Paraguay y los 100 Años de la OPS/OMS

Reseña histórica del impacto de su cooperación en la salud del pueblo paraguayo
Paraguay y los 100 Años de la OPS/OMS (1902-2002)

Reseña histórica del impacto de su cooperación en la salud del pueblo paraguayo
Paraguay y los 100 Años de la OPS/OMS

(1902-2002)
## Contenido

1. **Introducción**  
7

2. **Breve Historia**  
9

3. **Nuestros líderes**  
11

4. **Capítulo 1: Proceso de apertura, firma de acuerdos, legalización y status del país y la OPS.**  
15

5. **Capítulo 2: Aportes de la OPS-OMS en las acciones que tuvieron el objetivo de mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de la población (en el Paraguay) en los principales periodos de trabajo así como las principales estrategias desarrolladas que generaron un impacto en la salud.**  
23

6. **Capítulo 3: Análisis de la situación actual y descripción de las principales áreas de cooperación, sus logros y sus perspectivas.**  
83

7. **Capítulo 4: Varios. Anécdotas. Curiosidades.**  
87
Introducción

A lo largo del último siglo, los trabajadores de la salud pública unieron sus esfuerzos en una empresa grandiosa para hacer de la Región de las Américas, un lugar digno para vivir. Se trabajó alrededor de la enfermedad y las epidemias de múltiples maneras, desde el esfuerzo individual y heroico, hasta el establecimiento de políticas y regulaciones en salud pública. Los éxitos fueron innumerables aún cuando estos retos fueron creciendo y transformándose.

Pero también, en este siglo de intervenciones y aprendizajes fueron desenmascarándose los problemas estructurales de la salud. Se comenzó a destacar y precisar los tipos de inequidades, especialmente en el área de salud, producto de las diferencias en las condiciones de vida, derivadas de la falta de justicia social y las inequidades en el acceso a los servicios de salud y dentro de esta, las inequidades en el acceso a servicios de alta calidad, determinadas por una mala distribución de respuestas a las necesidades de asistencia sanitaria, derivadas, a su vez de la falta de justicia sanitaria.

 Esto ha generado la ampliación paulatina y sostenida de las acciones por reducir las inequidades y la presión política para destacar la relación entre salud y desarrollo. Este siglo de importantes logros en la Salud de las Américas es digno de celebrarse pero también es ocasión propicia para mirar el futuro y los múltiples retos que se deben enfrentar.

En el caso de Paraguay, resalta el hecho de que fue un adherente desde el inicio ya que un decreto del 11 de noviembre de 1902 del Ministerio de Relaciones Exteriores nombró delegado "ad honorem" para la Conferencia Sanitaria Internacional de los Estados Americanos, realizada en Washington el 2 de diciembre de ese mismo año, al Señor John Stewart, Cónsul General del Paraguay en Washington.

Esos primeros años de cooperación fueron de gran actividad destacándose la aprobación del Código Sanitario Panamericano sancionado por las Conferencias de 1924 y 1927.

Es a partir de 1951 que se firma un acuerdo básico de trabajo estableciendo una Representación permanente de la organización para el desarrollo de la salud.

Esta publicación, intenta ser una aproximación a la historia de nuestra cooperación en el país así como un homenaje a los funcionarios de salud nacionales e internacionales que participaron en los principales logros en salud.

Queda reconocer la participación activa de profesionales paraguayos en la OPS quienes han representado y dignificado al trabajo técnico de la organización.

Dr. Hernán Málaga
Representante OPS/OMS en Paraguay
Breve Historia de la Organización Panamericana de la Salud *

En los 100 años transcurridos desde la creación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se logró erradicar la viruela a nivel mundial, se eliminó la poliomielitis de las Américas y se han hecho avances considerables para librar al continente del sarampión.

Además, ha aumentado la esperanza de vida y han bajado las tasas de mortalidad infantil en el continente; las brechas en el ámbito de la salud entre ricos y pobres han disminuido; se han establecido protocolos para proteger los suministros de sangre; y los países han progresado considerablemente para mejorar la seguridad del agua y combatir enfermedades antiguas que han reaparecido recientemente como el cólera, el dengue y la tuberculosis.

Estos éxitos singulares en el ámbito de la salud pública se han logrado, en gran parte, gracias a las medidas que en forma conjunta adoptaron la Organización Panamericana de la Salud y los gobiernos de la región.

Cabe decir que los verdaderos esfuerzos en el terreno de la salud pública empezaron el 2 de diciembre de 1902, cuando los países del continente luchaban para combatir una epidemia de fiebre amarilla que se había propagado desde América Latina hasta los Estados Unidos por conducto del comercio marítimo. Se convocó una Primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, que se celebraría en el Willard Hotel en Washington, D.C., con la asistencia de un grupo de personas visionarias y pragmáticas que representaban a 11 naciones. Estas personas, reconociendo la necesidad de un ataque frontal y coordinado para lograr la erradicación de enfermedades, crearon la entidad antecesora de la OPS y marcaron los comienzos del organismo de salud internacional de más larga vida, la Oficina Sanitaria Panamericana.

Las primeras funciones de la Oficina fueron recopilar datos sobre las condiciones sanitarias, investigar los "brote de enfermedades epidémicas" y proteger la salud pública en todos los países, con miras a eliminar las enfermedades y hacer cumplir el saneamiento de los puertos marítimos. De inmediato, la eliminación de los mosquitos se convirtió en el centro de la acción sanitaria, lo cual generó beneficios directos para la salud de la población.

En 1924, se ampliaron las funciones y las responsabilidades de la Oficina gracias a la firma, por 18 países de las Américas, del Código Sanitario Panamericano. La firma del Código tuvo lugar en La Habana, Cuba, durante la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana.
Con el correr de los años, el Código, que fue ratificado por todas las repúblicas de las Américas y sigue estando vigente hoy en día, hizo de la Oficina el principal organismo coordinador de las actividades internacionales de salud en el continente. El Código representaba el mayor logro en la formulación de políticas sanitarias en la región y la culminación de varios decenios de iniciativas encaminadas a prolongar la vida y velar por el bienestar de la población.

En 1949, la Oficina se convirtió en la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud y se integró en el sistema de las Naciones Unidas.

En 1950, mediante el convenio formal firmado con la Organización de los Estados Americanos, pasó a ser la organización especializada para la salud del Sistema Interamericano.

En 1958, se cambió el nombre anterior por el de Organización Panamericana de la Salud.

Por varias generaciones, los hombres y las mujeres de la OPS han constituido un grupo de esforzados trabajadores de salud, en su mayoría anónimos, que marcaron la ruta del progreso hacia la salud para todos.

Gracias a ellos, se pusieron en marcha la estructura y las iniciativas que ayudaron a la OPS a convertirse en el ejecutor de muchas iniciativas pioneras.

Fue la primera organización internacional de salud en crear un frente unido contra la propagación de epidemias y enfermedades que asolaron al continente a finales del siglo XIX.

Su programa de erradicación de la viruela, iniciado en 1949, utilizó una nueva vacuna liofilizada que sentó las bases y estableció la norma para la erradicación mundial de la enfermedad en 1978, además de crear las condiciones para futuras campañas de erradicación de otras enfermedades, entre ellas la poliomielitis y el sarampión.

Fue también el primer organismo en prestar cooperación técnica directa con miras a prevenir, controlar y erradicar las enfermedades y promover la salud; estimular la investigación; formar y adiestrar a los trabajadores de salud, e informar a los profesionales y al público acerca de aspectos científicos, técnicos y sociales de la salud.

A lo largo de estos años, el alcance de la Organización siguió ampliándose.

La importancia asignada inicialmente a someter a cuarentena los casos de ciertas enfermedades dio lugar a iniciativas que contribuyeron a cristalizar la obligación moral y política de los países de mejorar la salud de toda la sociedad y de reducir la brecha entre los "privilegiados" y los "desfavorecidos" en el ámbito de la salud.

La OPS trabajó incansablemente para lograr que este progreso llegara al mayor número posible de personas, a objeto de mitigar el sufrimiento causado por las enfermedades transmisibles y crónicas, además de fomentar el mejoramiento de la educación y de las condiciones ambientales para mejorar la vida de todos, pero especialmente de los pobres.

Hoy en día, la Organización Panamericana de la Salud es una coalición de países que abarca alrededor de 30% de la masa terrestre y aproximadamente 14% de la población actual del mundo.

Desde su Sede en Washington, D.C., dirige a expertos científicos y técnicos en 27 oficinas de país y en nueve centros científicos.

Las autoridades sanitarias de los Estados Miembros de la OPS establecen las políticas técnicas y administrativas de la OPS por conducto de sus Cuerpos Directivos.

Los Estados Miembros de la OPS son los 35 países de las Américas; Puerto Rico es miembro asociado.

Francia, los Países Bajos y el Reino Unido son Estados Participantes, y Portugal y España son Estados Observadores.

Actualmente, cuando el continente debe hacer frente a tantas amenazas para la salud, la OPS es más importante que nunca.
Galería de Directores de la OPS

1902-1911
Dr. Walter Wyman

1912-1920
Dr. Rupert Blue

1920-1947
Dr. Hugh Cumming

1947-1959
Dr. Fred Soper

1959-1975
Dr. Abraham Horwitz

1975-1983
Dr. Héctor Acuña

1983-1995
Dr. Carlyle Guerra de Macedo

1995-2003
Dr. George Alleyne
¿Qué es la OPS?

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es el organismo internacional de salud pública más antiguo del mundo. Durante casi 100 años ha trabajado para mejorar la salud y los niveles de vida de la gente de las Américas.

Desde su Sede en Washington, D.C., la OPS dirige los esfuerzos científicos y técnicos de los expertos que trabajan en 27 oficinas de país y en nueve centros científicos. Sus Estados Miembros son todos los países del continente americano así como Francia, los Países Bajos y el Reino Unido. La OPS forma parte del sistema de las Naciones Unidas, y también cumple las funciones de Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud y de la organización de salud del Sistema Interamericano.

La Organización no es un organismo de financiamiento sino de cooperación técnica. En otras palabras, la OPS colabora con los países para que intercambien información técnica y los ayuda a movilizar recursos destinados a la salud. También ejecuta proyectos para otros organismos, organizaciones y fundaciones filantrópicas internacionales.

¿Cómo se financia la OPS?

El presupuesto anual de la OPS para sus programas principales totaliza cerca de $128 millones. De esta cantidad, la Organización Mundial de la Salud aporta alrededor de $39 millones. Los restantes $89 millones provienen de las contribuciones de los Gobiernos Miembros de la OPS. Las contribuciones voluntarias de la comunidad internacional sumar más de $100 millones al año. Además, la OPS recibe apoyo del Reino Unido, Francia, Holanda, España, los países nórdicos y otros.

¿Cuáles son los países miembros de la OPS?

Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela. Los gobiernos participantes son: Francia, los Países Bajos y el Reino Unido de Gran Bretaña. Puerto Rico es miembro asociado y Portugal y España son observadores.

¿Dónde se encuentran los centros científicos y técnicos de la OPS?

El programa regional de Bioética en Chile; el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) en Trinidad y Tobago; el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), en Jamaica; el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) en Guatemala; el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME), en Brasil; el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), en Uruguay; el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ), en Argentina; el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), en Brasil, y el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), en Perú.

¿Cuál es la misión de la OPS?

La misión de la OPS es liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los miembros y otros aliados para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de la población de las Américas. Trabaja en colaboración con los ministerios
de salud de los Estados Miembros, otros gobiernos y organismos internacionales, organizaciones no gubernamentales, universidades, grupos de la comunidad y muchos otros.

La OPS promueve las estrategias de atención primaria de salud para llegar a las personas en sus comunidades y para extender los servicios de salud equitativamente a todos los individuos.

Además, la OPS presta asistencia técnica, lo que abarca educación y apoyo de comunicación social; imparte capacitación a profesionales de asistencia sanitaria; promueve el trabajo con organizaciones locales; y respalda los programas destinados a prevenir las enfermedades transmisibles y las enfermedades crónicas, como la diabetes y el cáncer, que están aumentando en los países en desarrollo del continente americano. También ayuda a los países a que combatan enfermedades antiguas que han reaparecido, como el cólera, el dengue y la tuberculosis, y nuevas enfermedades como la epidemia de SIDA que se está propagando rápidamente.

¿Cuáles son las prioridades de la OPS?

Equidad

La OPS asigna particular importancia a brindar a los grupos más vulnerables el acceso igualitario a la atención de salud de calidad. Entre estos grupos se encuentran madres y niños, trabajadores, personas de menores recursos, ancianos, refugiados y personas desplazadas. Varias iniciativas concretas procuran dar a las poblaciones vulnerables un acceso equitativo al agua potable de mejor calidad y al saneamiento adecuado.

La OPS también trabaja para asegurar que los "desfavorecidos" de los países se benefician de la protección del medio ambiente contra la contaminación del aire y la causada por la industria, como los desechos tóxicos. Además, hay iniciativas dirigidas a reducir la perniciosa inequidad por razón de sexo, mediante la reducción del abuso doméstico y el suministro de información sobre la salud reproductiva.

Mortalidad infantil

Una de las prioridades de las Américas es reducir la mortalidad infantil. La OPS está movilizando nuevos recursos para prevenir otras 25.000 defunciones de lactantes cada año mediante la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, un método sencillo y práctico que enseña a los trabajadores de salud un protocolo completo para evaluar el estado de salud de los niños llevados a un puesto de salud o consultorio. Si los trabajadores de salud detectan signos de peligro que indican que el lactante podría morir, están preparados para tratar al niño de inmediato o, si fuera necesario, referirlo a un hospital. Este enfoque integrado ayuda a reducir la muerte y la carga por enfermedades diarréicas, en especial el cólera, mediante el manejo de casos y la terapia de rehidratación oral, que evita las defunciones debidas a la deshidratación. También brinda diagnóstico y tratamiento adecuados de las infecciones respiratorias agudas; anualmente el protocolo salva las vidas de cientos de miles de niños.

Capacidad epidemiológica

La OPS está redoblando sus esfuerzos para ayudar a los países a que conozcan el verdadero estado de salud de sus poblaciones mediante la asistencia técnica. La comprensión adecuada de las tendencias epidemiológicas puede conducir al mejoramiento de la calidad de vida.
Panamericanismo

La OPS se refiere a la cooperación regional entre los países en las cuestiones de salud como “panamericanismo”. El espíritu y los enfoques del panamericanismo están profundamente arraigados en la historia de la OPS y siguen estimulando la cooperación técnica entre países. La OPS ha ayudado a los países a que trabajen en colaboración, mediante iniciativas de salud donde participan varios países en Centroamérica, el Caribe, la Región Andina y el Cono Sur. Su oficina de campo en la frontera entre México y los Estados Unidos, trabaja con estados y condados en ambos lados de la frontera para resolver problemas comunes de salud.

Suministro de sangre

Es necesario tomar medidas para aumentar las existencias de sangre segura para transfusiones. La mayoría de los países de la OPS no someten a tamizaje la totalidad de las unidades de sangre donadas, a objeto de descartar infecciones. Además, en los países donde la sangre se obtiene de donantes remunerados, aumenta el riesgo de infección, velar por que toda la sangre destinada a las transfusiones provenga de donantes voluntarios libres de enfermedades es una meta crucial para la OPS.

Vacunación

La OPS está comprometida con la eliminación o el control de las enfermedades que pueden prevenirse por vacunación. Uno de los éxitos más notables de la OPS en esta esfera fue la erradicación, en 1973, de la viruela de las Américas; triunfo que cinco años más tarde condujo a la erradicación mundial de esta aterradora enfermedad. En 1994, la OPS colaboró con la eliminación de la poliomielitis de las Américas.

La erradicación de la poliomielitis es ahora una meta mundial para 2005, y la OPS ha establecido una nueva meta de eliminar el sarampión de este continente.

Difusión de información

La OPS difunde información científica y técnica por conducto de sus publicaciones, su sitio en Internet y una red de bibliotecas y centros de documentación. Es líder en la utilización de tecnologías avanzadas de las comunicaciones para la promoción y la educación en salud, así como para una amplia gama de campos especializados de salud pública.

Mitigación de desastres

La Organización brinda socorro de emergencia y asistencia técnica humanitaria a las regiones asoladas por desastres naturales.

Control de enfermedades y mejoramiento nutricional

La OPS apoya las iniciativas para controlar malaria, la enfermedad de Chagas, el dengue, la rabia urbana, la lepra y otras enfermedades que afectan a las personas en las Américas. Asimismo, aborda importantes problemas nutricionales, como la malnutrición proteínaenergética, y está trabajando para eliminar carencias de yodo y de vitamina A.

Salud preventiva

La OPS ayuda a los países a identificar y promover modos de vida sanos y a hacer frente a los problemas de salud mental, salud de la familia, salud reproductiva y nutrición. También ayuda a los países a resolver los problemas de salud característicos de las culturas desarrolladas y urbanizadas, como, enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes, tabaquismo, adicción a las drogas y alcohol, y otros. Los Cuerpos Directivos de la OPS han solicitado a la OPS que redoble sus esfuerzos para reducir el consumo de tabaco, al poner de relieve las nefastas consecuencias para la salud y los costos elevados del tabaquismo.
Proceso de apertura, firma de acuerdos, legalización y status del país y la OPS.


Sin embargo, oficialmente la República del Paraguay ingresó como Estado Miembro de la OPS el 1 de octubre de 1947, el mismo día en que otros 20 países de la región pasaron a conformar sus Cuerpos Directivos. Fue en la histórica reunión celebrada en Buenos Aires, en donde se creó el primer Consejo Directivo, integrado por representantes de todos los Estados Miembros y se adoptó una Constitución para la Organización.

La participación paraguaya, desde entonces, y en forma esporádica desde el nacimiento mismo de la OPS, ha sido constante, a través de su presencia en los Cuerpos Directivos y el aporte que realizaron expertos paraguayos, con sus conocimientos y sus esfuerzos, a la solución de muchos problemas de salud.

En 1967, como consecuencia de la decisión adoptada por los Cuerpos Directivos de descentralizar las operaciones técnicas, se instaló una Representación permanente en el país, y desde el 17 de junio de 1994 la misma funciona en una sede propia.

Representantes de OPS en Paraguay

<table>
<thead>
<tr>
<th>Representante</th>
<th>Periodo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ing. José Luis Cabada (a.i.)</td>
<td>1967-1967</td>
</tr>
<tr>
<td>Dr. Julián Rodríguez</td>
<td>1967-1973</td>
</tr>
<tr>
<td>Dr. Carlos Fineda</td>
<td>1973-1975</td>
</tr>
<tr>
<td>Dr. Temístocles Sánchez (a.i.)</td>
<td>1975-1976</td>
</tr>
<tr>
<td>Dr. Víctor Valverde</td>
<td>1976-1976</td>
</tr>
<tr>
<td>Dr. Rogelio Bermejo</td>
<td>1976-1977</td>
</tr>
<tr>
<td>Dr. Julián Rodríguez</td>
<td>1978-1979</td>
</tr>
<tr>
<td>Dr. Orlando Aguilar</td>
<td>1980-1982</td>
</tr>
<tr>
<td>Dr. Rodrigo Salas (a.i.)</td>
<td>1982-1984</td>
</tr>
<tr>
<td>Dr. Guillermo Torres Cortes</td>
<td>1984-1985</td>
</tr>
<tr>
<td>Lic. Omar Robles (a.i.)</td>
<td>1985-1986</td>
</tr>
<tr>
<td>Dr. Vladimir Basabe</td>
<td>1987-1990</td>
</tr>
<tr>
<td>Dr. Ramón Alvarez Gutiérrez (a.i.)</td>
<td>1990-1991</td>
</tr>
<tr>
<td>Dr. Armando López Scavino</td>
<td>1991-1994</td>
</tr>
<tr>
<td>Dr. José Flusa Lima</td>
<td>1994-1997</td>
</tr>
<tr>
<td>Ing. Diego Victoria Mejía</td>
<td>1997-2001</td>
</tr>
<tr>
<td>Dr. Hernán Málaga</td>
<td>2001 hasta la fecha</td>
</tr>
</tbody>
</table>
La Oficina Sanitaria Panamericana tuvo su origen en una resolución de la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, enero de 1902), que recomendó celebrar «una convención general de representantes de las oficinas de salud pública de las repúblicas americanas». Esta convención, que se reunió en Washington, D.C., del 2 al 4 de diciembre de 1902, estableció un consejo directivo permanente que se denominó Oficina Sanitaria Internacional, precursora de la Organización Panamericana de la Salud.

A propósito, el Viceministro de Relaciones Exteriores de nuestro país, Embajador Manuel María Cáceres, expresó durante la reciente (17 de Set./2002) condecoración con la Orden Nacional del Mérito, en el grado de Gran Oficial, al Director de la OPS, Dr. George Alleyne, que

"el Paraguay tuvo la honra de ser representado en la Conferencia Panamericana Fundacional de la OPS, en el año 1902, en México, por uno de sus estadistas y catedráticos más renombrados, el Dr. Cecilio Báez y desde un principio los lazos de cooperación y apoyo fueron estrechos. El apoyo científico, epidemiológico y logístico de la Organización Panamericana de la Salud hacia el Paraguay ha sido invaluable y nunca adquirió tanta relevancia como en esta época con la aparición de enfermedades exóticas como el SIDA, o de enfermedades emergentes como el virus de Ébola, la Enfermedad del Nilo Occidental y otras que exigen una alerta constante y una rápida cooperación internacional".

En representación de la OPS, el Dr. Alleyne, recibiendo la condecoración «Orden Nacional del Mérito en el grado de Gran Oficial» otorgada al Organismo por parte del Gobierno del Paraguay, en homenaje al Centenario de la OPS. La imposición estuvo a cargo del Vice Ministro de Relaciones Exteriores, Embajador Manuel María Cáceres.
AMPLISIMA GAMA DE COOPERACIÓN CON EL PARAGUAY

A lo largo de los años la cooperación de la OPS en el Paraguay ha sido tan amplia que circunscribirla en un esquema rígido sería imposible. Ha brindado cooperación en diferentes áreas de la salud, entre las que se destacan, principalmente, el control de las enfermedades transmitidas por vectores; el control de la fiebre aftosa, desarrollo institucional del Ministerio de Salud Pública, salud materno infantil, control de enfermedades prevenibles por vacunación, saneamiento ambiental, desarrollo de servicios de salud, desarrollo de recursos humanos, etc.

\textit{De todas maneras, se puede puntualizar que la cooperación en el país se realiza en las siguientes áreas:}

- Fortalecimiento de los sistemas nacionales y locales de salud.
- Cooperación en el desarrollo del sistema de servicios de salud.
- Promoción de medidas sociales, políticas y económicas que permitan elevar la calidad de vida y el bienestar de las comunidades.
- Promoción de la salud ambiental y la provisión de agua potable y saneamiento en comunidades.
- Apoyo para mejorar la salud de la mujer y promover su mayor integración a la sociedad.
- Promoción de la salud de niños y adolescentes, las embarazadas, los ancianos, los trabajadores y otros grupos de población vulnerables, apoyando los programas dirigidos a la reducción de las enfermedades, accidentes y muertes.
- Colaboración en el abordaje de los principales problemas de alimentación y nutrición, así como en programas de salud oral, salud mental y rehabilitación.
- Promoción de la educación y la participación social para la producción de salud en un ambiente ecológico-social adecuado.
- Apoya los esfuerzos para controlar el paludismo, el dengue, zoonosis y enfermedades de Chagas, el SIDA y la eradicación de la poliomielitis y la rabia humana, así como el control de otras enfermedades.
- Colaboración en la atención de problemas de salud asociados con el desarrollo y la urbanización, promoviendo los municipios saludables.
- Adiestramiento a trabajadores de la salud a través de cursos, talleres, seminarios y becas y sobre todo, fortalecimiento de las instituciones nacionales de capacitación.
- Difusión de información técnica y científica a través de su programa de publicaciones y sus centros de documentación.

ACUERDOS FIRMADOS POR LA OPS/OMS CON EL GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DEL PARAGUAY

1. Convenio Básico entre el Gobierno del Paraguay y la OMS (15/febrero/1952)

2. Convenio Básico entre el Gobierno del Paraguay y la OPS/OMS sobre Relaciones Institucionales, Privilegios e Inmunidades (Ley 1138. 28 de agosto/1984)

3. Pre-Convenio Brasil-Paraguay para Control de Calidad de Medicamentos. (16/marzo/1991)

4. Pre-Convenio para la Cooperación Técnica y Suministro de Productos Biológicos entre el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, el Ministerio
de Salud Pública del Brasil y la Organización Panamericana de la Salud, para la Eliminación de la Rabia (16/marzo/1991)

5. Convenio para la Cooperación en Actividades Científicas, Tecnológicas, Formación de Recursos Humanos y Prestación de Servicios, entre el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la Universidad Nacional de Asunción y la OPS/OMS. (20/febrero/1992)


7. Declaración de Asunción que ratifica la Declaración de Puerto Rico sobre el Abastecimiento de Agua y Saneamiento (8/ octubre/1992).

8. Convenio de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Salud del Paraguay y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud para el Establecimiento de un Centro Modelo de Planificación Familiar (10/diciembre/1992)


SE ESTABLECE LA OFICINA ZONA VI EN BUENOS AIRES

La experiencia adquirida en el curso de las actividades internacionales de salud pública ha demostrado la necesidad de que los programas se enfocen sobre bases prácticas que correspondan a la realidad de cada país o cada región. El conocimiento de las condiciones geográficas, económicas y sociales de una comunidad nacional o regional es indispensable para la aplicación de métodos y procedimientos que

* La Cooperación Técnica OPS/OMS en el Paraguay. Nov. 1994
concuercen con las necesidades específicas de cada comunidad.

Consecuente con esta apreciación, se ha venido aplicando cada vez con mejor éxito una política de descentralización, que permite a la OPS una acción más directa frente a los problemas de salud pública de los países del Continente Americano, para los siguientes países: Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. El Gobierno de la República Argentina favoreció esta decisión y concedió a la Oficina las prerrogativas e inmunidades de rigor, y el 21 de agosto de 1951 se suscribió un acuerdo que legalizó el establecimiento de la Oficina de Zona en la Capital de la Argentina, que quedó a cargo del doctor Emilio Budnik.

El mismo doctor Budnik escribía ese año que: «En Paraguay es indudable el servicio que ha prestado nuestra Oficina, a través de diferentes programas de salud pública en que participa, sobre la estructuración general de un programa integral de salud pública, que el Gobierno de ese país desarrolla en el término de Asunción-Villarrica.

«Sobre todo hay que destacar los esfuerzos realizados para el adiestramiento y capacitación técnica de trabajadores de salud pública en todos los niveles.

«Esta actividad ha exigido la preferente atención de la Oficina y se ha manifestado en la organización de cursos de adiestramiento en el servicio mismo, becas de corta y larga duración, seminarios formales de orden internacional y nacional, cursos regulares o circunstanciales, pero siempre eminentemente prácticos, sobre aquellos temas que de un modo permanente o en un momento dado son de interés nacional o internacional.

«Se han realizado así, y con buen éxito, en Paraguay varios cursos de adiestramiento para médicos, radiólogos, laboratoristas, enfermeras, auxiliares de enfermería, inspectores sanitarios, educadores y otros grupos. También en Paraguay, la Oficina participa intensamente en el establecimiento y consolidación de una cátedra de higiene y medicina preventiva en la Facultad de Medicina de Asunción. Se han otorgado becas de estudio a 26 paraguayos.» (*)

**RESEÑA HISTÓRICA DE LA SALUD PÚBLICA EN EL PARAGUAY. LA CREACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD**

La creación del Ministerio de Salud Pública en 1936 convierte al Estado paraguayo en tutor de la salud de la población. En los inicios el Ministerio del Interior se encargaba de los mercados, tablada, limpieza pública (1870) hasta que se crean las Municipalidades y el Consejo de Higiene Pública (1870 y 1876).

Edificio donde funciona en la actualidad el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

A partir de la Constitución de 1940, el artículo 11 establece como deber fundamental del Estado el cuidado de la salud y la asistencia social: «El cuidado de la salud de la población y la asistencia social, así como la educación moral y espiritual y física de la juventud, son deberes fundamentales del Estado.» Queda proscrita la explotación del hombre por el hombre. Para asegurar a todo trabajador un nivel de vida compatible con la dignidad humana, el régimen de los contratos de trabajo y de los seguros sociales y las condiciones de seguridad e higiene de los establecimientos, estarán bajo la vigilancia y fiscalización del Estado.
La Constitución de 1870 no menciona la salud como derecho y en la legislación constitucional anterior tampoco existe referencia en ese sentido, aunque en ella el Gobierno Provisional por medio del decreto del 7 de julio crea el Consejo de Medicina e Higiene Pública, con el objeto de "promover la higiene pública, aconsejando al gobierno los medios conducentes para su fomento y de habilitar aquellos requisitos legales para que la profesión médica o farmacéutica puedan ejercer libremente".

Se establece la misión de evitar epidemias, control de mataderos y de la práctica médica. Este Consejo pasa a depender del Ministerio del Interior que además debe fiscalizar los mercados, tablada y limpieza pública hasta que sean creadas las municipalidades (Decreto del 9/XII/1870) que organiza los Ministerios en base a la nueva Constitución. (*)

Los antecedentes históricos consignan que la Ley del 14 de enero de 1915 crea la Comisión Nacional de Asistencia Pública y Beneficencia Social que depende del Ministerio del Interior. Esta Comisión se hace cargo de las casas de asistencias sanitarias y debe realizar la fundación del dispensario de lactantes, orfanatorios, manicomio nacional, policlínicas, leprocomios, dispensarios para tuberculosos y sífilis, y sanatorios según necesidad. Todos los habitantes de la república tienen derecho a la asistencia, siendo esta gratuita para los indígenas. (Registro Oficial, 1915).

El año 1917 marca el inicio de la Medicina Preventiva y aparece en el léxico de la Salud Pública las palabras "Fomento y Promoción". Un marcado progreso experimentan los métodos y medios de diagnóstico. Aparecen los Antibióticos y la Quimioterapia y la esperanza de vida se prolonga.

Se incorporan los términos de "Restauración y Recuperación" en relación con los adelantos quirúrgico-clásicos, léxico de la Medicina Curativa y Asistencial. La mortalidad infantil y general muestra un marcado descenso.

DOCTOR PEDRO DUARTE ORTELLADO, PRIMER MINISTRO DE SALUD PUBLICA

El Ministerio de Salud fue creado con el propósito de brindar asistencia médica a los heridos y mutilados de la Guerra del Chaco (1932/35).

Según puede desprenderse de los documentos de la época, hasta 1936 los servicios oficiales de salud estuvieron a cargo del Ministerio del Interior, hasta que el 15 de junio de 1936 el Gobierno Provisional de la República, promulgó el Decreto-Ley N° 2.000 que crea el Ministerio de Salud Pública con rango de Secretaría de Estado y designando al Dr. Pedro Duarte Ortellado, Ministro Secretario de Estado en dicha Cartera. (**) 

Pocos años después, siendo Paraguay uno de los países participantes en la Oficina Sanitaria Panamericana, se solicitó el concurso de un técnico sanitario, siendo designado en 1940 para esta misión el Comisionado Viajero Dr. Henry Hanson. De conformidad con las recomendaciones del Dr. Hanson, por Decreto N° 1926 de 1940 se reorganizaron las dependencias del Ministerio de Salud Pública.

El ministro de Salud Pública de esa época, el Dr. Ricardo Odrionzola, decía que "ningún país puede progresar sin un índice sanitario favorable de la población. Pero el complicado problema de la salud pública requiere actualmente dos condiciones esenciales: Organización moderna y personal idóneo bien rentado, que dedique todo su tiempo a atender el desempeño de su cargo".

"El Comisionado Viajero de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Henry Hanson, ha observado en las dependencias del Ministerio de Salud Pública una superioridad de la parte curativa sobre la preventiva. Es indudablemente un defecto capital. Es más importante evitar una enfermedad que curarla".

---

(*) Centro de Documentación del MSP y BS Evolución histórica de la Salud Pública en el Paraguay

(**) 1936, Centro de Documentación, MSP y BS.
Haciendo una amplia descripción de la realidad de la sanidad, y sobre todo a la mortalidad infantil, el Dr. Odriosola decía: "... Si permanecemos indiferentes, teniéndonos lástima como los menos, o criticando como los más, el Paraguay dentro de 30 años será un pueblo de pigmeos, indignos descendientes de los que vencieron penurias y fatigas...".

Agregaba que al problema de la mortalidad infantil sigue en importancia la campaña antilepra... Siguen las fiebres tíficas, y la disentería, y últimamente se ha individualizado una nueva enfermedad emparentada con ellas, la salmonelosis. También está la leishmaniasis.

El bocio, el paludismo, las verminosis, constituyen otros objetivos de un programa de saneamiento nacional. La Fundación Rockefeller ha realizado, en cuanto a las últimas, una obra digna de encomio; pero, al rescindirse la contrata, ha vuelto a cundir en forma alarmante.

SE CREA LA OFICINA QUÍMICA NACIONAL

Por Decreto del 9 de enero de 1939, el Poder Ejecutivo creó la Oficina Química Nacional, dependiente del Departamento Nacional de Higiene, adoptando al mismo tiempo el Codeées Alimentarius para conocer las condiciones que deben reunir los alimentos, bebidas, etc.

En todos los casos de adulteración de comestibles, bebidas, etc., las oficinas químicas municipales remitirán al Dpto. de Higiene los antecedentes completos, para que el Consejo General de Salubridad aplique las sanciones del caso. Los productos decomisados que no constituyan peligro para la salud serán subastados, y los nocivos serán destruidos.

CERTIFICADO DE SALUD EN EL PARAGUAY

Por decreto aprobado por el Ejecutivo del Paraguay el 10 de noviembre de 1941, los funcionarios públicos, empleados del comercio y de la industria, de la banca, los profesores y estudiantes, los obreros y profesionales en general, etc., no podrán desempeñar ningún cargo ni ejercer ninguna profesión sin estar munidos de la tarjeta de salud en que conste que no padecen de enfermedades infectocontagiosas. La policía de los oficios y los hospitales regionales y puestos sanitarios expedirán dichas tarjetas anualmente, en los meses de enero a marzo. (*)

LOS PRIMEROS CENTROS DE SALUD

A mediados del año 1943 se inician los primeros esfuerzos conducentes al desarrollo de programas sanitarios, principalmente en su aspecto preventivo. Se reconoce así el aspecto de la Medicina Preventiva, pasando de un enfoque individualista a la adopción del enfoque colectivo.

Con esta nueva concepción se crean en 1943 los primeros Centros de Salud dependientes del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP), instalándose en número de dos en la Capital y tres en las principales ciudades del interior: Concepción, Villarrica y Encarnación. (**)

SE AMPLIA EL CAMPO DE APLICACIÓN DEL SEGURO SOCIAL

Por Decreto-Ley N° 17071 del 18 de febrero de 1943 se creó el Instituto de Previsión Social, inaugurándose así la seguridad social en el Paraguay.

El 1°. de diciembre de 1950 se promulgó el Decreto N° 1860 que modifica el decreto-ley de creación del IPS. La nueva disposición es un reajuste del decreto original en el sentido de ampliar el campo de aplicación del seguro de forma que sus beneficios alcancen a todos los asalariados, incluyendo a funcionarios de instituciones autónomas, que presten servicios o ejecuten una obra en virtud de un contrato de trabajo, cualesquiera sea su edad o el monto de las remuneraciones que reciban; como también a los trabajadores...
aprendices que no reciben salario, pero con excepción de los empleados públicos, los trabajadores independientes y los empleados y obreros del Ferrocarril Central del Paraguay, hasta tanto que por ley se resuelva unificar esta caja con la del IPS. El Decreto entró en vigencia el 1° de enero de 1951. (*)

Por ley especial que empezó a regir en abril de 1967, se hizo extensivo el seguro social a todos los empleados domésticos. Los servicios que se prestarán a estos nuevos asegurados comprenden: atención médica y quirúrgica, atención maternal, atención dental, medicamentos y un subsidio en dinero por enfermedad.
Aportes de la OPS-OMS en las acciones que tuvieron el
objetivo de mejorar el nivel de salud y la calidad de vida
de la población paraguaya en los principales períodos de
trabajo así como las principales estrategias desarrolla-
das que generaron un impacto en la salud.

DOS ACUERDOS SANITARIOS
AUSPICIADOS POR LA OPS QUE
HICIERON HISTORIA:

A principios de 1948 se celebraron, con
los auspicios de la OPS, dos conferencias
sanitarias, una en Montevideo, Uruguay, y la
otra en Salta, Argentina. En la primera,
Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay
agruparon en un acuerdo sanitario regional
puntos de interés especial para los países del
Río de la Plata. En la segunda, se llegó a un
acuerdo semejante por Argentina, Bolivia y
Paraguay.

Estos acuerdos locales fueron muy
importantes para el combate futuro de las
erificaciones epidemiológicas fronterizas
terrestres.

ACUERDO SANITARIO
PANAMERICO ENTRE URU-
GUAY, ARGENTINA, BRASIL Y
PARAGUAY (firmado el 13-Marzo-
1948 en Montevideo)

Los Presidentes de las Repúblicas Oriental
del Uruguay, Argentina, Brasil y Paraguay, en
el deseo de continuar la tradicional política
de estrecha colaboración y mutuo
entendimiento entre sus pueblos,
especialmente en la esfera de protección y
conservación de la salud, y teniendo en
cuenta las disposiciones del Código
Sanitario Panamericano, ratificado por todos
los países concurrentes, han decidido
suscribir el presente Acuerdo auspiciado por
la OPS, para lo cual designan a sus
Plenipotenciarios: El Presidente de la
República Oriental del Uruguay al Ministro
de Salud Pública, Dr. Enrique M. Claveux
y al Dr. Ricardo Cappeletti; el Presidente de
Argentina a su Secretario de Salud Pública,
Dr. Ramón Carrillo y al Dr. Alberto Zwanck;
el Presidente del Brasil al Director Gral. del
Dpto. Nacional de Salud, Dr. Heitor Pragu
Froes y el Presidente de Paraguay a los
doctores Raúl Peña y Carlos Ramírez
Boettner.

Los cuales, habiendo presentado sus
respectivos poderes, hallados en buena y
debida forma, suscriben el presente Acuerdo
y un Protocolo adjunto, los que también
suscriben el Director de la OPS, Dr. Fred L.
Soper y el Secretario Gral., Dr. Miguel E.
Bustamante.
DISPOSICIONES GENERALES

Los países signatarios se comprometen a adoptar medidas preventivas permanentes, tendientes a resolver los problemas epidemiológicos en las zonas fronterizas en relación con paludismo, viruela, fiebre amarilla, peste, tracoma, enfermedades venéreas, hidatidosis, rabia y lepra.

En el caso de que se desarrollen en la zona fronteriza de alguno de los países signatarios un brote epidémico de cualquiera de las enfermedades a que hace referencia el Art. anterior, u otra enfermedad no citada pero que signifique amenaza o peligro para cualquiera de ellos, podrán formar a requerimiento de uno de ellos directamente o por intermedio de la OPS, comisiones mixtas de técnicos sanitarios de dichos países para que actúen de común acuerdo.

Los países signatarios podrán concertar arreglo de ayuda técnica reciproca, así como de prestación de personal y elementos para controlar situaciones sanitarias. Estos arreglos podrán realizarse directamente entre las autoridades sanitarias de los países interesados o con intervención de la OPS.

Se comprometen a tomar las medidas necesarias para el estricto cumplimiento de la comunicación inmediata del primer caso o casos de las siguientes enfermedades: peste, cólera, tifo exantémático, fiebre amarilla y viruela, de acuerdo a lo establecido en el Código Sanitario Panamericano.

Se comprometen a no adoptar medidas de profilaxis internacional que signifiquen el cierre de las fronteras de un país, y limitarán las medidas, cuando fueren indispensables, a la zona afectada.

DISPOSICIONES PARTICULARES

PALUDISMO

Acuerdan:

Realizar en las zonas de paludismo endémico o en las que ocurran brotes de paludismo epidémico sobre sus respectivas fronteras, campañas antipalúdicas tendientes a reducir a cero el índice de transmisión, en una profundidad no menor de cinco kilómetros en cada país; basándolas principalmente en el uso de modernos insecticidas.

FIEBRE AMARILLA. Lo acordado en este caso se consigna más adelante en el capítulo referido a esta enfermedad.

PESTE

Acuerdan:

Mantener, ampliar y reorganizar los servicios de epidemiología y profilaxis de la peste, en especial en los territorios fronterizos donde hayan ocurrido casos de peste en los últimos diez años.

Estos servicios actuarán permanentemente a ambos lados de la frontera y consistirán fundamentalmente en campañas antipalúdicas y de desratización y en la investigación sistemática de la infección pestosa, en los reservorios y transmisores, debiendo actual estos servicios en una profundidad que asegure protección conveniente al país vecino.

TRACOMA

Acuerdan:

Organizar y mantener en las zonas fronterizas en las que el tracoma sea endémico, servicios especializados que actúen en forma permanente en la lucha preventiva y curativa contra esta enfermedad.

HIDATIDOSIS:

Ratifican:

Sus propósitos frente a la hidatidosis coordinar las reglamentaciones existentes en los mismos; armonizar las disposiciones de orden social en todo lo que sea posible y mantener estrecha vinculación en materia de investigación científica sobre la base de intercambio permanente de informaciones y organización de un archivo internacional sobre extensión y desarrollo de la enfermedad hidática en sus territorios. (*).

* 1948, Junio Pág. 513-519 Bol. OPS
ACUERDO SANITARIO ENTRE ARGENTINA, BOLIVIA Y PARAGUAY

Concertado en la Conferencia convocada por la OPS, en la ciudad de Salta, Rca. Argentina, del 16 al 20 de marzo de 1948 y firmado en la ciudad de Buenos Aires, el 30 de marzo de 1948.

Los Exc. Sres. Ptes. de la Rca. Argentina, Bolivia y de Paraguay, en el deseo de continuar la tradicional política de estrecha colaboración y mutuo entendimiento entre sus pueblos, especialmente en la esfera de la protección y conservación de la salud, y teniendo en cuenta las disposiciones del Código Sanitario Panamericano, ratificado por todos los países concurrentes, han decidido suscribir el presente Acuerdo auspiciado por la OPS, para lo cual designan a sus Plenipotenciarios: El Exc. Sr. Presidente de la República Argentina, al Dr. Alberto Art. 1°. Los países signatarios se comprometen a adoptar medidas preventivas permanentes, de acuerdo con sus posibilidades, tendientes a solver los problemas epidemiológicos de las zonas fronterizas terrestres, en relación con paludismo, viruela, fiebre amarilla, peste, tifus exantemático, tuberculosis, fiebre tifoidea y enfermedades venéreas.

Art. 2°. En caso de que se desarrolle en la zona fronteriza de alguno de los países signatarios un brote epidémico de cualquiera de las enfermedades a que hace referencia el Art. anterior, u otra enfermedad no citada, pero que signifique amenaza u peligro para cualquiera de ellos, podrán tomar a requerimiento de uno de ellos directamente o por intermedio de la OPS, comisiones mixtas de técnicos sanitarios de dichos países para que actúen en común acuerdo.

Art. 3°. Los países signatarios se comprometen a tomar las medidas necesarias para el estricto cumplimiento de la comunicación inmediata del primer caso o casos de las siguientes enfermedades: peste, tifo exantemático, fiebre amarilla, cólera y viruela, de acuerdo con lo establecido por el Código Sanitario Panamericano.

DISPOSICIONES PARTICULARES

Paludismo. Art. 8° al 16°. Los países signatarios acuerdan realizar, en las zonas de paludismo endémico o en las que ocurran brotes de paludismo epidémico sobre sus respectivas fronteras, campañas antipalúdicas tendientes a reducir a cero el índice de trasmisión, en una profundidad no menor de cinco kilómetros en cada país, basándolas principalmente en el uso de modernos insecticidas.

Peste. Art. 17. Los países signatarios acuerdan mantener, ampliar reorganizar los servicios de epidemiología y profilaxis de la peste, en especial en los territorios fronterizos donde hayan ocurrido casos de peste en los últimos diez años. Estos servicios actuarán permanentemente y consistirán fundamentalmente en campañas pulicidas y de desratización y en la investigación sistemática de la infección pestosa, en reservorios y transmisores, debiendo actuar estos servicios en una profundidad que asegure protección conveniente al país vecino.

Tifo Exantemático. Art. 18. Los países signatarios acuerdan mantener servicios permanentes de desinsección en aquellas zonas fronterizas en las que el tifo exantemático sea endémico o se hubieren comprobado brotes epidémicos en los últimos diez años. Estos servicios deberán abarcar una profundidad de aproximadamente 50 kilómetros a cada lado de la frontera.

Tuberculosis. Art. 19 (Se desarrolla en el capítulo referido a esta enfermedad)

Fiebre Tifoidea. Art. 20. Acuerdan hacer obligatoria la vacunación antitífica en las poblaciones fronterizas donde la enfermedad exista con carácter endémico o epidémico, con un intervalo regular de un año.

Enfermedades venéreas. (Se consigna en el capítulo referido a esta enfermedad)
DISPOSICIONES ESPECIALES

Los países signatarios, reconociendo la importancia que tienen las migraciones de los trabajadores para la salud de los pueblos, acuerdan la formación de comisiones mixtas constituidas por delegados de sus autoridades sanitarias, para el examen médico de los trabajadores que se trasladen de un país a otro, con el objeto de evitar la propagación de enfermedades transmisibles. También, conscientes de la importancia que para la salud de sus pueblos tendrá el tránsito en las carreteras panamericanas, convienen en aplicar a lo largo de las mismas, las disposiciones pertinentes de este acuerdo.

Se comprometen a asegurar la potabilidad (química y bacteriológica) del agua que se provea a los ferrocarriles, aeronaves y demás vehículos afectados al tránsito internacional. Igualmente, se comprometen, dentro de sus posibilidades, a tomar todas las medidas para evitar la polución de las corrientes de agua fronterizas, en defensa de la higiene y la economía de los países. Acuerdan realizar campañas conjuntas de educación sanitaria popular, mantener un intercambio permanente de informaciones, y fomentar la creación y apoyar el funcionamiento de sociedades médicas fronterizas, estimulando el estudio de los problemas de salubridad pública que interesen a los países vecinos.

Las tripulaciones de los transportes internacionales, aeronaves, ferrocarriles y demás vehículos, deberán estar provistas obligatoriamente del certificado internacional de salud aprobado por la OPS. Como medida permanente, y ante la posible eventualidad de transporte de vectores por vía aérea, se acuerda exigir a las compañías de aeronavegación la desinsectación de los aeropuertos y de los aviones de pasajeros y de carga, mediante los procedimientos que se expresen más adelante.

Las Compañías Aéreas Internacionales estarán obligadas a desinsectar por los métodos y con la periodicidad recomendados por la OPS, el interior de las aeronaves incluyendo todas sus dependencias al iniciar el vuelo desde el último puerto aéreo de aterrizaje, antes de entrar al país limítrofe. Sin perjuicio de lo prescrito anteriormente, las autoridades sanitarias en el punto terminal del viaje podrán desinsectar las aeronaves una vez bajados los pasajeros.

Las obligaciones contenidas en el artículo precedente, regirán también para los aviones civiles que realicen viajes internacionales y deberán ser aplicadas y controladas por las autoridades sanitarias del país de salida del avión, pudiendo ser exigido por las autoridades sanitarias del país de llegada el correspondiente certificado de inspección o control, expedido por las autoridades sanitarias del país de salida.

Se adoptarán medidas de desinsectación en los trenes internacionales de pasajeros y carga y en otros transportes terrestres que puedan vehicularizar el Aedes Aegypti u otros vectores. Las autoridades sanitarias de los países signatarios gestionarán la adopción de idénticos procedimientos de desinsectación a los señalados para los aviones comerciales, para las aeronaves de sus fuerzas armadas que crucen las fronteras.

Entre otros artículos, se establece que los países signatarios, entre cuyos puertos vecinos exista tránsito intenso de pasajeros, podrán, mediante condiciones sanitarias normales, prescindir de los requisitos sanitarios de práctica. (*).

COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES EN DESARROLLO

En la Resolución XXVII de la XXV Reunión del Consejo Directivo de la OPS (1977) se indica claramente el interés continuo de los países de la Región en la cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD) y su propósito de que se establezca y mantenga una coordinación entre los países y la Organización a este respecto.
Se han establecido puntos focales nacionales de CTPD en los siguientes países y territorios de la Región: Antillas Neerlandesas, Argentina, Barbados, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Honduras, Islas Turcas y Caicos, México, Nicaragua, Paraguay y Venezuela.

Los grandes proyectos hidroeléctricos para varios países han constituido excelentes oportunidades de CTPD. En efecto, reciben importantes recursos financieros nacionales e internacionales y exigen considerables recursos técnicos y humanos, así como servicios de salud y otros para atender las necesidades básicas.

Como ejemplos de proyectos de esa índole pueden citarse el proyecto hidroeléctrico de Salto Grande en el cual se han utilizado recursos técnicos de Argentina, Uruguay y otros países en desarrollo para formular y aplicar estrategias y programas de protección y control del ambiente, higiene del trabajo y asentamientos humanos.

Otros ejemplos son los acuerdos de construcción de dos centrales hidroeléctricas: Itaipú entre Brasil y Paraguay y Yacyretá entre Argentina y Paraguay. Esos acuerdos comprenden el mejoramiento de las instituciones ya establecidas, el fortalecimiento de la capacidad tecnológica propia, la participación de instituciones y compañías públicas y privadas en actividades específicas ajustadas a la CTPD, y la promoción de industrias complementarias y de proyectos agrícolas a nivel subregional. (*)

NUEVA DIMENSIÓN DEL ESPIRITU DE COOPERACION TECNICA DE LA OPS EN EL AMBITO CONTINENTAL

En el Boletín OPS de setiembre de 1978 se consigna un informe del Dr. Héctor R. Acuña, Director de la OPS, tomado de la introducción del Informe Cuadrienal (1974 – 1977) e Informe Anual (1977) del Director, Washington:

... En cuanto a la erradicación de la malaria, los esfuerzos de la Organización y los Gobiernos se han encaminado a superar los problemas técnicos y operativos de los programas, así como a evitar mayores deterioros en la situación epidemiológica. Como parte de este propósito, en la XXIV Reunión Del Consejo Directivo se aprobaron los lineamientos recomendados por los Directores de los Servicios Nacionales de Malaria para poner en práctica la nueva estrategia de la erradicación. ... Como contribución a dicha estrategia, la Organización preparó y puso a disposición de los países el documento titulado: "Orientaciones sobre el futuro desarrollo del programa de malaria en las Américas".


Salud en familia. Al analizar el avance de los programas de nutrición en los países de la Región se observa que durante este período algunos Gobiernos llevaron a cabo programas muy activos y de enfoque intersectorial, tratando de ubicarlos dentro del marco global de las políticas de desarrollo.

Se destaca la cooperación técnica del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), y del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe, así como el Proyecto Interagencial de Promoción de Políticas Nacionales de Alimentación y Nutrición. Se registraron progresos evidentes en la formulación y ejecución de programas nacionales de alimentación y nutrición, particularmente en Barbados, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Paraguay y la Rca. Dominicana...

... En lo referente a salud dental, la atención se concentró en el desarrollo de
estructuras administrativas dentro de los Ministerios de Salud y en la formulación de programas nacionales. Se avanzó en la preparación de un plan subregional de salud dental para los países de habla inglesa del Caribe. Se puso especial énfasis en el empleo de equipo odontológico simplificado, sobre todo, en las zonas marginales.

Durante el período se colaboró con los Gobiernos de Bolivia, Colombia, Paraguay y Venezuela, entre otros países, en la consolidación y extensión de sus sistemas de salud dental. En Colombia se realizó el Primer Simposio Internacional sobre Fluoruración de la Sal, con la participación de expertos de Europa y las Américas, para analizar la posibilidad y efectividad de este vehículo en la prevención de las caries.

**Sistemas de información.** La cooperación técnica en la revisión y operación de los sistemas de información en salud se orientó hacia la preparación de personal, la reorganización de los sistemas de estadística y registros médicos, y la creación de sistemas de informes (todo ello vinculado a los programas de extensión de la cobertura a áreas rurales y periurbanas desprotegidas).

Sobresalen los programas en marcha en Brasil, Colombia, Paraguay y Perú. ...

**Relaciones con otros organismos.** Con el propósito de examinar aspectos importantes de salud en los países de América Latina y el Caribe, y de revisar las perspectivas y proyecciones para los próximos 10 años en el campo de la salud, en 1977 se efectuó una reunión de directivos del BID y de la Organización.

La definición de la política del Banco en aspectos de salud ha estado beneficiando las acciones conjuntas de ambas organizaciones a nivel de los países. En el cuadrienio, Costa Rica, Chile, Paraguay y Trinidad y Tobago, entre otros, obtuvieron préstamos o sometieron propuestas al BID para ayudar a financiar la fase inicial de sus programas de extensión de la cobertura de servicios de salud.

También se obtuvieron fondos de asistencia técnica para los programas de control de la fiebre aftosa en Brasil, Colombia, Chile, Paraguay y Perú. Es conveniente citar el proyecto de capacitación de 3.900 médicos veterinarios y asistentes de salud animal para los programas nacionales de control de la fiebre aftosa.

**SANEAMIENTO Y SALUD**

**UNA BREVE HISTORIA DEL SANEAMIENTO EN EL PARAGUAY**

La historia del saneamiento en el Paraguay está íntimamente relacionada con la Organización Panamericana de la Salud/OMS que ha tenido un papel protagónico en el saneamiento ambiental del país.

En 1951 se ha firmado el primer acuerdo entre el Gobierno de la República del Paraguay y la Organización Mundial de la Salud para la provisión del asesoramiento técnico y otros servicios requeridos por el gobierno nacional en el área de la salud pública. En aquel entonces la administración de los programas de cooperación de la OPS se hacían desde su Zona 6, ubicada en Buenos Aires, que cubría además de Argentina a Chile y Uruguay.

El año 1955 marca el comienzo del saneamiento, como programa de Gobierno, con la creación de la División de Saneamiento Ambiental del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS) para las tareas de promover, desarrollar y administrar las actividades del saneamiento ambiental de las 4 Regiones Sanitarias en que se hallaba dividido el país.

Hasta el comienzo de los años 50 las actividades de saneamiento eran llevadas a cabo por “guardas sanitarios” -inspectores y auxiliares de saneamiento- que trabajaban en
los servicios locales de salud –centros de salud y puestos sanitarios– encargados del control de las anquilostomiasis, de las excretas, medicación antihelmintica y vacunación antivariólica.


En 1959 fue construido en Asunción el primer sistema de agua potable. En aquel mismo año fue firmado un Convenio entre el MSP y BS y la OMS para la elaboración de un Programa de Saneamiento Básico Rural (1959-1963) donde apareció, pioneramente, entre los objetivos, la participación comunitaria: “compartir en forma mancomunada con la comunidad la responsabilidad de la ejecución y mantenimiento de las obras básicas de saneamiento”. En aquella época de dictadura militar hablar de participación comunitaria fue un gran avance logrado por la OPS.

Se estaba gestando lo que posteriormente serían las Juntas de Saneamiento. En aquel entonces la población del país era de 1,907,731, y la tasa de crecimiento poblacional del 2.6 % al año y se asignaba al Ministerio de Salud 5.2 % del Presupuesto General de la Nación.

La OPS también ha tenido un papel importante en el fortalecimiento institucional del saneamiento del país y en 1970 ha sugerido la creación del Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental (SENASA) y de las Juntas de Saneamiento.

Las Juntas de Saneamiento son una experiencia –modelo que ha sobrevivido el tiempo y representa un buen ejemplo de política de descentralización, participación comunitaria y de acción conjunta gobierno-comunidad.

La misma Ley 369/72, que crea el SENASA, en su Art. 5, establece como su atribución y obligación el promover, crear y prestar permanentemente asistencia técnica a las Juntas de Saneamiento (reglamentadas por el Decreto 8910).

SENASA asumió la responsabilidad de crear en cada distrito, conjuntamente con la Municipalidad local, la organización de una Junta de Saneamiento constituida por vecinos que sean usuarios y beneficiarios de dichas obras.

Actualmente existen cerca de 500 Juntas que atienden a cerca de 2.000.000 habitantes.

Cada Junta cuenta con una Comisión Directiva cuyos miembros son elegidos en asamblea de la misma Junta, excepto uno designado por la Municipalidad. Las Juntas tienen la finalidad de colaborar en la orientación y organización de las comunidades en relación al saneamiento, representar a los beneficiarios y usuarios de los servicios de saneamiento, participar en la elaboración de los programas locales de saneamiento y su ejecución, contratar la prestación de servicios, administrar los sistemas de agua potable y disposición de excretas y de basuras y vigilar el correcto funcionamiento de pozos de agua y letrinas.
El SENASA debe administrar el Fondo Rotatorio creado para viabilizar la creación de las juntas y presta asistencia legal, administrativa, ingeniería y de promoción y educación.

PROGRAMA DEMOSTRATIVO DE SANEAMIENTO RURAL EN SAN LORENZO

En 1956 se inició un Programa demostrativo de Saneamiento Rural en San Lorenzo, ciudad ubicada a pocos kilómetros de la capital, Asunción, realizado por el Ministerio de Salud Pública con la cooperación técnica de la OPS/OMS y la ayuda material de UNICEF. Tenía por objeto principal el fortalecimiento y desarrollo de las actividades de saneamiento ambiental en el país, como parte fundamental de los servicios de salud pública.

Durante el desarrollo se aconsejó y ayudó a mejorar los sistemas de abastecimiento de agua y de eliminación de excretas y basuras en las áreas rurales, se adiestró a personal profesional, técnico y obrero especializado, así como a líderes voluntarios de la colectividad tanto en el aspecto de técnicas de ingeniería elemental como de educación sanitaria.

Esta labor se realizó como actividad regular del centro de salud de San Lorenzo, utilizando el distrito del mismo nombre como área de demostración.

Se eligió esta localidad por ser representativa de las condiciones que prevalecen en casi todas las zonas rurales del país, el cual en su configuración geográfica presenta gran uniformidad, siendo un 35% de su superficie utilizada en agricultura o ganadería, y el resto es de selva.

Con propósitos demostrativos, se consideró para el programa de San Lorenzo la protección de los pozos y manantiales existentes, la perforación de pozos profundos y la construcción de otros hincados y taladrados, todos ellos provistos de bombas de mano, así como construcción de letrinas y sistemas domésticos de enterramiento de basuras.

Su ejecución se basó en obtener la máxima participación, activa y comprensiva, de la colectividad, la cual contribuiría con trabajo, materiales nativos y dinero, limitándose el Ministerio a promover esta participación, orientándola técnicamente y estimulándola con la provisión de algunos suministros de difícil adquisición local y de obreros especializados.

Los efectos de las condiciones desfavorables del medio ambiente están afectando el desarrollo económico, social y sanitario de la población. Económicamente impide que un
important grupo de población llegue a la edad productiva de la vida, sin tener así posibilidad de empezar a resarcir ala sociedad de la inversión hecha en ellos. Socialmente, provocan una actitud pesimista o pasiva ante lo que pueda significar otras mejoras de su nivel de vida. Y sanitariamente, se reconoce como causa fundamental de las enfermedades que menoscaban los recursos humanos del país: las enfermedades diarreicas y la anquilostomiasis, entre otras.

Al revisar la situación relativa a abastecimientos de agua, se encuentra que está en construcción el primer sistema de abastecimiento del país; casi todos los abastos son individuales, y el 50 % de los hogares disponen de agua dentro de la vivienda, de pozos excavado en su gran mayoría. En lo que a las excretas se refiere, se nota claramente la influencia benéfica de las dos campañas contra la anquilostomiasis emprendidas en 1924 y 1952, ya que el 88 % de las viviendas tiene algún sistema de eliminación, predominando las letrinas, aunque es necesario perfeccionar estos sistemas.

La subsistencia de esta situación hasta ahora, se debe a la falta de recursos destinados a saneamiento, tanto por parte del Estado como de la colectividad, y al desequilibrio de las actividades de los servicios sanitarios, que ponen especial hincapié en la atención médica y la higiene materno-infantil, en desmedro de saneamiento.

Considerando todos estos hechos, el MSP del Paraguay estableció prioridades entre las múltiples actividades del saneamiento del medio, encarando en primer lugar aquellos factores que causan mayor daño, y para cuyo control existen efícaes procedimientos técnico-administrativos. Este criterio hace que se concentren los esfuerzos en proveer a la colectividad de agua potable, abundante y cómoda de obtener, y en eliminar adecuadamente las excretas y basuras.

La experiencia ganada en este programa ha permitido al MSP del Paraguay elaborar un Plan de Saneamiento Básico Rural, que va a promover el desarrollo de actividades de saneamiento de todos los servicios sanitarios locales.

**EL ROL VITAL DE LA CORPOSANA EN EL SANEAMIENTO**

La creación de la CORPOSANA marcó todo un hito en la historia del saneamiento del Paraguay y su antecedente es el Decreto Nº 18.327 del 27 de febrero de 1947 por el cual se crea una comisión de estudio de los proyectos...
presentados al Ministerio de Salud Pública y Previsión Social para la construcción de un Sistema de Aguas Corrientes en la Ciudad de Asunción.

Siete años después, por Ley N° 244 del 26/X/1954 se crea la CORPOSANA (Corporación Paraguaya de Aguas Sanitarias) como entidad autárquica, con personería jurídica y con administración, contabilidad y patrimonio propios que se regirá por las disposiciones de esta Ley, la reglamentación que en consecuencia se dictare, los convenios internacionales que ríjan la materias y las demás leyes nacionales pertinentes.

Las relaciones de la institución con los poderes públicos serán mantenidas a través del ministerio del Interior. Hasta hoy sigue vigente esta relación.

Entre los objetivos de la Corporación figuraban: los de elaborar proyectos, construcción, explotación exclusiva y administración de las obras y servicios sanitarios de la Capital, comprendiéndose en ellos la planificación y construcción de un sistema de abastecimiento de agua, sus conexiones domiciliarias y la red de cloacas correspondientes.

En agosto de 1959 se inauguró oficialmente el servicio de agua potable para la ciudad de Asunción, a cargo de la Corporación de Obras Sanitarias de Asunción (CORPOSANA). En noviembre de 1964 la población servida alcanzaba el 40 % de la ciudad; es decir; a 130.000 habitantes sobre un total de 330.000.

Este fue, prácticamente, el único servicio de esta naturaleza en todo el país, cuya población se estima en 1.900.000 habitantes (1964).
LA CREACION DE “SANOS”

En junio de 1962 se creó en Paraguay el Servicio Autárquico de Obras Sanitarias (SANOS), cuyos objetivos básicos fueron los de “promover el desarrollo de los sistemas de abastecimientos públicos de agua potable y la construcción de los alcantarillados sanitarios y/o pluviales de todo el país, poniéndolos al alcance de las comunidades beneficiadas dentro de un estricto régimen de autofinanciación...”.

Corresponde al SANOS formular el Plan Nacional de Obras Sanitarias de Agua Potable y Alcantarillado; elaborar los respectivos planes anuales de obras; controlar los recursos hídricos necesarios para el cumplimiento de sus objetivos; establecer regímenes tarifarios; aplicar y reglamentar gravámenes y derechos, con vistas a la autofinanciación de los servicios, y supervisar todos los servicios de agua y cloacas del país –con exclusión de los de Asunción– ya sean públicos o privados.

En noviembre de 1964, SANOS preparó y publicó un Plan Nacional de Abastecimiento de Agua Potable, en cuya elaboración colaboraron la OPS y el AID.

ASOCIACION INTERAMERICANA DE INGENIERIA SANITARIA

La Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria (AIDIS) nació de una reunión de un pequeño grupo de ingenieros sanitarios convocada por la OPS y el Instituto de Asuntos Interamericanos en 1942.

En esa reunión se convino que era muy necesario y de gran interés la creación de una organización panamericana para fomentar las actividades y la educación en materia de ingeniería sanitaria en la Región. El interés y el apoyo obtenidos bastaron para celebrar en junio de 1946 la primera conferencia en Río de Janeiro, a la que asistieron 203 participantes de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay, Perú y Venezuela, así como de los Estados Unidos.

Se constituyeron tres comités para formular los objetivos y los procedimientos de organización y administración. En septiembre del mismo año tuvo lugar una segunda conferencia en Caracas, Venezuela, con la participación de 200 delegados. Presidió esta Conferencia el Ing. Luis Wannoni, presidente del XII Congreso de la AIDIS, celebrado en Caracas en 1970.

Cuando se celebró el I Congreso en Santiago, Chile, en 1948, la Asociación contaba con 1.186 miembros activos, que eran ingenieros sanitarios profesionales afines. En 12 países ya se habían organizado las secciones nacionales de la AIDIS. El II Congreso tuvo lugar en México, D.F., en 1950, con la asistencia de 241 delegados y dos observadores. (*)

LA REPRESENTACION PARA-
GUAYA: AIDISPAR

La Asociación de Ingeniería Sanitaria y Ambiental del Paraguay (AIDISPAR) es una Organización No Gubernamental sin fines de lucro con personería jurídica reconocida por el Poder Ejecutivo por Decreto N° 21.345 del 5 de junio de 1998 y es miembro desde 1948, en representación del Paraguay, de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental, AIDIS Internacional, principal asociación ONG del sector con reconocimiento de la OPS.

A nivel nacional, son propósitos de AIDISPAR fomentar el desarrollo de la Ingeniería Sanitaria y las ciencias del ambiente coadyuvando en la solución de los problemas relacionados al sector, promoviendo el aporte científico y tecnológico y el intercambio de información y cooperación entre las instituciones.

LAS ENFERMEDADES TRANSMI-
SIBLES

FIEBRE AMARILLA

La fiebre amarilla aparece en Montevideo en 1876 y como Buenos Aires impuso una observación de ocho días a los buques procedentes del Estado Oriental, se decreta

---

1 1971, setiembre, Bol. OPS
el 22 de marzo de 1878 que todos los vapores que arriben al Paraguay procedentes de la República Oriental del Uruguay serán sometidos a un día de observación, si no hubieran tenido a su bordo ninguna novedad. Caso contrario la observación será de 15 días.

Desde comienzos de siglo, la eliminación o erradicación de las enfermedades endémicas ha sido blanco de numerosos programas oficiales por parte de los gobiernos de las Américas y sus correspondientes organismos sanitarios.

ACUERDO SANITARIO

El ya citado Acuerdo Sanitario entre Argentina, Bolivia y Paraguay, concertado en la Conferencia convocada por la OPS en la ciudad de Salta (Argentina), del 16 al 20 de marzo de 1948 y firmado en Buenos Aires el 30 de marzo de 1948, estableció en lo referente a la fiebre amarilla, lo siguiente:

Fiebre Amarilla. Art. 11. Los países signatarios se comprometen a realizar una campaña intensiva y permanente que asegure la erradicación del Aedes Aegypti en todo su territorio, de acuerdo con lo resuelto por el Consejo Directivo de la OPS. También (art. 12) a mantener libres de Aedes Aegypti los aeropuertos de tránsito internacional, en una extensión no menor de un kilómetro alrededor del perímetro del aeropuerto. Asimismo (art. 14) se obligan a practicar sistemáticamente la vacunación antiamarilla a todas las personas residentes o en tránsito por las zonas reconocidas como endémicas.

Mientras no se logre (art. 15) la erradicación del Aedes Aegypti, las autoridades sanitarias de los países signatarios podrán exigir el certificado de vacunación antiamarilla a cualquier persona procedente de una zona endémica o epidémica. Igualmente (art. 16) mantendrán un servicio permanente de investigación epidemiológica en las zonas endémicas o donde se observen casos y transmitirán los datos a la OPS para confeccionar mapas epidemiológicos actualizados, cuyas copias serán enviadas a las autoridades superiores de Sanidades de cada uno de los países signatarios, a los efectos contemplados en los artículos anteriores.

DISPOSICIONES ESPECIALES.

Art. 31: Se adoptarán medidas de desinsectación en los trenes internacionales de pasajeros y carga y en otros transportes terrestres que pudieran vehiculizar el Aedes aegypti u otros vectores. Las autoridades sanitarias (art. 32) de los países signatarios gestionarán la adopción de idénticos procedimientos de desinsectación a los señalados para los aviones comerciales, para las aeronaves de sus fuerzas armadas que crucen las fronteras.

Entre otros artículos, el 34 señala que: los países signatarios, entre cuyos puertos vecinos exista tránsito intenso de pasajeros, podrán, mediante condiciones sanitarias normales, prescindir de los requisitos sanitarios de práctica.

Igualmente, el Acuerdo Sanitario Panamericano entre Uruguay, Argentina, Brasil y Paraguay, firmado el 13 de marzo de 1948, establecía:

FIEBRE AMARILLA

Se comprometen:

A realizar una campaña intensiva y permanente que asegure la erradicación del Aedes aegypti en todo su territorio, de acuerdo con lo resuelto por el Consejo Directivo de la OPS.

A mantener libres del Aedes aegypti los aeropuertos de tránsito internacional, en una extensión no menor de un kilómetro alrededor del perímetro del aeropuerto.

Se obligan a tomar medidas de protección antiestegónica, en las embarcaciones fluviales, debiendo extender el certificado correspondiente, que será requisito para salir del puerto de salida e ingresar al primer puerto de otro de los países signatarios.
Se obligan a practicar sistemáticamente la vacunación antiamarilla a todas las personas residentes o en tránsito por las zonas reconocidas como endémicas.

Mientras no se logre la erradicación del Aedes aegypti, las autoridades sanitarias de los países signatarios podrán exigir el certificado de vacunación antiamarilla a cualquier persona procedente de una zona endémica o epidémica.

Las autoridades sanitarias mantendrán un servicio permanente de investigación epidemiológica en las zonas endémicas o sospechosas y transmitirán los datos a la OPS para confección de mapas epidemiológicos actualizados.

En el Paraguay el Decreto Nº 44.868 del 7/IX/1932 aprobó el contrade Ad Referéndum celebrado entre el Departamento de Higiene y Asistencia Pública y la Fundación Rockefeller para la organización de un servicio cooperativo para la prevención de la fiebre amarilla en la República. El servicio comprendía en sus programas medidas de profilaxis y estudios epidemiológicos de la Fiebre Amarilla.

Por un decreto de fecha 8 de noviembre de 1932, el Presidente de la República del Paraguay aprobó el Reglamento preparado por el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública para el servicio de profilaxia contra la fiebre amarilla en el país.

En dicho reglamento se estipulaban las formas en que se harían las inspecciones por los médicos del servicio y representante, y las condiciones que deberían cumplir los dueños de casas y otras propiedades a fin de impedir los criaderos de mosquitos. Un artículo impuso la declaración obligatoria de los casos sospechosos de fiebre amarilla, y también las defunciones que ocurran antes de los cinco días de enfermedad. (*)

**LA OPS TOMA LA POSTA**

Por un poco más de 30 años, la Fundación Rockefeller tomó parte activa en el estudio y control de la fiebre amarilla en las Américas y con respecto a esta enfermedad, ha funcionado como una organización sanitaria regional aliviando a la OPS del peso de este problema. Durante ese periodo, se han desarrollado métodos para la erradicación del Aedes Aegypti, vector urbano de la fiebre amarilla y para la protección en masa por medio de la vacunación de las poblaciones expuestas.

En 1948 la Fundación Rockefeller consideró que su contribución a este problema estaba terminada y retiró su participación en los estudios de la fiebre amarilla y su control.

Consideró que el momento era propicio para hacerlo porque no han ocurrido brotes de fiebre amarilla urbana en las Américas desde 1945. La OPS necesitaba entrar a cubrir el hueco dejado por esa retirada.

Sin embargo, para la erradicación del Aedes Aegypti de Sudamérica solo faltaba sanear dos importantes regiones: los países del Río de la Plata, Argentina, Paraguay y Uruguay, y la parte norte del Continente, formada por Ecuador, Colombia, Venezuela y las Guayanas Holandesas y Francesa.

Ya un año antes del retiro de la Fundación Rockefeller, la primera medida tomada para la solución del problema fue el Convenio suscrito por el Paraguay en 1947, que dispuso la organización de un programa de erradicación bajo los auspicios de la OPS. Un pequeño grupo del personal brasileño se encarga de la preparación del personal paraguayo.

El Decreto Nº 2543 del 19/I/1951 por el cual se prorrogó la vigencia del convenio firmado en fecha 13/X/1947 entre el Ministerio de Salud por una parte y la Oficina Sanitaria Panamericana por la otra, respecto a la Erradicación Continental del Aedes Aegypti, y cuya vigencia fuera prorrogada por decreto Nº 9546 del 19 de enero de 1950, feneció en fecha 31 de diciembre de 1950. (**).

El informe de la campaña de erradicación del Aedes Aegypti en 1950, relacionado al Paraguay fue proporcionado por el doctor Juan Javaloyes y González (***) y consta de lo siguiente:

(*) Fuente MSP y BS
(**) 1951, Octubre, Págs. 320-331, Bol. OPS
Por diversas causas, el plan de erradicación del *Aedes Aegypti* no pudo cumplirse en dos años, tal como lo establecía el Convenio suscripto entre el Ministerio de Salud Pública y la OPS del 13 de oct. 1947 y ratificado por el Poder Ejecutivo del Paraguay el 20 de octubre del mismo año. Se aprobó, pues, la prórroga por un año más, o sea, el de 1950.

Razones de orden práctico (entrenamiento de personal, organización administrativa, facilidades de comunicación, etc.) hicieron que se atacaran en el primer año de la campaña cinco puntos estratégicos del Paraguay constituidos por las cinco principales ciudades (Asunción, Concepción, Villarrica, Encarnación y Pilai) y que se caracterizaban por sus índices estegómicos. En el levantamiento del índice del año 1948, 22 localidades resultaron positivas.

En el segundo año de la campaña, se abarcó el resto del país, no pudiéndose, sin embargo, terminar el levantamiento del índice en todo el territorio. En 1950, el levantamiento del índice terminó en marzo. El resumen de las actividades de los años 1948 y 1949 fue el siguiente:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Localidades censadas</th>
<th>1,129</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Localidades positivas</td>
<td>84</td>
</tr>
<tr>
<td>Índice de positividad</td>
<td>7,4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Predios inspeccionados</td>
<td>98,424</td>
</tr>
<tr>
<td>Predios con focos estegómicos</td>
<td>11,816</td>
</tr>
<tr>
<td>Predios inspeccionados de localidades positivas</td>
<td>54,586</td>
</tr>
<tr>
<td>Índice predial</td>
<td>22%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*En estos dos años se obtuvieron los siguientes resultados:*

| Localidades positivas | 84 |
| Localidades negativizadas | 58 |
| Índice de negativización | 69 % |

Este índice global no da una idea de la situación. En 1948 fueron trabajadas solamente cinco localidades de las 22 positivas y negativizadas dos (40 %) y en 1949 fueron trabajadas 65 localidades y negativizadas 56 (86%). Se consideraron erradicadas 7 localidades.

Las previsiones consideraban al año 1950 como el de la consolidación de la campaña. Sin embargo, los tres primeros meses se emplearon en terminar el reconocimiento del país. Ya que en 1949 no fue posible porque los grupos debían recorrer extensas regiones con poco rendimiento. El gran número de localidades censadas en 1949 (1,034) se debe a que todas están sobre los ríos Paraguay y Paraná, donde una lancha efectuó reconocimientos y fue considerada como localidad todo puerto o predio sobre el litoral.

En 1950 se trabajaron 9 Departamentos de los 16 en que se halla dividido el país. Estos 9 Departamentos comprenden la parte más poblada del territorio y, sin embargo, acusaron pocas localidades positivas.

El primer trimestre del año estuvo representado por los siguientes resultados:

| Localidades censadas | 347 |
| Localidades positivas | 12 |
| Índice de positividad | 8 % |
| Predios censados | 28,614 |
| Predios inspeccionados de localidades positivas | 5,994 |
| Predios con focos estegómicos | 294 |
| Índice predial | 5 % |

En 1949 restaron 26 localidades que no fueron negativizadas; a éstas se deben sumar las 12 positivas encontradas en 1950, lo que da un total de 38 localidades positivas en 1950.
Para junio de 1950, fueron consideradas como negativizadas estas 38 localidades, y se comunicó la negativización total de las 96 localidades positivas.

De ahí en adelante se implantó un servicio de verificación para consolidar la situación. Este servicio descubrió infestación estegómica en 7 localidades, por “resistencia ovular”. En diciembre quedaron 3 localidades positivas, ya tratadas, pero cuyo control se haría a principios de 1951.

Para mayor seguridad se realizó servicio de vigilancia en localidades que se encuentran sobre la vía férrea y litoral del río Paraguay, y que resultaron negativas en el levantamiento del índice. Una localidad resultó positiva, de manera que el total aumentó a 97.

Para los efectos de la erradicación, se tomaron como base cuatro trimestres negativos, y una captura final negativa.

Con este método de control, para diciembre de 1950 se considera erradicado el estegòmico de 40 localidades, o sea el 41.2%.

Se mantuvo el Servicio Fluvial en los importantes puertos de Asunción, Encarnación y Concepción.

**Resumen total del servicio hasta diciembre de 1950**

| Localidades inspeccionadas | 1.476 |
| Localidades positivas       | 97    |
| Índice global de positividad| 7%    |
| Predios censados            | 127.038 |
| Predios inspeccionados en localidades positivas | 59.931 |
| Predios con focos estegómicos | 12.111 |
| Indica predial              | 22%   |

Con seguridad, Asunción fue la “madre de las localidades estegómicas”.

En 1955 se confirmó en el Paraguay la erradicación del A. Aegypti mediante verificación final realizada con ayuda del personal técnico de la OPS (*).

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana, que se celebró en San Juan, Puerto Rico, del 21 de setiembre al 3 de octubre de 1958, declaró libres de Aedes Aegypti a Belice, Bolivia, Brasil, Ecuador, Guayana Francesa, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Zona del Canal.

**VIRUELA**

El Boletín de la OPS de 1932 consigna que en el Paraguay, en los últimos siete años no ha habido ningún caso de viruela, puntualizando que en el país, la vacunación antivariólica es obligatoria desde 1885, y una gran parte de los habitantes está vacunado y sigue vacunándose. En cambio, en un país cercano, Bolivia, donde esa vacunación no es obligatoria, ha habido últimamente brotes de viruela hasta en las tropas.

La viruela, uno de los flagelos más terribles que ha azotado a la humanidad, es una enfermedad persistente conocida desde la más remota antigüedad y que al igual que otras pandemias, ha sido factor determinante en la historia del mundo moderno.

El Acuerdo Sanitario entre Argentina, Bolivia y Paraguay, concertado en la Conferencia convocada por la OPS en Salta (Argentina), del 16 de marzo de 1948 y firmado en Buenos Aires el 30 de marzo de 1948, en lo concerniente a la viruela, estableció:

**Viruela. Art. 9º:** Los países signatarios acuerdan: a) mantener en forma intensiva y sostenida en sus respectivos territorios, la vacunación y revacunación antivariólica, en base a la obligatoriedad de las mismas; b) alcanzar y mantener un alto índice de inmunidad en toda la población especialmente en las zonas fronterizas; c) en las zonas donde periódicamente han...
ocurrido epidemias de “viruela vera”, realizar campañas de vacunación y revacunación sistemática con plazos no mayores de tres años; d) exigir para los viajes internacionales, después del tercer mes de edad, certificado de vacunación de acuerdo con el formulario aprobado por la OPS y reconocer la validez de los certificados con reacciones positivas; por un periodo máximo de cinco años, en condiciones sanitarias normales; Art: 10. En situaciones epidémicas, cualquiera de los países signatarios se reserva el derecho de controlar el resultado de la vacunación de las personas que entran a los respectivos países.

De igual manera, el Acuerdo Sanitario Panamericano entre Uruguay, Argentina, Brasil y Paraguay, auspiciado por la OPS y firmado el 13 de marzo de 1948, en la parte que se refiere a la viruela, estableció:

XVIII. a) Mantener en forma intensiva y sostenida en sus respectivos territorios la vacunación y revacunación antiviariólica, en base a la obligatoriedad de la vacuna; b) Alcanzar y mantener un alto índice de inmunidad en toda la población, especialmente en las zonas fronterizas; c) Exigir para los viajes internacionales certificado de vacunación de acuerdo con el formulario aprobado por la OPS y reconocer la validez de los certificados con reacciones positivas por un periodo máximo de cinco años, en condiciones sanitarias normales; d) podrán aceptarse certificados de vacunación reciente, sin resultado establecido, debiendo la autoridad sanitaria del lugar de ingreso, examinar la vacuna y anotar en el certificado el resultado correspondiente.

En situaciones epidémicas, cualquiera de los países signatarios se reserva el derecho de controlar el resultado de la vacunación en las personas que entran a los respectivos países.

El Comité Ejecutivo de la OPS aprobó en 1949 un plan tendiente a la erradicación de la viruela del Continente Americano. Como primer experimento en 1950 se inició en el Perú una campaña para vacunar a toda la población en un plazo de cinco años, al igual que en varios otros países americanos.

En Paraguay, la campaña comenzó en setiembre de 1957 con la cooperación de la OPS; hasta el 31 de octubre de 1958, un total de 594.426 personas han sido vacunadas, lo que representa el 48.3% del objetivo total de la campaña, o sea vacunar por lo menos el 80% de la población del país en tres años. Durante toda la campaña se ha usado vacuna glicerinada uruguaya de óptima calidad, según el informe anual del Director de la OPS, consignado en el Boletín de la Organización, de junio de 1960.

**ELIMINADA EN EL PARAGUAY EN 1961**

Según informes recibidos hasta el 30 de noviembre de 1966, la viruela continuaba presente en diversas áreas de Argentina, Brasil, Colombia, Paraguay y Perú. La enfermedad fue eliminada en Paraguay (1961) y Perú (1955) como resultado de programas nacionales de vacunación, pero volvió a aparecer posteriormente en ambos países en 1964 y 1963, respectivamente.

La OPS/OMS ha colaborado en el pasado en el desarrollo de programas de vacunación antiviariólica en Bolivia, Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú.

Teniendo en cuenta consideraciones de orden técnico y económico, la OPS/OMS propuso a la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana el siguiente plan de acción para erradicar la viruela del continente americano.

En primer lugar: Practicar la vacunación antiviariólica de la población de los países donde hay viruela. Argentina, Brasil, Colombia, Paraguay y Perú forman parte de este grupo. (**).
Las investigaciones no conocieron de pausas. Con excepción de Chile, exento de viruela desde 1959, año en el que tuvo un caso importado. En todos los demás países de la Zona VI (Argentina, Paraguay y Uruguay) se hicieron también investigaciones especiales.

En Paraguay, donde los cinco últimos casos confirmados datan de 1965, un técnico de la OPS/OMS, en colaboración con personal nacional, efectuó en 1971 una encuesta especial en las zonas consideradas de mayor riesgo. Así, se cubrieron 88 localidades de seis regiones de salud, lo cual representó un recorrido por el país de 5.000 kms. aproximadamente. La investigación se entrevistó a 39 médicos, 37 parteras, 4 educadores sanitarios, 13 inspectores sanitarios, 13 estadísticos, 19 enfermeras, 63 directores de escuelas primarias y secundarias, 37 maestras de escuelas primarias y secundarias, y 19 autoridades civiles; asimismo, se visitaron 68 escuelas con un total de 8.253 alumnos.

A raíz de 15 notificaciones de casos sospechosos, se examinó a 50 personas, pero los resultados fueron negativos en lo que atañe a la viruela. Asimismo, se llevó a cabo otra investigación en escuelas y puestos de salud escogidos al azar a todo lo largo y lo ancho del país. Su obtuvieron respuestas de 102 unidades de salud y 206 escuelas con 35.898 alumnos en total; todos los casos sospechosos de viruela resultaron ser negativos. Los servicios ordinarios de salud realizaron en cada región la vacunación de mantenimiento y la vigilancia.

LEPRA

El Centro de Documentación del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social consigna que el 14 de enero de 1915 se crea la Comisión Nacional de Asistencia Pública y Beneficencia Social que depende también del Ministerio del Interior. Esta Comisión se hace cargo de las casas de asistencias sanitarias y debe realizar la fundación del dispensario de lactantes, orfanatorios, manicomio nacional, policlínica, leprocomios, dispensarios para tuberculosos y sífilis, y sanatorios según necesidad. Todos los habitantes de la República tienen derecho a la asistencia, siendo esta gratuita para los indigentes (Registro Oficial, 1915).

El Boletín de la OPS señala que datos dados en la Conferencia Internacional sobre la lepra, celebrada en Manila del 9 al 23 de enero de 1931, recomendaron llevar a cabo una minuciosa encuesta lepológica en las distintas partes del mundo.

Zanotti Cavazzoni afirmaba que el desarrollo alarmante que la lepra va adquiriendo en el Paraguay es más aparente que real, y en 30 años dedicados al estudio de la enfermedad y asistencia de los leprosos ha observado que el continúo aumento de los enfermos procede en su mayoría de la campaña y en gran parte del territorio argentino.

En el Pabellón de Santa Isabel, de Asunción, de 20 a 30 antes, hoy llegan a cerca de 100 los leprosos asilados, y más habría si el local lo permitiera. Para el autor, un sanatorio con colonia agrícola anexa sería el desideratum para los enfermos y para la defensa social contra la lepra, y debería ubicarse en un lugar saludable, seco, no lejos de la capital y con fácil comunicación.

En el Paraguay, Francia, ya en junio de 1927 dio un bando disponiendo que todos los leprosos fueran recluidos en una leprosería que estableció en Yuty, para ser tratados allí con aguay-guaza y aguay-mirí, que Bonpland afirmó era lo más eficaz para combatir la lepra, curándose la mayor parte de aquellos en que el mal no estaba muy avanzado (Domínguez, J.A.: Prensa Médica Argentina, 2137, 11 de octubre de 1933).
Se calcula que en Paraguay el número de leprosos oscilaba entre 2.000 y 4.500, para una población de 1.000.000 de habitantes.

**Colonia de Leprosos en Sapucai**: Por un decreto dictado por el Presidente de la Rca. del Paraguay el 16 de octubre de 1933, se crea una colonia para leprosos en el Departamento de Sapucai en cooperación con la Facultad de Ciencias Médicas de Asunción y la Sociedad Paraguaya Pro-Leprosos. En dicha colonia serán alojados y asistidos todos los enfermos atendidos previamente en un pabellón del Hospital de Clínicas de Asunción. Según información recibida del Sr. Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, ya han sido trasladados los leprosos a dicha colonia y se prosigue activamente la edificación de nuevas casas para recibir a los de las distintas poblaciones de la República. (*)

Tres años después, el Boletín de la OPS expresa que en el Paraguay la lepra no se halla difundida, existiendo casos esporádicos en varias zonas, especialmente al norte de la República. En Asunción, de 1927 a 1933 se denunciaron 55 defunciones de esta enfermedad (38 varones), casi la mitad en mayores de 50 años. En los primeros nueve meses de 1934 las muertes llegaban a 7 (6 varones).

En el marco de esta reseña histórica es importante apuntar que el Decreto N° 5.741 del 15/III/1941 establece la obligatoriedad de las denuncias de enfermedades infeccio-contagiosas denunciables, ante la presentación de casos de brotes epidémicos de enfermedades infeccio-contagiosas en todo el territorio nacional.

A solicitud del Patronato de Leprosos del Paraguay, el presidente de la República declaró como Semana de la Lepra a la emprendida del 14 al 21 de diciembre de 1941, y autorizó al Patronato a hacer colectas y otros actos destinados a reunir fondos para el socorro de los lázaros.

**ACUERDO SANITARIO PANAMERICANO ENTRE URUGUAY, ARGENTINA, BRASIL Y PARAGUAY** (auspiciado por OPS y firmado el 13 de marzo de 1948).

Este acuerdo, en lo que se refiere a lepra, estableció que los países signatarios propiciarían dentro de sus territorios el censo de la lepra y otras medidas tendientes al contralor de dicha enfermedad en las zonas fronterizas.

El Boletín de la OPS informa en 1957 que la Organización tiene muy en cuenta el problema de la lepra en el Paraguay. Los dos objetivos principales del programa son: 1) Interrumpir la cadena de infección mediante el tratamiento intensivo de los casos, con sulfonas en los dispensarios y en las leproserías, y 2) realizar exámenes periódicos de todos los contactos para descubrir los casos incipientes mientras se encuentren en la fase no infecciosa.

Otra de las finalidades es dar a conocer los métodos modernos de control, prevención, diagnóstico y tratamiento de la lepra, tanto en las zonas urbanas como en las rurales. Igual que en el Caribe, se confía en coordinar este programa, establecido mediante la cooperación del Gobierno del Paraguay, la UNICEF y la Oficina, con otros programas de salud pública y adiestrar personal local.

En 1955 la Oficina concedió dos becas para que dos leólogos paraguayos estudiasen en Sao Paulo, Brasil. En octubre de 1955 se completó un estudio de casos para determinar la incidencia de la lepra en el Paraguay. Fueron examinados los niños, de 6 a 15 años, de 26 escuelas de Asunción y 3 de Luque, población ésta situada a pocos kilómetros de la capital. Se eligió este grupo de edad porque sus miembros son los más susceptibles a la lepra, y, en consecuencia, cabía esperar entre ellos el mayor número de incipientes.

---

*1935, Julio, Pág 663 Bol. OPS*
De los 8.979 niños examinados, 20 resultaron leprosos, lo que representa una incidencia del 2.22 por 1.000. En esta cifra no se incluyen los 143 niños clasificados como casos posibles; muchos de ellos resultarán confirmados, con lo que el índice se elevará más. De los 20 casos encontrados en la encuesta, solamente dos eran ya conocidos previamente. (*)

De acuerdo con las estimaciones de médicos locales habría en 1957 alrededor de 10.000 leprosos en el Paraguay (12,29) cifra muy alta que daría a este país uno de los más altos índices de prevalencia. El Gobierno ha expresado su interés en el problema y ha requerido la colaboración internacional para mejorar los servicios de control, que eran insuficientes frente a la magnitud del problema.

Las actividades de la OPS/OMS en este campo han estado hasta ahora orientadas a conocer mejor la magnitud y las características del problema, así como los recursos, humanos y materiales, de los respectivos países, como base de los correspondientes programas de control.

Los antecedentes puntualizan que el Consejo Directivo de la OPS, durante su tercera reunión (Lima, 1949), aprobó una resolución recomendando que la Oficina estudiara el problema de la lepra, con el objeto de promover las medidas apropiadas para coordinar las actividades en contra de esta enfermedad.

Cumpliendo con esta recomendación, la OPS nombró un consultor, quien, en 1951, realizó encuestas en Paraguay, Bolivia, Perú, Ecuador y Colombia, con respecto a la situación en que se encontraba la lepra en esos países.

En 1954, a raíz de una solicitud del Gobierno del Paraguay, y de una nueva visita del consultor, se elaboró un plan de operaciones para el control de la lepra en dicho país, donde el problema reviste especial gravedad. UNICEF ha aceptado colaborar, proveyendo los equipos, medicamentos y otros elementos necesarios.

Se han otorgado becas a médicos paraguayos para su adiestramiento en leprología, y se proveerán los servicios de un consultor, por el término de un año, a partir de septiembre de 1956.

**EN UN SEMINARIO INTERNACIONAL SE DESTACA EL PROGRAMA PARAGUAYO**

Como primer paso para la intensificación de su labor en el campo del control de la lepra, iniciada en 1958, la Oficina Sanitaria Panamericana resolvió patrocinar la organización de un Seminario sobre el Control de la Lepra.

El Seminario sobre el Control de la Lepra tuvo lugar en Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, del 30 de Junio al 7 de julio de 1958, auspiciado juntamente por el Gobierno del Brasil y por la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Su propósito fue brindar a los participantes amplia oportunidad de discutir e intercambiar libremente y sin formalismos sus opiniones y experiencias acerca del control de la lepra y de la forma más efectiva de abordar este problema en las Américas.

En lo concerniente al Programa de control de la lepra en el Paraguay, el Seminario, después de un examen minucioso del “Programa de control de la lepra en el Paraguay”, llegó a la conclusión de que había sido elaborado de acuerdo con la orientación moderna del control de la lepra, incluso anticipándose a muchas de las conclusiones del seminario. A pesar del corto tiempo que llevaba en ejecución, fue considerado como un programa eficiente, práctico y económico, y que presentaba ya resultados ponderables.

Resolvió, así, felicitar al Ministro de Salud y Asistencia Social del Paraguay por el excelente trabajo que viene ejecutando en la campaña de control de la lepra, evidenciándose su factibilidad siempre que cuente con el apoyo gubernamental.

---

*Informe Anual del Director de la OPS, p. 60, 1955.*

Por Resolución S.G. N° 49 del 17/VI/1960 del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social se encarga a los Centros de Salud la búsqueda de casos, examen, ficha y tratamiento de enfermos, vigilancia y contactos, control de focos y todo lo relacionado a la lepra, visto y considerando que el Gobierno del Paraguay ha extendido la vigencia del Plan de Operaciones Tripartito para el control de la Lepra en el Paraguay, que se lleva a cabo con la colaboración de la OMS y UNICEF, y como ya se ha cumplido con la primera etapa de descubrimiento de enfermos e investigación de las condiciones epidemiológicas de la lepra en el país y la conveniencia de poner en práctica la segunda etapa para perfeccionar e intensificar el control de la endemia leprosa en el país.

Durante la reunión del Comité Asesor de la OPS en Lepra, en Washington, D.C., julio de 1971, se trataron diversos aspectos del problema de esta enfermedad en las Américas y se hicieron recomendaciones.

Situción en el Paraguay. En el Paraguay las actividades para controlar la lepra estuvieron a cargo de un departamento especial hasta 1963. Con la transferencia de esas actividades al departamento de epidemiología y la incorporación de su personal de campo y recursos materiales a los servicios urbanos, se redujo el ritmo del programa y se creó una sección especial de lepra que asumiría la responsabilidad de planear, orientar, supervisar y evaluar las actividades de control en el Paraguay, y de manera especial en los distritos Central, Paraguarí, Itapúa, Misiones y Ñeembucú, donde se está completando un acuerdo con un grupo alemán sobre colaboración material.

Hay que mencionar que en el período 1965-1968, el Gobierno llevó a cabo un plan activo en las cinco zonas de salud existentes en aquellas fechas, con la orientación de la OPS/OMS y la colaboración material de UNICEF.

Durante el período 1948-1969 se registraron 6.130 casos de lepra, 4.612 de los cuales eran todavía activos en diciembre de 1969, lo que supone una prevalencia de 2.1 por 1.000 habitantes. Los enfermos restantes, 1.518, figuran entre los emigrantes, fallecidos curados (765). Esta información se obtuvo de un registro central de casos. (**) 

**SE CONSTATA QUE HACE FALTA IMPULSAR LA QUIMIOTERAPIA**

Hace falta impulsar la quimioterapia de la lepra en las Américas. (Informe final del Taller sobre Quimioterapia de la Lepra en las Américas, patrocinado por la OPS, Brasilia, Brasil, del 7 al 11 de noviembre de 1988).

En mayo de 1987, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución en la que se instaba a los Estados Miembros de la OMS a intensificar la lucha contra la lepra. Los asuntos relacionados con esta enfermedad que se acordaron en dicha Asamblea se basaron en las recomendaciones para el tratamiento multi-medicamentosos de la infección formuladas en 1981 por el Grupo de Estudio de la OMS sobre Quimioterapia de la Lepra.

En el Taller que organizó la OPS en la fecha mencionada se analizaron entre otros temas la situación de la enfermedad en la Región, las pausas y la aceptación del tratamiento poli-quimioterápico y los planes para impulsarlo.

Un esquema terapéutico verdaderamente eficaz. Durante los últimos 20 años, el número de enfermos de lepra ha ascendido
considerablemente en todo el mundo. Se estima que la cifra mundial de casos alcanza los 5 millones, un tercio de los cuales padece discapacidades. Sin embargo, los informes de 1987 y 1988 indican que por primera vez se ha producido una reducción del número de casos registrados. Los expertos opinan que esa disminución se debe probablemente a la administración de los tratamientos multimedicamente recomendados por el Grupo de Estudio de la OMS sobre Quimioterapia de la Lepra.

La polí quimioterapia de la lepra en las Américas. La mayor parte (90%) de los casos de lepra de la Región se encuentran en la Argentina, Brasil, Cuba, México, Paraguay, Perú, Rca. Dominicana y Venezuela. Si bien se ha conseguido avanzar en la lucha contra esta infección, es preciso mejorar la información de que se dispone sobre la magnitud del problema. Para ello, es necesario conocer con exactitud su incidencia y prevalencia, las tasas de detección de casos, su distribución por grupos de edad y el porcentaje de enfermos discapacitados.

En varios países de la Región, se están obteniendo los primeros resultados positivos de la lucha contra la lepra. La polí quimioterapia se ha introducido en casi todos los países; en algunos se ha considerado conveniente implementarla gradualmente por motivos de tipo operativo. Hasta el momento no se ha alcanzado las cifras de cobertura deseadas, con excepción de la Rca. Dominicana, donde ya llegó a 100%. La cobertura lograda en el Paraguay, 46%. (1990, Febrero, Pág. 164. Bol. OPS).

TUBERCULOSIS

La Memoria del Ministerio del Interior, Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública, del año 1930, entre otros puntos, señala que la tuberculosis es tan frecuente en el Paraguay como en otros países, y urge emprender una intensa lucha con todos los medios modernos. En el país no son tan frecuentes las formas caseosas, pero si la hemoptisis, pues de 331 enfermos, 113 presentaron ese signo.

También son frecuentes los casos de asma. De 1.701 personas que fallecieron en Asunción en 1929, 202, o sea 11.87% llevaban el diagnóstico de tuberculosis; en tanto que a otras enfermedades correspondieron estas cifras: enteritis en menores de 2 años, 8.64; tifoidea, 4.53; gripe, 1.7; y sífilis, 4.35% del total.

Por término medio, mueren en el país 392 personas al año lo cual representa por cien mil habitantes, 46 para el Paraguay y 230 para Asunción. Calculada la morbilidad, deben existir en el Paraguay 3.824 tuberculosos, 2.185 de ellos en Asunción, necesitados de asistencia médica. En el Hospital de Clínicas sólo existen camas para 40 tuberculosos, y se gastan por cada tuberculoso 13.80 pesos paraguayos al día. El dispensario antituberculoso ha tratado de cumplir con su misión dentro de sus reducidos medios. Dos años después, en el Dispensario Tuberculoso las consultas subieron a 4.525 contra 3.195 del año 1930. El mal se extiende y reclama una defensa que está empezando a organizarse, con lentitud impuesta por la escasez de recursos financieros, relata el Boletín de la OPS.

Hacia 1936, Juan Max Boettner y colaboradores señalan que la mortalidad tuberculosa representó en Asunción 137.1 por mil, ocupando el primer lugar entre las causas de muerte. Es inexplicable el mito de que en el Paraguay la tuberculosis fuera desconocida hasta hace algunos decenios, pues ya en 1903 Stewart declaró que ese flagelo castigaba al país más que todas las otras enfermedades juntas.

ALGUNOS DATOS HISTORICOS

En 1922 se creó en Asunción el Dispensario Antituberculoso. En 1933 se organizó el Hospital con 60 camas, dependiente de la Facultad de Medicina de Asunción y se creó la Cátedra de Tisiología. En 1941 se creó el Servicio de Profilaxis y Epidemiología de la Tuberculosis, que comprende el Examen de Colectividades por medio de la prueba tuberculínica y el catastro radiofotográfico de Abre. Fue en esta sección
donde por primera vez se empleó el BCG en el Paraguay, usando vacuna preparada en el Instituto Calmette de Montevideo.

En 1942 se creó la División de Lucha Antituberculosa, instituyéndose la Libreta de Salud de las Personas y Colectividades. La Ley de Seguro Social ha sido modificada en el sentido de que los tuberculosos y los leprosos, además de asistencia médica, tendrán derecho a subsidio pecuniario. *(Sciuto, J.A.: Rev. Tub. Ur., 205, Nº 3, 1944). (*)

INSEPARABLE RELACION ENTRE LA ENFERMEDAD Y EL ESTÁNDAR DE VIDA

Datos del Ministerio de Salud Pública aseguran que en junio de 1941 se inició el trabajo de profilaxis antituberculosa en Asunción del Paraguay. Dicha labor se encomendó al Dr. Angel R. Ginés, contratado por el Gobierno Paraguayo.

El índice de mortalidad tuberculosa se calcula en 199.9 por 100.000 y su relación a la mortalidad general es de 15.50 %; con las otras enfermedades pulmonares constituye la tercera parte de las causas de muerte en 1941. Hay una relación inseparable evidente con el estándar de vida: la mortalidad es entre comerciantes, 3 %; intelectuales, 6 %; costureras, empleados en servicios domésticos, 10 a 11% agricultores, 22% obreros, 29%.Las máximas de mortalidad se observan de 1 a 30 años.

El índice de infección es el siguiente: a los 2 años 26%; a los 5 años 62%; a los 10, 71%; a los 15, 94%; a los 20, 96% y luego 99% desde los 30 años.

La mortalidad se calcula en 5%, del cual 2% es evolutivo contagioso; las lesiones cardioarteriales se han registrado en un 8.5% de los examinados.

En 1943 se dan a conocer los siguientes estudios: Historia, Estado Actual y Proyecciones de la Profilaxis Tuberculosa en el Paraguay, la Libreta de Salud y el Método Radiográfico de Abreu en Asunción del Paraguay (por el Dr. Ángel R. Ginés, director del Instituto de Salud de las Personas y Colectividades y Jefe de la Sección Profilaxis y Epidemiología del Dispensario T.B.C.) El Catastro Radiológico-Tuberculínico en nuestro medio como fuente de información de las enfermedades endotórácicas (por los doctores Angel R. Ginés y Alcibiades Alvares, jefe y médico ayudante de la sección Profilaxis y Epidemiología del Dispensario T.B.C.) y Mortalidad Tuberculosa durante el año 1941 en Asunción, Paraguay (por los doctores Angel R. Ginés, Alcibiades Alvares y Modesto Mercado):

Conclusiones. La tuberculosis ocupa el primer lugar entre las causas de muerte, y junto con otras enfermedades catalogadas como pulmonares constituye la tercera parte de la mortalidad en nuestro medio.

La cifra de 19.99 por 10.000 y la alta curva de infección demostrada por tuberculina-reacciones, más del 90% al llegar a los 20 años, es testigo del estado de tuberculización masiva por la que atravesamos.
La mortalidad ocurre en todas las edades, con máximas de meses a cinco años, descenso de seis a 15, y nuevo ascenso de 20 a 50 años sin respetar la vejez.

Hay una relación evidente e inversa entre salario y mortalidad. Las defunciones en orden ascendente se anotan en las siguientes profesiones: Comerciantes, intelectuales, quehaceres domésticos, servidumbre, costureras, empleados, obreros y agricultores.

Al lado de las medidas profilácticas y terapéuticas de orden médico, sólo un plan económico-social es capaz de detener la mortalidad que de otro modo puede registrar cifras aún más altas en la etapa epidémica tuberculosisa por la que atraviesa la ciudad.

ACUERDO SANITARIO ENTRE ARGENTINA, BOLIVIA Y PARAGUAY

Concertado en la Conferencia convocada por OPS, en la ciudad de Salta República Argentina, del 16 al 20 de marzo de 1948 y firmado en la ciudad de Buenos Aires, el 30 de marzo de 1948. En lo referente a esta enfermedad, los países signatarios establecen:

Tuberculosis. Art. 19: Con el objeto de intensificar la lucha antituberculosa en sus zonas fronterizas, los países signatarios acuerdan establecer, dentro de sus posibilidades y planes que tengan adoptados, medidas: a) de control radiográfico. b) asistenciales y de rehabilitación, c) tendientes a difundir la inmunización antituberculosa, d) para mejorar las condiciones generales de vida de los habitantes.

El 24 de octubre de 1951 el Gobierno paraguayo promulgó el Decreto N° 7.622 por el cual se aprueba el convenio suscrito entre el Gobierno Nacional, la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana para el establecimiento de un Programa Ampliado de Control de Tuberculosis y el funcionamiento de un sistema de demostración rural de Lucha Antituberculosa en el Paraguay.

CONGRESO PANAMERICANO

Del 5 al 10 de diciembre de 1953 se realizó en Caracas, Venezuela, el X Congreso Panamericano de la Tuberculosis. En la evaluación de los métodos de lucha empleados en Paraguay, Ginés, Gould y Escalante citan los principales métodos de lucha antituberculosa aplicados en Asunción, Paraguay, y el papel representado por cada uno de ellos en la declinación de la morbidad y mortalidad tuberculosa observada en los últimos 10 años.

Se indica que, en 1922, se inauguró el Dispensario Antituberculoso cuya misión es asistencial. En 1933 se creó la Cátedra de Tisiología. En 1941 se comenzó a hacer el examen radiográfico-tuberculínico y la aplicación de BCG a los adultos anérgicos y a un promedio de 10 a 13 % de los recién nacidos en la capital. En 1945 se habilitó un hospital-sanatorio para tuberculosos. Poco después comenzó sus actividades el Instituto de Previsión Social, que ofrece seguro obligatorio a todos los obreros, jornaleros y empleados privados del país. En 1948 se comenzaron a utilizar las drogas antimicrobianas.

De todos los métodos de lucha antituberculosa se da especial importancia al examen radiográfico de las colectividades así como a la creación del Sanatorio y el Seguro Social de la tuberculosis a cargo del IPS. Se resalta la influencia que tienen las guerras y el mal estado social en la incidencia de la enfermedad y dan como ejemplo los índices de morbidad y mortalidad tuberculosa de Asunción durante la guerra del Chaco 1932-1935 (contra Bolivia) y la guerra civil de 1947.

Se concluye que la mortalidad tuberculosa disminuye actualmente en Asunción gracias a la eficaz lucha antituberculosa, que comprende: examenes en masa, aplicación de BCG, drogas antimicrobianas y labor de previsión social. La cifra actual de mortalidad
es de 5 por 10,000 habitantes; en el año 1944 era de 20 o más. (*)

ACTIVA PARTICIPACION DE LA OPS EN VACUNACIONES COLECTIVAS

En los últimos años, la colaboración que la OPS ha prestado a los Gobiernos, en este campo, se ha concentrado principalmente en los programas de vacunación colectiva con BCG. Se han terminado estas campañas en diez países y territorios, a saber: México, Costa Rica, El Salvador, Paraguay, Guayana Británica, Belice y las islas de Granada, Jamaica, San Cristóbal y Trinidad.

La OPS ha prestado colaboración a Chile y al Ecuador en la organización de laboratorios para la producción de BCG, y a Paraguay, Perú y Trinidad en el establecimiento de medios y servicios de diagnóstico de la tuberculosis.

El programa de control de la tuberculosis se ha incorporado a las actividades de los programas coordinados de salud pública en varios países.

El Informe Anual del Director de la OPS, correspondiente a 1956, relata las diversas actividades de colaboración de la OPS/OMS en las Américas durante dicho año. Del capítulo dedicado a la tuberculosis se han tomado las siguientes notas: «En Paraguay se llevó a cabo un plan de “consolidación” de la campaña de vacunación con BCG. Las pruebas de tuberculina y la vacunación colectiva se completaron a principios de 1956. En abril de 1954, se firmó un plan tripartito de operaciones, de acuerdo con el cual el UNICEF proporcionaría el equipo y suministros necesarios; la OPS/OMS aportaría los servicios de un médico y de una enfermera para asesoramiento técnico en la dirección de la campaña, además de becas para adiestramiento de profesionales locales; y el Gobierno facilitaría todos los demás medios y personal requeridos no proporcionados por las otras partes signatarias.

«En este programa fueron sometidas a la prueba de la tuberculina 691,859 personas de 1 a 30 años. De las 386,651 que dieron una reacción negativa, a fines de 1955 habían sido vacunadas 383,538. Este plan exige la continuación del esfuerzo mediante el establecimiento de un sistema de vacunación permanente con BCG en los servicios locales de salud pública de todo el país.

«Así se está haciendo en 18 centros de salud y en hospitales; uno de ellos, situado en la capital, se utiliza como centro de demostración, y en él se están adiestrando más técnicos locales. En Asunción se procede a la vacunación con BCG de los recién nacidos, y esta práctica se extenderá después a otros lugares. UNICEF coopera facilitando BCG y PPD. Estas actividades continuarán en 1957, y el Ministerio de Salud Pública proporcionará fondos para la adquisición de vacuna.»

TUBERCULOSIS Y SIDA EN EL PARAGUAY

El Boletín de la OPS de marzo de 1995, páginas 248 al 253 publica el estudio denominado Tuberculosis y Sida en el Paraguay, del doctor Adolfo Humberto Galeano Jiménez, Programa Nacional de Lucha contra el Sida. Departamento de Atención Médica, LACIMET, Asunción, Paraguay:

Paraguay es el país del Cono Sur con menor número notificado de portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (147 en total). Hasta la fecha, se han notificado 62 casos de sida. A pesar de la entrada tardía del VIH en el país (el primer caso se notificó en 1986), la enfermedad ya ha afectado a todos los grupos de riesgo, incluidos los niños.

De los 62 casos de Sida, 53 fueron hombres y 9 mujeres. El 80% tenía edades comprendidas entre 20 y 44 años. Hasta septiembre de 1993 habían fallecido 65% de los casos. En 1993, la incidencia anual de casos de sida fue de 4 por millón. Las relaciones sexuales constituyeron la vía de

* Ginés, A.R.; Gould, E., y Escalante, O.
Imágenes de las celebraciones de los 100 años

El Director de la OPS Dr. George Alleyne, en Septiembre de este año posando junto a consultores y funcionarios de la representación en Paraguay.

Abajo, con los chicos del Eco Club y el representante en Paraguay, Dr. Hernán Málaga.
La Unidad de Información recientemente habilitada cumple una función social muy importante en beneficio de profesionales y estudiantes de la salud. Ubicada en la Avda. Meal. López 937 de nuestra capital.
El Dr. Alleyne, compartiendo con los chicos de la ciudad de Nanawa, con motivo de la habilitación del Centro de Acopio de Residuos Sólidos.

Abajo, la amplia delegación que acompañó al Director de la OPS a la ciudad de Corinda, cruzando por el puente que une ambos países.
Los ministros de Salud de Argentina y Paraguay, Ginés Mario González y Martín Chiola respectivamente, y el Director de la OPS habilitando la nueva plaza construida en Clerinda en homenaje al Centenario de la OPS.

El Intendente de Asunción, Dr. Enrique Riera, declaró «Visitante Ilustre» al Director de la OPS.
transmisión más frecuente (64%). El 70% de los portadores de VIH (incidencia anual = 1,8 por 100.000) fueron hombres, 9%, mujeres y 21%, donantes de sangre anónimos.

El grupo de edad más afectado fue el de 20 a 34 años en los hombres y el de 15 a 29 en las mujeres. Las relaciones sexuales también fueron la vía de infección más frecuente. El número de casos de sida en mujeres, en personas que mantienen relaciones heterosexuales y por transmisión perinatal ha aumentado sustancialmente.

La tuberculosis es una enfermedad endémica del Paraguay (3.477 casos acumulados hasta mayo de 1993). Su incidencia anual en ese año fue 43 casos por 100.000 y la tasa de letalidad, 3 por 100.000. La localización pulmonar fue la más frecuente (95%). La incidencia en la población indígena ascendió a 400 casos por 100.000. El 19% de los enfermos de SIDA padecen tuberculosis pulmonar o extrapulmonar. El 83% de los pacientes fueron hombres de edades comprendidas entre 25 y 60 años. En un estudio proOPSectivo realizado en el país con 182 pacientes, la prevalencia de infección por VIH en pacientes tuberculosisos fue 1,65%.

El autor realiza un amplio análisis sobre: situación de la infección por VIH y el sida, situación de la tuberculosis, prevalencia de la infección por VIH en enfermos de tuberculosis, aumento de cepas resistentes, tratamiento, quimioprofilaxis antituberculosa en pacientes positivos a VIH, información sobre serología estandarizada de VIH en personas con tuberculosis y futuro de la asociación del VIH y la tuberculosis.

ENFERMEDADES VENEREAS

La lucha antivenérea en el Paraguay comenzó en el año 1918, con la creación del consultorio llamado Instituto Profiláctico de Venéreo-Sifilis. (*)

En enero de 1942 fue creada la División de Sifilis y Lepra para el control directo, estadística e investigación de los focos de contagio. En mayo del mismo año, se crea una oficina adscrita al Ministerio de Salud Pública y dependiente de él con el nombre de Servicio Cooperativo Interamericano, que encauza la inversión de los ingentes recursos con que los Estados Unidos concurren a la solidaridad del continente. Es gracias a este Servicio que, numerosos médicos paraguayos son becados en el extranjero para perfeccionarse en las disciplinas de todos los ramos de la medicina y de la higiene, entre ellos, el control de la sífilis.

En junio de 1942, se extiende a toda la República, la obligatoriedad del examen o certificado prenupcial, que en el Paraguay es bilateral y no solamente para la sífilis sino para cualquier otra enfermedad infectocontagiosa.

Desde mayo de 1941 tenemos la Ley que establece la obligatoriedad de denunciar las enfermedades infectocontagiosas. Esta Ley tiene, para facilitarlo, una resolución ministerial (octubre de 1942) que recomienda a todo médico tratante, la investigación del origen del contagio, a fin de propender al tratamiento de los infectantes.

En el curso del primer semestre del año '42 han recibido tratamiento, solamente en el Dispensario-centro, 972 enfermos nuevos y se han aplicado 9.670 inyecciones. Pero en el servicio no se realizan únicamente trabajos de rutina. En efecto, por disposición del Ministerio de Salud Pública, funciona en el Dispensario una sección experimental para el tratamiento moderno, rápido de la sífilis primaria y secundaria. Se trata del método de la Universidad de Chicago (piretoterapia y arsenoterapia combinadas) cuyos resultados, por los recursos materiales mínimos que exige, una vez que éstos se verifiquen y perduren, pondrán en muchas manos una nueva técnica para abreviar el
tratamiento de la sífilis y hacerlo menos laborioso para el enfermo y menos oneroso para el presupuesto privado y para el erario público. (*)

**ACUERDO SANITARIO PANAMERICANO ENTRE URUGUAY, ARGENTINA, BRASIL Y PARAGUAY.**
(Auspiciado por la OPS y firmado el 13-Marzo-1948).

*Enfermedades venéreas*: Acuerdan intensificar a todo lo largo de sus fronteras el control de las enfermedades venéreas, estableciendo medidas comunes en el orden preventivo y curativo.

**ACUERDO SANITARIO ENTRE ARGENTINA, BOLIVIA Y PARAGUAY**
(Concertado en la Conferencia convocada por OPS en la ciudad de Salta, República Argentina, del 16 al 20 de marzo de 1948 y firmado en la ciudad de Buenos Aires, el 30 de marzo de 1948).

*Enfermedades venéreas*: Art. 21. Acuerdan organizar y mantener en las poblaciones fronterizas servicios especializados para enfermedades venéreas, que actúen en forma permanente, basados en la “profilaxis por el tratamiento” por los medios más modernos. Estos servicios coordinarán sus medidas con las autoridades sanitarias de las localidades fronterizas, debiendo intensificar el estudio y tratamiento de los contactos. Mediante acuerdo directo entre las autoridades sanitarias, los servicios podrán instalarse en el centro demográfico más importante sobre la frontera, para el tratamiento de los enfermos provenientes de ambos países.

El 14 de julio de 1951 el Gobierno paraguayo suscribe un convenio para el desarrollo de un programa de demostración para el control de las enfermedades venéreas en la zona urbano-rural de Asunción-Villarrica, con la cooperación de la OMS.

Por otro lado, el Decreto N° 6.197 del 17 de agosto de 1951 aprueba el Convenio suscrito entre el Gobierno del Paraguay y la OMS sobre un Programa de Control de las Enfermedades Venéreas en el Paraguay firmado el 25 de junio de 1951.

**ASESORÍA TÉCNICA DE LA OPS DESDE 1952**

El Boletín de la OPS, correspondiente a agosto de 1953, da cuenta de los resultados del control de las enfermedades venéreas en el Paraguay, desarrollado con la asesoría técnica de la OPS, oficina regional de la OMS. El informe es realizado por los doctores José Amador Guevara (consultor en enfermedades venéreas de la OMS) y Domingo A. Masi (director de la División de Enfermedades Venéreas del Programa de Salud Pública del área Asunción-Villarrica).

**Antecedentes**: El Programa de Control de Enfermedades Venéreas que desde 1952 se lleva a cabo en el Paraguay con la asesoría técnica de la Oficina Regional de la OMS, tiene por base el convenio suplementario suscripto el 14 de julio de 1951, entre el Gobierno del Paraguay y el citado organismo internacional.

**Localidades investigadas**: Durante el año 1952 se han investigado tres localidades (Fernando de la Mora, San Lorenzo e Itauguá), comprendidas en el Programa de Salud Pública de la zona Asunción-Villarrica. Dichas localidades están situadas en la ruta Mariscal Estigarribia, que une Asunción a Villarrica, con una longitud de 175.8 km. Dichas localidades no tenían antecedentes de programas sanitarios intensivos.

Se investigó por separado la población urbana y rural de cada una de esas localidades, tomando en cuenta las características peculiares de cada una de ellas, características que contribuyeron a modificar, si no sustancialmente, por lo menos en parte, el plan general de trabajo esbozado para este tipo de programa sanitario descrito en este informe, que en adelante se denominará “programa intensivo”.

---
*1945, Junio, Pág. 513-514 Bol. OPS*
Objetivo fundamental. El objetivo fundamental del Programa Intensivo de Control de las Enfermedades Venéreas fue demostrar procedimientos modernos y efectivos de control, de rápida ejecución, con un mínimo de personal y equipo, a un costo razonable y adaptado a las condiciones particulares de cada zona. Las fases principales de la aplicación del programa fueron (en las tres localidades) : información y educación del público; extracciones de sangre; análisis serológico de las muestras extraídas, en el mismo lugar de trabajo; distribución de los resultados; examen clínico de los casos positivos; tratamiento e investigación epidemiológica. Todas estas fases fueron aplicadas en un mismo día.

Información y Educación del Público. Fue dirigida especialmente a los siguientes grupos de población: personas enfermas; personas sanas; líderes y maestros. Procedimientos: charlas breves diurnas y nocturnas; proyecciones cinematográficas ilustrativas y distribución de material impreso. Las actividades de información y educación del público se adaptaron a las diversas fases del programa intensivo.

En todas las ocasiones se estimuló el espíritu de cooperación de los vecinos y autoridades. Ejemplo: En unos casos fue el sacerdote de la localidad el que facilitó el “ataque” de las “fuerzas sanitarias” a la zona bajo su jurisdicción, como en el caso de Itaugúa.

En el Programa Intensivo aplicado en San Lorenzo, en la zona urbana, se realizó por primera vez “la visita casa por casa”, para un examen de sangre. Desde el primer mes de trabajo en una zona urbana de San Lorenzo (Sep. 8- Oct. 8, 1952) el 80 % de la población de 15 a 50 años solicitó espontáneamente el examen de sangre.

El trabajo “visita casa por casa”, efectuado por primera vez en el Paraguay para un trabajo de control de enfermedades venéreas, permitió el período siguiente (Oct. 8- Nov. 8) cubrir hasta el 93 % de la población, o sea un 13 % más de lo que se había logrado en forma espontánea.

De estos casos se desprende un hecho de gran interés, o sea que en cualquier comunidad es posible lograr un resultado similar al de San Lorenzo mediante una intensa y efectiva labor de educación del público, realizada previamente a la iniciación de los trabajos.

Investigación epidemiológica. La investigación epidemiológica se realizó en todos los casos positivos. Los contactos familiares o extrafamiliares de los enfermos fueron tratados sistemáticamente, aún cuando no presentaran evidencia de infección. Se puso especial empeño en el examen de toda mujer embarazada, a fin de descubrir los casos de gestantes específicas, como medio de prevenir la sífilis adquirida “in útero”.

En la zona urbana de San Lorenzo pudo realizarse estrictamente esta labor de control en las embarazadas, gracias a la colaboración del grupo de maestras voluntarias, que colaboró con el personal de equipo. Es así como sobre un total de 2.019 mujeres sometidas al examen de sangre, 115 estaban embarazadas, o sea un 5.69 % y de ellas 12 resultaron positivas, o sea un 10.5 %.

CONCLUSIONES. 1) En base a la experiencia paraguaya en el desarrollo de los programas intensivos de control de las enfermedades venéreas, se recomienda la aplicación de este tipo de programa en comunidades alejadas de centros importantes de población. 2) Los programas intensivos de control de las enfermedades venéreas, como los realizados en el Paraguay, son de rápida ejecución, efectivos, requieren un mínimo de personal técnico, se realizan a bajo costo y son fácilmente adaptables a las peculiaridades de las zonas de trabajo. 3) Se recomienda el establecimiento de servicios de salud pública permanentes en las localidades donde se han realizado programas intensivos a fin de que las ganancias iniciales no se malogren por falta del control medicosanitario posterior.
INFORME DE LA OPS

La Dirección de la OPS dio a conocer el Informe Anual correspondiente a 1956 titulado “Enfermedades venéreas y otras treponematosis”. En lo concerniente al Paraguay señaló:

«Paraguay prosiguió, durante 1956, un programa nacional para el control de las enfermedades venéreas. Desde hace más de 4 años se viene realizando en el país una intensa campaña en este campo, que ahora ha quedado incorporada administrativamente al programa de servicios de salud pública.

Desde enero a octubre de 1956, se efectuaron unos 65.887 exámenes y aproximadamente el 9 % de las personas examinadas resultó serorreactiva. De ellas, 4.944 recibieron tratamiento. Para fines de evaluación se hicieron nuevas encuestas en lugares en que anteriormente se habían efectuado campañas colectivas. Los resultados demostraron una importante disminución en el porcentaje de serorreactividad.»

Diagnóstico de sífilis en el escolar. Entre 1952 y primer semestre de 1956 se examinó clínicamente a 66.852 niños en los consultorios del Servicio Médico Escolar, de un total de 219.154 niños inscriptos en las escuelas de la capital del Paraguay. La escasez de personal del mencionado servicio imposibilitaba el examen de la totalidad de los alumnos de las escuelas de Asunción, lo que obligó a atender en primer lugar a los de las escuelas que necesitan atención médica urgente.

De un total de 7.446 muestras de sangre tomadas de niños de las escuelas del Paraguay, entre los 6 y los 15 años, resultaron “no reactivas” 7.291 y “reactivas” 155, lo que representó un porcentaje de 2,08 de “reactivas”. Este resultado de muestras “reactivas” concuerda con las cifras obtenidas por el Centro de Salud del Barrio Obrero de Asunción, con ocasión de su campaña antifilítica entre los alumnos de las escuelas de su jurisdicción. [*]

SE SUPERA EL ENFOQUE “INDIVIDUALISTA”

EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS EN EL MEDIO RURAL DEL PARAGUAY. (**)”


Antecedentes: La Campaña Sanitaria de Control de las Enfermedades Venéreas en el Paraguay comenzó a mediados de 1919.

La acción desarrollada a través del primer Dispensario de Piel y Sífilis, se orientó de acuerdo con los adelantos científicos de la época –aspecto exclusivamente asistencial– y benefició a Asunción, capital de la Rca. y a sus inmediaciones.

En 1945, este Dispensario se trasladó al Centro de Salud N° 1 “Gral. Dunham”, y su función se especifica. Se inicia, desde entonces, un plan de trabajo completo y amplio en relación con el control de las enfermedades venéreas. También asume la tarea de la formación del personal profesional y auxiliar. Esto determina un cambio total de orientación de la lucha antivenérea en la zona de la capital, desde el punto de vista de la salud pública.

En efecto, del enfoque eminentemente “individualista” de la época del primer Dispensario de Piel y Sífilis, se pasa a un programa de control en “masa” y así se visita y se controla a los núcleos epidemiológicamente importantes de dicha colectividad, hincándose por tanto, una importante etapa de acción extramural que se encomienda a un equipo sanitario especializado.

Esta nueva orientación sanitaria antivenérea condujo a la jerarquización del problema, y por tanto, a su mayor consideración de parte de las autoridades sanitarias superiores del país, lo que determinó un progreso ponderable en la lucha contra este grupo de enfermedades.


** Por Domingo A. Maxi, Director del Dpto. de Enfermedades Venéreas del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay
Resuelto el problema del control de las enfermedades venéreas en la zona de la capital, nuestra mayor labor se orienta en la actualidad hacia el medio rural del Paraguay. Esta magna empresa, comenzada en 1950, se halla dentro de la órbita de nuestras posibilidades, si bien su ejecución nos obligará a vencer múltiples dificultades sobre la marcha.

Población de varias localidades paraguayas, controladas en el período 1952-1954. De: Fdo. de la Mora, Itauguá, San Lorenzo, Capiatá, Ypacarai, Caacupé, Asunción (Sajonia), Villarrica, Caacupé, Asunción y Encarnación. (*).

**MALARIA – PALUDISMO**

**UNA EPIDEMIA OTOÑAL**

El doctor José V. Insfrán, director de la Campaña Sanitaria del Paraguay, dio a conocer en 1930 un Informe sobre la Epidemia de Malaria Terciaria Benigna, observada en el otoño de ese año en el Paraguay:

“En este modesto informe de los trabajos realizados por la campaña sanitaria a mi cargo, contra la epidemia de malaria terciana benigna aparecida en este otoño en la región de la Cordillera de los Altos y algunas zonas vecinas del Paraguay, me he esforzado en poner de relieve todas las características observadas, a fin de obtener con ello, por los medios estadísticos y epidemiológicos, la necesaria experiencia para el futuro. Con esto doy por finiquitado el trabajo, el 25 de agosto de 1930, pues a estas horas la epidemia ya no existe y el personal destacado para ese servicio ya ha vuelto a sus respectivos puestos.

“La epidemia de la malaria que ha azotado a la población de la zona de la Cordillera de los Altos, desde el mes de marzo a julio del corriente año, ha abarcado íntegramente los partidos de Caraguatay, Barrero Grande, Caacupé, Arroyos y Esteros, Emboscada, Altos, Aytrá, San Bernardino, Piribebuy, San José de los Arroyos, Valenzuela e Itacurubi de la Cordillera.

“La parte dirigente de la mayoría de estos partidos tiene una relativa cultura social; en cambio, en muchas compañías de estos partidos las condiciones del pueblo son muy pobres, como Caacupé y Piribebuy, en donde hay mucha idiocia y cretinismo.

“Las condiciones generales son como el resto del país con casas muy pobres y con muy pocas nociones de higiene. Nadie conoce la etiología del mal, ni aún las clases dirigentes, nadie conoce las más elementales nociones de profilaxis al extremo de que no se toman las más rudimentarias medidas de precaución en estos tiempos de epidemia; por eso la Campaña Sanitaria se ha visto en la obligación de llevar los conocimientos de su profilaxis, haciendo exhibiciones cinematográficas en los lugares más atacados.

“La epidemia de malaria, que azotó a la zona de la Cordillera este año de 1930, se inició en los primeros días de marzo, discretamente en el partido de San José de los Arroyos, presentándose en forma muy benigna. Poco tiempo después aparecieron también los primeros casos en Barrero Grande en la misma forma que en San José, y en pocos días más se afectaron los otros partidos en la misma forma que los anteriores. Fue creciendo durante abril, llegando al máximo de su repunte en los primeros días de mayo, para sostenerse estacionada durante todo este mes de julio, lo que quiere decir que esta epidemia se ha iniciado, desarrollado y adquirido el máximo de su intensidad en el otoño y ha declinado al empezar el invierno.

“Por lo tanto, la podemos llamar una epidemia otoñal; lo cual nos autoriza a decir que en nuestro país es la malaria terciana benigna la que ocurre en esta estación y no la malaria maligna, puesto que no hemos sabido que se hayan producido epidemias de esta clase en las zonas de prevalencia que en nuestro país son las yerbateras y forestales del nordeste y Alto Paraná”.

**Intensidad.** La Campaña Sanitaria, hasta el 31 de Julio, trató 9.244 casos de malaria sobre una población de 179.911 habitantes.
que viven en una extensión de 4.339 kilómetros cuadrados, lo que quiere decir, que la población de esta área fue atacada por la epidemia en la proporción de 5.1 %, dando un promedio de atacados de 2.74 personas por kilómetro cuadrado. De entre todos los pueblos de la Cordillera, San José de los Arroyos es el que ha sufrido con más intensidad la epidemia, pues el 30.1 % de su población fue atacado; en cambio, Caacupé fue el que sufrió la menor intensidad con 0.3%.

**Índice.** De los 9.244 personas atacadas, 4.689 son varones y 4.555 son mujeres, lo que quiere decir que el índice de infección para ambos sexos fue más o menos igual. No ocurre lo mismo tratándose del índice por grupo de edades; los grupos de 0 a 5 y de 6 a 10 y de 11 a 20 años fueron los más atacados; es decir, que esta epidemia se caracterizó por su preferencia a la edad joven de la vida, atacando, de entre todos, los grupos de edades, a ésta en la proporción de 72.6%.

**Resumen y conclusiones.** 1. La epidemia de malaria muy benigna duró 4 meses. 2. La epidemia se produjo en el otoño. 3. El otoño fue muy seco, sin lluvias. 4. La epidemia se desarrolló en las montañas. 5. Atacó en preferencia en un 25 % a los niños de 0-6 años. 6. Un porcentaje de 89.5 fue con fiebre continua. 7. No dio índice espléncico. 8. Fue muy sensible a la quinina. 9. Acusó escasas recidivas. 10. Dio la impresión clínica de ser un tipo de malaria muy benigna, tal vez una forma degenerada de la terciana benigna. 11. No se extendió la investigación para identificar mejor la epidemia, por falta de tiempo y elementos.

**INCALCULABLES PERDIDAS EN VIDAS HUMANAS**

Un año después, el Boletín de la OPS señalaba que: para Insfrán, el jefe de la Campaña Sanitaria del Paraguay, el paludismo es una de las enfermedades que mayores estragos hace en el país. No pueden calcularse las pérdidas en vida humana que produce en las zonas yerbáceas y forestales del Alto Paraná y entre las cuencas del Jejuí e Ypané; pero sí alta es su morbilidad, también la mortalidad. En las más ricas zonas agrícolas del Paraguay en la región de la Cordillera, ha atacado en forma epidémica en los últimos tres meses (del primer semestre de 1930) a casi 15 % de los habitantes. La enfermedad ha atacado de preferencia a los jóvenes y especialmente a los varones. Beneficia la enfermedad en todo el país, en las cuencas del Jejuí de Ypané y la zona del Alto Paraná toma forma maligna.

En 1931 la prensa informa que la Campaña Sanitaria del Paraguay iniciará una campaña contra la epidemia de paludismo desarrollada en Encarnación y toda la región del Alto Paraná. El territorio será dividido en tres zonas: 1) Encarnación y alrededores, a cargo del Hospital Regional, dirigido por el Dr. Chamorro Leiva; 2) otros sectores, de Jesús y Trinidad a Puerto Bretón, a cargo del Dr. Angel Samudio; y 3) Puerto Flores, Puerto Gibaja, Embalse, teniendo como centro a Tacurupucú.

El Departamento de Higiene proveye los recursos necesarios. Los medicamentos comprenderán 100.000 píldoras de quinina y 5.000 cc. de solución de biclorhidrato. Los análisis demuestran que la epidemia es de terciana benigna. La epidemia se ha desarrollado en gran escala por prestar la estación, y por las grandes crecientes de los ríos, que han favorecido el desarrollo de larvas (*).

Dos años después, el Dr. Cayetano Masi, Director General de Higiene y Asistencia Pública, en su informe sobre los trabajos realizados por la institución a su cargo, en 1933, apuntaba que: muchos son los procesos mórbidos que privan de la vida en forma rápida, y así también existen otros tantos, que con carácter más o menos crónico van destruyendo lentamente la salud. Tenemos el problema de la anquilostomiasis, el paludismo, la sífilis, la tuberculosis, la lepra, y la leishmaniasis que, aunque no en forma muy difundida, es lo suficiente para producir grandes descabalos en la población.

* El Orden, ab. 29, 1931
ACUERDO SANITARIO ENTRE ARGENTINA, BOLIVIA Y PARAGUAY

(Concertado en la Conferencia convocada por OPS, en la ciudad de Salta -República Argentina-, del 16 al 20 de marzo de 1948 y firmado en la ciudad de Buenos Aires, el 30 de marzo de 1948):

*Paludismo. Art. 8°.* Los países signatarios acuerdan realizar, en las zonas de paludismo endémico o en las que ocurran brotes de paludismo epidémico sobre sus respectivas fronteras, campañas antipalúdicas tendientes a reducir a cero el índice de transmisión, en una profundidad no menor de cinco kilómetros en cada país, basándolas principalmente en el uso de modernos insecticidas.

ACUERDO SANITARIO PANAMERICANO ENTRE URUGUAY, ARGENTINA, BRASIL Y PARAGUAY.
(Auspiciado por la OPS y firmado el 13-Marzo-1948).

PALUDISMO. Acuerdan:

Realizar en las zonas de paludismo endémico o en las que ocurran brotes de paludismo epidémico sobre sus respectivas fronteras, campañas antipalúdicas tendientes a reducir a cero el índice de transmisión, en una profundidad no menor de cinco kilómetros en cada país; basándolas principalmente en el uso de modernos insecticidas.

SE FIRMA UN CONVENIO CON LA OPS/OMS PARA LA LUCHA

El Centro de Documentación del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social consigna que por Decreto N° 5.186 del 22 de junio de 1951 se aprueba el Convenio firmado en fecha 19 de mayo de 1951 entre el Ministerio de Salud Pública, la OMS y la Oficina Sanitaria Panamericana, referente a la iniciación de un Programa de Lucha Antimalárica en el Paraguay.

Por Decreto N° 15.685 del 11/11/55 se crea la Comisión Nacional de Erradicación de la Malaria dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, integrado por un representante del MSP, Sanidad Militar del Ejército, Instituto de Previsión Social, Facultad de Ciencias Médicas y del Círculo Paraguayo de Médicos, “visto la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana reunida en Santiago de Chile en octubre del año pasado y la VIII Asamblea Mundial de la Salud reunida en marzo del corriente año, a fin de adoptar medidas sanitarias para la erradicación de la malaria del continente americano y del mundo entero”.

SAL CON DROGAS ANTIMALÁRICAS

Del 7 al 12 de abril de 1958 se celebró en Lima, Perú, la II Reunión de Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria, de América del Sur (SNEM). Asistieron directores y técnicos de los programas nacionales de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y funcionarios y consultores de la OPS/OMS y UNICEF.

En la ocasión, entre otras recomendaciones se cita: que al legislar o reglamentar sobre erradicación de la malaria, se establezca el derecho de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria a distribuir sal alimenticia para consumo humano adicionada de drogas antimaláricas, donde se crea necesario.

Y, entre otras evaluaciones: que los servicios de PEM (Programa de Erradicación de la Malaria) pongan todo su empeño en contar con servicios de evaluación epidemiológica desde el principio mismo de las operaciones de rociamiento o, cuando esto no sea posible, desde antes de la terminación del primer año de rociamiento.

En ese año los casos de paludismo notificados por las administraciones sanitarias de las Américas a la OPS fueron: Argentina, 1.096; Bolivia, 1.774; Colombia, 70.903; Cuba, 63; Ecuador, 4.945; El Salvador, 9.351; Estados Unidos, 77; Guatemala, 4.028;
Haití, 25.943; Honduras, 14.366; México, 7.092; Nicaragua, 816; Panamá, 1.686; Paraguay, 263; Perú, 8.262; Venezuela, 992; Belice, 253; Guayana Británica, 114; Guayana Francesa, 6. (*)

GRAVE EPIDEMIA EN PARAGUAY

En la XVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, celebrada del 2 al 12 de octubre de 1967 en Puerto España, Trinidad, el Director de la OPS, Dr. Abraham Horwitz, procedió a la presentación del XV Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas.

El informe consta de cuatro capítulos. El primero contiene información sobre el estado del programa en general y acerca de la marcha de los trabajos en cada país, donde se presentan los antecedentes y condiciones actuales de cada programa. El segundo examina los problemas técnicos especiales que han surgido y la aplicación de métodos ya conocidos para combatirlos que se han empleado en los diversos programas. El tercer capítulo se refiere a investigaciones que se realizan actualmente sobre métodos nuevos o mejorados de combatir problemas técnicos y de mejorar sistemas de información y, en general, operaciones de las campañas. El último capítulo se relaciona con la cooperación internacional en programas de erradicación de la malaria.

La epidemia más grave de malaria ocurrió en las áreas en fase preparatoria del Paraguay, donde no se han aplicado medidas de ataque desde 1961. El porcentaje de frotis sanguíneos positivos a la malaria en ese país durante todo el año fue del 25%, diagnosticándose 33.026 casos.

En las peores áreas se hallaron muchos casos de P. Falciparum, donde históricamente se presentaba la especie P. Vivax, más benigna, registrándose algunas defunciones.

El centro de la epidemia estaba en el área de colonización de Caaguazú, Alto Paraná. Se emprendió una acción de urgencia con el personal y equipo, muy limitados, disponibles. El UNICEF proporcionó DDT para rociamientos de emergencia. Se han impulsado con la mayor rapidez posible los arreglos para obtener un préstamo de la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), de los Estados Unidos de América, que permitirá financiar la reanudación de la campaña, y el Gobierno ha asignado nuevos ingresos por concepto de impuestos para atender las necesidades de fondos nacionales; se esperaba que podrían comenzar las operaciones de ataque a principios de 1968. El UNICEF prestó su cooperación una vez que se inició la fase de ataque. (**).

SE BUSCA ANALIZAR LAS REPERCUSIONES ECONÓMICAS DE LA MALARIA

Desde hace mucho tiempo ha existido interés en medir los beneficios económicos derivados de la erradicación de la malaria y se han realizado muchos estudios para tratar de calcularlos.

Hasta la fecha, esos estudios han sido retrospectivos y, en consecuencia, han tropezado con obstáculos insuperables para encontrar los datos necesarios. Por tanto, la OPS ha iniciado un estudio en un área de alta incidencia en el oriente del Paraguay para colectar datos básicos iniciales en el propio terreno, relacionados con la situación económica predominante bajo las condiciones de alta incidencia y progresar la observación durante el periodo del primer año de la fase de ataque del programa de erradicación que pronto va a iniciarse, con objeto de obtener datos comparables sobre la situación económica que se presenta con una incidencia malárica mucho menor. En el estudio quedará incluida una muestra de familias a fin de que pueda hacerse la comparación entre los que sufren de malaria durante el curso del estudio y los que no la sufren, así como la comparación entre las

** 1968, Marzo, Pág. 228 (Bal. OPS.)
mismas familias y áreas en los períodos de alta y baja incidencia.

En el estudio también quedarán incluidas las industrias locales; estas igualmente sobre la base de la información detallada que se recoja en la fuente y de las observaciones que obtengan durante un periodo total de 18 meses que se ha proyectado. (*).

En 1968 los programas americanos de erradicación de la malaria llegaron a un punto de considerable interés histórico; la población de casi todas las áreas originariamente maláricas quedó protegida. Los 3.300.000 Km2 del Brasil que se encontraban en la fase preparatoria, y la totalidad del área malárica del Paraguay, que también estaba en esa fase desde 1961, fueron incorporados a la fase de ataque a fines de año, con lo cual no quedó área malárica alguna sin programa activo.

En el Paraguay concluyó satisfactoriamente un largo período de planificación y negociaciones, y toda la zona malárica del país (que comprende la casi totalidad del mismo) fue incorporada en octubre a la fase de ataque. En el plan de operaciones se ha previsto una fase cuatrienal de ataque con ciclos semestrales de aplicación de DDT en la zona de elevada incidencia, un período de ataque más breve y no superior a tres años en los sectores de baja incidencia, y rociamiento a lo largo de los ríos en el sur. El programa goza de excelente apoyo tanto del pueblo como del Gobierno. (**).

En 1972, en la XXI Reunión del Consejo Directivo de la OPS, celebrada en Santiago de Chile, del 10 al 13 de octubre, el informe anual de la Dirección de la OPS puntualizaba que la Organización continuaba colaborando con los Gobiernos para complementar los recursos y actividades de servicios generales de salud y de erradicación de la malaria en zonas de difícil acceso, especialmente en Brasil, Colombia, Costa Rica, Guyana, Paraguay y Perú.

El doctor Silvio Palacios, Jefe de la División de Control de Enfermedades, Malaria y Otras Enfermedades Parasitarias, de la OPS/OMS, informaba en 1978 que a fines del decenio de 1950, todos los países de la Región de las Américas en los que existía malaria, organizaron programas para su erradicación.

*Situación epidemiológica en las Américas*
El Grupo II incluye los países o unidades políticas en los que la situación epidemiológica ha evolucionado favorablemente. Paraguay continuó evolucionando favorablemente en cuanto a su situación malárica, pero existe un serio peligro potencial como consecuencia de la construcción de la represa de Itaipú. A solicitud del gobierno, un equipo de la OPS/OMS junto con personal nacional evaluó el programa en 1976 y recomendó la transferencia de áreas en fase de ataque y otras de consolidación a la de mantenimiento. En 1977, este país tenía el 56.4 % de su área malárica original en fases de consolidación o mantenimiento.

**EMPEORA LA SITUACION**
Pese a los esfuerzos desplegados, en los años 80' la situación empezaba en las Américas, según se desprende del informe sobre la situación de los programas de malaria en las Américas, presentado al XXXI Consejo Directivo de la OPS, en setiembre de 1985.

La situación epidemiológica empezó en 1984. Aún con información incompleta de tres países, los casos registrados durante ese año ascendieron a 914.171, en contraste con 830.700 en 1983. Este incremento de 10 % ha sido el más alto hasta el momento y representa la cúspide de una serie de aumentos progresivos notados desde mediados de los años setenta.

Lamentablemente, la crisis socio económica de entonces no ha permitido realizar un esfuerzo compatible con el alto grado de prioridad que tanto la OPS como los Estados Miembros otorgan a la lucha contra esa enfermedad.
Los países de las Américas se hallan clasificados en cuatro grupos, de acuerdo con la evolución del problema malárico y el desarrollo y los resultados de los programas nacionales. ... El Grupo 2 abarca cuatro países que han logrado reducir la transmisión de la malaria y mantienen una situación favorable: Argentina, Costa Rica, Panamá y Paraguay.

En la Cuenca del Plata, si bien la Argentina logró una ligera reducción, el Paraguay, por el contrario, pasó de 49 casos en 1983 a 554 el año siguiente. (*)

**LA BRIGADA DE ROCIADORES**

El Dr. Juan Javaloyes y González, director del Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay, publica un informe denominado *La brigada de rociadores en una campaña de erradica-ción del paludismo* (manuscrito recibido por el Boletín en abril de 1958).

Cuando se organiza una campaña de erradicación del paludismo, se tiende, en general, a considerar las operaciones de rociado en función de elementos aislados. Se habla de rociador, de jefe de brigada, jefe de sector, etc.

No puede pensarse en elementos que trabajan aisladamente, sino en un equipo, donde cada uno tenga una función que desempeñar. Las operaciones que se realizan en el terreno comprenden una serie de actos que deben estar perfectamente encadenados en el tiempo y en el espacio. El rendimiento de una brigada está estrechamente ligado a la concatenación de aquellos actos.

Entendemos por “funcionalismo” de una brigada, el ajuste perfecto de las funciones de cada elemento de la misma a las actividades que tiene que realizar aquella en el terreno de operaciones.

El rendimiento de una brigada en cantidad y calidad depende de dos factores fundamentales: facilidades para la operación de rociamiento y permanente supervisión.

a) Las facilidades para la operación de rociamiento comprenden, entre otras cosas, el hallazgo inmediato de la casa que supone correcta numeración y exacta ubicación en un croquis.

b) La permanente supervisión es posible, solamente, liberando al jefe de brigada del mayor número de funciones que le impidan un constante control de sus rociadores.

Las brigadas colaboran también con la Sección de Epidemiología y Evaluación. Los conductores están adiestrados para tomar muestras de sangre y llevar consigo el material para ello. Todos los rociadores están obligados a denunciar los casos de paludismo que encuentran a su paso por las casas y esta información va directamente al jefe de brigada, quien envía al conductor a tomar una muestra de sangre, que es remitida al laboratorio zonal correspondiente. En el aspecto educativo, la brigada refuerza la labor de los educadores sanitarios.

Al terminar el rociado, el rociador insiste nuevamente ante los dueños de casa sobre las medidas de precaución. Los folletos se usan más en los niveles de mayor instrucción, especialmente entre los líderes, tanto legales como naturales. En tres meses no se ha registrado ninguna reclamación con respecto a muerte de animales domésticos.

El rociador ya no puede ser analfabeto, puesto que está obligado a escribir y a sumar sus planillas diarias. A los jefes de brigada se les exige, desde luego, un grado de instrucción mayor que el del rociador. No solamente debe tener perspicacia para la supervisión, sino saber llenar correctamente determinado número de formularios, así como habilidad para resolver las negativas al rociamiento y otras dificultades.

* 1986, Mryo, Pág. 557 (Bol. OPS).
El rendimiento está en razón directa a calidad del personal, la calidad del personal hace que “el funcionalismo” de la brigada sea un hecho en el terreno de operaciones.

**RESUMEN**

En la campaña de erradicación del *paludismo* en el Paraguay se ha tomado la brigada como unidad de trabajo de rociamiento. La brigada es un equipo donde cada uno de sus componentes tiene funciones bien definidas. La descentralización permite al jefe de brigada una mejor y más constante supervisión para alcanzar lo que ha dado en llamarse 100 y 100 en operaciones de rociado. La calidad del personal, base indispensable para que el “funcionalismo” de la brigada sea efectivo, exige una mejor remuneración, la que se ve compensada por un rendimiento mayor y alta calidad de trabajo. (*)

**ESTIMACION DE COSTO**

Estimación del costo de un Programa de erradicación del Paludismo. (Este trabajo es parte de un informe preliminar titulado “La planificación de los recursos humanos en el Paraguay – Bases para una estrategia futura”, elaborado en la Secretaría Técnica de Planificación para la responsabilidad del Sr. Esteban Lederman de la Oficina Internacional del Trabajo y del Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social de los Estados Unidos.

Julio Romero Ortiz, Secretaría Técnica de Planificación, Paraguay. *A la luz de las repercusiones del paludismo en el sector agropecuario del Paraguay, se estudian las ventajas económicas y sociales de una campaña de erradicación de ocho años de duración.*

De los diversos factores que intervienen en el proceso productivo, el humano –que constituye la fuerza de trabajo– merece especial consideración por dos razones: a) por ser el individuo el beneficiario de la producción, ya que en última instancia todo esfuerzo desplegado tiene como finalidad la satisfacción de las necesidades humanas- nutrición, salud, vivienda, etc., y b) por ser el individuo el elemento dinámico cuya capacidad constituye uno de los principales condicionantes de la eficiencia de la producción.

La capacidad del hombre para producir, y consiguientemente para lograr un mejor nivel económico y social, está, sin embargo, determinada en gran medida por factores ambientales, que en los países de América Latina son negativos las más de las veces.

En el Paraguay, el paludismo ocupa un lugar preponderante entre esos elementos adversos que limitan la capacidad potencial del hombre. Este hecho es motivo de preocupación sería; sobre todo, si se tiene en cuenta que, en la actualidad, es posible erradicar esa enfermedad, y que el país está desplegando un serio esfuerzo para acelerar su desarrollo.

Resumen: Se presenta, por una parte, una estimación del costo social que supone la merma de productividad ocasionada por el paludismo en el Paraguay y, por otra, el cálculo del costo total de un programa de erradicación de ocho años de duración.

El número de víctimas del paludismo se calcula en 90.000 anuales con una pérdida de 44 días laborables como promedio, solamente en el sector agropecuario. En 1985 la pérdida en productividad se calculó en el equivalente de EUA $ 6.478.589 sin considerarse los efectos difundidos.

La campaña, tal como la proyecta el Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo, comenzará a tener efectos favorables a partir del segundo año y logrará su meta para el sexto, empleándose los dos años restantes a consolidar lo logrado.

Aunque en las actividades estatales el criterio de valoración es distinto del empleado en empresas que persiguen el lucro, si se tiene en cuenta la variedad de servicios y la escasez de recursos, se hace necesaria una asignación de estos que permita la máxima rentabilidad. Según la metodología de este informe, la diferencia

* 1956, Octubre, Pág. 314 (Boletín de OPS).
entre lo que se hubiera producido, de no existir el paludismo, y lo que de hecho se produjo, señala el déficit por neutralizar. Los datos que se ofrecen señalan una rentabilidad demás del 300 %, tomando como base los valores brutos, y de más del 250 % trabajando con valores actualizados.

El valor de actualización en el Paraguay es del 8 % como mínimo. De hecho, existen indicaciones de que los factores favorables de la campaña para el quinto año equivaldrían a la suma invertida y el programa se financiaría por sí mismo. (*)

**IMPACTO SOBRE EL DESARROLLO ECONÓMICO**

Impacto de la Malaria sobre el desarrollo económico: Un estudio de casos: Dra. Gladys N. Conly, economista, Departamento de Erradicación de la Malaria, OPS/OMS, Washington, D.C. EUA.

Trabajo presentado en la II Reunión de Directores, Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria, Región de las Américas, Quito, Ecuador, del 21 al 26 de abril de 1975.

... Este Informe trata sobre la investigación que se realizó en el Este de Paraguay, en una zona de colonización dedicada a la agricultura de semi-subsistencia. Las zonas de estudio están ubicadas en el Dpto. de Paraná, en un área que estuvo afectada por una epidemia grave de malaria. El estudio incluye 69 familias campesinas que vivían en chacras (fincas rústicas) vecinas, de manera que la tierra, el clima, las condiciones de comercialización, etc., eran iguales para todas.

... A comienzos de 1969 se desató una epidemia que afectó por completo esta región del Paraguay, aumentó en intensidad en la zona de estudio hasta que en febrero de 1969, durante el séptimo mes del estudio, se realizaron operaciones de rociado de urgencia. La situación se controló rápidamente con medidas de ataque; el personal del proyecto administró tratamiento de cura radical a todos los casos confirmados, y durante el segundo año de cultivo la malaria se eliminó satisfactoriamente en las familias objeto de estudio.

En este trabajo se analiza con detalle la experiencia económica de 69 familias campesinas del Paraguay durante el ciclo agrícola de un año (1968-1969), en el que ocurrió una epidemia de malaria y en el subsiguiente (1969-1970), en que desapareció esa epidemia.

Por varias razones, se seleccionó al Paraguay –en particular la región oriental– como lugar de estudio. En principio, la simplicidad de la vida económica, relativamente exenta de influencias externas, permitiría observar los efectos de la enfermedad y al mismo tiempo, la posibilidad de que la malaria se manifestara en esta región era también un factor necesario para la investigación.

Con objeto de reunir datos se adiestró brevemente a un grupo de ocho “visitadores” que hablaban guaraní, quienes a partir de agosto de 1968 visitaron individualmente 45 granjas agrícolas cada dos semanas.

Durante más de 20 meses se llevaron registros regulares sobre los factores de producción y el rendimiento obtenido, así como las pérdidas de las cosechas, aplazamientos en el trabajo y toda enfermedad de algún miembro de la familia con inclusión de los días de incapacidad por causa de la malaria. El material reunido por los visitadores, los que a su vez eran supervisados cuidadosamente a fin de asegurar uniformidad en su trabajo, era codificado por otro equipo especialmente adiestrado y luego procesado en computadora.

Después de seleccionar los datos, el estudio se concentró en las 69 granjas a que se refiere el presente trabajo. Estas familias, clasificadas en tres grupos según el grado en que les afectó la malaria (considerable,
moderado y leve), revelaron en distinta medida la deficiencia en el trabajo a causa de enfermedad con el consiguiente efecto sobre la producción de los cultivos, los precios en el mercado y las posibilidades de ampliación y desarrollo de las tierras de cultivo.

Los resultados de este estudio mostraron que cuando la malaria reduce la capacidad de trabajo de los agricultores, estos concentran sus actividades en los cultivos comerciales.

Asimismo, se observó que la enfermedad aumenta el riesgo del agricultor cuando este cultiva los productos básicos para el consumo del hogar. Del estudio se desprende que la malaria, sea endémica u holoendémica, entorpecerá cualquier programa de desarrollo económico. (*)

BOCIO

La cuestión del bocio reviste importancia en el Paraguay, país éste sin duda de los que hay más bociosos en el mundo. En la primera Unidad Sanitaria, que funciona en el Paraguay en los pueblos de Itá, Yaguaron y Itauguá, se ha estudiado entre otras cosas la frecuencia del bocio.

Primeramente, se pudo notar el gran exceso de mujeres, típico de todas las partes rurales del país; pues de 2.228 personas en Itá, 1.291 son mujeres, o sea, 1.378 mujeres por cada 1.000 hombres; y en Yaguaron, 676 mujeres en un total de 1.160 personas, o sea una proporción de 1.397 por 1.000. En Itá se notaron pocos bocios, 2,8% en todas las edades, y la mayoría, según dijeron, en personas nacidas en otros pueblos.

En las mujeres la proporción fue de 4.1% y en los varones solamente 0.9%. En Yaguaron la frecuencia fue 4 veces mayor: 12% para las mujeres y 3.7% para los varones. Las proporciones más altas correspondieron a las mujeres de 60 a 69 años y de 30 a 39 años, con 24.1 y 23.7%, respectivamente. (**)

** PROFILAXIS DEL BOCIO ENÉMICO **

El Centro de Documentación del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social consigna el Decreto N° 8.164 del 14/10/54 por el cual se establece la profilaxis del Bocio Endémico en los niños escolares del Paraguay, considerando que los estudios realizados por el Ministerio de Salud Pública con el Servidor Cooperativo Interamericano de Salud Pública, mediante el examen de 44.460 niños escolares de la Capital e Interior, demuestran una frecuencia del 23.47% para el Bocio Endémico.

El doctor Darío Isasi Fleitas, director del Departamento de Educación Sanitaria del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, informó en 1956 al Boletín de la OPS sobre la técnica empleada en un seminario de Educación Sanitaria para maestros rurales:

"Se eligió el BOCIO como el primer tema porque es endémico en el Paraguay; el Gobierno promulgó recientemente un Decreto en que se dispone la profilaxis de la población escolar con pastillas de chocolate yodado y con la yodación de la sal común en todo el país. El médico especialista dio informes reales sobre este problema en nuestro país e informó sobre las facilidades del Sanatorio "Bella Vista", requisitos y trámites para la admisión de los pacientes".

En 1961 (junio) el Boletín de la OPS consignaba que casi 200 millones de habitantes de todas partes del mundo sufre aún de bocio, no obstante es una de las enfermedades más fáciles de evitar. A juicio de autorizadas opiniones médicas es un "anacronismo de salud pública" desde hace más de 40 años. A este tema está dedicada la monografía N° 44 de la OMS titulada "Bocio Endémico".

El bocio es endémico en todas las naciones de América y constituye un problema grave en Bolivia, Colombia,

---

* 1976, Julio, Págs. 1-4, (Boletín OPS).
** 1930, Págs. 1438 (Boletín OPS).
Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela. También ha alcanzado gran difusión en partes de Argentina, Brasil, Chile y en menor escala en Uruguay.

No se dispone de estadísticas completas relativas a todos los países americanos, pero en general se tiene la impresión de que en todo el Continente el número de casos no baja de 30 millones. El bocigadier el rango de problemas de salud pública cuando afecta al 10% de la población.

En dos países latinoamericanos, la erradicación del décorso es casi inminente. En Paraguay y Guatemala, la ley exige la vacunación de la sal con yodato potásico, que se realiza bajo la supervisión directa del Ministerio de Salud Pública.

Los países de América Latina que luchan actualmente contra el bocigado endémico, reciben apoyo de la OPS, Oficina Regional de la OMS para las Américas.

RABIA
EL PRIMER CASO HUMANO DE MUERTE POR RABIA EN PARAGUAY OCURRIO EN 1928

La aparición a largos plazos de animales enloquecidos, sobre todo perros, había hecho sospechar la existencia de la rabia en el Paraguay, pero la clínica ni los laboratorios habían confirmado esa sospecha. En el mes de junio, 1930, la población de Villarrica de sintió alarmada por la presencia de perros inclinados a morder y la reproducción de los mismos síntomas en animales mordidos.

El Instituto Nacional de Parasitología estudió un perro que le fue enviado y estableció el diagnóstico de rabia, primero por los síntomas que presentó el animal en vida, y luego por el descubrimiento de los corpúsculos de Negri en los centros nerviosos.

Las inoculaciones en animales también fueron corroboradoras pero irregulares.

Según una comunicación del inspector de carne en la zona de Villarrica, desde 1927 vienen sucediéndose casos clínicamente sospechosos de rabia en perros, caballos, vacunos y hasta en el hombre. En Ajos (hoy Coronel Oviedo), desde 1928 ha habido casos y un individuo murió con el diagnóstico clínico de rabia, siendo el primer caso humano en el Paraguay.

No se ha podido averiguar todavía el origen de esos 2 focos. En Atyrá, población de la Cordillera, ha habido últimamente una verdadera epidemia de perros enloquecidos que tuvo que matar la policía. Hace unos 5 o 6 años, en el Jardín Botánico de Asunción una llama y un guanaco también presentaron síntomas de rabia, después de haber sido mordidos por un perro, relata un Boletín de la OPS en 1931.

En Asunción, se han comparado bacteriológicamente varios casos de rabia en diferentes especies de animales: perros, gatos, monos, tigre, vacuno, etc. hacia 1937.

ACUERDO SANITARIO PANAMERICANO ENTRE URUGUAY, ARGENTINA, BRASIL Y PARAGUAY.
(AUSPICIO POR OPS Y FIRMADO EN MONTEVIDEO EL 13-MARZO-1948).

RABIA

Acuerdan:

Mantener y mejorar los servicios permanentes de lucha antirrábica en todos sus aspectos, principalmente en las zonas fronterizas.


RABIA
1. Las autoridades nacionales de los respectivos países vigilaran el
cumplimiento eficaz y permanente de las ordenanzas generales sobre profilaxis de la rabia.

2. Las autoridades respectivas no permitirán el paso de perros de un país a otro, sin la presentación, por parte de los dueños, de un certificado de vacunación antirrábica animal, expedido por las autoridades oficiales respectivas. La validez de dichos certificados será de seis meses, después de la última vacunación.

3. En caso de declararse alguna epizootia de rabia, en cualquier de las zonas colonizadas, las autoridades sanitarias locales comunicarán de inmediato la novedad a las autoridades sanitarias de las zonas limítrofes y mientras dure la epizootia, se prohibirá en absoluto el tránsito de perros, aún con certificado de vacunación, entre esas regiones.

Firmado (Acuerdo y Protocolo) por: Rca. Oriental del Uruguay: Dr. Enrique M. Claveaux y Dr. Ricardo Cappeletti; Brasil: Dr. Heitor Praguer Fróes; Argentina: Dr. Ramón Carrillo y Dr. Alberto Zwanck; Paraguay: Dr. Raúl Peña y Dr. Carlos Ramírez Boettner y por la OPS: Dr. Fred L. Soper y Dr. Miguel E. Bustamante.

La edición del mes de julio de 1954 trae un escrito del Dr. Aurelio Málaga-Alba, Consultor en Rabia de la OMS, OPS, Zona II, sobre el vampiro portador de la rabia:

Desde que Colón descubrió la Isla de Trinidad en 1498, se sabe que existe el murciélago hematofago en el Hemisferio Occidental. En 1801 el naturalista español Félix de Azara describió al “mordedor” en Paraguay.

Así como la rabia canina se visualiza como una enfermedad en la cual el síntoma principal es la excitación o furia, en la América Latina la rabia transmitida por el murciélago vampiro se caracteriza, en la mente popular, por la debilidad de los cuartos traseros.


El Informe Anual de la Dirección de la OPS correspondiente a 1956 señalaba que:

El problema de la rabia constituye una seria preocupación en la mayoría de los países de las Américas...la OPS prestó colaboración, además de otros numerosos lugares de las Américas, a la Argentina, Chile, Brasil, Perú y Paraguay en la preparación de campañas antirrábicas.

En 1958, se notificaron 176 casos humanos todos ellos fatales. En cinco países, Brasil, Colombia, México, Perú y Venezuela se notificaron 10 casos o más, y, en algunos de ellos, el número de casos de rabia y el de defunciones por la misma enfermedad fue lo bastante grande para revelar la existencia de un problema grave.

En Ecuador y Paraguay, de donde no se han recibido notificaciones de casos humanos, las estadísticas demográficas revelan que, en 1957, se registraron en Ecuador 11 defunciones por rabia y 5 en Paraguay en 1956.

Por otro lado, el informe sobre Vigilancia Epidemiológica de la Rabia en las Américas del Centro Panamericano de Zoonosis en Ramos Mejía, Argentina, correspondiente a julio de 1970, contiene totales acumulativos para 1970 de 159 casos de rabia y 10 casos de complicaciones neuro-paralíticas posvacunales en el hombre, y 11.723 casos de rabia en animales. Los casos en animales se informaron como sigue: Argentina, 547, Bolivia 137, Brasil 1.365... Paraguay 78. (Informe Epidemiológico Semanal de la OPS, 1970).
PARASITOSIS

1936: 85% de la población rural del Paraguay se hallaba infestada por parásitos.

*Helminthiasis*: El Boletín de la OPS de febrero de 1936 informa que: antes de la campaña cooperativa contra la uncinariosis llevada a cabo por la Fundación Rockefeller y el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública, calculábase que 85% de la población rural del Paraguay se hallaba infestada por parásitos. Entre los helmintos encontrados, los más comunes son: anquilostomos, tricócfaos, ascárides, oxiuros, estróngilos y tenias. La fasciola hepática, esquistosoma, filarias y tripanosomas no han sido constatados.

De 1924 a 1928, durante la campaña cooperativa, se aplicaron 738.762 tratamientos antiuncinínicos, y, terminado el contrato con la Fundación Rockefeller, el Departamento Nacional de Higiene continuó la obra, administrando 125.935 tratamientos de 1929 a 1932. El Servicio Antihelmintico fue suspendido durante el año 1933, por haber pasado a formar parte del Servicio de Profilaxis de la Fiebre Amarilla, pero reiniciaronse los trabajos en 1934, aplicándose 1.733 tratamientos. (Inf. IX Conf. San. Pan.).

Aprovechando el servicio de la campaña antiuncinírica, se ha efectuado en el Paraguay un amplio trabajo de saneamiento. De 1924 a 1932 visitaronse 139.525 domicilios en 148 pueblos, encontrándose 122.145 sin retrete y procediéndose a la construcción de 117.598 de ellas. Durante el mismo período se dictaron 2.581 conferencias con 356.383 asistentes, utilizando el cinematógrafo, linternas mágicas y carteles murales. (Inf. IX Conf. San. Pan.)

Ese mismo número del boletín informa sobre los estragos causados en Asunción y otras zonas del país por la disentería.

1950. LEISHMANIASIS. Paraguay. A solicitud del Gobierno Paraguayo, la División de Salubridad Internacional del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, envió dos científicos al país para realizar un estudio preliminar de 3 meses de la Leishmaniasis cutánea y americana. Esta enfermedad, causada por *Leishmania brasiliensis*, es endémica en varias regiones de Paraguay, habiéndose informado unos 2.500 incapacitados entre trabajadores de los bosques.

Estos científicos, que son los Dres. Marshall Hertig, entomólogo del Instituto Gorgas de Panamá y Charles H. Wharton, especialista en mamíferos, realizaron un estudio epidemiológico de la mosca flebótoma y de otros vectores posibles. Sus esfuerzos se encauzaron a la determinación de cómo es transmitida la enfermedad y a controlar su diseminación.

El Ministerio de Salud Pública prestó toda su cooperación a la integración de posibles reservorios de la enfermedad. Tanto el Instituto de Asuntos Interamericanos como la OPS se hallan profundamente interesados en el proyecto, y al efecto colaborarán en la administración de varios servicios. Se espera que el presente estudio de 3 meses abra el camino para un estudio de mayores proyecciones, y arroje alguna luz sobre esta enfermedad que afecta a tantas otras repúblicas americanas. (*)

En julio de 1951, con la ayuda de OMS y AT se firmó el convenio de cooperación para un programa de control contra la Anquilostomiasis, que el 22 de mayo de 1952 se extendió en forma de un programa combinado de protección contra la vírula, aprovechándose sin mayores gastos, la acción domiciliaria de los auxiliares sanitarios de la campaña antianquilostoméica.

El Centro de Documentación del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social consigna el Decreto No 9.461 del 13/II/1952 por el cual se aprueba el convenio firmado entre el Gobierno del Paraguay y la Organización Mundial de la Salud para la realización de un Programa de Control de Anquilostomiasis en el Paraguay.

* Bol. OPS. Jul. 1950*
El 19 de mayo de 1952 con los fondos de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas y de Unicef, se pudo ampliar una acción combinada con la lucha antipalúdica, formalizándose el 9 de julio de 1952 en un programa global contra insectos vectores.

*En setiembre de 1964 (Bol. OPS) se da cuenta de una infección por Bertiella mucronata (tenía de los monos), de una mujer de 29 años, de Asunción, Paraguay, diagnosticada al hallar huevos y proglótides del parásito en sus heces. La identificación específica del gusano se basó en un examen de los casos humanos anteriores y en un minucioso estudio de los proglótides expulsados, mediante el tratamiento antihelmintico descrito por los autores.*

En Alemania, el examen de una Beriella procedente de un mono de Argentina, y de otra procedente de un mono de la India (Macacus rhesus) permitió establecer la especie B. Mucronata (Meyner, 1895; Stiles y Hassall, 1902), identificada por primera vez en Paraguay, a diferencia de la B. Studeri (Blanchard, 1891; Stiles y Hassall, 1902), cuyo hábitat normal se limita al Hemisferio Oriental.

En cuatro de los 24 casos de bertiélisis humana notificados, la especie identificada fue la B. Mucronata, tres procedentes de Sudamérica (Brasil, Argentina y Paraguay) y uno de Cuba. (*)

**CARDIOPATIAS**

En 1907, Carlos Chagas, uno de los más jóvenes y estimados asistentes del Instituto de Manguinhos, organizado en Río de Janeiro por Oswaldo Cruz, fue comisionado para dirigir la profilaxis de la malaria entre los que entonces construyan el ferrocarril de Bello Horizonte a Pirapora en el noroeste del Estado de Minas Gerais.

Instalado en Lassance, en medio de una población acosada por el paludismo, las enfermedades parasitarias intestinales, la anemia tropical, el bocio y el cretinismo endémicos, además de otros síndromes carenciales y parasitarios, el joven investigador detuvo su atención en unos insectos hematófagos que pululaban en las chozas de barro y paja de la zona, insectos que fueron denominados entonces Conorrhinus megistus, nombre corregido más tarde por el ahora aceptado de Panstrongylus magistus (Burn, 11835).

En Argentina y en otros países de América el estudio de la enfermedad progresó lentamente.

En el Paraguay, una misión científica compuesta por Lutz, Souza Araujo y Olimpio de Fonseca, en unión del profesor Migone, encontraron vinchuca infestadas.

El estudio de la importancia epidemiológica que la enfermedad de Chagas tiene en los diversos países de América es muy distinto, pues depende del interés desarrollado por parte de investigadores y gobiernos en el asunto.

"En cuanto a la República del Paraguay, los estudios se han hecho principalmente hasta la fecha, en soldados infestados por enfermedad de Chagas procedentes del Chaco Paraguayo, es decir de la región Occidental; pero también en la zona Oriental han sido señalados enfermos en fase aguda, en el país no se ha practicado hasta la fecha ninguna encuesta epidemiológica sobre la enfermedad de Chagas". (**)

Casi diez años después, en casi todos los países de las Américas, desde los Estados Unidos hasta la Argentina y Chile, se registran casos autónomos de la enfermedad de Chagas. Los datos correspondientes a la mayoría de los países acerca de la prevalencia de la infección son incompletos y fragmentarios, y los datos fundados en las muestras estadísticamente válidas de personas en zonas endémicas son raros.

Se sabía que Venezuela, Brasil, Uruguay, Paraguay y Argentina tenían centros de alta prevalencia de la infección. Se creía que en términos generales unos 7 millones de personas estarían infectadas al finalizar la década del ’60.


** Bol. OPS. Nov. 1961
SIDA
LA OPS INICIÓ UN PROGRAMA
DE VIGILANCIA EN LAS
AMÉRICAS EN 1983

Síndrome de Inmunodeficiencia adqui-
rida (SIDA) en las Américas. Washington,
D.C. 11 de agosto de 1988, y SIDA en las
Américas, presentación efectuada por el Dr.
Ronald St. John, Coordinador del Programa
de Análisis de la Situación de la Salud y
sus Tendencias, OPS, en la XXXIII Reunión
del Consejo Directivo celebrada en
Washington, DC el 28 de septiembre de

"Han pasado siete años desde que los
Centros para el Control de Enfermedades
(CDC) de los EE.UU. comunicaron la aparición
de una enfermedad inusual en cinco hombres
homosexuales de San Francisco. Esta fue la
primera noticia de una epidemia que ahora
se sabe que comenzó antes de 1981, con
la propagación silenciosa del virus de la
inmunodeficiencia humana (HIV) en todo el
mundo a mediados y finales de la década de
los años setenta."

En 1983, la OPS inició un programa de
vigilancia del SIDA en la Región de las
Américas. Solo se han tabulado los casos de
SIDA con todas sus manifestaciones que han
sido notificados oficialmente.

Al igual que en el resto del mundo, el
número de casos de SIDA notificados
subestimó enormemente la magnitud del
problema. Hasta el 30 de septiembre de 1988
se habían notificado 89,834 casos de SIDA
en las Américas, de los cuales 48,374 habían
fallecido. Paraguay figuraban con: 8 casos, 8
defunciones.

El Boletín de la OPS de marzo de 1995 trae
un estudio sobre Tuberculosis y Sida en el
Paraguay, realizado por el Dr. Adolfo
Humberto Galeano Jiménez, del Programa
Nacional de Lucha contra el Sida,
Departamento de Atención Médica, LACIMET,
Asunción:

Paraguay es el país del Cono Sur con
menor número notificado de portadores del
virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
(147 en total). Hasta la fecha, se han
notificado 62 casos de sida. A pesar de la
entrada tardía del VIH en el país (el primer
caso se notificó en 1986), la enfermedad ya
ha afectado a todos los grupos de riesgo,
incluidos los niños.

De los 62 casos de sida, 53 fueron
hombres y 9 mujeres. El 80% tenía edades
comprendidas entre 20 y 44 años. Hasta
septiembre de 1993 habían fallecido 65% de
los casos. En 1993, la incidencia anual de
casos de sida fue de 4 por millón. Las
relaciones sexuales constituyeron la vía de
transmisión más frecuente (64%). El 70% de
los portadores de VIH (incidencia anual =
1,8 por 100.000) fueron hombres, 9%,
mujeres y 21% donantes de sangre
anónimos.

El grupo de edad más afectado fue el de
20 a 34 años en los hombres y el de 15 a
29 en las mujeres. Las relaciones sexuales
también fueron la vía de infección más
frecuente. El número de casos de sida en
mujeres, en personas que mantienen
relaciones heterosexuales y por
transmisión perinatal ha aumentado
sustancialmente.

La tuberculosis es una enfermedad
endémica del Paraguay (3477 casos
acumulados hasta mayo de 1993). Su
incidencia anual en ese año fue 43 casos por
100.000 y la tasa de letalidad, 3 por 100.000.
La localización pulmonar fue la más
frecuente (95%). La incidencia en la
población indígena ascendió a 400 casos por
100.000.

El 19% de los enfermos de sida padecen
tuberculosis pulmonar o extrapulmonar. El
83% de los pacientes fueron hombres de
edades comprendidas entre 25 y 60 años. En
un estudio prospectivo realizado en el país
con 182 pacientes, la prevalencia de
infección por VIH en pacientes tuberculosos
fue 1,65%.
EDUCACIÓN SANITARIA.
BECAS

En los números del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana dedicados en años anteriores a 1943, se ha recogido sucesivamente la voz de los dirigentes de sanidad, de los profesores y de los técnicos; es decir, de las figuras que en gran parte representan el presente, y, hasta cierto grado, el pasado. Se ha creído oportuno oír la opinión, si no autorizada por lo menos significativa, de un grupo más joven, que encarna en gran parte el porvenir y a cuyas manos irán pasando gradualmente la Medicina y la Sanidad en nuestras repúblicas. Los becados de la Oficina Sanitaria Panamericana representan muy bien ese grupo.

Algunos de estos jóvenes fueron primitivamente traídos a Estados Unidos a cursar estudios de perfeccionamiento por la Oficina o por organismos que conceden becas por intermedio de la Oficina, incluso el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, el Commonwealth Fund, Fundación Kellogg y el Coordinador de Asuntos Interamericanos; otros, ya en este país bajo otros auspicios o por su propia cuenta, han sido ayudados por la Oficina para prolongar su permanencia hasta completar alguna especialización.

Desde 1939 unos 300 jóvenes, hombres y mujeres latinoamericanos, incluido médicos, enfermeras, laboratoristas e ingenieros sanitarios han sido becados por medicación de la Oficina. La mayor parte de ellos ha retornado a sus respectivos países a desempeñar los cargos para los cuales salieron a prepararse.

Los sumarios de cartas típicas que se publican a continuación dan una idea de los beneficios que se pueden obtener con un programa de becas, no sólo en estudios técnicos y post-graduados, sino también desde el punto de vista de una mejor comprensión y conocimiento mutuo entre las repúblicas americanas. (*)

ACCIDENTES DE TRANSITO:
PROBLEMA PARA LA SALUD PÚBLICA

A fines de los años ´60 y el comienzo de los ´70 los accidentes de tránsito constituyeron ya un creciente problema para la salud pública, y empieza a preocupar a la OPS. Carlos Alfaro-Alvarez, asesor regional, División de Salud de la Familia, OPS/OMS, Washington, y Carlos Díaz-Coller, Coordinador de Asuntos Internacionales, Subsecretaría de Mejoramiento del Ambiente, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, se refieren al tema, según consta en el Boletín OPS del mes de octubre de 1977:

Los accidentes de tránsito ya no constituyen un patrimonio exclusivo de los países ricos. Se han convertido en una epidemia de proporciones mundiales que origina unos siete millones de víctimas todos los años y cuesta la vida de unas 250.000 personas cada año.

Durante el período de 1969-1975, el número de vehículos matriculados aumentó como mínimo un 50% en 18 de los 25 países en los que se obtuvo información; las proporciones en cuanto al aumento oscilaron entre el 2% en Estados Unidos y el 343% en Paraguay.

En cuanto al número de muertes, se obtuvieron datos comparables para 20 países. En 18 de ellos, el aumento del porcentaje específico osciló entre 6% en Paraguay y 263% en Guatemala.

En general, 15 de los 20 países, de los que se tienen información (entre ellos Paraguay) mostraron algún aumento en la tasa de defunción; siete de ellos con aumentos de más del 50%. Cinco países mostraron tasas de mortalidad más bajas a fines del periodo mencionado; las reducciones más importantes ocurrieron en Chile (-49%) y en Estados Unidos (-24%). Disminuciones más pequeñas se observaron en Canadá, Cuba y Paraguay.

(*) (1947, Diciembre, Bol. OPS).
La proporción de habitantes por vehículo ha disminuido en todos los países, con excepción de Haití y Uruguay. Algunos países, como Bolivia, Rca. Dominicana y Paraguay han experimentado un aumento tan espectacular en el número de vehículos que esta proporción se ha reducido en un 50 al 75%.

La OPS ha intervenido cada vez más activamente a fin de movilizar diversos sectores en los países del hemisferio y exhortarlos a abordar el problema que plantean los accidentes debido a vehículos automotores.

El Consejo Directivo de la OPS en su XX Reunión celebrada en Washington, D.C., en 1971, incluyó este problema en su temario y estudió con la mayor atención los datos disponibles sobre tasas de muertos y heridos, así como el total de muertes atribuidas a accidentes de tránsito vehicular, por grupos de edad.

Reconociendo que este problema constituía un motivo de preocupación para la salud en las Américas, el consejo pidió que continuara y se intensificara la colaboración con las organizaciones nacionales, intergubernamentales y no gubernamentales que actuaran en esta esfera.

De manera más concreta, solicitó que se prestara ayuda y asesoramiento a los países con objeto de estimular la realización de estudios epidemiológicos de los accidentes de tránsito, crear normas uniformes para clasificarlos e informar sobre ellos, adoptar medidas de control adecuadas y adiestrar personal especializado.

Al mismo tiempo, el Consejo recomendó que los Gobiernos atribuyeran prioridad a la preparación de programas coordinados de prevención de accidentes, al establecimiento o mejoramiento de los servicios para prestar atención médica inmediata y eficaz a las víctimas, al perfeccionamiento y ampliación de los programas de educación de conductores, etc.

En los años siguientes, la OPS patrocinó una serie de seminarios que versaron sobre aspectos específicos del problema, tales como epidemiología, educación vial, concesión de permisos, servicios médicos de urgencia, alcoholismo y drogas, legislación y coordinación entre los organismos responsables. Se formularon recomendaciones para cada uno de estos asuntos, que se han puesto en práctica en algunos casos y en algunos países con distintos grados de cobertura y éxito.

1990: SITUACION Y POLÍTICA DE SALUD EN EL PARAGUAY

El 26 de febrero de 1990, en el curso de una visita a la sede de la OPS en Washington DC, la señora María Cynthia Prieto Conti, Ministra de Salud y Bienestar Social del Paraguay, hizo una presentación sobre la situación y la política de salud en nuestro país.
Comentó las graves carencias organizativas y de personal que como herencia del régimen anterior habrá de asumir su equipo. “Durante muchos años el Ministerio de Salud ha sido un lugar en el que se ha hecho poco que haya repercutido en las condiciones concretas de calidad de vida y de salud de los paraguayos. Por el contrario, primó una política de proyectos de imagen: se construían instalaciones de salud que al poco tiempo ya no funcionaban correctamente o grandes hospitales en los que solo se puede practicar una medicina curativa, exclusivamente útil para minorías privilegiadas”.

En cuanto a indicadores de estado de salud, la Ministra presentó algunos datos señalando de entrada que no había que tomar las estadísticas referidas a su país como cifras muy fiables, ya que en su propia experiencia ha comprobado la subnotificación de mortalidad y morbilidad y la existencia de grandes zonas del país en las que apenas hay estructuras que permitan recoger información epidemiológica.

Siguen siendo muy importantes como causas de morbilidad y mortalidad las enfermedades transmisibles, muchas veces prevenibles mediante vacunación u otras medidas de sanidad pública. La incidencia de la malaria se ha duplicado de un año al siguiente. En el pasado ha habido brotes de dengue que en la actualidad amenazan repetirse. Las enfermedades diarréicas y las infecciones respiratorias agudas son muy frecuentes en una población en la que más del 40 % de los habitantes son menores de 15 años. La infección por virus de la inmunodeficiencia humana y el SIDA se están extendiendo con rapidez desusada, igual que otras enfermedades de transmisión sexual. (*)

**SALUD MATERNO – INFANTIL**

Los datos de la mortalidad infantil en el Paraguay, que consigna el Boletín de la OMS corresponden al año 1929, y se restringen solamente a la capital, Asunción Paraguay ese año contaba con 1.000.000 de habitantes.

**Natalidad.** En la ciudad de Asunción (70.000-85.000 habitantes) el número de nacimientos llegó a 3.387 en 1914; 2.983 en 1915; 2.929 en 1916; 2.776 en 1917; 2.358 en 1918; 2.685 en 1919; 2.955 en 1920; 2.809 en 1921; 2.523 en 1922; 3.195 en 1923; 3.035 en 1924; 2.792 en 1925 y 3.082 en 1926. Tomando por base una población aproximada de 70.000 habitantes, la natalidad fue, pues, de 48.4 por 1.000 habitantes en 1914; 42.6 en 1915; 41.8 en 1916; 39.6 en 1917; 33.7 en 1918; 38.3 en 1919; 42.2 en 1920; 40.1 en 1921; 36.0 en 1922; 45.6 en 1923; 43.3 en 1924; 39.9 en 1925; 40.8 en 1926 y 41.6 en 1928, y 14 % menor, calculado sobre una población de 85.000 habitantes.

**ilegitimidad:** El porcentaje de la ilegitimidad ha variado en Asunción, de un mínimo de 61.56 en 1916 a un máximo de 72.26 en 1924. En el decenio 1914-1925 promedió 67 %, en 1914 era de 64.22 y en 1925 de 70.56. De 1914 a 1925 ha disminuido en 10 %.

**Sexo:** De 34.427 nacidos en la Asunción de 1914 a 1925 17.919, 52 % fueron varones.

**Una clase de enfermería obstétrica impartida en la década del ’30.**

**Mortalidad Infantil:** En la ciudad de Asunción, la mortalidad infantil fue de 136.3 por 1000 nacidos en 1914; 122.6 en 1915; 128.0 en 1916; 195.5 en 1917; 201.4 en 1918; 136.3 en 1919; 202.3 en 1920; 129.5 en 1921; 150.6 en 1922; 146.8 en 1923; 152.9 en 1924; 151.5 en 1925 y 108.9 en 1926.

La mortalidad en niños de 0 a 5 años fue de 199.6 por 1000 nacidos en 1914; 184.3 en
1915; 193.9 en 1916; 229.5 en 1917; 323.1 en 1918; 189.5 en 1919; 395.9 en 1920; 205.4 en 1921; 219.2 en 1922; 204.1 en 1923; 223.7 en 1924 y 218.5 en 1925. El porcentaje de mortalidad infantil menor de 1 año sobre la mortalidad general fue de 27 en el decenio 1914-1923; 29.7 en 1924 y 27.5 en 1925; menor de 5 años, de 41.3 en el decenio 1914-1923, 43.5 en 1924.

**Causas.** En primer término figura la *diarrea-enteritis*, con un promedio anual de 155 y 23.45% del total de mortalidad infantil (0 a 5 años) en 1914-1925. Los años 1917 y 1918 registraron un número mayor. La mala o la deficiente alimentación son sin dudas las causas principales de esas enfermedades que se hallan más difundidos entre las clases pobres.

En segundo lugar aparece la *neumonía* con un promedio anual de 54 muertes, que se elevó a 178 en 1920. La curva de esta enfermedad es francamente ascendente, no obstante haber habido descensos en 1919 y 1925 y haciéndose endémica a causa de las bruscas oscilaciones de la temperatura y deficiencias en las viviendas y el vestido.

En tercer lugar aparece la *sifilis* congénita, con un promedio anual de 53 defunciones, y esto no comprende otras causas derivadas directa o indirectamente. A ese mal también le corresponde una importante porción de la mortalidad.

El téptano acusa un promedio anual de 49. Vienen luego la debilidad congénita, ictericía y esclerema (38 defunciones), la meningitis y la hemimintiasis (con 35 cada una) la bronquitis (33), la gripe (22), la neumonía (12) la coqueluche (9) y la tuberculosis (8). La tifoidea reveló un aumento apreciable en los últimos tres años y, en particular en 1925, en que motivó 16 defunciones, sobre todo en niños de 2 a 5 años.

**Mortalidad precoz.** De 118 defunciones en el cuarto trimestre de 1928, 32 (o sea 27.1%) fueron en menores de 1 mes.

**Mortalidad infantil.** En la Asunción el coeficiente de mortalidad infantil, de 1914 a 1926, ha variado de un máximo de 68 por 1.000 nacimientos (sin incluir mortinatos) en 1922, a un mínimo de 39 en 1915; en el decenio 1914-1923 fue de 52.3, en 1924 de 46, y en 1925 de 54. La mortalidad infantil reveló un aumento de 25% de 1914 a 1925, pero ha habido un descenso en los últimos años, pues en 1922 llegó a 68 y en 1926 a 43.19 por 1.000 nacimientos.

**Mortalidad puerperal.** En la Asunción ha habido 59 muertes por estado puerperal entre 21.071 nacimientos de 1919 a 1925, o sea 2.85 por 1.000 nacimientos. En 1926 hubo 9 entre 3.082 nacimientos, en 1927, 13 y en 1928, 15. (*)

**SARAMPIÓN**

En noviembre de 1934, el Boletín OPS consignaba que: no hay más que informes sanitarios que aparecen constantemente en este Boletín para darse cuenta del papel que desempeña el sarampión en el cuadro nosográfico de la infancia en la América Latina, cada vez que sobrevenía una de sus periódicas ondas epidémicas, como demuestran las recientes epidemias de 1933 en Bogotá con más de 26.000 casos y en Quito con unos 12.000...

Pasando ahora a los países americanos que nos tocán más de cerca, encontramos la siguiente situación relativa hasta donde la reflejan los datos disponibles: Buenos Aires, en 1926-30, 667,978,359 y 1240 muertes cargadas respectivamente a sarampión, escarlatina, coqueluche y difteria.

Asunción, Paraguay, 1914-25: 184.0, 113 y 51. Recapitulando los datos anteriores, vemos al sarampión ocupando en el cuarteto morboinfantil el primer puesto en el Brasil, Paraguay y Venezuela; el segundo en Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Panamá; el tercero en Buenos Aires, La Paz (Bolivia), Estados Unidos, México, Lima (Perú) y Uruguay.

A mediados de 1938, la Cruz Roja Paraguaya inauguró en Asunción una

* [1930, Págs. 700,701, 7029 (BoL OPS).]
maternidad modelo, con servicios de obstetricia, ginecología y puericultura. El 4 de junio de 1939 se inauguró en Concepción un pabellón anexo a la maternidad, construido con una subvención del Ministerio de Salud Pública y la Dirección Central.

En 1941 el Dr. Ricardo Odiosola, ministro secretario de Estado de Salud Pública señalaba que la mortalidad infantil constituye el problema más importante del Paraguay. Para hacer profilaxis necesitabase saber de qué mueren los habitantes, creándose con dicho objeto la Oficina Central de la Sección de Estadística Vital, con registradores locales. Ya está funcionando la Comisión de Encuesta sobre Mortalidad Infantil en Asunción y la ciudad de Villarrica, creada de acuerdo con las bases e instrucciones del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. (*)

Por decreto del 9 de febrero de 1939, el Ejecutivo del Paraguay declaró obligatoria la vacunación antitifoidea en las personas hasta de 30 años de edad.

Hacia 1943 las principales causas de muerte de menores de 1 año en Asunción y otras 24 poblaciones paraguayas, entre un total de 1.116 defunciones (coef. 84.5 por 1000 nacimientos) inscriptas en 1941, fueron las siguientes: sífilis, 218; neumonía, 177; diarrea y enteritis, 122; debilidad congénita, 84; bronquitis, 54; gripe o influenza, 40; disentería, 31; consecuencias del parto, 29; paludismo, 29; meningitis, 27; nacimiento prematuro, 21; coqueluche, 16; tuberculosis, 8. 44 % de las defunciones no recibieron asistencia médica. Las cifras para Asunción, incluso parroquias suburbanas fueron: total, 357 (coef. 80.2): sin asistencia médica, 105. Causas: diarrea y enteritis, 70; neumonía, 51; sífilis, 26; debilidad congénita, 23; bronquitis, 16; gripe o influenza, 13; nacimiento prematuro, 13; meningitis, 11; consecuencia del parto, 11; disentería, 8; tuberculosis, 6; coqueluche, 6; paludismo, 4. (Inf. Min. Sal. Públ.) (1943, Enero (Bol. OPS).

**DIFTERIA**

De acuerdo con las observaciones realizadas en la División Materno infantil del Centro de Salud N° 1, desde marzo de 1945, se llega a las siguientes conclusiones sobre la difteria en el Paraguay: La difteria puede considerarse como una enfermedad endémica, cuya existencia, de acuerdo con los primeros datos documentados, viene desde 1881. Su morbosidad ha aumentado en los últimos 12 a 15 años y la mortalidad, que es baja, tiene un promedio anual de 4 por cada 100.000 habitantes. No se conserva historia de una epidemia de difteria en el país. La prueba de Schick en los recién nacidos de Asunción es negativa en el 100 % de los casos y positiva en su grado máximo entre los 11 y 12 meses de edad (85%). Entre los escolares de Asunción esta positividad varía del 5 al 25%. (Chenu-Bordón, J.C.: Arch. Ped. Ur., 617, dbre. 1947). (**)

Decreto N° 7.620 del 24 de Octubre de 1951 por el cual se aprueba el acuerdo suplementario N° 2 al Convenio Básico, suscrito entre el Gobierno del Paraguay y la Organización Mundial de la Salud, en fecha 23 de Julio del cte. año, para la prestación de asistencia técnica con el objeto de organizar un Programa de Salud Pública Materno Infantil en la zona Asunción-Villarrica. (MSP y BS).

**UN COMENTARIO SOBRE EL ADiestRAMIENTO DE LAS PARTERAS EMPIRICAS EN EL PARAGUAY**

En setiembre de 1955, el Bol. OPS trae un interesante estudio sobre el adiestramiento de las parteras empíricas en el Paraguay, realizado por Lidia Barreto. Partera jefa del Servicio de Enfermería del Centro de Salud de Fernando de la Mora, Ministerio de Salud Pública y Adriana Gamboa, enfermera de Salud Pública, consultora de la OPS/OMS en el Paraguay:

En Paraguay, como en el resto de los países de América, ha habido desde los tiempos

* 1941, Julio, Bol. OPS

* (1949, Abril, Bol. OPS)
precolombinos hasta nuestros días – especialmente en puntos alejados de las ciudades – mujeres que, por inclinación personal o por otras circunstancias especiales, se han dedicado a ayudar a las demás en el trance del parto, sin otra preparación que la experiencia personal y tradicional. A estas parteras se las llama empíricas por oposición a las que han hecho estudios especiales para el desempeño de esta importantísima función y han trabajado bajo la orientación de personal competente.

Para la creación de un buen servicio materno-infantil como parte del programa de salud pública iniciado en 1952 por el gobierno paraguayo y por la OMS, con carácter demostrativo, en la región Asunción-Villarrica, fue necesario un previo estudio de la situación allí reinante en lo que se refiere a la atención del parto. El problema. Con excepción de las ciudades, en esta amplia región agrícola, ganadera y forestal sólo existen pequeños pueblos y caseríos aislados, el único recurso de que echar mano, llegado el momento de un parto, es la partera empírica local. La “Chaé”, o partera empírica, atiende en esta región del Paraguay al 86,30 % de los partos.

En el Paraguay, lo mismo que en puntos donde todavía existe este tipo de asistencia, existen graves problemas de salud en la atención del parto. (La atención de partos, en el medio rural, fue en los años 1950, 1951 y 1952).

Conclusiones:

1. Se estudiaron las condiciones de atención de los partos en el medio rural de la localidad Fernando de la Mora, que cuenta con un Centro de Salud bien montado y que dista seis kilómetros de Asunción, capital del Paraguay.

Se pudo apreciar un elevado porcentaje de partos atendidos por parteras empíricas; gran número de afecciones de los ojos y del ombligo en los recién nacidos inscriptos en la clínica infantil del Centro de Salud y que habían sido atendidos por parteras empíricas; carencia absoluta de parteras tituladas en la comarca estudiada para prestar atención profesional; múltiples dificultades para que las embarazadas concurran a los hospitales; gran ascendencia y prestigio de las parteras empíricas entre las madres, por vivir en el mismo ambiente y conocer bien sus problemas de toda índole.

2. Frente a esta realidad y teniendo en parte la responsabilidad de alcanzar los objetivos de un programa materno-infantil en nuestra circunscripción, nos propusimos, con carácter de ensayo y demostración, encontrar solución a estos problemas, y para ello adoptamos como medida urgente mejorar la preparación de las parteras empíricas para atender los partos y ofrecer mayores garantías en lo que atañe a las madres tanto como a los recién nacidos.

3. Durante dos meses y un total de veinte sesiones se desplegó un ciclo de demostraciones y de prácticas a las que asistieron regularmente: 12 parteras empíricas. El número de horas dedicadas a esta labor ascendió a 74.30.

4. La experiencia acumulada durante este ensayo, aunque limitada, nos mostró que estas empíricas son fáciles de atraer cuando se utilizan procedimientos adecuados para interesarlas en el mejoramiento de su trabajo habitual bajo la orientación de parteras profesionales, con lo cual se merman los riesgos que su asistencia implica y se llegan a comprender mejor las responsabilidades que una atención deficiente supone para las parteras profesionales y para los servicios de hospital en primer término.

5. Que es menester contar con la colaboración decidida y desinteresada de todos los círculos sociales para ampliar este ensayo y de este modo obtener conclusiones aplicables a la solución del problema de la atención de los partos en el medio rural.
SEMINARIO SOBRE LAS DIARREAS INFANTILES.

Durante las discusiones técnicas que tuvieron lugar en la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en Santiago de Chile en 1954, se destacó la importancia del problema que las diarreas infantiles suponen para los países de la América Latina.

En muchos de ellos son la causa principal de defunción. En las conclusiones alcanzadas se recomendó prestar más atención a dichas enfermedades y tomar las medidas tendientes a contrarrestarlas, ya que aminoran en medida considerable las posibilidades de supervivencia de la población infantil.

Para enfocar con más precisión el alcance de este problema sanitario, la OPS ha planeado una serie de seminarios de suerte que cada uno abarque un grupo de países latinoamericanos. El primero de ellos se celebró en Santiago de Chile, del 5 al 10 de noviembre de 1956, bajo los auspicios de la OPS, el Servicio Nacional de Salud, La Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y el Colegio Médico de Chile.

Este seminario comprendió los siguientes países: Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Uruguay y Venezuela. También participaron de este seminario miembros de la Administración de Cooperación Internacional, de la Fundación Rockefeller y de la OPS. El tema de las discusiones abarcó tres aspectos: el alcance del problema, la prevención de las enfermedades diarreicas y la de la mortalidad que causan. (*).

SARAMPIÓN EN EL PARAGUAY

En 1978 los doctores José Grassi, profesor de Patología y Clínica Médica, Facultad de Ciencias Médicas, médico del Hospital de Enfermedades Infecciosas y Tropicales de Asunción, y Victor Salinas, instructor de Semiología Médica, Facultad de Ciencias Médicas, médico del mismo hospital citado, dieron a conocer el estudio denominado: Sarampión en Paraguay, Experiencia en el Hospital de Enfermedades Infecciosas y Tropicales de Asunción.

Durante los primeros decenios de este siglo el sarampión era una enfermedad de elevada mortalidad en los países actualmente desarrollados. A medida que fueron mejorando las condiciones socio económicas dejó de ser un problema de salud infantil. Hoy en día, en los países en desarrollo, gracias a la vacunación masiva de los niños susceptibles, está en vías de dejar de serlo entre la población infantil preescolar.

En Paraguay, el médico general casi desconoce la gravedad del problema. Solamente los epidemiólogos y pediatras se percatan de la magnitud que reviste. A partir de 1967, los brotes epidémicos de sarampión se han traducido en un aumento paralelo del número de enfermos internados por esta causa en el Hospital de Enfermedades Infecciosas y Tropicales de Asunción.

De la observación del sarampión hospitalario se ha constatado que predomina en niños menores de 2 años y 4 meses (60%), y que ocurren el 77% de los casos por debajo de los cuatro años de edad.

Es predominante a fines del invierno y durante la primavera. Se suceden brotes epidémicos que duran de 8 a 12 meses, separados por espacios interepidémicos que oscilan entre 80 y 90 semanas, durante las cuales la enfermedad alcanza su nivel endémico.

La mayoría de los niños atendidos en este hospital provienen de barrios marginales de la ciudad, donde la situación socioeconómica es más precaria. Como consecuencia, un 56.7 % de estos niños padecen de un estado de desnutrición crónica.

Durante los períodos epidémicos, el sarampión es la tercera causa de mortalidad...
infantil en Paraguay, después de las diarreas y bronconeumonías.

La complicación más frecuente es la diarrea, que agrava considerablemente el estado nutricional del niño, retardando su convalescencia. Las complicaciones pulmonares, bacterianas, asociadas o no a problemas hidrosalinos o encefalopáticos secundarios a las diarreas, son el motivo más frecuente de defunción. En el hospital mencionado la letalidad alcanzó el 18.6%.

En otros países se considera al sarampión de acuerdo con el impacto económico que produce sobre la sociedad por los días trabajados que pierden las madres por cuidar a sus hijos y por los días-camas que consumen estos niños en los hospitales. En Paraguay, el problema es de orden biológico, por la elevada mortalidad del sarampión en los niños debido a las inadecuadas condiciones nutricionales y de salud en que se desarrollan. (*)

Primera reunión de neonatalogas del Cono Sur para la erradicación de la poliomielitis. En la IV Reunión del Cono Sur para la Erradicación de la Poliomielitis, en Asunción, Paraguay, del 14 al 16 de junio de 1989, y en la VII Reunión del Grupo Técnico Asesor, en Cartagena, Colombia, del 11 al 14 de julio del mismo año, se propuso convocar una reunión de neonatalogas con objeto de establecer pautas y aunar criterios para estudiar las parálisis agudas flácidas.

Esta reunión se celebró en Buenos Aires, Argentina, del 13 al 14 de noviembre de 1989. Asistieron neonatalogas de todos los países del Cono Sur, incluidos Bolivia y Brasil, la virólogo del laboratorio de referencia del Instituto Malbrán y varios epidemiólogos.

Los asistentes a esta última reunión presentaron la situación de la poliomielitis en sus respectivos países, llegaron a diversas conclusiones y formularon una serie de recomendaciones. Paraguay. Durante el primer semestre de 1989, se notificaron en el Paraguay 8 casos de parálisis flácida. Cincuenta por ciento de ellos eran niños de 5 a 9 años de edad, y se diagnosticó el síndrome de Guillain-Barré en 64% de ellos.

Recomendaciones y conclusiones. Entre otros: a) Potenciar la formación de comités multidisciplinarios para la vigilancia epidemiológica de las parálisis flácidas en los países donde no existen y fortalecerlos, por medio de reuniones mensuales de discusión y clasificación final de los casos detectados, en aquellos donde esos comités ya han entrado en funcionamiento; b) Promover la difusión del programa a través de sociedades médicas, congresos, publicaciones y medios de comunicación, para poder asegurar el estudio adecuado de este tipo de parálisis, entre otras recomendaciones y conclusiones. (**) 

El Cono Sur. Hasta 1970, en Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay el sarampión se presentaba cada dos años en grandes epidemias que superaban los 150 casos por 100.000. A partir de 1971 se implantó la vacunación sistemática a nivel nacional, lo que redundó en el aumento de la cobertura, disminución de la incidencia y espaciamiento de los períodos epidémicos. El grupo más afectado es el de menores de 5 años y las tasas de incidencia más elevadas se registran en los menores de 1 año.

SALUD ANIMAL Y EL HOMBRE

La existencia de rabia en murciélagos y su transmisión al ganado vacuno se conoce en nuestro continente desde principios de este siglo. A través de estos años han ocurrido muchos brotes en Centro y Sudamérica. México (3), Brasil (29), (41), Paraguay (20) y Argentina (30) (31) han sufrido verdaderas epizootias de rabia del ganado vacuno, causadas por la transmisión del virus por murciélagos vampiros; estas epizootias han repercutido en la economía ganadera de dichos países. La enfermedad ha sido reconocida igualmente en otros países americanos. (***).

* 1978, Septiembre, (Bol. OPS

** 1990. Abril, Pág. 353 (Bol. CPS

La Primera Conferencia Internacional de la Rabia se celebró en 1927 en el Instituto Pasteur, de París. Otra, en 1938 en el Instituto Víctor Babés, de Bucarest. Se recomendó la inclusión del tema en el programa de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana que tendría lugar en Caracas, con toda probabilidad, a principios del año 1946.

A inicios de los sesenta, se atribuye cada vez más importancia al mejoramiento de la recopilación de datos relativos a las enfermedades transmisibles, para utilizarlos en programas de control y erradicación. La atención de la OPS se dirige a la provisión de datos relativos a las zoonosis, que causan enfermedades y muertes, tanto en el hombre como en los animales, y graves pérdidas económicas a la ganadería. (*)

Dos años después, se analiza la información sobre tuberculosis animal en los países americanos, tanto desde el punto de vista zootécnico como sanitario. Tras examinar la situación país por país, se hace una tabulación de datos para obtener una visión de conjunto de esta enfermedad en el hemisferio.

La tuberculosis bovina alcanza su máxima incidencia en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Perú y Uruguay; en especial, en las zonas lecheras contiguas a las grandes poblaciones.

**LA ZOONOSIS Y SU IMPORTANCIA**

El Boletín OPS del mes de mayo de 1968 resaltaba que las zoonosis se definen como “aquellas enfermedades e infecciones que se transmiten, en forma natural, entre animales vertebrados y el hombre”. Se reconocen hoy unas 100 enfermedades que pertenecen al grupo de las zoonosis. Las zoonosis son de especial importancia en América Latina, donde más del 50% de la población vive aún en áreas rurales, en contacto con animales domésticos y en proximidad de animales silvestres. El impacto de las zoonosis, tanto en la economía como en la salud pública, es particularmente sensible en los países latinoamericanos en vías de desarrollo.

_Tuberculosis bovina_. La tuberculosis bovina es la más importante de las tuberculosis animales y no solamente es responsable de las grandes pérdidas en esta especie animal, sino que es fuente de infección para otras especies animales, incluyendo el hombre. Los países sudamericanos, en general, tienen altas tasas de infección.

La tuberculosis bovina es indudablemente uno de los principales problemas de sanidad animal en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Perú y Uruguay. Como en el caso de brucelosis, las tasas más altas de infección se encuentran en el ganado lechero, alrededor de las grandes ciudades.

**LA HIDATOSIS CONCITA EL INTERES DE LA OPS**

En 1948, el doctor Velarde Pérez Fontana, Director del Centro de Estudios y Prophlaxis de la Hidatosis, Montevideo, Uruguay, informaba que el problema de economía sanitaria que plantea la extensión de la enfermedad hidática en América llamó por primera vez la atención de la OPS en la Conferencia Regional realizada en Montevideo del 8 al 14 de marzo de 1948, como una consecuencia de los Convenios Sanitarios firmados entre el Brasil y Uruguay (1941), Argentina y Uruguay (1945). Considerado hasta hace poco como un problema circunscrito a los países del Río de la Plata, es en la actualidad un problema continental.

La nosología general de la hidatosis comprende el estudio de la enfermedad producida por el desarrollo de la larva de la _Taenia echinococcus_ en el organismo de todos los mamíferos conocidos y las condiciones que favorecen su desarrollo y extensión. Es a la vez un problema de sanidad humana, y de economía animal, por

---

* 1960, Septiembre, Bol. OPS
los daños que causa en la ganadería, de ahí el interés que su estudio despierta.

En Bolivia y Paraguay se han señalado casos autóctonos de hidatidosis. Además tenemos referencias oficiosas de que la enfermedad existe en el ganado.

En 1919, B. Escobar publicó 3 observaciones de quiste hidático en el Paraguay. Personalmente ha tratado a un paciente procedente del Chaco Paraguayo con un quiste de pulmón. (*)

**FIEBRE AFTOSA**

La fiebre aftosa se menciona por primera vez en las Américas en 1870, cuando se describen brotes en Argentina, Brasil, Chile, Uruguay y Estados Unidos.

Se tiene una idea del predominio de los diversos tipos de virus en los distintos países afectados. En Bolivia, Brasil, Ecuador, Uruguay y Venezuela hubo un mayor diagnóstico de virus tipo 0. En Argentina, Colombia, Chile, Paraguay y Perú predominaron los diagnósticos de virus A. En los países donde existen virus tipo C, su proporción fue siempre menor, como se viene observando desde hace muchos años. En el Paraguay no se identificó este virus desde 1970. (**) 1951. Todas las Repúblicas Americanas, ya afectadas o seriamente amenazadas por la fiebre aftosa, han aunado sus esfuerzos y están dando los pasos necesarios para resolver el problema común que representa la enfermedad. Con la participación de los 21 Gobiernos se está creando el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, que será el primero de las Américas dedicado a la lucha en escala continental contra una enfermedad de los animales. (La autorización para que la OPS administre este programa aparece en la Resolución N° 20 de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana (Ciudad Trujillo, 1950).

La fiebre aftosa (llamada a veces “glosopeda”), es una de las enfermedades más temidas por la industria animal. Ocasionada por un virus filtrable, es extremadamente contagiosa y tiene la misma capacidad de propagación que la viruela o la influenza en el hombre.

En atención a una comunicación recibida a fines de 1950 de la OEA, solicitando la elaboración de un programa contra la fiebre aftosa, la OPS presentó un plan para el establecimiento de un Centro de Fiebre Aftosa. Dicho plan fue aprobado y actualmente se está sufragando con fondos del Programa de Asistencia Técnica de la OEA. A pesar de que la OPS está encargada de la parte técnica y administrativa del programa, el mismo es copatrocinado por el Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas.

Resumen y Conclusiones: El Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, que se está estableciendo en Sao Bento, Brasil, es el resultado de medidas colectivas tomadas por las Repúblicas Americanas para enfrentarse con un enemigo común, la fiebre aftosa. Se espera que este Centro contribuya a la conservación de uno de las fuentes de riqueza más importantes de las Américas, o sea la industria animal. El Centro proveerá adiestramiento técnico, investigación y conocimientos en la prevención y el control de esta zoonosis, colaborando con los gobiernos de las Repúblicas Americanas en sus esfuerzos para tomar medidas prácticas contra esta temida zoonosis.


1966. En varios países latinoamericanos – entre ellos la Argentina, el Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela- se ponen en marcha programas de prevención y control de la fiebre aftosa. Chile, el Paraguay y el Uruguay planean lanzar sus respectivas campañas nacionales en
un futuro cercano. A ello se debe agregar el programa conjunto de control que la Argentina, el Brasil, el Paraguay y el Uruguay vienen desarrollando desde 1964.

**BRUCELOSIS**

Otra de las enfermedades animales ampliamente difundida en toda la América Latina hacia fines de los años cincuenta es la brucelosis, según consta en el Boletín OPS de enero de 1959.

Ya en 1951 se publicó en Paraguay el resultado de una encuesta serológica realizada en un grupo de 29 obreros de mataderos, de los cuales 6 acusaron títulos de 1:25 o mayores (66).

En 602 bovinos sometidos a la seroaglutinación, el 12,6 % resultó con títulos de 1:80 o mayores (66). En otro estudio, publicado en el año 1947, de un total de 2.626 muestras de sangre de bovinos (2.543 de los cuales eran hembras) el 7,6 % fueron positivas (68).

**CARBUNCLO EN EL PARAGUAY**

El carbunclo es una enfermedad temida en el Paraguay, ya que la producción ganadera es la base de su economía. La infección animal se encuentra difundida en todo el país y afecta especialmente a las especies bovina, ovina y suina. Las notificaciones recibidas son escasas, por lo que no existe realmente una estadística oficial sobre esta enfermedad.

En 1953 se produjo un brote en Cnei, Oviedo, localidad ubicada a 140 Kms. de Asunción. En esta oportunidad murieron 80 animales, sin que se registraran casos humanos. El diagnóstico fue confirmado por examen de laboratorio y la epizootia fue circunscripta mediante cuarentena y vacunación de los animales sOPSechosos. En 1957 ocurrió otro brote similar en la región sureste de Itacurubi del Rosario, en el cual murieron alrededor de 100 bovinos y algunos cerdos. En esta ocasión se vacunaron 2.000 animales que se encontraban en la zona más afectada, de los cuales 15 murieron después de la vacunación. Es interesante anotar que 10 de ellos habían sido vacunados tres semanas antes de fallecer. Al parecer, en esta epizootia también se produjeron casos humanos y algunos de ellos tal vez hayan sido fatales. (*)

**APoyo DE LA OPS A LA SENALFA**

El Boletín OPS de noviembre de 1975 consignaba que por esa época el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) aprobó un proyecto de cooperación técnica por un equivalente de 75.000 dólares, destinado a llevar a cabo la segunda etapa del Programa de Sanidad Animal en el Paraguay.

Los recursos para esta operación, concedidos del Fondo Fiduciario de Progreso Social con carácter de recuperación contingente, fueron utilizados por el Servicio Nacional de Lucha Contra la Fiebre Aftosa (SENALFA), institución que, junto con la OPS, llevó a cabo estudios de factibilidad técnica, económica y financiera para la segunda etapa del programa. Dicho programa, cuyo costo total estimativo fue de 98.000 dólares, tuvo como finalidad la consolidación de las campañas contra la fiebre aftosa y la incorporación progresiva del control de la brucelosis, la rabia paralítica y la tuberculosis bovina en todo el país.

La primera etapa de este programa se cumplió con la ayuda de un préstamo por $2.8 millones otorgado por el BID en 1968 al Ministerio de Agricultura y Ganadería del Paraguay. Dentro de esta primera etapa se logró una reducción importante en la incidencia de la fiebre aftosa, la que descendió de un 30 % en 1969 a menos de un 5% en 1974.

Se estimó que una vez finalizada la segunda etapa del programa, se lograría incorporar el programa de lucha antiaftosa a todo el país; en la primera etapa se cubrió el 72% del territorio nacional.


---

* 1963, Julio. (Bol. OPS*
PRESIDENTE PARAGUAYO EN REUNIÓN INTERAMERICANA DE SALUD ANIMAL

En abril de 1995 se realizó en la sede de la OPS en Washington la IX Reunión Interamericana de Salud Animal (RIMSA IX) a nivel ministerial.

Las reuniones conocidas como RIMSA tuvieron sus principios en la Resolución XIX de la XXII Reunión del Consejo Directivo de la OPS de 1967, en la que se solicitó al Director que convocara una reunión para aunar criterios y esfuerzos en la lucha contra las enfermedades de los animales, con énfasis en las zoonosis y la fiebre aftosa.

Desde 1968, estas reuniones de alto nivel se han continuado celebrando de forma regular para facilitar el diálogo sobre asuntos políticos y técnicos entre representantes de los ministerios de agricultura y de salud de los países de las Américas.

En las reuniones se analiza y evalúa la cooperación técnica de la OPS en salud pública veterinaria, haciendo hincapié en las áreas programáticas prioritarias y de protección de los alimentos, control y erradicación de zoonosis como la rabia y la tuberculosis, y la erradicación de la fiebre aftosa.

Presidió la reunión el doctor Ramón Villeda Bermúdez, Ministro de Recursos Naturales, de Honduras, a quien acompañaron en la mesa directiva, como vicepresidentes, el doctor Arsenio J. Vasconcellos Porta, ministro de Agricultura y Ganadería de Paraguay. Asistieron, además, delegados de 32 Estados Miembros y dos Gobiernos Participantes.

Se contó con la presencia del presidente de la República del Paraguay, Ingeniero Juan Carlos Wasmoey, quien inauguró la V Reunión del Comité Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa, que se realizó durante la RIMSA IX.

Sesiones plenarias. En la primera sesión plenaria se dio a conocer el informe del Programa de Salud Pública Veterinaria sobre el cumplimiento de las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la OPS durante el período 1991-1994. Los participantes expresaron su conformidad con los avances logrados en los programas regionales de protección de los alimentos, eliminación de la rabia y erradicación de la tuberculosis bovina y de la fiebre aftosa.

En la reunión se reconoció la influencia creciente del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ) desde su inauguración en 1991. Se agradeció el importante apoyo financiero que hace la Argentina al Instituto y, en el mismo sentido, las contribuciones extraordinarias que habían hecho Colombia y Paraguay.

SE RESALTA EL VALOR DEL CENTRO PANAMERICANO DE FIEBRE AFTOSA

En la segunda sesión plenaria se recalcó el valor del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), cuya cooperación técnica ha sido inestimable en la erradicación de esta enfermedad en algunos países del Cono Sur y en la disminución del número de focos en las otras subregiones.

Resoluciones. Se pide a los Gobiernos que tomen parte en más acciones intersectoriales para garantizar la producción de alimentos inocuos, la protección del medioambiente y el mejoramiento de las condiciones de salud en las áreas agrícolas. Se espera que los ministerios de salud de los países mantengan su compromiso de seguir el plan de acción en protección de alimentos trazado para 1995-1998, la eliminación de la rabia transmitida por el perro, y la erradicación de la fiebre aftosa y la tuberculosis bovina. También se mantendrán las acciones contra la brucelosis, la hidatidosis, la teniasis/cisticeriosis y la peste.

Como instrumentos de la cooperación técnica tan valiosa para los países, se pidió que los Cuerpos Directivos de la OPS aprobaran los presupuestos por programas del INPPAZ y de PANAFTOSA y siguieran otorgando prioridad a estos centros ubicados en la Argentina y Brasil, respectivamente. Además, se alentó a los Gobiernos a aumentar en lo posible sus contribuciones
extraordinarias a dichos centros, especialmente para el financiamiento de proyectos de interés para su zona geográfica.

En las resoluciones se expresó repetidamente el deseo de recibir la cooperación técnica de la OPS para consolidar los programas nacionales de salud pública veterinaria. Se mostró mucha interés en capacitar recursos humanos, proteger el medio ambiente, y transformar y modernizar los sectores de la agricultura y la salud, incluida una mejor articulación intersectorial, sobre todo, en las zonas de producción agropecuaria y una adecuada coordinación con los organismos internacionales.(*)
Análisis de la situación actual y descripción de las principales áreas de cooperación, sus logros y sus perspectivas.

La entonces Ministra de Salud Pública del Paraguay, (de agosto de 1998 a marzo de 1999), doctora Carmen Frutos de Almada, estableció los puntos prioritarios de la agenda de la salud pública para el país hasta el año 2003, a los cuales pidió que se adapte toda cooperación internacional para el Paraguay en ese sector.

Los cuatro puntos, en forma resumida, son: En primer lugar, la reducción de la mortalidad materno infantil y el control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

En segundo lugar la extensión de la cobertura; es decir, salir, cubrir, a través de la práctica de la visita domiciliaria y el móvil de salud.

En tercer lugar, la reforma del sector, específicamente el apoyo a la descentralización y la implementación real del Sistema Nacional de Salud.

En cuarto lugar la cobertura de agua y saneamiento. Todos los programas saldrán de estos cuatro puntos y la cooperación externa deberá insertarse para apoyar a cada uno de estos aspectos.

LA SALUD COMO POLÍTICA DE ESTADO

En el Informe de Evaluación de la Cooperación Técnica OPS/OMS al Paraguay (1998-1999) el entonces Representante de la Organización en Paraguay, Ing. Diego Victoria Mejía, señalaba que en ese periodo se ha trabajado con tres Ministros de Salud manteniendo, sin embargo, la orientación inicial de los proyectos de la Organización en vista a que fueron elaborados con la visión de entender la salud como una Política de Estado.

Los resultados obtenidos son alentadores: Se ha apoyado al país en el control de los brotes de sarampión, malaria, dengue y rabia; en el diseño, negociación y planificación de los procesos de reforma de la salud humana y ambiental; en innovar la práctica de la promoción de la salud a nivel de municipios, escuelas y comunidades, en la movilización de recursos y el trabajo conjunto entre los países en el marco de integración regional definido por el MERCOSUR. Todo esto mediante la asesoría directa, nacional e internacional, diseminación de la información científica-técnica y la formación y capacitación de los recursos humanos.
En ese mismo período, siempre según el informe de Victoria Mejía, el perfil de la cooperación técnica se cambió gradualmente; ahora la OPS cuenta con consultores en temas relacionados con la reforma sanitaria y la extensión de cobertura con atención primaria; en el área crítica de los recursos humanos; en vigilancia de la salud; en el control de enfermedades; en la promoción de la salud; y en la salud ambiental.

LOS VAIVENES POLÍTICOS REPERCUTEN EN EL SECTOR SALUD


Todo lo anterior ha generado un cambio casi permanente de orientación política y la falta de definición de un modelo de desarrollo que obedeciera a una política de Estado. Como consecuencia de esta inestable situación, el país se encuentra en una profunda crisis financiera, con un déficit fiscal alto, con crecimiento de la economía negativa que se manifiesta en el desfinanciamiento del presupuesto de la Nación, con incremento del nivel de pobreza de la población y de la tasa de desempleo.

Esta situación ha repercutido, obviamente, en el funcionamiento del Sector Salud en todos los aspectos, como por ejemplo, los cambios de prioridad política, desde el énfasis dado por el Gobierno de Wasmosy a la descentralización de los servicios de salud, a la extensión de cobertura con atención primaria de Cubas Grau, y a la actual prioridad de reforma sanitaria con énfasis en el desarrollo de los recursos humanos.

El desfinanciamiento del presupuesto público de salud es notorio, por ende es generalizado el desabastecimiento de los insumos básicos a nivel de los hospitales y de establecimientos de menor nivel de atención, se prioriza la asignación de los recursos hacia los grandes hospitales del país y en atender las demandas salariales de carácter gremial.

En lo que corresponde al sector salud, se ha formulado la Política Nacional de Salud, en donde se da énfasis a la salud reproductiva y al desarrollo de recursos humanos; se ha formulado el Plan Nacional de la Reforma del Sector Salud para el logro de extensión de cobertura para 1.2 millones de habitantes y para el logro del aseguramiento en salud para toda la población en función de un nuevo esquema de financiamiento sectorial y privado; se ha entregado la agenda política para la descentralización de los servicios de salud con el ánimo de favorecer el fortalecimiento de la democracia participativa, la movilización de recursos y control social de su utilización.

CINCO PROYECTOS INCLUYE EL PROGRAMA ACTUAL DE COOPERACIÓN TÉCNICA EN EL PARAGUAY PARA EL PERÍODO 2002/2003

1- Conducción, Coordinación y Gestión de Proyectos

Propósito del Proyecto

Gestión de la cooperación técnica aplicada pactada en el BPB para enfrentar los principales problemas de salud en el Paraguay.

2- Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

Propósito del Proyecto

Contribuir a garantizar la distribución equitativa y el acceso universal a las prestaciones de los servicios de salud, con
calidad y sostenibilidad, apoyando el proceso de reforma del sector salud.

Instituciones, organismos y departamentos relacionados con el proyecto:

* Dirección General de Servicios de Salud
* Dirección General de Planificación y Evaluación
* Coordinación de Descentralización
* Coordinación SGT11 MERCOSUR
* Superintendencia de Salud
* Instituto Nacional de Salud
* Comisiones de Salud del Parlamento
* Dirección Médica del IPS
* Sanidad Militar
* UNICEF, AID, BM, BID
* Banco Central del Paraguay
* Secretaría Técnica de Planificación

3- Vigilancia de la Salud y Control de Problemas Prioritarios y Potencialidades de Vida.

Propósito del Proyecto

Desarrollar la vigilancia de salud y la capacidad de respuesta a los problemas prioritarios.

Instituciones, organismos y departamentos relacionados con el proyecto:

* Dirección General de Vigilancia de la Salud
* Oficina de Planificación y Evaluación
* Dirección General de Servicios de Salud
* Dirección General de Programas
* Dirección General de Promoción
* Instituto Nacional de Salud
* Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición
* Ministerio de Agricultura y Ganadería
* Ministerio de Educación
* Congreso Nacional
* Dirección General de Estadísticas Encuestas y Censos (STP)
* Instituto de Previsión Social
* Universidad Nacional de Asunción
* Fuerzas Armadas y Sanidad Militar
* Gobernaciones, Municipalidades, Consejos Departamentales y Locales de Salud
* Sociedades científicas
* ONG’s y otros grupos organizados de la Sociedad Civil
* Sistema de Naciones Unidas (UNICEF, UNFPA, UNESCO, PNUD)
* Unidades Ejecutoras de Proyectos financiados por BIRF y BID.

4- Salud Ambiental

Propósito del Proyecto

Aumentar las capacidades nacionales y locales para la identificación, prevención y control de los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud.

Instituciones, organismos y departamentos relacionados con el proyecto:

* Secretaría del Medio Ambiente
* Instituto Nacional de la Salud
* Centro Nacional de Toxicología
* CORPOSANA
* Comité de Emergencia Nacional
* ECOCLUB

5- Desarrollo de Recursos Humanos

Propósito del Proyecto
Fortalecer el proceso sectorial de planificación, organización y gestión de recursos humanos en Paraguay.

- Instituto Nacional de Salud
- Dirección de Control de Profesionales
- Dirección General de Servicios de Salud
- Dirección General de Planificación y Evaluación
- Comisiones de Salud del Parlamento
- UNICEF, AID, BM, BID
- Universidad de Asunción

**EL MERCOSUR PLANTEA NUEVOS DESAFÍOS**

Con el objeto de crear las condiciones económicas, físicas, culturales y ambientales propicias para mejorar la calidad de vida de la población mediante un mayor desarrollo económico, el 26 de marzo de 1991 se firmó en Asunción, Paraguay, un tratado para la constitución de un mercado común entre Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay (MERCOSUR).

Conscientes de que el nuevo mercado implicó un mayor número de visitantes y de bienes y servicios —con su respectiva repercusión en la salud local— y que los Ministerios de Salud cuentan con la experiencia necesaria para concertar y realizar acciones sanitarias pertinentes, los Ministros del Cono Sur han llegado a un acuerdo que comprende cuatro aspectos:

1) proponer al mercado común la creación de un subgrupo encargado de la salud de las personas durante el proceso de integración y de los aspectos sanitarios del aumento de bienes y servicios;

2) comunicar este acuerdo a los distintos Ministerios de Relaciones Exteriores;

3) solicitar al Director de la OPS que adopte medidas para garantizar la cooperación técnica de la OPS y el subgrupo propuesto y 4) explorar, junto con el gobierno de Bolivia, su futura participación en el subgrupo. (*).


EL PRIMER MEDICO PARAGUAYO: EL DOCTOR JOSE DAVALOS Y PERALTA

El primer médico paraguayo fue José Dávalos y Peralta quien estudió medicina en la Universidad de San Marcos, Lima, Perú. Formó parte de los diez primeros médicos que en 1689 recibieron el diploma de Licenciado en Medicina, recibiendo el 8 de octubre de 1695 su título de Doctor en Medicina.

El paraguayo José Dávalos y Peralta, por concurso, ganó el cargo de Profesor de la Universidad de San Marcos. Ejerció la enseñanza hasta 1708, año en que regresó al Paraguay. Fundó y organizó el Hospital de Santa Lucía. Trabajó hasta su muerte en 1737 en su establecimiento de Ajos (hoy Coronel Oviedo) donde se encontraba confinado acusado de ser un “patriota comunero”. Dejó un hijo, el fraile Bernardo Dávalos y Peralta. (Ctro. Doc. MSP Y BS).

LA INTRODUCCIÓN DE LA VACUNA EN EL PARAGUAY

A fines del siglo XVIII el médico paraguayo Antonio Cruz Fernández fue designado Teniente de Protonómoico Real en Asunción. Este médico, que había estudiado en la Escuela del Protonomatario de Buenos Aires, fue el que introdujo la vacuna (inoculación o variolización) en el Paraguay. (Ctro. Doc. MSP Y BS).

LA CRUZ ROJA EN PARAGUAY

El 28 de julio de 1927, la Cruz Roja Paraguaya, que se fundó en 1919, colocó la primera piedra del edificio de la sociedad que se construirá en la ciudad de Asunción en un lote que mide 2.117 m2, cerca del Parque Caballero. (Ctro. Doc. MSP Y BS).

Delegados paraguayos ante la IX Conferencia Sanitaria Panamericana

El 12 de noviembre de 1934 se realizó en Buenos Aires, República Argentina, la IX Conferencia Sanitaria Panamericana. Los delegados paraguayos fueron los doctores Cayetana Masi y Andrés Gubelich. Ambos integraron varias de las comisiones formadas en la ocasión. Entre otras de las de la Comisión del Código Sanitario Panamericano y de la Convención Sanitaria Internacional para la Navegación Aérea y Comisiones de Enfermedades Tropicales y de Peste, entre otras.(*)

Según la última Guía (1942) publicada por el Ministerio de Salud Pública de la República del Paraguay, en el país existen 229 médicos, 73 odontólogos, 198 farmacéuticos, 7 químicos y 47 parteras.

* 1935, Enero, Bol. OPS
Decreto relevante

Decreto-Ley N° 16.514 del 13/1/1943 por el que se autoriza a la Municipalidad de la Capital a transferir al Ministerio de Salud Pública un solar municipal, ubicado en la intersección de la Avda. Petriosi casi Brasil, destinado a la edificación del futuro local del citado Ministerio y Centro de Salud. El mismo será destinado para la construcción de un gran edificio para Centro de Salud en consideración a la ubicación estratégica del mismo con respecto a las reparticiones de asistencia Pública y por haber sido además elegido por la Comisión de Cooperación Interamericana de Salud Pública, como lugar más adecuado para la instalación del Centro de referencia. (MSP Y BS)

Py-ceboí (pie con lombrices)

En el diccionario Gurani-Español del Padre Montoya editado en 1639 ya aparecía la palabra py-ceboí (pie con lombrices). H. Velásquez fue el primero en pensar en la anquilostomiasis en relación con la causa de una anemia muy difundida en los niños y las familias de los agricultores. y Amisits reconoció por primera vez en el país los huevos del parásito. En 1915 en todos los niños que ingresaban en el Hospital San Vicente encontraban un 75% de infestación (Odriosola, Ricardo: Pediat. Americanas 449, agto. 15, 1943) (*).

Día Panamericano de la Salud.

El Día Panamericano de la Salud, el 2 de diciembre, fue celebrado en todos los países del hemisferio en el año 1944, con mayor solemnidad y entusiasmo que nunca.

Paraguay. Los festejos comprendieron mensajes telegráficos del Sr. Ministro de Salud Públicay Previsión Social a sus colegas de todas las Naciones Americanas y a la Oficina Sanitaria Panamericana; visitas por S.E. el Sr. Presidente de la Rca. al Sanatorio Bella Vista para tuberculosos, al Preventorio Santa Teresita para hijos de leprosos y al nuevo edificio del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social; entrega de diplomas a los profesionales egresados del Instituto Femenino de Enseñanza del Personal Auxiliar de Salud Pública, y a los alumnos del cursillo de Salud Pública dictado en el Instituto de Higiene; conferencia radial leída por el Ministro de Salud Pública y Previsión Social; Dr. Gerardo Buongermini. En las distintas localidades, los Directores de Unidades y Puestos Sanitarios también organizaron actos públicos de índole semejante. (**)"

Se inaugura el edificio del Ministerio de Salud Pública

Con la asistencia de personalidades, entre las que se encontraba el Presidente de la República, Gral. de División Higinio Morínigo, tuvo lugar en Asunción, el 6 de abril de 1945, la inauguración del nuevo edificio para el Ministerio de Salud Pública y Previsión Social, realizado de acuerdo con el plan del Instituto de Asuntos Interamericanos y el Gobierno paraguayo.

El Dr. Boettner, representante ante la OPS

Decreto N° 20.814 del 7/03/47 por el cual se designa al Dr. Carlos M. Boettner representante del Paraguay en el seno del Consejo Directivo de la Oficina Sanitaria Panamericana

Homenaje al Dr. Hugh S. Cumming

Homenaje al Dr. Hugh S. Cumming, con motivo de su vigésimoquinto aniversario (1945) como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Todos los países asociados a la OPS enviaron notas con motivo de este acontecimiento. Desde Paraguay se enviaron los siguientes escritos:

* 1944, Abril, Pág. 355 (Bol. OPS)
** 1945, Enero, (Bol. OPS)
“AMIGO DESINTERESADO, GENEROSO, NOBLE...”

En oportunidad de cumplir Ud. el vigésimoquinto aniversario de servicios en esa institución panamericana, he querido hacerle llegar las expresiones del beneplácito con que esta circunstancia es recibida en el Paraguay por quienes conocen su fructífera labor en bien de la gran patria americana. Pocos podrían en verdad ostentar mejores méritos que Ud. en la obra de afianzamiento real de los vínculos que unen a todos los pueblos del Continente y de cooperación efectiva en el planteo y solución de sus recíprocos problemas. Por ello me place aprovechar esta oportunidad tan significativa, para hacerle presente la alta estima que se le tiene en las esferas cultas del Paraguay, donde se le considera un amigo desinteresado, generoso y noble.

Dario Queiroz,
Asunción, Paraguay

“MIEMBRO DE LA FAMILIA CONTINENTAL...”

La condecoración de la Orden Nacional del Mérito que en el grado de Gran Oficial fue conferida al Dr. Hugh S. Cumming, sintetiza el reconocimiento del Paraguay a los servicios por él prestados a la causa de la salud panamericana, reflejados en nuestro país, como miembro de la familia continental que cuenta con tan elevados exponentes de cultura y abnegación.

Higinio Morínigo M.

(Presidente de la República)

Asunción, Paraguay.

“PALADIN DE LA CRUZADA DE LA SALUD EN AMERICA...”

Si se fuese a elegir un hombre que represente el punto central donde han de converger las ansias y los anhelos de los sanitaristas de América, de proveer el bien invaluable de la Salud a todos los habitantes de nuestro continente, no hay dudas de que, esta elección, recaería de manera segura y con toda justicia en la persona del ilustre Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Hugh S. Cumming. Es la figura patriarcal y austera del Dr. Cumming la que, desde hace 25 años viene, al frente de la OPS con calma y tranquilidad imperturbable, pero con fuerza y capacidad, orientando, coordinando y realizando los planes de defensa de la Salud de nuestros pueblos y son sus privilegiadas dotes de caballería, sin jactancias ni fatuas ostentaciones personales, los que hacen que su nombre haya penetrado en el corazón de todos los que tuvieron el honor de tratarle y se le recuerde con cariño, en todos los organismos de Salud Pública, por los funcionarios que en ellos desarrollan sus actividades.

M. Oliveira y Silva
Asunción, Paraguay.

“CAMPEÓN DE LA SALUD PÚBLICA...”

La OPS realiza una vasta y fecunda labor merced al espíritu que ha sabido imbuirle su Director, Dr. Hugh S. Cumming, a través de 25 años de trabajo incansable y desinteresado, que lo han colocado en un puesto de honor entre los campeones de la Sanidad.

Gerardo Buongermini
Asunción, Paraguay.

(1947, Bol. OPS).

CÁNCER

En el Paraguay la Liga Paraguaya Contra el Cáncer, fundada en 1930 en Asunción, tiene establecido un servicio oficial, único en su género en el país, que desde agosto de 1945 ha sometido a radioterapia a 430 enfermos de tumores y cuenta ahora, aparte de sus servicios de cirugía y radioterapia, del servicio de diagnóstico y fisioterapia. El Director de la Lucha contra el Cáncer es el Dr. Andrés Barbero. (*)

* 1947, Febrero, Bol. OPS
Fue miembro de varias sociedades científicas nacionales e internacionales, entre las cuales pueden señalarse la Unión Panamericana de Lucha contra el Cáncer y la Sociedad de Medicina y Cirugía del Paraguay. Recibió la condecoración de la Cruz del Chaco y la Cruz del Defensor, por méritos extraordinarios en la identificación del bacilo disenterico en la epidemia del Chaco (1932-1935). Durante su actuación en el Ministerio de Salud Pública participó en varias comisiones de investigación sobre problemas de fiebre tifoidea, disentería bacilar, viruela, difteria y malaria.

Aparte de sus tareas de funcionario de salud pública y de profesor, el Dr. Rivarola contribuyó al campo científico con numerosos trabajos, sobre todo relativos al campo de la parasitología, bacteriología e histopatología del cáncer.

Dirigentes de salud de los Gobiernos Miembros de la OPS

Paraguay: Dr. Dionisio González Torres, ministro de salud pública; Dr. Claudio Prieto, director general de Sanidad (Asunción). (*)

Cincuentenario del Boletín de la OPS

En 1972 se celebró el cincuentenario del Boletín de la OPS, creado en mayo de 1922. El Dr. Miguel E. Bustamante, Secretario General de la OPS de 1947 a 1955, y Subsecretario de Salubridad de México de 1964 a 1970, decía respecto a este aniversario:

El anhelo y la necesidad de comunicación entre los higienistas de América contribuyeron a la gestación del Boletín de la OPS. Desde mayo de 1922, este ha sido el principal órgano portador y difusor de ideas, descubrimientos, programas, acontecimientos, trabajos y esfuerzos en el campo de la salud en las Américas.

Asimismo, ha contribuido a prevenir y curar las enfermedades, conservar la salud

---

* 1965, Mayo (y otros meses), Bol. OPS.**
y mejorar la vida de los habitantes del Nuevo Mundo, compartiendo conocimientos y experiencias de todos sin distinción alguna.

La Sexta Conferencia Sanitaria Internacional de las República Americanas, celebrada en diciembre de 1920, en Montevideo, Uruguay, expresó definitivamente, en sus Resoluciones 36 y 37 el propósito de establecer un intercambio internacional permanente mediante la publicación de un órgano periódico, complementado por la distribución sistemática de informes de sanidad.

Paraguay. Mensaje del Dr. Adán Godoy Jiménez, Ministro de Salud Pública y Bienestar Social:

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de la República del Paraguay saluda alborozado al quincuagésimo año de existencia del Boletín de la OPS.

Deseamos rendir un justo homenaje a su proficua existencia como medio singularmente eficaz en la tenaz lucha que el hombre realiza en favor de su salud.

El “Boletín” ocupa con razón un sitio relevante en la consideración de los que servimos a la medicina en el mundo entero, por su seriedad, su amenidad y su contenido siempre denso y orientador.

Se tiene demostrado que la humanidad ha llegado a cumbres excepcionales en su marcha hacia su anhelada felicidad total, pero que jamás podrá abandonar el cuidado de su salud.

Es que, al decir de nuestro ilustre Presidente Stroessner, “un pueblo enfermo no puede gozar de los beneficios del progreso”. Verdad axiomática que transmitimos a todos los habitantes de nuestro planeta.

¡Honor y gratitud al “Boletín de la OPS”! (*)

Reconocimiento a la OPS

Medalla de Reconocimiento Honor al Mérito de Salud Pública: Resolución S.G. N° 585/92 por la cual se concede la Medalla de Reconocimiento Honor al Mérito de Salud Pública a la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Resolución S.G. N° 256/94 por la que se concede la Medalla de Reconocimiento del Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social al Dr. Armando López Scavino, representante de la OPS-OMS en el Paraguay.

Los mosquitos, muy cómodos, viajaban en ferrocarril. Los huevos, en ómnibus...

Un informe del doctor Juan Javaloyes y González, a fines de los años cuarenta y principios de los cincuenta se refería a la campaña de erradicación del Aedes Aegypti, mosquito transmisor de la fiebre amarilla.

En una parte decía que los Aedes viajaron con los barcos (quizás de los mismos colonizadores) y se fueron asentando primariamente en las márgenes del río Paraguay. El ferrocarril más importante no pasaba al principio de los límites del Departamento Central (todas las estaciones del ferrocarril acusaron estegomías, de Asunción, por Luque, Yuyquyry, Isla Valle, Areñauá, Ypaparaí.

La infestación siguió con el prolongamiento de la línea (Pirayú, Paraguari, Caballero, Sapucay, Villarrica y Encarnación). El ferrocarril también llevó los Aedes de Concepción a Brasil-Cué, pasando por Belén, Horqueta y Capitán Sosa. Igual cosa sucedió en Puerto Casado, donde la infestación abarcó 5 estaciones llegando hasta el Km. 160, en el Chaco.

Las nuevas carreteras, abiertas en 1940, se han encargado de facilitar el transporte de los Aedes, y los huevos (con más seguridad) viajaron en ómnibus, camiones, etc, hacia Carapeguá, Roque González, Quiindy, Acahay, Ybycuí, San Juan Bautista y San Ignacio. Es difícil explicar en otra forma la distribución del Aedes Aegypti en el Paraguay, decía el doctor Javaloyes. (**)
Se confirma la transmisión a través del Aedes

La teoría de Carlos Finlay sobre transmisión de la fiebre amarilla por el Aedes Aegypti, expuesta al mundo científico desde 1881, y demostrada experimentalmente por él mismo, fue comprobada en 1900. Se emprendieron entonces campañas anti-mosquito en Cuba (1901), Brasil, Panamá, México y Estados Unidos de América.

La viruela utilizó los barcos

La viruela, uno de los flagelos más terribles que han azotado a la humanidad, es una enfermedad persistente conocida desde la más remota antigüedad y que al igual que otras pandemias, ha sido factor determinante en la historia del mundo moderno.

Apareció en China 200 años antes de Cristo; asoló Roma en el siglo II de nuestra era y en el siglo X el médico persa Abu Bekr Ar-Razi (Mamad Ibn Zakariya), la describió por vez primera con precisión absoluta en el tratado cuya versión latina se tituló De Pestilentia.

En el Siglo X la enfermedad invadió Europa y era tan prevalente en la Edad Media que solo pocas personas escapaban al contagio. Mas tarde cruzó el Atlántico con los primeros colonizadores y exploradores europeos, ocasionando grandes epidemias entre los nativos susceptibles. Se cree que un esclavo del ejército de Hernán Cortez la introdujo en las Américas; se afirma que en un breve lapso causó la muerte a más de 300.000 indígenas mexicanos, lo cual probablemente facilitó la conquista española.

El Comité Ejecutivo de la OPS aprobó en 1949 un plan tendiente a la erradicación de la viruela del Continente Americano. (*)

La lepra vino con los españoles y portugueses

La lepra no existía entre la población indígena de las Américas en la época anterior a la conquista, y fue introducida por españoles y portugueses, siendo sostenida la infección por la continua afluencia de inmigrantes blancos y esclavos de raza negra procedentes de zonas endémicas. La propagación de la enfermedad fue estimulada por la falta de higiene, el estrecho contacto, ardua labor física y enfermedades intercurrentes. La infección ocurría rápidamente debido a la falta de inmunidad contra una enfermedad nueva para la población indígena. La existencia de leproserías fue necesaria aún en los primeros días de la colonización. (**)
PARAGUAYOS DESTACADOS EN LA OPS

Dr. Jorge Arestivo, Médico

- Jefe del Proyecto Servicios de Salud 1963-1968 Perú
- jefe del Proyecto Servicios de Salud del Nordeste de Brasil 1968-1970 Recife, Brasil
- Representante OPS en Venezuela 1971-1973 Venezuela
- Jefe Escritorio Regional del Sudeste de Brasil 1973-1976 Sao Paulo, Brasil
- Jefe del Proyecto Extensión de Cobertura de Los Servicios de Salud 1976-1978 Río de Janeiro, Brasil

Ing. José Chico Romero, Ing. Sanitario

- Ing. Consultor de País 1966-1972 El Salvador
- Consultor de País, Ing. de País 1973-1980 Honduras

Dr. Bernardino Villagra, Médico

- Consultor en Administración Hospitalaria 1962-1963 Panamá
- Representante de OPS en Panamá 1967-1968 Panamá
- Representante de OPS en Costa Rica 1968-1969 Costa Rica
- Oficial Médico, asistente jefe de dpto. de Servicios de Salud 1970-1974 Washington, Dc
- Oficial Médico, dpto. de Servicios Técnicos Especiales, Planificación y Evaluación en Salud 1974-1979 Washington, Dc
- Representante de Área, América Central y Panamá 1979-1982 Panamá

Dr. Emigdio Andrés Balbuena, Médico

- Consultor corto plazo, Progma Desarrollo Socioeconómico de los Altos de Chiapas 1974 México
- Consultor permanente, jefe de Proyecto Programa Desarrollo Socioeconómico de los Altos de Chiapas 1974-1977 México
- Jefe de Proyecto, Desarrollo de Salud Pública General y coordinador de Programas de la OPS 1977-1979 Guatemala
- Representante de OPS en Costa Rica 1979-1984 Costa Rica
Dr. Eduardo Aquino Del Puerto, Médico

- Consultor para formular plan decenal de Salud de Panamá 1967 Panamá
- Consultor zonal en planificación de la Salud para el área centroamericana, cubriendo 7 países 1968-1971 Guatemala
- Consultor zonal en planificación de la Salud, cubriendo México y Caribe Español/Francés 1971-1978 México
- Consultor en atención médica 1979-1981 El Salvador
- Consultor en atención médica 1981-1982 Ecuador
- Consultor en atención médica y planificación de la salud y representante de zona interino para países análogos 1982-1985 Perú
- Representante de OPS en Honduras 1985-1987 Honduras

Dr. Sinforiano Rodríguez, Médico

- Funcionario Consultor de la OPS trabajando en el proyecto “Desarrollo y Extensión de Servicios de Salud en la Región Oriente del Perú 1975-1987 Perú

Dr. Antonio Menna, Médico

- Jefe de Proyecto 1963-1967 Ecuador
- Jefe de Proyecto, Desarrollo de Servicios Básicos de Salud 1970 Brasil

Dr. Nikita Makucheff, Médico

- Consultor de Servicios de Salud

Dr. Roberto Kirskovich, Médico

- Consultor Nacional, asesor en el área de Servicios de Salud y asesor de Promoción de la Salud 1987-1992 Paraguay

Dr. Miguel Genovese, Veterinario

- Consultor de Salud Pública Veterinaria Brasil
- Analista de País, Washington DC Estados Unidos

Dr. Sergio Garay, Veterinario

- Consultor de Salud Pública Veterinaria 2001-2002 Brasil

Ing. Ricardo Torres

- Consultor en Salud y Ambiente 1998-2002 Costa Rica