias que habían terminado el primer año del curso básico de enfermería.

OMS

Este programa tiene por objeto efectuar una evaluación del sistema de abastecimiento de agua de La Paz y tratar de mejorarlo, teniendo en cuenta las futuras necesidades de la ciudad. Parte del programa está relacionado con el adiestramiento de técnicos nacionales que se encargarán del funcionamiento del sistema y podrán prestar ayuda a otras colectividades del país para obtener mejoras similares.

En el verano de 1953, un experto en el tratamiento químico del agua hizo, durante dos semanas, un estudio preliminar del problema y preparó la lista del equipo necesario para realizar nuevos estudios.

Se había previsto que regresara a La Paz a principios de 1954, una vez que el Gobierno hubiera recopilado información hidrológica básica y que hubieran llegado al país los suministros facilitados por la Oficina. La segunda fase del programa consistirá en un análisis de la información recopilada, estudios químicos del agua y preparación de un plan para la obtención, el tratamiento y la distribución de un abastecimiento adecuado y satisfactorio de agua.

Se concederán cuatro becas a fin de que ingenieros y químicos bolivianos reciban adiestramiento y visiten sistemas de abastecimiento de agua en el extranjero, después de lo cual trabajarán en el programa de La Paz.

Colombia-1

Vacunación antivariólica y contra la difteria y la pertussis (1950 - diciembre 1953)

OMS

UNICEF

Se inició este programa con el objeto de controlar la tos ferina y la difteria por medio de una campaña colectiva de vacunación, y para desarrollar la producción de vacuna en el país. Durante 1953, prosiguió la campaña y la cantidad de vacuna producida en el Laboratorio Samper Martínez resultó suficiente. La Oficina facilitó servicios de prueba de las vacunas por medio de una subvención concedida al Laboratorio de Salud Pública del Estado de Michigan. Todos los lotes de vacunas sometidos a las pruebas resultaron satisfactorios.

En 1953, el UNICEF proporcionó una nueva cantidad de equipo y suministros y la Oficina aportó los servicios de un consultor con el objeto de instalar un laboratorio para la producción de vacuna seca contra la viruela, que se emplearía en el programa colectivo juntamente con la vacuna contra la tos ferina y la pertussis.

Se adjudicó una beca al director de la campaña para que asistiera a un curso de ampliación de estudios en salud pública, especialmente sobre el control de enfermedades transmisibles.

Colombia-4

Higiene maternoinfantil (1951 -)

OMS

UNICEF

Los objetivos de este programa han sido explicados en informes anteriores. Sin embargo, la experiencia ha demostrado la necesidad de ampliar su alcance con el fin de ayudar al Gobierno en el desarrollo de un programa integrado de salubridad, del cual la higiene maternoinfantil constituiría una parte importante.

En 1953, cinco enfermeras-parteras completaron su curso de adiestramiento y otras seis comenzaron un curso posterior.

Colombia-5

Control de Insectos (Abril 1952 -)

IAI

UNICEF

La Oficina, el UNICEF y el IAI han colaborado con el Gobierno en la campaña encaminada a la erradicación del *Aedes aegypti* y al control de la malaria y otras enfermedades transmitidas por insectos.

Esta combinación de objetivos ha dado resultados satisfactorios, aun cuando para la erradicación del Aedes aegypti se requiere una verificación más rigurosa de la que sería necesario realizar si se tratara solamente del control de la malaria. La campaña ha progresado bien y, a fines de 1953 se proyectaba extenderla a 1954 y 1955.

Colombia-8 Experto en Administración de Hospitales - Hospital San Juan de Dios, Bogotá (Noviembre 1952 - marzo 1953)

OMS
El Hospital San Juan de Dios sirve como centro de adiestramiento para los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional. Se solicitó de la Oficina que facilitara los servicios de un administrador para estudiar la administración del Hospital, incluyendo los registros, estadísticas, servicios, prácticas administrativas y equipo, y para que formulara después recomendaciones para su mejoramiento. Se llevó a cabo el estudio, habiéndose transmitido las recomendaciones al Gobierno.

Colombia-11 Experto en Administración de Salud Pública y Desarrollo de Servicios Sanitarios (Noviembre 1952 - marzo 1953)

AT
El estudio, iniciado a fines de 1952, quedó terminado a principios de 1953. Se sometieron al Gobierno las recomendaciones formuladas por el experto en relación al desarrollo y reorganización de los servicios de sanidad de Bogotá.

Colombia-52 Fiebre Amarilla (Instituto Carlos Finlay de Estudios Especiales) (1950 -)

OSP
El Instituto Carlos Finlay de Bogotá (Colombia), uno de los dos principales laboratorios de fiebre amarilla en este Hemisferio, examina materiales patológicos, realiza pruebas serológicas (humanas y animales), y produce vacuna antiamarílica, no sólo para Colombia sino también para otros países de la América Latina. Además, se puede disponer de los servicios y medios del Instituto para el adiestramiento de personal procedente de otros países y para estudios avanzados relacionados con diversas campañas sanitarias.

La Oficina efectúa una contribución anual al Instituto Carlos Finlay, que juntamente con el asesoramiento y asistencia técnica, mantiene el Instituto como laboratorio internacional de fiebre amarilla. Durante el año se reorganizó completamente la instalación de producción de vacuna, habiéndose instalado nuevo equipo bajo la supervisión del personal técnico, al que ayudó un consultor facilitado por la Oficina.

En 1953, el Instituto distribuyó 736,000 dosis de vacuna a trece países latinoamericanos y tuvo a su cargo 202,000 vacunaciones contra la fiebre amarilla practicadas en Colombia.

Ecuador-4 Higiene maternoinfantil (Noviembre 1953 -)

OMS
UNICEF
AT

El objetivo de este programa consiste en prestar ayuda en la ampliación y desarrollo de los servicios de higiene maternoinfantil del Gobierno y su extensión a las zonas rurales del Ecuador. La Oficina facilitó los servicios de un funcionario de salud pública y más tarde llegará al país una enfermera de salud pública. La Administración de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas aportó los servicios de un consultor y el UNICEF proporcionó suministros y equipo para cinco clínicas de higiene maternoinfantil y espera equipar otras siete.

Ecuador-5

Centro de Enseñanza del Control de la Tuberculosis (1951 -)

OMS
UNICEF

La Oficina continuó prestando ayuda en el desarrollo del Centro, contribuyendo con los servicios de un experto en el control de la tuberculosis y una enfermera de salud pública. Ambos cooperaron en el adiestramiento de hospital y de campo y enseñaron en el primer curso nacional de ampliación de estudios para personal médico y enfermeras.

Ecuador-6

Laboratorio de BCG (Agosto 1952)

OMS
UNICEF

El laboratorio de producción de BCG, construido por el Gobierno y equipado por el UNICEF, quedó terminado en 1952. En 1953, la Oficina facilitó los servicios de un experto y sufragó los gastos de un representante del Comité de Expertos de la OMS en estandarización biológica para que inspeccionara el laboratorio. Ambos sugirieron que, antes de que la vacuna producida en el laboratorio se distribuyera para uso internacional, la Oficina facilitase los servicios de un consultor para colaborar en el adiestramiento del personal. Este consultor será nombrado en 1954.

Ecuador-7

Control de las enfermedades venéreas (Febrero 1952 -)

AT

Una vez terminadas las campañas de tratamiento colectivo para el control de la sífilis en Portoviejo y Manta, la Oficina facilitó los servicios de dos expertos durante 1952 para colaborar con el Gobierno en la extensión del programa a Bahía. Se proporcionó adiestramiento al personal nacional que se encargará de llevar a cabo campañas similares de control en otras zonas.

Ecuador-11

Ayuda al Instituto Nacional de Higiene (Octubre 1952 -)

AT

Los objetivos de este programa consisten en la ampliación de los servicios de diagnóstico y de investigación del Instituto Nacional de Higiene de Guayaquil, mejorar su manufactura de productos biológicos y facilitar servicios docentes para el personal y médicos locales, así como para personal extranjero.

En 1953, la Oficina adjudicó una beca para el adiestramiento en el análisis de alimentos y drogas y facilitó los servicios de un oficial médico para ayudar en el mejoramiento de los métodos de esterilización y preparación de los medios de cultivo y en la organización de las secciones de bacteriología y virología. Se va a proceder a la contratación de un químico especializado en alimentos y drogas.

Ecuador-52

Control de la Peste (1950 -)

OSP

Se prestaron servicios de asesoramiento técnico en el control de la peste en las zonas en que es endemoepidémica, principalmente en la zona costera lindante con el Perú. La Oficina facilitó asimismo equipo, insecticidas y rodenticidas.

Ecuador-53

Ayuda al Instituto Nacional de Nutrición (1950 -)

OSP

El programa de ayuda al Instituto Nacional de Nutrición de Quito comenzó en 1950 con la colaboración conjunta del Gobierno, la Oficina, la Fundación Kellogg y el Director de los Laboratorios de Bioquímica en la Nutrición del Instituto de Tecnología de Massachusetts.

La Oficina facilitó los servicios de asesoramiento de un experto en nutrición y, en 1953, concedió varias becas. El Instituto prosiguió las investigaciones sobre el bocio endémico y los análisis de productos alimenticios locales. También inició estudios clínicos sobre nutrición.

Perú-1

Control del tifo (1950 -)

OSP
UNICEF

El tifo existe en las zonas rurales del Perú, especialmente en el Sur y el Centro (en las regiones que comprenden el altiplano y las sierras). No se ha determinado la incidencia exacta de esta enfermedad, pero las investigaciones epidemiológicas realizadas recientemente indican que se trata de un problema de importancia considerable.

El Gobierno y la Oficina iniciaron un programa limitado en 1950. Consistió en la aplicación de DDT en polvo a personas, ropa de cama y prendas de vestir en los departamentos de Cuzco y Puno. Quedó plenamente demostrada la eficacia del DDT aplicado regularmente de esta forma cada seis meses, y se iniciaron estudios para descubrir métodos mejores y más baratos para las campañas de control.

En 1952, la Oficina asignó un consultor que tenía experiencia especial en el control del tifo. Colaboró en las investigaciones epidemiológicas, en el mejoramiento de las técnicas de laboratorio y en el desarrollo de métodos adecuados para su empleo en un programa de control de largo alcance. Durante 1953, prosiguió el programa, extendiéndolo a los departamentos de Tacna, y Arequipa y a cinco provincias de Bolivia (véase Bolivia-1). Se han empleado dos procedimientos para la aplicación del DDT en polvo: 1) la aplicación periódica y colectiva a personas, ropas de cama y prendas de vestir y 2) la aplicación de DDT en polvo a los pacientes y sus contactos. A fines de noviembre se había aplicado el DDT en polvo a 1,284,016 personas, 425,854 habitaciones y 9,176,368 prendas de vestir. La siguiente tabla refleja los buenos resultados obtenidos:

Tasas de morbilidad y mortalidad por 100,000 habitantes

		1950	1953*
CUZCO	Morbilidad	95.6	1.4
	Mortalidad	6.6	0
PUNO	Morbilidad	32.6	8.5
	Mortalidad	6.1	0
AREQUIPA	Morbilidad	48.0	9.1
	Mortalidad	1.1	0.5

*Hasta el 30 de noviembre.

Perú-5

Control de Insectos (Noviembre 1952 -)

AT

Prosiguieron los programas de erradicación del *Aedes aegypti* y del control de la malaria y de la enfermedad de Chagas en la zona de la costa del Perú. Durante el año se procedió al rociamiento de más de 258,000 viviendas en 50 valles, proporcionando protección a más de 1,000,000 de personas. El año próximo se repetirán las operaciones de pulverización en esta zona, y se espera extenderlas a nuevas áreas.

La Oficina aportó los servicios de un asesor técnico y el UNICEF proporcionó el equipo de DDT.

Perú-7

Ayuda a las bibliotecas médicas (Septiembre 1951 - septiembre 1953)

OMS

La Oficina facilitó los servicios de un experto para que estudiara los sistemas de bibliotecas médicas en el Hospital Obrero del Seguro Social de Lima, y para que dirigiera un curso de adiestramiento de un año para bibliotecarios. Participaron en el curso 10 estudiantes peruanos, que una vez graduados fueron asignados a otros hospitales dependientes del Gobierno para dirigir cursos similares de adiestramiento y reorganizar y mejorar sus respectivos sistemas de bibliotecas médicas. La Oficina concedió una beca a un estudiante boliviano que asimismo participó en el curso de Lima.

Perú-10

Higiene materno-infantil y servicios sanitarios afines (Septiembre 1952 -)

AT

UNICEF

Este programa tiene por objeto establecer servicios generales de salud pública en la zona Lima-Pativilca-Huarás, prestándose al principio especial atención a la higiene materno-infantil.

Durante 1953, prosiguieron las actividades en todos los campos principales de la salud pública. Se instaló un laboratorio para diagnóstico de la tuberculosis; se inició una encuesta sobre los parásitos intestinales en los niños y se emprendió un nuevo curso de adiestramiento para enfermeras auxiliares. La Oficina contribuyó con los servicios de tres expertos internacionales y adjudicó una beca para el adiestramiento de salud pública.

En 1954 proyecta desarrollar los servicios de control de enfermedades transmisibles y ampliar las actividades de primordial importancia en saneamiento del medio. Una vez consolidado el programa, se utilizará a fines de demostración. Se confía en llegar paulatinamente a la integración del programa en toda la zona de Lima-Huacho-Huarás.

Perú-11

Centro de Salud de Ica (Antropología) (Mayo 1952 - noviembre 1953)

OMS

La Oficina facilitó los servicios de un antropólogo para el Centro de Salud de Ica, patrocinado por la Fundación Rockefeller. Se realizaron estudios sociológicos con el fin de adaptar el programa de educación sanitaria a los hábitos y costumbres de la población local. Se prepararon los tres informes siguientes: 1) "Pregnancy, Childbirth and Midwifery in the Valley of Ica, Peru"; 2) "Child-feeding and Food Ideology in a Peruvian Village"; 3) "Report on the Anthropological Investigations in the Typhus Control Campaign in Southern Peru".

Perú-12

Laboratorio de diagnóstico de la tuberculosis (Julio-octubre 1953)

AT

UNICEF

La Oficina facilitó los servicios de un consultor para colaborar con el Gobierno en la instalación de equipo y en el funcionamiento de un laboratorio central bacteriológico para el diagnóstico de la tuberculosis. Este programa está asociado al de higiene materno-infantil de Lima-Pativilca. El UNICEF proporcionó el equipo necesario.

Perú-13

Centro de Demostración y Adiestramiento en Salud Pública (Callao) (Septiembre 1952 -)

AT

UNICEF

Las actividades de este programa están encaminadas a la integración y ampliación de los servicios de salud pública en la colectividad urbana de Callao, a efectuar demostraciones de descentralización administrativa utilizando técnicas y métodos adaptados a las condiciones locales, y al propio tiempo, a adiestrar personal para otros servicios de salubridad del país. Se proyecta que el programa tenga una duración de cinco años.

Entre las importantes actividades que desarrolla el Centro figuran las de enfermería de salud pública, educación sanitaria y saneamiento del medio, control de enfermedades venéreas y un programa de higiene materno-infantil. El personal auxiliar recibió preparación inicial y el personal profesional adiestramiento en el servicio. Durante el año, la Oficina contribuyó con los servicios de dos expertos y adjudicó una beca.

Perú-16

Vacunación contra la difteria y la pertussis (Septiembre 1953 -)

OMS

Debido a la gran incidencia y elevadas tasas de mortalidad tanto de la tos ferina como de la difteria el Gobierno solicitó la colaboración de la Oficina y del UNICEF para llevar a cabo campañas de vacunación colectiva contra esas enfermedades.

El UNICEF facilitó el equipo para la producción de vacuna en el Instituto de Higiene de Lima y los necesarios aparatos de campo para una campaña de vacunación. La Oficina contribuyó con los servicios de un consultor especializado en los métodos de producción de vacuna contra la difteria y la pertussis;

En el curso del año, el UNICEF proporcionó 50,000 dosis de vacuna contra la difteria y la pertussis, producidas fuera del país, para utilizarlas en los Departamentos de Cuzco, Huánuco, Junín, Lima y Madre de Dios. En 1953, la Oficina adjudicó una beca a un miembro del personal del Instituto de Higiene para estudiar las técnicas de producción de vacuna en los Estados Unidos.

Perú-54

Investigación de campo de la vacuna contra el tifo (Febrero 1953 -)

OSP

En la lucha contra el tifo en el Perú sería sumamente conveniente poder disponer de una vacuna potente y de fácil producción. Por consiguiente, este programa tiene por objeto estudiar la eficacia en el campo de una vacuna viva contra el tifo que ha resultado ser de alta potencia antigénica en pruebas realizadas en pequeña escala. La investigación se lleva a cabo en colaboración con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Tulane.

Venezuela-1

Demostración de Servicios Locales de Salud Pública (Marzo-mayo 1953)

AT

La Oficina facilitó los servicios de un asesor durante dos meses que realizó el estudio de una zona en el Valle de Tuy, cerca de Caracas, y preparó un plan para una demostración de servicios locales de salud pública.

Venezuela-52

Laboratorio de Enfermedades Venéreas y Centro de Adiestramiento (Caracas) (Enero 1950 -)

OSP

Los principales objetivos de este programa consisten en colaborar con el Gobierno para determinar la frecuencia de las enfermedades venéreas; proceder a la estandarización de la metodología de laboratorio, y establecer, en Caracas, cursos de adiestramiento en laboratorio para técnicos y médicos nacionales y extranjeros.

La Oficina contribuyó con los servicios de un consultor, así como con suministros y equipo para el laboratorio serológico. El Gobierno se encargó de los centros de adiestramiento, incluso el apoyo financiero para la preparación de 5 técnicos procedentes del Ecuador, Paraguay y República Dominicana.

Desde enero de 1950 a diciembre de 1953, recibieron adiestramiento unos 160 técnicos de laboratorio, 45 funcionarios de salud pública y directores de hospitales, 8 venereólogos, 63 médicos de zonas rurales y 30 estudiantes técnicos. Se efectuó una serie de estudios sobre técnicas serológicas para campañas colectivas y sobre la preparación de reagentes serológicos y materias afines.

Brasil-3 Higiene maternoinfantil (1951 -)

OMS
OSP
UNICEF

Este es un proyecto a largo plazo de gran envergadura, por el que el Gobierno, con la colaboración de la Oficina y el UNICEF, desarrolla programas de higiene maternoinfantil en 9 Estados del nordeste del país y dos Estados del Valle del Amazonas. El programa comprende el establecimiento y equipo de instituciones de higiene maternoinfantil, adiestramiento de personal auxiliar, programas de inmunización colectiva contra la tos ferina y la difteria y desarrollo de un programa de educación sanitaria.

Un consultor a corto plazo realizó una amplia encuesta en 1951. La Oficina de Zona ha prestado desde entonces servicios de asesoramiento técnico y se proyecta facilitar de nuevo en 1954 un consultor a corto plazo para que estudie el programa y prepare un plan para su reorganización y ampliación.

Brasil-4 Difteria y pertussis (Septiembre de 1951 -)

OMS

Como complemento al programa "Brasil-3, Higiene maternoinfantil", en el Instituto Oswaldo Cruz se instaló un laboratorio para la producción de vacuna contra la difteria y la pertussis. El UNICEF proporcionó el equipo necesario y la Oficina prestó asistencia técnica mediante los servicios de un consultor y de personal de la Oficina de Zona.

Debido a demoras imprevistas, la elaboración de vacuna no comenzó hasta junio de 1953, siendo la producción inicial de 4,000 dosis al mes. Esta producción ha ido aumentando hasta llegar ahora a 12,000 dosis por mes. Todas las muestras de los tres lotes de vacuna enviados al Laboratorio del Estado de Michigan para ser sometidas a prueba fueron aprobadas, comprobándose que reunían los estándares requeridos. A medida que aumentó la producción, se puso en práctica un plan sistemático de inmunización colectiva.

Brasil-51 Fiebre Amarilla (1950 -)

OSP

La Oficina ha contribuído con una subvención al Instituto Oswaldo Cruz, que sirve a tantos países del Hemisferio. El Instituto no sólo produce vacuna antiamarílica, sino que además facilita servicios patológicos, serológicos y de diagnóstico.

En 1953, se suministró un total de 446,000 dosis a la Argentina, Bolivia, Costa Rica y Nicaragua, además de una gran cantidad para el Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Brasil. El Gobierno proyecta construir un laboratorio de mayor capacidad, con lo que no sólo se aumentará la producción de vacuna antiamarílica sino que además se producirá vacuna seca contra la viruela.

Brasil-52 Laboratorio de Enfermedades Venéreas y Centro de Adiestramiento (1951 -)

OSP

Este programa tiene el doble objeto de mejorar las técnicas de diagnóstico serológico de la sífilis y de preparar técnicos de laboratorio. En 1953, se celebraron dos cursos sobre diagnósticos serológicos, con la participación de técnicos de laboratorios tanto federales como estatales. A fines de 1953, habían recibido adiestramiento un total de 20 técnicos de laboratorio procedentes de los Estados de São Paulo, Santa Catarina, Minas Geraes, Espirito

Santo, Sergipe, Goiaz, Paraíba, Rio Grande do Norte y del Distrito Federal. En 1954, se espera facilitar adiestramiento a otros 30 técnicos más.

La ayuda de la Oficina terminará en 1954.

Brasil-53

Esquistosomiasis (Febrero 1951 -)

OSP

Debido a la frecuencia de esquistosomiasis en las regiones del nordeste y centro de Brasil, se desarrolló un programa en cooperación que tenía los siguientes objetivos: 1) determinar el moluscocida más eficaz para el control o erradicación de la enfermedad; 2) establecer los métodos para aplicación y 3) estudiar los huéspedes intermediarios del esquistosoma. El Departamento de Sanidad contribuyó con personal profesional y auxiliar y el USPHS facilitó, a través de la Oficina, los servicios de dos asesores técnicos. La Oficina proporcionó también suministros y equipo.

Hasta mediados de 1953, se habían realizado pruebas de laboratorio de más de 300 substancias químicas y más de 75 fueron sometidas a prueba de campo. Al mismo tiempo, se realizaron nuevos estudios sobre la ecología de los caracoles huéspedes, como por ejemplo, experimentos en disección. Se comprobó que el pentaclorofenato de sodio era el moluscocida más eficaz y, a partir de septiembre de 1953, se llevaron a cabo amplias demostraciones de campo utilizando esta substancia. Teniendo en cuenta que las especies del caracol huésped varían en diferentes partes del país y en razón asimismo a las diferentes condiciones geográficas y climatológicas existentes, las demostraciones tuvieron lugar en los Estados de Pernambuco, Bahía y Minas Geraes. Se facilitó adiestramiento a personal profesional y no profesional del Departamento Nacional de Sanidad en los métodos para estudiar el área y en la aplicación de los moluscocidas.

Como resultado de las investigaciones, el Presidente de la República autorizó al Servicio Nacional de Malaria a desarrollar una campaña, en escala nacional, para el control de la esquistosomiasis.

Zona VI

Argentina-51

Erradicación del Aedes aegypti (Febrero 1952 -)

OSP

Este programa tiene por objeto la erradicación de los mosquitos Aedes aegypti, que se encuentran en un área que se extiende desde el norte de la Argentina hacia el sur hasta las provincias de Eva Perón, Buenos Aires y Mendoza, así como por las cuencas del Río de la Plata, incluyendo los ríos Paraguay, Paraná y Uruguay. En esta zona se encuentran todos los puertos marítimos y fluviales de Buenos Aires, Rosario, Santa Fe, Corrientes y Posadas.

La Oficina facilitó los servicios de un consultor en fiebre amarilla para adiestrar personal en la inspección y tratamiento de los focos y en la práctica de vacunaciones antiamarílicas. Se completó una serie de programas de adiestramiento para inspectores en la región nordeste del país (Tucumán, Santa, Misiones, Iguazú y Fronteras). Una evaluación de las visitas realizadas a las zonas urbanas y rurales de la provincia de Misiones condujo a la conclusión de que, en lo sucesivo, la labor en esta provincia debería concentrarse en los centros de más densidad de población.

Chile-3 Vacunación contra la difteria y la pertussis (1950 -)

OMS
UNICEF

Prosiguió la campaña descrita en los informes de años anteriores, extendiéndola a las provincias de Santiago, Aconcagua y Concepción. Se obtuvo notable éxito en la capital donde el objetivo era realizar 24,096 vacunaciones, habiéndose llegado a practicar 28,041.

Chile-6 Fábrica de Penicilina (1952 - junio 1953)

NU/AT

El plan consistía en que el Gobierno, con la colaboración del UNICEF y de la Oficina, comenzara la producción de penicilina. El Gobierno terminó la construcción del edificio, se recibieron los suministros del UNICEF, y la Oficina concedió una beca. En virtud de un acuerdo concertado entre la OMS y la Administración de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas, esta última organización asumió durante el año la responsabilidad que correspondía a la Oficina en este programa.

Paraguay-1 Control de Insectos (1947 -)

AT
UNICEF

Este programa tenía por objeto tanto la erradicación del Aedes aegypti como el control de la malaria y otras enfermedades transmitidas por mosquitos. La campaña contra el Aedes aegypti se inició en 1947, pero en 1951 se amplió el programa para abarcar el control de la malaria y otras enfermedades transmitidas por insectos. El programa se desarrolló satisfactoriamente y a fines de 1953 se consideraba que, a principios de 1954, el país quedaría libre del Aedes aegypti. El control de la malaria prosiguió también en forma satisfactoria y a fines de 1953, se retiró el personal internacional, con excepción de un inspector sanitario. El Gobierno continúa la labor de inspección y conservación de los servicios.

Paraguay-2 Control de la tuberculosis (Junio 1952 -)

AT

Este programa tenía por objeto prestar colaboración al Gobierno para la organización de un programa de control de la tuberculosis en gran escala y para un plan de demostración, además del adiestramiento de personal sanitario encargado de llevar a cabo el trabajo. Como objetivo secundario figuraba la coordinación de la labor de control de la tuberculosis con otras actividades especializadas del Departamento de Sanidad. La Oficina facilitó los servicios de un asesor en tuberculosis, un médico bacteriólogo, una enfermera de salud pública, y un técnico radiólogo. Además, contribuyó al suministro de equipo. También se proyectó extender los servicios existentes en Asunción a las zonas rurales. Durante el año se concedió una beca; otras actividades especiales consistieron en la iniciación de una campaña de radiografía colectiva del tórax y en la creación de Departamento de Control de la Tuberculosis en el Centro Sanitario adscrito al Ministerio de Salud Pública. Este Centro está bajo la dirección médica del SCISP, lo que constituye un testimonio del grado de coordinación que se ha alcanzado.

Un aspecto destacado de las actividades desarrolladas durante el año fué la atención dedicada al adiestramiento y planificación y a la preparación de un programa a largo plazo. Las dificultades habidas en la contratación del personal, constituyeron un importante obstáculo para el desarrollo del programa.

Paraguay-3 Higiene maternoinfantil (Septiembre 1951 -)

OMS
UNICEF

La Oficina prestó colaboración al Gobierno en su programa de higiene maternoinfantil, aportando los servicios de un médico y una enfermera-partera

de salud pública. Se prepararon planes para programas de higiene materno-infantil en los centros sanitarios. También se colaboró en la preparación de parteras profesionales, enfermeras y personal auxiliar para trabajar en los centros sanitarios.

Paraguay-4 Control de las Enfermedades Venéreas (Enero 1952 -)

NU/AT

La Oficina ha colaborado con el Gobierno en el control de las enfermedades venéreas. El objetivo inicial consistía en determinar la incidencia de infecciones en el área Asunción-Villarrica, para combatir la enfermedad mediante la preparación de personal profesional y auxiliar en las actividades de control.

En el curso del año, la labor que se había iniciado en Asunción continuó en las zonas urbanas y rurales de Ipacarai, Caacupe y Capista en tanto que en la zona inicial prosiguió la campaña de tratamiento colectivo.

Además, de la labor ordinaria, se prestó ayuda a un seminario sobre enfermedades vénereas organizado por el Ministerio y las Sociedades médicas. Participaron en él 22 médicos.

Los servicios del médico facilitado por la Oficina terminaron en 1953.

Paraguay-5 Control de la Viruela y la Anquilostomiasis (Diciembre 1951 -)

NU/AT

En 1953, continuó la labor de control de la anquilostomiasis, que comprende el tratamiento colectivo, saneamiento del medio, educación sanitaria, etc., según se explicó en el informe correspondiente a 1952. En el área experimental de Mboi-y (Itaugua) se llevó a cabo una encuesta y una campaña de tratamiento. El personal de la Oficina comprendía un asesor en salud pública, un educador sanitario, un ingeniero de salud pública y un inspector sanitario.

El ingeniero, que se incorporó al programa a principios de 1953, procedió a un estudio de las actividades de ingeniería y salud pública en la zona y colaboró en la preparación de planes para la creación de una División de Ingeniería Sanitaria en el Ministerio. Ingenieros paraguayos y del SCISP participaron en la preparación de estos planes. Los cursos para inspectores sanitarios, iniciados en 1952, continuaron en 1953, año en que concluyeron el segundo y tercer curso.

En la campaña antivariólica, de casa en casa, se había inmunizado hasta fines de diciembre a 25,625 personas con la vacuna seca suministrada por la Oficina. En el distrito de Sajonia quedó terminada la preparación de inspectores en esta labor de vacunación.

Paraguay-6 Ayuda a la Escuela de Medicina (Enero 1953 -)

OMS

Con el objeto de intensificar y mejorar la enseñanza de medicina preventiva en la Escuela de Medicina en la Universidad de Paraguay en Asunción, la Oficina contribuyó con los servicios de un consultor para desempeñar las funciones de profesor de medicina preventiva. Se facilitaron cursos especiales tanto para estudiantes universitarios como de ampliación de estudios. También tendió la labor a la reorganización del plan de estudios, principalmente mediante la integración de la enseñanza de salud pública con la de otras materias en todo el curso de medicina. Aunque en el programa estaba prevista la preparación de un paraguayo para asumir las funciones del consultor al terminar los servicios de éste, no se había encontrado aún un candidato calificado para la beca.

Uruguay-51 Control de Artrópodos (1948 -)

OSP

En un principio, este programa estaba encaminado únicamente a la erradicación del Aedes aegypti en Uruguay, pero posteriormente in 1953,

se firmó un nuevo Acuerdo en virtud del cual la Oficina facilitaría los servicios de un asesor para colaborar en una campaña de control de artrópodos. Esta campaña comprendería la terminación de la emprendida contra el Aedes aegypti y medidas de vigilancia para evitar la reinfestación. En 1953, las actividades contra el Aedes aegypti se dividieron entre las zonas del interior y el departamento de Montevideo. Se descubrieron nuevos focos pero después del tratamiento inicial sólo dos siguieron siendo positivos. Se hallaban en el departamento de Montevideo. Si bien la zona afectada era reducida, la población expuesta a la infección era considerable. Al igual que la campaña desarrollada en el país vecino, Paraguay, puede considerarse que ésta del Uruguay ha dado resultados altamente satisfactorios.

APENDICES

APENDICE I
TABLA 1

Participantes en las Reuniones de la
Organización Celebradas en 1953

19a Reunión Comité Ejecutivo Wash., D. C. 20-27 abril	20a Reunión Comité Ejecutivo Wash., D. C. 5-8 octubre	VII Reunión del Consejo Directivo V Reunión del Comité Regional Wash., D. C. 9 al 19 de octubre		21a Reunión Comité Ejecutivo Wash., D. C. 16 octubre
<p><u>MIEMBROS:</u></p> <p>Brasil Chile Ecuador Haití México Panamá República Dominicana OSP</p> <p><u>OBSERVADORES:</u></p> <p>Cuba Estados Unidos Francia Países Bajos OEA</p>	<p><u>MIEMBROS:</u></p> <p>Brasil Chile Ecuador Haití México Panamá República Dominicana OSP</p> <p><u>OBSERVADORES:</u></p> <p>Argentina Canadá Cuba Estados Unidos Francia Guatemala Nicaragua Países Bajos Reino Unido OEA</p>	<p><u>MIEMBROS:</u></p> <p>Argentina Brasil Chile Ecuador Estados Unidos Francia Guatemala Haití México Nicaragua Países Bajos Panamá Paraguay Reino Unido República Dominicana Uruguay Venezuela OSP OMS</p>	<p><u>OBSERVADORES:</u></p> <p>Canadá</p> <p><u>Organizaciones Intergubernamentales</u></p> <p>FAO OEA UNICEF</p> <p><u>Organizaciones No Gubernamentales</u></p> <p>Consejo Internacional de Enfermeras Federación Dental Internacional Federación Internacional de Hospitales Unión Internacional Contra la Tuberculosis Unión Internacional Contra las E. V. Liga de Sociedades de la Cruz Roja</p>	<p><u>MIEMBROS:</u></p> <p>Argentina Brasil Ecuador Estados Unidos Haití México Panamá OSP</p> <p><u>OBSERVADORES:</u></p> <p>Chile Francia Países Bajos Reino Unido Venezuela</p>

APENDICE II
TABLA 2

Cantidad de Documentos Preparados para las Reuniones de la
Organización Celebradas en 1953

Reunión	Núm. de documentos en inglés y español	Núm. de páginas en inglés y español
19a Reunión del Comité Ejecutivo	100	1,147
20a Reunión del Comité Ejecutivo	54	738
21a Reunión del Comité Ejecutivo	8	28
VII Reunión del Consejo Directivo (V Reunión del Comité Regional)	172	2,014
Discusiones Técnicas	52	475
IV Reunión del Consejo del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá	50	504
Comité Permanente para la Revisión de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana (11 reuniones)	36	246
TOTALES	472	5,152

APENDICE III
TABLA 3

Publicaciones

	Número de	
	Páginas	Ejemplares
<u>Documentos Oficiales</u>		
Boletín de la OSP - 12 números Vol. XXXIV - 687 pp. Vol. XXXV - 957 pp.	1,484	84,100
Vol. XXXV, Suplemento No. 1	160	7,100
Crónica de la OMS (10 números) (Edición en español) 8 números de 1952 2 números de 1953	455	4,300
Informe Final de la VI Reunión del Consejo Directivo de la OSP	21	1,000
Final Report of the VI Meeting of the Directing Council	21	1,000
Reglamento Sanitario Internacional - Memorándum Explicativo	11	1,000
Reglamento Sanitario Internacional - Tabla de Comparación	24	1,000
<u>Publicaciones Científicas</u>		
Serie de Informes Técnicos No. 42 - Comité de Expertos en Higiene Mental - Subcomité de Alcoholismo - Primera Reunión	23	1,000
Serie de Informes Técnicos No. 41 - Reglamento Sanitario Internacional - Reglamento No. 2 de la OMS	103	1,000
Certificación Médica de Causa de Defunción	48	1,000
Serie de Informes Técnicos No. 9 - Comité de Expertos en Higiene Mental - Primera Reunión	42	1,000
Serie de Informes Técnicos No. 53 - Comité de Expertos en Estadística Sanitaria - Tercera Reunión	54	1,070
Serie de Informes Técnicos No. 55 - Comité de Expertos en Administración Sanitaria - Primera Reunión	46	1,080
<u>Publicaciones Varias</u>		
Los Primeros Cincuenta Años de la Oficina Sanitaria Panamericana (reimpreso)	61	5,000
X Curso Internacional de Malaria y Otras Enfermedades Metaxénicas	9	600
Guía para la Notificación de las Enfermedades Cuarentenables y de Otras Enfermedades Transmisibles en las Américas, a la Oficina Sanitaria Panamericana	13	500

APENDICE III (Cont.)
TABLA 3

Publicaciones

<u>Publicaciones Varias (Cont.)</u>	Número de	
	Páginas	Ejemplares
Guide for the Reporting of Quarantinable and Other Communicable Diseases in the Americas, to the Pan American Sanitary Bureau	13	500
Anti-smallpox vaccine (second edition)	1	10,000

APENDICE IV

Conferencias y Reuniones a que
asistieron Miembros del Personal de la OMS/OSP durante el año 1953

<u>Fecha</u>	<u>Lugar</u>	<u>Reunión</u>
7-9 enero	East Lansing, Michigan	Asesores de Facultades Universitarias para Graduar a Enfermeras procedentes de América del Sur, Conferencia de
12 enero- 4 febrero	Ginebra, Suiza	OMS — Consejo Ejecutivo, Undécima Reunión
23 enero	Washington, D. C.	Comité de Coordinación de la Asistencia Técnica, 18a Reunión
25-28 enero	Lawrence, Kansas	Naciones Unidas, Quinta Conferencia Anual sobre las (Universidad de Kansas)
25 enero- 2 febrero	Río de Janeiro, Brasil	Naciones Unidas — Bienestar Rural, Seminario sobre
8-10 febrero	Chicago, Illinois	Educación y Licenciatura de Medicina 89 ^o Congreso Anual sobre
9-21 febrero	Caracas, Venezuela	OEA — Consejo Interamericano Económico y Social, Tercera Sesión Extraordinaria
20 febrero	Washington, D. C.	Abastecimiento de Alimentos, Subcomité sobre (Consejo Nacional de Investigaciones de EE. UU. de A.)
26-28 febrero	Nueva York, N. Y.	Investigaciones Científico-Sociales, Reunión del Comité sobre
2 marzo	Washington, D. C.	Higiene Industrial y Atmosférica, Subcomité sobre (Consejo Nacional de Investigaciones de EE. UU. de A.)
4 marzo	Nueva York, N. Y.	National Vitamin Foundation, Simposia
8-12 marzo	Montevideo, Uruguay	Reumatología, Reunión sobre
10 marzo	Washington, D. C.	Ingeniería Sanitaria — Vectores y Reservorios Animales, Subcomité sobre
12 marzo	Washington, D. C.	Ingeniería Sanitaria — Viviendas y Vestidos, Subcomité sobre
12 marzo	Washington, D. C.	Organización Meteorológica Mundial — Clima- tología, Primera Reunión de la Comisión sobre
13 marzo	Washington, D. C.	Comité de Coordinación de la Asistencia Técnica, 19a Reunión

APENDICE IV (Cont.)

<u>Fecha</u>	<u>Lugar</u>	<u>Reunión</u>
17 marzo	Washington, D. C.	Ingeniería Sanitaria y Saneamiento del Medio, Comité sobre
29-31 marzo	Washington, D. C.	Inmunización, Comisión sobre (Centro Médico del Ejército de EE. UU. de A.)
30 marzo- 4 abril	Nueva York, N. Y.	Conferencia Mixta NU/UNESCO sobre los aspectos sociales del Programa de Asistencia Técnica para el Desarrollo Económico
6-8 abril	Washington, D. C.	Organización Mundial de la Salud, Comité Cívico Nacional pro
6-10 abril	Chicago, Illinois	Federación de Sociedades Americanas de Biología Experimental, Reunión de la
8-10 abril	El Paso, Texas	Asociación Fronteriza Mexicana-Estado- unidense de Salubridad, 11a Reunión Anual
9-25 abril	Río de Janeiro, Brasil	Comisión Económica para América Latina (CEPAL), V Reunión
12-14 abril	Chapel Hill, Carolina del Norte	Asociación de Escuelas de Salud Pública, Re- unión Anual
23-25 abril	Atlanta, Georgia	Asociación Americana de Salud Pública, Re- unión Anual de la Sección Sur
4-5 mayo	Chapel Hill, Carolina del Norte	Estadística Sanitaria, Conferencia sobre el Adiestramiento en el Campo y en el Servicio en
4-8 mayo	Atlantic City, New Jersey	Sociedad de Investigación Pediátrica y Sociedad Americana de Pediatría, Reunión de la
4-23 mayo	Buenos Aires, Argentina	OMS/OSP — Alcoholismo, Seminario en América del Sur Meridional sobre
5-23 mayo	Ginebra, Suiza	OMS — Sexta Asamblea Mundial de la Salud
11 mayo	Washington, D. C.	Comité de Coordinación de la Asistencia Técnica, 20a Reunión
18-22 mayo	San Martín de los Andes, Neuquen, Argentina	Hidatidosis, Reunión Fronteriza Argentina- Chilena sobre
18-22 mayo	Los Angeles, California	Asociación Americana de Tuberculosis y Sociedad Americana Trudeau, Reunión de la
28 mayo	Ginebra, Suiza	OMS — Consejo Ejecutivo, Duodécima Reunión
3 junio	Nueva York, N. Y.	Comité ad hoc, Comisión sobre el Fracciona- miento del Plasma y Procedimientos Afines

APENDICE IV (Cont.)

<u>Fecha</u>	<u>Lugar</u>	<u>Reunión</u>
12 junio	Washington, D. C.	Comité Nacional de los Estados Unidos de América sobre Estadísticas Vitales y Sanitarias
22-25 junio	San Salvador, El Salvador	Niño, Segundo Congreso Nacional del
24-26 junio	Washington, D. C.	Educación Fundamental, Mesa Redonda sobre la Producción de Material para Adultos
1-3 julio	Arica, Chile	Convenio Tripartito de Salubridad Fronteriza (Bolivia, Chile y Perú), Cuarta Reunión del Comité de Control creado por el
6-9 julio	Montevideo, Uruguay	Salubridad Fronteriza, Segunda Reunión de los Países del Río de la Plata (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay)
7 julio	Washington, D. C.	Comité de Coordinación de la Asistencia Técnica, 21a Reunión
9 julio	Asunción, Paraguay	Estadísticas Vitales y Sanitarias, Reunión del Comité Nacional sobre
12-17 julio	Quintandinha, Brasil	Enfermeras, Décimo Congreso Internacional de
19-25 julio	Río de Janeiro, Brasil	Enfermería, Tercer Congreso Regional de
20-23 julio	Toronto, Canadá	Asociación Americana de Medicina Veterinaria, 90a Reunión Anual
9-18 agosto	San José, Costa Rica	FAO – Desayunos Escolares, Seminario sobre
10 agosto- 5 septiembre	Toronto, Canadá	Organización Meteorológica Mundial – Aerología – Instrumentos y Métodos de Observación, Primera Reunión de las Comisiones sobre
12 agosto	Boston, Massachusetts	Comité ad hoc, Comisión sobre el Fraccionamiento del Plasma y Procedimientos Afines
12-23 agosto	Toronto, Canadá	Asociación Mundial de Organizaciones Femeninas Rurales, Séptima Conferencia Trienal de de la
24-29 agosto	Londres, Inglaterra	Enseñanza Médica, Primera Conferencia Mundial sobre
7-11 septiembre	Kampala, Uganda	OMS – Fiebre Amarilla en Africa, Seminario sobre la
9 septiembre	Chicago, Illinois	Sociedad Americana de Química, Subdivisión de Pesticidas, Simposia sobre Rodenticidas

APENDICE IV (Cont.)

<u>Fecha</u>	<u>Lugar</u>	<u>Reunión</u>
12 septiembre	Kampala, Uganda	OMS — Zona de la Fiebre Amarilla en Africa, Conferencia de mesa redonda de los Gobiernos sobre la determinación del límite más meridional de la
14-19 septiembre	Kampala, Uganda	OMS — Fiebre Amarilla, Segunda Reunión del Comité de Expertos en
14-28 septiembre	Washington, D. C.	OEA — Comité <u>ad hoc</u> sobre Casas Baratas, Reunión del
15 septiembre	Washington, D. C.	Ingeniería Sanitaria y Saneamiento del Medio (Consejo Nacional de Investigaciones), Comité sobre
18-30 septiembre	México, D. F., México	OMS/OSP — Educación Sanitaria, Conferencia Regional sobre
24-26 septiembre	Montevideo, Uruguay	Tuberculosis, Quinto Congreso Nacional Uruguayo de
1-2 octubre	Toronto, Canadá	Asociación Canadiense de Medicina, Reunión Anual de la
2 octubre	Cambridge, Massachusetts	Comité ad hoc, Comisión sobre el Fraccionamiento del Plasma y Procedimientos Afines
9 octubre	Washington, D. C.	Programa de Estudios de la Influenza (Comité Asesor de EE. UU. de A.), Reunión sobre el
12-17 octubre	Londres, Inglaterra	Estadísticas Vitales y Sanitarias, Conferencia de Comités Nacionales sobre
12-17 octubre	La Habana, Cuba	Pediatría, VII Congreso Internacional de
19-29 octubre	Caracas, Venezuela	OMS/FAO — Problemas de Nutrición en América Latina, Tercera Conferencia sobre
19 octubre- 7 noviembre	Ginebra, Suiza	OMS — Cuarentena Internacional, Reunión del Comité de Expertos en
25-27 octubre	Atlantic City, New Jersey	Asociación Americana de Facultades de Medicina, 64a Reunión Anual de la
2-6 noviembre	Kingston, Jamaica	OMS/FAO — Desnutrición Proteica, Reunión del Grupo de Trabajo sobre
7-8 noviembre	Nueva York, N. Y.	Subcomité encargado de la revisión de la publicación "El Control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre"
9-13 noviembre	Nueva York, N. Y.	Asociación Americana de Salud Pública, 81a Reunión de la

APENDICE IV (Cont.)

<u>Fecha</u>	<u>Lugar</u>	<u>Reunión</u>
11 noviembre	Washington, D. C.	Asociación de Cirujanos Militares, Conferencia de la
11-13 noviembre	Mar del Plata, Argentina	Tuberculosis, Cuarto Congreso Nacional Argentino de
14 noviembre	Louisville, Kentucky	Sociedad Americana de Medicina e Higiene Tropical, Reunión de la
18 noviembre- 18 diciembre	Bogotá, Colombia	Adiestramiento de Personal Auxiliar, Reunión sobre el
20 noviembre	Washington, D. C.	Comité Nacional de los Estados Unidos de América sobre Estadísticas Vitales y Sanitarias
20-21 noviembre	Washington, D. C.	Utilización de la Leche (Consejo Nacional de Investigaciones), Reunión sobre
23 noviembre- 1 diciembre	México, D. F., México	OMS — Oncocercosis, Primera Reunión del Comité de Expertos en
30 noviembre- 11 diciembre	Santiago de Chile, Chile	OSP — Notificación de Enfermedades Transmi- sibles en las Américas, Seminario sobre el mejoramiento de la
1 diciembre	Washington, D. C.	Vectores y Reservorios Animales de las Enfer- medades (Consejo Nacional de Investigaciones), Subcomité sobre
1-12 diciembre	Bogotá, Colombia	Adiestramiento de Personal Auxiliar y de la Colectividad en la América Latina, Reunión Regional sobre
5-10 diciembre	Caracas, Venezuela	Tuberculosis, Décimo Congreso Panamericano de
14-18 diciembre	Ciudad de Guatemala, Guatemala	INCAP — Cuarta Reunión del Consejo
14 diciembre	Washington, D. C.	Personal y Adiestramiento (Consejo Nacional de Investigaciones), Sub-Comité sobre
15 diciembre	Washington, D. C.	Ingeniería Sanitaria y Saneamiento del Medio (Consejo Nacional de Investigaciones), Sub- comité sobre

APENDICE V

Trabajos originales preparados por
Miembros del Personal en 1953

- Bica, Alfredo N. Estado actual del problema de la inmunización contra la poliomiélitis. (Presentado en la segunda Reunión sobre Salubridad Fronteriza de los países del Río de la Plata, Montevideo, 6-9 julio, 1953.) Boletín 32(6): 645-72, diciembre 1953.
- _____. Rodenticides and bubonic plague control. Trabajo presentado en la Reunión de Chicago de la Sociedad Americana de Química, 8 septiembre 1953. 19 páginas. (Mecanografiado.)
- _____. Vacunación contra la influenza. Boletín 32(1): 1-8, enero 1953.
- Chagas, A. W. Modern nursing in Latin America, Am. J. Nursing (53)1: 34-36, enero 1953.
- _____. Nursing in the Americas, Nursing Outlook, pp. 690-92, diciembre 1953.
- _____. Progresos de enfermería en América Latina (editorial), Boletín 35(3): 330-33, septiembre 1953.
- _____. Relação entre a Organização Mundial da Saúde e a enfermagem profissional, Boletín 35(3): 252-59, septiembre 1953.
- Chamberlayne, Earl C. International Public Health. Asociación Mundial de Organizaciones Femeninas Rurales; Toronto, Canadá, agosto 1953.
- _____. International Veterinary Public Health. Reunión Anual de la Asociación Americana de Medicina Veterinaria; Toronto, Canadá, julio 1953.
- _____. The WHO and its work in veterinary public health. Reunión Anual de la Asociación Canadiense de Salud Pública; Toronto, Canadá, octubre 1953.
- Málaga Alba, Aurelio. Vampire bat rabies in the border states. (Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad. Undécima Reunión Anual, El Paso (Texas) - Juárez (Chihuahua), 8-10 abril 1953, El Paso, (Texas).
- Molina, Gustavo. Educación y adiestramiento en salud pública (editorial), Boletín 35(4): 445-47, octubre 1953.
- Paoliello, Adhemar, et al. La campagne antipianique en Haiti, Bull. World Health Organization, 8 (1-3): 261-71, 1953.
- Pierce, George O. Importance of role of climatology in relations between the field of activities of WHO and WMO. (Organización Meteorológica Mundial, Comisión sobre Climatología, 1a Reunión.) Washington, D. C., 1953. 2 pp. (CCI(I)Drf/Doc.1, Annex 1)
- _____. Sanitary Conditions in rural areas and small communities in the region of the Americas. WHO/Env. San./57 (3 julio 1953), Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1953. 5 pp.
- _____. y Syman R. Stone. Sanitation aspects of bilateral and multilateral health programs in the Americas. Trabajo presentado en la Reunión de la Sección de los Estados Unidos, Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria, Nueva York, 9 noviembre 1953, 14 pp. (en mimeógrafo)

APPENDICE V (Cont.)

Trabajos originales preparados por
Miembros del Personal en 1953

- Puffer, Ruth R. Health statistics for rural areas. WHO/Env. San./52 (26 mayo 1953). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1953. 10 pp.
- _____ Programa de estadística de la Oficina Sanitaria Panamericana, Boletín 35(1): 11-16, julio, 1953.
- _____ Procedimientos para el intercambio de información sobre enfermedades transmisibles en las Américas. Presentado en el Seminario sobre Notificación de las Enfermedades Transmisibles, 30 noviembre - 11 diciembre 1953, Santiago, Chile. Washington, Oficina Sanitaria Panamericana, 1953. 11 pp. (En mimeógrafo) (No. 6)
- _____ Training of statistical personnel. WHO/UN/Conf. Nat. Com./24 (28 septiembre 1953). 6 pp.
- Soper, Fred L. Aedes aegypti - transmitted yellow fever as a factor in international spread of yellow fever. (Seminario Africano sobre Fiebre Amarilla, Kampala, Uganda, 1953. (Documents). Brazzaville. Oficina Regional de la OMS para Africa, 1954. pp. 104-109).
- Wegman, M. E. The economic value of preventive medicine, Pediatrics 11(6): 544-48, mayo, 1953.
- _____ Infant diarrhea in Finland, Yale J. Biol. and Med. 25(5): 358-68, abril, 1953.
- _____ International non-proprietary names for drugs, Pediatrics 11(6): 290-3, marzo, 1953.
- _____ La metodología en la educación médica (editorial), Boletín 34(5): 517-18, mayo, 1953.
- _____ Maternal and Child Health. (Leavell, H. R., y Clark, E. G. Textbook of preventive medicine, New York, McGraw-Hill Book Co., Inc., 1953. pp. 244-89).
- _____ Public health, nursing and medical social work, Pediatrics 11(6): 652-54, junio 1953.
- _____ Vital statistics - 1952, Pediatrics 12(3): 443-46, octubre, 1953.

MIEMBROS DEL COMITE EJECUTIVO

PAIS	PERIODOS							
	DE ENERO 1947 A OCTUBRE 1947	DE OCTUBRE 1947 A OCTUBRE 1948	DE OCTUBRE 1948 A OCTUBRE 1949	DE OCTUBRE 1949 A SEPTIEMBRE 1950	DE SEPTIEMBRE 1950 A OCTUBRE 1951	DE OCTUBRE 1951 A SEPTIEMBRE 1952	DE SEPTIEMBRE 1952 A OCTUBRE 1953	DE OCTUBRE 1953 A OCTUBRE 1954
	ARGENTINA							
BOLIVIA								
BRASIL								
COLOMBIA								
COSTA RICA								
CUBA								
CHILE								
ECUADOR								
EL SALVADOR								
ESTADOS UNIDOS								
GUATEMALA								
HAITI								
HONDURAS								
MEXICO								
NICARAGUA								
PANAMA								
PARAGUAY								
PERU								
REP. DOMINICANA								
URUGUAY								
VENEZUELA								

APENDICE VII
TABLA 7

Becas otorgadas en las Américas en 1953, clasificadas por país de origen, materia de estudio y tipo de adiestramiento

País de Origen	ADMINISTRACION SANTARIA		SANEAMIENTO			ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	OTROS SERVICIOS SANITARIOS			CIENCIA Y EDUCACION MEDICA ^c	MEDICINA CLINICA ^d					
	Total	Curso Universitario	Beca para viaje y otros	Curso Universitario especial	Seminario y curso especial		Beca para viaje y otros	Curso de Estadística	Seminario y curso especial			Becas para viaje y otros				
Total	415	53	7	29	62	5	32	6	11	55	27	13	76	13	23	4
Argentina	20	1	-	1	-	-	-	-	1	-	1	1	11	2	-	2
Bolivia	16	-	-	-	-	1	10	2	-	-	-	-	-	-	2	-
Brasil	31	3	-	1	-	-	2	-	-	13	1	-	8	1	3	-
Canadá	5	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-
Chile	20	4 ^e	1	-	-	-	-	-	-	1	2	-	7	1	-	-
Colombia	16	7 ^f	-	3	-	-	1	-	-	2	-	-	2	-	-	-
Costa Rica	20	1	1	2	5	-	2	-	-	4	-	1	4	-	-	-
Cuba	18	1	-	2	1	-	-	-	2	3	5	1	3	2	-	-
Ecuador	11	3	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	2	2	-	-
El Salvador	12	2	-	1	3	1	-	-	-	2	-	-	1	2	12	-
E. Unidos	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	19	2	1	3	6	-	-	-	-	3	1	1	2	-	-	-
Haití	28	4	2	2	3	-	3	-	2	2	3	2	3	-	1	-
Honduras	12	-	-	1	6	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-
México	19	1	1	2	1	-	4	-	-	1	4	1	1	1	-	-
Nicaragua	15	1	-	1	7	-	-	-	1	2	-	1	2	-	-	-
Panamá	20	2	-	1	6	-	2	-	-	3	-	-	6	-	-	-
Paraguay	18	8	-	1	-	-	1	-	3	-	-	1	4	-	-	-
Perú	15	4	-	4	-	-	1 ^a	-	1	2	-	-	2	-	-	-
República Dominicana	18	4 ^g	-	-	2	3	3	-	-	3	1	1	2	-	-	-
Uruguay	15	1	-	1	-	-	2	-	-	-	1	1	8	-	-	1
Venezuela	7	-	1	3	-	-	-	-	-	1	-	-	2	-	-	-
Territorios Británicos	43	2	-	-	18	-	1	1	-	8	7	-	2	1	1	-
Franceses	2	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Países Bajos	3	-	-	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-

a 31 cursos académicos, 1 beca para viaje.

b 4 residencias, 2 becas para viaje.

c 2 adiestramiento en instituciones, 21 becas para viajes de

facultades de escuelas de salud pública, medicina y enfermería.

d 1 residencia, 3 becas para viajes

e 3 dentistas

f 1 veterinario

g 1 educación sanitaria

APENDICE VIII
TABLA 8

Adjudicación de Becas en las Américas en 1953, clasificada
por país de origen y tipo de adiestramiento

País de Origen	Total	Adiestramiento Universitario o en Instituciones ^a	Cursos Especiales ^b	Seminarios	Becas para Viajes
Total	415	144	102	91	78
Argentina	20	4	-	11	5
Bolivia	16	12	1	2	1
Brasil	31	6	13	8	4
Canadá	5	2	-	-	3
Chile	20	4	-	8	8
Colombia	16	12	1	3	-
Costa Rica	20	6	9	4	1
Cuba	18	6	4	3	5
Ecuador	11	5	1	3	2
El Salvador	12	3	3	3	3
Estados Unidos	12	-	-	-	12
Guatemala	19	6	7	4	2
Haití	28	15	5	3	5
Honduras	12	1	4	5	2
México	19	10	1	1	7
Nicaragua	15	4	7	4	-
Panamá	20	5	7	8	-
Paraguay	18	14	-	4	-
Perú	15	10	1	3	1
República Dominicana	18	7	5	2	4
Uruguay	15	5	-	8	2
Venezuela	7	3	1	2	1
Territorios					
Británicos	43	3	28	2	10
Franceses	2	-	2	-	-
Países Bajos	3	-	2	-	1

a Incluye las escuelas de salud pública (95) y de enfermería las becas para otros cursos, la residencia en instituciones o adiestramiento similar a largo plazo.

b Organizado por la OSP/OMS.

APENDICE IX
TABLA 9

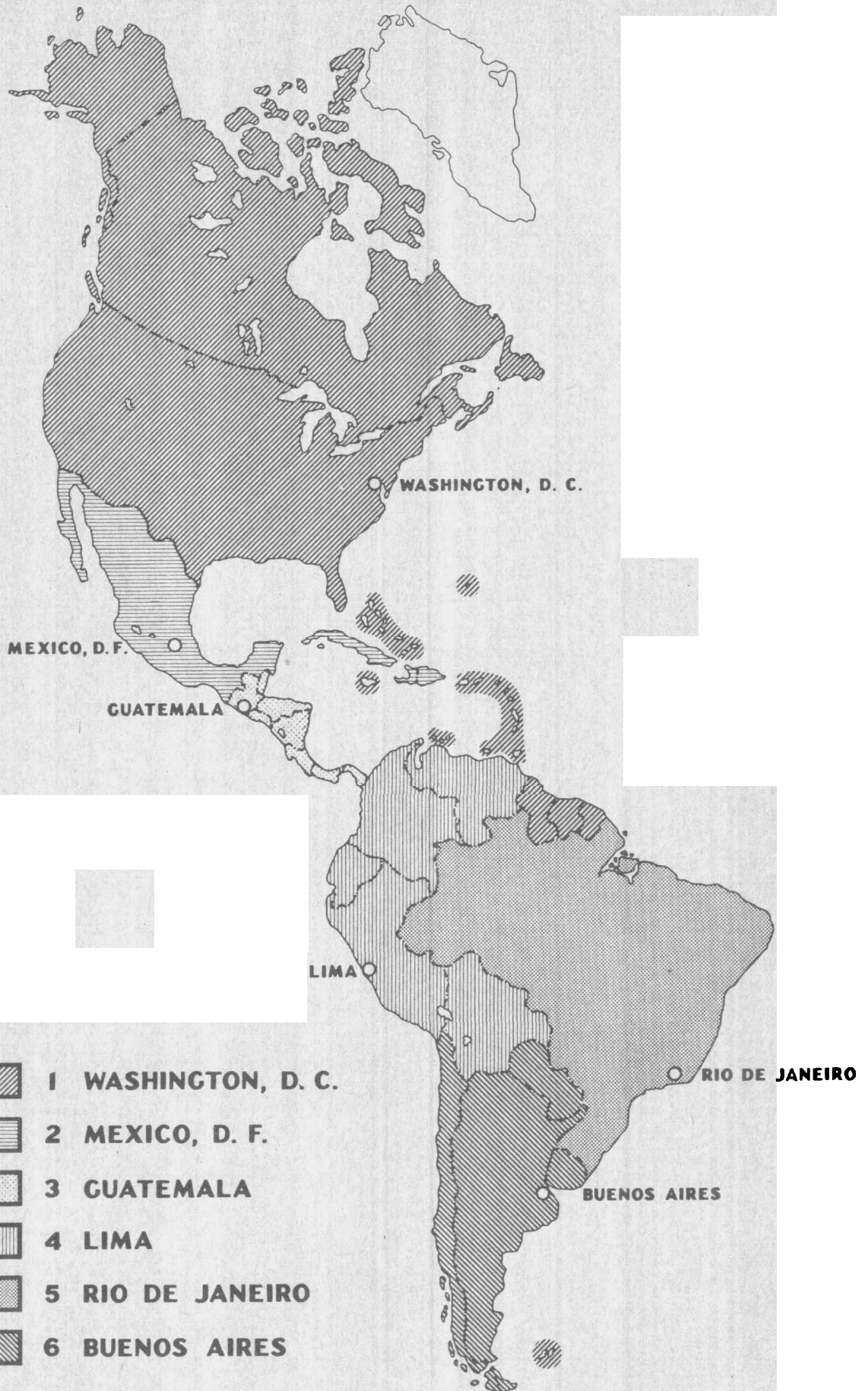
País o Región de Estudio para las Becas otorgadas en las Américas en 1953

País de Origen	Total	PAISES DE LAS AMERICAS											OTRAS REGIONES			
		Argentina	Bra-sil	Ca-nadá	Chile	Colom-bia	Costa Rica	Honduras	México	Perú	Estados Unidos	Vene-zuela	Terr. Brit.	Otros	Euro-pa	Pacífico Occi-dental
Total	415	25	54*	14*	95*	22*	11*	18	58*	11*	80*	8*	29*	27*	10*	5
Argentina	20	6	1	-	9	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2	-
Bolivia	16	-	1*	-	12	-	-	-	1*	-	2	-	-	1	-	-
Brasil	31	4	13	1	6*	-	-	-	2*	-	7*	-	-	1	-	-
Canadá	5	-	-	-	1	-	-	-	-	1*	3*	2*	-	4*	-	-
Chile	20	7	-	1*	-	1	-	-	1*	-	11*	-	-	1*	2	1
Colombia	16	-	2	-	8	-	-	-	4	-	1	-	-	-	-	1
Costa Rica	20	-	4*	1	2	1	-	4	6	-	1	-	-	-	2	-
Cuba	18	-	1	-	4	-	-	-	5	-	8*	-	-	-	-	-
Ecuador	11	-	2	-	4	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
El Salvador	12	-	2	-	3	2	-	-	3	-	1	-	-	2	1*	-
Estados Unidos	12	-	5*	-	5*	3*	-	-	1*	9	-	-	2*	12*	-	-
Guatemala	19	-	3	1	2	1	-	3	4	-	3	-	-	-	-	-
Haití	28	-	-	8	4	3	-	-	6*	-	4	2	1	1	-	-
Honduras	12	-	-	-	1	1	-	3	3	-	1	-	-	-	-	1
México	19	-	1	-	6*	1	-	4	-	1	10*	-	-	-	-	-
Nicaragua	15	-	3	-	1	1	-	4	8	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	20	-	1	-	1	1	-	3	-	-	4	-	-	-	-	-
Paraguay	18	2	6	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Perú	15	-	4	-	4	-	-	-	1	-	5	1	-	-	-	-
Rep. Dominicana	18	-	3	-	2	2	-	-	5	-	2	-	-	-	1	-
Uruguay	15	6	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela	7	-	1	1	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Territorios Británicos	43	-	-	1	-	3	1	1	4	-	9	-	25	-	-	-
Franceses	2	-	-	-	-	1*	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Países Bajos	3	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-

x Bolivia, Cuba, Paraguay, Panamá 1; Uruguay, Haití, Territorios Franceses 2; Ecuador, 3; República Dominicana, El Salvador 4; Guatemala 6.

* Becarios que han estudiado en más de un país o región. Sin embargo, el total por país o región. Sin embargo, el total por país o región de un cálculo sin duplicación de cifras.

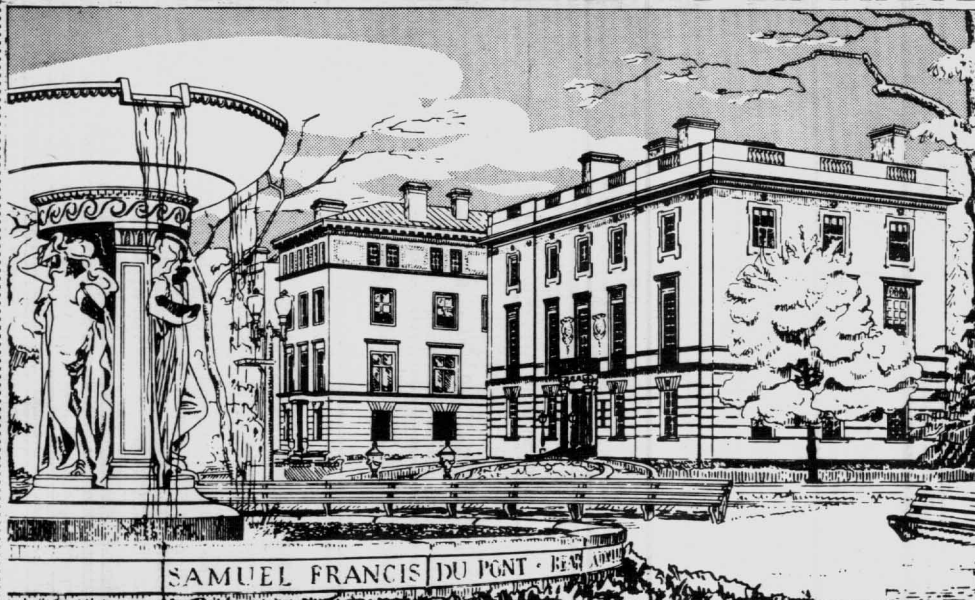
ZONAS Y OFICINAS DE ZONA DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA





INFORME ANUAL DEL DIRECTOR

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



EDIFICIOS DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, PLAZA DUPONT, WASHINGTON, D.C.

1953
WASHINGTON, D. C.

INFORME DEL DIRECTOR
DE LA
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
A LOS
GOBIERNOS MIEMBROS
DE LA
ORGANIZACION SANITARIA PANAMERICANA
Enero 1950 - Diciembre 1953

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

SIGLAS

AAT	Administración de Asistencia Técnica
AIDIS	Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria
AT	Asistencia Técnica
AT/NU	Asistencia Técnica de las Naciones Unidas
AT/OEA	Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos
BCG	Bacilo de Calmette y Guérin
CAT	Comité de Asistencia Técnica
CCAT	Comité de Coordinación de la Asistencia Técnica (OEA)
CIEM	Centro de Información de Educación Médica
CREFAL	Centro Regional de Educación Fundamental para la América Latina
DDT	Diclorodifeniltricloroetano
ECOSOC	Consejo Económico y Social (Naciones Unidas)
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
IA/ECOSOC	Consejo Interamericano Económico y Social
IAI	Instituto de Asuntos Interamericanos
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
JAT	Junta de Asistencia Técnica
NU	Naciones Unidas
NU/AT	Naciones Unidas - Asistencia Técnica (Programa Ampliado para el Desarrollo Económico)
OACI	Organización de la Aviación Civil Internacional
OEA	Organización de los Estados Americanos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OMS/AT	Organización Mundial de la Salud - Asistencia Técnica
OMS/OSP	Organización Mundial de la Salud - Oficina Sanitaria Panamericana
ORAL	Oficina Regional para la América Latina (UNICEF)
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
P.I.T.	Prueba de Inmovilización de Treponematosis
SCISP	Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública
SESP	Servicio Especial de Salud Pública (Brasil)
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo Internacional de Socorro a la Infancia (Naciones Unidas)
UP	Unión Panamericana
USPHS	Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América

INDICE

	Página
I INTRODUCCION	1
II OBSERVACIONES GENERALES	3
III ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD	5
IV OTRAS ORGANIZACIONES	7
Naciones Unidas	7
Programa Ampliado de Asistencia Técnica	7
Fondo Internacional de Socorro a la Infancia (Naciones Unidas)	8
Organización de los Estados Americanos	8
Instituto de Asuntos Interamericanos	9
Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria	10
Fundación W. K. Kellogg	10
Fundación Rockefeller	10
Cooperación en Actividades Especiales	11
V CUERPOS DIRECTIVOS	13
VI ADMINISTRACION	17
Administración Internacional	17
Evolución Orgánica, 1950-1953	17
Actividades Editoriales	22
Biblioteca	23
Información Pública	23
VII EDUCACION Y ADIESTRAMIENTO	29
VIII ADMINISTRACION DE SALUD PUBLICA	35
Organización de Servicios de Salud Pública	35
Legislación Sanitaria	36
Organización de las colectividades	36
Educación Sanitaria del Público	36
Higiene Maternoinfantil	38

	Página
VIII ADMINISTRACION DE SALUD PUBLICA (Cont.)	
Higiene Mental	38
Nutrición	38
Estadísticas Sanitarias	39
Enfermería de Salud Pública	41
Veterinaria de Salud Pública	42
Ingeniería de Salud Pública	43
IX CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	45
Erradicación	45
Reglamento de Cuarentena	46
Enfermedades cuarentenables	46
Fiebre Amarilla	46
Viruela	55
Peste	57
Tifo	59
Otras Enfermedades Cuarentenables	62
Malaria	62
Enfermedad de Chagas	64
Tuberculosis	65
Lepra	66
Treponematosis	67
Salmonelosis	70
Brucelosis	70
Difteria y Tos Ferina	71
Influenza	71
Poliomielitis	72
Rabia	73

INDICE (Cont.)

	Página
IX CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (Cont.)	
Fiebre Aftosa	73
Esquistosomiasis	76
Oncocercosis	76
Hidatidosis	78
Anquilostomiasis	79
X APENDICES	81

APENDICES

<u>Número</u>		<u>Página</u>
I	Asistencia a las Reuniones del Consejo Directivo, Comité Regional de la OMS (Países Miembros)	82
II	Asistencia a las Reuniones del Consejo Directivo, Comité Regional de la OMS (Observadores)	83
III	Miembros del Comité Ejecutivo	84
IV	Estructura Orgánica — 1950	85
V	Estructura Orgánica — 1953	86
VI	Publicaciones Especiales — 1950-1953	89
VII	Distribución Mensual del Boletín, 1950-1953	92
VIII	Estadística de la Biblioteca, 1950-1953	93
IX	Actividades relacionadas principalmente con la Educación, 1950-1953	94
X	Lista de Proyectos agrupados por materias	95

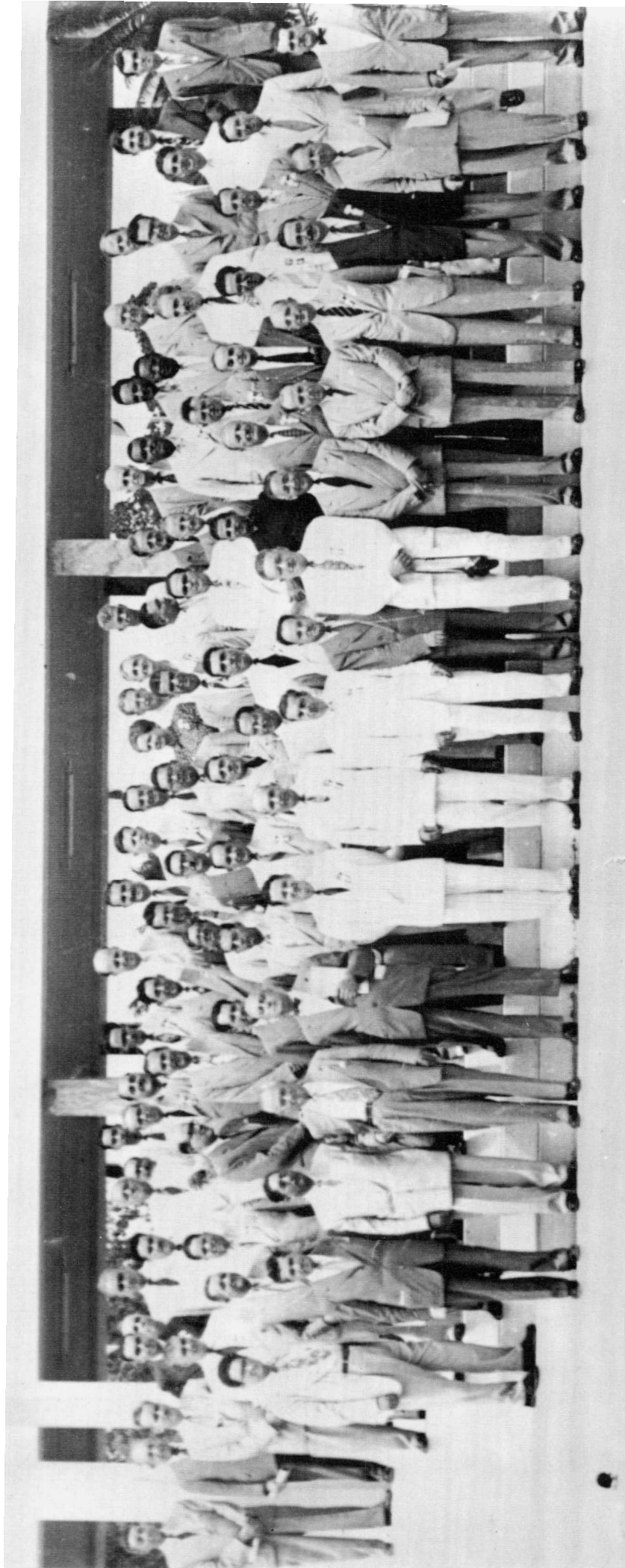
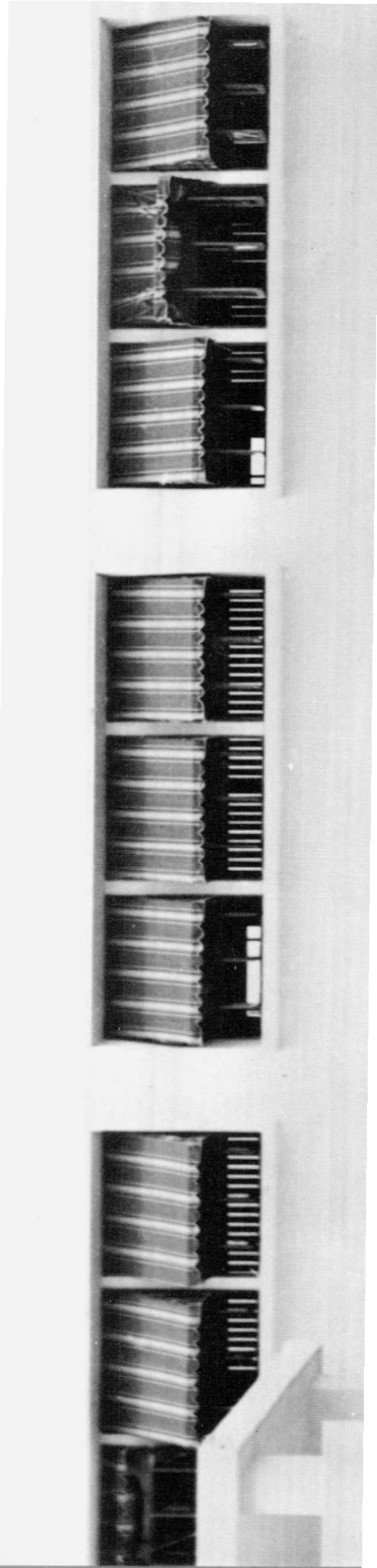
ILUSTRACIONES

	<u>Página</u>
Grupo de participantes en la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, Ciudad Trujillo, República Dominicana, 1950	Cubierta interior
Institutos Nacionales de Higiene, Bethesda, Maryland. (Centro Clínico con edificios adyacentes en primer plano, para investigación sobre radiaciones y enfermedades dentales e infecciosas)	12
Instituto Finlay, La Habana, Cuba	14
Algunas publicaciones de la Oficina	24
El curso de adiestramiento para parteras, comprende la enseñanza de ciertas prácticas por parte de la enfermera durante sus visitas a domicilio (El Salvador) . . .	32
Los hombres de Loma de Ramas (El Salvador) vadean el río llevando a hombros las tuberías de su nuevo abastecimiento de agua	37
Instituto Oswaldo Cruz, Río de Janeiro, Brasil	49
Instituto Carlos Finlay de Estudios Especiales, Bogotá, Colombia	51
Preparación de ratas para examen en el laboratorio durante la Campaña Antipestosa, Guayaquil, Ecuador	58
Rociamiento con DDT de las ropas y del cuerpo en la Campaña Antitífosa, Carcay, Perú	60
Grupo preparado para visitas rurales en la Campaña de Erradicación del Pian, Haití .	68
Vacunación de perros durante la Campaña Antirrábica a lo largo de la frontera México-Estados Unidos, El Paso, Texas	74
Preparativos para aplicar moluscocida a las corrientes de agua donde existe el caracol huésped intermedio (<u>Tropicorbis centrimetralis</u>) del <u>Schistosoma mansoni</u> , Pernambuco, Brasil	77

TABLAS*

Número		Página
1	Tipos de Acuerdos básicos firmados por los Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana con las fechas de la segunda firma	16
2	Estado Comparativo de las Cuotas, Cuotas Percibidas y Gastos Anuales junto con los Gastos de la OMS, 1950-1953 y Cuotas para 1954	20
3	Nacionalidad del Personal	21
4	Personal de Control de Insectos	43
5	Número de casos de fiebre amarilla selvática notificados en los Países de las Américas, 1946-1953	47
6	Estado de las Campañas de Erradicacion del <u>Aedes aegypti</u> , 1953	52
7	Número de casos de viruela notificados en las Américas, 1946-1953	56
8	Número de casos de peste notificados de Países de las Américas, 1946-1953 .	59
9	Número de casos de tifo producido por piojos notificados de los Países de las Américas, 1946-1953	59
10	Tasas de morbilidad y mortalidad del tifo por 100,000 habitantes (Perú)	61

*Además, se insertan en el texto dos gráficos, uno en la página 18 con el título "Canales que siguen los fondos de los Gobiernos a través de las Organizaciones Internacionales", y otro en la página 50 titulado "Area con número de casos de fiebre amarilla selvática notificados en los países de América, por divisiones políticas, 1946-1953".



Grupo de participantes en la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, Ciudad Trujillo, República Dominicana, 1950.

A LOS ESTADOS MIEMBROS DE LA
ORGANIZACION SANITARIA PANAMERICANA

Tengo el honor de remitir adjunto el informe de las actividades de la Organización, correspondiente al período comprendido entre la Decimotercera (1950) y la Decimocuarta (1954) Conferencias Sanitarias Panamericanas.

El Informe se refiere al período cuadrienal de 1950 a 1953 inclusive, pero en el texto se hace referencia, mediante notas, a algunos hechos importantes ocurridos en 1954.

Respetuosamente,



Fred L. Soper
Director

Oficina Sanitaria Panamericana

I INTRODUCCION

En los cincuenta y dos años de existencia de la Oficina Sanitaria Panamericana, los cuatro años 1950, 1951, 1952 y 1953, han sido trascendentales. Ha habido éxitos y fracasos, pero, en general, se ha progresado hacia la consecución del objetivo de la Organización Sanitaria Panamericana.

En este informe se examina el trabajo de la Oficina como una sola entidad y no se ha tratado de indicar si los fondos usados para el financiamiento de sus distintas actividades los ha recibido la Oficina directamente de los Estados Miembros, o indirectamente a través de otras organizaciones. Los detalles exactos relativos a la procedencia de los fondos pueden verse en los Informes Anuales y especialmente, en los informes financieros.

Al compilar este Informe Cuadrienal se ha tratado de evitar la repetición de datos contenidos ya en los Informes Anuales. Por lo tanto, se ha prestado mayor atención a los aspectos y rasgos generales que al detalle de las actividades, en las distintas materias.

En varios lugares del presente Informe se hace referencia al período de cuatro años anterior con el fin de ilustrar mejor los hechos del último cuatrienio. Esto se aplica en especial e incidentalmente con mayor exactitud, cuando se hace referencia a enfermedades.

Las materias incluídas en este Informe han sido agrupadas en la forma que resulta más conveniente. Esta forma de presentación no representa la forma de la administración interna de la Oficina, la cual se explica en la Sección VI.

La Oficina trabaja solamente a solicitud de los Gobiernos de los Estados Miembros y de conformidad con ellos, para el desarrollo de las organizaciones sanitarias gubernamentales. Este informe sobre la labor de la Oficina no puede incluir el trabajo, de mucha mayor importancia, que en colaboración con ella realizan los departamentos nacionales de sanidad. La labor de la Oficina no se puede juzgar aisladamente sino en relación con los programas sanitarios gubernamentales. El futuro de la sanidad de las Américas descansa en el pleno desarrollo de servicios adecuados de sanidad en cada país y no, en organismo internacional alguno.

II OBSERVACIONES GENERALES

En los últimos años se han visto grandes cambios en las Américas. En América del Norte, Central y del Sur, se ha progresado de manera notable en casi todos los campos de la actividad humana. Los avances logrados han estimulado el deseo de conseguir aún mayores conquistas. Universalmente, se reclaman niveles más altos de producción y mejores condiciones de vida. El adelanto no se ha limitado a los Estados Miembros, sino que ha sido notable en los territorios no autónomos. Muchos de los territorios han asumido mayores funciones autónomas, incluida la administración sanitaria.

El desarrollo económico de las Américas ha ido acompañado de un aumento de población, que afecta al conjunto de la población mundial. La tasa de aumento de población es más alta que en cualquier otra gran parte del mundo. Actualmente, la población de la América Latina es aproximadamente igual a la de los Estados Unidos y Canadá, y se calcula que a fines de siglo ascenderá a quinientos millones. Este enorme aumento, requiere la ampliación de los servicios de sanidad, especialmente en los trópicos, y estos servicios exigirán un mayor número de personal adiestrado. Si las instituciones docentes han de proporcionar un número adecuado de trabajadores sanitarios durante los próximos decenios, este es el momento de preparar los planes necesarios para la expansión de dichas instituciones, de modo que permita el adiestramiento en mayor número.

La mayor parte del trabajo de la Oficina se realiza en colaboración con los departamentos nacionales de sanidad. A veces, puede mejorarse la administración de esos departamentos prestando mayor atención a los aspectos técnicos de la administración de salud pública, pero con demasiada frecuencia la administración del departamento de sanidad sufre las consecuencias de los niveles generales de la administración pública de todo el gobierno. El departamento de sanidad no trabaja independientemente, sino que forma parte de una extensa y compleja maquinaria de gobierno. Para poder realizar una labor eficaz es necesario que las otras partes sean igualmente eficientes, especialmente las que se relacionan con finanzas y educación. No es de la competencia de la Oficina el proporcionar asistencia en el amplio campo de la administración pública, pero tampoco puede ignorar las dificultades que experimentan muchos departamentos de sanidad, ni dejar de sugerir que los gobiernos hagan uso de la colaboración que le brindan otros organismos para mejorar la administración pública.

Los cambios de carácter general que tienen lugar en las colectividades, fuera del campo de la administración sanitaria, influyen en el tipo de las enfermedades en las Américas y se reflejan en las variaciones enormes que presentan las estadísticas sanitarias de los Países Miembros y hasta entre diferentes regiones del mismo país. En los Estados Unidos, por ejemplo, la tasa de defunciones por tuberculosis bajó de 113.1 por 100,000 en 1920 a 12.6 en 1953. Las diferencias dentro de los Estados Unidos pueden verse por la tasa de 1952 de 102.2 para Alaska, comparada con 5.4 para Idaho. En la América Latina existen por lo menos tres países en que las tasas nacionales exceden todavía de 100 por 100,000. Las tasas de defunción por malaria en algunos de los países centroamericanos aun excede esta cifra, mientras que la malaria, como causa importante de muerte, ha desaparecido de los Estados Unidos.

Entre los cambios de carácter general, ocurridos en los Estados Unidos durante los últimos decenios y que han influido en el cuadro general de la sanidad, figuran el considerable mejoramiento del régimen alimenticio, la reducción de las horas de trabajo, el empleo de la fuerza mecánica en la mayoría de los trabajos duros, la eliminación virtual de ciertas enfermedades infecciosas y el descubrimiento de eficaces agentes terapéuticos.

Las grandes diferencias que existen entre los niveles sanitarios de los pueblos en varias partes del Hemisferio, deben constituir no sólo un incentivo para los trabajadores sanitarios de los países insuficientemente desarrollados, sino también un estímulo para aquellos que habitan en países cuyas condiciones les permiten ayudar a sus vecinos. Sin embargo, no debe olvidarse que los progresos realizados en los países que gozan de mejores condiciones sanitarias, se deben no solamente al mejoramiento de los servicios públicos, sino también a la elevación del nivel de vida.

III ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Debido a la relación especial que existe entre la Organización Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud, resulta adecuado que en este informe se haga referencia a las actividades principales de la OMS, aun cuando éstas se refieran a todos sus miembros y no solamente a aquellos que se encuentran situados en el Hemisferio Occidental.

La base de las relaciones especiales entre estos Organismos Especializados del sistema interamericano y de las Naciones Unidas, merece estudio. Tiene su origen en los convenios celebrados entre: (1) la OMS y las Naciones Unidas en 1948; (2) la Organización Sanitaria Panamericana y la OMS en 1949; y (3) la Organización Sanitaria Panamericana y la Organización de los Estados Americanos en 1950. Toda modificación desafortunada de cualquiera de esos convenios, puede hacer insostenibles las relaciones entre la OMS y la Organización Sanitaria Panamericana.

Se ha señalado para 1955, el estudio y la posible modificación de la Carta de las Naciones Unidas, de conformidad con los términos de su Artículo 109. Los representantes de algunos gobiernos han manifestado públicamente que en 1955 los Organismos Especializados, incluso la OMS, deberían estar controlados de una manera más amplia por las Naciones Unidas. Es importante que los Estados Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana estudien con cuidado cualquier cambio a realizar en la Carta de las Naciones Unidas, ya que puede afectar a la colaboración de la OMS y de la Oficina Sanitaria Panamericana en el plan técnico. La situación actual, basada en el Código Sanitario Panamericano (La Habana, 1924), la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana (Buenos Aires, 1947), la Constitución de la OMS, Nueva York 1946, el Acuerdo entre la OMS y la Organización Sanitaria Panamericana de 1949, y el acuerdo entre la Organización de los Estados Americanos y la Organización Sanitaria Panamericana de 1950, permite una estrecha, cordial y eficaz colaboración con las autoridades sanitarias de todos los países de la Región. Toda alteración de esta situación se reflejaría, inevitablemente, en la administración de la Oficina y en su posibilidad de prestar servicios directamente a las autoridades nacionales sanitarias de las Américas.

Con los lazos cada vez más estrechos, entre las Américas y otros Continentes, la Organización Mundial de la Salud adquiere, cada vez, mayor importancia para los Estados Americanos.

Durante los últimos cuatro años, el número de miembros de la OMS ha aumentado de 68 a 84 incluyendo cuatro Miembros Asociados. Desde principios de 1950, Cuba, Nicaragua y Panamá se unieron a la Organización, de manera que ahora todos los miembros de la Organización Sanitaria Panamericana, con excepción de Colombia, son Miembros de la OMS.

Durante el mismo período, el presupuesto ordinario de la OMS aumentó de \$6,108,299 en 1950 a \$8,112,605 en 1953, o sea un 33 por ciento*. En 1950, la OMS recibió \$1,410,996 de los fondos de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas; en 1953, la suma correspondiente ascendió a \$4,604,064.

Entre las publicaciones de la OMS figuran dos de gran importancia científica. Una serie, la Serie de Informes Técnicos, contiene los informes de los Comités de Expertos. Los informes publicados de esos Comités son estimables como resúmenes puestos al día de los conocimientos y experiencias de expertos, y a la disposición de los médicos y de los trabajadores de salud pública de todo el mundo. Durante los últimos cuatro años, los comités de expertos han celebrado más de una veintena de reuniones, cinco de ellas en las Américas.

En 1950, el Grupo Mixto de Expertos FAO/OMS, en Brucelosis, se reunió en Washington; en 1951, el Comité de Insecticidas se reunió en Savannah, Georgia. En 1952, el Comité de Expertos en Bilharziasis (esquistosomiasis) se reunió en San Juan, Puerto Rico, y el Comité de Expertos en Lepra se reunió en Río de Janeiro. El Comité de Expertos en Oncocercosis se reunió en la ciudad de México en 1953.

La Brucelosis no fué el único tema discutido conjuntamente por la OMS y otros Organismos Especializados. La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación ayudó también a la OMS en los debates sobre nutrición, mientras que la

*De 1950 a 1953, el presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana aumentó de \$1,742,035 a \$2,000,000, o sea solamente un 15%.

Organización Internacional del Trabajo se unió a la OMS para el estudio de la higiene profesional. Además, el grupo NU/OIT/UNESCO/OMS estudió conjuntamente el "niño físicamente incapacitado" y el "niño mentalmente subnormal".

La otra publicación importante es el Boletín de la OMS. Durante los cuatro años se han publicado 34 números y, al igual que la Serie de Informes Técnicos, el conjunto de sus volúmenes representa un incremento sumamente útil para las bibliotecas de salud pública.

En el período que abarca este Informe, han tenido lugar desarrollos de carácter orgánico en la OMS: la Oficina Regional del Pacífico Occidental se estableció (1951), primero, en Hongkong y después en Manila; la Oficina Regional Europea en Ginebra* (1951) y la Oficina Regional Africana en Ginebra (1951) y más tarde en Brazzaville (1952).

Las mayores realizaciones de la OMS se han logrado, probablemente por medio de las oficinas regionales en el desarrollo de programas de campo. El espacio no nos permite tratar en este Informe de otros programas que no sean los de las Américas.

Las Américas se han beneficiado, directa e indirectamente del progreso general de la OMS y los útiles resultados que se esperaban del Acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Sanitaria Panamericana, se han visto realizados. Los países de este Hemisferio, como los de otras partes del mundo, se han beneficiado de los servicios técnicos prestados por el Departamento de ese nombre en la sede de la OMS. Los beneficios indirectos para las Américas están representados por los progresos sanitarios de otras partes del mundo, puesto que una mejora en cualquier parte tiene valor para el conjunto. La Región Americana ha podido ayudar a otras regiones proporcionándoles personal experto y también recibiendo estudiantes para cursar estudios en las Américas. Un número menor de expertos han venido a la Región Americana empleados por la Oficina y también un número menor de estudiantes procedentes de las Américas se ha trasladado a otras regiones con el fin de cursar estudios.

En 1953, al retirarse el Dr. Brock Chisholm, del Canadá, del puesto de Director General de la OMS, pasó a ocuparlo el Dr. M. G. Candau, del Brasil, Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana.

*El Consejo Ejecutivo de la OMS en su 14a. sesión en 1954 decidió trasladar esta oficina a Copenhague.

IV OTRAS ORGANIZACIONES

Naciones Unidas.

La Oficina, como Oficina Regional de la OMS para las Américas, está directamente interesada en el Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas, y en las actividades del Fondo Internacional para la Infancia, de las Naciones Unidas.

Programa Ampliado de Asistencia Técnica.

En el anterior informe cuadrienal, se hizo referencia al Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas. Este programa se inició siguiendo una resolución de agosto de 1949, del Consejo Económico y Social, aprobada por la Asamblea General en diciembre del mismo año. De conformidad con este programa se dispuso que las Naciones Unidas recogieran donaciones voluntarias que serían utilizadas principalmente por los Organismos Especializados y también en los programas de las Naciones Unidas relacionados con el desarrollo económico. Entre esos organismos estaba la Organización Mundial de la Salud, que se benefició plenamente de esta nueva fuente de ingresos. Para administrar el Programa se creó un comité titulado Junta de Asistencia Técnica (JAT), de la que eran miembros los Directores Generales de los Organismos Especializados o sus representantes. Esta Junta informa al Comité de Asistencia Técnica (CAT), compuesto por miembros del Consejo Económico y Social (ECOSOC). Al principio, la Junta de Asistencia Técnica contaba con un Secretario Ejecutivo, pero en 1952 se nombró un Presidente Ejecutivo, y sus agentes, los Representantes Permanentes de la Asistencia Técnica, que se habían instalado en un cierto número de países, ejercieron un mayor control en el desarrollo de los planes para los programas. El veintidós por ciento del cincuenta por ciento de las contribuciones a los fondos de AT se asignan a la OMS y aquella proporción del restante cincuenta por ciento que decida la JAT. Todos los proyectos, sin embargo, están sujetos a previa revisión y aprobación de la Junta, sobre la base de las recomendaciones que haga el Presidente Ejecutivo. Inicialmente se prometieron más de \$20 millones para el período comprendido de julio de 1950 a diciembre de 1951. Para el año 1952, se prometieron \$19 millones aproximadamente y \$22 millones para 1953. A fines de cada año se reúnen representantes de los países contribuyentes e indican el importe de las contribuciones que harán durante el año siguiente. Al comienzo del Programa se contaba con amplios fondos para atender a todas las solicitudes de asistencia. A medida que aumentaba el número de países que se daban cuenta de la asistencia que podían obtener, y que se aceleraban los trámites de las solicitudes, los fondos de que se disponía resultaron insuficientes. Se notará que al contrario de lo que ocurre con las prácticas presupuestarias de la Organización Sanitaria Panamericana y la OMS, solamente a fines de cada año se conoce el importe de los fondos con que probablemente se podrá contar al año siguiente. Esto representó una dificultad inicial para beneficiarse de esas contribuciones voluntarias. Una desventaja aun mayor se experimentó, sin embargo, al aumentar el número de solicitudes y resultar las aportaciones inferiores a las cifras que se esperaban. Esto significaba que los Organismos Especializados estaban expuestos a incertidumbres financieras y no sólo tuvieron que reducir sus programas de AT, sino que se encontraron en la difícil situación de tener que pensar que aun sería necesario hacer mayores reducciones. Durante los dos últimos años, la Oficina ha experimentado esas incertidumbres y dificultades, a las que se ha hecho referencia en los Informes Anuales de 1952 y 1953. A fines de 1953, no se había efectuado una reorganización que permitiera a los Organismos Especializados utilizar esas aportaciones voluntarias de una manera más eficiente, aunque a fin de estabilizar el programa se habían iniciado las gestiones encaminadas a crear un fondo de reserva e impuesto restricciones a las obligaciones a largo plazo.

Al final de año la situación era la siguiente: El representante de la OMS en la Junta de Asistencia Técnica había insistido en que los demás miembros aceptaran un sistema en virtud del cual se garantizaría que antes de firmar acuerdos sobre proyectos con los Gobiernos, se habrían depositado en un banco los fondos necesarios para su realización; en otras

palabras, una política de "dinero contante". Se llegó por fin a una transacción entre la política conservadora de los representantes de la OMS y los demás miembros y se preparó un informe unánime para un grupo de trabajo del CAT que se reuniría a principios de 1954.

Por indicación de la OMS se incluyó otra recomendación al efecto de que dentro de ciertos límites cada organismo debía tener libertad para administrar sus propias operaciones, a fin de lograr un grado mayor de seguridad financiera en caso de considerarlo necesario.

Fondo Internacional de Socorro a la Infancia (Naciones Unidas).

El UNICEF fué creado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 1946, de conformidad con los términos del Artículo 55 de la Carta de las Naciones Unidas y con el propósito principal de ayudar a los niños necesitados, especialmente en los países devastados por la guerra. A diferencia de la OMS, el UNICEF no es un Organismo Especializado ni tampoco una Organización; es un Cuerpo y Fondo Especial de la organización política de las Naciones Unidas.

Durante sus primeros años, gran parte de los recursos se invirtieron en remediar las urgentes necesidades de los niños de Europa relativas a alimentos y ropas, pero en 1948 se iniciaron programas en otras partes del mundo, habiéndose hecho la primera asignación para América Latina en 1949. Los considerables y crecientes recursos de este Fondo, proceden de contribuciones voluntarias, hechas ya sea directamente por los gobiernos o que le llegan a través de ellos después de campañas de recogida de fondos. Desde el principio ha existido una estrecha asociación entre el UNICEF y la OMS. En la carta del UNICEF se hace referencia a la necesidad de trabajar en colaboración con los Organismos Especializados y en especial con la Organización Mundial de la Salud. Un Comité Mixto sobre Política Sanitaria compuesto de los representantes de la OMS y del UNICEF, estudia los programas de este último y hace las recomendaciones pertinentes a la Junta Ejecutiva del UNICEF y al Consejo Ejecutivo de la OMS, en relación con los campos de la sanidad en los cuales debe trabajar el UNICEF.

Inicialmente, el Fondo fué creado por un período de tres años. Al final de ese período se extendió su duración y en 1953, la Asamblea General de las Naciones Unidas determinó prolongar indefinidamente la existencia del UNICEF. Al mismo tiempo, se omitió del nombre del Fondo la palabra "emergency", aunque se mantuvo la sigla UNICEF. El UNICEF no adjudica becas ni emplea personal técnico. Cuando se necesitan personal técnico y becas para aquellos proyectos en que el UNICEF proporciona los suministros, la OMS se encarga de ello, en muchos casos haciendo uso de los fondos de Asistencia Técnica.

Cuando la OMS experimentó dificultades relacionadas con la inseguridad de los fondos de la AT, el UNICEF se hizo cargo, aunque con algunas reservas, de satisfacer los costos de algunos proyectos que se realizaban con su ayuda. En los cuatro años últimos, el UNICEF ha invertido una gran suma en sufragar los costos de un número de programas en las Américas relacionados con los proyectos de BCG e higiene maternoinfantil. El número de materias sanitarias a las cuales se puede prestar la ayuda del UNICEF ha ido aumentando gradualmente, sobre todo como resultado de las recomendaciones del Comité Mixto OMS/UNICEF de Política Sanitaria. Recientemente se ha incluido en la lista el saneamiento del medio. Estos cambios son muy importantes para la OMS, puesto que pueden recibir el apoyo del UNICEF muchas de las prioridades del programa de la OMS.

La base de los convenios de trabajo en el Hemisferio consiste en un acuerdo sobre procedimientos, redactado por el Director de la Oficina y el Director de la Oficina Regional del UNICEF para América Latina. El Director de la Oficina da la aprobación técnica a los proyectos y de conformidad con un reciente convenio se ha instalado a un médico de la Oficina en Lima, sede de la Oficina Regional del UNICEF. Cabe esperar que la presencia de este Asesor en Lima mejorará aún más el estrecho enlace que existe entre la Oficina y el Fondo.

Organización de los Estados Americanos.

El Consejo Directivo (Buenos Aires, 1947) autorizó la negociación de un convenio con la Unión Panamericana (UP) para el mantenimiento de estrechas relaciones entre las dos

organizaciones. En mayo de 1950, el Director de la Oficina y el Secretario General de la Organización de Estados Americanos (OEA) firmaron oficialmente un acuerdo en nombre de los respectivos Consejos Directivos de las dos organizaciones. De conformidad con el espíritu de este convenio, se han mantenido amistosas y satisfactorias relaciones con la OEA. Han asistido a las reuniones de ambas organizaciones observadores mutuos y se ha efectuado un intercambio de datos, informes y documentos.

La Oficina ha participado en las reuniones del Comité Coordinador de Asistencia Técnica (CCAT), integrado por los representantes de la UP y de las seis organizaciones interamericanas que desarrollan proyectos en el programa de Asistencia Técnica del Consejo Interamericano Económico y Social (IA/ECOSOC). La Oficina ha desarrollado sólo dos de estos proyectos, de los cuales uno solamente entraba en el campo de la salud humana. Este fué un seminario de enfermería celebrado en 1951 en la ciudad de Guatemala. El otro proyecto, el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa en el Brasil, que se encontraba fuera del campo ordinario de interés de la Oficina, se emprendió a solicitud de la OEA, con la autorización especial de la XIII Conferencia, sujeto al financiamiento del Centro con fondos que no fueran los de la Oficina.

En 1953, el IA/ECOSOC aprobó la creación de un Centro de Zoonosis para las Américas en su Programa de AT. La propuesta fué hecha a la CCAT, la que encomendó a la Oficina la preparación de una propuesta de proyecto para su consideración. Este procedimiento invertía el establecido para el desarrollo de programas sanitarios presentados a la aprobación del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana. Con el fin de legalizar la propuesta se la incluyó en la discusión del presupuesto en las reuniones ordinarias de la Organización Sanitaria Panamericana (1954), para su aprobación. Esta se obtuvo y el Centro de Zoonosis solamente espera la asignación de fondos por el CCAT.

La Oficina ha colaborado también con la OEA y la UNESCO en la preparación de una serie de folletos dedicados especialmente a los adultos que acaban de aprender a leer. Media docena de estos folletos tratan de materias sanitarias y se cree que están resultando de gran utilidad.

Instituto de Asuntos Interamericanos.

El Instituto bilateral de Asuntos Interamericanos, de los Estados Unidos, forma parte de un organismo más amplio, denominado hasta fecha reciente Administración de Cooperación Técnica, pero que ahora se denomina Administración de Operaciones Exteriores. En razón de la gran cantidad de trabajo sanitario que este Instituto realiza en América Latina, se han tomado medidas encaminadas a coordinar las actividades y evitar la duplicación. Esto se hace, principalmente, en los países que reciben la cooperación tanto de la Oficina como del IAI, y el gobierno interesado elige la forma precisa de cooperación. En algunos países hay comités de coordinación y en otros se llega a la cooperación a través de discusiones oficiosas. Además, desde 1951 se han celebrado reuniones conjuntas del personal en Washington, D. C. A éstas asisten representantes del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos así como del IAI y de la Oficina. En esas reuniones, se trata de los programas en líneas generales y también de los problemas relativos a las relaciones entre organismos que pueden surgir de vez en cuando.

Sin embargo, la verdadera cooperación se encuentra en los programas que se realizan. Hay muchos países en los cuales el IAI y la Oficina prestan su colaboración a los Gobiernos y a veces, ésta se da a diferentes aspectos del mismo asunto, por ejemplo, en la campaña de erradicación del pian en Haití. En otros países, se encuentran ejemplos en el campo de la lucha antimalárica y la erradicación del Aedes aegypti. La cooperación queda demostrada también por la asistencia de miembros de la Oficina y del Instituto a las reuniones internacionales preparadas por los dos organismos, como por ejemplo, el Instituto de Administradores de Hospitales celebrado en Río de Janeiro y el Seminario de Educación Sanitaria que tuvo lugar en la ciudad de México.

Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria.

El personal de ingeniería de la Oficina desempeñó un papel principal en la creación de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria (AIDIS) y desde el principio desempeñó las funciones de personal de secretaría y de redacción de la revista oficial de la Asociación. Esta actividad continuó durante 1950 y 1951, pero cesó a principios de 1952. Desde fines de 1952 y durante 1953, la Asociación, de acuerdo con la Oficina, transfirió la responsabilidad de la publicación de la revista a la Sección Mexicana de la Asociación y estableció la Secretaría en el Brasil, que fué el país elegido para sede del Congreso Interamericano de Ingeniería Sanitaria en 1954. Se negoció un acuerdo entre la Oficina y la Asociación, de acuerdo con el cual se efectuó el traslado de los bienes y fondos y se establecieron procedimientos a fin de que la Oficina continuara prestando su apoyo económico a la publicación de la revista AIDIS. Esta contribución va disminuyendo gradualmente y se espera que, en breve, la revista podrá sostenerse por sí misma.

AIDIS merece apoyo y estímulo; entre sus miembros figuran la mayoría de los ingenieros y muchas otras personas de las Américas muy íntimamente interesadas en los problemas de saneamiento del medio y en los programas oficiales para su solución.

La Oficina patrocinó el Segundo Congreso Interamericano de Ingeniería Sanitaria, que se celebró en la ciudad de México en marzo de 1950, y el Tercer Congreso, que se reunió en Buenos Aires en noviembre de 1952, y ha convenido en patrocinar el Cuarto Congreso que se proyecta celebrar en São Paulo, Brasil, en julio de 1954.

Fundación W. K. Kellogg.

La Fundación W. K. Kellogg fué establecida con el fin de fomentar la salud, la felicidad y el bienestar de la humanidad, especialmente de los niños, y sus actividades se han dirigido principalmente a los problemas sanitarios y educativos de las zonas rurales. La satisfactoria colaboración entre la Oficina y la Fundación Kellogg ha continuado durante los últimos cuatro años. Pueden encontrarse ejemplos de esta colaboración en los campos de la nutrición, la odontología y la educación. La Fundación contribuyó con \$15,000 anuales durante un período de cuatro años (1950-1953), a fin de que la Oficina pudiera desarrollar su personal de nutrición en una época en que los fondos de la Oficina eran insuficientes. En la Sección VIII se hace referencia al continuado interés demostrado por la Fundación en el INCAP. La Fundación dió también una subvención (1953) para sufragar el costo de los servicios de un consultor dental y una secretaria durante un período de dos años, a fin de investigar las necesidades de un programa de higiene dental en la América Latina.

La Fundación participó en el Tercer Congreso Regional de Enfermería celebrado en Río de Janeiro y colabora en el Centro de Información de Educación Médica (CIEM).

Ayuda a la Oficina en el adiestramiento de su personal; se la ha concedido una beca a un miembro del personal para seguir un curso de salud pública y se tiene en estudio la adjudicación de otra beca.

Un aspecto muy apreciado de la ayuda de la Fundación es el préstamo para la adquisición de los edificios de la Oficina en Washington (véase Sección VI).

Fundación Rockefeller.

Desde 1913, la Fundación Rockefeller ha estado realizando una valiosa labor de salud pública en las Américas y en todo momento, ha estado dispuesta a cooperar con la Oficina.

Representantes de la Fundación Rockefeller han participado en el Centro de Información de Educación Médica (CIEM). En el Perú, la Fundación y la Oficina trabajaron conjuntamente en colaboración con el Gobierno en el Centro Sanitario ICA. Representantes de la Fundación participaron en el grupo de trabajo sobre el plan de estudios de enfermería, en Perú en 1952; en el Tercer Congreso Regional de Enfermería en Río de Janeiro en 1953, y en el Primer Congreso Interamericano de Higiene en La Habana en 1952. De interés para el programa de la Oficina es el trabajo del laboratorio sobre la epidemiología de las enfermedades por virus que tiene la Fundación en Trinidad. Por ejemplo, el examen de sueros recogidos en 1953

reveló, por primera vez en varios decenios, la presencia de fiebre amarilla en esta importante isla. Como la Fundación Kellogg, la Fundación Rockefeller adelantó dinero a la Oficina, a fin de que pudiera adquirir los actuales edificios de la Oficina en Washington (véase Sección VI).

Cooperación en Actividades Especiales.

Existe un número de actividades sanitarias especiales en las que la Oficina ha estado asociada con los Gobiernos, los departamentos de sanidad o instituciones particulares.

El Tercer Instituto Internacional de Administración de Hospitales se reunió en Río de Janeiro en 1950 con la ayuda del Gobierno del Brasil y de la Oficina. El Instituto de Río de Janeiro juntó durante un período de 15 días a centenares de administradores de hospitales procedentes de muchos países. Los trabajos presentados se referían a todos los aspectos de la administración de hospitales y fueron más tarde publicados por la Oficina en forma de libro.

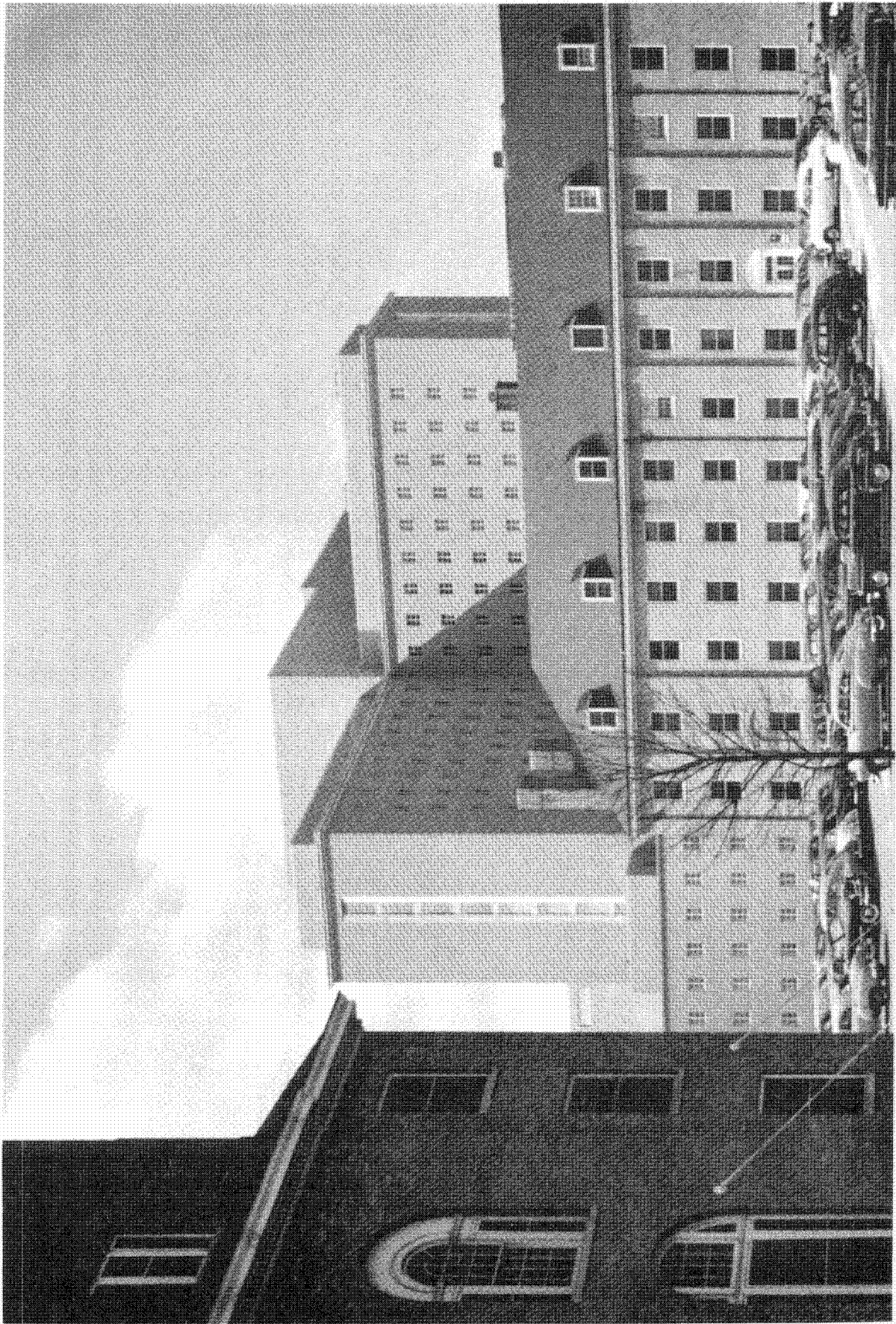
El Centro de Fiebre Aftosa, en las cercanías de Río de Janeiro, es un centro de adiestramiento e investigación para las Américas, financiado por la OEA/AT y el Ministerio de Agricultura del Brasil, y administrado por la Oficina. El Centro inició los cursos de adiestramiento internacional para técnicos en fiebre aftosa en 1953 y ha hecho importantes aportaciones científicas sobre adaptación del virus de la fiebre aftosa a huéspedes excepcionales, como un paso hacia el desarrollo de mejores vacunas.

La colaboración de la Oficina en la producción de vacuna contra la fiebre amarilla y en proporcionar servicios especiales para el diagnóstico de la fiebre amarilla en el Brasil, por medio del Instituto Oswaldo Cruz, y en Colombia, a través del Instituto Carlos Finlay, en beneficio de todos los Estados Miembros, ha resultado importante para salvar el vacío producido al retirarse la Fundación Rockefeller de este importante campo. El Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Ministerio de Sanidad del Brasil, ha continuado su colaboración con la Oficina en el programa de erradicación del mosquito *Aedes aegypti* de las Américas.

De diversas maneras, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y los Institutos Nacionales de Higiene han continuado colaborando en la labor de la Oficina. Hasta 1953, continuaron las donaciones especiales para el proyecto de oncocercosis en Guatemala. A partir de 1951, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos proporcionó también personal para el desarrollo de métodos de lucha contra la esquistosomiasis en el Brasil. En esos acuerdos la Oficina sufraga los gastos de viaje y subsistencia del personal, los suministros y proporciona los servicios administrativos.

Se ha desarrollado un tipo único de cooperación internacional con el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Los arreglos hechos permiten realizar trabajos que resultarían muy difíciles o imposibles de realizar individualmente por los Países Miembros. Estos son: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá.* El Gobierno de Guatemala proporciona los edificios y los demás países hacen aportaciones financieras. La Fundación W. K. Kellogg contribuye proporcionando equipo y becas, y la Oficina ha destinado al Instituto a tres miembros del personal, uno de los cuales es el Director del Instituto. Asociada al trabajo del Instituto existe una unidad de nutrición en cada uno de los Países Miembros. Durante los últimos años, se ha efectuado un cambio en la administración como resultado del Protocolo de Tegucigalpa (1949) y el Convenio Básico de 1953. De conformidad con el Convenio Básico, la Oficina continuará encargada de la administración del INCAP "así como de la coordinación y ejecución de sus programas y actividades."

*En 1954, Nicaragua ha pasado a ser Miembro del INCAP.



Institutos Nacionales de Higiene, Bethesda, Maryland. Centro Clínico con edificios adyacentes en primer plano, para investigación sobre radiaciones y enfermedades dentales e infecciosas.

V CUERPOS DIRECTIVOS

Los Cuerpos directivos de la Organización Sanitaria Panamericana se han reunido con regularidad durante los últimos cuatro años. En 1950, se celebró la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, y en 1950, 1951, 1952 y 1953, se celebraron las reuniones IV, V, VI y VII respectivamente, del Consejo Directivo. Durante el mismo período el Comité Ejecutivo del Consejo Directivo celebró doce reuniones: de la 10a. a la 21a. En Apéndices I, II y III aparece la representación que integra las reuniones del Consejo Directivo y del Comité Ejecutivo. Los representantes de la República Dominicana, Ecuador y Haití fueron elegidos por primera vez miembros del Comité Ejecutivo durante este período, y fueron reelectos Argentina, Chile, Brasil, México y los Estados Unidos. El Primer Congreso Interamericano de Higiene se celebró en 1952.

Asistieron a la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana (Ciudad Trujillo, 1950) representantes de las 21 Repúblicas Americanas, Francia, los Países Bajos y el Reino Unido. También se encontraban presentes numerosos observadores de organismos especializados, fundaciones y asociaciones profesionales. El Director de la Oficina fué nombrado de nuevo por otro período de cuatro años y se autorizó al Consejo Directivo a aprobar el programa anual y presupuesto para el segundo año siguiente a cada una de sus reuniones. Sin embargo, el Consejo en 1951, 1952 y 1953 no procedió en esa forma. La Conferencia recomendó que los Estados Miembros faciliten el trabajo sanitario internacional por medio de oficinas especiales en los Ministerios de Sanidad, encargadas de tratar con las organizaciones internacionales. Se estudió la necesidad de coordinar las actividades sanitarias internacionales y se hicieron recomendaciones de carácter general. El Consejo Directivo en 1953 trató de nuevo este problema y manifestó su convicción de que los programas de salud pública internacionales en las Américas deben concentrarse en la Organización Sanitaria Panamericana que ha sido creada especialmente para ese propósito.

La Conferencia consideró los principios fundamentales de la sanidad panamericana y la necesidad de fortalecer los servicios de adiestramiento en salud pública en la América Latina. La Conferencia recomendó también a los Estados Miembros el empleo a tiempo completo de personal de salud pública en los departamentos nacionales de sanidad. La Conferencia examinó el Proyecto de Reglamento de la OMS, que disponía la abrogación del Código Sanitario Panamericano (La Habana, 1924), como un medio de facilitar la unificación de los reglamentos sanitarios de todo el mundo. Teniendo en cuenta que el Código es el tratado fundamental ratificado por las 21 Repúblicas Americanas, con arreglo al cual funcionan la Oficina y la Conferencia, esta última autorizó al Director que negociase con la OMS algún otro procedimiento que fuese adecuado. Se encontró la solución a este problema mediante la abrogación de ciertos artículos técnicos del Código. Esta se hizo por los signatarios del Código en un protocolo firmado en La Habana en 1952.

La XIII Conferencia también adoptó resoluciones relativas a importantes enfermedades, como la viruela, a cuya erradicación se dió una alta prioridad. El Consejo Directivo en 1952 votó una suma de \$75,000 para un programa de erradicación de la viruela y recomendó que en los años futuros se le asignase una suma tal que asegure la continuidad del trabajo. Otras resoluciones se referían a la elección de un lugar permanente para sede de la Oficina y a los preparativos para la celebración del cincuentenario de la fundación de la Oficina. La Conferencia de 1950 decidió que la sede permanente de la Oficina debía estar en los Estados Unidos y con la ayuda de los préstamos sin intereses, hechos por la Fundación Rockefeller y la Fundación W. K. Kellogg, se adquirieron en 1951 edificios provisionales para la Oficina en Washington. Un subcomité del Comité Ejecutivo prestó valiosos servicios al Director en relación con los trámites de compra y las modificaciones de los edificios. La importancia de la adquisición de edificios más adecuados no puede ser puesta de relieve en todo su valor.

El Primer Congreso Interamericano de Higiene reunido en La Habana en 1952, no solamente celebró el cincuentenario de la Oficina sino que rindió tributo a la memoria de Carlos J. Finlay por su contribución sobresaliente al conocimiento de la transmisión de la fiebre amarilla por el mosquito. El Gobierno de Cuba, con la cooperación de la Oficina, organizó la Conferencia a la que asistieron 250 personas aproximadamente, entre ellas los representantes de muchos gobiernos e instituciones. Los temas considerados por el Congreso fueron la



Instituto Finlay, La Habana, Cuba.

organización e integración de los servicios de salud pública, el saneamiento rural y el adelanto en el tratamiento y control de las enfermedades. Se efectuaron diferentes symposium de fiebre amarilla, educación de salud pública, zoonosis, tuberculosis e higiene maternoinfantil. Se celebraron también debates de mesa redonda sobre bilharziasis, oncocercosis, enfermedad de Chagas y malaria. El Congreso constituyó una adecuada celebración del aniversario y un digno tributo a Carlos J. Finlay. Después, los trabajos científicos presentados al Congreso y otros informes fueron publicados por el Gobierno de Cuba en un volumen titulado "Memoria del Primer Congreso Interamericano de Higiene".

En la Reunión del Consejo Directivo en 1951 se aprobaron importantes resoluciones; algunas relacionadas con la administración de la Oficina. Se adoptaron reglamentos financieros y de personal semejantes a los de la OMS a fin de facilitar la administración interna.

En 1951, el Consejo Directivo estableció las condiciones para la participación de conformidad con el Artículo 2 de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, de los representantes de territorios no autónomos, en las reuniones de las autoridades directivas de la organización. El Consejo autorizó también al Director a negociar que se efectuaran pagos adecuados a nombre de los territorios interesados. Se comenzó el pago para los territorios franceses en el año 1950, para los territorios holandeses en el año 1951 y para los territorios del Reino Unido en 1953. Con la solución de este problema de participación, las principales dificultades para el cumplimiento del Acuerdo entre la OMS y la Organización Sanitaria Panamericana quedaron satisfactoriamente resueltas. En esta forma, los territorios que no han alcanzado aún independencia pueden participar en las reuniones de la Organización Sanitaria Panamericana con plenos derechos en la discusión de todas las materias técnicas.

El Consejo Directivo (1950) recomendó que la XIII Conferencia estudiara la revisión de la Constitución. La Conferencia trasladó el asunto al Comité Ejecutivo y al Consejo Directivo, habiéndose nombrado un comité especial que realizó cuidadosos estudios sobre la materia. Todos los Estados Miembros han tenido la oportunidad de participar en las reuniones de este Comité. Los resultados de estos estudios serán sometidos a la consideración de la XIV Conferencia (1954).

En 1951, después de discutir una sugestión hecha por el Consejo Ejecutivo de la OMS, se aprobó la celebración de discusiones técnicas durante las reuniones del Consejo Directivo. A este efecto, debe mencionarse que la XIII Conferencia había decidido suspender la práctica de celebrar reuniones periódicas de los directores nacionales de sanidad. Se tomó esta decisión en vista de que la Constitución disponía la celebración de reuniones anuales del Consejo y reuniones ordinarias de la Conferencia, y también debido a que la Oficina tiene a su cargo el deber de asegurar una adecuada difusión de la información relativa a la salud pública. Las discusiones técnicas, por lo tanto, han llenado cualquier vacío que pudiera haber quedado al suspenderse las reuniones de los directores nacionales de sanidad.

La XIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1950) tomó nota del Artículo 105 de la Carta de la Organización de los Estados Americanos y autorizó al Director a negociar convenios con los Estados Miembros relativos a privilegios e inmunidades. Después, se negociaron convenios con los Gobiernos de Argentina (1951), Brasil (1951), Costa Rica (1952), Guatemala (1951), México (1952) y Panamá (1952). Estos convenios abarcan la inviolabilidad de las oficinas y archivos de la Oficina, la franquicia postal, las exenciones de aduana y otras materias relacionadas con el funcionamiento de una oficina internacional. Estos convenios son importantes para las labores diarias de la Oficina y para facilitar el movimiento del personal de plantilla de la Oficina de un lugar a otro de destino. Los convenios con Argentina, Brasil, Guatemala y México incluyen las actividades de las Oficinas de Zona.

La Convención sobre Privilegios e Inmunidades de los organismos especializados, de las Naciones Unidas (1947) cuyo Anexo VIII trata específicamente de la OMS, ha sido aceptada por los siguientes miembros: Chile, 1951; Ecuador, 1953; Guatemala, 1951; y Haití, 1952; y por los Países Bajos, 1948 y el Reino Unido, 1949. Según los términos de este Convenio se facilitan los trámites de viaje y las cortesías que normalmente se otorgan a las misiones diplomáticas se extienden a los miembros del personal.

Los Estados Unidos no forman parte de la Convención relativa a los Organismos Especializados, pero la OSP y la OMS gozan de los privilegios esenciales, excepto de la exención del pago del impuesto sobre los sueldos del personal, de conformidad con la actual legislación, Ley Pública 291 del 79º Congreso, 1945.

La Oficina, en su carácter de Oficina Regional de la OMS, ha negociado acuerdos con los Gobiernos a fin de amparar la ejecución de los programas financiados con fondos ordinarios de la OMS y NU/AT. Estos acuerdos deben distinguirse de los acuerdos sobre programas que tratan de los detalles de los programas individuales. Los Estados Miembros con los cuales se han firmado acuerdos básicos, así como los fondos con cuya inversión están relacionados los acuerdos, figuran en la Tabla 1.

El acuerdo firmado con Colombia en octubre de 1951 resultó excepcional debido a que ni en aquella fecha ni después se ha incorporado Colombia a la OMS. El acuerdo declaraba sencillamente que los términos del anterior relativo al Programa Ampliado de Asistencia Técnica se aplicarían también a los programas de la OMS financiados con fondos ordinarios.

TABLA 1

Tipos de Acuerdos básicos firmados por los Miembros
de la Organización Sanitaria Panamericana con las
fechas de la segunda firma

Miembro	Programa Fondo a cargo	Organizaciones que negociaron los Acuerdos	Fecha de la segunda firma
Bolivia	OMS y AT	OMS	Octubre 1951
Brasil	OMS y AT	OMS	Febrero 1954
Chile	OMS y AT	OMS	Noviembre 1952
Colombia	OMS AT	OMS NU	Octubre 1951 Noviembre 1950
Costa Rica	OMS y AT	OMS	Junio 1952
Cuba	AT	NU	Junio 1952
República Dominicana	OMS y AT	OMS	Octubre 1952
Ecuador	OMS y AT	OMS	Octubre 1951
El Salvador	OMS AT	OMS NU	Agosto 1950 Febrero 1951
Guatemala	OMS y AT	OMS	Diciembre 1951
Haití	OMS AT	OMS NU	Junio 1950 Enero 1952
Honduras	OMS AT	OMS NU	Abril 1951 Diciembre 1952
Nicaragua	OMS AT	OMS NU	Enero 1951 Diciembre 1952
Panamá	OMS y AT	OMS	Noviembre 1951
Paraguay	OMS	OMS	Marzo 1951
Perú	OMS	OMS	Noviembre 1950
Uruguay	OMS y AT	OMS	Enero 1952
Venezuela	OMS	OMS	Abril 1951

Administración Internacional.

Durante el período que examinamos se han exagerado de manera inusitada las complejidades que normalmente se encuentran en el trabajo de una organización internacional. La Oficina está asociada a un número de organizaciones, que durante ese período emprendieron un volumen mayor de trabajo y que además experimentaron modificaciones continuas como resultado de su evolución administrativa interna.

Debido a las relaciones especiales entre la Organización Sanitaria Panamericana y la OMS, la Oficina administraba actividades financiadas por el presupuesto ordinario de la OMS y otras actividades financiadas con fondos de la Asistencia Técnica de las Naciones Unidas. Por el mismo motivo, ha estado interesada en el trabajo del UNICEF. En razón de las relaciones que existen entre la Oficina y la Organización de los Estados Americanos, la primera ha estado también interesada en los fondos de la Asistencia Técnica de la Organización de Estados Americanos. Se hicieron arreglos especiales para la administración del INCAP, así como para la administración de donaciones especiales. Las principales relaciones y los canales más bien complicados que siguen los fondos, pueden verse en el gráfico No. 1.

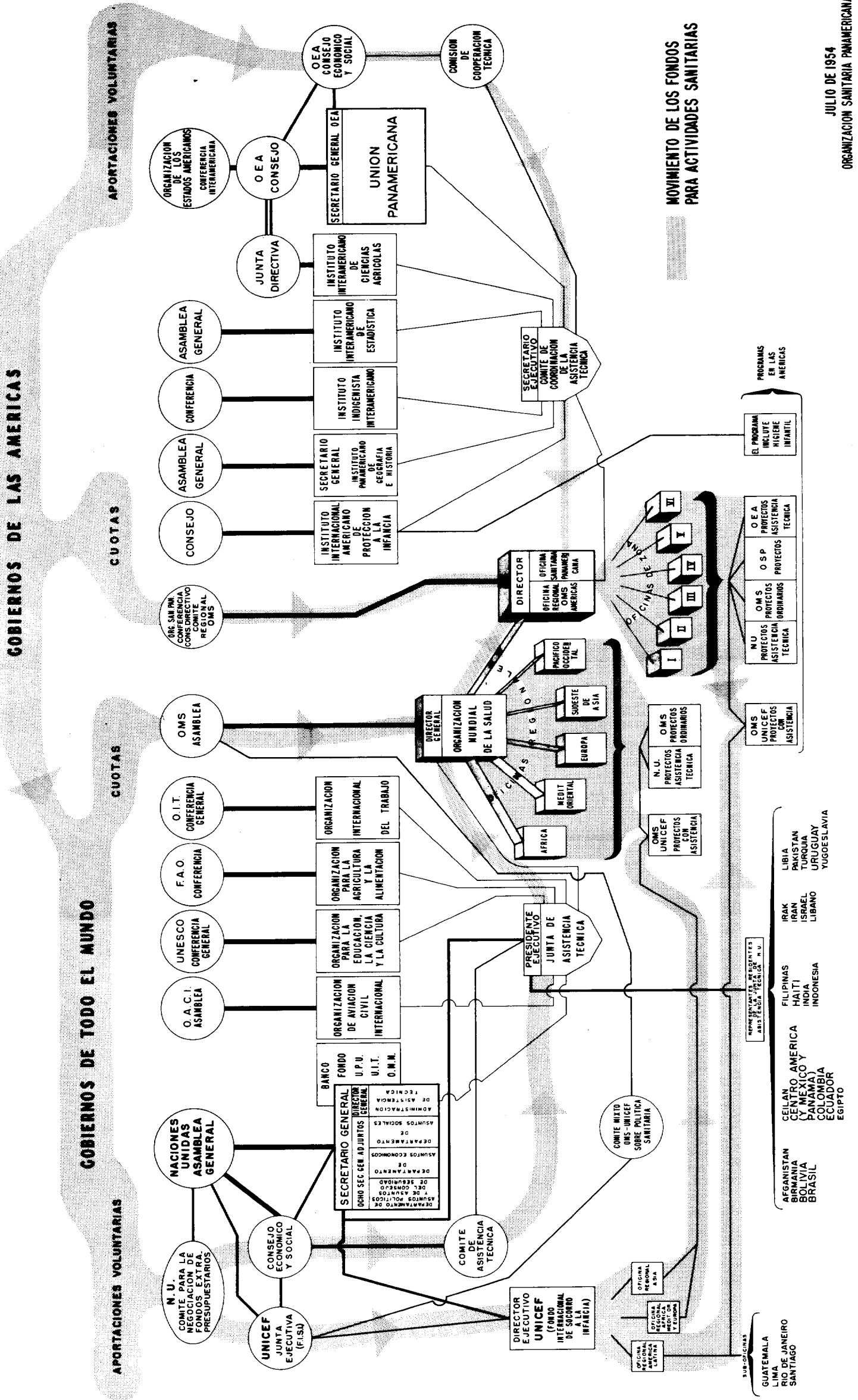
Muchas de las organizaciones con las cuales ha estado asociada la Oficina se formaron inmediatamente antes del período cuatrienal que examinamos. Contando con una experiencia de pocos años se hicieron numerosos cambios administrativos y muchas de las organizaciones se interesaron en nuevas actividades. Durante este período de cuatro años aumentaron los fondos del presupuesto ordinario de la OMS y se produjo una amplia variación y considerable incertidumbre en los fondos de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas dedicados a proyectos. También se contó durante este período con los fondos de Asistencia Técnica de la Organización de los Estados Americanos, administrados por la Oficina. E igualmente, durante ese período aumentó considerablemente el presupuesto del UNICEF. Los estatutos y reglamentos de todas esas organizaciones asociadas difieren algo entre sí. Ya se ha informado de que la Oficina adoptó reglamentos, de personal y financiero, semejantes a los de la OMS y de las Naciones Unidas. Las fechas de preparación del presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana y de la OMS difieren en un año, mientras que la del UNICEF es semejante a la de la Organización Sanitaria Panamericana. En menor grado la Oficina ha experimentado dificultades en relación con el uso de diferentes monedas corrientes. También ha habido de nuevo diferencias, según el tipo de fondos afectados, en los arreglos locales para acomodar al personal y en el pago de los subsidios. Durante este período de cambios constantes que daban lugar a la vez a movimientos de expansión y de contracción, la Oficina ha ido formando un personal que al principio del cuatrienio se componía solamente de un pequeño grupo de gente experimentada en la organización de las actividades de sanidad internacional.

Además de todos estos aspectos, en cierto modo excepcionales, ha habido lo que podría describirse como dificultades normales inherentes a una labor internacional. Estas dificultades derivan de la diversidad de idiomas que se hablan en los distintos países, de los diferentes tipos culturales y formas de gobierno, de los distintos sistemas de administración pública y de los aspectos muy diferentes de la enfermedad a los que ha tenido que hacer frente el personal de la Oficina. El adiestramiento de personal para desempeñar sus funciones en un campo tan complejo, no es algo que pueda hacerse de una manera inmediata. Sin embargo, se han realizado progresos. Se idearon métodos administrativos que permitieron a la Oficina resolver los millares de problemas que se le presentaron en ese tiempo y, en resumen, puede decirse que durante ese período de notable crecimiento y experimentación, se establecieron buenas bases para un avance y expansión continuos.

Evolución Orgánica, 1950-1953.

En 1950, la labor de la Oficina se llevaba a cabo por medio de la Oficina principal de Washington, de dos Oficinas de Zona (Guatemala y Lima) y de tres Oficinas de Campo (El Paso, Kingston y Río de Janeiro). Esta descentralización parcial resultó difícil, pero

CANALES QUE SIGUEN LOS FONDOS DE LOS GOBIERNOS DE LAS AMERICAS A TRAVES DE LAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES



JULIO DE 1954
ORGANIZACION SANITARIA PANAMERICANA

inevitable en el período de transición. En 1951, se organizaron Oficinas de Zona en Buenos Aires y en Río de Janeiro, y en 1952, se estableció oficialmente la última en la ciudad de México. La descentralización de proyectos y actividades transferidos a las Oficinas de Zona y de campo, ha permitido modificaciones en la Oficina Central, especialmente en las Divisiones de Salud Pública y Administración, que anteriormente tenían a su cargo la supervisión y detallada administración, a distancia. También la División de Educación y Adiestramiento se ha beneficiado al encargarse las Oficinas de Zona de desarrollar los programas de becas dentro de cada país.

En 1950, la Oficina Central comprendía la Oficina del Director y las Divisiones de Salud Pública, de Educación, Servicios de Adiestramiento y Técnicos Generales y Servicios Médicos Administrativos. A fines de 1953, la estructura era esencialmente la misma, pero se cambió el nombre a dos de las Divisiones, la División de Educación y Adiestramiento y la División de Administración. (Véanse Apéndices IV y V). Un desenvolvimiento orgánico importante fué la creación, a principios de 1952, de la Oficina de Coordinación. Esta oficina es el centro encargado de la recopilación y distribución de información en todas las fases de los proyectos de campo con los cuales está asociada la Oficina, cualquiera que sea la procedencia de los fondos con que están financiados.

La División de Salud Pública, que hasta 1950 tenía a su cargo gran parte del trabajo administrativo relativo a los proyectos de campo, ha sido relevada de esta obligación al transferirse las funciones administrativas a la División de Administración y a las Oficinas de Zona. La División de Salud Pública se compone ahora de tres servicios: Fomento de la Salud, Saneamiento del Medio y Enfermedades Transmisibles, que reemplazan a la docena de secciones especiales anteriores. Esto permite una mayor flexibilidad y economía.

Estos cambios en la Oficina Central, dieron lugar, al mismo tiempo, a cambios en las Oficinas de Zonas. Estas, en muchos aspectos, son una copia en miniatura de lo que era la Oficina Central antes de la descentralización. La administración ordinaria de los programas de zona está a cargo del funcionario de Zona, quien informa directamente al Director de la Oficina. La supervisión técnica de los programas existentes y los estudios relacionados con la preparación de los nuevos proyectos se llevan a cabo entre los Gobiernos interesados y la Oficina de Zona. La relación entre los Jefes de División de la Oficina Central y los funcionarios de Zona, es en gran parte de carácter consultivo o, especialmente en el caso de la División de Administración, de prestación de servicios a las Oficinas de Zona.

La División de Educación y Adiestramiento, que en 1950 funcionó solamente como Servicio de Becas y Adiestramiento Técnico, se organizó oficialmente en 1952 con dos servicios: Becas y Educación Profesional.

La División de Administración en 1950 se encargó de la organización del presupuesto, administración fiscal, asuntos de personal y adquisición y conservación de edificios y terrenos. Después se reforzó la estructura de la División con la creación de dos servicios, uno para Presupuesto y Finanzas, y otro para Gestión Administrativa y Personal.

El procedimiento para la preparación y presentación del presupuesto anual de la Oficina se mejoró en el período de 1950 a 1953. En 1950, el procedimiento presupuestario requería que el Director preparara un proyecto inicial de presupuesto para su presentación en la reunión de primavera del Comité Ejecutivo. Este proyecto de presupuesto, modificado por el Comité Ejecutivo, se preparaba entonces para presentarlo al Consejo Directivo. Desde 1952, el proyecto del Director se presenta al Consejo Directivo junto con las observaciones y sugerencias del Comité Ejecutivo. Esta modificación elimina la costosa y complicada labor que representa la preparación de un segundo documento presupuestario. Los presupuestos actuales proporcionan una información completa sobre todos los fondos previstos y los programas en que participa la Oficina.

El presupuesto de la OMS para las Américas, como para otras regiones, se prepara y discute por el Consejo Directivo en el año anterior a su examen por la Asamblea Mundial de la Salud. Así, pues, el presupuesto de la OMS debe estar preparado para su presentación al Consejo Directivo un año antes que el presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana. Desde 1951, se prepara un resumen anticipado del presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana, junto con el presupuesto de la OMS, con la esperanza de que el Consejo tome medidas sobre ambos presupuestos, de la OMS y de la Organización Sanitaria Panamericana, para el mismo año a la vez, según lo autorizó la XIII Conferencia.

Un estudio de la Tabla 2* pone de manifiesto que los presupuestos anuales de la Organización Sanitaria Panamericana no han aumentado de modo considerable desde 1950 y que se encuentran virtualmente paralizados desde 1951.

TABLA 2

Estado Comparativo de las Cuotas, Cuotas Percibidas y Gastos Anuales
junto con los Gastos de la OMS, 1950-1953 y Cuotas para 1954

Año	ORGANIZACION SANITARIA PANAMERICANA			OMS
	Cuotas de los Estados Miembros	Cuotas Percibidas	Gastos	
1950	\$1,742,035.00	\$1,378,971.51	\$1,541,823.61	\$ 569,012.48
1951	\$1,943,681.00	\$1,748,627.50	\$1,697,262.51	\$ 643,372.47
1952	\$1,943,681.00	\$1,628,730.02	\$1,749,738.41	\$ 914,618.51
1953	\$2,000,000.00	\$1,743,701.62	\$1,924,110.47	\$1,001,136.71
1954	\$2,000,000.00	-----	-----	\$1,112,261.00

No solamente no ha aumentado el presupuesto, sino que los fondos se han recibido de manera muy irregular y atrasada. Por esta razón, hasta 1953 no resultó financieramente conveniente llevar los gastos al nivel del presupuesto de 1951. No fué el pago puntual de las cuotas correspondientes a 1953 lo que hizo posible los desembolsos de 1953, sino el que se recibieron ese año cuotas correspondientes a años anteriores. Mientras exista demora en el pago de las cuotas o lo que es peor, falta de pago, será necesario cada año eliminar del programa algunas de las actividades previamente aprobadas por el Consejo contando con que se dispondría de los fondos necesarios para ellas. Aunque la demora en los pagos ha creado una situación muy grave, recientemente se ha observado una ligera mejoría.

La necesidad de crear un fondo de reserva se reconoció ya en 1947. En 1950, la XIII Conferencia autorizó concretamente la integración de los fondos no invertidos en el Fondo de Trabajo. En 1952, se calcularon las necesidades para el comienzo del año fiscal a un nivel aproximado al 60 por ciento del presupuesto anual.

En 1950, como en años anteriores, revisó las cuentas de la Oficina una empresa comercial. Desde 1951, las cuentas de la Organización Sanitaria Panamericana han sido examinadas por el Auditor Externo de la OMS.

Con anterioridad a 1949, el estatuto y reglamento del personal de la OSP seguía muy de cerca los de la Unión Panamericana. A partir de 1949, cuando entró en vigor el acuerdo entre la Organización Sanitaria Panamericana y la OMS, forzosamente se adoptaron el estatuto y reglamento de la OMS con frecuentes revisiones, pero con pocas y pequeñas modificaciones. El estatuto y reglamento de la OMS son semejantes a los de las Naciones Unidas.

En 1951, también se redactó el plan de sueldos, subsidios y licencias de la OMS. En este plan todos los puestos están clasificados como adecuados para cubrirlos con personal internacional o con personal local. Para el primer grupo se fija un sueldo uniforme que se aplica en todo el mundo para los puestos que requieren el mismo grado de responsabilidad y tienen deberes semejantes, independientemente de su situación geográfica.

*Se han incluido, con carácter informativo, las cifras de los fondos ordinarios de la OMS, pero se han excluido los fondos de Asistencia Técnica, puesto que los mismos no se encuentran disponibles para el desarrollo de programas a largo término.

En 1950, el personal de la Oficina participó en el Fondo de Jubilaciones y Pensiones de la Unión Panamericana y a partir de enero de 1951, tuvo derecho a participar en la Caja Común de Pensiones de los empleados de las Naciones Unidas o en el Fondo de Previsión de la Oficina Sanitaria Panamericana.

La contratación de personal, de ambos sexos, competente para las actividades de los programas de sanidad internacional continuó siendo un problema durante el período a que nos referimos. En 1953, se agravó la situación debido a que la ampliación de los programas sanitarios nacionales exigía cada vez más personal y a las demoras inherentes a las investigaciones de lealtad de los ciudadanos de los Estados Unidos impuestas por su Gobierno.

A fines de 1953, la OSP/OMS contaba con una plantilla de 400 empleados, lo que representa un aumento de 28.7 por ciento sobre el número de empleados, 309 que había en abril de 1950. En diciembre de 1952, el personal contó con el mayor número de empleados, 427, en la historia de la OSP/OMS y esta cifra excede en un 7 por ciento el número de empleados en 1953. El número total de empleados, 400, en diciembre de 1953, incluía 196 en la Oficina Central y 204 en el campo. Esta proporción de 49% en Washington y 51% en el campo representó un cambio gradual de la proporción 50 a 50 en 1952 y de 52 a 48 que existía en 1950. Del total de 400 empleados en diciembre 1953, 218 figuraban en la nómina de la Oficina, 129 eran pagados por la OMS (65 Presupuesto ordinario y 64 NU/AT) y de los 53 pagados con otros fondos, 28 correspondían al proyecto de aftosa y 25 al proyecto de INCAP.

La composición del personal OSP/OMS en 31 de diciembre 1953, según su nacionalidad, puede verse en la Tabla 3.

TABLA 3

Nacionalidad del Personal

País	Número	País	Número
*Argentina	14	India	1
Bolivia	3	Islandia	1
*Brasil	46	Italia	1
Canadá	11	*México	25
Colombia	16	Nicaragua	2
Costa Rica	4	Noruega	2
Cuba	14	Nueva Zelandia	1
Checoslovaquia	1	Países Bajos	1
Chile	14	Panamá	4
Dinamarca	1	Paraguay	1
Ecuador	7	*Perú	22
El Salvador	4	Reino Unido y	
España	7	Dependencias	17
Estados Unidos	138	República Dominicana	2
Francia	2	Uruguay	2
Grecia	1	Venezuela	1
*Guatemala	30	Sin nacionalidad	1
Haití	1		
Honduras	2		

*Oficinas principales situadas en esos países.

Como las actividades de la Oficina se han extendido, las propiedades han aumentado y están valoradas actualmente en \$500,000. La propiedad principal, desde luego, la representan los edificios de la sede, adquiridos por la cantidad de \$300,000. Las mejoras y adaptación para uso de oficinas, unido al alza de precio de los bienes raíces, ha elevado considerablemente el valor de esos edificios.

Una importante función administrativa de la Oficina consiste en gestionar la compra y embarque de materiales y equipos para los programas de campo y para los servicios de sanidad de los Gobiernos Miembros. Ya en 1948, las peticiones de los Gobiernos relativas a precios y ayuda para la adquisición de materiales demostraron la necesidad de una unidad de gestión de compras. Esta se creó en 1949. Además de satisfacer las solicitudes ordinarias, la Oficina ha servido de intermediario oficial en la compra y embarque al extranjero de isótopos radioactivos. Al estallar la guerra de Corea las restricciones a la exportación de insecticidas y otros materiales causaron graves dificultades en muchos programas sanitarios. La Oficina consiguió un permiso de exportación abierto (blanket export permit) para suministros sanitarios y en 1951 y 1952 adquirió grandes cantidades de insecticidas para su embarque al extranjero.

En 1952, se creó una unidad en la División de Administración expresamente encargada de examinar la organización y métodos de trabajo de la Oficina. Aunque anteriormente se habían efectuado algunos estudios de eficiencia, la nueva unidad prestó una continuidad de esfuerzo que anteriormente no resultaba posible.

De un modo sistemático se trató de registrar las prácticas y procedimientos de la Oficina, que a fines de 1953 se había realizado en la mayor parte de las actividades administrativas. Se hizo también un estudio de la división de responsabilidades y asignación de funciones, de modo que el programa de trabajo pudiera cumplir adecuadamente los requisitos de la Oficina que para fines de 1953 parecían haber logrado un alto grado de estabilidad. El funcionamiento más eficaz y económico de la Oficina fué en gran parte resultado del trabajo en grupo del personal técnico y administrativo.

Se introdujeron modificaciones en la estructura, procedimientos y prácticas de las unidades de la oficina del Secretario General, en la División de Educación y Adiestramiento y en la División de Administración. En esta última, una continuada experiencia permitió, sin dificultad, la transferencia de funciones a las Oficinas de Zona y a pesar de la ampliación de las actividades se pudo hacer una reducción del 23 por ciento del personal.

Actividades editoriales

La Oficina edita dos publicaciones periódicas: el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana y la edición española de la Crónica de la Organización Mundial de la Salud. También tiene otros tres grupos de publicaciones científicas, documentos oficiales y publicaciones varias, respectivamente.

La publicación mensual "Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana" apareció por primera vez en 1922. Refleja las normas y orientaciones de los cuerpos directivos de la Organización Sanitaria Panamericana, relativas al programa de la Oficina, así como el estado de la salud pública en las Américas. Publica artículos originales en español, inglés, portugués o francés, acompañados, por lo general, de un resumen en un idioma distinto del utilizado en el trabajo original. El Boletín publica asimismo datos sobre el progreso de la campaña de erradicación del Aedes aegypti, contestaciones a consultas formuladas sobre materias de salud pública y contiene resúmenes analíticos de la literatura médica y de salud pública, así como información general. A partir de febrero de 1949, el Boletín ha publicado una sección especial de enfermería, y en enero de 1951 y abril de 1954 se añadieron nuevas secciones de nutrición y de educación y adiestramiento respectivamente. El primer Suplemento al Boletín, publicado en noviembre de 1953, se tituló "Publicaciones Científicas del Instituto de Centro América y Panamá".

La Crónica de la OMS, que aparece mensualmente en Ginebra en inglés y en francés, con información procedente de todas partes del mundo, se publica por la Oficina en español. La Oficina tiene asimismo a su cargo el grupo de publicaciones especiales, que incluye las de carácter no periódico, tales como las actas e informes finales de las reuniones de la Organización Sanitaria Panamericana y los informes de otras reuniones internacionales en las que participa la Oficina o se celebran bajo sus auspicios. También se publican libros y folletos (textos originales o traducciones), ediciones españolas de algunos números de la Serie de Informes Técnicos de la OMS, y monografías. Cabe citar, como ejemplo, el folleto "El Control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre", preparado por la Asociación Americana de Salud Pública y publicado por la Oficina en español y portugués con

autorización de la misma. Un Comité de revisión de la referida Asociación en colaboración con miembros del personal de la Oficina, se ocupa de mantener al día dicha publicación, de la que aparecen periódicamente ediciones revisadas.

En razón del aumento en el trabajo de publicaciones, la labor de distribución fué transferida en enero de 1953 de la Biblioteca a la Sección Editorial, en la que se estableció una unidad especial de distribución.

En los Apéndices VI y VII se resumen las actividades editoriales desarrolladas por la Oficina durante el período comprendido entre el primero de enero de 1950 y el 31 de diciembre de 1953.

Biblioteca

La Biblioteca de la Oficina cuenta con una valiosa y altamente especializada colección de libros, folletos técnicos y medicocientíficos, así como publicaciones periódicas y documentos relativos al trabajo de la Oficina. Los vastos objetivos de los programas de la Oficina y las nuevas actividades que se emprenden en las Américas se reflejan en el material adquirido por la Biblioteca en su esfuerzo por coordinar la colección con las actividades ampliadas de la Oficina.

Se envía al personal de la Oficina Central y a las Oficinas de Zona una lista semanal de las nuevas adquisiciones con el fin de informarles de las nuevas publicaciones y de permitirles pedir cualquier material que les interese. Además de prestar una ayuda directa al trabajo de la Oficina y de contestar preguntas, se pide frecuentemente a la Biblioteca que proporcione bibliografías completas sobre temas determinados. Otra de las funciones de la Biblioteca es la de elegir y enviar material en contestación a solicitudes de ciertos tipos de literatura médica. La Biblioteca también proporciona copias fotostáticas y microfilms de materiales de investigación no disponible en la América Latina. Durante los últimos cuatro años se han enviado 5,879 copias fotostáticas y 2,076 microfilms. La Biblioteca tuvo a su cargo la distribución de las publicaciones de la Oficina hasta 1952, en que se transfirió este trabajo a otras secciones de la Oficina.

Antes de trasladar la Oficina al nuevo edificio, se revisó la colección y se separaron los libros, folletos y periódicos que no tenían relación con el trabajo de la Oficina. Al hacer el traslado la antigua colección comprendía 2,970 libros, de los cuales se descartaron 1,043. Este material se distribuyó entre otras bibliotecas de las Américas. Los restantes 1,927 volúmenes se clasificaron y colocaron en las correspondientes estanterías. De este número se han catalogado 923 volúmenes. La Biblioteca también transmite tarjetas de catálogo a las Oficinas de Zona y a la Biblioteca de la OMS y prepara una lista mensual de adquisiciones para la sección de "Biblioteca" del Boletín.

Las actividades de la Biblioteca se resumen en el Apéndice VIII.

Información Pública

Los objetivos. — La Oficina prepara y distribuye por todas las Américas información sobre la labor y los objetivos de la Organización Sanitaria Panamericana y la OMS. La Oficina no ha emprendido campañas intensas y costosas de publicidad, pero con un pequeño personal y un presupuesto reducido, ha hecho un uso cada vez mayor de los organismos gubernamentales y no gubernamentales, sacando el más completo beneficio de todos los medios disponibles de publicidad.

Otras organizaciones como canales auxiliares de información. — Durante los últimos cuatro años las Naciones Unidas han colaborado estrechamente con la Oficina, ayudándola a difundir su información. En 1951, la Oficina Central de las Naciones Unidas en Nueva York, comenzó a hacer transmisiones radiofónicas semanales en español a la América Latina, sobre el trabajo de la OMS. Este programa se suspendió en 1953, pero las Naciones Unidas continúan haciendo transmisiones semanales a las que se incorpora la información sanitaria que proporciona la Oficina.

Los Centros de Información de las Naciones Unidas en este Hemisferio (Buenos Aires, México, Río de Janeiro, Santiago, Chile y Washington), brindan la mayor cooperación. Se



Algunas publicaciones de la Oficina.

han encargado de la distribución de grandes cantidades de comunicados de prensa de la Oficina, del Noticiero de la OMS, de folletos plegables y otros materiales de publicidad. Su ayuda ha sido de especial valor en la distribución de material de publicidad OSP/OMS en el Día Mundial de la Salud (7 de abril) y en el Día de las Naciones Unidas (24 de octubre). Durante los últimos cuatro años han aumentado considerablemente las secciones nacionales y locales de las Asociaciones de las Naciones Unidas en América Latina lo mismo que en Canadá y en los Estados Unidos. Esas asociaciones de ciudadanos animados de espíritu público han prestado valiosa ayuda al trabajo de la Oficina.

En 1953, se organizó el Comité Cívico Nacional pro OMS en los Estados Unidos, con oficina central en Nueva York y una activa sección local en San Francisco. El proporcionar literatura a este Comité para su distribución ha recargado ya hasta el límite los recursos disponibles. El Comité ha convenido en sufragar el costo de Noticieros, folletos plegables y otro material tan pronto como el número de sus miembros ascienda a un millar.

Debe observarse que en 1953 varias secciones de las Asociaciones pro Naciones Unidas en los Estados Unidos se mostraron dispuestas a sufragar el costo de folletos y cartones OSP/OMS que se distribuirían al público.

Además de los servicios prestados por esas asociaciones, varias organizaciones, escuelas, colegios, numerosas organizaciones cívicas, iglesias y grupos profesionales en el campo de la salud pública han llegado a ser útiles vías de difusión de información entre sus miembros y para el público en general.

Presupuesto de Información Pública. — En 1950 y 1951, se atendió a los gastos de información pública con el presupuesto de la Oficina del Director General o de Servicios Generales. En 1952, sin embargo, se introdujo una contabilidad más exacta de los costos, con un presupuesto claramente definido para información pública. En 1953, se utilizó el uno por ciento del presupuesto combinado OSP/OMS para fines de información pública. La mayor parte de esos fondos se invirtieron en la preparación y distribución de los Noticieros de la OMS.

Noticiero de la OMS. — Desde 1950, la Oficina ha traducido, impreso y distribuido las ediciones de español y portugués del Noticiero. La reproducción de la edición en inglés para su distribución a la región americana también se ha hecho en Washington, pero a partir de enero de 1954, la edición en inglés se hará en Ginebra y se remitirán globalmente los distintos números a esta Oficina para su distribución.

El Noticiero es una publicación popular y su distribución en los cuatro idiomas — inglés, español, portugués y francés — ha ido aumentando de una manera constante en esta región de 138,500 ejemplares en 1950 a 224,600 en 1953. Como esta última cifra representa el límite que permite el presupuesto del Noticiero, se está tratando de aumentar la distribución por cuenta de organizaciones como el Comité Cívico Nacional pro OMS. Ha sido imposible atender a muchas peticiones en gran escala hechas por escuelas, instituciones y grupos cívicos.

Comunicados de prensa. — La distribución de comunicados de prensa ha ido aumentando gradualmente durante los últimos cuatro años, de 106,820 ejemplares en 1950 a 173,000 en 1953. La lista de abonados a los comunicados en español ha triplicado, y en portugués ha quintuplicado. En América Latina la distribución incluye ahora prácticamente todos los periódicos diarios y estaciones de radio, un número de periódicos especializados, los departamentos nacionales de sanidad y las oficinas de campo de la Oficina. También se envía una pequeña cantidad de comunicados a los Centros de Información de las Naciones Unidas en México, Río de Janeiro, Buenos Aires y Santiago.

En los Estados Unidos y Canadá a lista es más restringida, aunque amplia, e incluye los principales periódicos, agencias de noticias y varias otras vías de publicidad. Los comunicados de la Oficina, incluidos los que emanan de Washington y de Ginebra, se envían a la Oficina Central de las Naciones Unidas en Nueva York, desde donde son reexpedidos a los corresponsales de la prensa mundial y utilizados en las transmisiones de radio de las NU.

Exposiciones. — Ha habido un notable desarrollo en las exposiciones durante el período de cuatro años. La primera exposición importante, la de la Conferencia del Medio Siglo, organizada en la Casa Blanca para la Juventud y la Niñez, en diciembre de 1950, fué preparada por una empresa comercial. Desde entonces, todas las exposiciones se han preparado y montado en la Oficina.

En los tres años últimos, la Oficina ha presentado exposiciones importantes en las reuniones anuales de la Asociación Americana de Salud Pública, en la Sexta Reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana y en el Primer Congreso Sanitario Panamericano, ambos celebrados en La Habana en 1952, en el Congreso de Pediatría, La Habana, 1953, y en una reunión en Washington en abril de 1953 que llevó adelante la organización del Comité Cívico Nacional pro OMS. Esta última exposición se ha colocado ahora permanentemente en el vestíbulo del edificio de la oficina central de las Naciones Unidas en Nueva York, donde la ve diariamente un promedio de tres mil personas que visitan el edificio durante los circuitos para turistas.

Las exposiciones portátiles recibidas de la Oficina Central de la OMS se han distribuido entre las Oficinas de Zona.

En razón de que las solicitudes de exposiciones han excedido los límites presupuestarios, se ha tratado con varios grupos cívicos sobre la posibilidad de que sufraguen el costo de las exposiciones suministradas por esta Oficina.

Fotografías. — La Oficina mantiene un archivo de fotografías, la mayoría de las cuales han sido facilitadas por la Oficina Central de la OMS y por las Naciones Unidas. Un fotógrafo del INCAP tomó unas excelentes fotografías que se están utilizando para presentar una imagen real de los trabajos sanitarios que se realizan en Ecuador, El Salvador y Perú.

Transmisiones por Radio y Televisión. — Ha aumentado de manera irregular, aunque considerable, el uso de la radio y de la televisión. Esta última se ha utilizado principalmente para la transmisión de noticias. Se han hecho numerosas transmisiones relacionadas con el Día Mundial de la Salud y el Día de las Naciones Unidas. En las transmisiones semanales de las Naciones Unidas se incluye información sobre la OMS en treinta idiomas aproximadamente, por onda corta, para su retransmisión por estaciones nacionales y locales. Las Naciones Unidas informan de que, como resultado de esas transmisiones, el volumen de correo recibido de América Latina durante los dos últimos años, en relación con la OMS, ha sido mayor que el de sus otros programas relativos a Organismos Especializados. Esta es una importante indicación del interés público en el campo de la sanidad. Se suministran a las Naciones Unidas grandes cantidades de publicaciones de la OMS para sus contestaciones corrientes y las preguntas más difíciles las contesta la Oficina.

Publicaciones de Carácter General. — Las solicitudes de publicaciones de todas clases han adquirido tales proporciones, que se ha hecho necesario cargar cierta suma cuando se trata de cantidad considerable de material. El aumento en la distribución de material (excluyendo el Noticiero y los comunicados de prensa) ha sido como sigue: de 38,000 unidades en 1950 a 56,803 en 1951, y de 95,000 en 1952 a 146,750 en 1953.

Día de la Salud Mundial y Día de las Naciones Unidas. — Cada celebración anual del Día Mundial de la Salud ha señalado un considerable aumento de interés en relación al año precedente y este Día se ha convertido ahora en una importante fiesta en un número de países Miembros de este Hemisferio. En muchos lugares se celebra durante toda la semana en que cae. Contribuyen a la celebración de este Día no sólo los departamentos de sanidad y los altos funcionarios sanitarios de muchos de los Países Miembros, sino que las escuelas públicas patrocinan actos públicos y toman parte en ellos. En los Estados Unidos el Servicio de Salud Pública también los promueve ampliamente y las organizaciones cívicas toman una parte cada vez más importante en procurar el éxito de estos actos.

El Día de las Naciones Unidas ha contribuido a aumentar la publicidad de las actividades y programas de la Organización Sanitaria Panamericana y de la OMS. Una buena cantidad del material se distribuye por medio de las Asociaciones pro Naciones Unidas, especialmente en los Estados Unidos y el Canadá. En los Estados Unidos el desarrollo de los Comités Cívicos Nacionales para el Día de las Naciones Unidas (no relacionados directamente con la Asociación pro NU), ha dado lugar a una considerable solicitud de publicaciones y ayuda de otro género. Una práctica alentadora de las Asociaciones pro NU es que han comenzado a sugerir la compra a esta Oficina de cantidades importantes de material de publicidad de la OMS, cartelones y exposiciones sencillas para dicha ocasión.

Películas. — La Oficina colaboró en la producción de películas por otras organizaciones y en colaboración con la Oficina, el Departamento de Información de las Naciones Unidas hizo tres películas para su "Screen Magazine". Estas trataban del control de la rabia a lo largo de la frontera mexicana; del control de la esquistosomiasis en el Brasil; y

la tercera "La Enfermera Rural", era la historia de una moderna y bien preparada enfermera de salud pública que trabaja en El Salvador.

La Oficina Central de la OMS proporcionó a la Oficina copias de las películas "Por Tierras de la India", historia dramática del control de la malaria en el norte de la India, y "La Batalla contra el Paludismo" que muestra el control de la malaria en Tailandia. Esta última se hizo en colaboración con el Departamento de Estado de los Estados Unidos y la UNESCO. Hay una gran demanda de estas dos películas y se han cubierto todos los turnos posibles. Se han usado principalmente en los Estados Unidos donde se han proyectado en conferencias, escuelas y otros lugares.

VII EDUCACION Y ADIESTRAMIENTO

El interés de la Organización Sanitaria Panamericana en el problema de la educación recibió un fuerte impulso al comienzo de este cuatrienio en virtud de la Resolución XIV de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana que reconoce la necesidad e importancia de la labor de formación concreta y encomienda a la Oficina que promueva el adiestramiento de personal profesional y auxiliar para las actividades sanitarias, y el desarrollo de centros regionales de adiestramiento con este propósito. Esta resolución fue reforzada por otra del Consejo Directivo en 1952, que clasificaba la preparación de personal como una de las más altas prioridades del trabajo de la Organización.

Durante el período de cuatro años la preparación de personal se ha desarrollado en dos fases diferentes. En la primera, hasta junio de 1952, la mayor actividad corresponde al programa de becas, aunque se emprendieron ciertos proyectos específicos de adiestramiento en ramas de interés especial, como la enfermería. El programa de becas se basaba ampliamente en la asignación de determinados fondos a los países, dependiendo la elección de candidatos, en gran parte, de los solicitantes disponibles en una variedad de actividades.

En la segunda fase, que comenzó en junio de 1952, se creó la División de Educación y Adiestramiento como entidad separada y con su propio personal. Se ampliaron considerablemente los programas de campo relativos a educación y se lograron señalados avances en la coordinación de actividades con otros organismos. El volumen del programa de becas aumentó de manera apreciable y se orientó hacia una correlación más estrecha con las necesidades sanitarias y los programas específicos de los países. Se prestó colaboración a los países ayudándolos a organizar escuelas y cursos y tratando de desarrollar las posibilidades de adiestramiento en el trabajo. Se facilitó personal y material de enseñanza, servicios de asesoramiento en materia de planes de estudio, organización de seminarios y conferencias sobre temas determinados, se designaron temporalmente asesores internacionales durante el período en que el personal docente nacional recibe adiestramiento especial fuera del país, y se concedieron becas con este fin así como para reforzar directamente los servicios de sanidad y los programas de campo.

Aun cuando todos los esfuerzos de la Organización tienen un objetivo docente, en el sentido más amplio, ciertos programas tienen como fin principal la educación y el adiestramiento. Ya sea por medio de los servicios generales de asesoramiento o de programas concretos, las actividades de la Oficina en el campo de la educación, pueden considerarse bajo cinco aspectos principales: (1) educación médica básica; (2) educación en administración de salud pública y materias afines; (3) educación en saneamiento del medio; (4) educación en salud pública veterinaria; y (5) educación de enfermería. El primero de éstos es, por definición, un campo exclusivamente profesional; los otros implican el adiestramiento de personal auxiliar así como profesional. En vista de las necesidades sanitarias existentes y de la escasez de personal en las Américas, hay una indiscutible necesidad de: a) adiestramiento de gran número de individuos que con una educación relativamente menos general puedan prepararse para desempeñar las tareas específicas y limitadas que constituyen una vasta proporción del trabajo sanitario, y b) la preparación de un grupo de profesionales, pequeño pero competente, que desempeñen las funciones más complicadas, incluida la supervisión del trabajo del personal auxiliar. El programa de la Oficina se propone el adiestramiento de ambos grupos y ha tratado de mantener una adecuada proporción entre ellos.

Al adiestramiento de los trabajadores auxiliares no se le puede reconocer fácilmente como programa separado. Muchas de estas actividades se han emprendido formando parte de más amplios programas de educación para profesionales o como actividades concretas en relación con los programas de servicios generales de salud pública para los cuales el adiestramiento de personal auxiliar representaba un primer paso imprescindible.

(1) Educación médica: Desde el comienzo del período de cuatro años, muchas de las becas adjudicadas se concedieron a profesores de las escuelas de medicina, para que pudieran mejorar sus conocimientos y capacidad de enseñanza con el fin de reforzar la educación básica del médico. Con el programa ampliado se emprendieron varios objetivos más concretos. Se ha dado información general a todas las escuelas mediante la distribución de publicaciones e informes de conferencias internacionales y regionales relativas al mejoramiento en la

preparación de programas de estudio y a la aclaración de la función de la medicina preventiva a lo largo de todo el período de estudios médicos. Se inició un proyecto específico en una escuela con el fin de establecer la enseñanza de la medicina preventiva como parte mayor del programa de estudios y explicar los métodos de introducir el estudio del aspecto preventivo en otras materias.

La compilación de información básica sobre las escuelas de medicina en América Latina se comenzó con el fin de preparar un cuadro de las necesidades y los medios. Se han concertado visitas de los decanos de las escuelas de medicina a otras instituciones con el fin de que puedan observar de manera sistemática los planes de enseñanza y tener cambios de impresiones.

Por último, una realización de mayor importancia ha sido la creación del Centro de Información de Educación Médica (CIEM) con el fin de fomentar el intercambio de información entre varios grupos que han actuado o se proponen actuar prestando su ayuda a la educación médica en América Latina. El Centro trata de evitar la duplicación de esfuerzos y de hacer lo posible por descubrir aquellas lagunas que sea necesario llenar. En esta labor han intervenido y tenido una participación activa los siguientes organismos:

Administración de Operaciones Exteriores;

Fundación W. K. Kellogg;

Fundación Rockefeller;

Servicios de Salud Pública, E.U.,

Departamento de Sanidad, Educación y Bienestar;

Instituto de Educación Internacional,

Consejo de Educación Médica,

Asociación de Colegios Americanos de Medicina;

Fundación Interamericana de Educación Médica Especializada;

Comité de Servicio Unitario, y

la Asociación Mundial de Medicina.

(2) La administración de salud pública y servicios afines constituye probablemente, en la actualidad, el punto principal de todo el programa en desarrollo de la Organización. Las becas individuales han desempeñado una función mayor en la preparación de personal para esos servicios y se llama la atención sobre los informes anuales en que se detallan los diversos campos de estudio. Un número considerable de trabajadores ha seguido el curso completo que permite obtener un grado de "master" en salud pública. En las especialidades se han concedido becas tanto de un año completo como de corto plazo.

Se han emprendido de modo sistemático la ayuda a las escuelas organizadas, especialmente en lo que se refiere a: a) reforzar la enseñanza en tres escuelas principales de salud pública en América Latina, utilizando todos los medios descritos en la introducción, y b) ayudar a las escuelas norteamericanas por medio de subvenciones de viaje al personal docente a fin de que puedan conocer las condiciones sanitarias en los países de donde proceden sus estudiantes.

El ejemplo principal de desarrollo de un centro regional de adiestramiento es el Centro Interamericano de Bioestadística, empresa conjunta del Gobierno de Chile, las Naciones Unidas y la Oficina. Después de un período de preparación, el Centro ha terminado su primer curso con gran éxito. La utilización del INCAP para adiestramiento en nutrición ha progresado de manera firme. Un centro regional para el adiestramiento en tuberculosis ha evolucionado lentamente.

Se han organizado cursos breves para el control de insectos y la erradicación de mosquitos, procedimientos de laboratorio para el diagnóstico de enfermedades venéreas y brucelosis, técnicas de rayos-X, diagnóstico de tuberculosis, registros médicos de hospitales y educación sanitaria. Se celebraron seminarios en varias ramas de importancia para la salud pública, especialmente la notificación de enfermedades transmisibles, higiene mental, alcoholismo, nutrición y educación sanitaria.

(3) En materia de saneamiento del medio se ha preparado un proyecto principal dedicado al mejoramiento de los medios de adiestramiento para ingenieros sanitarios e inspectores sanitarios en América Latina, por medio de la ayuda a las tres escuelas organizadas de salud pública, que reciben a estudiantes internacionales. Han tenido lugar seminarios sobre el tema general de la ingeniería sanitaria y los cursos de adiestramiento específico para trabajadores de acueductos.

(4) En la especialidad de educación de salud pública veterinaria sólo se ha dado principio en forma limitada a lo relacionado con las escuelas de medicina veterinaria. Esto se ha hecho en los países individuales a través de las gestiones de los consultores de veterinaria en las Oficinas de Zona. Se ha organizado un programa regional más directo, en gran escala, en relación con el Centro de Fiebre Aftosa en Río de Janeiro, para adiestramiento sobre una base continental en el problema de control de esta grave enfermedad. A fines de 1953 se habían terminado los dos primeros cursos y se habían planeado tres cursos más para 1954.

(5) En el campo de la enfermería la Oficina ha tratado de establecer ciertas normas fundamentales, de conformidad con las recomendaciones del Comité de Expertos en Enfermería y con las condiciones económico-sociales dominantes en los varios países de la América Latina. Entre estas normas las más importantes son:

- 1) que se considera enfermera graduada la que ha cursado un programa de tres años de educación en enfermería, basado, por lo menos, en tres años de escuela secundaria o, siempre que las condiciones sociales y económicas del país lo permitan, estudios secundarios completos (bachillerato);
- 2) que se considera "auxiliar" la que ha cursado, por lo menos, seis meses de estudios de enfermería general para jóvenes que han completado la enseñanza primaria. (Para trabajar en ciertas especialidades, como por ejemplo la enfermería de psiquiatría, se necesitan aproximadamente tres meses más de adiestramiento).
- 3) que debe brindarse la oportunidad para que los individuos del grupo de enfermería auxiliar puedan avanzar en su carrera si completan la enseñanza secundaria y se inscriben en una escuela de enfermería.
- 4) que en la medida de lo posible, a las mujeres reconocidas ahora como enfermeras graduadas por sus propios gobiernos, se les dé la posibilidad de corregir las deficiencias de su educación de enfermería por medio de cursos breves en su propio país o por medio de becas para cursar estudios en el extranjero, de preferencia en un centro de educación de enfermería especializada, en que la enseñanza sea en español.

Además del asesoramiento que proporcionan los asesores de educación de enfermería del personal de Washington y de las Oficinas de Zona, las actividades de la Oficina en enseñanza de enfermería incluyen programas específicos que comprenden la educación básica y ulterior, así como el adiestramiento del personal auxiliar. Se ha prestado ayuda a dos escuelas nacionales de enfermería con el fin de fortalecer y ampliar sus programas de estudios de manera que incluyan la enseñanza de los aspectos sociales y sanitarios de la enfermería, y en esencia, de establecer las escuelas de enfermería sobre una base verdaderamente profesional. Así, pues, las enfermeras profesionales se preparan al mismo tiempo para las actividades institucionales y de salud pública. Para la enfermera graduada la educación ulterior, con el objeto de completar su preparación y de llenar cualquier laguna que pueda existir, ha tomado la forma de cursos especiales de seis meses para instructoras y supervisoras de enfermería y de seminarios o conferencias donde se discuten y se buscan posibles soluciones a los problemas con que se enfrentan las enfermeras graduadas de muchos países de América Latina.

En vista de que el problema que se discute con más frecuencia es el de la escasez de personal de enfermería, en un país se ha tratado de resolverlo por medio del adiestramiento de un grupo auxiliar, organizado en forma de programa modelo. La relación mutua entre el adiestramiento profesional y el auxiliar queda bien demostrada en este programa que trata de ayudar a la Escuela de Enfermería de Costa Rica y que se describe muy en detalle por las repercusiones generales de esta interdependencia.

Las primeras medidas exigieron un estudio de la situación, el envío de consultores internacionales para preparación del plan de estudios, preparación de instructores nacionales por medio de un programa de becas, adquisición de equipo, reconstrucción del edificio de la escuela y establecimiento del curso para enfermeras profesionales. Una vez en funcionamiento este plan, y al parecer aseguradas las futuras instructoras y supervisoras, fué posible ocuparse del adiestramiento de las auxiliares. Bajo la dirección de una consultora especial en este campo, pero con la colaboración del consultor principal de la escuela de enfermería, se estableció un programa para el adiestramiento del personal auxiliar en el hospital más importante del país. Se escogió un pequeño número de enfermeras graduadas procedentes de diferentes hospitales para integrar el cuerpo docente, pero se las preparó por medio de un período preliminar de dos meses aproximadamente, durante el cual se trazó el programa de



El curso de adiestramiento para parteras, comprende la enseñanza de ciertas prácticas por parte de la enfermera durante sus visitas a domicilio (El Salvador).

estudios que se iba a enseñar se organizaron las aulas y las salas que utilizarían para experiencia clínica. Cuando comenzó el primer curso, las enfermeras graduadas habían adquirido experiencia práctica en la enseñanza al adiestrar a un total de cuarenta "auxiliares" aproximadamente.

Un importante resultado indirecto de haber planeado el adiestramiento de estas "auxiliares" en colaboración con una escuela profesional de enfermería, es que la escuela recibirá mayor reconocimiento y que se acrecentará su facultad de reclutar jóvenes adecuadamente preparadas. En Costa Rica las estudiantes de tercer año de enfermería practican la enseñanza de la enfermería general, encargándose de dar ciertas clases a las estudiantes "auxiliares." El prestigio que va asociado a la calidad de "maestro" continúa ejerciendo influencia en las salas y las "auxiliares" de servicio respetan a las graduadas de la escuela profesional. Habiendo sido discípulas de estas últimas, reconocen que las enfermeras de adiestramiento completo poseen mayores conocimientos y habilidad y aceptan su dirección y supervisión. A medida que se ha extendido esta actitud y que se ha hablado de ella, especialmente en los pueblos pequeños y aun en la capital del país, el público, en general, ha comprendido mejor la diferencia que existe entre la carrera del profesional y la del auxiliar, distinción que no se había establecido hasta ahora. Queda confirmado este punto al observar que los padres, que anteriormente se oponían a que sus hijas siguieran la profesión de enfermera, comienzan ahora a dar su aprobación voluntariamente.

Al terminar el primer curso para "auxiliares" se hicieron planes para un segundo curso en el mismo hospital, así como para organizar otro centro de adiestramiento en las provincias. Las instructoras del grupo original dirigieron los nuevos cursos y cuatro enfermeras graduadas, dos en cada centro, han comenzado el mismo procedimiento de preparación como instructoras. Más adelante se las enviará también a otros hospitales de provincias a repetir el procedimiento. De esta manera se ha establecido una cadena de cursos para personal auxiliar de enfermería, que eventualmente llegará a todos los hospitales oficiales del país. A medida que se establece el curso de adiestramiento en cada hospital, se inscribe a muchachas jóvenes que han cursado por lo menos la enseñanza primaria, para el personal auxiliar de enfermería y se adiestra a algunas pertenecientes al personal existente. Para el futuro se proyecta un curso, por lo menos, de un año en cada hospital a fin de mantener el número necesario de personal auxiliar de enfermería.

La adecuada supervisión de esos cursos y de las "auxiliares," una vez que están empleadas, está a cargo de la División de Hospitales del Ministerio de Salubridad, que ha dispuesto que nadie puede emplearse para desempeñar trabajos de enfermería en los hospitales del Estado, sin haber seguido, por lo menos, este curso. Así, pues, es de esperar que todo el personal dedicado a actividades de enfermería en los hospitales de Costa Rica, haya cursado, como mínimo, seis meses de adiestramiento organizado.

Como puede verse al examinar el Apéndice IX, el número de becas ha aumentado considerablemente, tanto en lo que se refiere a becas en las Américas como a becarios que vienen a este Hemisferio procedentes de otras regiones, para quienes la Oficina ha planeado y administrado programas. Con el aumento de volumen se han multiplicado los constantes problemas de selección adecuada de becarios que posean las calificaciones y se encuentren en disposición de recibir adiestramiento, colocación de esos becarios en las instituciones más convenientes, administración eficiente de los detalles relativos a viajes y subsidios, visitas periódicas a los becarios y correspondencia con ellos a fin de cerciorarse que se logran los mejores resultados, tanto mientras dura la beca como posteriormente.

Se han hecho progresos importantes en la descentralización de las funciones en favor de las Oficinas de Zona, para determinar cuáles son los mejores candidatos y para evaluar las calificaciones de aquellos que presentan solicitudes. Se ha observado un mejoramiento en la calidad y adaptabilidad de los candidatos y se han experimentado menos dificultades para que los becarios usen el idioma del país donde estudian. Sin embargo, todavía puede mejorarse mucho en ambos aspectos. Las Oficinas de Zona también toman parte más activa en la supervisión de los becarios que estudian en América Latina y en la observación ulterior en su país de origen. No ha transcurrido aún el tiempo suficiente para efectuar un estudio completo de la eficacia de los becarios de la Oficina como instrumentos de adiestramiento, pero es necesario emprender un estudio de esta naturaleza en fecha próxima.

El progreso en las actividades educativas no ha sido uniforme, lo que resulta inevitable en una tarea de tal magnitud y que abarca tantos campos. Se han registrado éxitos y fracasos

y el programa de educación ha sentido el peso de las incertidumbres económicas y de las revisiones inesperadas de programa, como ha sucedido con otras actividades de la Oficina. El interés fomentado por los Gobiernos ha producido el resultado no inesperado de que el número de solicitudes de asistencia excediera del de las que se podían atender, pero también ha producido el efecto beneficioso de mejorar los planes a largo plazo.

VIII ADMINISTRACION DE SALUD PUBLICA

Un objetivo fundamental de la labor de la Oficina es el fortalecimiento y desarrollo de los servicios nacionales de salud pública. Si bien muchas de las actividades especiales de la Oficina han estado encaminadas a la consecución de ese objetivo, se ha considerado necesario prestar mayor atención a la ayuda en el planeamiento y administración de carácter general. Cabe citar, como ejemplo de esta labor, un grupo de programas desarrollados desde 1950 en cooperación con los Gobiernos de Bolivia, El Salvador, República Dominicana, Paraguay y Perú, relacionados con el establecimiento de servicios coordinados de sanidad, que sirvan de modelo.

Organización de Servicios de Salud Pública

Se han asignado a estos programas equipos de funcionarios sanitarios, enfermeras y otros expertos, se han concedido becas y se ha facilitado una cantidad limitada de suministros. Estas demostraciones tienen por objeto colaborar en el desarrollo de la organización administrativa durante períodos de tres a cinco años, para que de esta forma el personal nacional pueda demostrar las ventajas que representa contar con personal eficiente en los departamentos de sanidad, empleado a tiempo completo. Se estima que, mediante la aplicación de sólidos principios a las prácticas modernas de salud pública, se puede estimular al público en general y a las autoridades nacionales y locales, no sólo a que presten su apoyo, sino a que faciliten, además, servicios similares al retirarse el personal internacional.

Los resultados iniciales alcanzados han sido satisfactorios y, en poco tiempo, los habitantes de las respectivas localidades han ido percatándose cada vez más de la importancia de los programas sanitarios. Por lo general, se ha iniciado la labor con la realización de una encuesta, tratando después de obtener la participación activa de la colectividad en la solución de los problemas sanitarios urgentes. Se han administrado millares de vacunaciones, concentrándose las diversas actividades de educación sanitaria tanto en los individuos como en grupos, en los adultos como en los niños. Puesto que esos programas se desarrollaron principalmente en zonas rurales y semi-rurales, se crearon así nuevas y mejores oportunidades para una vida sana, especialmente para las madres e infantes. Un aspecto destacado de los centros sanitarios han sido los servicios y medios ofrecidos para el adiestramiento en el servicio y en el campo de trabajadores sanitarios, tanto profesionales como auxiliares. A veces han acudido a esos centros trabajadores procedentes de lugares distantes en los respectivos países.

Ha sido menor el progreso alcanzado en la creación, por parte de los Gobiernos, de puestos adecuados a tiempo completo, debidamente remunerados, para personal sanitario de carrera, que es tan esencial en el plan de largo alcance para el fortalecimiento de los servicios sanitarios. Por consiguiente, el personal internacional se ha visto obligado en ocasiones a exceder de sus funciones de asesoramiento y asumir otras, tales como las actividades cotidianas, que corresponden primordialmente al personal nacional que ocupa puestos similares. Aunque algunos países han alcanzado notable progreso en la creación de puestos que atraen a personal sanitario debidamente calificado, en otros países una proporción desgraciadamente considerable de personal preparado, al terminar sus estudios, no puede encontrar oportunidad adecuada para utilizar su adiestramiento especializado en administración sanitaria. Cuando los estudiantes adiestrados en programas que reciben la cooperación internacional no pueden encontrar empleo adecuado, se aminora en gran medida la justificación de esos programas. La experiencia ha demostrado que en la preparación de planes regionales de adiestramiento, se debe prestar mayor atención en el futuro a garantizar un empleo adecuado a los estudiantes que han de recibir adiestramiento.

Durante los últimos años se ha observado una tendencia creciente en las Américas hacia programas completos nacionales y locales de salud pública. Una vez concluidas las fases finales de las campañas nacionales para la erradicación de enfermedades transmitidas por insectos y para el control de las más importantes enfermedades transmisibles, las administraciones sanitarias deberían estar en condiciones de poder concentrar su atención en el desarrollo adecuado de programas generales de salud pública en las colectividades.

Legislación sanitaria

La mayor parte de las actividades sanitarias se llevan a cabo en virtud de facultades conferidas por la legislación. De igual manera que cambian los programas de salud pública, también se modifica, de tiempo en tiempo, la legislación pertinente. La Oficina no ha sido requerida para prestar ayuda, en grado considerable, en esta importante materia, pero en 1953 el Gobierno de la República Dominicana solicitó los servicios de un consultor para colaborar en la preparación de un código sanitario. Se espera que esta labor quedará terminada en 1954. A través de las Oficinas de Zona se suministró material relativo a los reglamentos y ordenanzas sobre la inspección de alimentos, a las autoridades de Cuba, Haití, Jamaica y México.

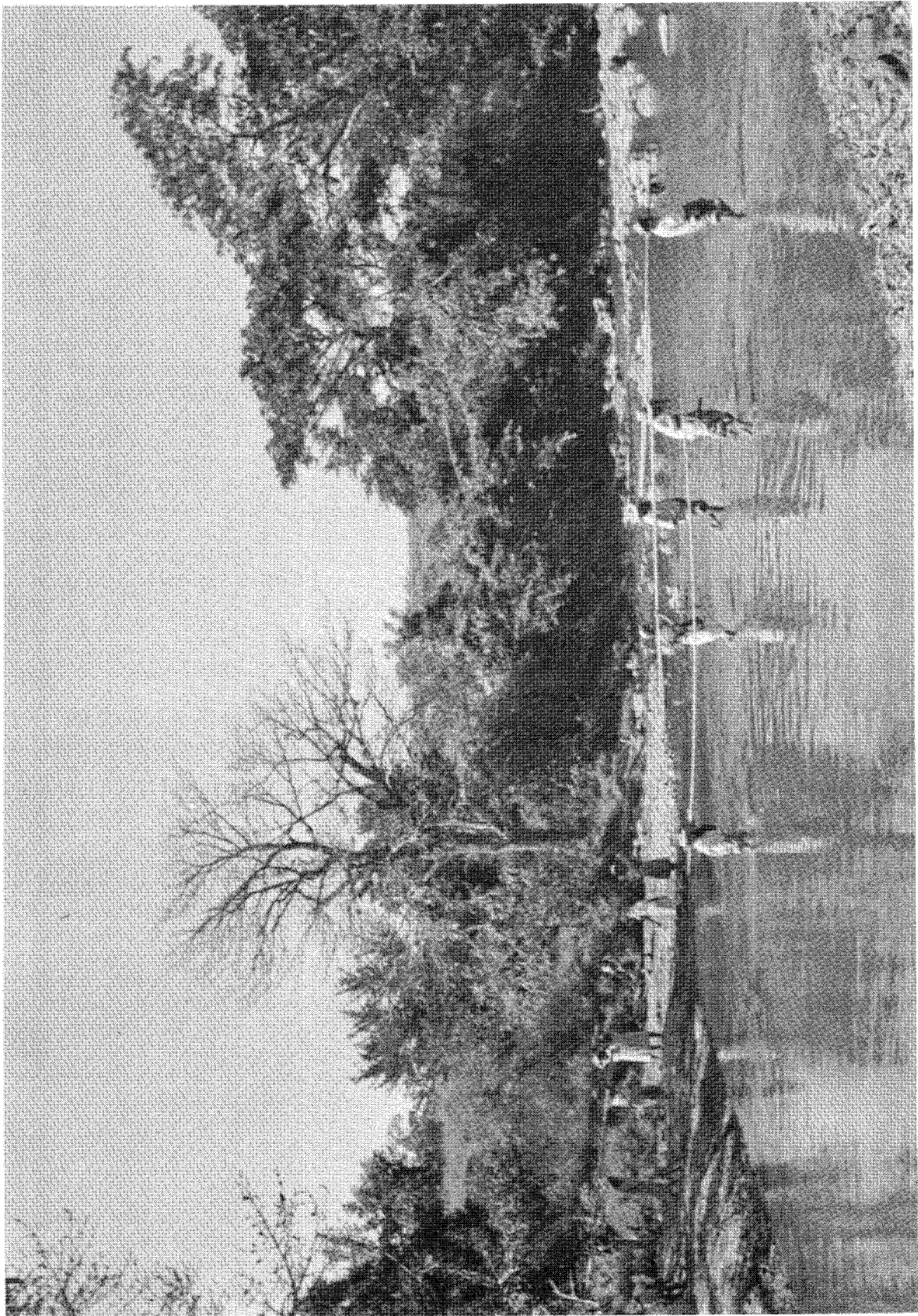
Organización de las colectividades

Según se ha señalado más arriba, la colaboración de la colectividad es uno de los requisitos esenciales para el éxito en las demostraciones sanitarias. Cabe mencionar, por lo tanto, un ejemplo de lo que puede lograrse con la ayuda activa del vecindario. En mayo de 1952, inspectores sanitarios, adiestrados en el cantón Loma de Ramas de El Salvador, emprendieron un estudio de las localidades de dicha zona con el objeto de determinar la prioridad de los problemas sanitarios. El deficiente abastecimiento de aguas había sido siempre uno de los graves problemas. Los inspectores observaron que los habitantes estaban deseosos de ayudar a resolver este problema, suministrando tanto mano de obra como materiales. Debido a sus condiciones económicas, poco era lo que podían aportar en este último aspecto, y la tubería necesaria y otros materiales fueron adquiridos con fondos del programa, a condición de que los vecinos contribuyeran con la mano de obra. Al llegar los materiales, todos los vecinos que se beneficiarían con el abastecimiento de agua, transportaron la tubería a un manantial de la montaña y a los lugares apropiados, a lo largo del trazado fijado para la instalación del sistema. El personal de programa prestó asesoramiento respecto a la protección del manantial y a la instalación práctica de la tubería. Los habitantes dedicaron un día entero a esta labor, al final de la cual, el abastecimiento de agua llegó al centro de la localidad, e incluso se extendió a otra población menor del mismo valle. Anteriormente, ambas localidades reunían condiciones sumamente insalubres, pero con la provisión de agua potable quedó corregida una de las deficiencias fundamentales. Pero aún hubo más. Los habitantes de una municipalidad adyacente pidieron que se instalara un abastecimiento similar, lo cual también se hizo en seis meses. Ahora se proyecta continuar la labor en otras localidades de la zona. En el curso de estos trabajos, el personal del programa aprendió la manera de trabajar conjuntamente con los vecinos y éstos, a su vez, se percataron de cómo podían ayudar a los centros sanitarios en el fomento del bienestar de la colectividad.

Educación Sanitaria del Público

Se desarrollaron proyectos de educación sanitaria en Bolivia, Haití y México. En México, se celebró en 1953 un seminario con resultados sumamente satisfactorios, proyectándose complementarlo y evaluarlo en 1955. Entre las muchas instituciones y organizaciones que participaron en dicho seminario figuró el Centro Regional de Educación Fundamental para la América Latina (CREFAL).

Se realizaron algunos interesantes estudios antropológicos y culturales en Panamá y en varios países de Centro América. Los informes correspondientes a los estudios de Panamá y Nicaragua están a punto de completarse, en tanto que los relativos a Guatemala, El Salvador y Honduras, están en curso de preparación. Ha habido considerable demanda de los informes preparados sobre la labor realizada en el Valle de Ica, en el Perú, donde tanto la Fundación Rockefeller como la Oficina prestaron su colaboración al Gobierno en la labor antropológica llevada a cabo. Se recopiló mucha información útil de aplicación inmediata en los métodos de educación sanitaria, y los informes publicados incluyen los siguientes: "Child Feeding and Food Ideology in a Peruvian Village," "Pregnancy, Childbirth and Midwifery in the Valley of Ica, Peru" y "Report on an Anthropological Survey of Typhus Control Campaign in Southern Peru."



Los hombres de Loma de Ramas (El Salvador) vadean el río llevando a hombros las tuberías de su nuevo abastecimiento de agua.

Higiene Maternoinfantil

Se ha seguido prestando prioridad preferente a los programas de higiene materno-infantil, y en muchos países, con la ayuda del UNICEF, ha proseguido el desarrollo y ampliación de los programas en este campo. Tanto los Gobiernos como el UNICEF, así como la Oficina, han tenido interés en utilizar los programas de higiene materno-infantil como base y punto de partida para el desarrollo de servicios coordinados de salud pública, especialmente en las zonas rurales. El llamamiento universal en favor del bienestar de la madre y el niño ha contribuido a esta finalidad.

En Bolivia, Brasil, Chile y El Salvador, se están desarrollando programas para los que el UNICEF ha aportado suministros y equipo y el personal de la Oficina de Washington y de las respectivas zonas ha facilitado asesoramiento técnico, en tanto que en Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú, se han asignado asesores internacionales a otros programas que han recibido suministros del UNICEF. En el programa de Colombia se prestó atención preferente al adiestramiento de enfermeras-parteras, mientras que los proyectos de Paraguay y Perú fueron programas coordinados que incluyeron todos los aspectos de los servicios generales de sanidad rural. En el tipo de programa de "Demostración de Zona Sanitaria," desarrollado en El Salvador, Panamá y Perú, se incluyeron las actividades de higiene materno-infantil entre los servicios facilitados. Se están preparando planes para la extensión del programa de Colombia, especialmente en material de servicios generales de sanidad rural. En Chile, está en período de preparación un programa para la asistencia a niños prematuros. Se ha reconocido la importancia del saneamiento del medio en la labor de higiene materno-infantil, y la extensión de los actuales proyectos en este último campo, reflejará indudablemente ese reconocimiento. Del mismo modo, ahora se aprecia más el papel importante que desempeñan la educación sanitaria y la nutrición en las actividades de higiene materno-infantil, y, como en el caso del saneamiento del medio, es probable que se preste mayor atención a estas materias en los futuros programas de higiene materno-infantil.

Higiene Mental

Según se señaló en el Informe Anual correspondiente a 1953, la Oficina no ha sido requerida todavía para emprender muchas actividades relacionadas fundamentalmente con la higiene mental. En 1952, un especialista en el control del alcoholismo visitó la América Latina y se tomaron disposiciones para la participación de médicos latinoamericanos en (1) un curso especial sobre alcoholismo celebrado en la Universidad de Yale y (2) un seminario sobre higiene mental que tuvo lugar en Chichester (Inglaterra).

En 1952, un médico de la OMS especializado en higiene mental, visitó varios países de las Américas, proporcionando asesoramiento en la orientación y desarrollo de programas de higiene mental en relación con los servicios nacionales de salubridad. De esta forma, se estimuló el interés en los programas de higiene mental y, subsecuentemente, se planeó la celebración de un seminario sobre esta materia en 1955. En 1953, se contrataron asimismo los servicios de un consultor a corto plazo para que ayudara en la organización del seminario.

En 1953, se celebró en Buenos Aires un seminario sobre alcoholismo, al que asistieron médicos, enfermeras y trabajadores sociales procedentes de cinco países. El seminario tuvo por objetivo principal estimular el interés entre los trabajadores sanitarios en el desarrollo de programas para el tratamiento y prevención del alcoholismo. Más tarde, se iniciaron programas y estudios en varios países, como por ejemplo, en Argentina y Chile.

Nutrición

En la Sección IV se han mencionado los aspectos administrativos del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). La labor técnica del Instituto se ha relacionado principalmente con el estudio de los hábitos y deficiencias dietéticos de la zona. En cooperación con los Departamentos de Agricultura y el Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas, se ha solucionado satisfactoriamente el problema de tener que recurrir a proteínas animales, escasas y costosas, mediante el descubrimiento de proteínas vegetales eficaces.

Se han incluido en los estudios el maíz, frijoles, trigo y otras cosechas básicas, y se ha empleado soya agradable al paladar y mezclas de leche en polvo adecuadas para los niños. El papel de la educación sanitaria ha adquirido cada vez más importancia en la solución de los actuales problemas de nutrición. El estudio del bocio endémico ha permitido el desarrollo de un procedimiento sencillo y económico para la yodación de la sal.

El Instituto Nacional de Nutrición del Ecuador, fundado en 1950, continúa recibiendo la ayuda de la Oficina en personal, suministros y becas.

En 1953, la Oficina envió al Brasil un consultor a corto plazo.

Los trabajos sobre la labor científica del INCAP han sido presentados en varias conferencias importantes sobre nutrición celebradas en Europa y en las Américas. En la VII Reunión del Consejo Directivo, celebrada en 1953, tuvieron lugar discusiones técnicas sobre los siguientes temas: "Los problemas de nutrición en sus relaciones con el bocio endémico y la policarencia infantil," "Métodos para el estudio de los problemas nacionales de nutrición" y "Los problemas de nutrición en los programas de salud pública."

Estadísticas Sanitarias

Durante los cuatro últimos años se han registrado importantes adelantos en la estandarización y mejora de las estadísticas sanitarias en las Américas. El perfeccionamiento de los datos estadísticos básicos en materia sanitaria es un elemento esencial para el planeamiento de programas en escala internacional, nacional y local.

El progreso alcanzado en este campo se describe en los tres apartados siguientes:

Estadísticas sanitarias en general

Una de las principales actividades de la Oficina ha consistido en colaborar con los Gobiernos en el adiestramiento del personal requerido para dirigir programas encaminados a la recopilación, análisis y utilización de estadísticas sanitarias.

La primera actividad importante de la Oficina en materia de estadística durante el período cuatrienal en consideración, fué la celebración del Seminario Interamericano de Bioestadística, que tuvo lugar en la Escuela de Salud Pública de Santiago de Chile in 1950. La Oficina fué uno de los organismos participantes, juntamente con el Gobierno de Chile, las Naciones Unidas, el Instituto Interamericano de Estadística y la Oficina Nacional de Estadísticas Vitales del USPHS. Asistieron al curso 49 estudiantes procedentes de 14 países.

La segunda actividad importante en la preparación de estadísticos fué el desarrollo de un centro permanente de adiestramiento en Chile. Este centro, denominado "Centro Interamericano de Bioestadística," fué creado en virtud de un acuerdo establecido en agosto de 1952 entre el Gobierno, las Naciones Unidas y la Oficina (en nombre de la OMS). La enseñanza se facilita en español, y el primer grupo de estudiantes completó en noviembre de 1953 el curso de seis meses de estudios académicos y tres meses de adiestramiento práctico en el campo. Participaron en este curso 31 estudiantes procedentes de 15 países.

El progreso en la preparación de estadísticos no se ha limitado únicamente a las actividades de la Oficina. En varios países americanos se facilitan cursos, como por ejemplo, el que se celebra en el Perú. La Oficina estimula el desarrollo de servicios y medios de adiestramiento en varios otros países y se espera que el personal preparado en el seminario o en el Centro de Chile contribuirá a impulsar los programas de adiestramiento en sus respectivos países.

La Reglamentación No. 1 de la OMS, relativa a la nomenclatura de enfermedades y causas de defunción, adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en 1948, contenía importantes disposiciones para el desarrollo de estadísticas comparables de mortalidad. Se recomendaron para el uso internacional un modelo de certificado médico y el "Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción." Durante los cuatro últimos años se ha alcanzado notable progreso en la revisión de los certificados de defunción, a fin de ajustarlos a dichas recomendaciones. La Oficina ha colaborado en esta labor, distribuyendo la edición española del Manual. El Gobierno del Brasil procedió a su traducción al portugués, y ahora se utiliza en dicho país. Con el fin de

facilitar la adopción del Manual, varios países publicaron instrucciones complementarias destinadas a los médicos. Asimismo la Oficina publicó, como Publicación Científica No. 3, la edición española del informe titulado "Certificación Médica de Causa de Defunción," aparecida originalmente en inglés y francés como Suplemento No. 3 del Bulletin de la OMS.

En 1953, la Oficina publicó la edición en español del Informe de la Tercera Reunión del Comité de Expertos de la OMS en Estadística Sanitaria.

En la Conferencia de Comités Nacionales de Estadísticas Vitales y Sanitarias, celebrada en Londres en octubre de 1953, se pudo dar cuenta del progreso alcanzado en las Américas en la creación de Comités Nacionales de Estadísticas Vitales y Sanitarias, que había sido recomendada especialmente por la Conferencia Internacional para la Sexta Revisión Decenal de las Listas Internacionales de Enfermedades y Causas de Defunción, recomendación ratificada más tarde por la Primera Asamblea Mundial de la Salud. Se han establecido Comités en Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos, Guatemala, Haití, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. La Oficina estimuló la formación de esos comités nacionales. El informe de la Conferencia de Comités Nacionales aparecerá en inglés y español en la publicación trimestral de la Oficina "Estadística Sanitaria," como documento de utilidad para los miembros de los referidos comités.

Estadísticas de enfermedades de notificación obligatoria

La Oficina pudo prestar ayuda de diversas clases con el objeto de mejorar la deficiente notificación de enfermedades transmisibles en las Américas. En el seminario sobre la notificación de enfermedades transmisibles organizado por la Oficina y celebrado en Chile a fines de 1953, 29 representantes de países sudamericanos trabajaron conjuntamente en el desarrollo de procedimientos básicos de notificación. Las recomendaciones formuladas en dicho seminario serán publicadas por la Oficina bajo el título "Procedimientos básicos para la notificación de las enfermedades transmisibles." Los capítulos de este informe comprenden materias tales como los sistemas locales de notificación, sistemas nacionales de notificación, análisis y publicación de datos y métodos para mejorar la notificación. Se prepararán para su distribución 4,000 ejemplares del informe en español y otros 1,000 en inglés.

La "Guía para la Notificación de Enfermedades Cuarentenables y Otras Enfermedades Transmisibles en las Américas," preparada en la Sede de la Oficina y publicada en 1953, se ha utilizado frecuentemente por los miembros del personal de la Oficina a fines de discusión en cursos de estadística y durante visitas de dicho personal a varios países. Contribuye a facilitar la comprensión, tanto de los métodos como del valor de las notificaciones. La Oficina preparó un nuevo modelo para los informes semanales de enfermedades cuarentenables y se elaboró un modelo simplificado para los informes mensuales de todas las enfermedades transmisibles, con el objeto de facilitar la labor de la Oficina en la recopilación y distribución de estas informaciones.

De conformidad con los procedimientos establecidos en el Reglamento No. 2 de la OMS, la Oficina recibe información cablegráfica relativa a las enfermedades cuarentenables. La Oficina transmite esa información a Ginebra y también la publica en el "Informe Epidemiológico Semanal." Este informe contiene, además, datos referentes a otras enfermedades transmisibles, tales como la poliomielitis y la influenza, y también información relativa a la aplicación del Reglamento. Los datos mensuales sobre las enfermedades de notificación obligatoria aparecen en la publicación trimestral "Estadística Sanitaria."

Otros Servicios Estadísticos de la Oficina

Un consultor en estadística colabora en el nuevo Sub-departamento de Bioestadística del Servicio Nacional de Salud de Chile; en su labor dedica atención preferente al desarrollo de estadísticas de hospitales. Para facilitar la evaluación del programa de erradicación del *Aedes aegypti*, se reciben regularmente, resumiéndolos para su publicación, informes mensuales y trimestrales sobre estas actividades. Todos los meses se publica en el Boletín de la Oficina un resumen de la labor realizada en el Hemisferio en esta materia.

La Oficina sirve también de organismo encargado de la distribución de informes sobre contactos de enfermedades venéreas. En cooperación con el USPHS, se está desarrollando un sistema en virtud del cual los informes sobre contactos se enviarán directamente de las clínicas a los organismos sanitarios encargados de realizar las investigaciones ulteriores.

Enfermería de Salud Pública

La Oficina ha destacado la importancia de la relación que existe entre la enfermería de salud pública y los programas coordinados de salubridad. Enfermeras de salud pública han participado en muchos programas desde las fases iniciales de su preparación. En 1950, enfermeras de la plantilla del personal de la Oficina colaboraron con los servicios nacionales de salud pública de Guatemala y Perú en el estudio de las necesidades en materia de enfermería y en la elaboración de planes para el mejoramiento de los servicios de enfermería de salud pública en dichos países. Se han observado progresos en varios países donde enfermeras nacionales asumen ahora la responsabilidad de planear las actividades de enfermería en los departamentos de sanidad.

En el Ecuador, la Oficina ha colaborado con las autoridades sanitarias en los aspectos de enfermería de los servicios de higiene maternoinfantil. En los servicios coordinados de salud pública de las zonas rurales de El Salvador, Panamá, Paraguay y Perú, que reciben la cooperación de la Oficina, las enfermeras de salud pública han desempeñado un papel importante en el desarrollo de los programas. Cinco enfermeras asignadas a las Oficinas de Zona han proseguido su labor con las autoridades nacionales de sanidad para el mejoramiento de los aspectos de enfermería de los servicios sanitarios en la América Latina. En la Oficina de Washington, una enfermera de salud pública se ha ocupado de una labor similar en relación a las funciones que corresponden a la Sede de la Oficina en los programas sanitarios.

En todos los países de América se ha concentrado la atención en la educación de personal de enfermería, por medio de concesión de becas, cursos de adiestramiento y enseñanza continua en el servicio. Debido a la escasez de enfermeras profesionales de salud pública, se procede a la preparación de personal auxiliar para que asuma una serie de funciones dentro de los límites de sus respectivas calificaciones. Se ha prestado considerable atención al desarrollo de un espíritu de equipo entre los miembros de los grupos de enfermería, y entre ellos y otros grupos profesionales dedicados a actividades afines. También se ha dedicado especial atención al establecimiento de procedimientos sólidos de administración y supervisión en los programas de enfermería y salud pública, con el objeto de asegurar su continuidad, así como para facilitar al público servicios mejores y de mayor confianza.

A fines de 1953, habían participado enfermeras de salud pública en los siguientes programas:

<u>Higiene maternoinfantil</u>	<u>Educación sanitaria</u>
Colombia Paraguay Perú	Haití
<u>Control de tuberculosis</u>	<u>Cuidado de la poliomielitis</u>
Ecuador El Salvador Paraguay	Honduras
<u>Control de enfermedades venéreas</u>	<u>Enfermería de salud pública</u>
Ecuador Paraguay	Costa Rica

Veterinaria de Salud Pública

Con el nombramiento de un consultor en 1949, la Oficina introdujo la veterinaria de salud pública como actividad internacional. La labor en este campo es similar a la del programa general de la Oficina, a saber: (1) promover programas nacionales para la prevención de infecciones humanas con enfermedades animales, y (2) coordinar los aspectos internacionales de esos programas.

A fines de 1953, funcionarios de veterinaria de salud pública prestaban servicio en las Oficinas de Washington, México, D. F., Lima y Buenos Aires.

El programa de veterinaria de salud pública de la Oficina tiene por objeto coordinar los conocimientos y recursos de la medicina veterinaria en los servicios de salud pública, en todas sus escalas, mediante el desarrollo de las siguientes actividades:

1. Ayudar en la prevención, control y erradicación de enfermedades animales transmisibles al hombre, así como en la prevención de la propagación de enfermedades humanas por el consumo de alimentos insalubres, nocivos y contaminados de origen animal.
2. Facilitar a los Gobiernos servicios de asesoramiento y demostración en veterinaria de salud pública y coordinar los programas de veterinaria de salud pública de países vecinos.
3. Ayudar en el mejoramiento de la educación en medicina veterinaria y estimular el adiestramiento en veterinaria de salud pública.
4. Estimular y coordinar las investigaciones sobre problemas especiales de veterinaria de salud pública, que tengan repercusiones internacionales.
5. Servir de centro de información relativa a la incidencia, predominio y control de enfermedades animales transmisibles al hombre, así como para evaluar, analizar, publicar y difundir dicha información.

Las actividades más importantes se han relacionado con los problemas de la brucelosis, hidatidosis y rabia, que se describen con más detalle en la Sección IX. Otras actividades no clasificadas como programas, pero que, sin embargo, han requerido considerable tiempo y atención, han sido las relativas a muchas de las otras zoonosis. Se ha prestado ayuda en el establecimiento de procedimientos seguros de diagnóstico, programas efectivos de control, pruebas de vacunas y suministro de información técnica. La mayor parte del trabajo ha sido de carácter asesor en relación a la creación de servicios permanentes de salud pública en las diversas escalas, adecuados a las necesidades de cada país. El progreso ha sido intencionadamente lento, puesto que las nuevas actividades se asimilan mejor y es más probable que rindan resultados satisfactorios si se desarrollan más bien de acuerdo con necesidades dictadas por la experiencia, que basándose en previsiones teóricas.

El desarrollo de servicios sólidos y de confianza, requiere contar con personal debidamente adiestrado, razón por la cual la mayor parte de las actividades de la Oficina se han relacionado con el adiestramiento postgraduado de veterinarios y la celebración de seminarios de adiestramiento sobre problemas y métodos específicos, habiendo estimulado, asimismo, la introducción de modificaciones y mejoras en el plan de estudios de la profesión. Todos los países han recibido asesoramiento y ayuda con respecto al problema general de la manipulación de los productos alimenticios. Los estudios sobre los problemas corrientes, el asesoramiento para introducir mejoras en los mataderos y en su funcionamiento, así como sobre la inspección y manipulación de carnes, la producción, manipulación y pruebas de la leche y el desarrollo de programas de control, han contribuido a mejorar la salubridad de muchos productos alimenticios, especialmente los de origen animal. El hecho de que el asesoramiento haya procedido de una sola fuente ha contribuido probablemente a dar mayor uniformidad a los estándares y métodos utilizados en las Américas.

Se han desarrollado otras actividades en relación con los laboratorios nacionales de salud pública, sus trabajos de diagnóstico, la producción de vacunas y el mantenimiento de colonias sanas y adecuadas de animales de laboratorio. Con la reorganización y ampliación de las divisiones de sanidad y de los servicios locales de salud pública en tantos países, ha aumentado la demanda de personal de salud pública de todas las categorías, incluso de veterinaria de salud pública. La Oficina se ha esforzado en ayudar a los Gobiernos a atender esta necesidad.

Un aspecto importante de la labor de la Oficina, aunque no corresponda técnicamente al campo de las zoonosis, es el funcionamiento del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, situado

cerca de Río de Janeiro, cuyas actividades se describen en la Sección IX. Este Centro, que inició sus trabajos en marzo de 1951, proporciona un servicio esencial a los países participantes, en el adiestramiento de personal para la prevención y control de esta temida enfermedad.

Ingeniería de Salud Pública

Las actividades de la Oficina en el campo de la ingeniería de salud pública incluyen el saneamiento municipal y rural, vivienda y urbanismo, control de insectos, roedores y otros vectores, higiene en los alimentos y los aspectos de saneamiento del medio de la higiene profesional. La expansión de las actividades durante los cuatro últimos años, queda reflejada en el aumento del número de ingenieros en la plantilla de personal y en los programas específicos relacionados con el saneamiento del medio. A fines de 1953, el número de ingenieros empleados por la Oficina en las diversas oficinas y programas, ascendía a once, en tanto que en 1950 sólo había uno en la plantilla de personal. Además, el número de especialistas que trabajan en problemas de control de insectos era el siguiente:

TABLA 4
Personal de Control de Insectos

Año	Total Máximo	Especialistas Médicos			Sanitarios - Control de Insectos		
		Mínimo	-	Máximo	Mínimo	-	Máximo
1950	14	1	-	5	4	-	9
1951	15	5	-	6	8	-	9
1952	20	5	-	10	7	-	10
1953	23	9	-	11	9	-	12

Se han ultimado medidas para que un ingeniero preste servicio en las Oficinas de las Zonas V y VI en 1954. Se precisarán otros ingenieros para trabajar en nuevos programas relacionados con problemas de saneamiento del medio.

La Oficina llevó a cabo muchas actividades que tenían carácter de servicio directo, inclusive encuestas sobre los problemas generales de saneamiento; cooperación con los Gobiernos en la determinación de sus necesidades y recursos y en la preparación de programas nacionales y locales; estudios y recomendaciones sobre problemas concretos de saneamiento, tales como el sistema de abastecimiento de agua de Asunción (Paraguay) y servicios prestados a comisiones nacionales y locales para el estudio de problemas de saneamiento, por ejemplo, el de la eliminación de basuras y desperdicios en Lima (Perú).

A solicitud de los gobiernos se recopiló o distribuyó información referente a muchos aspectos del saneamiento del medio, incluso sobre la fluoridación de aguas, purificación de aguas, tratamiento de aguas servidas, normas para la calidad de alimentos en conserva, legislación sobre crematorios, suministro de insecticidas y equipo para el rociamiento, control de la peste y utilización de alcohol metílico en productos vinícolas destilados.

Varios programas estuvieron relacionados con aspectos específicos del saneamiento, distintos del control de insectos. Estos se referían a sistemas municipales de abastecimiento y purificación de aguas; servicios municipales de eliminación de basuras; adiestramiento de ingenieros sanitarios, sanitarios y personal de sistemas de abastecimiento de agua; seminarios de ingeniería sanitaria, y saneamiento rural. Además estaban en curso de ejecución varios otros proyectos de más amplio alcance. Incluían actividades relacionadas

con las materias que acaban de enumerarse o con otros aspectos de saneamiento, tales como servicios municipales y rurales de eliminación de aguas servidas y excretas, abastecimiento rural de agua e higiene de los alimentos. Los proyectos preparados y emprendidos últimamente son en su mayor parte, programas integrados encaminados a una acción coordinada para resolver los principales problemas de salubridad, incluso los de saneamiento del medio.

Se celebraron dos seminarios para ingenieros sanitarios en Centro América y Panamá, y se proyectan seminarios similares en otras zonas. Estos seminarios ofrecen la oportunidad de efectuar un intercambio de experiencias valiosas en los aspectos técnicos y administrativos de la ingeniería sanitaria y de estimular el mejoramiento en la planificación y la aplicación de métodos más perfectos.

También se celebró un curso de adiestramiento para personal de sistemas de abastecimiento de agua de Centro América y Panamá. Después del período de instrucción y demostración en grupo, los consultores visitaron los diversos países y formularon recomendaciones prácticas para mejorar los métodos de funcionamiento. En 1954, se proyecta celebrar un segundo curso de este tipo. En 1952, se organizó una conferencia de profesores de ingeniería sanitaria de Santiago de Chile, São Paulo y México, D. F., con el objeto de estudiar la forma de mejorar los servicios y medios para la preparación de personal profesional y auxiliar de saneamiento del medio en los centros latinoamericanos de adiestramiento. Se llegó a un acuerdo, tanto acerca de los objetivos, como sobre las medidas inmediatas a adoptar.

En 1953, el ingeniero consultor facilitó instrucción a los estudiantes del Centro Interamericano de Vivienda, de Bogotá (Colombia), en los aspectos de ingeniería sanitaria de la vivienda. Miembros del personal de la Oficina participaron en reuniones de varias organizaciones interamericanas que se ocupan de los problemas de la vivienda.

Erradicación

La tendencia actual en la lucha contra las enfermedades transmisibles se orienta más hacia la erradicación que al simple control. En tiempos pasados se logró la erradicación en zonas pequeñas con el empleo de métodos bien probados, como la vacunación contra la viruela. Recientemente se ha hecho resaltar la importancia de la erradicación del Aedes aegypti, por medio de campañas nacionales y la eliminación más espectacular del Anopheles gambiae del norte del Brasil. No existe un método único para combatir una enfermedad, pero cualquier fase de su evolución puede resultar más vulnerable en un momento u otro. Puede controlarse la malaria atacando al mosquito vector en una de las varias maneras aplicables o atacando al parásito por medio de la quimioterapia.

Una enfermedad transmisible puede ser eliminada como peligrosa para el hombre aun cuando continúe en reservorios animales. La erradicación del Aedes aegypti impide la fiebre amarilla urbana a pesar de que el virus continúa en la selva. Lo mismo sucede con la peste cuando en la lucha contra las ratas se rocían los senderos con insecticidas. Aunque ambas infecciones existen todavía en las Américas, los casos humanos de peste y de fiebre amarilla en años recientes, han ocurrido solamente en relación con las epizootias rurales.

La erradicación de todas las enfermedades metaxénicas no depende únicamente de la eliminación del vector. Aunque algunos anofelinos son tan vulnerables que pueden eliminarse fácilmente mediante las operaciones antimosquito, la ecología de otros hace muy difícil su erradicación con el empleo de los métodos conocidos. Pero no todos los anofelinos se introducen en las casas y, por lo tanto, no son peligrosos. El DDT rociado en las paredes mata a los que se introducen y de este modo impide la transmisión de la malaria y en unos cuantos años desaparece la infección y se logra la erradicación.

Cuando se hizo visible la economía de la erradicación, las actitudes cambiaron. La eliminación del Aedes aegypti de las ciudades demostró que una vez que desaparece el mosquito un grupo de observación puede proteger una zona que antes requería el cuidado de un personal numeroso.

Las nuevas armas simplificaron los métodos y redujeron los costos del control de un número de enfermedades y se reconoció más fácilmente la posibilidad de la erradicación. El bajo precio de la penicilina y la eficacia de una sola inyección para eliminar la infección del pian convirtió a este agente terapéutico en un instrumento eficaz de salud pública para el control de las treponemosis y permitió la inauguración de campañas de erradicación del pian.

El uso del DDT y otros imagocidas residuales ha tenido un efecto semejante en un número de enfermedades producidas por insectos. Rociado en las paredes, dentro de las viviendas, este nuevo insecticida no solamente es eficaz contra el mosquito transmisor de la malaria sino también contra otros insectos que frecuentan las casas y transmiten enfermedades tales como la filariasis, la enfermedad de Chagas y el tifo.

La vacuna antivariólica, seca, resistente al calor, ha hecho posibles las campañas de vacunación colectiva en los trópicos, donde resulta difícil la refrigeración de la linfa glicerinada. Se encuentra ahora en desarrollo una vacuna más potente contra el tifo, que promete simplificar las campañas antitíficas, porque si bien el DDT rociado por el cuerpo y las ropas detiene rápidamente las epidemias de tifo, es necesario repetir el rociamiento cada seis meses, a fin de erradicar la enfermedad de las zonas endémicas.

Las campañas contra las enfermedades transmisibles deben proseguirse hasta la erradicación, si no por otra razón, como medida económica. Cuando la incidencia de una enfermedad se ha reducido a un nivel virtualmente insignificante, pero continúa latente en la colectividad, no desaparecen los gastos, puesto que es necesario continuar el trabajo de control como medida de prevención contra la amenaza constante de recrudescencia. Cuando se logra la erradicación en un plan nacional, los únicos gastos que subsisten son los que exige el mantenimiento de zonas protectoras que sirven de amortiguador contra los vecinos infectados y los que ocasionan los grupos de vigilancia encargados de descubrir y extirpar cualquier nueva introducción de la enfermedad. La erradicación en un plan continental reducirá más

aun los gastos, puesto que no se necesitarán zonas protectoras. Finalmente, al lograrse la erradicación global, podrán suprimirse los grupos de vigilancia.

Reglamento de Cuarentena

Un importante progreso en la administración de las medidas de cuarentena fué la adopción por la Cuarta Asamblea Mundial de la Salud del "Reglamento Sanitario Internacional" (Reglamento No. 2 de la OMS). Entró en vigor el 1º de octubre de 1952, reemplazando todas las Convenciones Sanitarias Internacionales anteriores y eliminando en gran parte toda la confusión que resultaba de la adhesión de los Gobiernos a algunas solamente de las anteriores Convenciones. De los 70 Estados que formaron parte de una o más de las últimas cinco Convenciones Sanitarias Internacionales preparadas antes de 1952, 35 Estados habían aceptado los primeros convenios marítimos, pero solamente 20 habían aceptado los últimos. Del mismo modo, 26 países se adhirieron a la primera convención aérea, pero solamente 18 a la segunda.

La Constitución de la OMS ha sido estructurada de tal manera que las Reglamentaciones aprobadas por la Asamblea obligan automáticamente a todos los Miembros, a menos que presenten reservas o rechazos. Como consecuencia de este sistema mejorado, aparte de los Miembros inactivos de la Organización, solamente cinco de los 70 países citados anteriormente, no se encuentran obligados por el nuevo Reglamento. En las 21 Repúblicas Americanas, menos Colombia, que no es miembro de la OMS, y Chile (legislación pendiente), rige el Reglamento.

En el nuevo Reglamento se toman en cuenta los recientes conocimientos científicos y prácticas, y representan un gran avance sobre las Convenciones reemplazadas. En la VI Reunión del Consejo Directivo celebrado en la Habana en 1952, se modificó el Código Sanitario Panamericano, 1924, suprimiendo aquellos artículos relativos a cuarentena internacional que resultaban incompatibles con las disposiciones del Reglamento de la OMS. Esta modificación al Código se conoce bajo la denominación de "Protocolo Anexo al Código Sanitario Panamericano (1952)".

El nuevo Reglamento no sólo se ocupa de las cinco enfermedades de cuarentena tradicionales, cólera, peste, viruela, tifo y fiebre amarilla, sino también de la fiebre recurrente, cuya epidemiología en ciertos aspectos es similar a la del tifo producido por piojos. El Reglamento contiene modelos de certificados de vacunación y prescribe las condiciones en que se exige la vacunación y elimina los certificados de salud. A fin de ayudar a los Estados a ejecutar el Reglamento, se publicó una edición en español bajo la denominación de Publicación Científica No. 2 de la Oficina. Se han usado ejemplares de esta publicación en las escuelas de salud pública, con fines de estudio.

De conformidad con el nuevo Reglamento, se continúa la notificación internacional de las enfermedades cuarentenables a la OMS. La oficina de Washington está encargada de una de las publicaciones epidemiológicas, "El Informe Epidemiológico Semanal".

Enfermedades Cuarentenables

Fiebre Amarilla

La fiebre amarilla ha dejado de ser un azote en las ciudades de las Américas desde el descubrimiento del vector urbano y de medios eficaces para su control y erradicación. Sin embargo, al conocerse mejor la epidemiología de la enfermedad, las autoridades sanitarias se dieron cuenta de la grave y constante amenaza que representaba para los trabajadores de los bosques y los habitantes de las zonas vecinas donde abundan animales susceptibles y varias especies de vectores. Estas peligrosas zonas forestales se extienden en una faja transcontinental del sur de México al norte de la Argentina.

A pesar de los recientes avances en el conocimiento de la fiebre amarilla, quedan aún muchas cuestiones por contestar. No pueden predecirse las invasiones procedentes de las zonas selváticas y que pueden resultar devastadoras. Ciertos primates son francamente susceptibles a la infección y los marsupiales parecen ser un factor que mantiene la fiebre

amarilla en ciertas zonas. Se ha comprobado que algunas especies de mosquitos selváticos, especialmente los que pertenecen al género Haemagogus, debido a su densidad, infectabilidad y radio de vuelo, desempeñan un papel importante en la transmisión.

El área enzoótica donde el virus se mantiene permanentemente en los animales salvajes y donde el hombre puede infectarse también, comprende una vasta zona de este continente. En ella se encuentran las cuencas del Amazonas y del Río de la Plata, algunas de cuyas selvas están contiguas al curso del río, formando así una continuidad de selvas con los dos inmensos sistemas hidrográficos. En estas selvas se producen excursiones periódicas del virus de la fiebre amarilla. En condiciones favorables la fiebre amarilla brota en ondas que se extienden ampliamente, como por ejemplo, la que se observó de 1934 a 1940 en los Estados brasileños de Mato Grosso, Goiaz, São Paulo, Minas Gerais, Paraná, Santa Caterina, Río Grande do Sul, Río de Janeiro, en Paraguay y en la Provincia de Misiones, en Argentina. En 1950, ocurrió otro brote más rápido y violento que apareció primero en el norte y parte central de Mato Grosso y en el sur de Bolivia, y penetró en 1951 en el Estado de Goiaz. Después se extendió hacia la sección sudeste de Mato Grosso y a la frontera paraguaya (Bela Vista) y hacia la parte noroeste de los Estados de São Paulo y Minas Gerais. En 1952, llegó hasta las partes norte y central de Paraná y finalmente desapareció la epizootia a principios de 1953. En la parte norte de Sud América, la enfermedad se presenta en Perú, Ecuador, Venezuela y Colombia, se extiende a través de Panamá a los países de Costa Rica y Nicaragua en la América Central, y finalmente, llega a la frontera de Honduras.

La situación geográfica de la fiebre amarilla selvática está indicada por el número de casos notificados para el período de ocho años, 1946-1953, que se ve en la Tabla 5. Antiguamente, por regla general, sólo se notificaban los casos confirmados por las pruebas de laboratorio. Sin embargo, recientemente se han notificado casos clínicos en algunos países, y estos casos han sido incluídos.

TABLA 5

Número de Casos* de Fiebre Amarilla Selvática
Notificados en los Países de las Américas,
1946-1953

País	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953
Argentina	-	-	1	-	-	-	-	-
Bolivia	19	5	8	94	354	3	1	18
Brasil	1	2	3	6	4	50	223	39
Colombia	19	77	12	3	12	26	16	11
Costa Rica	-	-	-	-	-	39	18	-
Ecuador	-	-	-	1	-	65	-	-
Guayana Británica	-	-	1	-	-	-	-	-
Nicaragua	-	-	-	-	-	-	6	8
Panamá	-	-	5	3	1	1	1	-
Perú	3	4	1	4	16	4	1	-
Venezuela	11	3	1	-	3	3	1	6

*Los casos clínicos notificados incluídos en los totales son los siguientes: 3 en Panamá en 1948; 90 en Bolivia en 1949; 327 en Bolivia en 1950; 57 en Ecuador en 1951; y 7 en Brasil en 1952. No se disponía de información relativa a la confirmación por el laboratorio de 17 de los 18 casos notificados en Bolivia en 1953.

Se sabe que todos los casos notificados fueron mortales, con las excepciones siguientes: 1 en Bolivia en 1947; 1 en Bolivia en 1948; 50 en Bolivia en 1949; 328 en Bolivia en 1950; 4 en Brasil en 1951; 1 en Costa Rica en 1951; 41 en Ecuador en 1951; 5 en Costa Rica en 1952, y 7 en Bolivia en 1953.

Durante el período de cuatro años, 1950 a 1953, se notificaron casos de fiebre amarilla selvática en seis países de Sud América y tres de la América Central. Panamá notificó los primeros casos en 1948. La infección se extendió hacia el norte en la selva y se notificaron casos de Costa Rica en 1951 y de Nicaragua en 1952 y 1953. En una serie de mapas (Mapa 8) se muestran las zonas donde se notificaron casos durante los ocho años comprendidos de 1946 a 1953. Se iniciaron investigaciones epidemiológicas en América Central, bajo los auspicios de la Oficina en 1951, con el fin de determinar la presencia o ausencia de los vectores culícidos, de descubrir los posibles reservorios animales, de obtener material para estudios sobre inmunidad y para adiestrar al personal local en la técnica de captura de mosquitos y animales, así como en el muestreo de sangre. Otras investigaciones se relacionaban con la recolección de material para estudios de laboratorio, observación de ondas epizooticas y determinación de la propagación de la infección en las zonas forestales. Los estudios realizados en el oeste y este de Nicaragua, a lo largo de la frontera hondureña, dieron resultados de considerable interés. La ausencia en muchas zonas del Haemagogus spegazzini, considerado como el vector más común de la fiebre amarilla selvática y la presencia y abundancia de otros posibles vectores, sugiere la necesidad de pruebas de transmisión, a fin de determinar la función que desempeñan esos otros mosquitos en la transmisión de la enfermedad. Las muestras de hígado de monos muertos, especialmente el Alouatta, presentaron un número relativamente alto de lesiones histopatológicas de fiebre amarilla. Los resultados de la seroprotección en 202 muestras, especialmente 41 tomadas de monos de Tortuga (Fatima) al sudoeste de Nicaragua, 13 de los cuales dieron resultados positivos, proporcionaron nuevas pruebas de la función que desempeñan esos animales como reservorios de la enfermedad.

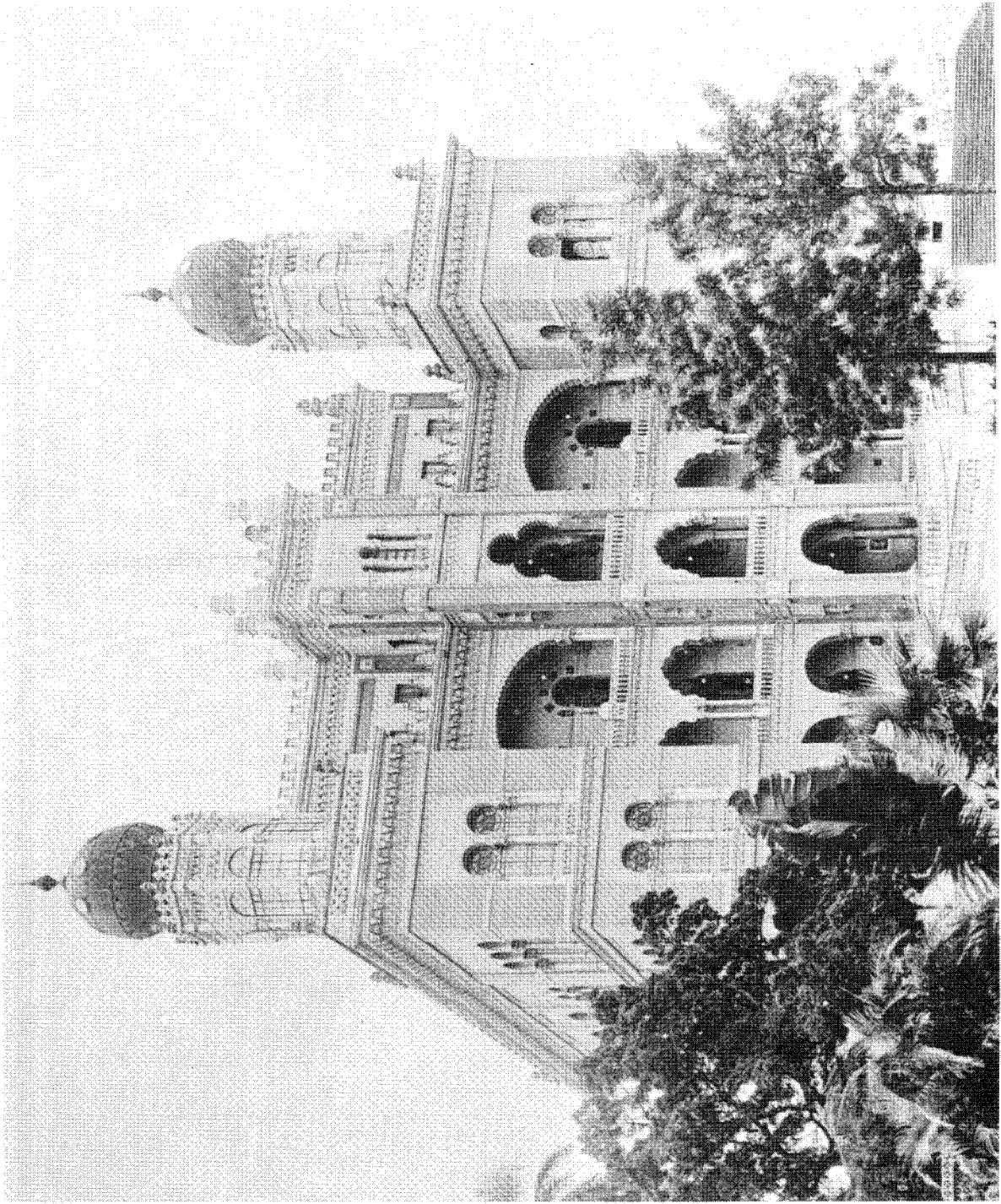
Esas observaciones subrayaron la necesidad de proseguir tales investigaciones, a fin de poder recoger datos más exactos sobre la transmisión de la fiebre amarilla selvática, especialmente en lo que se refiere a la posible incidencia de reservorios de virus que no sean los monos y a explicar ciertos aspectos de la epidemiología, que aun permanecen oscuros.

Para las poblaciones que habitan en las selvas o sus cercanías, la única medida de protección contra la fiebre amarilla selvática es la vacunación, que se practica siempre que se conoce la presencia del virus. Actualmente, no se puede predecir, en gran parte, la propagación del virus en la selva y no se dispone de información precisa que ayudaría en las campañas de vacunación. Los estudios epidemiológicos de viscerotomía y las pruebas inmunológicas tanto en los animales como en el hombre, si se efectuaran extensamente por los países afectados, proporcionarían este conocimiento necesario.

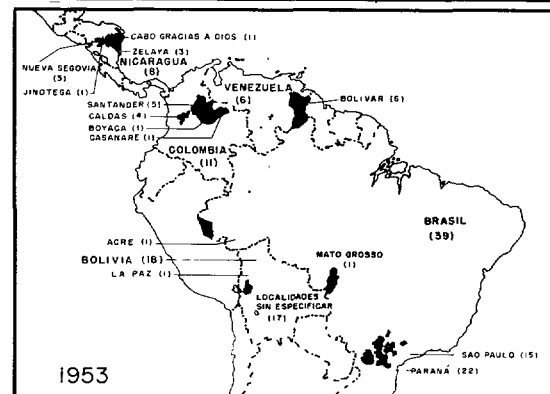
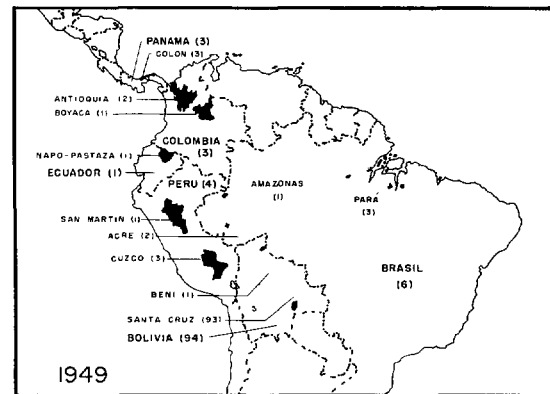
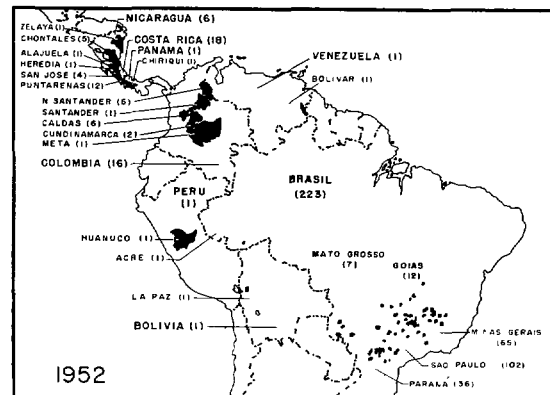
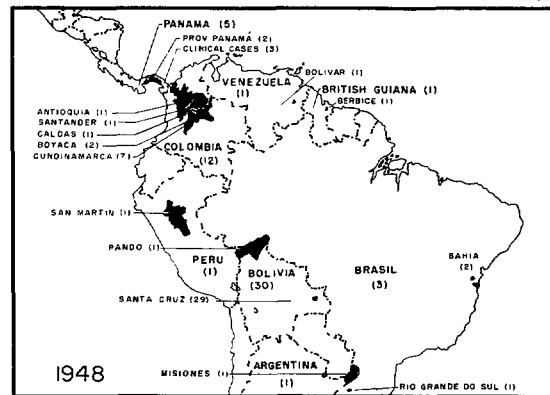
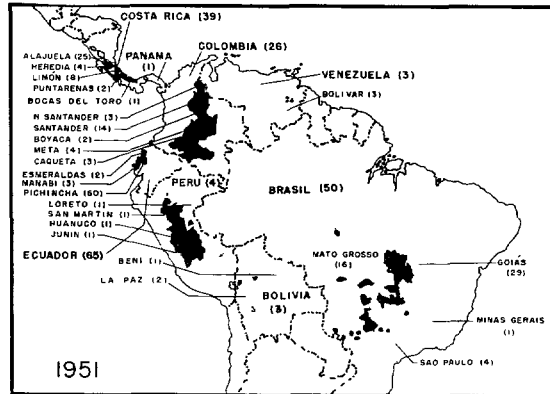
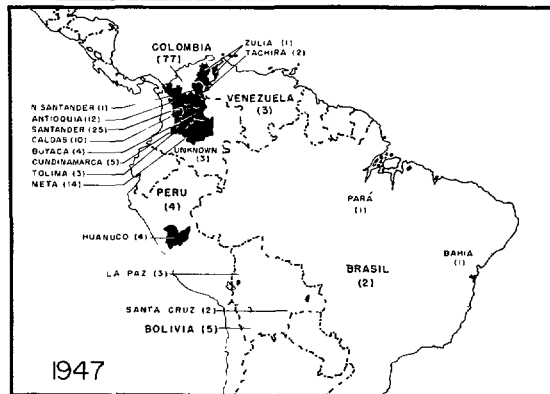
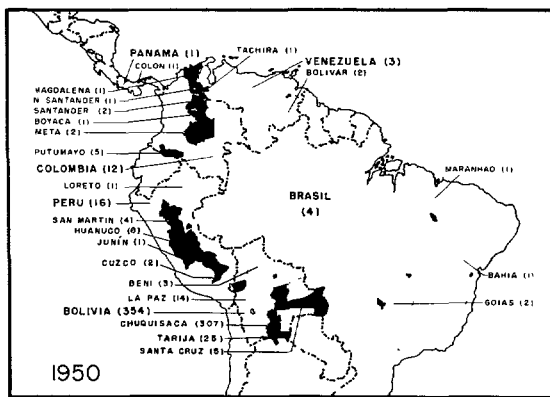
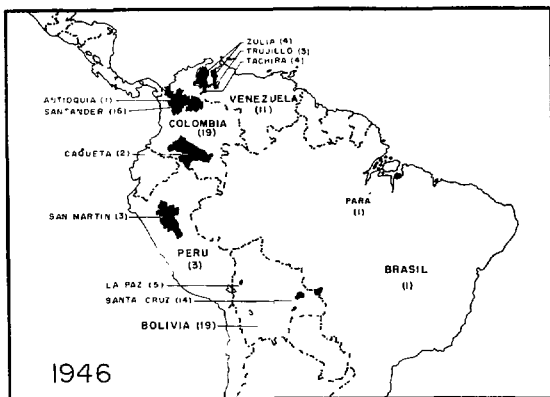
A fin de atender a las solicitudes cada vez mayores de vacuna antiamarilica, la Oficina ha ayudado a su producción en los laboratorios de Río de Janeiro (Oswaldo Cruz) y Bogotá (Carlos Finlay). La Oficina ha proporcionado materiales y equipo, así como la asistencia de expertos, a fin de ayudar al mejoramiento y estandarización en la preparación de la vacuna y al aumento de la producción total. En 1953, se reorganizó el Laboratorio de Bogotá y se instaló el nuevo equipo. Se tomaron las medidas necesarias a fin de suministrar el equipo destinado al nuevo laboratorio, que se construye en Río de Janeiro.

En 1953, el Laboratorio Carlos Finlay produjo 2,700,000 dosis, gran parte de cuya cantidad se envió a las Antillas Holandesas, Bolivia, Guayana Británica, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, Nicaragua y Venezuela. En el mismo año, el Instituto Oswaldo Cruz, de Río de Janeiro, produjo 11,700,000 dosis, de las cuales 11,000,000 se utilizaron en el Brasil y el resto se envió a la Argentina, Guatemala, Paraguay, Perú, Portugal y Uruguay.

Aunque el descubrimiento de la fiebre amarilla selvática ha revelado nuevos factores epidemiológicos, no se ha realizado ningún cambio material en el control internacional de la enfermedad, que esencialmente depende todavía de la prevención de la fiebre amarilla transmitida por el Aedes aegypti. La amenaza potencial que representa el movimiento del virus de la fiebre amarilla de las regiones de fiebre amarilla selvática a las zonas receptoras infestadas de aegypti, depende en gran parte de la existencia de colectividades infestadas de aegypti contiguas a la zona de infección selvática. La fiebre amarilla selvática tiende a extenderse de manera completamente independiente de las vías de tránsito humano, a través de las zonas forestales contiguas o cercanas. En esta forma, la enfermedad se movió internacionalmente de Brasil a Paraguay y la Argentina en 1937-38 y nuevamente en 1947-48; de



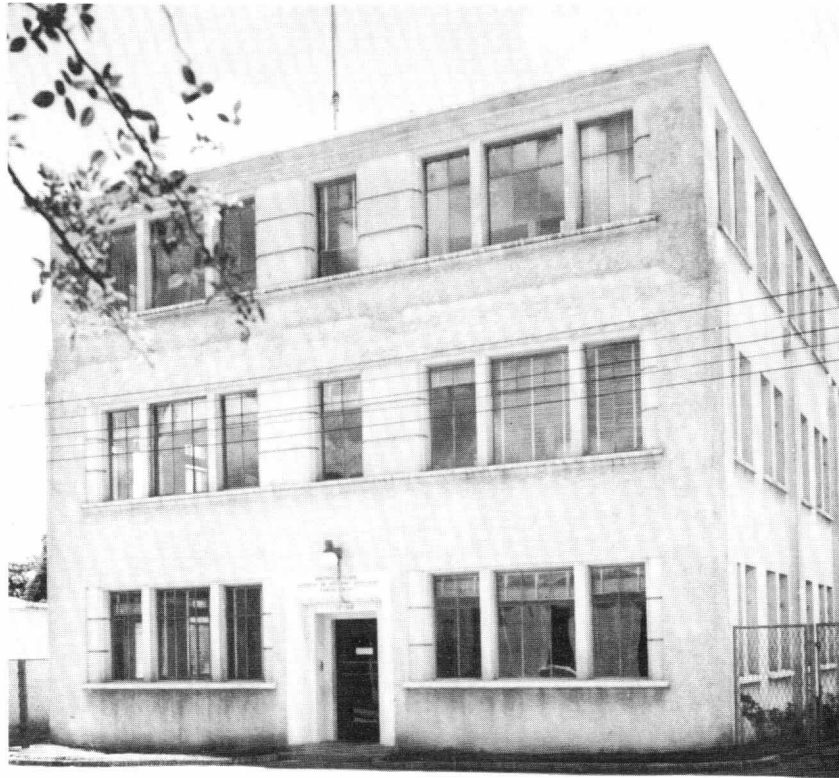
Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.



AREA CON NUMERO DE CASOS DE FIEBRE AMARILLA SELVÁTICA NOTIFICADOS EN LOS PAISES DE AMERICA, POR DIVISIONES POLITICAS, 1946-1953.

Panamá a Costa Rica y Nicaragua en 1951; y de Nicaragua a Honduras en 1953. Ni el hombre ni el mosquito Aedes aegypti han tenido parte en estos movimientos. No se ha observado que el hombre transporte el virus de la fiebre amarilla selvática lejos del punto de infección, y en ausencia de fiebre amarilla transmitida por aegypti, el hombre no ha representado una amenaza importante para el tráfico internacional. Por otra parte, la fiebre amarilla en una ciudad con puerto, en presencia de un alto índice de aegypti, hace fácilmente del hombre un peligroso portador del virus.

La erradicación del Aedes aegypti de todos los centros urbanos próximos a las zonas de fiebre amarilla selvática es la medida más importante que puede tomarse para la protección no sólo de esos centros en sí, sino de los centros infestados de aegypti en otras partes del mundo. La campaña continental para la erradicación del aegypti en las Américas, que se efectúa bajo los auspicios de la Oficina, de conformidad con una resolución del Consejo Directivo, tiene como objetivo impedir la reinfestación de los centros cercanos a las zonas selváticas, lo que resulta importante para cada uno de los países de las Américas. La Oficina viene publicando desde hace muchos años los índices de aegypti de los principales puertos y ciudades de sus Estados Miembros, en vista de que se considera más importante conocer la densidad de aegypti de una ciudad con puerto, como indicación de su amenaza potencial como fuente de fiebre amarilla, que conocer si se ha notificado o no la existencia de fiebre amarilla selvática en las zonas vecinas. Resulta grato hacer constar que en el período de 1950-53 no se ha notificado ningún caso de fiebre amarilla transmitida por Aedes aegypti*.



Instituto Carlos Finlay de estudios especiales,
Bogotá, Colombia.

*En abril de 1954 ocurrió un caso de fiebre amarilla selvática en la zona de Cumaca, de la Isla Trinidad. Si se hubiera erradicado de Trinidad el Aedes aegypti, esto hubiera representado sencillamente otro caso de fiebre amarilla selvática. Sin embargo, el hecho de haber encontrado infestación de Aedes aegypti en una aldea cercana a la selva, así como en las principales ciudades y puertos, hace de esta situación un asunto de interés internacional.

Sin embargo, la Oficina no ha podido todavía lograr una completa coordinación de actividades ni ayudar plenamente a todos los países a ejecutar las medidas que se sabe aseguran un éxito definitivo. El estado del programa de erradicación al terminar el año 1953, puede verse en la tabla siguiente.

TABLA 6

Estado de las Campañas de Erradicación del Aedes Aegypti—1953

Erradicación Terminada	Campañas en Períodos Finales	Campañas en Curso	Campañas Iniciadas	Campañas por Comenzar
Bermudas Bolivia Guayana Francesa Tobago	Brasil Costa Rica Chile Ecuador Guayana Británica Nicaragua Panamá Paraguay Perú Santa Cruz Uruguay	Colombia Deseada Dominica El Salvador Granada Granadinas Guadalupe y dependencias Guatemala Honduras Honduras Británico (Belice) Islas Vírgenes Jamaica María Galante Martinica México Puerto Rico República Dominicana San Cristóbal-Nieves Santa Lucía San Vicente Trinidad	Anguilla Antigua Argentina Aruba Bahamas Barbados Barbuda Bonaire Cuba Curaçao Montserrat Redonda Surinam	Estados Unidos Los Santos San Bartolomé San Martín

En algunos países se han emprendido las campañas de erradicación del Aedes aegypti como parte de las campañas de control de insectos, durante las cuales se ha controlado la malaria con insecticidas residuales. A pesar de la variación en los programas entre los países, la campaña de erradicación continental del Aedes aegypti avanza con buen impulso, como puede verse también por los breves resúmenes de los países.

América del Sur

Argentina. Un comité gubernamental está estudiando un proyecto de acuerdo con la Oficina, basado en un plan de operaciones que se presentó y discutió en septiembre de 1953.

Bolivia. Se completó la erradicación del Aedes aegypti en 1948. Durante los últimos años, se inspeccionaron las 65 localidades anteriormente infestadas y se confirmó la continuada ausencia del mosquito.

Brasil. Los datos disponibles en 1953 indicaban que no existían Aedes aegypti presentes. Durante el año, se trataron 310,000 casas, por el método perifocal y se inspeccionaron

333,000 casas. En ese mismo año se inspeccionaron todas las localidades, 26,000, con 11,000,000 de casas y 65,000,000 de criaderos.

Colombia. Prosigue la campaña de acuerdo con los planes y se está coordinando con el programa de malaria. De 789 localidades que antes eran positivas, se inspeccionaron de nuevo 756 en 1953 y todas, con la excepción de 13 resultaron negativas. De las 222,000 casas situadas en las localidades positivas, se visitaron 163,000 durante la última inspección.

Chile. Los últimos informes, diciembre de 1953, demuestran que con excepción de Tocapilla, las localidades originalmente infestadas, continúan siendo negativas.

Ecuador. De las 2,170 localidades originalmente inspeccionadas, 335 fueron positivas. Desde enero de 1952, no se ha encontrado en ellas el Aedes aegypti. Se continuarán las inspecciones a fin de confirmar la erradicación.

Guayana Británica. No se han encontrado Aedes aegypti desde 1950, pero en 1953 Georgetown sufrió una reinfestación por importación.

Guayana Francesa. La campaña iniciada en 1949 conjuntamente con la campaña antimalárica logró la rápida erradicación del Aedes aegypti.

Paraguay. No ha terminado aún la campaña iniciada en 1946. Las inspecciones hechas a fines de 1953 revelaron la presencia del Aedes aegypti en dos pequeñas zonas de Asunción después de un período de dos años, durante el cual al parecer se había eliminado el mosquito. Las investigaciones demostraron que no se trataba de un caso de reinfestación sino de focos que habían sido descuidados. Las 97 localidades que resultaron positivas en el interior del país, entre las 1,475 inspeccionadas, han permanecido negativas durante tres diferentes inspecciones y puede considerarse que se ha logrado la erradicación en esas localidades.

Perú. En diciembre de 1953 en la inspección de 191 localidades originalmente infestadas de las regiones de la costa y oriental, no se encontraron Aedes aegypti. Se ha extendido la campaña a otras partes del país, principalmente a lo largo de los ríos navegables de la región oriental y localidades de la costa en zonas rociadas con DDT como medida de control de la malaria.

Surinam. Se ha completado un estudio que ha revelado altos índices de Aedes aegypti.

Uruguay. La campaña contra el Aedes aegypti iniciada en 1948 tuvo éxito rápidamente en la mayor parte del país. En Montevideo (población 1,000,000 de habitantes) la infestación estaba generalizada y por razones financieras no se pudo emplear el DDT en todas partes. A fin de completar la campaña de erradicación se firmó un acuerdo en diciembre de 1953 con la Oficina.

Venezuela. En las regiones palúdicas que incluyen dos terceras partes de las áreas en que las condiciones son favorables al Aedes aegypti, se ha resuelto el problema rociando las casas repetidamente con DDT. En las otras áreas prosigue todavía la campaña iniciada en 1948. Aun se encuentra el Aedes aegypti en ciudades como Barquisimeto, Puerto Cabello y Valencia, y hay otras ciudades, incluso la capital, donde se sabe que existe el mosquito, pero su control no resulta ahora posible. Los datos de diciembre 1953 demuestran que de las 126 localidades anteriormente infestadas, 6 continúan siendo positivas.

América Central y Panamá

Costa Rica. No se ha hallado Aedes aegypti desde diciembre de 1951. Se continúan las inspecciones a fin de confirmar si se ha logrado la erradicación en las 103 localidades que resultaron positivas cuando se determinó el índice de infestación.

El Salvador. El número de localidades infestadas se ha reducido de 326 a 145. De estas últimas se inspeccionaron 62 en 1953 y 25 resultaron positivas.

Guatemala. Desde el comienzo de 1950 se han hecho inspecciones en 651 localidades y en 127 de ellas se encontró el Aedes aegypti. En 1952, una inspección de 108 localidades positivas demostró que sólo 4 continuaban aún infestadas. No se dispone todavía de información sobre la situación en las zonas rurales en que no se han realizado aún trabajos antimaláricos.

Honduras. La campaña de Aedes aegypti iniciada en 1950 progresa satisfactoriamente. De 53 localidades positivas al preparar el índice de 443 localidades, sólo dos continuaban positivas en 1953. No se han investigado aún ciertas áreas del interior.

Honduras Británico (Belice). La única campaña de control de insectos en el país ha sido la campaña de DDT contra la malaria. Sin embargo, se ha llevado a cabo tan bien que se considera que el Aedes aegypti ha sido erradicado. Aunque no se ha efectuado una inspección final, una inspección parcial no descubrió Aedes aegypti.

Nicaragua. Se inició la campaña en 1950 y se ha beneficiado con los rociamientos de DDT contra la malaria en todo el país. Se determinaron 1,506 localidades y al inspeccionar 1,453 de ellas, sólo 18 permanecían positivas. Desde marzo de 1952, no se han encontrado localidades infestadas. El trabajo de Nicaragua demuestra la rapidez y eficacia del rociamiento de las casas con DDT para la erradicación del Aedes aegypti.

Panamá. Desde septiembre de 1952, no se han encontrado localidades infestadas con Aedes aegypti. Ayudó a la erradicación del vector la gran campaña antimalárica, que se ha extendido prácticamente a todo el interior. Sin embargo, quedan por rociar zonas rurales y no se cuenta con datos suficientes que permitan una evaluación precisa del estado de la campaña.

Islas del Caribe

Antillas Mayores. A fines de 1953, se inició en Cuba la organización de una campaña de erradicación de Aedes aegypti. Se proyecta centrar las operaciones en las seis capitales de provincia. Se inspeccionó la capital y se encontró fuertemente infestada.

La campaña de erradicación en Haití que al principio no se llevaba a cabo con regularidad, pareció marchar más satisfactoriamente en los últimos meses de 1953. Se encontraron altos índices en Port-au-Prince y de las 154 localidades visitadas en el interior, 125 resultaron positivas. Se inspeccionaron 5,638 casas y 495 de ellas (9%) estaban infestadas de Aedes aegypti. Este grave problema podría ser mejorado extendiendo el rociamiento de DDT contra la malaria a toda la región del interior.

La campaña en la República Dominicana comenzó en agosto de 1952 y sigue su curso en la forma prevista. El alto índice de 35% que se encontró en la capital, había disminuído en 3% al final del séptimo ciclo de trabajo. En 1953, 526 secciones de las 1,666 de que consta el interior resultaron positivas. En 1953, el rociamiento con DDT para el control de la malaria en el interior, protegió 168,000 casas de - 228,000 y está ayudando a la erradicación del Aedes aegypti.

La situación en Jamaica no es satisfactoria todavía. La campaña avanza lentamente y existe aún el Aedes aegypti hasta en las zonas inmediatas al mar de los puertos.

La campaña en Puerto Rico comenzó con la ayuda de la Oficina en abril de 1950 y una inspección preliminar reveló 79 localidades infestadas. El rociamiento de las casas con DDT se efectuó en casi todas las localidades de la Isla y en la actualidad se está efectuando una inspección. A fines de 1953, la ciudad de San Juan todavía estaba infestada.

Antillas Menores. En las Islas Vírgenes se ha erradicado el Aedes aegypti de Santa Cruz, pero Santo Tomás, San Juan, Anegada, Virgen Gorda y Tórtola, todavía están infestadas.

En el grupo de San Cristóbal, Nieves y Anguilla, se han completado las investigaciones sobre Aedes aegypti y el programa de erradicación está bastante adelantado.

En Antigua, Barbuda, Redonda y Montserrat, se han completado las investigaciones sobre Aedes aegypti. La infestación era muy fuerte y se comenzó un programa de erradicación.

Se ha encontrado Aedes aegypti en el grupo San Martín, San Bartolomé y Los Santos y se está estudiando un programa de erradicación.

En Deseada, María Galante, Martinica, Guadalupe y dependencias, se ha terminado un estudio. Debido al uso del DDT para el control de la malaria, la infestación es leve. El programa se está extendiendo ahora a las zonas no palúdicas, a fin de erradicar el Aedes aegypti.

En 1952, se completaron las encuestas en Santa Lucía, las Granadinas y Granada, encontrándose una infestación muy fuerte. El programa de erradicación avanzó bien en 1953 y las zonas urbanas se encuentran ahora libres de Aedes aegypti.

En Dominica y San Vicente, se completaron los estudios en 1953 y se encontró una infestación intermitente. Se está llevando a cabo un programa de erradicación en toda la isla conjuntamente con el de control de la malaria.

Los estudios realizados en Barbados descubrieron una alta infestación, pero en 1953 se comenzó una campaña de erradicación.

En Trinidad, el programa de erradicación avanza bien, excepto en las zonas de Puerto España y San Fernando. Además de las 40,000 casas rociadas regularmente con DDT en la zona palúdica, recientemente se ha rociado un número igual como parte de la campaña de erradicación del Aëdes aegypti.

Como resultado del programa de rociamiento de casas con DDT, que abarca toda la isla, se ha logrado la erradicación del Aëdes aegypti en Tobago.

Un estudio realizado en Curacao, Aruba y Bonaire, reveló una alta infestación, pero en 1953 se comenzó una campaña de erradicación.

Bahamas. Se han emprendido estudios y recientemente se inició una campaña de erradicación.

Bermudas. Se ha logrado la erradicación del Aëdes aegypti.

Norte América

Estados Unidos. Se encuentran criaderos de Aëdes aegypti en una gran área que incluye 18 Estados situados al sur de la línea que corre del sur de Virginia por el norte de Oklahoma y llega hasta El Paso, Texas, en la frontera mexicana. Los estudios* realizados durante la Segunda Guerra Mundial demuestran que 16 ciudades presentaban índices de 1% a 21% y en otra encuesta hecha en 1952, 10 de éstas continuaban siendo positivas, y 4 de ellas mostraban índices aun más elevados. Se considera que se ha erradicado el mosquito de Cayo Hueso, Florida, pues no se ha encontrado allí durante dos veranos consecutivos. En 1952, se hizo un estudio en otras 12 ciudades más y 7 de ellas revelaron índices de 0.5% a 11.3%.

México. La campaña de erradicación del Aëdes aegypti iniciada en 1950 fué interrumpida en julio de 1952 y aún no se ha reasumido. Se está gestionando un acuerdo para reanudar el trabajo a principios de 1954. El problema presenta grandes dificultades en México debido a que las zonas de infestación se extienden a todo lo largo de las regiones de las costas del Atlántico y del Pacífico hasta las partes más bajas de la Cordillera Central, y toda la Península de Yucatán. De 659 localidades cuyo índice se había determinado, 415 resultaron positivas y 170 continuaban infestadas cuando se suspendió la campaña.

Viruela

La viruela sigue siendo un problema en las Américas. Algunos países no han notificado ningún caso, otros han notificado algunos, pero en ciertas partes de muchos países la enfermedad ha sido grave durante los últimos ocho años. Aunque ha sido incompleto el número de casos notificados, es sin embargo considerable, como puede verse en la Tabla 7. Un estudio de esta tabla indica una tendencia descendente y el momento parece oportuno para avanzar el programa de erradicación.

Se ha recogido abundante información sobre los aspectos clínicos y epidemiológicos de la enfermedad; el diagnóstico es relativamente sencillo, la forma de transmisión bien conocida, y lo que es aún más importante, desde hace 150 años se cuenta con un arma de control eficaz y sencilla. Sin embargo, a pesar de todos esos factores favorables, el progreso de la erradicación ha sido desalentadoramente lento. Uno de los mayores obstáculos, en el pasado, ha consistido en la falta de medios para transportar la linfa glicerizada adecuadamente refrigerada. La Oficina, por lo tanto, ha estimulado el desarrollo de una vacuna seca que conserve su potencia durante un largo período sin necesidad de refrigeración. En la XIII Conferencia se informó que en 1950 se había preparado una vacuna de esta clase, en las experiencias hechas en los Institutos Nacionales de Higiene y los Laboratorios del Departamento de Sanidad del Estado de Michigan, en los Estados Unidos. Este último laboratorio suministró 50,000 dosis que se usaron con éxito en demostraciones de campo en el Perú, donde se

*Bradley, G. H., y Atchley, F. O., "The Aëdes aegypti Situation in the United States" (En las actas de la Asociación para la Exterminación del Mosquito, New Jersey, 1953, pp. 104-8).

TABLA 7

Número de Casos de Viruela Notificados en las Américas
1946-1953

Area	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953
<u>Países</u>								
Argentina	71	46	166	1176	4462	984	740	232
Bolivia	1672	500	831	805	644	759	590	398
Brasil (Capitales de Estados solamente)	1227	869	1288	670	706	1190	1318	875
Canadá	2	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	877	4903	7356	3040	4818	3844	3235	5467
Costa Rica	-	9	-	-	-	-	-	-
Cuba	-	-	-	5	-	-	-	-
Chile	-	-	5	4	3564	44	14	7
Ecuador	114	2984	3856	657	241	233	670	703
El Salvador	-	-	-	-	-	-	-	-
Estados Unidos	337	176	57	49	39	11	21	5
Guatemala	1	11	6	4	10	3	-	4
Haití	-	-	-	-	-	-	-	-
Honduras	-	-	-	-	-	-	-	-
México	600	1125	1541	1060	762	27	-	-
Nicaragua	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	2	1	-	-	-	-	-	-
Paraguay	124	2207	1451	175	135	282	313	-
Perú	700	537	7105	6305	3753	1218	1370	163
República Dominicana	-	-	-	-	-	-	-	-
Uruguay	167	326	-	9	3	-	16	7
Venezuela	2970	6315	6358	3951	2181	206	127	250
<u>Territorios</u>								
Guayana Británica	-	-	-	-	-	11	-	-
Honduras Británico (Belice) . .	-	-	1	-	-	-	-	...
Trinidad y Tobago	-	-	13	-	-	-	-	...

... Se desconoce

- Ninguno

habían notificado 6,000 casos en 1949. En esta demostración de campo las vacunaciones contra la viruela se hicieron en los brazos derecho e izquierdo, usando respectivamente linfa glicerizada y la nueva vacuna seca. Un mes antes de usarlas ambas vacunas se habían expuesto a la temperatura ambiente. La vacuna "tomó" en el 73 por ciento de las vacunaciones con linfa glicerizada, y en 95 por ciento de las vacunas secas.

Estimulada por este alentador experimento, la XIII Conferencia recomendó el desarrollo de un programa intensivo de vacunación y revacunación dirigido a erradicar la enfermedad del Hemisferio. La Conferencia recomendó, además, la ejecución de ese programa bajo los auspicios de la Oficina. Se lograron nuevos avances en los programas de erradicación en virtud de decisiones del Consejo Directivo.

El Consejo Directivo, en La Habana, en 1952, autorizó la inversión de \$75,000.00 en un programa complementario de lucha contra la viruela, para 1953. Recomendó también al Comité Ejecutivo que incluyera tal programa en la sección inter-países del proyecto de programa y presupuesto para 1954.

La Sexta Asamblea Mundial de la Salud se interesó también en el problema y aprobó una resolución solicitando del Consejo Ejecutivo que llevara a cabo un estudio detallado de los medios para iniciar una campaña mundial contra la enfermedad. Este estudio debía incluir, inter alia, consultas con los Estados Miembros y con los comités regionales de la OMS.

A consecuencia de las resoluciones del Consejo Directivo, la Oficina pudo ampliar sus actividades de modo que incluyeran no sólo servicios de asesoramiento técnico, sino también el suministro de materiales y equipo especial necesarios para la producción de vacuna seca en los laboratorios. Se dió enseñanza sobre técnicas de producción y se proporcionó asesoramiento respecto del planeamiento y ejecución de campañas de campo. Se estudió también la integración de esas campañas en el trabajo general de salud pública.

De conformidad con los acuerdos celebrados con los respectivos gobiernos, la Oficina proporcionó al Perú, Ecuador y Bolivia, los equipos y suministros necesarios para permitir a los laboratorios de esos países la producción de vacuna seca. El Laboratorio peruano esta ya en producción y se han tomado las disposiciones necesarias para prestar una colaboración semejante a la Argentina, Brasil, Cuba, Chile y otros países, a medida que lo necesitan. La clave de la erradicación consiste en poder contar localmente con las cantidades adecuadas de esas vacunas.

Peste

La peste apareció en fecha relativamente reciente (1899) en las Américas y durante muchos años ha preocupado a la Oficina debido a sus repercusiones internacionales. Al descubrirse la peste en los puertos, se aplicaban inmediatamente las restricciones de la cuarentena, y la subsiguiente interrupción del comercio amenazaba su vida económica. Como en el caso de la fiebre amarilla, las autoridades sanitarias se preocupaban, en primer lugar, de limpiar los puertos.

La Oficina ha colaborado durante muchos años con algunos países sudamericanos en las campañas antipestosas, ayudando en el control de los brotes epidémicos y en la erradicación de la enfermedad en las ciudades. Con este fin, la Oficina facilitó los servicios de un consultor (John D. Long) quien durante 20 años colaboró con los gobiernos en la organización y desarrollo de los servicios de control de la peste. Esta colaboración resultó decisiva para alcanzar la desaparición de la peste de los puertos de las Américas y en 1938, Guayaquil, el último puerto infectado, quedó finalmente libre de la enfermedad.

Más adelante, se agregaron los servicios de otro experto para dirigir investigaciones especiales, y los estudios realizados en el Ecuador, Perú y Brasil contribuyeron materialmente al éxito de las campañas en esos países.

El estudio de recientes investigaciones y los informes de expertos en este campo indican que los nuevos métodos de exterminación de ratas e insectos, permiten la eliminación de la peste en pueblos y aglomeraciones, sin cambios radicales o costosos de saneamiento del medio.

En estos últimos años, se ha notificado la presencia de la enfermedad en zonas rurales de la Argentina, Brasil, Ecuador, Perú, Venezuela y los Estados Unidos y en todos esos países es enzoótica entre los roedores silvestres. Esto es importante, pues en ciertas áreas representa una amenaza constante de infección humana. Numerosos investigadores de la Oficina han brindado valiosa colaboración en los estudios epidemiológicos de la peste realizados en diferentes países americanos, como el Ecuador, Perú, Brasil y Venezuela.

La Oficina firmó un acuerdo con el Gobierno del Ecuador, a fines de 1950, en cumplimiento del cual la Oficina le proporcionó asistencia técnica y una cierta cantidad de equipo de trabajo y materiales. En 1951, la Oficina proporcionó asistencia técnica y una cantidad de equipo de trabajo y materiales al Gobierno del Perú para las actividades de control.

En 1953, el Gobierno de Bolivia solicitó la colaboración de la Oficina para preparar un estudio de la peste. La zona infectada se extiende de norte a sur de la provincia de Ichilo a la frontera argentina y de este a oeste de Charagua, en la Provincia de Cordillera a la Provincia Zudanez. Esta zona tiene una extensión de 26,000 kilómetros cuadrados aproximadamente. En años recientes se ha puesto de manifiesto la tendencia de la enfermedad a extenderse hacia la cuenca del Amazonas, poniendo así en peligro una nueva área de gran



Preparación de ratas para examen en el laboratorio durante la Campaña Antipestosa, Guayaquil, Ecuador.

extensión. El problema es esencialmente de naturaleza rural y solamente en casos aislados tiene importancia urbana o para las familias. Hasta ahora se han identificado dos especies de roedores que sirven de reservorio, pero es probable que otras especies también lo sean. Actualmente se está investigando esta posibilidad y se está tratando de determinar la distribución geográfica de las poblaciones de roedores. La Oficina enviará un experto de gran experiencia en estudios epidemiológicos sobre la peste para que colabore en la investigación de este problema en Bolivia y en las zonas vecinas del Perú.

Como puede verse en la Tabla 8, durante los últimos cuatro años se han notificado relativamente pocos casos humanos, y sólo dos pequeñas epidemias, una en Bolivia en 1952 y la otra en Ecuador y Perú en 1953.

TABLA 8
Número de Casos de Peste Notificados de Países de las Américas
1946-1953

País	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953
Argentina	10	4	12	-	-	-	2	-
Bolivia	13	19	3	3	22	10	55	-
Brasil	289	88	386	95	55	20	65	10
Ecuador	45	21	40	19	28	35	43	90
Estados Unidos	-	1	-	3	3	1	-	-
Perú	126	172	73	46	35	23	26	79
Venezuela	-	-	7	2	5	7	-	1

Tifo

Aunque el número de casos de tifo notificados ha disminuído durante los últimos cuatro años (véase Tabla 9), la enfermedad continúa siendo motivo de preocupación en varios países.

TABLA 9
Número de casos de tifo* producido por piojos
Notificados de los países de las Américas
1946-1953

País	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953
Argentina	16	15	2	1	2	10	1	-
Bolivia	263	-	297	52	65	36	71	43
Colombia	1039 ^a	2686 ^a	3471 ^a	2798 ^a	2673 ^a	190	201	163
Chile	607 ^a	711 ^a	1193 ^a	526 ^a	473 ^a	593 ^a	178 ^a	-
Ecuador	1098	606	423	318	366	726	410 ^b	569
Guatemala	779	399	207	49	33	38	17	13
México	1978 ^a	2286 ^a	1997 ^a	1597 ^a	1223 ^a	1155 ^a	1018 ^a	762 ^a
Perú	1329	1719	1863	1830	1456	948	976	404

* Se han excluído los casos de tifo murino o producido por garrapatas

a) Todos los tipos

b) Diez meses



Rociamiento con DDT de las ropas y del cuerpo en la Campaña Antitifosa, Carcay, Perú.

En la América Central, el tifo ha dejado de ser un grave problema sanitario, desde los buenos resultados logrados con las campañas de vacunación y de despiojamiento con DDT en Guatemala, realizadas con la colaboración de la Oficina desde 1946 hasta 1950. Es alentador observar que al parecer el trabajo continúa realizándose de manera satisfactoria.

La enfermedad es endémica en las regiones andinas del Perú y Bolivia especialmente en los alrededores del Lago Titicaca. En 1950, los gobiernos de esos dos países, con la colaboración del UNICEF, iniciaron un programa limitado de control. Consistía principalmente en la aplicación de polvos de DDT a las personas, ropas de cama y prendas de vestir, en las zonas infectadas. La eficacia del DDT aplicado regularmente en esta forma cada seis meses, quedó definitivamente comprobada, y se comenzaron a planear métodos mejores y más económicos para las campañas de control. En 1952, la Oficina nombró a un experto con gran experiencia en el control del tifo, para que ayudara en las investigaciones epidemiológicas, el mejoramiento de las técnicas de laboratorio y el desarrollo de métodos adecuados a aplicar en un programa de control a largo plazo. Durante 1953, el programa se extendió hasta incluir una zona más amplia. Se han empleado dos formas en la aplicación del DDT, una la de rociamiento colectivo periódico de las personas, vestidos y ropas de cama en las zonas escogidas, y otra la de espolvorear a los enfermos y contactos. Asociado a estos procedimientos se lleva a cabo una campaña de educación sanitaria.

A fines de noviembre de 1953, solamente en Perú se había rociado un total de 1,284,016 personas, 425,854 habitaciones y 9,176,388 prendas de vestir. Para fines de octubre de 1953, en Bolivia se habían rociado 146,470 personas, 109,446 habitaciones y 1,005,809 prendas de vestir. Los resultados obtenidos en Perú pueden verse en la Tabla 10.

TABLA 10

Tifo. Tasas de Morbilidad y Mortalidad por
100,000 Habitantes (Perú)

Departamento	Tipo de Tasa	1950	1953*
Cuzco	Morbilidad	95.6	1.4
	Mortalidad	6.6	0
Puno	Morbilidad	32.6	8.5
	Mortalidad	6.1	0
Arequipa	Morbilidad	48.0	9.1
	Mortalidad	1.1	0.5

*1 de enero - 30 de noviembre solamente

En la lucha contra el tifo es de gran importancia disponer de una vacuna potente, fácil de preparar. Se ha desarrollado una vacuna viva de tifo de alta potencia antigénica. La Oficina colabora con la Universidad de Tulane en las pruebas experimentales de esta vacuna con el fin de obtener información sobre la dosis adecuada, vía de inoculación, respuesta de inmunidad, gravedad de las reacciones, y sobre la eficacia epidemiológica de la vacuna para impedir la aparición natural de la enfermedad. Antes de escoger la población de ensayo, se recogieron y examinaron varios millares de especímenes de sangre.

Las pruebas de vacunación se llevaron a cabo en dos grupos de población. En Arequipa y sus alrededores se administraron diferentes dosis de la misma vacuna por diferentes vías, a 2,300 personas aproximadamente, y se estudiaron las reacciones generales locales a la inoculación, así como las respuestas inmunológicas. Las dosis mayores produjeron mejor respuesta inmunológica pero dieron graves reacciones locales y generales. Las dosis más pequeñas produjeron reacciones locales leves, pero dieron respuestas inmunológicas inadecuadas. Se continúan las investigaciones para determinar la dosificación necesaria para una respuesta inmunológica satisfactoria con reacción general moderada.

En otra prueba en el Departamento de Puno se inocularon 11,000 personas con vacuna o con una substancia inocua para tratar de evaluar la eficacia de la vacuna como medida preventiva. En las condiciones epidémicas de esta región, se considera que este número de personas es insuficiente para ofrecer resultados de importancia estadística y por lo tanto, se aumentará su número hasta 30,000 aproximadamente.

Otras Enfermedades Cuarentenables

En las Américas no han ocurrido casos de cólera durante varios decenios, ni al parecer han existido amenazas de introducción desde la fecha de la epidemia en Egipto, en 1947. El número de fallecimientos ascendió en Egipto aproximadamente a 20,000 y las autoridades sanitarias del Brasil se sintieron obligadas a tomar medidas contra la posible importación de la enfermedad. En años recientes no se ha confirmado en las Américas la existencia de fiebre recurrente producida por piojos.

Malaria

Durante siglos la malaria ha constituido el más grave problema sanitario de las Américas. Prevalcía desde las zonas del norte a las templadas del sur y no solamente costó gran número de vidas, sino que debido a sus efectos debilitantes, retardó el desarrollo agrícola e industrial. Dondequiera que la incidencia era alta, la malaria redujo o incluso invalidó los efectos beneficiosos de los programas generales de salud pública. Dándose cuenta perfecta de la necesidad de vencer este obstáculo, el desarrollo de los programas de control de la malaria constituían una preocupación de la Oficina. Se realizaron esfuerzos constantes para estimular la lucha antimalárica en todos los países donde la enfermedad representaba un problema y desde 1942, se han venido presentando a la Conferencia informes periódicos sobre el estado de los trabajos realizados.

El último informe*, presentado por el consultor especial de la Oficina a la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, era optimista. Esbozaba los cambios importantes que se habían realizado en las actividades antimaláricas durante los cuatro años anteriores; presentaba el estado del problema en los países más grandes y explicaba la organización gubernamental y el apoyo prestado a los programas de control de la malaria en todos ellos.

Casi todos los países contaban con unidades gubernamentales bien administradas encargadas del control de la malaria, que variaban desde simples oficinas que ejecutaban todas las funciones a divisiones completas con numerosas secciones.

El apoyo financiero variaba grandemente entre los países y fluctuaba de un año a otro. Aunque resultaba adecuado en algunos países para el control de la malaria, en aquellas partes en que el problema era más grave, el apoyo gubernamental raramente era suficiente para una efectiva campaña de erradicación nacional. Esta era la realidad, aunque prácticamente en todos los países (con dos excepciones únicamente) las campañas gubernamentales de lucha antimalárica recibían la colaboración de los Estados o provincias, municipalidades, empresas privadas y otros organismos.

La introducción del DDT modificó de manera considerable los métodos de control de la malaria y el informe hacía referencia al período de transición durante el cual el drenaje y los larvicidas cedieron el paso a los imagocidas, primero en soluciones y emulsiones y finalmente en polvos humectantes más económicos.

La experiencia había verificado que 2 gm. por m² de DDT aplicado en forma de pulverización residual en el interior de las viviendas, resultaba efectivo para cortar la transmisión. Esta nueva arma no sólo simplificó los procedimientos y redujo el costo del control de la malaria, sino que también proporcionó protección contra los insectos domésticos y las enfermedades que transmiten, como la filariasis, la enfermedad de Chagas y la peste. Además contribuyó al éxito de la campaña de erradicación del Aedes aegypti y aceleró su marcha.

*"Situación de la Lucha Antimalárica en el Continente Americano," IV Informe presentado sobre lucha antimalárica, por el Dr. Carlos A. Alvarado, Publicación No. 261, Anexo B, 1951.

La Oficina inició una campaña para fomentar que las labores más costosas de drenaje y larvicidas fueran reemplazadas por el uso del DDT y para que se ampliara simultáneamente la finalidad de las actividades antimaláricas adoptando la erradicación como objetivo final. Los imagocidas se hicieron populares, su uso aceleró el resultado de los programas de control de la malaria y las naciones comenzaron a entrever la erradicación de la enfermedad.

La Oficina continuó su estrecha colaboración con los países en que el problema de la malaria era muy difícil y en siete de ellos el UNICEF, facilitando equipos y materiales, dió un gran impulso a los programas de control. A principios de 1950, la situación era alentadora. La Guayana Británica había logrado la erradicación y de los países más grandes, dos no tenían malaria (Uruguay y Chile), dos prácticamente habían resuelto el problema (Argentina y los Estados Unidos) y dos se encontraban próximos a la solución (Brasil y Venezuela). En estos Estados estaba comprendida la mayor porción de las zonas potencialmente maláricas del Hemisferio. Venezuela ponía en práctica el rociamiento del 72 por ciento de las viviendas (350,000 de 470,000) de la zona malárica, y el Brasil del 84 por ciento (2,300,000 de 2,800,000). Aunque el Perú todavía no había emprendido una campaña de carácter nacional y se habían rociado solamente 95,000 de las 790,000 viviendas maláricas, ya se apreciaba una reducción de malaria. Exito semejante se obtuvo en otros países donde se empleó el DDT y se comprobaron los resultados.

El informe indicaba que los recursos financieros de las campañas antimaláricas eran adecuados en un número suficiente de países para proteger, por medio del rociamiento con DDT residual, el 75 por ciento del total de viviendas de las zonas maláricas de las Américas, quedando solamente un 25 por ciento, o sean 4,500,000 por rociar. El informe terminaba manifestando que la falta de apoyo financiero era el único obstáculo que quedaba y consideraba que con una suma adicional de diez millones de dólares al año para rociar el 25% de casas, antes mencionado, podría financiarse un programa suficiente para erradicar la malaria de las Américas.

En vista de los satisfactorios progresos realizados, que el informe señalaba, la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó una resolución recomendando que la Oficina Sanitaria Panamericana "incluya en sus programas de acción, desde el presente, el desarrollo de las actividades necesarias para propender a la mayor intensificación y coordinación de las labores de lucha antipalúdica en el continente, estimulando los programas en curso, y suministrando intercambio de información y asistencia técnica y, cuando fuere posible, económica a los diferentes países, a objeto de procurar la erradicación del paludismo en el Hemisferio Occidental."

De conformidad con las recomendaciones de la Conferencia, la Oficina brindó los servicios de consultores, expertos en la organización de campañas antimaláricas. Los Gobiernos comenzaron las campañas de control sistematizado encaminadas a la protección de toda la población, y en 1952 con la colaboración de la Oficina, estaban en curso de ejecución proyectos coordinados inter-países, en Centro América y Panamá, el área del Caribe y en varios países de Sud América. Como la situación de la malaria de 1950 a 1953, se explica en un informe separado presentado por el consultor especial de la Oficina, no se dará aquí una descripción detallada. Para fines de 1953, se habían organizado programas en cooperación en catorce países, a doce de los cuales el UNICEF proporcionaba materiales y suministros. Los programas de erradicación de la malaria, o bien han terminado o se encuentran en sus etapas finales o están bien adelantados en todos los países de las Américas, excepto dos, y en éstos se han iniciado campañas nacionales. Como resultado de ello, la enfermedad, en lugar de representar la más grave amenaza del continente, se ha reducido a un problema sanitario de menor importancia.

Si bien tienen motivos para sentirse orgullosas de esta notable realización, las naciones deben evitar el darse por satisfechas y prestar el apoyo suplementario necesario para lograr la erradicación. El hecho de que haya disminuído el temor a la enfermedad, puede reducir el entusiasmo, descuidar la inversión de fondos y demorar la realización del objetivo. Este es el momento oportuno para redoblar los esfuerzos y eliminar la enfermedad antes de que la demora permita el desarrollo de resistencia anofelina que podría prolongar el programa innecesariamente. Esto no es asunto sólo de interés académico, sino que representa un verdadero peligro. La resistencia del A. saccharovi al DDT ha sido notificada ya en Grecia, uno de los primeros países que usó el insecticida sobre una base nacional; y más recientemente la resistencia del A. sudaicus en Indonesia. En las Américas no se han encontrado aún

anofeles resistentes al DDT, pero sí han desarrollado resistencia otros insectos; y por lo menos un anofeles, el *A. albimanus*, en Panamá, ha manifestado un cambio de comportamiento después de sometido al DDT.

Existe otra razón, de apremiante carácter financiero, para acelerar la campaña de erradicación continental. Hasta que se elimina la malaria en un país, debe mantenerse un programa de rociamiento anual de viviendas a considerable costo, y hasta que los vecinos se hallen libres de la enfermedad es necesario establecer zonas que sirvan de valla. Después de terminada la transmisión de la malaria, la enfermedad desaparecerá durante algunos años, aun sin quimioterapia. Puede entonces lograrse una considerable economía anual reemplazando el rociamiento nacional de viviendas, con un servicio menos costoso de vigilancia y rociamiento de urgencia. Aun esos costos pueden reducirse e incluso eliminarse una vez lograda la erradicación hemisférica.

Desde que Ross acusó a los mosquitos de ser los vectores de la malaria, el alcance de la lucha contra ellos ha sido determinado, en gran parte, por la relación existente entre la urgencia del control de la enfermedad y la disponibilidad de fondos. Los trabajos de drenaje y el uso de larvicidas en aceite eran costosos y se empleaban cuando la necesidad era grande y la población densa. Los polvos larvicidas diseminados a presión redujeron los costos, permitiendo la participación de pequeñas colectividades y extendiendo las actividades de control incluso a algunas zonas agrícolas. Los imogocidas aplicados en forma de polvos humectantes han reducido aún más el costo y han hecho más asequible a los países el control de la malaria en escala nacional. A medida que se ampliaban las operaciones de control, se apreció más claramente la carga económica impuesta por la malaria puesto que una mano de obra más sana y vigorosa aumentó la producción industrial y agrícola, que, a su vez, mejoró la economía del país. En qué medida contribuyó el control de la malaria al notable avance económico del último decenio, no se sabe, pero debe haber sido importante.

Y sin embargo, el obstáculo más grande a la erradicación de la malaria continúa siendo la falta de fondos. Esto no debería ser así, porque la malaria habría desaparecido del mundo si los beneficios derivados de su control se hubieran invertido en su erradicación.

Enfermedad de Chagas

La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947) recomendó que se hicieran estudios epidemiológicos de la enfermedad de Chagas en los países de este Hemisferio. La Oficina patrocinó la Primera Reunión Panamericana sobre la Enfermedad de Chagas, que se celebró en la Argentina en julio de 1949. En 1950, un consultor de la Oficina sobre enfermedad de Chagas visitó la mayoría de los Estados americanos con objeto de reunir información sobre la extensión del problema, medios disponibles, métodos de control en uso y organización de los trabajos de investigación y control en los diferentes países.

La enfermedad de Chagas, que es una grave infección protozoaria producida por el *Trypanosoma (Schizotrypanum) cruzi*, está diseminada en los hogares rurales de América Latina. La infección es transmitida por grandes insectos hematófagos que infestan las paredes y los techos de palma de las viviendas más pobres. La enfermedad se limita generalmente a los grupos de ingresos más bajos.

La importancia de la enfermedad queda demostrada por los datos compilados en 1950. En la Argentina, el índice de infestación de los escolares rurales fluctuaba entre 15 y 40 por ciento. En Venezuela, el 33 por ciento de la población rural examinada presentaba la enfermedad. En Chile, se encontraba infectado el 12 por ciento, pero la enfermedad no presentaba las graves complicaciones cardíacas observadas en Argentina, Uruguay y Brasil.

La enfermedad de Chagas se puede controlar bien sea construyendo casas sin grietas, donde no puedan alojarse los insectos o por medio del ataque químico directo contra el vector.

En varios países se han efectuado estudios, incluso pruebas de campo y de laboratorio en gran escala. Se han obtenido resultados variables cuando han sido aplicados insecticidas residuales a las paredes interiores de las viviendas rurales. Al principio se usó DDT, pero se vió que era de limitado valor. El Gamexano (BHC) resultó ser un útil instrumento si se aplicaba con frecuencia, pero no completamente eficaz. Más recientemente se ha comprobado en estudios de laboratorio, en Venezuela, que el dieldrín es muy eficaz. Aplicado en dosis de 0.5 gramos o de 1 gramo por metro cuadrado, resultó efectivo durante 16 y 24 meses

respectivamente. Los estudios de campo demostraron que tanto las suspensiones en agua como las soluciones de kerosina, rociadas a razón de 1 gramo de dieldrín por metro cuadrado eran eficaces durante un período de más de 7 meses. Esto indica que se dispone de un método práctico para eliminar la enfermedad por medio del uso del dieldrín para erradicar los triatomas.

Por lo tanto, la Oficina ha estimulado a los Gobiernos a extender sus actividades en el estudio y control de la enfermedad y ha colaborado con varios países para ampliar o iniciar programas de control de insectos, que incluyen aquellas medidas que se sabe que son efectivas contra los triatomas así como contra otros insectos vectores de la enfermedad. En los programas de sanidad rural en que colabora la Oficina se da constante atención a los problemas de la vivienda rural y de la educación sanitaria, ya que tienen relación con la enfermedad de Chagas.

Tuberculosis

A pesar de los notables avances realizados durante los últimos años en el desarrollo y aplicación de antibióticos, la tuberculosis figura todavía entre las cinco primeras causas de mortalidad en varios países. La pérdida de riqueza nacional y de potencial humano que representa, a causa de su cronicidad y efectos debilitantes, es muy considerable, y mucho más cuando ataca durante la juventud y los años más productivos económicamente.

El UNICEF en los años que siguieron inmediatamente a la Segunda Guerra Mundial prestó ayuda a numerosos programas colectivos de BCG en Europa y desarrolló un interés semejante en las Américas. Naturalmente, gran parte de los trabajos de lucha antituberculosa de la Oficina han tenido lugar en colaboración con el UNICEF.

De 1950 a 1952, la Oficina colaboró con el Gobierno de El Salvador en un programa de control de la tuberculosis, que incluía el descubrimiento colectivo de casos, tratamiento ambulatorio, demostraciones a domicilio por enfermeras visitadoras, educación sanitaria del público y vacunación con BCG. A medida que se adiestraba al personal local gradualmente se hacían cargo de varias actividades, que posteriormente se incorporaron al programa general de salud pública del país.

En agosto de 1952, se inició un programa semejante en el Paraguay, que todavía continúa. En ambos países se dió particular importancia al diagnóstico exacto de la tuberculosis por medios bacteriológicos y se adiestró a técnicos de laboratorio en los métodos de aislamiento e identificación del microorganismo causante.

En el Ecuador, El UNICEF colaboró con la Oficina para proporcionar equipo para el laboratorio de fisio-patología pulmonar y para un departamento de patología. La Oficina también proporcionó los servicios de un asesor y un técnico que ayudaron al adiestramiento de sus compañeros nacionales. El último continuó desarrollando los servicios de patología tan necesarios para la preparación de estudiantes de medicina y médicos. El diagnóstico bacteriológico exacto de la enfermedad también se hizo resaltar en el Ecuador y el UNICEF proporcionó equipo para el desarrollo de un laboratorio destinado a manipular gran número de especímenes. Se amplió el servicio de enfermeras visitadoras a domicilio, que ya existía en Guayaquil, con ayuda de los asesores de la Oficina y en general, se reforzó el programa de lucha antituberculosa.

Como parte integrante del programa de lucha antituberculosa en el Ecuador se estableció un centro de adiestramiento dedicado a ella. El Gobierno cedió un edificio para alojar a los becarios, proporcionó manutención y alojamiento y los medios necesarios para la enseñanza de laboratorio y clínica. En 1953, se dió el primer curso de enseñanza y se han presentado propuestas para ampliar este programa a fin de que incluya un número limitado de becarios internacionales durante los próximos años, proporcionando la Oficina la transportación de los becarios al Ecuador y regreso, y el Gobierno del Ecuador la manutención y alojamiento.

A fines de 1951, se inauguró en Jamaica un programa, que prosiguió durante 1953. La Oficina proporcionó los servicios de asesores en rayos-X y bacteriología y el UNICEF el equipo para el laboratorio de diagnóstico, el aparato de rayos-X y material para vacunación con BCG.

Con ayuda del UNICEF se inauguró un programa modificado en Honduras Británico (Belice) a fines de 1953 y continúa aún una campaña de vacunación con BCG.

A fin de facilitar el diagnóstico fidedigno de la tuberculosis por medios bacteriológicos, en Trinidad y Perú, el UNICEF proporcionó equipo y la Oficina envió asesores técnicos, que ayudaron a desarrollar los laboratorios así como a adiestrar al personal local en la realización de un programa de diagnóstico bacteriológico en gran escala.

Un aspecto interesante del adiestramiento del personal de BCG en las Américas fué el plan de adiestramiento denominado "Observador BCG." Se adjudicaban las becas (utilizando fondos del UNICEF, que se habían separado específicamente para ese fin) a ciudadanos de países próximos a inaugurar programas de BCG en los que se adiestraban esos nacionales participando en una campaña colectiva en otro país. Así, los grupos (un médico y dos enfermeras, cada uno) de El Salvador, Costa Rica y Jamaica se adiestraron en el Ecuador en 1950 y 1951. Después los que se habían adiestrado en Paraguay y Trinidad se enviaban a Jamaica mientras se encontraba en actividad su programa y Trinidad y Jamaica participaban en el adiestramiento del personal de las Islas de Barlovento, Guayana Británica e Islas de Sotavento.

Desde marzo de 1952 en adelante, la Oficina facilitó los servicios de un estadístico para adiestrar al personal local en la compilación y análisis de las pruebas de tuberculina y los datos sobre vacunación con BCG.

El desarrollo de los programas de vacunación con BCG dió lugar a la solicitud, en ciertas áreas, de más centros productores de vacunas. Sin embargo, un pequeño número de centros de producción puede justamente abastecer a todo un continente. El Comité de la OMS, de Expertos en Tuberculosis, en su Sexta Reunión recomendó que "una mayor multiplicación de centros de producción de vacuna BCG debía desaprobarse."

Durante los dos últimos años, la Oficina ha insistido en la necesidad de incorporar las campañas de vacunación con BCG a los programas generales de tuberculosis y salud pública nacional. La vacunación de la población contra la tuberculosis fué sólo una de las muchas actividades en un programa de prevención total de la enfermedad. Otros aspectos de la prevención de la enfermedad, tales como los que se refieren al control de la viruela, la difteria, tifoidea, etc., pudieron también desarrollarse utilizando el personal que de otro modo sólo hubiera trabajado con el BCG. Se está haciendo un esfuerzo para poner de relieve la naturaleza polivalente del trabajo de prevención de enfermedades, más bien que su limitación a campañas individuales. Esta actitud fué puesta de manifiesto claramente, en fecha reciente, por el Comité de la OMS, de Expertos en Tuberculosis que señalaba que "en los países donde se proyecta una campaña de vacunación con BCG en gran escala, su organización no debería dejarse a los centros de tuberculosis, sino que debería ser coordinada central o regionalmente y debería formar parte de los programas generales de salud pública. Las campañas colectivas debieran hacer uso de todos los medios apropiados de salud pública y de las instituciones, mientras que los Centros de Tuberculosis debieran concentrar sus esfuerzos en la vacunación de individuos y grupos especialmente expuestos."

Lepra

El Consejo Directivo, en su reunión de Lima celebrada en 1949, recomendó que la Oficina estudiara el problema de la lepra con el objeto de fomentar la adopción de medidas adecuadas para la coordinación de las actividades de control. En 1950, se nombró un consultor, quien llevó a cabo encuestas en Bolivia, Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú. Las encuestas comprendieron un estudio de la incidencia de la lepra, sus características, medidas de control existentes, servicios y medios disponibles y organizaciones tanto públicas como privadas que se ocupaban del problema. Con la ayuda del Leonard Wood Memorial se preparó un cuestionario, que posteriormente fué utilizado, habiéndose recopilado información de suma utilidad.

El Comité de la OMS de Expertos en Lepra se reunió en Río de Janeiro en 1952 y el informe de esta reunión, publicado posteriormente por la OMS, contiene útiles recomendaciones.

En 1953, se recibió una solicitud de colaboración del Gobierno del Paraguay para la ampliación de sus servicios de control de la lepra. La Oficina tomó las medidas necesarias para que el consultor que había estudiado la situación en 1950 volviera de nuevo a dicho país para ayudar en la preparación de un proyecto de plan de operaciones para un programa que incluiría el tratamiento a domicilio con sulfonas. En 1953, se decidió que el UNICEF podía prestar ayuda

en el campo de control de la lepra. La Oficina recibió solicitudes de ayuda de Surinam y Trinidad y se entablaron gestiones con otros Gobiernos del Area del Caribe para el desarrollo de un programa regional.

Treponematosis

Las distintas enfermedades agrupadas bajo el nombre de treponematosis tienen importancia en varias partes de las Américas. Las tres más importantes de este grupo son la sífilis, la frambesia y la pinta. Afortunadamente, se cuenta con una poderosa arma de salud pública: la penicilina, que resulta eficaz tanto como agente profiláctico como terapéutico.

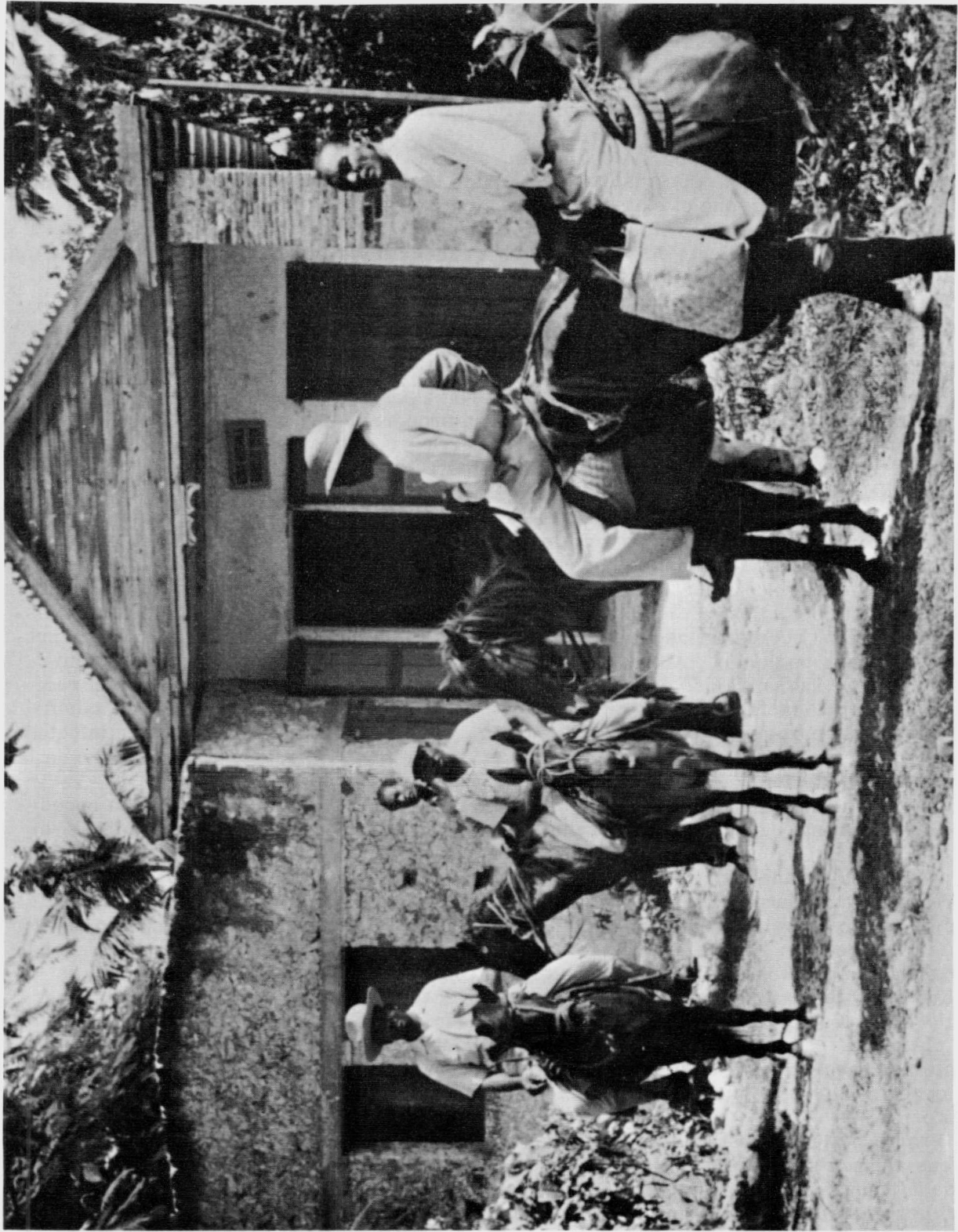
Teniendo en cuenta que el éxito en el control de la sífilis está estrechamente relacionado con la exactitud del diagnóstico, la Oficina ha estimulado la estandarización de métodos de laboratorio y el adiestramiento de técnicos. En razón de tener como objetivo la erradicación, el programa contra la frambesia en Haití ha merecido especial interés.

Haití. El programa de erradicación de la frambesia se inició en julio de 1950, con la colaboración de la Oficina y del UNICEF. Por medio del tratamiento de todos los casos y contactos con penicilina (penicilina G procaínica y monoestearato de aluminio (PAM)), se planeó no sólo erradicar la frambesia sino también controlar la sífilis en las zonas rurales. Al principio, las operaciones de campo se realizaron a base de centros móviles de tratamiento, pero pronto se observó que sólo se alcanzaba a una proporción insuficiente de la población, por lo que se adoptó el método de tratamiento de "casa por casa." En las aldeas y zonas rurales de Haití se trató a casi todos los habitantes, administrándose a los casos adultos 600,000 unidades de PAM en tanto que los contactos y niños recibieron 300,000 unidades. Se estableció una clínica de investigación en Baint con el objeto de evaluar este método de tratamiento. La dosificación antes mencionada es suficiente para que los casos infectivos dejen de ser infecciosos, con lo cual se rompe la cadena de transmisión.

En Port-au-Prince se estableció un laboratorio serológico para que sirviera de centro de serodiagnóstico y adiestramiento para la campaña. Hasta fines de 1953 se había administrado PAM a 2,613,000 personas en una población total de 3,112,000 habitantes, lo que representa el 84% de la población. Al mismo tiempo, se emprendieron encuestas con el objeto de determinar si se habían dejado de tratar algunos casos, o si los casos tratados habían recibido adecuada medicación. El programa de Haití ha establecido, de modo definitivo, que se puede llegar a la erradicación completa de la frambesia en una población altamente infectada, aún cuando todavía queden por determinar cuáles son los métodos que deben emplearse en las fases finales de la campaña.

Guatemala. En 1946, el Gobierno estableció en la ciudad de Guatemala, con la cooperación de la Oficina, el USPHS y los Institutos Nacionales de Higiene de Estados Unidos, un laboratorio para el estudio de los aspectos serológicos de las enfermedades venéreas en Centro América y Panamá. En 1948, el Gobierno y la Oficina convinieron en proporcionar nuevo equipo, suministros y personal técnico al laboratorio, con el objeto de ampliar sus servicios y de convertirlo en centro para el adiestramiento de serólogos en el control de las enfermedades venéreas. El laboratorio coopera también en la distribución de antígenos estandarizados a otros laboratorios serológicos con el objeto de mejorar la calidad y la exactitud del trabajo de estos últimos. Técnicos procedentes de los países vecinos han participado en varios cursos de adiestramiento realizados en el laboratorio. Un consultor a corto plazo ha prestado ayuda a los países participantes en el estudio de los métodos de sus laboratorios serológicos y en la evaluación de los resultados obtenidos en los cursos antes mencionados. Se han recibido informes alentadores acerca de la eficiencia de dichos laboratorios.

Frontera México-Estados Unidos. Durante 1948 y 1949, la incidencia de enfermedades venéreas alcanzó su punto culminante a lo largo de la frontera México-Estados Unidos en la zona de Tijuana-San Diego. Esta zona fué escogida en 1949 como lugar para el desarrollo del primer proyecto de ensayo de la profilaxis contra la sífilis y la blenorragia mediante la administración de penicilina a los grupos de población considerados como más susceptibles de propagar las infecciones venéreas. La Oficina colaboró en esta labor, aportando los servicios de un consultor en el control de las enfermedades venéreas, así como penicilina y material de educación sanitaria. El Gobierno facilitó el personal local, las instalaciones y servicios y el equipo necesario.



Grupo preparado para visitas rurales en la Campaña de Erradicación del Píam, Haití.

Con anterioridad a 1949, se disponía de escasa información sobre el valor profiláctico de la penicilina. Sin embargo, los resultados prácticos del programa demostraron la eficacia de este método de control, en el que se administraron 300,000 unidades de PAM cada siete días a aquellas personas que pudieran servir de reservorios de la infección.

Se procedió a la evaluación de los resultados por medio de repetidos exámenes clínicos y serológicos de las personas tratadas y mediante el estudio de las tasas de morbilidad de la sífilis y blenorragia, que presentaba el personal militar controlado. Se han conseguido resultados satisfactorios, habiéndose reducido en un 60% la incidencia de enfermedades venéreas en los grupos estudiados.

Otra interesante actividad ha sido la realización de un programa, bajo el patrocinio conjunto del USPHS y de la Oficina, para el adiestramiento de investigadores mexicanos no profesionales de enfermedades venéreas, especialmente en los métodos de tratamiento complementario de los contactos. Se adjudicaron becas a dos investigadores no profesionales para que participaran en un curso de adiestramiento de dos semanas en Atlanta, Georgia, bajo los auspicios del USPHS.

Paraguay. La Oficina colabora con el Gobierno del Paraguay en el planeamiento y desarrollo de un programa de control de las enfermedades venéreas en la zona Asunción-Villarrica, facilitando personal, suministros y equipo. La labor se extiende ahora a las zonas rurales y se han alcanzado progresos en la estandarización de métodos y en el adiestramiento de personal.

Ecuador. En 1950, se emprendió un programa de demostración, en pequeña escala, del control de la sífilis en la ciudad de Portoviejo, Ecuador. Tenía por objeto administrar a todas las personas comprendidas entre quince y cincuenta años, estuvieran o no infectadas de sífilis, dos inyecciones de 1,200,000 unidades de PAM a intervalos de cinco días, realizándose una prueba serológica en el momento de aplicar la primera inyección. Se trataba de lograr la eliminación de la enfermedad en la zona. Más de 6,000 personas recibieron tratamiento durante la campaña.

Más tarde, el programa se extendió a la zona cercana de Manta, con el objeto de proteger los resultados alcanzados en Portoviejo, aplicándose el antibiótico a 7,300 personas. El método de tratamiento se simplificó, administrándose una sola dosis de 2,400,000 unidades de PAM. En 1953, se emprendió una campaña similar en Bahía con el mismo objetivo.

República Dominicana. En 1953, se firmó un acuerdo entre la Oficina y el Gobierno para la ejecución de un programa de control de las treponemosis. Se convino que la Oficina facilitaría los servicios de un consultor y el Gobierno aportaría todo el personal local y los materiales necesarios. Se han preparado programas de campo y se ha procedido al adiestramiento de personal.

Venezuela. Desde 1950, la Oficina ha cooperado con el Gobierno en un programa para la estandarización de los métodos serológicos en los laboratorios venezolanos y para el adiestramiento de médicos y técnicos de laboratorio, tanto de Venezuela como de otros países.

La Oficina proporcionó los servicios de un consultor así como equipo y suministros de laboratorio. El Gobierno prestó ayuda financiera para el adiestramiento de cinco becarios enviados por la Oficina y que procedían de la República Dominicana, Ecuador y Paraguay. Desde enero de 1950 a diciembre de 1953, habían recibido adiestramiento aproximadamente 160 técnicos de laboratorio, 45 funcionarios de salud pública y médicos de hospitales, 8 venereólogos, 63 médicos de zonas rurales y 30 estudiantes técnicos. Se llevaron a cabo varios estudios sobre las técnicas serológicas, la preparación de reactivos serológicos y otras materias afines.

Brasil. A fines de 1951, la Oficina cooperó con la Universidad de São Paulo en el establecimiento de un laboratorio, cuyas principales funciones habrían de consistir en la estandarización de las técnicas para el diagnóstico de la sífilis; en el adiestramiento de personal en esas técnicas; en cooperar en los programas de prevención de las enfermedades venéreas con métodos de laboratorio; en estudiar la incidencia y predominio de esas enfermedades en São Paulo y en fomentar la difusión de información sobre los adelantos más recientes en las técnicas de laboratorio de enfermedades venéreas. A este propósito, la Oficina contribuyó con los servicios de un consultor y la concesión de varias becas, así como suministros y equipo para el laboratorio. En 1953, se celebraron dos cursos en diagnóstico serológico, participando técnicos procedentes de varios Estados del Brasil. A fines del año, habían recibido adiestramiento 20 técnicos de laboratorio y en 1954 se proyecta facilitar la misma preparación a otros 30 técnicos.

Estados Unidos. La Oficina colabora con una subvención concedida al Departamento de Sanidad del Estado de Nueva York, en la labor encaminada a simplificar y evaluar la prueba de inmovilización del Treponema pallidum para el diagnóstico de la sífilis. La subvención de la Oficina cubre los sueldos de un serólogo y un técnico durante un año y facilita asimismo cierta cantidad de suministros. La prueba está basada en la inmovilización del Treponema pallidum por la sangre sífilítica en presencia de complemento y da muestras de poseer una alta especificidad. Si, como parece, fuera más específica que las pruebas serológicas estandard, sería de gran valor para diferenciar las positivas verdaderas de las falsas.

Salmonelosis

Las enfermedades entéricas están muy extendidas y ocurren con frecuencia en las poblaciones de muchos de los países de esta Región. Están reconocidas por todos los servicios sanitarios y se presta atención, en mayor o menor grado, a las medidas preventivas.

La Oficina, a través de sus oficinas de zona y del personal de programas, ha tratado de estimular la adopción de métodos modernos de control y ha facilitado servicios de asesoramiento técnico. Aun cuando no se ha dedicado un sólo proyecto a esta materia, se han logrado muchas mejoras por medio de la ayuda prestada a otros programas, tales como los de saneamiento del medio, control de insectos, clínicas de higiene maternoinfantil, servicios de higiene de los alimentos y de ayuda a laboratorios de diagnóstico y de producción de vacunas.

Brucelosis

La brucelosis es una enfermedad debilitante y a menudo crónica en el hombre y, por ser una de las principales causas de la pérdida de ganado, representa un grave problema económico. Muchos países han prestado recientemente mayor atención a esta enfermedad y, como consecuencia de ello, la Oficina ha concedido cierto número de becas y ha cooperado en la investigación y educación y en el establecimiento de programas eficaces de control.

La reacción de aglutinación del suero en la sangre es una prueba relativamente sencilla utilizada para el diagnóstico, tanto en el hombre como en los animales. Aun cuando la prueba de aglutinación se utilizaba extensamente, no se habían estandarizado, en escala internacional, los antígenos y técnicas de dicha prueba. Esto dió lugar a muchas discusiones e interpretaciones erróneas. Reconociendo esta situación indeseable, la XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947) recomendó "que se uniformen los métodos y medios de diagnóstico de brucelosis en América." El Segundo Congreso Interamericano de Brucelosis (Buenos Aires, 1948) recalcó asimismo la necesidad de llegar a la estandarización de los métodos de diagnóstico de la brucelosis humana y animal y recomendó el empleo de la reacción de aglutinación con un antígeno estandard.

Como consecuencia de todo ello, la Oficina, en cooperación con la Universidad de Minnesota, emprendió estudios de 36 antígenos de diagnóstico obtenidos de 25 laboratorios en 15 países diferentes. Los estudios revelaron la existencia de muchas diferencias en el grado de sensibilidad. Además, se descubrieron discrepancias en las técnicas de los métodos de prueba. De conformidad con la recomendación formulada por el Tercer Congreso Internacional de Brucelosis, la Oficina dispuso la distribución periódica a los laboratorios nacionales de muestras seleccionadas de suero, incluso suero seco estandard, a los fines de comprobación de las pruebas de laboratorio.

El Tercer Congreso Interamericano de Brucelosis, celebrado en Washington en noviembre de 1950, fué patrocinado por la Oficina, que más tarde publicó en forma de libro los trabajos científicos presentados en el mismo. Inmediatamente después de este Congreso, la Oficina facilitó la celebración de una reunión del Grupo Mixto FAO/OMS de Expertos en Brucelosis. El informe de este grupo se publicó en 1951 y la Oficina lo distribuyó en los países de las Américas. La Oficina ha enviado asimismo información técnica sobre brucelosis a los funcionarios competentes del Hemisferio y ha publicado artículos científicos en el Boletín.

La Oficina preparó una serie de seminarios de adiestramiento para abarcar todos los aspectos del control, incluso el diagnóstico y la producción de vacuna. El primer seminario

trató del diagnóstico y dedicó atención especial a la estandarización y producción de antígenos. Se celebró en Santiago de Chile en diciembre de 1952, con la participación de becarios de los países de Sud América. El segundo seminario se había previsto celebrarlo en marzo de 1954, en México, D. F., para los países de Centro América, Area del Caribe, Panamá y México. La Oficina consiguió los servicios de destacadas autoridades en la materia para dirigir esos seminarios de adiestramiento. En la selección de becarios de los países, se prestó igual atención a las solicitudes de becas presentadas por los Ministerios de Agricultura y de Sanidad.

La Oficina ha cooperado además en el programa de la Sede de la OMS encaminado al establecimiento de Centros de Brucelosis en distintas partes del mundo, en los que se llevan a cabo estudios sobre esta enfermedad y mejoras en las técnicas de diagnóstico y formas de tratamiento. Hasta ahora, se han establecido centros de esta clase en Argentina, México y Estados Unidos.

Difteria y Tos Ferina

Uno de los más importantes objetivos de salud pública en las Américas es la reducción de la mortalidad infantil. La eliminación de la difteria y de la tos ferina contribuiría en grado significativo a esta finalidad.

Aun cuando la difteria no constituye un grave problema en las regiones tropicales, causa inquietud en las zonas de clima templado. De los informes de casos y defunciones parece deducirse que la tos ferina en las Américas es una enfermedad muy común en la infancia y en la niñez y que causa muchas defunciones entre niños menores de un año de edad. Como quiera que las vacunas contra estas dos enfermedades se pueden producir adecuadamente en el mismo laboratorio e inyectarse simultáneamente, es costumbre combinarlas.

La experiencia ha demostrado que la inmunización sistemática y colectiva de los niños contra esas dos enfermedades, reduce la tasa de morbilidad a niveles muy bajos. Por consiguiente, la Oficina ha estimulado el desarrollo de laboratorios para la producción de vacunas contra ambas enfermedades y la organización de campañas de vacunación colectiva, dedicadas a los niños.

Con la ayuda de consultores facilitados por la Oficina y suministros y equipo del UNICEF, se han establecido laboratorios en los que se producen vacunas contra la difteria y la pertussis en amplias cantidades, pudiendo disponerse de ellas para su uso en los programas generales de salud pública de Colombia, Chile, Brasil y Perú. Se han completado campañas de vacunación colectiva en Chile y Colombia, está en fase avanzada la que se desarrolla en el Brasil y ha comenzado la del Perú. La Oficina facilita los servicios de prueba de las vacunas contra la difteria y la pertussis producidas por los laboratorios de todos esos países, mediante la concesión de una subvención, renovada cada año, al Laboratorio de Salud Pública del Estado de Michigan, el cual se encarga de esos servicios.

Influenza

La influenza constituye un problema de carácter mundial, que se presenta por lo general, en forma epidémica y da lugar a pérdidas económicas que, aun cuando muy difíciles de calcular, se sabe que son muy elevadas. Además, esta enfermedad o su principal complicación, la neumonía, causa la muerte de un gran número de personas todos los años.

La OMS ha planeado un programa contra la influenza en escala mundial, cuyos objetivos comprenden la centralización de la información al día sobre su predominio y distribución: la determinación de la cepa del virus que interviene en cada brote y la elaboración de métodos de control encaminados a limitar la propagación y gravedad de la enfermedad.

Se espera de este modo evitar un desastre parecido al que produjeron las intensas olas de la pandemia que comenzó en 1918. El virus fué virulento y la influenza mató no sólo a las personas ancianas y débiles, sino también a las jóvenes y vigorosas, (el 50% de las defunciones ocurrieron en el grupo de edades de 20-40 años). El índice del ataque fué elevado, 200-400 por 1,000 habitantes, y la tasa de defunciones llegó a altos niveles sin precedente. Fallecieron más

de 15,000,000 de personas, la industria estuvo a punto de quedar paralizada en algunos lugares, y muchas administraciones y servicios municipales quedaron desorganizados.

Con el objeto de llevar a cabo su programa, la OMS estableció una red de laboratorios en todas las regiones del mundo, mediante la designación de laboratorios nacionales como Centros de Influenza de la OMS. A la Oficina, en su calidad de Oficina Regional para las Américas, se le encomendó el desarrollo de la red en el Hemisferio Occidental. Se han designado como Centros de Influenza, 17 laboratorios distribuidos en los diversos países de la Región. También existe un Centro especial de Estudio de Cepas, situado en Nueva York, que sirve de laboratorio de consulta y referencia para toda la Región. La Oficina recopila y distribuye información técnica y facilita a los Centros antígenos y antisueros para el diagnóstico.

Las funciones de estos Centros son las siguientes:

1) Recopilar información epidemiológica e informar de la presencia de epidemias en los respectivos países a la Oficina, a la Sede de la OMS en Ginebra y al laboratorio de consulta y referencia.

2) Aislar y tipificar el virus presente en una epidemia, y si esto no es posible, identificar el tipo del virus que causa la epidemia mediante pruebas serológicas realizadas en la población.

Esta red de laboratorios ha comenzado a funcionar y se han enviado al laboratorio de consulta y referencia varias cepas de virus aisladas por los diferentes Centros. Se han formulado planes para la expansión del programa en la América Latina y para conseguir la cooperación de laboratorios situados en esta parte del continente.

La Oficina ha contado con la plena colaboración del Comité Asesor de Estados Unidos en el Programa del Centro de la OMS de Estudio de la Influenza, en la labor de establecer un programa de control de la influenza para las Américas, que pueda funcionar en forma adecuada.

Poliomielitis

Durante los últimos años se ha observado un aumento en la incidencia de la poliomyelitis en su forma paralítica, en varios países de las Américas. A fines de 1949 y principios de 1950 se registró un brote epidémico en la provincia de Santiago, en Chile. Se notificaron en total 373 casos y 39 defunciones. Las autoridades de Chile solicitaron la colaboración de la Oficina para mejorar los métodos de tratamiento.

Se facilitó un equipo compuesto de un oficial médico especializado en poliomyelitis, un fisioterapeuta y una enfermera. La labor del equipo representó una ayuda importante para el país y estimuló el interés del Gobierno y de la profesión médica en la ejecución de un programa para la rehabilitación de niños lisiados.

En noviembre de 1951, el Gobierno de Honduras solicitó la colaboración técnica de la Oficina para combatir un brote de poliomyelitis, y la Oficina envió un equipo similar al que había trabajado en Chile, obteniéndose resultados igualmente satisfactorios.

La Oficina facilitó asimismo los servicios de consultores para colaborar en programas de rehabilitación en México y Perú.

En septiembre de 1953, se reunió en Roma el Comité de la OMS de Expertos en Poliomyelitis y, entre otras, formuló la siguiente recomendación:

“Que laboratorios seleccionados entre los laboratorios de investigación de instituciones científicas con experiencia en las técnicas necesarias, sean designados Laboratorios Regionales con el objeto de examinar un número limitado de especímenes procedentes de países donde todavía no existan tales servicios. La principal tarea de estos Laboratorios Regionales consistiría en la identificación, tipificación y prosecución del estudio del virus de poliomyelitis y de virus no identificados aislados de heces en todas partes del mundo. Además se encargarían de la preparación, conservación y distribución de cepas de virus de la poliomyelitis, así como de tipificar antisueros específicos para fines de diagnóstico y tipificación, con el objeto de ayudar a otros laboratorios que trabajan en este campo.”

Se ha encomendado a la Oficina la función de llevar a cabo este programa en las Américas y se están ultimando las disposiciones para designar los laboratorios de consulta y referencia.

Rabia

La rabia, enfermedad de animales de sangre caliente, ha existido en las Américas desde hace más de dos siglos. Encierra importancia debido a la elevada tasa de mortalidad en los casos humanos y a que su continuidad en los animales constituye un peligro constante para el hombre. Aunque el sistema de notificación es incompleto en la actualidad se notifican más de 200 casos anuales en las Américas. Además, dondequiera que la enfermedad es enzoótica en los murciélagos vampiros, se producen grandes pérdidas económicas debido a la muerte de ganado vacuno y caballar atacado por los vampiros rabiosos.

La Oficina ha prestado servicios en este campo a los Gobiernos, proporcionándoles servicios de asesoramiento técnico en problemas de la rabia; ayuda en el planeamiento de campañas de control; asesoramiento en las técnicas de preparación de vacunas y servicios de pruebas pertinentes de las vacunas de producción nacional; y becas por las cuales se facilitó adiestramiento especial a funcionarios dedicados a la lucha antirrábica. La Oficina ha cooperado asimismo con el Comité de la OMS de Expertos en Rabia y en la preparación de un Manual para el control de la rabia.

En 1950, la rabia reapareció en Puerto Rico infectando mangostas así como perros, y la Oficina envió un miembro del personal para que ayudara al desarrollo de un programa de control. Como consecuencia del interés suscitado por el brote de Puerto Rico, en agosto de 1950 se celebró en Kingston, Jamaica, la Conferencia del Area del Caribe sobre la Rabia, bajo los auspicios de la Oficina. Se recomendaron medidas para la erradicación de la rabia en las islas infectadas y para prevenir su propagación a otras islas.

En el área de la frontera México-Estados Unidos y en los ranchos de México se creó una grave situación debido a la elevada incidencia de rabia en perros y animales silvestres, especialmente en los murciélagos vampiros. Los ataques de animales rabiosos, o que se sospechaban que estaban rabiosos, requirieron aplicar el tratamiento antirrábico a gran número de personas. Las pérdidas de ganado llegaron hasta tal punto a ser elevadas que, en algunas áreas, se suspendieron las actividades agrícolas. La Oficina cooperó en los subsiguientes programas de control, proporcionando cierta cantidad de equipo y materiales y los servicios de un experto empleado a tiempo completo. Este último prestó ayuda en el desarrollo de programas de control de los perros y vacunación en preparar la producción de vacuna avianizada contra la rabia; en la dirección de cursos de adiestramiento en diagnóstico de laboratorio, en la demostración de métodos de exterminación de animales silvestres, y en la organización de campañas de vacunación del ganado. También actuó de coordinador de los programas de control en ambos lados de la frontera México-Estados Unidos. Durante este período se llegaron a producir amplios suministros de vacuna eficaz y de confianza, la cual fué aplicada a más de 700,000 cabezas de ganado y 50,000 perros. Además, se realizaron estudios de la ecología de los vampiros y otros murciélagos, del papel que desempeñan en el problema de la rabia, y de los métodos para su exterminación. Muchos otros países se beneficiaron de este programa mediante becas concedidas a sus funcionarios nacionales, que fueron enviados para recibir adiestramiento de campo en la campaña antirrábica.

Este mismo consultor fue asignado más tarde para prestar servicios en Trinidad, Cuba y Estados Unidos. En este último país se realizó un estudio de los vampiros que emigran a través de la zona Big Bend de Río Grande, y se capturaron especímenes para análisis de laboratorio, con el objeto de determinar la incidencia de la rabia en los murciélagos, que emigran hacia el norte. Se han consignado créditos para contratar los servicios de un especialista en mamíferos, empleado a tiempo completo, para proceder al estudio más minucioso de la vida de los murciélagos vampiros y para elaborar métodos encaminados al control o erradicación de la rabia en estos animales.

Fiebre Aftosa

La fiebre aftosa es muy frecuente en la mayoría de los países de Sud América y causa graves pérdidas económicas. Rara vez infecta al hombre, pero tiene importancia, desde el punto de vista de la salud pública, porque causa la reducción de la producción de carne y de productos lácteos.



Vacunación de perros durante la Campaña Antirrábica a lo largo de la frontera México-Estados Unidos, El Paso, Texas.

En aquellos países en que la fiebre aftosa es enzoótica, los Gobiernos han adoptado medidas enérgicas encaminadas a su control y eventual erradicación, lo que requiere por un lado, intensos trabajos para erradicar la enfermedad en rebaños altamente infectados y, por otro lado, el establecimiento de zonas de protección entre los territorios infectados por la enfermedad y las áreas que han quedado recientemente libres de ella. Sin embargo, el proceso es lento y costoso. El éxito de estos programas depende, en gran parte, de la vacunación que, para que sea plenamente eficaz en algunos países, ha de proteger contra tres cepas diferentes del virus. Esto complica el problema puesto que el porcentaje de animales completamente protegidos disminuye a medida que aumenta el número de cepas-vacunas. Además, los animales han de ser vacunados tres veces al año. A pesar de estas dificultades, las campañas están rindiendo algunos resultados positivos y durante 1953, sólo se registró una nueva epizootia. Ocurrió ésta en el Estado de Veracruz, México, y fué sometida a control por la Comisión Estados Unidos-México.

En 1950, la Organización de los Estados Americanos, dándose cuenta de la falta de servicios de veterinaria en otros organismos interamericanos, solicitó de la Oficina que preparara y patrocinara un programa de asistencia técnica para el control de la fiebre aftosa. En colaboración con el Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas, la Oficina preparó un programa para la creación de un Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, que funcionaría con fondos de Asistencia Técnica. El Director presentó la solicitud de la OEA y los planes para un programa de control a la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana la cual, en virtud de resolución adoptada, autorizó la participación de la Oficina en la organización de un Centro de esta clase, hasta el momento en que algún otro organismo especializado de la OEA esté en condiciones de encargarse totalmente de este programa y bajo la condición de que el financiamiento del Centro se hiciera con fondos distintos de los de la Oficina.

En cooperación con el Brasil, se estableció el Centro cerca de Río de Janeiro. El Gobierno del Brasil proporcionó el terreno y edificios, los servicios de conservación, instalaciones y mano de obra local. Con fondos de la Asistencia Técnica de la Organización de los Estados Americanos, la Oficina proporcionó personal técnico para la plantilla del Centro y para facilitar servicios de asesoramiento a los Gobiernos. A fines de 1952, la construcción de los edificios estaba suficientemente adelantada para poder permitir el funcionamiento casi completo; se había reclutado el personal y se habían emprendido investigaciones y otras actividades. Durante 1953, se celebraron en el Centro dos cursos de adiestramiento, en los que participaron 16 becarios procedentes de 11 países. Además, funcionarios de varios países han visitado de cuando en cuando el Centro para recibir adiestramiento especial en ciertos aspectos específicos de la labor.

El Centro se ha dedicado desde un principio a estudios sobre la naturaleza básica de la enfermedad y virus afines. Se emprendieron estudios especiales encaminados a mejorar las técnicas de diagnóstico y el laboratorio ha examinado muchos especímenes recibidos de varios países, aclarando los diagnósticos difíciles. La necesidad más urgente consistía en el desarrollo de vacunas más eficaces y menos costosas que las que estaban en uso. Los experimentos realizados han permitido el desarrollo de métodos por los que se adaptaron con éxito los virus, primero, para el desarrollo en cría de ratón, más tarde en ratón adulto y después gazapos. Esto ha permitido reducir en gran medida el costo de los experimentos y se espera reducirlo aún más mediante la adaptación de los virus para desarrollo en el embrión del huevo de gallina.

Se ha abierto un interesante campo de investigación con el desarrollo de una técnica que permite separar de la suspensión del virus las partes relacionadas respectivamente con la incidencia y con las propiedades antigénicas de fijación del complemento.

Miembros del personal técnico han realizado visitas de campo a todos los países, con objeto de prestar asesoramiento en las técnicas de prevención y control de la fiebre aftosa. Estas visitas han sido bien sea de carácter general o con la finalidad específica de estudiar un problema especial que afectaba el programa de control de los países visitados. También colaboraron en las campañas educativas, para las que el Centro preparó un folleto titulado "El Magnífico Toro," explicando los peligros de la enfermedad y la importancia de su prevención. También ha preparado una película en colores hablada en español, titulada "Brote" relativa a los brotes de la enfermedad y ha preparado una guía y manual de adiestramiento relativos a los diversos aspectos del control de la fiebre aftosa. Además los miembros del personal han preparado varios trabajos técnicos para su publicación en revistas científicas.

Esquistosomiasis

La esquistosomiasis (bilharziasis) es una enfermedad parasitaria muy extendida en Africa y Asia y que también se halla presente en varios países del Hemisferio Occidental, especialmente en el Area del Caribe y en el Brasil. En algunas zonas del centro y nordeste del Brasil, se ha descubierto que la infestación alcanzaba hasta el 90% de la población rural. Muchas veces no se ha estimado suficientemente la importancia que tiene la esquistosomiasis desde el punto de vista de la salud pública, debido a que no se trata de una infección aguda de efectos fulminantes, sino que, por lo general, se considera como una enfermedad crónica que afecta a los habitantes de las zonas rurales y a los que entran en contacto con corrientes y aguas estancadas en las que viven los moluscos que sirven de huéspedes intermediarios. La naturaleza crónica de la enfermedad y las defunciones causadas eventualmente por los daños que acumulan constituyen un importante problema social-económico local.

En 1951, el Gobierno del Brasil emprendió un programa en cooperación con la Oficina y los Institutos Nacionales de Higiene del USPHS, encaminado a realizar pruebas de moluscocidas y llevar a cabo un estudio de los caracoles, huéspedes intermediarios del Schistosoma mansoni (la especie encontrada en América). Se sabe que, por lo menos, dos especies de caracoles, y posiblemente tres, sirven de huéspedes intermediarios.

Científicos del Brasil y de los Institutos Nacionales de Higiene han realizado estudios ecológicos de los caracoles y han probado su capacidad para resistir la desecación durante los largos períodos calurosos y secos. La infección en el caracol desaparece rápidamente, pero los caracoles resisten la desecación durante meses y vuelven a poblar rápidamente las aguas cuando llegan las lluvias. Las personas enfermas reinfectan pronto al caracol y el círculo vicioso vuelve a comenzar.

Se establecieron tres proyectos de ensayo en el Brasil con el fin de poder realizar pruebas de campo con varias especies de caracol en distintos tipos de terreno y bajo diferentes condiciones climatológicas. Durante los trabajos realizados anteriormente en Texas y Puerto Rico se habían ensayado más de 1,000 posibles moluscocidas. Desde que se iniciaron los actuales estudios se hicieron pruebas de laboratorio con otros 300. Sólo unos pocos ofrecieron posibilidades y fueron sometidos a pruebas en el campo. De todos ellos, el pentaclorofenato de sodio parece ser el más eficaz y las pruebas de campo relativamente intensas llevadas a cabo en el tratamiento de estanques y corrientes han confirmado su valor práctico.

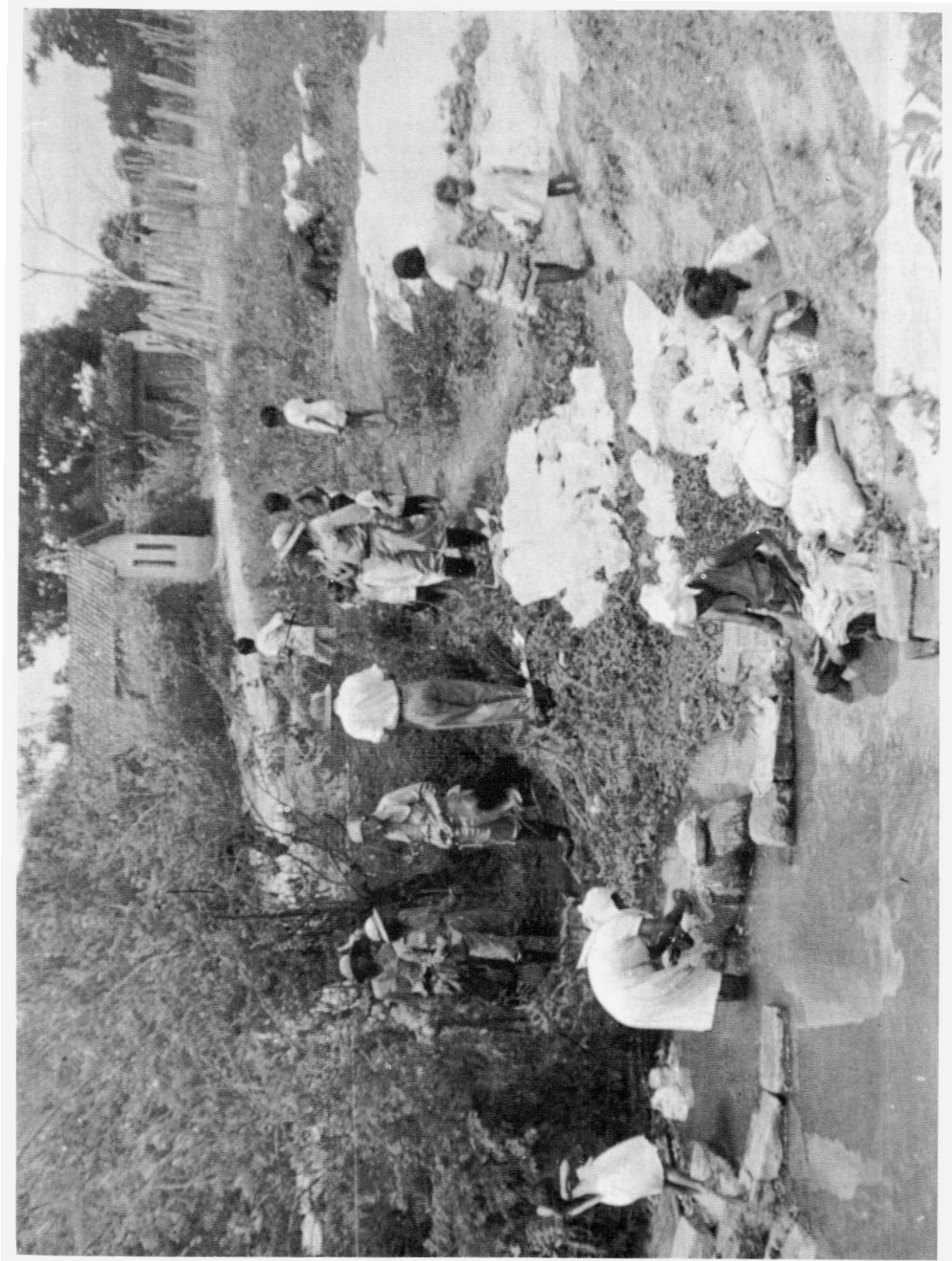
La estación de sequía es, al parecer, la mejor época para atacar al caracol, pero las pruebas demostraron la inutilidad de intentar su erradicación cuando las aguas eran bajas y difíciles de alcanzar debido a la densa vegetación que cubre los terrenos planos que quedan secos al retirarse las aguas. Aun cuando resultan más costosos, los tratamientos han de aplicarse durante la estación de lluvias, cuando se pueden alcanzar los caracoles con mayor facilidad. Hay que efectuar, por lo menos, tres aplicaciones cada año.

A pesar de la falta de un tratamiento plenamente satisfactorio de la enfermedad, los programas de control de la esquistosomiasis rindieron resultados satisfactorios en las zonas donde se llevaron a cabo los proyectos de ensayo. Se fomentaron campañas para la eliminación sanitaria de excrementos y se exterminaron los caracoles en los lugares donde se lavaba la ropa mediante la adición de pentaclorofenato de sodio al agua. Estos proyectos han convenido a las autoridades de la utilidad de las medidas de control y se ha encomendado al Servicio Nacional de Malaria del Brasil que planee y emprenda una campaña nacional de erradicación.

Proseguirá la investigación intensa sobre la ecología de los caracoles, las pruebas de nuevos moluscocidas y la posible utilización de la quimioterapia. Puesto que ya se sabe que ciertos roedores semiacuáticos del Brasil sirven de huéspedes, se procederá a investigar otros reservorios animales.

Oncocercosis

Entre 1946 y 1953, la Oficina llevó a cabo en Guatemala, en colaboración con los Institutos Nacionales de Higiene (USPHS) y el Ministerio de Salud Pública de dicho país un programa en cooperación para la investigación y demostración del control de la oncocercosis. Los técnicos internacionales procedían del personal de los Institutos Nacionales de Higiene



Preparativos para aplicar moluscocida a las corrientes de agua donde existe el caracol huésped intermedio (Tropicorbis centimetralis) del Schistosoma mansoni, Pernambuco, Brasil.

de Estados Unidos. Las investigaciones incluyeron estudios terapéuticos, entomológicos y parasitológicos. Los resultados de estos estudios y la nueva información recopilada ayudarán al Gobierno de Guatemala en su programa nacional de control de la oncocercosis.

En la fase terapéutica de estos trabajos se realizaron pruebas de cierto número de drogas incluso el hetrazán y la suramina. Aunque no se descubrió ningún específico, se observó que la suramina rindió resultado favorable en el 85% de las personas que recibieron este tratamiento. En la fase relativa a los vectores, se estudió la ecología, clasificación y biología de muchas moscas, juntamente con el uso de insecticidas, larvicidas y otros medios para su control. Además de los tres Simuliidae conocidos, se determinaron otras tres nuevas especies que sirven de huéspedes intermediarios. No siempre resultó práctico el uso de larvicidas o insecticidas para el control de los vectores, debido a las dificultades del terreno en que existían focos de este género. También se estudió el papel que desempeñan los caballos y el ganado vacuno en el problema de la oncocercosis. Se recopilaron nuevos datos y se publicaron varios artículos científicos en las revistas técnicas.

Además de los beneficios derivados de los diversos estudios, se utilizó este programa como centro de adiestramiento de personal técnico, no sólo de Guatemala, sino también de Venezuela y México.

La Oficina cooperó en la organización de la reunión del Comité de Expertos en Oncocercosis, celebrada en México en 1953, para la cual compiló el Primer Suplemento a la "Bibliografía de la Oncocercosis." En este Suplemento se compilaron todas las referencias hasta junio de 1953. Además, la Oficina concedió una subvención para la publicación por el Smithsonian Institute de una monografía titulada "The Blackflies (Simuliidae) in Relation to the Transmission of Onchocerciasis in Guatemala."*

Hidatidosis

La hidatidosis es una enfermedad parasitaria que constituye un importante problema en la Argentina, Chile, Uruguay y en la parte meridional del Brasil; recientes descubrimientos han revelado también su existencia en Alaska y en las regiones subtropicales del Perú. El helminto se encuentra como tenia adulta en los perros y, bien sea como grandes o múltiples quistes intermediarios, en los animales herbívoros y en el hombre. La hidatidosis en el hombre es especialmente grave cuando se producen quistes múltiples o cuando los quistes se desarrollan en los órganos vitales. Aun en los casos en que se pueda salvar la vida del enfermo, por medio de una intervención quirúrgica, con frecuencia queda incapacitado.

La Oficina ha cooperado desde hace años con los países para resolver sus problemas de hidatidosis, proporcionando información técnica y material educativo y colaborando en los congresos y reuniones sobre hidatidosis. Un folleto titulado "Cachito en Peligro," preparado por el Profesor Velarde Pérez Fontana, en el que se describen los peligros y los métodos para control de la hidatidosis, sirvió de base para la preparación de un libro de historietas ilustradas, que fué publicado por la Oficina en español e inglés para su distribución en gran escala. También se preparó una película de diapositivas seriadas en colores, de utilidad para los programas educativos, facilitándose copias de la misma a las autoridades.

Se ha prestado ayuda más directa mediante un programa inter-países en el que la Oficina facilita equipo, material, subvenciones para investigación y los servicios del consultor de la Zona en veterinaria de salud pública para orientar y asesorar a los países en la coordinación de sus respectivos programas. Se ha equipado una unidad de demostración de campo para el tratamiento de los perros e instrucción de sus propietarios. Se han concedido subvenciones para investigación a dos instituciones nacionales de salud pública, para el estudio y elaboración de nuevos y mejores tenicidas con el objeto de eliminar la tenia en los perros, y para el estudio de la hidatidosis en los animales silvestres. También se prestan servicios de consulta en relación al mejoramiento de los métodos de beneficio, especialmente la eliminación sanitaria de despojos de reses muertas, que es una de las más importantes medidas en el control y erradicación de esta enfermedad.

*En prensa, agosto de 1954

La hidatidosis presenta un problema especial en Alaska. Descubierta en los animales silvestres en la mayor parte del país, está ahora muy arraigada en los perros que son elementos esenciales para el transporte local. En 1952, un experto de la Oficina visitó el territorio con el objeto de prestar asesoramiento en los métodos de control. Se prestó especial atención a la situación en la isla de San Lorenzo, donde la tenía infectante es una nueva especie de Echinococcus, la cual, en contraste con las especies que existen en el continente, se encuentra en un roedor (tundra vole), como uno de sus huéspedes intermedios, y puede infectar a las ratas almizcleras y otros roedores. El experto de la Oficina recomendó que el programa de control de hidatidosis en la isla, sea ampliado y convertido en una campaña de erradicación.

Anquilostomiasis

La incidencia de la anquilostomiasis, que tanto predomina en las zonas rurales de varios países de este Hemisferio, puede reducirse materialmente por medio del uso general de letrinas sanitarias o retretes con agua corriente, y con la educación del público sobre los peligros que encierra la defecación promiscua en la superficie de la tierra. Varios países, con la colaboración de la Oficina, han iniciado programas encaminados a la adopción más amplia de métodos sanitarios de eliminación de excrementos, pero sólo unos pocos se emprendieron como programas específicos para el control de la anquilostomiasis, o simplemente para el saneamiento rural. Estos programas han pasado ahora a formar parte integrante de programas coordinados de sanidad rural y los establecidos más recientemente fueron incorporados en esta forma desde su comienzo, aun cuando su principal objetivo fuera la solución del problema de la eliminación insalubre de excrementos.

El programa de Paraguay constituye un ejemplo típico. Las encuestas realizadas habían revelado una incidencia de anquilostomiasis del 65% en Asunción y del 80% en las zonas rurales próximas. A partir de septiembre de 1953 se emprendió un programa de medicación colectiva y para fines de año, 20,000 personas aproximadamente (el 32% de la población de las zonas atendidas por el programa) habían recibido tratamiento. El programa inicial se había proyectado únicamente para la eliminación sanitaria de excrementos, pero más tarde se amplió para incluir la vacunación antivariólica, y en 1953 quedó integrado en un programa general de salud pública que se había emprendido.

En Nicaragua, se estableció un programa en cooperación contra la anquilostomiasis, como plan de saneamiento rural, pero en El Salvador, Panamá, y Perú, las medidas para el control de la anquilostomiasis formaron parte integrante de los programas generales de salubridad rural desde un principio. A fines de 1953, se habían emprendido discusiones preliminares y estaban en curso de preparación planes para otros cuatro programas específicos en los que el control de la anquilostomiasis constituía el objetivo fundamental. Además, en los programas de educación sanitaria, se concedió atención preferente a la eliminación sanitaria de excrementos.

X APENDICES

APENDICE I

**ASISTENCIA A LAS REUNIONES DEL CONSEJO DIRECTIVO
COMITE REGIONAL DE LA OMS**

PAISES MIEMBROS	R E U N I O N E S						
	I BUENOS AIRES 24 SEPT - 2 OCT 1947	II MEXICO, D.F. 8-12 OCT 1948	III LIMA, PERU 6-13 OCT 1949	IV C. TRUJILLO 25-30 SEPT 1950	V WASHINGTON, D.C. 24 SEPT - 3 OCT 1951	VI HABANA, CUBA 15-24 SEPT 1952	VII WASHINGTON, D.C. 9-19 OCT 1953
ARGENTINA							
BOLIVIA							
BRASIL							
CHILE							
COLOMBIA							
COSTA RICA							
CUBA							
ECUADOR							
EL SALVADOR							
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA							
FRANCIA							
GUATEMALA							
HAITI							
HONDURAS							
MEXICO							
NICARAGUA							
PAISES BAJOS							
PANAMA							
PARAGUAY							
PERU							
REINO UNIDO							
REPUBLICA DOMINICANA							
URUGUAY							
VENEZUELA							

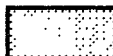
PRESENTE

AUSENTE

**ASISTENCIA A LAS REUNIONES DEL CONSEJO DIRECTIVO
COMITE REGIONAL DE LA OMS**

OBSERVADORES	REUNIONES						
	I BUENOS AIRES 24 SEPT - 2 OCT 1947	II MEXICO,DF 8-12 OCT 1948	III LIMA, PERU 6-13 OCT 1949	IV C. TRUJILLO 25-30 SEPT 1950	V WASHINGTON,DC 24 SEPT - 3 OCT 1951	VI HABANA, CUBA 15-24 SEPT 1952	VII WASHINGTON,DC 9-19 OCT 1953
CANADA							
ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES							
COM. ECONOMICA PARA LA AMERICA LATINA							
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD							
ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS							
UNICEF							
NACIONES UNIDAS							
UNESCO							
ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO							
ORGANIZACION PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACION							
ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES							
AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS							
ASOCIACION MEDICA MUNDIAL							
BIOMETRIC SOCIETY							
CONFEDERACION MEDICA PANAMERICANA							
CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS							
FEDERACION MUNDIAL DE ASOCIACIONES PRO NACIONES UNIDAS							
FEDERACION MUNDIAL DE HIGIENE MENTAL							
LIGA DE SOCIEDADES DE LA CRUZ ROJA							
UNION INTERNACIONAL CONTRA EL CANCER							
UNION INTERNACIONAL CONTRA LAS ENFERMEDADES VENEREAS							
UNION INTERNACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS							
ASOCIACION INTERNACIONAL DE PEDIATRIA							
SOCIEDAD INTERNACIONAL PARA EL BIENESTAR DE LOS FISICAMENTE IMPEDIDOS							
FEDERACION INTERNACIONAL DE HOSPITALES							
FEDERACION INTERNACIONAL DE ODONTOLOGIA							

PRESENTE



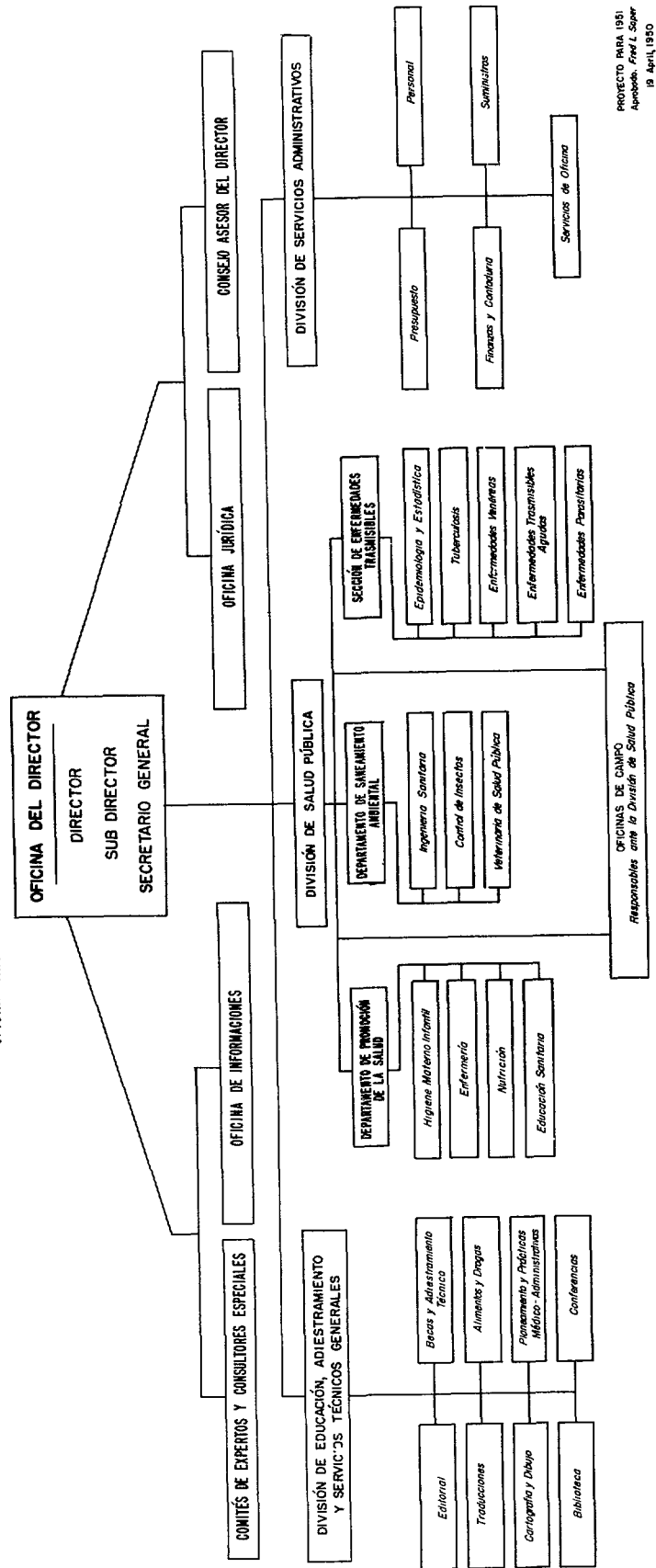
AUSENTE



MIEMBROS DEL COMITE EJECUTIVO

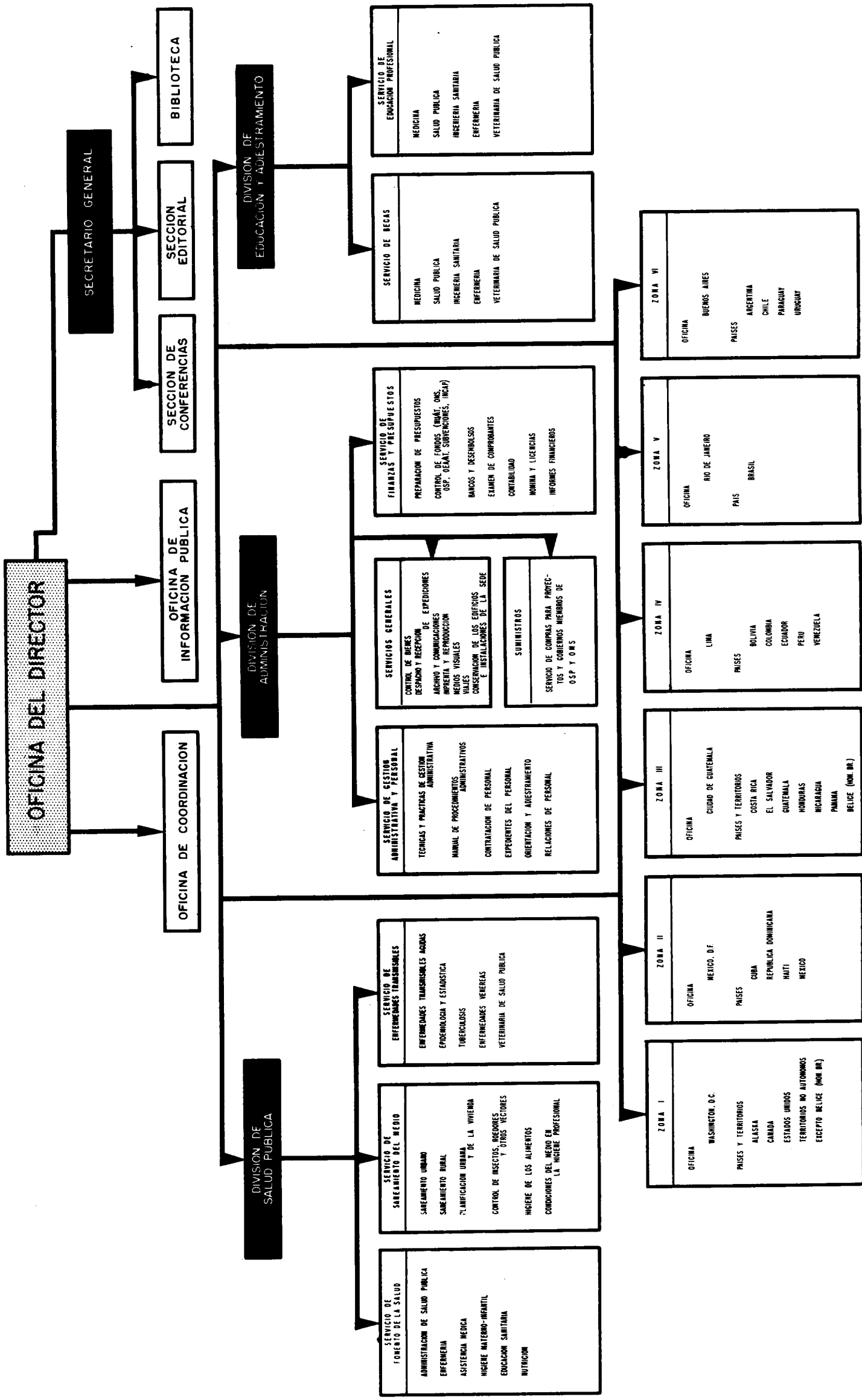
PAIS	PERIODOS							
	DE ENERO 1947 A OCTUBRE 1947	DE OCTUBRE 1947 A OCTUBRE 1948	DE OCTUBRE 1948 A OCTUBRE 1949	DE OCTUBRE 1949 A SEPTIEMBRE 1950	DE SEPTIEMBRE 1950 A OCTUBRE 1951	DE OCTUBRE 1951 A SEPTIEMBRE 1952	DE SEPTIEMBRE 1952 A OCTUBRE 1953	DE OCTUBRE 1953 A OCTUBRE 1954
	ARGENTINA	■		■	■	■		
BOLIVIA								
BRASIL	■	■	■				■	■
COLOMBIA								
COSTA RICA	■	■	■					
CUBA	■	■						
CHILE	■				■	■	■	
ECUADOR						■	■	■
EL SALVADOR				■	■	■		
ESTADOS UNIDOS	■	■		■	■	■		■
GUATEMALA			■	■	■			
HAITI							■	■
HONDURAS								
MEXICO	■	■	■			■	■	■
NICARAGUA								
PANAMA							■	■
PARAGUAY								
PERU				■	■	■		
REP DOMINICANA					■	■	■	
URUGUAY		■	■	■				
VENEZUELA		■	■	■				

ESTRUCTURA ORGANICA - 1950
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD



PROYECTO PARA 1951
 Aprobado: Fred L. Soper
 19 April 1950

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD ESTRUCTURA ORGANICA 1953



APENDICE VI

Publicaciones Especiales, 1950-1953

<u>Número de la serie</u>	<u>Publicaciones</u>
	<u>1950</u>
242	Bibliografía de la Oncocercosis
248	El Control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre
	<u>Documentos Oficiales</u>
243	Sexta Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad
244	Documentos Básicos de la Organización Sanitaria Panamericana
245	Basic Documents of the Pan American Sanitary Organization
246	Organización Sanitaria Panamericana. Informes Finales de las Reuniones Primera, Segunda y Tercera del Consejo Directivo.
247	Pan American Sanitary Organization. Final Reports of the First, Second and Third Meetings of the Directing Council
	<u>1951</u>
	<u>Publicaciones</u>
250	Diagnóstico y Tratamiento de la Sífilis
258	Pruebas Serológicas para Exámenes en Masa
259	Comisión de Expertos en Enfermería. Informe de la Primera Sesión. (OMS-Serie de Informes Técnicos No. 24)
	<u>Documentos Oficiales</u>
254	Organización Sanitaria Panamericana. Informe Final de la Cuarta Reunión del Consejo Directivo
255	Pan American Sanitary Organization, Final Report of the Fourth Meeting of the Directing Council
256	Acta Final de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana
257	Final Act of the XIII Pan American Sanitary Conference
	<u>Publicaciones Varias</u>
252	Cahier d'Hygiène Pratique et Élémentaire pour les Ecoles Primaires de Marbial
253	Cahier d'Hygiène Pratique et Élémentaire pour les Centres d'Education d'Adultes de Marbial
1	VIII Curso Internacional de Malaria y otras Enfermedades Metaxénicas
	<u>1952</u>
	<u>Publicaciones</u>
248	El Control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre (Segunda Edición)
249	Manual de Reacciones Serológicas para Diagnosticar la Sífilis
251	Profilaxia das Doencas Transmissíveis
260	Nuevos Métodos de Protección contra la Tuberculosis
262	La Educación Básica de la Enfermera Profesional
263	Comité de Expertos en Saneamiento Ambiental, Informe de la Primera Sesión (OMS-Serie de Informes Técnicos No. 10)

APENDICE VI (CONT.)

1952 (cont'd.)

Número de
la serie

Publicaciones (cont'd.)

- 265 Comité de Expertos en Servicios de Higiene Escolar, Informe de la Primera Reunión (OMS-Serie de Informes Técnicos No. 30)
- 266 Comité de Expertos en Educación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar, Informe de la Primera Reunión (OMS-Serie de Informes Técnicos No. 22)
- 267 Comité de Expertos en Higiene Mental, Informe de la Segunda Reunión (OMS-Serie de Informes Técnicos No. 31)
- 268 Terceiro Instituto Internacional de Organização e Administração de Hospitais
- Third Inter-American Congress on Brucellosis*

Documentos Oficiales

- 261 Actas de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Comité Regional de la OMS, Tomo I, Actas y Tomo II, Anexos 1-24 y B
- 269 V Reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana y III Reunión del Comité Regional de la OMS, Informe Final.
- 270 V Meeting of the Directing Council of the Pan American Sanitary Organization and III Meeting of the Regional Committee of the WHO, Final Report.

Publicaciones Varias

- 264 Actas del Primer Congreso Regional de Enfermería, San José, Costa Rica, y del Segundo Congreso Regional de Enfermería, Lima, Perú
- 271 Seminario de Trabajos en Enfermería
- ----- (Segunda edición)
- 2 IX Curso Internacional de Malaria y Otras Enfermedades Metaxénicas
- Ejemplos típicos de las tres formas de reaccionar a la vacunación antivariólica*

1953

Publicaciones Científicas

- 1 Comité de Expertos en Higiene Mental, Informe de la Primera Reunión del Subcomité de Alcoholismo (OMS-Serie de Informes Técnicos No. 42)
- 2 Reglamento Sanitario Internacional, Reglamento No. 2 de la OMS (OMS-Serie de Informes Técnicos No. 41)
- 3 Certificación Médica de Causa de Defunción**
- 4 Comité de Expertos en Higiene Mental, Informe de la Primera Reunión (OMS-Serie de Informes Técnicos No. 9)
- 5 Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias, Tercer Informe (OMS-Serie de Informes Técnicos No. 53)
- 6 Comité de Expertos de Administración Sanitaria, Informe de la Primer Reunión (OMS-Serie de Informes Técnicos No. 55)

Documentos Oficiales

- 1 VI Reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana y IV Reunión del Comité Regional de la OMS, Informe Final.

*No incluido en la numeración de la serie de la OSP.

**Bulletín de la Organización Mundial de la Salud, Suplemento No. 3.

APENDICE VI (CONT.)

1953 (cont'd.)

Número de
la serie

Documentos Oficiales (cont'd.)

- 2 VI Meeting of the Directing Council of the Pan American Sanitary Organization and IV Meeting of the Regional Committee of the WHO, Final Report
- 3 Reglamento Sanitario Internacional, Reglamento No. 2 de la OMS, Memorandum Explicativo
- 4 Reglamento Sanitario Internacional, Reglamento No. 2 de la OMS, Tabla de Comparación con las Convenciones Sanitarias Internacionales anteriores y Acuerdos Similares.
- 5 Documentos Básicos de la Organización Sanitaria Panamericana (Segunda edición)
- 6 Basic Documents of the Pan American Sanitary Organization (Second edition)

Publicaciones Varias

- 3 Los Primeros Cincuenta Años de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 4 X Curso Internacional de Malaria y otras Enfermedades Metaxénicas
- 5 Guía para la Notificación de las Enfermedades Cuarentenables y de otras Enfermedades Transmisibles de las Américas, a la Oficina Sanitaria Panamericana
- 6 Guide for the Reporting of Quarantinable and Other Communicable Diseases in the Americas to the Pan American Sanitary Bureau
- Ejemplos típicos de las tres formas de reaccionar a la vacunación antivariólica. (Segunda edición)*

*Gráfico explicativo no incluido en la numeración de la serie de la OSP.

APENDICE VII

Distribución mensual del Boletín,

1950-1953

País	1950	1951	1952	1953
Argentina	628	625	662	663
Bolivia	143	144	113	114
Brasil	873	837	717	764
Canadá	21	-	34	33
Colombia	642	671	603	595
Costa Rica	262	261	137	139
Cuba	370	367	358	363
Chile	332	337	160	181
Ecuador	281	318	177	184
El Salvador	96	121	120	124
Estados Unidos	722	743	725	757
Guatemala	173	173	165	168
Haití	40	39	50	44
Honduras	157	78	68	77
México	507	493	503	498
Nicaragua	68	66	81	81
Panamá	170	166	162	160
Paraguay	341	96	97	95
Perú	281	287	263	282
Puerto Rico	54	62	62	65
República Dominicana	153	153	125	130
Uruguay	153	159	162	160
Venezuela	405	636	632	640
Barbados, Bermuda, Guayana Británica, Honduras Británico (Belice) Jamaica, Islas de Barlovento, Islas de Sotavento, Bahamas, Trinidad	27	-	34	33
Guadalupe, Guayana Francesa, Martinica	5	-	8	8
Curaçao, Surinam	3	-	4	4
Otros	201	283	234	256
Total	7,108	7,115	6,456	6,614

APENDICE VIII

Estadística de la Biblioteca, 1950-53

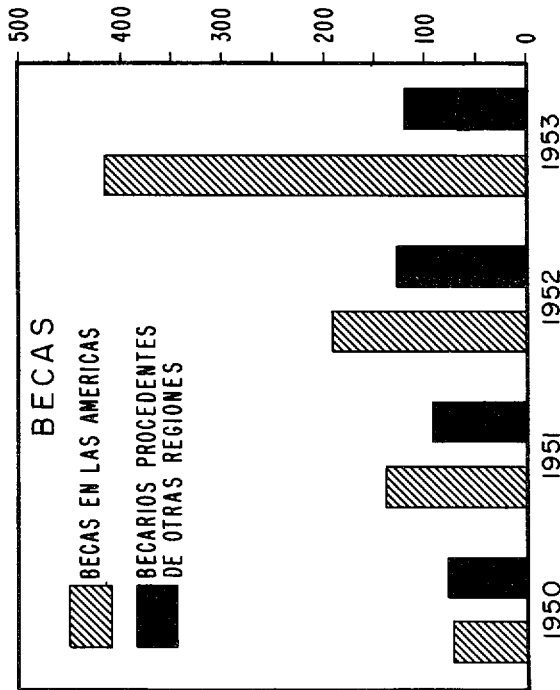
Actividades	1950	1951	1952	1953
<u>Adquisiciones</u>				
Libros, folletos y suscripciones ordenadas y solicitadas	929	1472 ¹	426	380
Libros recibidos	1,067	882	515	516
Folletos recibidos	1,575	2,067	1,100	1,211
Periódicos:				
Canjes establecidos	83	30	14	24
Nuevos Títulos	87	83	46	37
Documentos:				
OMS	8,593	6,225	4,321	1,523
Otras Organizaciones Internacionales	528	179	81	27
<u>Trabajo realizado</u>				
<u>Catalogación:</u>				
Trabajos catalogados	2,652	1,974	1,756	1,535
Tarjetas para catálogos	4,093	11,019	15,304	8,523
Tarjetas para las Oficinas de Zona y la Biblioteca de la OMS, Ginebra	2,832	3,676	7,513	8,606
<u>Periódicos:</u>				
Ejemplares archivados	3,060	5,865	7,041	6,017
Duplicados y descartados	1,752	7,313 ²	3,330	7,147 ²
Volumenes encuadrados	592	537	425	353
<u>Índices:</u>				
Documentos y artículos	1,783	1,470	1,156	1,144

¹ En las oficinas de las Zonas II, V y VI, se estableció una colección de consulta y referencia que comprende textos básicos y periódicos importantes.

² Esta cifra incluye ejemplares de periódicos descartados cuando se revisó la colección, primero al trasladarla a un espacio más reducido en la Sede, y después para ajustarla a las normas del Comité de Biblioteca.

ACTIVIDADES RELACIONADAS PRINCIPALMENTE CON LA EDUCACION

1950 - 1953



1953

Escuelas de Salud Pública:
Cursos de Salud Pública General

Becas a viajes a profesores
Saneamiento del medio
Escuelas de Medicina
Regional, Paraguay, Uruguay

Escuelas de Enfermería -
Bolivia, Costa Rica
Centro Interamericano de
Bioestadística

Seminarios y Grupos de Trabajo:

Notificación de Enfermedades Transmisibles
Alcoholismo
Educación Sanitaria
Conferencia Regional de Enfermería

Cursos breves:

Trabajadores del control de insectos
Métodos de laboratorio en enfermedades venéreas - Brasil, Centro América, Venezuela, México
Control de la Fiebre Aftosa
Enfermería - México
Sistemas de abastecimiento de aguas
Auxiliares de enfermería - Costa Rica
Control y aspectos clínicos de tuberculosis - Ecuador
Radiografía - Costa Rica, Panamá
Bibliotecarios de publicaciones médicas - Perú

1952

Escuela de Salud Pública:
Saneamiento del medio,
Salud pública general

Escuela de Medicina

Escuela de Enfermería -
Costa Rica

Seminarios y Grupos de Trabajo:

Enfermería - Perú
Métodos de diagnóstico, brucelosis - América del Sur

Cursos breves:

Control de insectos - Área del Caribe
Métodos de laboratorio en enfermedades venéreas - Brasil, Centro América, Venezuela
Enfermería - México
Bibliotecarios de publicaciones médicas - Perú

1951

Eseñanza médica:

Encuesta - Costa Rica

Escuela de Enfermería
Costa Rica

Seminarios y Grupos de Trabajo:

Enfermería - Guatemala

Cursos breves:

Métodos de laboratorio en enfermedades venéreas
Centro-América, Venezuela, Brasil

1950

Seminarios y Grupos de Trabajo:

Enfermería - Chile

Cursos breves:

Métodos de laboratorio en enfermedades venéreas - Centro América, Venezuela

APENDICE X

Lista de Proyectos Agrupados por Materias Principales

	Número del Código y título del Proyecto	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953
	<u>Control de Insectos y de Malaria*</u>								
AARO-7	Control de insectos y de la fiebre amarilla (Centro America y Panama)								
AARO-8	Control de insectos y de la fiebre amarilla (Area del Caribe)								
AARO-71	Primer curso de adiestramiento en control de insectos								
Argentina-51	Erradicación del <u>Aedes aegypti</u>								
Bolivia-4	Control de insectos								
Colombia-5	Control de insectos								
Costa Rica-2	Control de insectos								
Cuba-1	Erradicación del <u>Aedes aegypti</u>								
El Salvador-2	Control de insectos								
Haití-4	Control de insectos								
Honduras Británico (Belice)-1	Control de insectos								
México-53	Erradicación del <u>Aedes aegypti</u>								
Paraguay-1	Control de insectos								
Perú-5	Control de insectos								
República Dominicana-2	Control de insectos								
Uruguay-51	Control de artrópodos								
Enfermería									
AARO-11	Grupo de trabajo sobre enfermería								
AARO-11	Grupo de trabajo sobre Enfermería (Guatemala)								
AARO-11	Grupo de trabajo sobre Enfermería (Lima)								
AARO-23	Tercer Congreso Regional de Enfermeras (Rio de Janeiro)								
Bolivia-5	Enseñanza de enfermería								
Costa Rica-3	Ayuda a la Escuela de enfermería, San José								
México-5	Enseñanza de enfermería								
México-11	Segundo curso para instructoras en enfermería								

*Nota: La mayoría de los proyectos de control de insectos comenzaron como campañas de erradicación del Aedes aegypti, y en 1951 y 1952 fueron ampliados a campañas generales.

APENDICE X (Cont.)

Número del Código y título del Proyecto		1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953
<u>Tuberculosis</u>									
AARO-31	Estadístico (BCG)	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Costa Rica-5	Vacunación con BCG	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Costa Rica-10	Curso de adiestramiento en radiografía	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Ecuador-5	Centro de enseñanza del control de la tuberculosis	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Ecuador-6	Laboratorios de BCG	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
El Salvador-1	Control de tuberculosis	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
El Salvador-3	Vacunación con BCG	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Honduras Britá- nico (Belice)-2	Vacunación con BCG	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Islas de									
Sotavento-1	Vacunación con BCG	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Jamaica-1	Control de tuberculosis	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Jamaica-3	Campaña de vacunación con BCG	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Paraguay-2	Control de tuberculosis	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Peru-12	Laboratorio de diagnóstico de tuberculosis	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Trinidad-1	Vacunación con BCG	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Trinidad-4	Laboratorio para el diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
<u>Administración de Salud Pública</u>									
AARO-10	Centro Interamericano de Bioestadística (Chile)	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Colombia-8	Experto en administración de hospitales - Hospital San Juan de Dios, Bogota	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Colombia-11	Experto en administración de salud pública y desarrollo de servicios de sanidad	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Ecuador-11	Instituto Nacional de Salud	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
El Salvador-5	Zona de demostración sanitaria	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Haití-9	Laboratorio de salud pública	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Panamá-1	Servicios rurales de salud pública	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Perú-7	Ayuda a bibliotecas médicas	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Perú-13	Centro de demostración y adiestramiento en salud pública (Callao)	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
República Dominicana-4	Reorganización de servicios locales de salud pública	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Venezuela-1	Demostración de servicios locales de salud pública	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

APENDICE X (Cont.)

	Número del Código y título del Proyecto	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953
<u>Enfermedades Endemo-epidémicas</u>									
Inter-Regional-8	Centros de Brucelosis (Argentina, México, Estados Unidos)								
Inter-Regional-10	Centros de Influenza								
AARO-14	Seminario de Brucelosis - Sud América (Santiago de Chile)								
AARO-43	Control de la hidatidosis								
AARO-44	Seminario sobre la notificación de enfermedades transmisibles								
AARO-53	Estudio sobre el virus de la fiebre aftosa								
AARO-57	Estudios sobre la fiebre amarilla								
AARO-60	Erradicación de la viruela								
Bolivia-1	Control del tifo								
Brasil-4	Difteria y pertussis								
Brasil-51	Fiebre amarilla (Instituto Oswaldo Cruz)								
Brasil-53	Esquistosomiasis								
Colombia-1	Vacunación contra la difteria, pertussis y viruela								
Colombia-52	Fiebre amarilla (Instituto Carlos Finlay)								
Costa Rica-53	Fiebre amarilla								
Chile-2	Poliomielitis								
Chile-3	Vacunación contra la difteria y pertussis								
Ecuador-8	Control de la fiebre amarilla								
Ecuador-52	Control de la peste								
Guatemala-53	Oncocercosis								
Honduras-53	Consultores en poliomielitis								
México-4	Control de la rabia								
Paraguay-5	Control de la viruela y anquilostomiasis								
Perú-1	Control del tifo								
Perú-16	Vacunación contra la difteria y pertussis								
Perú-54	Investigación de campo sobre la vacuna contra el tifo								
<u>Higiene Mental</u>									
AARO-9	Seminario sobre Alcoholismo (Sud América)								
AARO-12	Seminario Internacional de Higiene Mental y Desarrollo Infantil								
AARO-34	Higiene mental - Consultor a corto plazo (segundo curso)								

APENDICE X (Cont.)

Número del Código y título del Proyecto	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953
<u>Educación Sanitaria del Público</u>								
AARO-6	Misión Mixta de campo sobre poblaciones indígenas.							
AARO-15	Seminario de Educación Sanitaria (México)							
AARO-29	Antropología cultural							
Haiti-3	Educación sanitaria							
Haiti-6	Educación fundamental (Valle de Marbial)							
Honduras-2	Educación Sanitaria							
México-3	Centro Regional de Educación Fundamental (CREFAL)							
Nicaragua-2	Educación sanitaria							
Peru-11	Centro de Salud de Ica (Antropólogo)							
<u>Higiene Maternoinfantil</u>								
Bolivia-2	Hospital de Niños (La Paz)							
Brasil-3	Higiene maternoinfantil							
Colombia-4	Higiene maternoinfantil							
Chile-7	Higiene maternoinfantil							
Ecuador-4	Higiene maternoinfantil							
El Salvador-6	Higiene maternoinfantil							
Paraguay-3	Higiene maternoinfantil (Asunción-Villarrica)							
Peru-10	Higiene maternoinfantil y servicios afines (Lima - Pativilca)							
<u>Enfermedades Venéreas y Treponematosis</u>								
AARO-21	Laboratorio de enfermedades venéreas y Centro de adiestramiento (Guatemala)							
Brasil-52	Laboratorio de enfermedades venéreas y Centro de adiestramiento							
Ecuador-2	Control de enfermedades venéreas (Portoviejo)							
Ecuador-7	Control de enfermedades venéreas (Manta, Bahía)							
Estados Unidos-6	Estudio P.I.T.							
Haití-1	Control de la sífilis en zonas rurales y erradicación de la frambesia							
México-13	Curso de adiestramiento en control de las enfermedades venéreas							
México-51	Profilaxis de las enfermedades venéreas (Tijuana)							
Paraguay-4	Control de enfermedades venéreas							
Republica Dominicana-52	Control de enfermedades venéreas							
Venezuela-52	Laboratorio de enfermedades venéreas y Centro de adiestramiento (Caracas)							

APENDICE X (Cont.)

	Número del Código y título del Proyecto	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953
<u>Nutrición</u>									
AARO-25	Tercera Conferencia sobre problemas de nutrición en América Latina . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
AARO-54	Ayuda al INCAP . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
Brasil-7	Consultor en Nutrición . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
Cuba-2	Higiene de los alimentos (bromatología) . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
Ecuador-53	Instituto Nacional de Nutrición . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
<u>Saneamiento del Medio</u>									
AARO-1	Adiestramiento en saneamiento del medio (Brasil, Chile, México) . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
AARO-13	Primer Seminario de Ingeniería Sanitaria (Nicaragua) . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
AARO-17	Curso de adiestramiento en sistemas de abastecimiento de agua . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
Bolivia-6	Estudio del sistema de abastecimiento de agua (La Paz) . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
Costa Rica-9	Ayuda para la construcción de mataderos . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
Chile-1	Eliminación de basuras . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
Guatemala-10	Eliminación de basuras . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
Nicaragua-51	Saneamiento del medio . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
<u>Substancias Terapéuticas e Insecticidas</u>									
Chile-6	Instalaciones para penicilina . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
<u>Otros Proyectos de Educación y Adiestramiento</u>									
AARO-18	Ayuda a las Escuelas de Medicina y Salud Pública . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
AARO-77	Centro Panamericano de Fiebre Aftosa . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
Colombia-12	Salud Pública (Becas) . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
Costa Rica-4	Encuesta sobre la educación médica . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
Paraguay-6	Ayuda a la Escuela de Medicina . . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .

ZONAS Y OFICINAS DE ZONA DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

