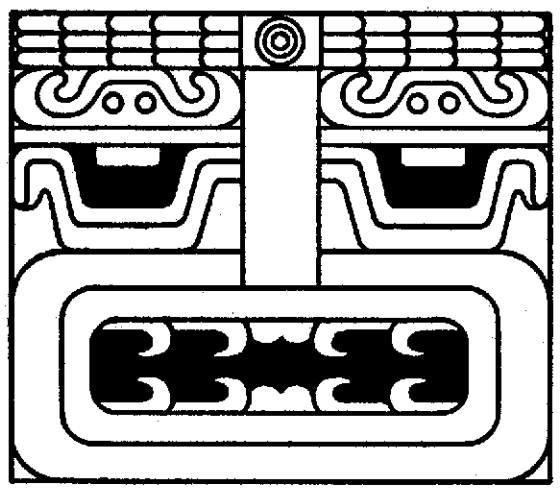


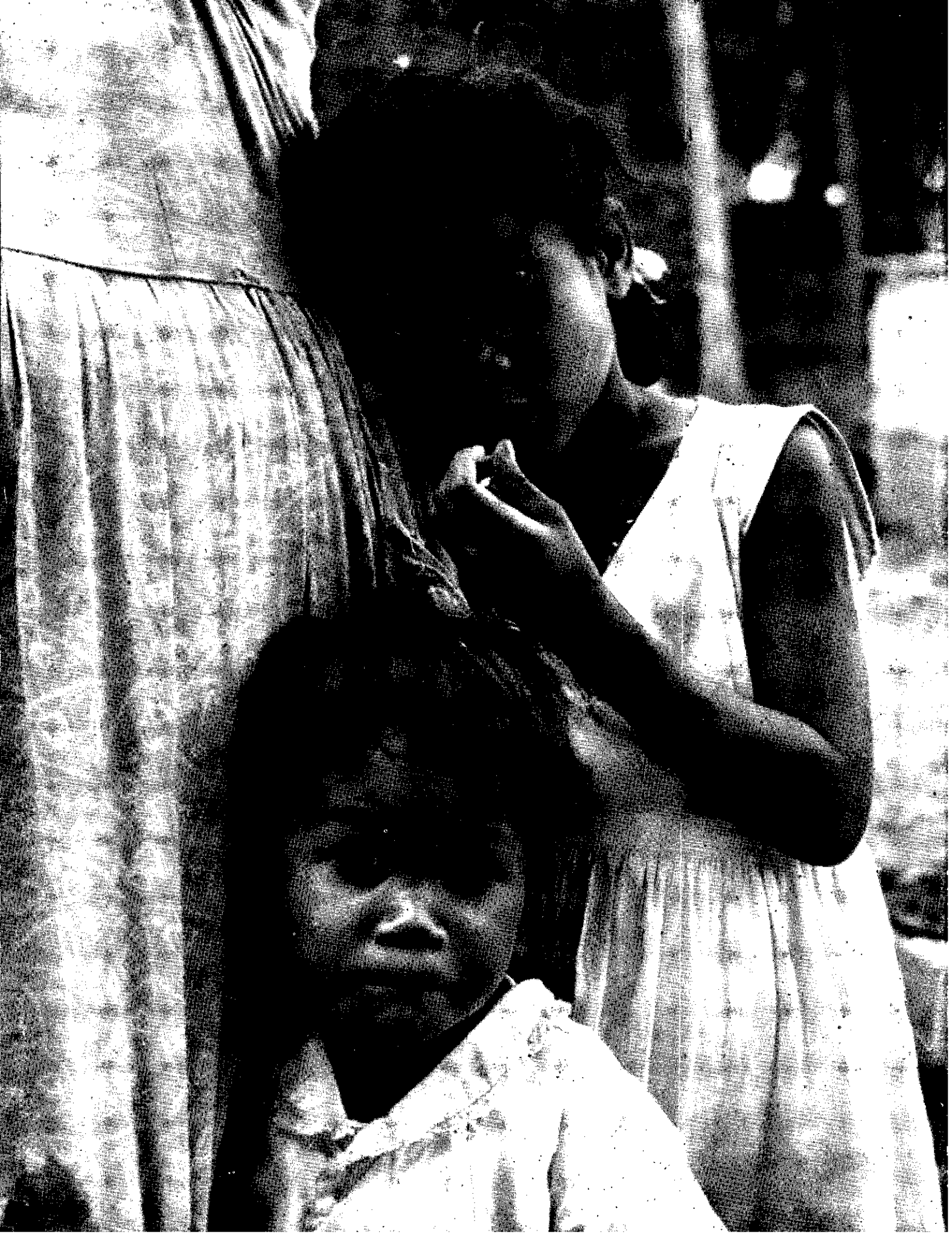
informe anual  
del director

oficina sanitaria panamericana  
regional de la  
organización mundial de la salud



washington, d. c.

**1955**



**ORGANIZACION SANITARIA PANAMERICANA**

**Documentos Oficiales**

**No. 16**

**Junio 1956**

**INDEXED**

**INFORME ANUAL DEL DIRECTOR  
DE LA  
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA  
OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD  
PARA LAS AMERICAS  
1955**

---

**OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

**Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud  
1501 New Hampshire Avenue, N.W.  
Washington 6, D.C., EE.UU. de A.**

A los Estados Miembros de la  
Organización Sanitaria Panamericana

Tengo el honor de remitir adjunto el Informe Anual de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, correspondiente al año 1955. Este Informe comprende las actividades desarrolladas por la Oficina de Washington, así como las de las Oficinas de Zona. También describe los programas ejecutados en colaboración con los Gobiernos de los Estados Miembros y con otras organizaciones internacionales. El estado financiero correspondiente al año, se presenta en un documento aparte (Documentos Oficiales No. 15).

Respetuosamente,



Fred L. Soper  
Director

**INFORME ANUAL**  
**del**  
**DIRECTOR**  
**1955**

# INFORME ANUAL

del

DIRECTOR

1955

---

## INDICE\*

	<i>Página</i>
<b>Parte I</b> Introducción .....	<b>1</b>
<b>Parte II</b> Actividades desarrolladas en 1955.....	<b>25</b>
Enfermedades transmisibles .....	<b>29</b>
Administración de salud pública.....	<b>73</b>
Actividades educativas y publicaciones.....	<b>103</b>
<b>Parte III</b> Organización y administración .....	<b>127</b>
Apéndices .....	<b>143</b>
Índice alfabético .....	<b>151</b>

\* El índice correspondiente a cada sección aparece en las páginas 28, 72, 102, y 126.

## SIGLAS

<b>AAT/NU</b>	<b>Administración de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas</b>
<b>AIDIS</b>	<b>Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria</b>
<b>AT</b>	<b>Asistencia Técnica</b>
<b>COMEP</b>	<b>Oficina de Coordinación del Programa de Erradicación de la Malaria</b>
<b>FAO</b>	<b>Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación</b>
<b>FOA</b>	<b>Administración de Operaciones en el Exterior, de los Estados Unidos de América</b>
<b>IAI</b>	<b>Instituto de Asuntos Interamericanos</b>
<b>ICA</b>	<b>Administración de Cooperación Internacional</b>
<b>INCAP</b>	<b>Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá</b>
<b>JAT</b>	<b>Junta de Asistencia Técnica</b>
<b>NU</b>	<b>Naciones Unidas</b>
<b>OEA</b>	<b>Organización de los Estados Americanos</b>
<b>OEA/AT</b>	<b>Organización de los Estados Americanos-Asistencia Técnica</b>
<b>OIT</b>	<b>Organización Internacional del Trabajo</b>
<b>OMS</b>	<b>Organización Mundial de la Salud</b>
<b>ORAL</b>	<b>Oficina Regional para la América Latina</b>
<b>OSP</b>	<b>Oficina Sanitaria Panamericana</b>
<b>OSPA</b>	<b>Organización Sanitaria Panamericana</b>
<b>SCISP</b>	<b>Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública</b>
<b>UNESCO</b>	<b>Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura</b>
<b>UNICEF</b>	<b>Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia</b>
<b>USPHS</b>	<b>Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos</b>

## Ilustraciones, gráficos y tablas

	<i>Página</i>		<i>Página</i>
Clase práctica de rociamiento contra los mosquitos, México, <i>Fotografía</i> .....	3	Medición de DDT seco para mezclarlo con agua, en Barranquilla, Colombia, <i>Fotografía</i> .....	40
Costo de erradicación de la malaria, <i>Cuadro</i> .....	5	Captura de los mosquitos: cuando éstos se posan sobre la piel se les aspira en el interior de un tubo y luego se transfieren a un frasco transparente, <i>Fotografía</i> ..	40
Áreas maláricas del Hemisferio Occidental, anteriores a la II Guerra Mundial, <i>Mapa</i> .....	6	Estado de la campaña de erradicación del <i>Aedes aegypti</i> a base de DDT, por países, <i>Gráfico</i> .....	42
Los avances hacia la erradicación de la malaria en el Hemisferio Occidental, diciembre 1955, <i>Mapa</i> .....	7	Estado de la campaña de erradicación del <i>Aedes aegypti</i> a base de DDT, por otras áreas, <i>Gráfico</i> .....	43
Estado de la lucha antimalárica, por países, el 31 de diciembre de 1955, <i>Gráfico</i> .....	8	Casos notificados de fiebre amarilla en las Américas, 1951-1955, <i>Cuadro</i> .....	44
Estado de la lucha antimalárica, en otras áreas, el 31 de diciembre de 1955, <i>Gráfico</i> .....	9	Casos notificados de fiebre amarilla en las Américas por divisiones políticas principales en cada país, en 1955, <i>Mapa</i> .....	44
Diferencias entre la erradicación y el control de la malaria, <i>Cuadro</i> .....	10	Pidiendo permiso para practicar reconocimientos relacionados con la fiebre amarilla, Río Ourem, Brasil, <i>Fotografía</i> .....	45
La exposición premiada, de la OSP, que se presentó en la reunión anual de la Asociación Americana de Salud Pública, Kansas City, octubre de 1955, <i>Fotografía</i> .....	11	Buey utilizado para arrastrar troncos de árbol en una selva infestada de mosquitos de la fiebre amarilla, Trinidad, <i>Fotografía</i> .....	46
Personal de los servicios de rociamiento con DDT, dispuesto para actuar, México, <i>Fotografía</i> .....	12	Distribución de la frambesia en las Américas, diciembre 1955, <i>Mapa</i> .....	48
Mono araguato. La fiebre amarilla suele ser mortal para esta especie, <i>Fotografía</i> .....	14	El control y la erradicación de la frambesia, <i>Cuadro</i> ....	49
Exposición de la OSP presentada en el Jefferson College, Filadelfia, septiembre de 1955, <i>Fotografía</i> .....	15	Personal de campo, provisto de equipo, para la lucha contra la frambesia en la República Dominicana, <i>Fotografía</i> .....	50
Medición de niños, durante un estudio sobre nutrición, INCAP, <i>Fotografía</i> .....	20	Un campesino espera su turno para recibir una inyección contra la frambesia, República Dominicana, <i>Fotografía</i> .....	51
Alumnas de los servicios auxiliares de enfermería, Costa Rica, <i>Fotografía</i> .....	21	La viruela en las Américas: casos notificados de 1951 a 1955, <i>Cuadro</i> .....	53
Planeamiento de la campaña de erradicación de la malaria en México, <i>Fotografía</i> .....	24	Vacunación contra la viruela, Clínica Carquín, Perú, <i>Fotografía</i> .....	53
Juegos saludables al aire libre, en una playa latinoamericana, <i>Fotografía</i> .....	25	Aldeanos en espera de ser vacunados contra la viruela, Colombia, <i>Fotografía</i> .....	54
Mezcla del insecticida, para los trabajos de erradicación de la malaria, <i>Fotografía</i> .....	31	Un patólogo y sus discípulos examinan los resultados del estudio de un tejido infectado por la tuberculosis, Guayaquil, Ecuador, <i>Fotografía</i> .....	55
Rociador en plena tarea, <i>Fotografía</i> .....	32	Instalación para la mezcla de moluscocidas, Minas Gerais, Brasil, <i>Fotografía</i> .....	56
Resistencia de <i>Aedes aegypti</i> al DDT, en Ciudad Trujillo, República Dominicana, 1952-1955, <i>Gráfico</i> .....	33	Grupos de caracoles colocados sobre arena que se cubren luego con hojas, para examinar su resistencia a la desecación, Recife, Pernambuco, Brasil, <i>Fotografía</i> .....	57
Zona II. Sede de la Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo, Villahermosa, Tabasco, México, <i>Fotografía</i> .....	33	Bolas de pentaclorofenato de sodio, contra los caracoles, depositadas en el fondo arenoso de un arroyo de agua clara, Minas Gerais, Brasil, <i>Fotografía</i> .....	58
Vehículos facilitados por el UNICEF a la Comisión Mexicana de Erradicación del Paludismo, <i>Fotografía</i> .....	34	Representantes de los Estados Unidos y México junto a una de las señales de peligro instaladas por la Oficina, en la zona fronteriza, para indicar la presencia del veneno depositado contra los animales predadores susceptibles a la rabia, <i>Fotografía</i> .....	59
Entomólogo en busca de mosquitos, para el estudio de la malaria, Tierra Colorada, Tabasco, México, <i>Fotografía</i> .....	35	Hogar para los niños de leproso, Asunción, Paraguay, <i>Fotografía</i> .....	61
"¿Tiene usted la casa dispuesta para que la rociemos?", pregunta el hombre del DDT, en Tabasco, México, <i>Fotografía</i> .....	36	Valle de Vilcanota, zona de control del tifo, próxima a Pisac, Perú, <i>Fotografía</i> .....	62
Tratamiento de un pozo con DDT, en México, para la erradicación del <i>Aedes aegypti</i> . Como la cantidad utilizada es muy pequeña, el agua no sufre ninguna contaminación perjudicial, <i>Fotografía</i> .....	38		
Almacenamiento de DDT en Barranquilla, Colombia, para el programa de control de insectos del Caribe, <i>Fotografía</i> .....	38		
Estado de la campaña de erradicación del <i>Aedes aegypti</i> , hasta el 31 de diciembre de 1955, <i>Mapa</i> ....	39		



	Página
Pulverización con DDT, campaña contra el tifo, Pisac, Perú, <i>Fotografía</i> .....	63
Tifo transmitido por piojos en las Américas, <i>Cuadro</i> ....	63
Casos de peste notificados en las Américas, 1951-1955, <i>Cuadro</i> .....	64
Casos de peste notificados en las Américas por divisiones políticas principales de cada país, 1955, <i>Mapa</i> .....	64
Casos de poliomielitis notificados en 1954 y 1955, y tasas por 100,000 habitantes, <i>Cuadro</i> .....	66
El Dr. Jonas E. Salk, Pitsburgo, Pensilvania, administra a título experimental una inyección de la vacuna contra la poliomielitis a un niño de ocho años, <i>Fotografía</i> .....	67
Niños acompañados de perros, los cuales son portadores, a menudo, del parásito que causa la hidatidosis, <i>Fotografía</i> .....	68
Tratamiento de perros contra la hidatidosis, <i>Cuadro</i> ....	68
Antena de una emisora de radio, de Washington, D. C., utilizada para la rápida notificación de casos de enfermedades transmisibles, <i>Fotografía</i> .....	74
Colocación de señales en un mapa, paso importante para preparar la información estadística epidemiológica, <i>Fotografía</i> .....	75
Campeños manipulando la primera bomba instalada, en un pueblo panameño, para el abastecimiento público de agua, <i>Fotografía</i> .....	80
La primera clase de inspectores sanitarios de la ciudad de Guatemala visita una de las instalaciones filtradoras de la localidad, <i>Fotografía</i> .....	81
Uno de los carteles expuestos con motivo del Día Mundial de la Salud, en 1955, <i>Fotografía</i> .....	82
Niño peruano acabado de bañar por la enfermera y dispuesto para dormir la siesta, <i>Fotografía</i> .....	84
Distribución porcentual de población y defunciones por grupos de edades, en Canadá y Estados Unidos y en la América Latina en 1952, <i>Cuadro</i> .....	85
Inmediatamente después de haber intervenido por primera vez, ¡y con éxito!, en un parto. Unidad Sanitaria de Chame, Panamá, <i>Fotografía</i> .....	86
Una enfermera durante su recorrido en la visita diaria que realiza en la Región de Guazapa, El Salvador, <i>Fotografía</i> .....	87
Esperando su turno, a la entrada de la clínica rural de Chonta, Perú, <i>Fotografía</i> .....	88
Proyectos coordinados de salud pública, <i>Gráfico</i> .....	89
Auxiliares de enfermería visitan una casa en las afueras de Manta, Ecuador, para administrar tratamiento antivenéreo, <i>Fotografía</i> .....	89
Efecto catalítico de los fondos OSP/OMS, <i>Gráfico</i> .....	89
Distribución y duración de los proyectos coordinados de salud pública, diciembre 1955, <i>Mapa</i> .....	90
Pacientes en espera de la llegada del médico, a una clínica rural, El Salvador, <i>Fotografía</i> .....	91
Ración de leche, en una clínica rural, <i>Fotografía</i> .....	92
Desnutrición debida a la dieta de arroz. Los dos niños presentan edemas, Panamá, <i>Fotografía</i> .....	93

	Página
Ejemplo de una buena dieta preparada con alimentos económicos y de la localidad, <i>Fotografía</i> .....	93
Saboreando una alimentación suplementaria, <i>Fotografía</i> .....	94
Un médico reconoce a los niños de una escuela centroamericana, para ver si presentan síntomas de bocio endémico, <i>Fotografía</i> .....	94
Un entomólogo examina especímenes de mosquitos <i>A. albimanus</i> en el laboratorio de la Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo, México, D. F., <i>Fotografía</i> .....	96
Clasificación de muestras de sangre, en un laboratorio serológico antisifilítico de Paraguari, Paraguay, <i>Fotografía</i> .....	97
Una antropólogo observa a una mujer india mientras ésta prepara la comida, Yepocapa, Guatemala, <i>Fotografía</i> .....	98
Una enfermera enseña a un enfermo mental la manera de preparar adornos para las fiestas de Navidad, Hospital de Chapuí, Costa Rica, <i>Fotografía</i> .....	99
"Así es como se limpian los dientes . . ." Una enfermera enseña prácticas de higiene en Huacho, Perú, <i>Fotografía</i> .....	99
Una de las sesiones del 6º Seminario sobre la Fiebre Aftosa, Río de Janeiro, Brasil, <i>Fotografía</i> .....	100
Participación en el Seminario sobre Medicina Preventiva, Viña del Mar, Chile, 1955, <i>Mapa</i> .....	104
Una estudiante del curso de instructoras y su supervisora muestran a un grupo de madres la manera de alimentar a los niños, México, <i>Fotografía</i> .....	105
Estudios que se exigen para el ingreso en las escuelas de enfermería, <i>Cuadro</i> .....	108
Duración de la educación de enfermeras en las Américas, <i>Gráfico</i> .....	109
Adiestramiento de parteras en la América Latina, <i>Cuadro</i> .....	111
Una enfermera de salud pública durante las prácticas de un curso de adiestramiento, pesa a un niño, San José, Costa Rica, <i>Fotografía</i> .....	112
Una enfermera muestra la manera de cuidar de los niños, El Salvador, <i>Fotografía</i> .....	113
Becas concedidas y participantes en cursos y seminarios, durante 1955 en las Américas, por país de origen y clase de adiestramiento, <i>Cuadro</i> .....	115
Becarios de otras regiones que iniciaron estudios en las Américas en 1955, por clase de adiestramiento, <i>Cuadro</i> .....	115
Becarios de las Américas y de otras regiones y participantes en cursos y seminarios en las Américas que en 1955 iniciaron estudios en las Américas, clasificados por materias estudiadas, <i>Cuadro</i> .....	116
Becas concedidas y participantes en cursos y seminarios en las Américas, por país de origen y país o región de estudio, <i>Cuadro</i> .....	117
Becas concedidas para asistir a cursos organizados por la OSP/OMS o con su colaboración, en las Américas, durante 1955, y participantes en seminarios, durante el mismo año, por país de origen, materia estudiada y proyecto, <i>Cuadro</i> .....	118

	<i>Página</i>
Becas concedidas en las Américas, en 1955, por país de origen, materia estudiada y clase de adiestramiento, <i>Cuadro</i> .....	119
Publicaciones especiales, <i>Cuadro</i> .....	120-121
Promedio de la distribución mensual del <i>Boletín</i> , por países, en 1955, <i>Cuadro</i> .....	121
Cartel montado que presentó la OSP, en Río de Janeiro, Brasil, en octubre de 1955, con motivo del programa contra la esquistosomiasis, <i>Fotografía</i> .....	123
Cartel montado que presentó la OSP, durante la reunión que la Asociación Americana Médico-Veterinaria celebró en Minneapolis, Minnesota en agosto de 1955, <i>Fotografía</i> .....	123
Una de las sesiones de la 26ª Reunión del Comité Ejecutivo, celebrada en Washington, D. C., en septiembre de 1955, <i>Fotografía</i> .....	128
Fechas de ratificación del Protocolo Anexo al Código Sanitario Panamericano de 1924, <i>Cuadro</i> .....	129

	<i>Página</i>
Asistencia a las Reuniones del Consejo Directivo, Comité Regional de la OMS. Países Miembros, <i>Gráfico</i> .....	130
Asistencia a las Reuniones del Consejo Directivo, Comité Regional de la OMS. Observadores, <i>Gráfico</i> .....	131
Composición del Comité Ejecutivo, de 1947 a 1956, <i>Gráfico</i> .....	132
Traducciones efectuadas en 1955, <i>Cuadro</i> .....	135
Estadísticas de la biblioteca, 1950-1955, <i>Cuadro</i> .....	135
Zonas y Oficinas de Zona de la Oficina Sanitaria Panamericana, <i>Mapa</i> .....	140
Gastos de la OSP en 1955, según el origen de los fondos, <i>Cuadro</i> .....	141
Cuotas a la OSPA, y a la OMS correspondientes a las Américas, <i>Cuadro</i> .....	141
Cuadro cronológico de la situación financiera de la Asistencia Técnica, en cuanto a los programas de 1954, 1955 y 1956.....	142

## **INTRODUCCION**

## INTRODUCCION

	<i>Página</i>
<b>Un nuevo cuatrienio .....</b>	<b>1</b>
Las funciones de la OSP.....	1
Presupuesto y programa .....	1
<b>Erradicación de la malaria.....</b>	<b>2</b>
La gravedad de la malaria.....	4
La magia del DDT.....	4
Los daños económicos de la malaria.....	4
Los efectos del DDT.....	6
Resistencia de los <i>Anopheles</i> al DDT.....	7
Urgencia de la erradicación.....	7
La conversión del control en erradicación.....	7
<b>Esfera de acción de las campañas con DDT.....</b>	<b>11</b>
El mosquito de la fiebre amarilla.....	11
Cómo se propaga la fiebre amarilla .....	13
Areas endémicas de fiebre amarilla.....	13
Irrupciones epidémicas .....	14
<b>La lucha contra las treponematosis .....</b>	<b>16</b>
Extensión de las técnicas de erradicación.....	16
El éxito de la campaña contra la frambesia.....	16
<b>Un nuevo punto de vista.....</b>	<b>17</b>
El nivel cero .....	17
Prevención frente a curación.....	18
<b>El fortalecimiento de los servicios de salud pública.....</b>	<b>19</b>
El punto de ataque .....	19
Educación y adiestramiento.....	19
Una planificación pertinente .....	21

# INTRODUCCION

## Un nuevo cuatrienio

### Las funciones de la OSP

En 1955, la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) continuó cumpliendo la misión, que desde hace largo tiempo tiene asignada, de cooperar con los gobiernos de las Américas "para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental" de los habitantes de este Hemisferio. La OSP tiene su sede en Washington, D. C., pero sus Oficinas de Zona y de Campo se extienden hacia el sur y han sido establecidas desde hace algunos años en México, D. F., Guatemala, Kingston, Lima, Río de Janeiro y Buenos Aires. Los programas de salud pública de los gobiernos, que reciben la cooperación de la OSP a través de las Oficinas de Zona, han aumentado en su alcance y su influencia. Tal sistema de cooperación está en consonancia con el plan de descentralización de la OSP, plan que se encuentra en pleno desarrollo desde hace unos cuatro años.

La Oficina Sanitaria Panamericana es una organización internacional de salud pública creada y mantenida por las Repúblicas de las Américas. Es la más antigua de las organizaciones internacionales de sanidad de todo el mundo. Fué creada por la I Conferencia Sanitaria Panamericana, que se reunió en 1902.

Las funciones de la Oficina se definen en el Código Sanitario Panamericano (1924), tratado ratificado por las veintiuna Repúblicas del Hemisferio. El Artículo LV de este Código hace de la Oficina Sanitaria Panamericana un organismo central de coordinación con una compleja diversidad de funciones relacionadas todas ellas con la salud pública.

El Código de 1924 dispone que corresponde a la Oficina designar representantes para que se entrevisten con las autoridades sanitarias de los varios gobiernos signatarios; recibir, publicar y distribuir información sobre estadísticas vitales, organización de salud pública, medicina preventiva y otras cuestiones pertinentes; emprender estudios epidemiológicos cooperativos; estimular y facilitar las investigaciones científicas; organizar intercambios de profesores, funcionarios médicos y de sanidad, expertos y consejeros en salud pública; y facilitar información técnica relativa al verdadero estado de las enfermedades transmisibles, a los adelantos conseguidos en el control o erradicación de tales enfermedades y a los nuevos métodos empleados para

combatirlas. Todas estas funciones, casi sin excepción, las sigue desempeñando la Oficina en el día de hoy.

En 1947, la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Caracas, sentó las bases para la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana (OSPA) y estableció las condiciones para negociar un acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS). La rápida expansión de la Oficina hasta alcanzar su importancia actual se ha producido principalmente en los ocho últimos años.

En virtud del Acuerdo (24 de mayo de 1949) entre las dos Organizaciones, la OSP actúa también como Oficina Regional de la OMS para las Américas. En este Informe, y en gracia a la brevedad, la palabra Oficina y la sigla OSP se usarán en el sentido de Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

En el desempeño de sus funciones, la OSP actúa en estrecha armonía con otros organismos entre los que figuran el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Administración de Cooperación Internacional (ICA), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización de los Estados Americanos (OEA).

El Acuerdo (23 de mayo de 1950) celebrado entre el Consejo de la Organización de los Estados Americanos y el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana reconoce que esta última es un Organismo Especializado Interamericano, en el campo de la salud pública.

En este Informe se hará referencia frecuentemente, aunque no siempre, a la cooperación con los organismos internacionales estrechamente relacionados con la OSP.

En la sección siguiente se mencionan brevemente los aspectos más destacados del presupuesto y del programa. Pero en otra sección ulterior se habla con mayor detalle del origen de los fondos y de las relaciones mantenidas con las actividades de otras organizaciones.

### Presupuesto y programa

Los fondos ordinarios de la Oficina consisten en las cuotas anuales de las veintiuna Repúblicas de las Américas y en las abonadas por Francia, Países Bajos y Reino Unido, así como en una parte de los fondos recaudados por la OMS

en concepto de cuotas de sus Gobiernos Miembros. La Oficina proporciona supervisión técnica a muchos programas que reciben fondos de la Asistencia Técnica de las Naciones Unidas (AT/NU) y participa en el Programa de Cooperación Técnica de la OEA, costado con fondos de la AT/OEA. En 1955, los gastos de la OSP se elevaron a \$4,547,277.65, de los que aproximadamente tres millones se cubrieron con fondos ordinarios de la OSP/OMS y el resto con los facilitados por la Asistencia Técnica o con Fondos Extrapresupuestarios. En el mismo año, el UNICEF puso a disposición de los gobiernos equipo y suministros por un total de \$3,156,294.45, para proyectos en que participaba la OSP/OMS.

Una de las finalidades de la Oficina consiste en desarrollar los programas nacionales ejecutados bajo los auspicios de los respectivos gobiernos. La Oficina actúa siempre a invitación de ellos y les presta su colaboración. No posee unas fuerzas de trabajo propias que puedan ser enviadas a los lugares necesarios, para desarrollar las campañas contra las enfermedades. Cuenta, sí, con un cuerpo de expertos y consultores que ayudan a fortalecer los servicios de salud pública de los gobiernos cooperando con ellos, ayudándolos en la elaboración de planes y facilitándoles asistencia técnica. La Oficina actúa también, en general, como centro de coordinación y difusión de los conocimientos científicos, en la esfera de la medicina y de la salud pública, con el fin de hacerlos llegar por igual a todas las naciones de las Américas.

Otra de las formas que reviste la colaboración de la OSP es la provisión de medios de adiestramiento. Este adiestramiento es para personal de todas las categorías: médicos, ingenieros, enfermeras, auxiliares de enfermería, inspectores y demás trabajadores sanitarios. La finalidad perseguida es hacer de dicho adiestramiento—recibido dentro o fuera

del propio país—parte de un programa bien preparado y aplicado ordenadamente. Todos los años, varios centenares de personas escogidas, muchas de las cuales habrán de ocupar puestos fundamentales en trabajos de salud pública o de educación sanitaria, disfrutaron así de la oportunidad de adquirir la formación necesaria para desarrollar una labor eficaz.

Otros aspectos de este programa de enseñanza se desarrollan a través de las conferencias y seminarios y de las diversas publicaciones patrocinados por la Oficina.

A partir del momento en que la OSP quedó sólidamente establecida sobre una amplia base panamericana, el objetivo y alcance de sus programas específicos de salud pública han ido desarrollándose. Al hablar del desarrollo de los objetivos de los programas nos referimos a que, aproximadamente cada cuatro años, la Conferencia Sanitaria Panamericana, que es la autoridad suprema en el gobierno de la Organización, examina de nuevo las finalidades de dichos programas y les imprime un carácter más específico.

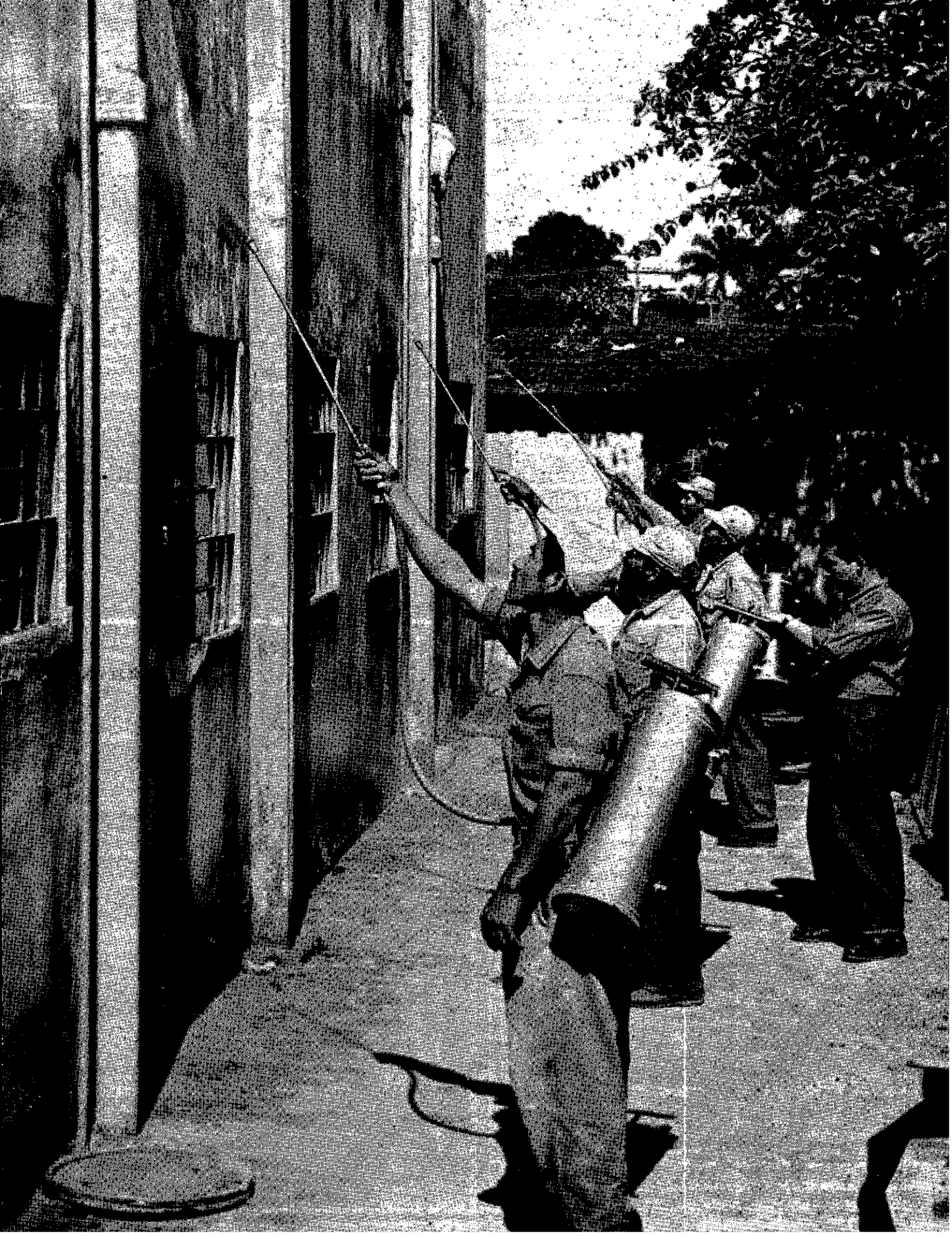
La última evaluación de este tipo se llevó a cabo en la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Santiago, Chile, del 7 al 22 de octubre de 1954. Durante las activas semanas de esta reunión se forjó un programa cuya naturaleza se perfila inconfundiblemente en las importantes resoluciones que se adoptaron.

Estas resoluciones, que cubren numerosos detalles, se refieren a cinco puntos principales: 1) mejoramiento de las estadísticas sanitarias, 2) intensa campaña contra las diarreas infantiles, 3) progresos en el saneamiento del medio, 4) continuación de los importantes avances iniciales en la lucha contra las treponematosís y 5), como culminación de las actividades sanitarias, prosecución, hasta el fin, de la campaña de erradicación de la malaria en las Américas.

## Erradicación de la malaria

Mucho es lo que se dirá sobre la erradicación de la malaria, tanto en esta Introducción como más adelante en este Informe, porque una importante parte de los esfuerzos de la OSP en 1955 se dedicaron a la elaboración, iniciación e impulso de un programa de erradicación de tal enfermedad en el Hemisferio. En dicho año se estableció, como parte integrante de la OSP, una oficina especial conocida con el nombre de Oficina de Coordinación del Programa de

Erradicación de la Malaria (COMEP), con sede inicial en México, D. F. En el mismo año, México anunció una campaña cuatrienal de erradicación de la malaria en la que se invertirán \$20,000,000. Por la magnitud y la importancia del esfuerzo hecho por dicho país en la erradicación de tal enfermedad, se decidió establecer allí la sede del COMEP, pero este organismo está al servicio de todas las Américas. Con la vigorosa iniciación de la campaña



mexicana, el pasado año fué testigo de los comienzos de un movimiento llamado a erradicar la malaria en las Américas.

Hace pocos años, fué muy alentador ver que la mayor de las naciones de este Continente triunfaba en su programa de erradicación de la malaria. El Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos continuó sus actividades antimaláricas de la Segunda Guerra Mundial mediante un Programa Nacional de Erradicación de la Malaria. Se inició éste, en 1945, con la cooperación de ciertos organismos estatales y municipales. Las operaciones de erradicación alcanzaron su punto culminante en 1948, año en que se rociaron 1,365,000 viviendas de 13 Estados, invirtiéndose en ello \$5,000,000; esto permitió ir reduciendo después las operaciones, año tras año, hasta que, en 1952, las viviendas rociadas no llegaron a 100,000. Por espacio de varios años, los casos de malaria indígena han sido menos numerosos, en los Estados Unidos, que los de malaria importada de México o del Pacífico. En 1954, solamente 46 de tales casos se encontraron en los Estados Unidos y, en 1955, no se notificó ningún caso de malaria indígena.

En principio, la malaria se puede erradicar en una zona determinada en el plazo de tres años, utilizando un método que hoy empieza a ser bien conocido. En el caso de no haber reinfección, el microorganismo causante de la malaria suele desaparecer del huésped humano en un plazo de tres años, pero en los programas nacionales de erradicación hay que tener en cuenta el tiempo requerido para el adiestramiento de personal y los retrasos propios de una posible inexperiencia administrativa. En la transmisión de la malaria intervienen varias especies de mosquitos *Anopheles*, pero las más peligrosas de ellas como vectores maláricos son las que penetran en las viviendas en busca de personas de las que alimentarse. Como los *Anopheles* se suelen posar en las paredes antes o después de chupar sangre, recubriéndolas con un potente insecticida, como el DDT, se puede lograr la eliminación de tales mosquitos infecciosos. Más adelante se expondrán mayores detalles sobre la forma y el por qué de lo dicho. Vemos, pues, que la transmisión de la malaria se interrumpe mediante un ataque químico contra los mosquitos que penetran en los hogares. Esta ingeniosa solución, que circunscribe a las viviendas las medidas contra tales insectos, representa un gran avance sobre las medidas antilarvales que se habían de aplicar a las extensas zonas en que el mosquito tiene sus criaderos.

El nuevo método de erradicación de la malaria ha originado algunos cambios sorprendentes en los procedimientos seguidos. Hoy, la labor antimalárica no se debe medir por lo que ya se ha hecho, sino por lo que queda por hacer. Anteriormente, si se lograba reducir una enfermedad en un 80%, todo el mundo se sentía satisfecho, pero ahora, al menos en lo que se refiere a la malaria, todas las miradas se dirigen hacia los últimos casos restantes. Antes, la labor que quedaba por hacer se solía medir por el número

de larvas de mosquito existente. En la actualidad, se mide por el número de viviendas en que habitan personas infectadas.

### La gravedad de la malaria

El enorme costo y la tenaz perseverancia que se necesitan para extirpar los restos de la enfermedad en este Hemisferio quedan plenamente justificados cuando se piensa que tal enfermedad, en su forma maligna, representa un grave peligro para la vida humana. Históricamente, ha causado sus mayores estragos entre los niños. Hoy, sigue siendo en el mundo una de las principales causas de la mortalidad entre los niños.

Hasta que comenzaron a utilizarse la quinina y las medicaciones modernas, no había ningún freno contra la malaria, y esta enfermedad aniquiló civilizaciones enteras y fué causa de que grandes extensiones de terrenos habitados quedaran abandonadas y se vieran invadidas nuevamente por la selva. La malaria puede ser un azote para los pueblos y reducir la actividad de los individuos. Las poblaciones en que la malaria es crónica arrastran una existencia mísera. Incluso cuando se presenta en forma relativamente benigna, esa enfermedad anula, en sorprendente medida, el esfuerzo físico y mental.

### La magia del DDT

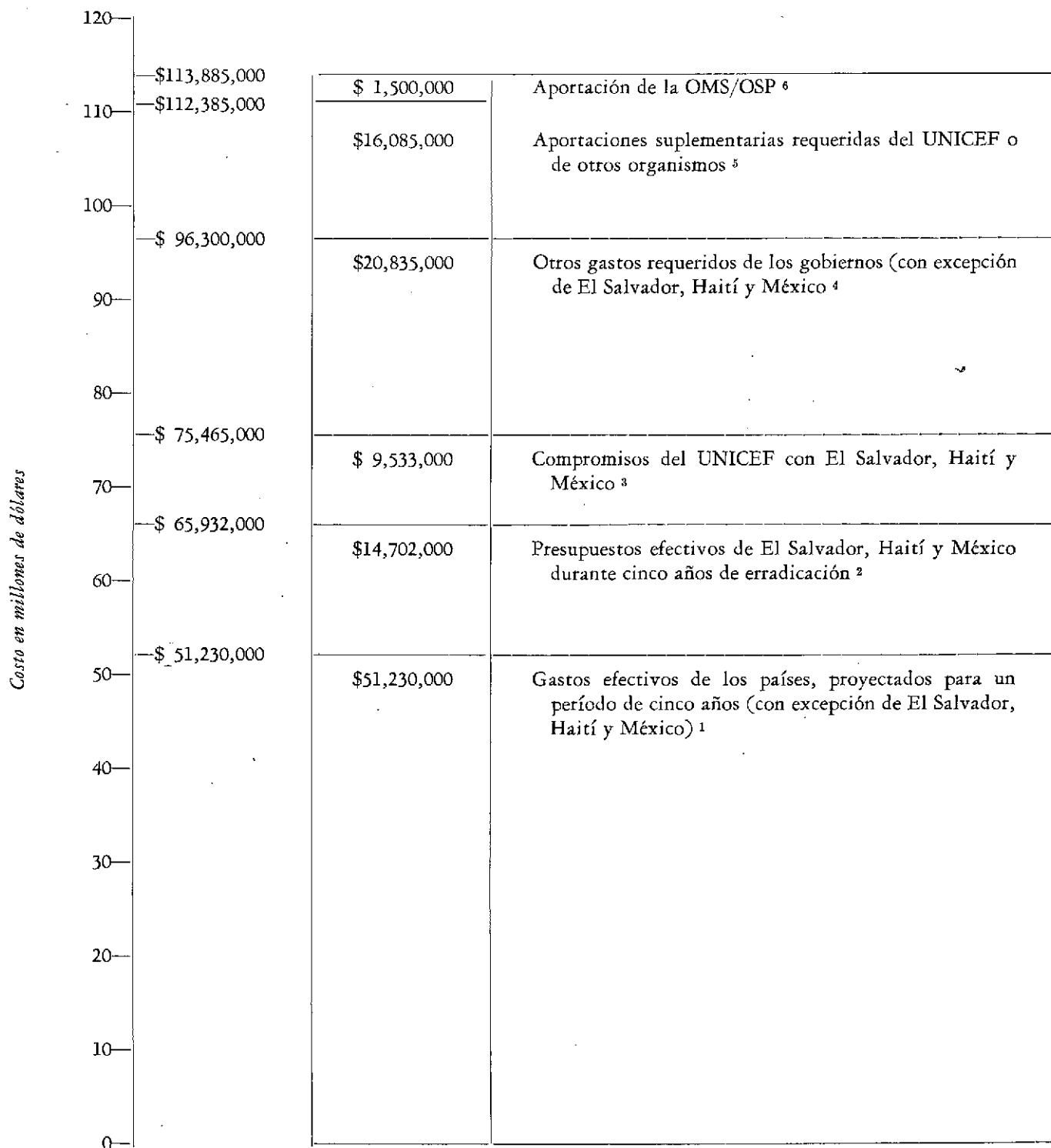
No tiene nada de particular que, hace unos siglos, se acogiera como un remedio soberano, primero, la corteza de chinchona, y, luego, su alcaloide derivado, la quinina. Esta no cura la infección de la malaria, pero sí cura los ataques de escalofrío y de fiebre; deja, sin embargo, la simiente de un ataque ulterior. A fines del pasado siglo, se fueron descubriendo lentamente las relaciones entre el mosquito y la malaria. Luego, en la primera mitad del presente siglo, un gigantesco ataque general contra los mosquitos, y en formas muy diversas, ha contribuído a contener el desarrollo de la enfermedad, pero ni las medidas de drenaje, ni el empleo de mosquiteros, ni la pulverización con verde de París, ni el uso de peces larvífagos, son suficientemente eficaces para completar la tarea, entre otras razones porque tales medidas, si se aplican en la debida escala, son demasiado costosas. Hasta que se comenzó a utilizar el DDT como insecticida de acción residual, no hubo posibilidad de adoptar medidas viables, desde el punto de vista económico, para el control de la malaria en las zonas rurales. Todo esto se ha producido, prácticamente, dentro de la pasada década.

### Los daños económicos de la malaria

Además de su amenaza letal, la malaria arrebata a las naciones su fuerza económica. Es una enfermedad que degrada y esclaviza. Ninguna región infectada puede competir en su agricultura o en su industria con una que no lo esté. La malaria reduce la eficiencia de la mano de obra por lo menos en un 50%.



ERRADICACIÓN DE LA MALARIA—HEMISFERIO OCCIDENTAL  
RESUMEN DE LOS GASTOS



EXPLICACION DE LOS GASTOS

- <sup>1</sup> Datos basados en los gastos efectivos de todos los Gobiernos (excepto El Salvador, Haití y México), proyectados para un período de cinco años.  
<sup>2</sup> Compromisos reales de El Salvador, Haití y México para programas quinquenales de erradicación.  
<sup>3</sup> Compromisos del UNICEF con El Salvador, Haití y México para programas quinquenales de erradicación.  
<sup>4</sup> Datos basados en los costos de mano de obra y administración relativos a las nuevas casas que deben rociar todos los Gobiernos (excepto El Salvador, Haití y México), durante cinco años, para conseguir la erradicación.  
<sup>5</sup> Datos basados en los requerimientos de suministros, a razón de \$0.50 por rociamiento, para las nuevas casas que se deben rociar durante cinco años a fin de lograr la erradicación.  
<sup>6</sup> Datos basados en el personal requerido por el COMEP, y veinte consultores para los países.

Hace menos de treinta años se calculaba en más de \$500,000,000 el costo anual de la malaria para el sudeste de los Estados Unidos. Hoy, la industria florece en todos aquellos Estados en los que se ha conseguido eliminar tal enfermedad. Después de la Segunda Guerra Mundial, y mediante el control de la malaria, se consiguió aumentar en Grecia el esfuerzo laboral, en un solo año, en treinta millones de días-hombre. En Birmania y Pakistán, la producción de arroz aumentó en un 15% durante el año siguiente al control de la malaria. En el Irán, cuando se consiguió controlar la enfermedad, bastaban cuatro braceros para hacer el mismo trabajo que antes requería diez, en la recolección de arroz. Por todas estas razones de carácter económico, la erradicación de la malaria ha llegado a ser considerada como una buena inversión.

Esto no quiere decir que la erradicación de tal enfermedad se pueda lograr con poco gasto. Es una labor costosa, que exige grandes desembolsos de capital, pero esos gastos quedan ampliamente compensados, sobre todo a largo plazo.

### Los efectos del DDT

Durante el medio siglo siguiente al descubrimiento de que los mosquitos transmiten la malaria, y hasta hace solamente una década, dicha enfermedad constituía el más difícil de los problemas con que se habían de enfrentar los trabajadores de salud pública en las regiones tropicales y

subtropicales, así como en muchos lugares de las zonas templadas. Antes de que se comenzara a utilizar el DDT como insecticida de acción residual, no se conocían medidas aplicables, desde el punto de vista económico, para el control de la malaria en las zonas rurales. Los primeros resultados de esta nueva medida han sido sensacionales.

La introducción del DDT ha permitido suspender costosos trabajos de drenaje de terrenos así como onerosas operaciones larvicidas, y ha hecho factible el control de la malaria en muchas regiones agrícolas donde la distancia a que se encuentran unas viviendas de otras hace que resulten imposibles de poner en práctica otros métodos de control. En consecuencia, ha quedado abierto el camino para el desarrollo de programas nacionales de control. Estos, a su vez, nos han brindado la alentadora observación de que, como enfermedad transmitida por los mosquitos, la malaria desaparece de una población infectada, a los pocos años de quedar interrumpida la transmisión. También se ha observado que sólo reaparece en las zonas libres de ella cuando la reintroduce una persona infectada procedente de una zona endémica. Los Estados Unidos, por ejemplo, en algunas de cuyas regiones abundó anteriormente la malaria, se encuentran libres de epidemias de tal dolencia desde hace una década, salvo en lo que se refiere a un pequeño brote de 35 casos infectados, en 1952, por mosquitos que habían picado a un veterano repatriado de Corea.

En 1950, casi todos los países de este Hemisferio, en los que se había planteado el problema de la malaria, realizaban serios esfuerzos para controlarla. La enfermedad se erradicó en Chile, Guayana Francesa, Puerto Rico y Estados Unidos, y desapareció casi por completo de la Argentina, Guayana Británica y Venezuela. Los programas de control se hallaban bastante avanzados en la mayoría de los demás países americanos, y se extendieron con tal rapidez que aproximadamente el 75% del total de los hogares de las zonas maláricas de las Américas fueron rociados aquel año. Se confiaba entonces en que el 25% restante (cuatro millones y medio de viviendas) quedaría, muy pronto, comprendido en la campaña.

Para impulsar nuevos avances, y con el decidido propósito de llegar a erradicar la enfermedad en el Hemisferio Occidental, la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1950) recomendó que la OSP coordinase los programas antimaláricos de los distintos países.

Los gobiernos dieron mayor amplitud a las campañas a medida que en los respectivos países se fué disponiendo de técnicos adiestrados, y el UNICEF proporcionó equipo y materiales a la región del Caribe, a Centro América y a cuatro países sudamericanos. En todos los países maláricos del Hemisferio se iniciaron campañas de control de la malaria. La enfermedad dejó de ser el más importante de los problemas de salud pública de las Américas. Las esperanzas y el entusiasmo que manifestaron las poblaciones por el nuevo método permitía augurar el éxito del programa de erradicación.



AREAS MALARICAS DEL HEMISFERIO OCCIDENTAL ANTERIORES A LA II GUERRA MUNDIAL

## Resistencia de los *Anopheles* al DDT

Pero el éxito no había de lograrse fácilmente. Por desgracia, la mosca doméstica, que era para la gente la medida visible del valor de cualquier insecticida, desarrolló una marcada resistencia al DDT, y el programa de rociamiento residual perdió gran parte del prestigio conseguido inicialmente. Por otra parte, la publicidad dada a la rápida reducción de la malaria, a raíz de la introducción de los rociamientos residuales, se tradujo en el convencimiento general de que la enfermedad había dejado de ser un problema importante y de que no había por qué seguir prestándole atención.

En lugar de aumentar rápidamente las asignaciones para la campaña, se estancó la situación, y cuatro años más tarde, en 1954, aún no se había incluido en los programas de control el 22% de los hogares de las zonas maláricas. Las autoridades prestaron atención a otras exigencias fiscales y se mostraron reacias a asignar fondos para el control de una enfermedad que parecía causar pocos daños. Esta situación, aunque adversa, podría haber mejorado gradualmente de año en año en algunos países, a medida que se hubieran presentado las oportunidades, si no hubiese sido por la amenaza inherente al reciente desarrollo de resistencia al DDT por algunos *Anopheles*.

En Grecia, los tres vectores locales han desarrollado resistencia, y, en algunas aldeas, el DDT ha dejado de ser eficaz para el control de la malaria. La resistencia se ha manifestado también, en otro importante vector, en Indonesia. En Centro América uno de los principales mosquitos vectores presenta un cambio de conducta ante el insecticida, cambio que pudiera ser presagio del desarrollo de resistencia.

## Urgencia de la erradicación

Es un gran contratiempo que la resistencia se esté desarrollando antes de que la malaria haya sido erradicada, porque los métodos de control anteriores al DDT son demasiado costosos para su uso general en las zonas rurales. Manifiestamente, la malaria se debe erradicar en las Américas antes de que la amenaza de la resistencia de los anofelinos llegue a materializar en este Hemisferio.

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana (octubre, 1954) reconoció el peligro de la prolongación de los programas de control. Por eso, declaró la extrema urgencia de conseguir la erradicación continental de la malaria e instó a los Gobiernos Miembros para que convirtieran inmediatamente todos los programas de control en campañas de erradicación.

El éxito depende de que se intensifiquen los esfuerzos sin pérdida de tiempo. Con unos pocos años de vigorosa actividad, se puede reducir el volumen de la malaria de manera que, si fuere necesario, se puedan luego erradicar

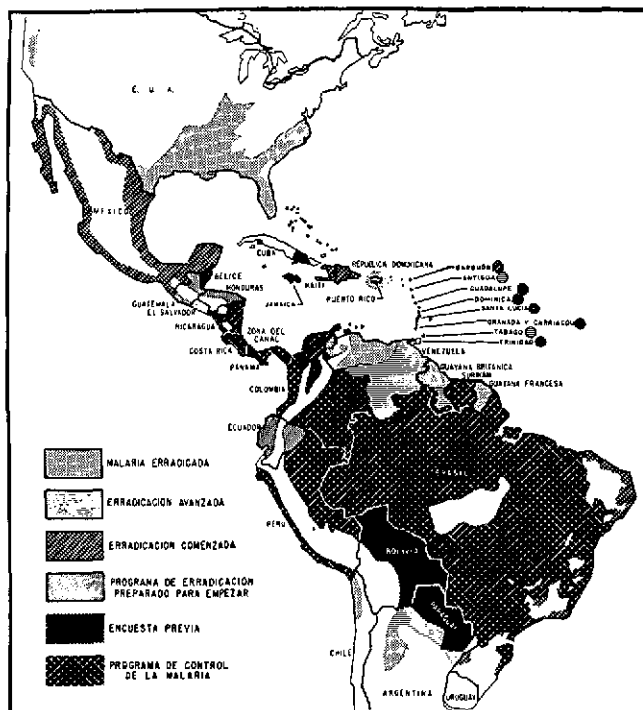
las bolsas residuales con los nuevos medicamentos disponibles. Cuando haya desaparecido la enfermedad, bastará la actuación de unos grupos de vigilancia o inspección para garantizar, por un costo bajo y perfectamente atendible, que los pueblos sigan viéndose libres de ella.

La erradicación completa de la malaria en el Continente depende, como es natural, de que se haga desaparecer esa infección, simultáneamente, en todos los países de las Américas. Una vez conseguido esto, se podrán reducir los gastos en gran medida y aflojar la vigilancia, salvo contra la reinfección originada por inmigrantes o viajeros procedentes de otras partes del mundo.

Si un Estado remiso, movido por el afán de reducir los gastos, deja de destruir la malaria dentro de sus fronteras, ese Estado se convierte en una amenaza para sus vecinos. Su rescoldo puede iniciar nuevos incendios. Hace falta un control completo mantenido por lo menos durante tres años, porque entonces, de no haber reinfección, perecerán los parásitos de la malaria.

## La conversión del control en erradicación

La erradicación depende de la acción que se desarrolle en el plano nacional. Cada país, como miembro de la OSP/OMS, ha contraído automáticamente una obligación con todos los demás países, así como con sus propios habitantes, de ejecutar un programa de erradicación. La actuación de todos los países se debe desarrollar simultáneamente.



LOS AVANCES HACIA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN EL HEMISFERIO OCCIDENTAL, DICIEMBRE 1955

# ESTADO DE LA LUCHA ANTIMALARICA AL 31 DE DICIEMBRE DE 1955

PAISES	SIN MALARIA	PROGRAMA DE CONTROL	PROGRAMA DE ERRADICACION				
			ENCUESTA DE PREERRADICACION	LISTO PARA EMPEZAR	EN COMIENZO	AVANZADO	TERMINADO
ARGENTINA			[Barra negra que cubre las columnas de Encuesta de Preerradicación, Listo para Empezar, En Comienzo y Avanzado]				
BOLIVIA		[Barra hachurada]	[Barra negra que cubre la columna de Encuesta de Preerradicación]				
BRASIL			[Barra negra que cubre las columnas de Encuesta de Preerradicación, Listo para Empezar y En Comienzo]				
CANADA	[Barra punteada]						
COLOMBIA		[Barra hachurada]	[Barra negra que cubre la columna de Encuesta de Preerradicación]				
COSTA RICA		[Barra hachurada]					
CUBA		[Barra hachurada]					
CHILE			[Barra negra que cubre las columnas de Encuesta de Preerradicación, Listo para Empezar, En Comienzo y Avanzado, terminando en la columna Terminado]				
ECUADOR			[Barra negra que cubre las columnas de Encuesta de Preerradicación y Listo para Empezar]				
EL SALVADOR			[Barra negra que cubre las columnas de Encuesta de Preerradicación, Listo para Empezar y En Comienzo]				
ESTADOS UNIDOS			[Barra negra que cubre las columnas de Encuesta de Preerradicación, Listo para Empezar, En Comienzo y Avanzado, terminando en la columna Terminado]				
GUATEMALA			[Barra negra que cubre las columnas de Encuesta de Preerradicación y Listo para Empezar]				
HAITI			[Barra negra que cubre las columnas de Encuesta de Preerradicación, Listo para Empezar y En Comienzo]				
HONDURAS			[Barra negra que cubre las columnas de Encuesta de Preerradicación y Listo para Empezar]				
MEXICO			[Barra negra que cubre las columnas de Encuesta de Preerradicación, Listo para Empezar y En Comienzo]				
NICARAGUA		[Barra hachurada]					
PANAMA		[Barra hachurada]					
PARAGUAY		[Barra hachurada]	[Barra negra que cubre la columna de Encuesta de Preerradicación]				
PERU		[Barra hachurada]					
REP. DOMINICANA			[Barra negra que cubre las columnas de Encuesta de Preerradicación, Listo para Empezar y En Comienzo]				
URUGUAY	[Barra punteada]						
VENEZUELA			[Barra negra que cubre las columnas de Encuesta de Preerradicación, Listo para Empezar y En Comienzo]				

# ESTADO DE LA LUCHA ANTIMALARICA AL 31 DE DICIEMBRE DE 1955

OTRAS AREAS	SIN MALARIA	PROGRAMA DE CONTROL	PROGRAMA DE ERRADICACION					
			ENCUESTA DE PREERRADICACION	LISTO PARA EMPEZAR	EN COMIENZO	AVANZADO	TERMINADO	
ALASKA								
ZONA DEL CANAL DE PANAMA								
PUERTO RICO								
ISLAS VIRGENES								
DESEADA, LAS SANTAS MARIE, GALANTE, PETITE-TERRE, SAN BARTOLOME, SAN MARTIN								
GUAYANA FRANCESA								
GUADALUPE								
MARTINICA								
SAN PEDRO Y MIQUELON								
ANT. NEERLANDESAS (ARUBA, BONAIRE, CURAZAO, SABA, SAN EUSTAQUIO, SAN MARTIN)								
SURINAM								
BAHAMA								
BERMUDAS								
GUAYANA BRITANICA								
BELICE								
CAIMAN, CAICOS, TURCAS								
ISLAS DE BARLOVENTO								
DOMINICA								
GRANADA-CARRIACOU								
SANTA LUCIA								
SAN VICENTE								
TABAGO								
TRINIDAD								
JAMAICA								
ISLAS DE SOTAVENTO (ANTIGUA - BARBUDA, ISLAS VIRGENES BRITANICAS, MONTSEERRAT, SAN CRISTOBAL Y NIEVES ANGUILLA)								

DIFERENCIAS ENTRE LA ERRADICACIÓN Y EL CONTROL DE LA MALARIA

Conceptos	Control	Erradicación
1. Objetivos	Reducción de la enfermedad	Eliminación de la enfermedad
2. Campo de operaciones	Se comienza donde la enfermedad es más grave y causa mayores daños	Cualquier lugar en que se produzca la transmisión de la enfermedad es importante
3. Calidad de trabajo	Basta con que la labor sea buena	La labor ha de ser perfecta
4. Duración del trabajo	No hay un término previsible. La campaña puede continuar permanentemente	Término definido: tres años después de interrumpirse la transmisión
5. Malaria residual	De escaso interés	De primera importancia
6. Aspecto económico	Rociamiento dentro de las posibilidades presupuestarias	Rociamiento a toda costa, aunque se excedan los límites presupuestarios normales
7. Otros insectos	Pueden considerarse parte del programa antimalárico	No se toman en cuenta salvo el <i>Aedes aegypti</i>
8. Notificación de casos de malaria	De importancia secundaria	De primera importancia
9. Participación de otros servicios sanitarios	No es realmente necesaria	Es fundamental para ayudar a descubrir casos de malaria
10. Otra asistencia profesional	No es de especial interés	Se necesita para la pronta notificación de casos
11. Casos sospechosos	No son importantes	Son de primera importancia
12. Casos importados	De interés teórico	De extrema importancia después que se suspenden los rociamientos
13. Encuesta epidemiológica	Costosa e inútil	Indispensable. Es la clave de la erradicación
14. Evaluación administrativa de los progresos efectuados	Medición de lo que se ha hecho	Medición de lo que queda por hacer
15. Evaluación epidemiológica	Reducción de los índices esplénico y parasitológico	Desaparición de los casos endémicos

Puesto que las condiciones y la extensión de las actuales medidas de control varían de unos a otros países, se prepara, en cada caso, un nuevo plan con los detalles del correspondiente programa de erradicación. Este plan organiza un servicio nacional unificado, que actúe de acuerdo con las normas técnicas internacionales y utilice unos sistemas de notificación uniformes para facilitar el análisis y la coordinación internacional.

Para tener la seguridad de que la malaria llegue a desaparecer por completo de la población humana, en la zona cubierta por un programa, es necesario adiestrar minuciosamente al personal de los servicios de erradicación, haciendo que se compenetren con el carácter del trabajo; asimismo es preciso ejercer una administración severa de las actividades durante tres o más años. Tomando en consideración el período de contratación y adiestramiento del personal

y la naturaleza gradual de la organización de las medidas de control, es probable que el potencial humano, transporte y suministros requeridos abarquen un período algo superior a tres años.

Una de las partes esenciales de un programa de erradicación es la práctica constante, y en gran escala, de análisis de sangre, para descubrir la presencia de la malaria. Hay que hacerlo así para comprobar la eficacia del método utilizado y la eficiencia de su aplicación y para saber en qué momento se consigue la erradicación, pues, a partir de él, se pueden suspender las costosas operaciones de aplicación de insecticidas. Es preciso continuar los trabajos de inspección durante mucho tiempo después de suspender las medidas contra los mosquitos en una zona determinada, y, si se encuentra cualquier foco de infección, se deben adoptar inmediatamente las medidas adecuadas.

## Esfera de acción de las campañas con DDT

### El mosquito de la fiebre amarilla

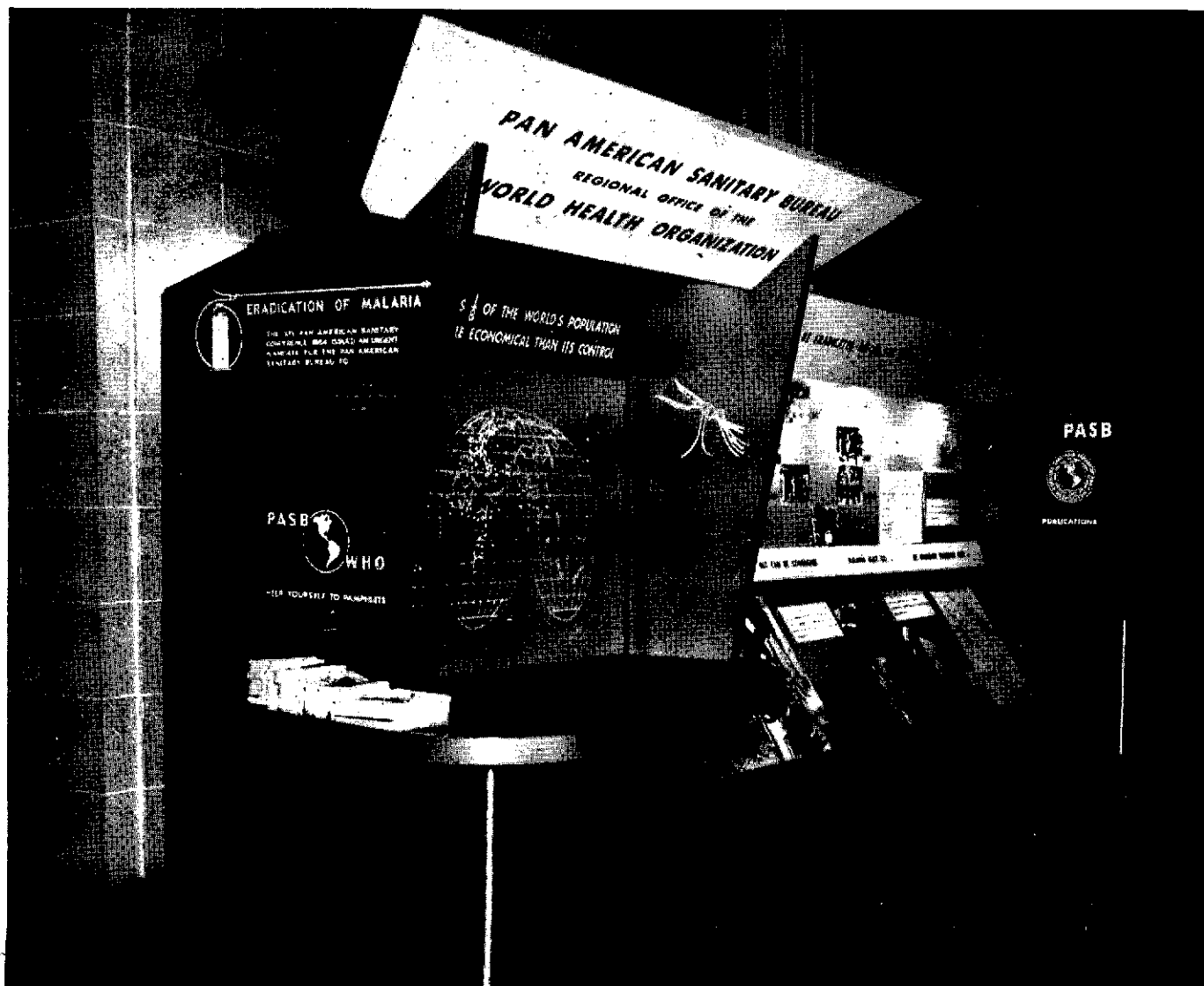
Los mosquitos transmiten tanto la fiebre amarilla como la malaria. Por ello, parece natural que las campañas contra ellos se puedan combinar. En los primeros tiempos, poco después de 1900, lo hizo así el general Gorgas en La Habana. Sin embargo, el *Aedes aegypti* se reproduce en los depósitos artificiales de agua que se encuentran alrededor de las viviendas humanas. Es un mosquito doméstico, aunque se encuentre también en las casas de algunas zonas rurales, mientras el *Anopheles*, o mosquito de la malaria, es manifiestamente rural. Los rociamientos de las viviendas contra

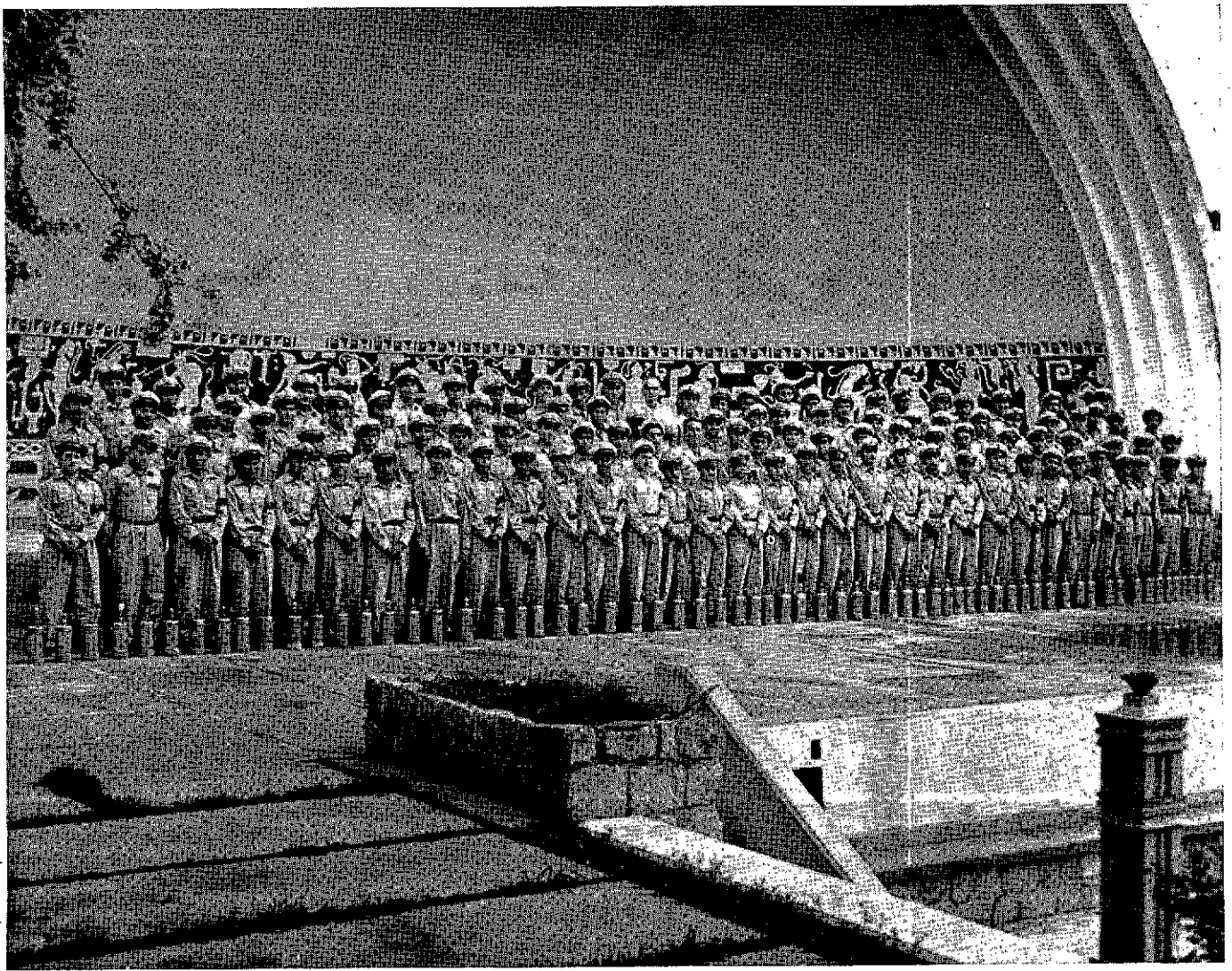
la malaria pueden erradicar el *A. aegypti*, pero un programa dirigido solamente contra éste no contribuye a la erradicación de la malaria.

Para destruir el *A. aegypti* bastan los rociamientos con DDT en los lugares en que el mosquito cría y en sus alrededores, pero para controlar los mosquitos *Anopheles* suele ser esencial rociar por completo las paredes interiores de todas las casas.

Cabe preguntar en qué forma afecta esto al mosquito rural *Anopheles* que se cría en los campos o pantanos. La respuesta, según queda parcialmente explicado anterior-

La exposición premiada, de la OSP, que se presentó en la reunión anual de la Asociación Americana de Salud Pública, Kansas City, octubre de 1955





Personal de los servicios de rociamiento con DDT, dispuesto para actuar, México

mente, es que el *Anopheles* pica de noche. Durante el crepúsculo toma el vuelo desde los campos en busca de seres humanos a los que picar. En ese momento, son muchos los individuos que regresan a sus hogares. El *Anopheles* no tiene sus criaderos en las casas y recorre grandes distancias en busca de sus víctimas humanas, que habitan en ellas. Cuando el mosquito llega a una vivienda, comienza por posarse en las paredes. Al picar a su víctima, se sacia con una succión prolongada o mediante varias succiones breves. En uno y otro caso la proboscis penetra bastante y el proceso de succión requiere algún tiempo porque es, a la vez, un proceso de filtración. El mosquito hace circular por su cuerpo, inmediatamente, el suero o parte incolora de la sangre. Lo que busca son los glóbulos rojos. Si la sangre normal tiene una cierta concentración de estos glóbulos por unidad, la sangre en el interior del mosquito tiene tres veces esa cantidad. En otras palabras, el mosquito

filtra el suero sanguíneo incoloro. Absorbe tanta sangre que su abdomen se abulta visiblemente. Cuando huye con su cargamento, sigue un curso en zigzag y de nuevo, en cuanto puede, busca una pared donde reposar y continuar la filtración o descarga del suero.

En consecuencia, la pared que ha sido rociada con DDT es, en realidad, una trampa, y muy eficaz porque puede actuar en tres momentos contra el mosquito: 1) cuando éste penetra por primera vez en la casa, fatigado de su largo vuelo, 2) cuando después de haber picado a un ser humano e ingerido sangre, va a reposar de nuevo en la pared, y 3) cuando algunos días más tarde retorna en busca de otra comida de sangre y vuelve a posarse en la pared antes o después de la picadura.

Un mosquito no es peligroso inmediatamente después de picar. Ha de transcurrir un período de incubación, de unas dos semanas para que el *Anopheles* pueda infectar a



una nueva víctima. Sin embargo, antes de que esto ocurra, existe, según hemos visto, una triple posibilidad de que el insecto repose en una pared y sea destruído. Hay que conocer este mecanismo de transmisión de la malaria para comprender porqué pueden ser eficaces las campañas antimaláricas, basadas solamente en el rociamiento de las viviendas.

Se debe tener presente otro hecho. El más maligno de los microorganismos de la malaria, el *Plasmodium falciparum*, no vive en general más de un año en el cuerpo humano, pero éste puede recibir nuevos microorganismos; otro de los más comunes en la malaria, el *P. vivax*, rara vez vive más de dos años y medio, y el tercero, el *P. malariae*, puede vivir más tiempo, pero produce pocos casos, por lo que cabe prescindir de él hasta que los demás sean eliminados, erradicándolo luego a medida que, mediante los servicios de inspección, se vaya descubriendo cada caso, aplicándole un tratamiento eficaz de quimioterapia. Generalmente, en el plazo de tres años el microorganismo de la malaria debe morir en los seres humanos si no hay mosquitos que mantengan el suministro de parásitos. Por eso, si el *Anopheles* permanece bajo un control severo durante tres años, no habrá posibilidades de que se infecte nuevamente al atacar a la población humana.

Así ocurrirá, a menos que, después de suspender las medidas de control, reintroduzcan la enfermedad personas llegadas de fuera. De ahí que la erradicación de la malaria deba ir abarcando constantemente nuevos territorios. Tan pronto como una zona quede libre de la enfermedad, el trabajo se debe extender a las zonas limítrofes. Nada es más lógico que, después de haber eliminado la malaria en unos cuantos países de las Américas, se extienda la erradicación a todos los países del Hemisferio. Y, tras las Américas, al mundo entero. Por su propia naturaleza, un programa de erradicación tiende siempre a la universalidad.

### Cómo se propaga la fiebre amarilla

El *A. aegypti* se debe destruir en todas partes, incluso donde no haya habido nunca fiebre amarilla, porque de ese mosquito depende el que un país sea receptivo a una enfermedad pestilencial muy grave. La fiebre amarilla selvática se transmite al hombre en la selva por una u otra de las diferentes especies de mosquitos que allí pululan. La fiebre amarilla urbana es la misma enfermedad transmitida de uno a otro hombre por el *A. aegypti*, mosquito doméstico de los pueblos y ciudades y de ciertas zonas rurales. Cuando el virus de la fiebre amarilla penetra en una ciudad tropical en la que abundan el *A. aegypti* y personas susceptibles, muchas de éstas sufren la infección y existe el peligro de que se produzca grave epidemia.

La fiebre amarilla selvática no se transmite de hombre a hombre. Los mosquitos infectados que pican al hombre en la selva y lo infectan adquieren el virus de los monos o de otros vertebrados selváticos, pero no del hombre.

Es importante destacar este punto porque los animales selváticos—lo mismo que el hombre cuando se encuentra en la selva—se mueven con relativa lentitud a través de ella.

Pero, hoy, un hombre infectado puede tomar un avión y trasladarse a cualquier lugar del mundo dentro del período de incubación de la fiebre amarilla. Anteriormente, ese mismo hombre hubiera tenido que viajar en tren o, para mayores distancias, en barco. Cualesquiera que sean los medios de transporte, el hombre es evidentemente el vehículo que usa el virus de la fiebre amarilla para diseminarse rápidamente a largas distancias.

El último caso mortal de fiebre amarilla se presentó en los Estados Unidos en octubre de 1924, cuando un inmigrante mexicano falleció en Houston, Texas. Había llegado a los Estados Unidos pocos días antes en un barco procedente de Progreso, el puerto principal de la península de Yucatán, situado exactamente frente a Nueva Orleans—que fué donde desembarcó—al otro lado del Golfo de México. Se trasladó a Houston en tren. La misma ruta se sigue hoy, de Progreso a Houston, pero el tiempo necesario para recorrerla se mide en horas en lugar de días.

En 1924, había *A. aegypti* en Progreso, en Mérida, en Nueva Orleans y en Houston. Hoy continúa existiendo en todos esos lugares, lo que hace que sean receptivos a la fiebre amarilla. La costa entera del Golfo de México se halla infestada de *A. aegypti*, tanto en México como en los Estados Unidos. En realidad, trece de los Estados Unidos de América se hallan infestados de *A. aegypti*. La erradicación de tal insecto en tan vasta zona sería una tarea amplia y costosa, pero valdría la pena llevarla a cabo porque representaría la solución definitiva del problema.

No faltan quienes preguntan, "¿por qué no vacunar a todo el mundo contra la fiebre amarilla en las zonas amenazadas? ¿no se evitarían así todos los peligros?". Pero la población de los trece Estados norteamericanos del sudeste infestados de *A. aegypti* es de unos 39,000,000 de habitantes, y otros muchos millones viven en las partes infestadas de México. Vacunar a todas esas personas representaría una ingente tarea, difícil, y aun quizás imposible de realizar con perfección y que, además, se habría de repetir cada seis años, según la práctica actual.

Por otra parte, si el *A. aegypti* se erradicase de la región infestada, la amenaza de la fiebre amarilla desaparecería de una vez para siempre, porque dejaría de existir el mosquito necesario para transmitirla. Una vez que los Estados Unidos de América erradicasen sus mosquitos *A. aegypti*, habría poco peligro de que éstos se reintrodujeran desde los pocos lugares de las Américas en que se encuentran.

### Áreas endémicas de fiebre amarilla

Se debe trazar una clara distinción entre la erradicación del *A. aegypti* y la de la fiebre amarilla. La primera es posible y conveniente; la segunda es imposible. El mosquito



Mono araguato. La fiebre amarilla suele ser mortal para esta especie

se puede erradicar en grandes zonas, y quizás en todas partes; pero la forma selvática de la enfermedad no se puede erradicar, con los medios de que hoy disponemos, de sus refugios en las selvas lluviosas tropicales del Valle del Congo, en Africa, o del Valle del Amazonas, en América del Sur. En el mejor de los casos, se puede prevenir la enfermedad si todos cuantos penetran en esas zonas, y en las selvas próximas a las mismas, se vacunan previamente; pero el virus que causa la enfermedad en el hombre tiene un reservorio extrahumano, por lo que puede vivir independientemente de aquél.

La fiebre amarilla selvática es, por lo tanto, una zoonosis, es decir una enfermedad de los animales transmisible al hombre. Esta zoonosis puede ser enzoótica o epizoótica. La diversidad de formas en que se manifiesta el virus de

la fiebre amarilla en Africa y en las Américas, aunque no en Asia, es muy grande. El propio hecho de que esa enfermedad no se haya presentado nunca en el Asia tropical, en donde las condiciones parecen ideales para ella, es uno de los enigmas permanentes de la medicina moderna.

No es éste el lugar a propósito para tratar de este asunto, pero sí es oportuno destacar el hecho de que la India, Malaya, Indonesia, Filipinas y muchos países vecinos son receptivos a la fiebre amarilla, según la definición usada en este Informe.

#### Irrupciones epidémicas

Quizás sea provechoso recordar que el tipo selvático de la fiebre amarilla se descubrió por primera vez hace solamente 24 años, en 1932. Por eso conviene estar en guardia

al sentar conclusiones, ya que es mucho lo que queda por aprender en esta materia.

Un ejemplo oportuno es el de la epidemia de fiebre amarilla selvática que comenzó en Panamá, en noviembre de 1948, y se fué extendiendo lenta e irregularmente hacia el oeste y hacia el norte, atravesando el centro de América hasta llegar al norte de Honduras en septiembre de 1954. Desde hacía casi treinta años no había habido fiebre amarilla

en esta región. Las numerosas muertes de monos araguatos y araña, durante la reciente epizootia, se comentaron en el Informe Anual de 1954.

Con gran sorpresa para todos, transcurrió el año 1955 sin que se diagnosticase ningún caso humano de fiebre amarilla en toda la parte central de América, donde tampoco se encontró ni un solo caso positivo entre monos. Parecía que la epidemia se había extinguido aproximadamente en

Exposición de la OSP presentada en el Jefferson College, Filadelfia, septiembre de 1955



el límite septentrional alcanzado por el mosquito selvático *Haemagogus spegazzinii falco*. Este mosquito, tan conocido, se hallaba asociado con la fiebre amarilla de los monos en todas partes hacia el sur y el este de Centro América.

Era necesario obrar con cautela, y así se demostró al descubrirse, a principios de 1956, que el virus había hecho dos cosas sorprendentes. No se había extinguido en Honduras sino que, en realidad, había penetrado en Guatemala, alcanzando un punto que estaba solamente a 110 millas de la frontera mexicana. Tenía el mosquito ante sí las generosas selvas lluviosas tropicales, que lo invitaban a entrar en los Estados mexicanos de Chiapas, Tabasco y Veracruz. El segundo hecho fué más sorprendente todavía, puesto que carecía de precedentes: el virus había permanecido durante 21 meses en una pequeña zona de selva costera, del norte de Honduras, en la que no había *H. spegazzinii*.

En la parte principal de este Informe figura una descripción—ilustrada con mapas—de las campañas contra el *A. aegypti* en que coopera actualmente la OSP.

En 1955, México interrumpió, desafortunadamente, el programa de erradicación del *A. aegypti* que había comenzado a perfilarse en Yucatán, pero tras haberse descubierto la existencia de fiebre amarilla en monos de Guatemala se va a reanudar la campaña.

El Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos está investigando la situación relativa al *A. aegypti* en las zonas portuarias y costeras. Como se ha dicho antes, existen fundadas razones para que los Estados Unidos se unan al resto del Continente para terminar de una manera total y definitiva con la posible amenaza de la fiebre amarilla urbana.

Tanto la lucha contra la malaria como el control de la fiebre amarilla reclaman técnicas de erradicación. Y no son los únicos casos, porque el concepto de la erradicación tiene una trascendencia todavía mayor. Hoy existen indicios de que la mejor manera de combatir diversas enfermedades, que se transmiten de modos muy diferentes, es la expansión constante de las campañas de erradicación.

## La lucha contra las treponematosis

### Extensión de las técnicas de erradicación

Al organizar las campañas para la erradicación de la malaria en varios países de este Hemisferio, se estudiaron mucho la estrategia conveniente y los métodos de adiestramiento. En una de las páginas de este Informe, aparece un cuadro en el que se expone el contraste entre los métodos de una campaña que tienda al control y los de otra que tenga por objeto la erradicación. La actitud que en ambos casos se adopta es completamente diferente.

Esta manera general de ver las cosas, estos conceptos sobre la forma de combatir las enfermedades, experimentan actualmente una transformación importante. En lugar de limitarse a contener o reducir una enfermedad, las autoridades de salud pública comienzan a aceptar la idea de que tal enfermedad debe ser exterminada. Es más económico y mejor terminar por completo con las infecciones específicas que mantenerlas, aunque sea en un nivel reducido y casi inofensivo, desde el que, en cualquier momento, puedan resurgir.

De esta actitud son buen ejemplo las nuevas campañas contra la frambesia, una de las cuales casi se ha terminado ya en Haití.

### El éxito de la campaña contra la frambesia

Del mismo modo que una espiroqueta, la *Treponema pallida*, causa la sífilis, otra espiroqueta, que no se puede distinguir morfológicamente de aquella, la *Treponema perenne*, origina la frambesia. La frambesia o pian no es una enfermedad venérea, pero es una infección que desfigura, prevaleciente en la zona del Caribe y en otras partes y que, en 1949, llegó a representar un grave problema de salud pública en Haití.

A base de datos fidedignos, se llegó a la conclusión de que dicha dolencia afectaba entonces de un 40 a un 60% de la población haitiana. Algunas autoridades llegaron a afirmar que se extendía a un 80% de la población rural.

Tres son las formas más corrientes de organizar campañas contra la frambesia: 1) los dispensarios permanentes, 2) las clínicas móviles o ambulantes, y 3) el tratamiento domiciliario, de casa en casa. De estos tres procedimientos sólo se debe tomar en consideración el último si se aspira a una pronta erradicación. En Haití, la experiencia había demostrado que los dispensarios permanentes sólo conseguían atraer a una pequeña parte de la población. Lo mismo se observó en cuanto a las clínicas móviles. Por ello, la

única manera de darle a la campaña la debida extensión era visitar cada vivienda.

La campaña contra la frambesia, que se inició en 1950, se basa en el empleo de la penicilina. Una sola dosis de penicilina hace que un enfermo deje de ser infeccioso. Además, por fortuna, es fácil adiestrar a personas sin experiencia para que realicen los trabajos necesarios. Ese adiestramiento de personal, junto con la experiencia adquirida en anteriores campañas contra el *A. aegypti*, ha hecho que la campaña contra la frambesia, no sólo se haya podido llevar a cabo, sino que haya conseguido un éxito asombroso. Sin embargo, ha habido que prestar suma atención a los problemas de inspección y logística.

Usando la penicilina como el mejor agente terapéutico, se inició en 1950 una campaña con el solo objetivo de erradicar la frambesia.

El Gobierno facilitó personal, combustible y lubricantes por un total de \$196,000 al año. El UNICEF aportó la penicilina, vehículos y otros suministros necesarios, y la OSP contribuyó con personal técnico que cooperó con los servicios de Salud Pública de Haití. Las operaciones locales comenzaron el 20 de julio de 1950.

Desde el 20 de julio de 1950 al 26 de octubre de 1951 se usó el método de clínica ambulante para tratar a 600,000 personas, la mayor parte de ellas en la región meridional del país. A mediados de 1951 se vió con claridad que era necesario cambiar de método. A partir del 27 de octubre de dicho año se generalizó el método domiciliario, de casa en casa. Entonces, la extensión de la campaña llegó

a ser, prácticamente, de un 100%. En la lucha contra la frambesia, tiene una importancia superlativa que el tratamiento se administre a todos los contactos domésticos y no solamente a los casos efectivos de enfermedad.

Para diciembre de 1954 se había tratado con penicilina prácticamente a toda la población de Haití, que asciende a unas 3,500,000 personas. Tras esto, comenzó la fase de liquidación de la campaña. Conviene decir aquí que, si no se presenta ningún caso autóctono durante un período de un año, es casi seguro que se ha conseguido erradicar la frambesia. Aún no se ha confirmado que se haya llegado a tal situación en Haití, pero las encuestas realizadas sobre el terreno, a raíz de la aplicación de un tratamiento colectivo, mostraron que la prevalecencia de la enfermedad había descendido a 0.57%. El índice de casos infecciosos, llamado coeficiente de incidencia, fué sólo 0.15%.

La labor desarrollada en Haití ha demostrado que la clave de la erradicación es una estrecha vigilancia. La erradicación no es nunca fácil ni simple de conseguir. Como ha dicho el consultor encargado del programa: "requiere medios, dinero, tiempo, autoridad y, en los trópicos, sudores".

En Haití, y en las campañas contra la frambesia en general, el empleo de la penicilina va directamente encaminado, en su dosis y métodos de administración, a combatir tal enfermedad. Indirectamente, una campaña de esta clase, si bien no erradica simultáneamente la sífilis, contribuye a reducirla y mantenerla en un bajo nivel, por lo que se puede considerar como un paso hacia la eliminación de las treponematosis, incluida la sífilis.

## Un nuevo punto de vista

### El nivel cero

Hoy se han generalizado mucho las campañas para el control de las enfermedades. Desde que, en las últimas décadas del pasado siglo, se descubrió la relación causal que existe entre los gérmenes y las enfermedades—descubrimiento que hizo de la bacteriología una ciencia independiente—se vienen desarrollando campañas para el control sistemático de ciertas enfermedades transmisibles. La concepción moderna, en cuanto a esas campañas de control, no consiste en permitir que arrastren permanentemente una existencia lánguida, sino en transformarlas en campañas de erradicación y, de ese modo, llegar a ponerles término.

En ciertas enfermedades, ha ido mejorando el control hasta que, por último, la dolencia se ha reducido a tales límites que ha comenzado a vislumbrarse su completa desaparición. Tal es el caso de la malaria en el Hemisferio

Occidental, pues, como ya hemos visto, hoy está en condiciones de que se desarrolle contra ella una campaña decisiva.

Algunas enfermedades parece que se extinguen espontáneamente a medida que evoluciona la civilización. Esto engendra un sentimiento de seguridad. Ya ha dejado de existir el gran temor a la peste y a la viruela, que en otro tiempo, hace más de cien años, aterrorizaban al mundo. Sin embargo subsisten hoy algunos peligros reales. La influenza pandémica de 1918 fué una verdadera hecatombe. La forma paralítica de la poliomieltis va adquiriendo mayor importancia, y en relación con ella surgió la esperanza en todo el mundo al descubrirse la vacuna de Salk.

Cada vez en mayor medida, la amenaza de estas enfermedades transmisibles van engendrando planes de erradicación, en lugar de suscitar temores. La teoría de la erradicación se ha conquistado tal lugar, en la esfera de la salud pública, que, en cuanto a ciertas enfermedades,

no se admite hoy más objetivo que el de erradicarlas. En otras, pudieran resultar aplicables algunas de las técnicas de la erradicación mucho antes de que el fin de tales enfermedades esté a la vista.

La erradicación no es, por lo tanto, meramente un método para combatir una sola enfermedad, como la malaria o un grupo de enfermedades. Representa un punto de vista. El efecto general de la aplicación de los principios de la erradicación es que descubre una era esperanzadora en la que cada vez sean más las enfermedades cuya incidencia se vea forzada a cruzar el nivel cero. Claro que pensar en la erradicación, en un sentido general, representa dirigir la mirada hacia un horizonte muy lejano.

En la tuberculosis se ha conseguido ahora, por primera vez en la historia, que una creciente proporción de enfermos dejen de ser infecciosos mediante un tratamiento con drogas. Nuevas drogas antituberculosas inofensivas, tales como el isoniácida, abren el camino a la quimioprofilaxis. Ya puede decirse que la quimioterapia prolonga indudablemente la vida de numerosos pacientes. Pero aún no se ha determinado en qué medida se reduce la carga que la infección representa para la colectividad.

Es cierto que, durante la última década, las tasas de mortalidad por tuberculosis han experimentado un repentino descenso en todo el mundo. Esto no se limita a los países económicamente preparados para hacer frente al problema de la tuberculosis. En los Estados Unidos la tasa ha descendido de aproximadamente 113 por 100,000, en 1920, a unos 13 por 100,000, en 1953. En Chile, donde en 1920 y años sucesivos la tasa era de unos 250, en la quinta década del siglo bajó a unos 87. En otros países ha ocurrido algo parecido. Los expertos en tuberculosis, de muchas partes del mundo, comienzan a abrigar mucho mayores esperanzas. Uno de los factores del nuevo optimismo es el éxito del tratamiento domiciliario. En algunas localidades el número de lechos disponibles para tuberculosos supera al número de enfermos. Y va desapareciendo la necesidad de grandes sanatorios.

En la lucha contra la tuberculosis está en primer término el descubrimiento de casos, es decir, la localización de las personas que descargan bacilos de esa enfermedad por el conducto respiratorio. Viene después la protección de las personas sanas, aumentando su resistencia, y en esto la OMS y el UNICEF han cooperado extensamente en las Américas en apoyo de las campañas de vacunación con BCG. En tercer lugar está la prevención de la transmisión, a la que está contribuyendo la nueva quimioterapia. Esta es útil incluso en aquellos casos en que no es posible aislar al paciente.

Se está produciendo un cambio de táctica en relación con la tuberculosis. En lugar de construir más hospitales de aislamiento, se presta mayor atención al empleo del isoniácida en el tratamiento domiciliario de los casos conocidos, así como al tratamiento profiláctico simultáneo de las

demás personas de la familia, administrándoles la misma droga en menores dosis. El isoniácida tiene la ventaja de ser económico y fácil de fabricar en cualquier cantidad deseada.

El aspecto más importante de todo esto es que la tuberculosis pudiera ingresar en el grupo de las enfermedades que se encuentran en vías de desaparición.

También en cuanto a la lepra se observa un cambio de actitud. Cada vez es mayor el número de casos en que se paraliza el desarrollo de la enfermedad y se les quita el carácter infeccioso. En centros en que esta dolencia ha constituido un verdadero problema, se tiene hoy la esperanza de que prácticamente todos los leprosos que se sometan a tratamiento podrán, algún tiempo después, reincorporarse a la vida normal. En consecuencia, el problema consiste ahora en reincorporar a esas personas, durante tanto tiempo sin contacto con sus semejantes, a un puesto ordinario dentro de la estructura social. El mayor adelanto se ha conseguido en el tratamiento con sulfonas, que no se deben considerar como una cura inmediata y permanente, sino más bien como un medio de contener la enfermedad, librando al paciente de las bacterias, a fin de que, mediante una acción terapéutica constante, pueda volver al seno de la sociedad.

Vemos, pues, que, como hemos dicho, nos encontramos ante un cambio de táctica. Se trata a los leprosos sin hospitalización, y en los países en que el problema es agudo, pero los fondos escasos, los nuevos métodos están dando lugar a una verdadera transformación en los puntos de vista.

### **Prevención frente a curación**

Hablando en términos generales, puede decirse que la salud pública avanza rápidamente hacia el control, la prevención y, finalmente, la erradicación.

Esto se refleja en las transformaciones que experimentan los planes de estudios médicos, al orientarse hacia la medicina preventiva. También se refleja en la mayor atención que los sindicatos obreros prestan a las cuestiones sanitarias y, en general, en todo el movimiento de seguridad social.

Los departamentos de sanidad figuran en la vanguardia de este movimiento de la medicina moderna que destaca los servicios de prevención. Más vale poner una valla al borde de un precipicio que construir un hospital en el fondo; este antiguo adagio sigue expresando la esencia de la actitud observada en salud pública.

Examinada desde este amplio punto de vista, la transición del control a la erradicación no pasa de ser una de las características de un movimiento más amplio orientado hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Este movimiento se viene desarrollando desde los días en que las autoridades de Inglaterra comenzaron a preocuparse del suministro de agua y de la instalación

del alcantarillado, partiendo de la sencilla tesis de que no hay nación que pueda ser rica si no es una nación sana. El interés que hoy despierta la erradicación representa una fase en la evolución de la medicina preventiva.

Desde un punto de vista puramente económico, la prevención ha tenido siempre aliciente. No sólo cabe decir que un gramo de prevención vale más que un kilo de curación, sino que la pesada carga del costo de la enfermedad se reduce manifiestamente cuando la medicina preventiva

pasa a ocupar el puesto de las medidas paliativas. Los países pequeños y los relativamente poco desarrollados no disponen del capital necesario para establecer abundantes instituciones dedicadas al cuidado de los enfermos. Si sólo se dispone de poco dinero lo mejor que se puede hacer es gastarlo, desde el principio, en medidas de prevención.

De acuerdo con ese criterio general, debemos examinar la política de robustecimiento de los servicios de salud pública seguida por la OSP.

## El fortalecimiento de los servicios de salud pública

### El punto de ataque

La población infantil de la América Latina es relativamente numerosa. Esto se debe en parte a la elevada tasa de natalidad. En los países latinoamericanos el grupo de edad inferior a los 15 años constituye el 40.5% de la población. En otras palabras, casi la mitad de los habitantes son individuos muy jóvenes.

Pero los países latinoamericanos no sólo tienen una población joven, sino un rápido crecimiento. En América del Sur el número de habitantes se ha duplicado en 30 años, y se espera que en los 30 años siguientes se acentúe, todavía más, la inusitada rapidez de ese desarrollo. De 1920 a 1950, el número de habitantes pasó de 60,313,000 a 110,510,000. Se calcula que para 1980 la población se habrá duplicado otra vez y será casi de 223,000,000.

Estos datos relativos al desarrollo de la población se deben estudiar junto con las tasas de mortalidad. Son ocho los países de la América Latina en los que casi una mitad de las defunciones, el 49.1%, se producen en niños de menos de 5 años. En otras palabras, de cada dos entierros uno es de un niño de menos de 5 años. Y este grupo de menos de 5 años no representa más que el 15% de la población. Manifiestamente ese 15% de la población al que corresponde la mitad de las defunciones del país es el que reclama mayor atención por parte de las autoridades sanitarias.

Este es el punto en el que se debe lanzar el ataque para lograr la reducción de las elevadas tasas de mortalidad de ciertos lugares del Hemisferio Occidental. Este es el punto de ataque, porque es el que ofrece mayores oportunidades de éxito.

Otros países han logrado triunfar. El 49.1% de las defunciones que sufre en la América Latina el grupo de edad de menos de 5 años, se debe comparar con las cifras correspondientes a ese mismo grupo de edad en otras partes

del mundo. En Europa la proporción es del 10%. En Canadá y Estados Unidos, de 8.9%. En Australia y Nueva Zelanda ha descendido hasta el 7.3%. Esto indica que las tempranas defunciones de la América Latina se pueden evitar en gran medida.

Al elegir el control de las enfermedades de la infancia como uno de los principales puntos de ataque, la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, guiada por sus expertos, siguió la táctica de buscar el punto débil en la línea enemiga.

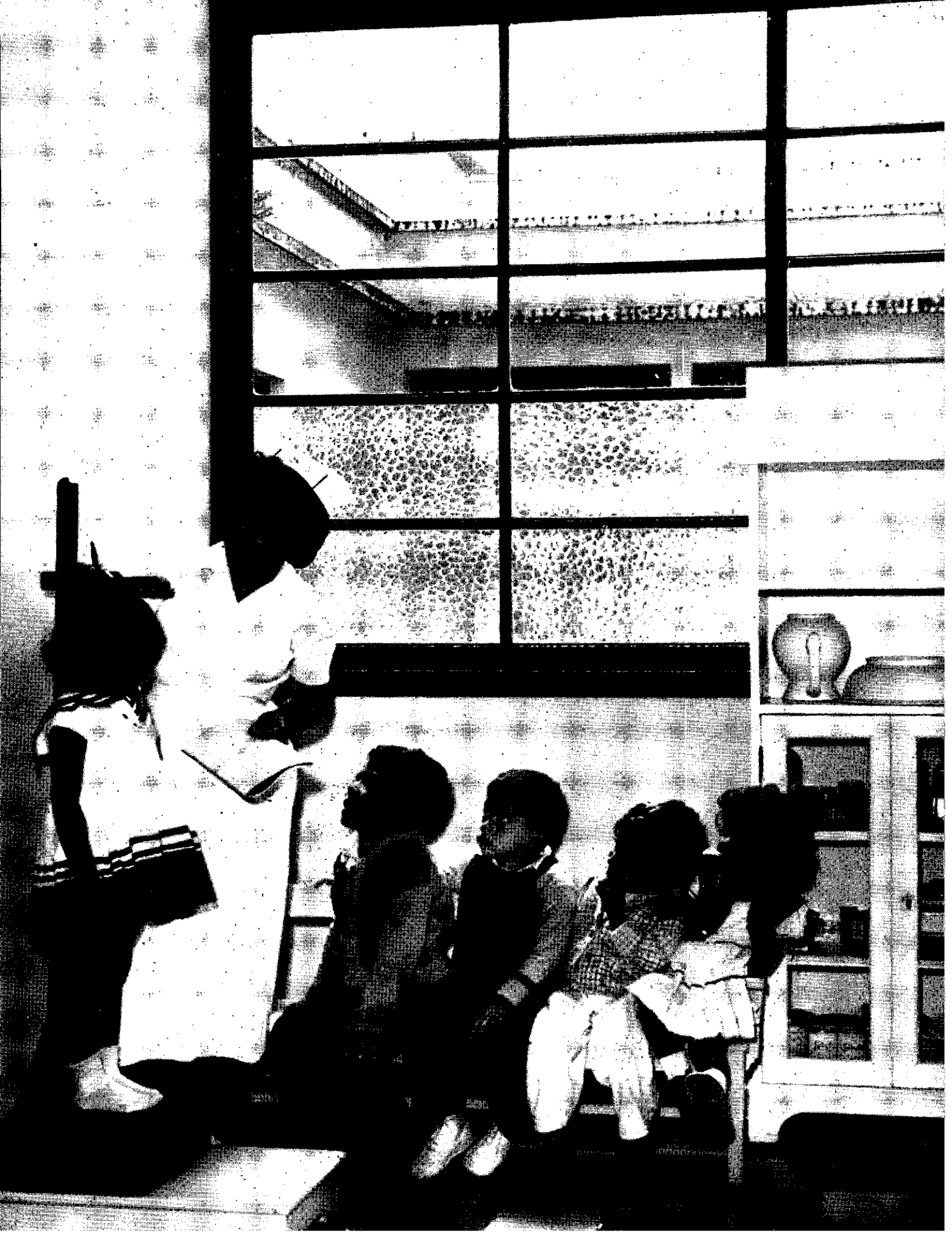
Si recordamos también que la principal causa de defunción entre los niños de unos 18 países sudamericanos son las diarreas, adquiere mayor importancia la recomendación de adoptar medidas en cuanto a las enfermedades gastrointestinales de los niños. El tener a mano abundantes suministros de agua ayuda a evitar las defunciones causadas por la rápida deshidratación que motivan las diarreas.

Otro de los factores puede ser la falta de proteínas en la dieta. La cantidad total de proteínas, la de proteínas animales y la de proteínas lácteas, es para los niños del Canadá y los Estados Unidos mucho mayor que para los de la América Latina. Para estos últimos las cifras son respectivamente 65, 25 y 9 gramos diarios por individuo, mientras para los del Canadá y los Estados Unidos son 90, 61 y 23 respectivamente. Dicho claramente, los niños norteamericanos, en general, reciben mayor cantidad de proteínas en el período de destete.

En la parte principal de este Informe se facilitan mayores datos sobre estas materias.

### Educación y adiestramiento

Mucho es lo que ha hecho este año la OSP en la prestación de asistencia técnica mediante la orientación científica. Esta difusión de información técnica permite que hoy adquieran realidad cosas que antes eran imposibles.





Además de facilitar información técnica, la OSP desarrolla una labor docente mediante la concesión de becas y el apoyo a la organización de seminarios. En otra sección de este Informe se examina más ampliamente la labor de la Oficina en esta esfera.

Este año se ha prestado destacada atención al fortalecimiento de las escuelas de medicina y las de salud pública. Se organizó y se celebró con éxito un seminario, concebido sobre amplias bases internacionales, para estudiar los problemas de la medicina preventiva. En este seminario, que tuvo lugar en Chile, los países sudamericanos establecieron una forma de cooperación en ese terreno que se espera repetir con los otros 11 países de América Latina en un seminario parecido que se celebrará en México el año próximo.

En 1955, se inició una importante encuesta sobre los estudios de pediatría en las escuelas de medicina de la América Latina. La Oficina continúa sus esfuerzos para distribuir publicaciones fundamentales, tales como informes de comités, estudios y bibliografía sobre métodos pedagógicos en el campo de la educación médica. En el cuerpo de este Informe se detallan los proyectos cooperativos en ayuda de escuelas especiales de medicina. También aparecen detalles en cuanto a los estudios sobre educación de enfermería, a la ayuda a los cursos de enfermeras y al adiestramiento de auxiliares de enfermería.

En general, la ayuda a la formación profesional supone la aceptación del principio de que, en el campo de la salubridad, no se pueden realizar progresos sin contar previamente con un personal bien adiestrado.

Las grandes fundaciones, que actuaron durante la primera mitad del siglo XX, van hoy retirándose del campo de la salubridad aplicada, tras haber abierto en él nuevos caminos. En la actualidad están dejando este tipo de trabajo a cargo de organizaciones tales como la OMS y la OSP. Esta, que durante 50 años ha batallado para llegar a la posición estratégica que hoy ocupa, tiene las relaciones necesarias y debe desarrollar y mantener un personal técnico adecuado para cumplir sus compromisos, que van en constante aumento.

El lector encontrará en la parte principal de este Informe una relación detallada de la labor que desarrolla la OSP, mediante la concesión de becas y la ayuda al establecimiento de programas de adiestramiento para personal dedicado a la aplicación directa de las medidas de salubridad.

### Una planificación pertinente

Si hubiera que definir de alguna manera las condiciones sanitarias de ciertos países, se podría decir que, en lo que se refiere al suministro de agua, al alcantarillado y a otros factores fundamentales del saneamiento del medio, se encuentran en la posición en que estaba el resto del mundo, es decir, los países avanzados, hace 75 años. De ahí que,

al señalar la importancia de mejorar el saneamiento del medio, la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana plantea una cuestión estratégica esencial.

La finalidad de los planes nacionales de salubridad es establecer en cada país una serie de servicios, a desarrollar en los cinco o diez años siguientes, para resolver los problemas sanitarios de la nación. La solución de estos problemas se ha de conseguir gradualmente, y las etapas se han de señalar de acuerdo con la relativa importancia de los diversos programas y con la situación técnica, económica y cultural del país.

Una planificación así está integrada por tres factores principales: 1) determinación de los problemas de salud pública, 2) clara visión de los remedios necesarios para solucionarlos, y 3) aplicación de estos remedios de acuerdo con un plan. Claro que lo dicho sigue siendo demasiado general para una aplicación concreta.

La planificación resulta más satisfactoria cuando se centra en objetivos específicos. Teniendo esto presente, las guías y los patrones para la ejecución de programas son útiles si se refieren a aspectos determinados, tales como los laboratorios, la malaria, la nutrición, la viruela, la eliminación de basuras y la coordinación de los servicios de salud pública.

Los servicios coordinados de salud pública son también, como es natural, un reflejo directo de la planificación sanitaria nacional. Un programa de salud pública se traza teniendo la mirada, a un mismo tiempo, en las necesidades y los recursos del país. Este programa se puede desarrollar en diversos planos: el nacional, el regional o el local. Hay

Alumnas de los servicios auxiliares de enfermería, Costa Rica



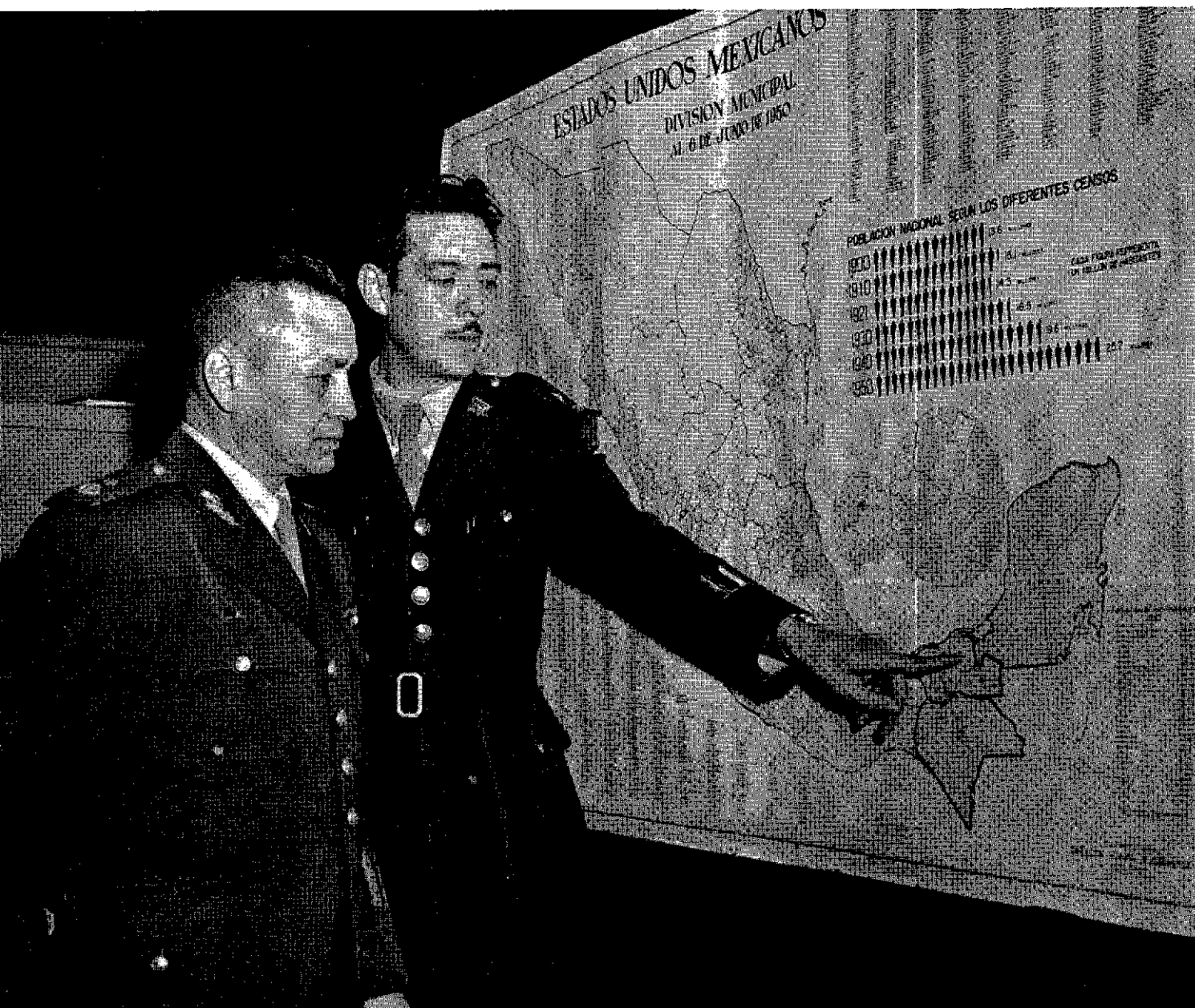
una consideración práctica de la que depende que los programas coordinados se desarrollen bien: la asignación de buenos sueldos. Es necesario insistir en la importancia fundamental del trabajo a tiempo completo, la remuneración adecuada, la estabilidad de la carrera sanitaria y, como es lógico, la competencia técnica.

Los planes de la Oficina Sanitaria Panamericana continúan girando alrededor de tres puntos principales: la erradicación, la coordinación y la educación. Es preciso seguir trabajando en la erradicación de ciertas enfermedades. Al mismo tiempo se necesita una labor constante para vigorizar el funcionamiento diario de los servicios de salud pública, y, a la vez que se hace todo esto, hay que continuar destinando una cantidad considerable, quizás una tercera parte, del esfuerzo y del dinero a fines de educación.

Para mejorar todavía más un programa de planificación es necesario tratar de un modo especial los problemas de diferentes países. Cada año se recoge nueva información sobre estos problemas. En la próxima reunión cuatrienal de la Conferencia Sanitaria Panamericana, que se celebrará en 1958, se presentará un informe general de las necesidades sanitarias, país por país. Entre tanto, por medio de sus relaciones, su personal de campo, sus Oficinas de Zona, sus reuniones anuales y su constante movimiento de personal, entre los servicios de la sede y los de campo, la OSP va adquiriendo un conocimiento práctico de las condiciones de cada país. A base de ese conocimiento se aprueban y ejecutan los distintos proyectos.

La labor realizada en 1955 se examina detalladamente en las siguientes Secciones de este Informe.

## **ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN 1955**



Arriba: Planeamiento de la campaña de erradicación de la malaria en México  
Derecha: Juegos saludables al aire libre, en una playa latinoamericana

# ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN 1955

## Finalidad de esta sección

Esta segunda parte del Informe Anual del Director, que es una de las más importantes, expone con mayor detalle la labor en que cooperó la Oficina Sanitaria Panamericana durante 1955. En la introducción se ha dicho algo de los fines generales y de los principales programas de la OSP. También se han expuesto en ella, en forma concisa, algunos antecedentes y se ha presentado un panorama global del tipo de trabajo realizado por la Oficina en dicho año. En esta sección el informe examina concretamente las actividades desarrolladas en 1955, en tareas específicas y en localidades determinadas.

La labor realizada se refiere: 1) a las enfermedades transmisibles, 2) a la administración de salud pública, y 3) a la educación y adiestramiento. Estos son los tres aspectos principales, y sólidamente establecidos, de las actividades de la OSP. A cada uno se le dedicará un capítulo separado, precedido de su propio índice. El año pasado el tipo de trabajo correspondiente a cada uno de estos capítulos principales se definió con tres palabras: ERRADICACION, INTEGRACION y EDUCACION. Lo mismo se podría hacer ahora, con la excepción de que en 1955 el personal prestó también mucha atención a la PLANIFICACION, especialmente a los planes nacionales e inter-países a largo plazo. Esa planificación se puede considerar como una fase inicial necesaria para la integración.

## Una característica destacada

En la labor realizada en 1955 se aprecia, como característica general, la forma en que se entrelazan todas las actividades, a modo de una red extendida por todo el Hemisferio. En este Informe no se presentan unos programas dispersos y sin relación unos con otros. Se describen en él las diversas campañas mediante las que los países de las Américas agrupan sus fuerzas en una serie de programas entre los que existe una estrecha correlación.

Este carácter hemisférico de la labor de la OSP se reflejó fuertemente en las reuniones, ya mencionadas, de los cuerpos directivos de la OSPA, entre las que se deben mencionar la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada a fines de 1954, y las tres reuniones del Comité Ejecutivo y la del Consejo Directivo, que tuvieron lugar en 1955. Lo mismo cabe decir en cuanto a la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en México, D. F., durante el mes de mayo.

Esta vinculación continental, simbolizada por la OSPA/OMS y sus cuerpos directivos, da a los programas descritos en este informe unos rasgos comunes y hace que se destaquen aunadamente como expresión unificada de lo que se está haciendo nacional e internacionalmente para mejorar la salud en el Hemisferio Occidental.



**Parte II—ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN 1955**

	<i>Página</i>
<b>Enfermedades transmisibles .....</b>	<b>29</b>
<b>Administración de salud pública.....</b>	<b>73</b>
<b>Actividades educativas y publicaciones.....</b>	<b>103</b>

## **ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**

## ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

	<i>Página</i>
<b>La malaria y sus problemas afines.....</b>	<b>29</b>
<b>Erradicación de la fiebre amarilla y del <i>Aedes aegypti</i>.....</b>	<b>41</b>
<b>Treponematosis .....</b>	<b>48</b>
<b>Viruela .....</b>	<b>52</b>
<b>Tuberculosis .....</b>	<b>55</b>
<b>Esquistosomiasis .....</b>	<b>56</b>
<b>Rabia .....</b>	<b>58</b>
<b>Lepra .....</b>	<b>60</b>
<b>Tifo .....</b>	<b>61</b>
<b>Peste .....</b>	<b>63</b>
<b>Tos ferina.....</b>	<b>64</b>
<b>Influenza .....</b>	<b>65</b>
<b>Poliomielitis .....</b>	<b>65</b>
<b>Hidatidosis.....</b>	<b>67</b>
<b>Diarreas .....</b>	<b>68</b>
<b>Zoonosis .....</b>	<b>70</b>



# ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

## La malaria y sus problemas afines

Desde que, en 1902, se celebró en Washington, D. C. la Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, los países de este Continente han mostrado, en todo momento, un creciente interés en el problema de la malaria. Entre las obligaciones establecidas en la reunión del 12 al 14 de diciembre de 1902, figuró "la destrucción de mosquitos y otros insectos". Ya en 1907, estos países, por mediación de su Oficina Sanitaria Internacional, pedían que se librasen de impuestos las compras de mosquiteras y del petróleo destinado a la lucha contra los mosquitos; pedían también que se suprimieran los impuestos sobre la quinina, que se intensificasen los trabajos de investigación y que se diera mayor publicidad a las campañas contra la malaria. Desde entonces esta enfermedad ha sido objeto de repetidos debates y acuerdos, revisados todos ellos en el primer informe de la Comisión de Malaria de la OSP presentado, en 1942, a la XI Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en Río de Janeiro.

Poco después, la introducción del DDT como insecticida de acción residual afectó profundamente no sólo los métodos de lucha contra la enfermedad sino también las concepciones relacionadas con ella. Rociando una o dos veces al año las paredes interiores de las viviendas, el DDT mata a los *Anopheles* que se posan en ellas, y continúa ejerciendo esa acción durante meses. La importancia del DDT radica en su bajo costo y en su eficacia. Del mismo modo que la reducción de costos condujo a la expansión de las campañas de control de la malaria, el DDT nos ha llevado a la erradicación de la enfermedad. Se comenzó a disponer del DDT de acción residual en 1946, y para 1950 ya había triunfado la campaña de erradicación de la malaria en los Estados Unidos.

A medida que los programas de erradicación llegan hasta las fronteras nacionales, la expansión ulterior de tales programas pasa a ser función de los organismos internacionales. Con el fin de hacer frente a este problema en el Hemisferio Occidental, la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Ciudad Trujillo en octubre de 1950, abogó por un programa continental para eliminar por completo la malaria, que aún conservaba el 25% de la extensión que alcanzó en otro tiempo.

Aunque se abrigaron muchas esperanzas, a fines de 1954 no se había reducido tal proporción más que al 22%. Alarmado ante la lentitud de los progresos y temeroso de la posibilidad de que los mosquitos *Anopheles* desarrollasen resistencia a los insecticidas de acción residual, el Director

de la OSP, Oficina Regional de la OMS, llamó especialmente la atención sobre la urgente necesidad de acelerar el programa de erradicación.

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en 1954, comprendió la necesidad de obrar con rapidez, y autorizó un aumento inmediato en los gastos, por la suma de \$100,000 anuales. Ese aumento permitió la creación, en 1955, de la Oficina de Coordinación del Programa de Erradicación de la Malaria (COMEP), instalada inicialmente en México, D.F. (AMRO-90).

Los fines que tuvo presentes la OSP al establecer este organismo fueron los siguientes:

- 1) Desarrollar estándares técnicos para los programas de erradicación de la malaria.
- 2) Asesorar técnicamente a los gobiernos en la planificación, ejecución y evaluación de los proyectos de erradicación de la malaria.
- 3) Adiestrar personal para las actividades de erradicación de la malaria.
- 4) Asesorar sobre los procedimientos técnicos que permitan llevar a feliz término los proyectos de erradicación.
- 5) Desarrollar un sistema de notificación y evaluación.

Desde principios de 1955, el COMEP ha facilitado a los gobiernos los servicios de asesoramiento que éstos le han pedido, proporcionándoles orientaciones para convertir los programas de control de la malaria en proyectos de erradicación, y ha contribuido eficazmente a la organización y contratación de personal, para los servicios de administración, y locales con el fin de atender a las necesidades y exigencias de la campaña de erradicación de la malaria en todo el Hemisferio.

De las 36 naciones y territorios infectados de malaria en el Hemisferio Occidental, la OSP/OMS está facilitando asesoramiento técnico y otras formas de colaboración a 21. El UNICEF ha proporcionado ayuda, en forma de suministros y equipo, a 19 de ellos. Entre los demás organismos participantes, la ICA es el que ha prestado mayor asistencia, extensiva a varios países y mantenida aún en cuatro.

El UNICEF adoptó la erradicación de la malaria como una de las actividades más destacadas de su programa. El apoyo inicial fué para la labor que se estaba realizando en México. Decidió también aprobar solamente los nuevos proyectos antimaláricos que tuviesen por objeto la erradicación. Se estimuló la conversión de todos los proyectos de control en proyectos de erradicación. El apoyo del

UNICEF fué de suma importancia para el desarrollo de las extensas campañas de esta clase.

Ya se ha dicho algo en la Introducción acerca de la especial importancia que tienen en el Hemisferio Occidental las campañas de erradicación de la malaria. Se ha dedicado considerable espacio al examen de los aspectos más amplios del programa de erradicación de tal enfermedad, a los principios generales comprendidos en él y a la rápida difusión de las técnicas de la erradicación. En las páginas siguientes se darán detalles sobre los proyectos de erradicación de la malaria que hoy se encuentran en ejecución y en los que coopera la OSP en varias partes del Hemisferio.

No será posible separar todo esto de las actividades referentes a la erradicación del *Aedes aegypti*, pues éstas se encuentran estrechamente enlazadas con las de la malaria. Así debe ser. Durante 1955, varios de los proyectos examinados en este informe se combinaron en una operación encaminada simultáneamente contra la malaria y la fiebre amarilla. Como se ha explicado en la Introducción, esto es posible porque tanto las campañas de erradicación de la malaria como de la fiebre amarilla van encaminadas a la destrucción de los mosquitos vectores de esas enfermedades, si bien se emplean técnicas diferentes.

Sin embargo, por diversas razones, es muy probable que, en muchos aspectos, sea necesario mantener separadamente, durante algún tiempo, las campañas de erradicación de la malaria y del *Aedes aegypti*. Tales razones son: 1) administrativas, 2) geográficas y 3) prácticas.

Los métodos de rociamiento con DDT, o con otros insecticidas, son fundamentalmente similares en el caso de la malaria y en el del *Aedes aegypti*, pero difieren en detalles importantes. Al adiestrar al numeroso personal que se necesita para ese trabajo, lo más fácil y mejor es prepararlo para un programa determinado y no para varios a la vez. Las técnicas son tan nuevas y las áreas geográficas tan diferentes que conviene evitar las confusiones a que se prestaría la combinación de las orientaciones para la eliminación del *Aedes aegypti* con las de la erradicación de la malaria. Además, la erradicación del *Aedes aegypti* comprende el ataque contra las larvas y se encamina contra todos los mosquitos de tal especie, mientras que la erradicación de la malaria se puede conseguir matando solamente aquellos mosquitos que penetran en las moradas humanas.

El *Aedes aegypti* es un mosquito urbano. Los anofelinos son mosquitos rurales. Para erradicar la malaria en una ciudad grande basta con rociar las casas de los alrededores. El cinturón de edificios circundante es suficiente para atrapar los mosquitos rurales. Para evitar la transmisión de la malaria no es necesario hacer nada contra el *Aedes aegypti* en la ciudad. Geográficamente, pueden haber otras diferencias entre las zonas en que se encuentran los dos tipos de mosquitos. En los Estados Unidos, por ejemplo, se ha erradicado la malaria, pero el *Aedes aegypti* subsiste en grandes zonas. Aquí se presenta, pues, el problema de

erradicar el *Aedes aegypti*, pero no hay por qué hacer nada contra el *Anopheles*. En consecuencia, muchas veces lo mejor es abordar los problemas de la erradicación de la malaria y de la erradicación del *Aedes aegypti* como dos operaciones diferentes, cada una de las cuales tiene sus fines propios y requiere un tratamiento diferente.

De la serie de mapas y gráficas que acompañan al texto de este informe se desprende claramente que nos estamos refiriendo a dos campañas hemisféricas importantes y firmemente establecidas. Y si importante es el trabajo de erradicación de la malaria, no tienen menor importancia las campañas contra el *Aedes aegypti* por el peligro de que la fiebre amarilla se extienda hacia el norte.

## Proyectos

En 1955, se trabajó en trece proyectos relativos a la malaria y al control de los insectos: tres de ellos son de erradicación de la malaria (Bolivia-4, Paraguay-1 y AMRO-90); seis son proyectos coordinados sobre una u otra fase de la erradicación de la malaria y del *Aedes aegypti* (Colombia-5, Haití-4, México-53, República Dominicana-2, AMRO-7 y AMRO-8) y cuatro son exclusivamente de erradicación del *Aedes aegypti* (Argentina-51, Cuba-1, Uruguay-51 y AMRO-88).

En un capítulo siguiente dedicado a la fiebre amarilla, se hará referencia a lo que falta por decir sobre el trabajo antiamarílico como actividad separada en la que se interesó la OSP durante 1955.

En el Paraguay continuó con éxito durante el año la labor de erradicación del *Aedes aegypti*, y en agosto se comprobó que todos los núcleos de población del país eran negativos, según el criterio establecido por la Oficina para tal declaración (Paraguay-1). Sin embargo, como medida de precaución se decidió continuar el trabajo y la verificación durante otro año, antes de declarar que el mosquito ha sido erradicado del país.

La frecuencia y la gravedad de la malaria en el Paraguay son objeto de informes contradictorios. La cuestión planteada es la de si se deben rociar las 85,000 viviendas de la zona malárica.

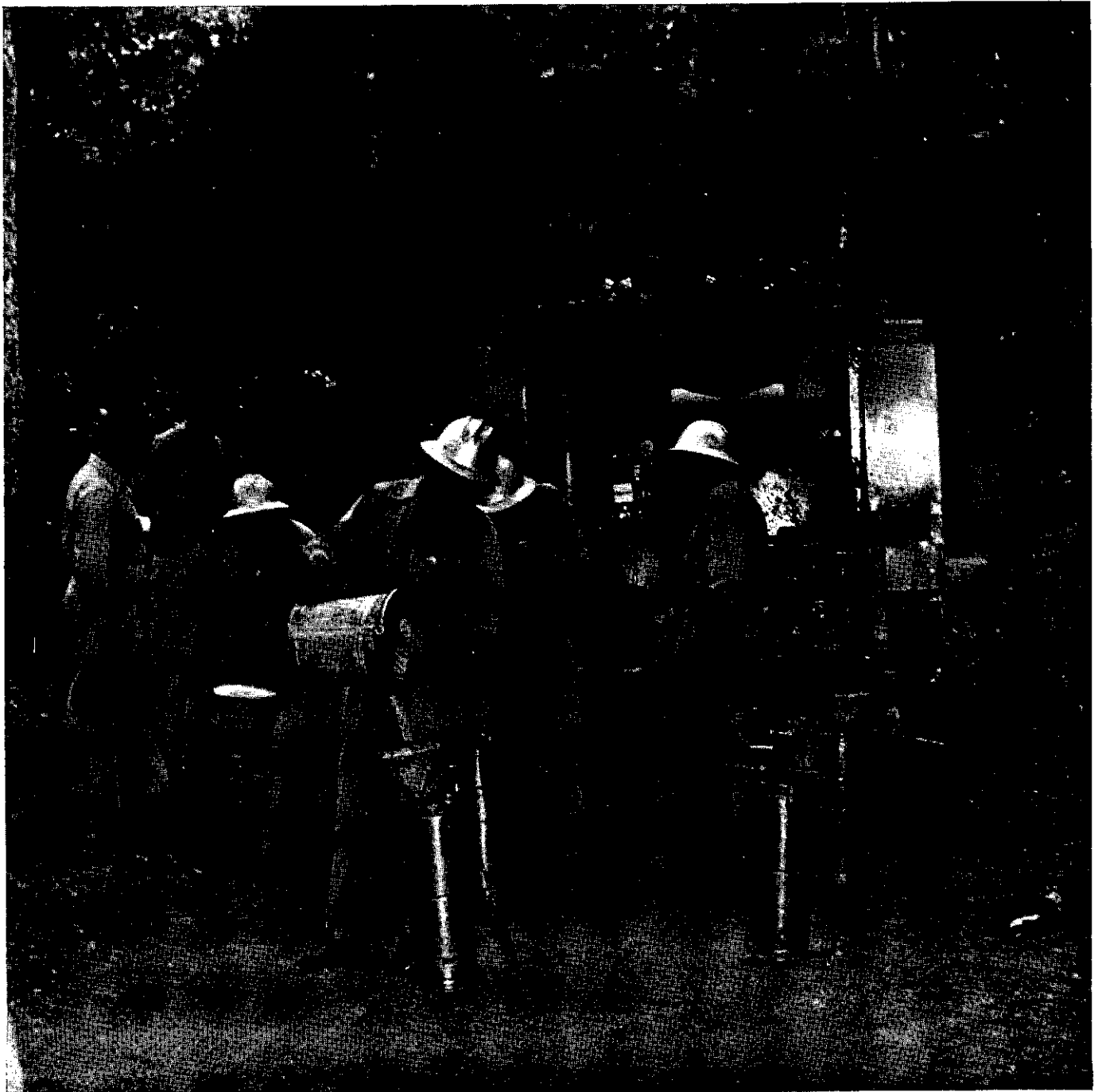
El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay viene prestando atención al problema de la malaria desde 1950. En octubre de dicho año se firmó un acuerdo con la Oficina y el UNICEF, cuya ejecución se suspendió más tarde. Sin embargo, en 1951, se hicieron algunos trabajos. Consistieron éstos en encuestas parasitológicas limitadas, llevadas a cabo en la región meridional y en la región central del país.

El paso siguiente fué la iniciación de una pequeña campaña con DDT, que abarcó 3,950 casas y benefició a 19,268 personas. Luego, se extendió el programa cada año a una nueva zona. En 1952, aumentó en 50,284 el número de personas protegidas; en 1953, el aumento fué de 20,619; y en 1954, de 37,065.

En 1955, se examinaron más de 4,000 muestras de sangre, que rindieron un índice parasitológico del 1.1 por ciento. Continuaron en menor escala los rociamientos con DDT. Las becas para trabajos entomológicos de laboratorio le han proporcionado al Paraguay un personal poco numeroso pero bien adiestrado para el examen de portaobjetos de malaria.

En 1955, continuaron en el Paraguay, aunque en limitada escala, las actividades para el control de la malaria, y, hacia fines de octubre, se habían rociado con DDT 5,000 edificios. La cantidad de DDT puro utilizada se elevó a 1,250 kilos, beneficiándose de estas operaciones unas 25,000 personas. A fin de obtener la información básica necesaria, el 14 de octubre se inició una encuesta con la

Mezcla del insecticida para los trabajos de erradicación de la malaria



colaboración de la Oficina. Además de personal del COMEP fueron contratados con tal fin cuatro consultores a corto plazo, e intervino personal nacional. La encuesta se llevó a cabo en las partes del país que se consideraban afectadas, calculando que se necesitarían unos 3 meses para llevar a cabo la labor. Los primeros resultados han demostrado que en el Paraguay existe la malaria, si bien no abunda. Se han encontrado mosquitos anofelinos, aunque entre ellos no ha aparecido más que un espécimen del *A. darlingi*.

La Oficina ha cooperado asimismo con el Gobierno de Bolivia en un programa de control de insectos (Bolivia-4). Con el fin de transformar este programa en un proyecto de erradicación de la malaria, en 1955 se adoptaron medidas para iniciar una encuesta en la totalidad de las zonas maláricas.

En una región, que anteriormente se hallaba muy infectada, se están llevando a cabo operaciones de control mediante el rociamiento de 32,000 casas, por un costo anual de \$72,000. Para la erradicación se habrá de cubrir un número tres veces mayor, o sea 130,000 casas.

En cumplimiento del programa ordinario, del 1 de enero al 25 de noviembre de 1955 se rociaron más de 18,000 casas, con lo que se protegió a 87,484 habitantes.

Rociador en plena tarea



Mucho es lo que se ha hecho en Colombia para el control de la malaria (Colombia-5). La grave infección existente en las partes sin proteger del país constituye el 13 por ciento de la malaria que hoy queda en las Américas.

Colombia se divide en cinco zonas geográficas distintas, y en todas ellas existe malaria. Hay siete especies de mosquitos *anopheles* conocidos como vectores de la enfermedad, y los más importantes son el *A. albimanus* y el *A. darlingi*. En un cuadro cuidadosamente preparado, en el que aparecen todos los datos por provincias, el total de casas de las zonas maláricas asciende a 1,028,847. Esta cifra se desprende del censo de 1951. Para 1956, el total se calcula en 1,152,000 casas. En el control de la malaria, desde principios de año hasta el 31 de octubre, se rociaron con DDT 210,009 casas, protegiendo a 1,262,129 habitantes.

De conformidad con los planes para la erradicación de la enfermedad, se están adoptando medidas para preparar una encuesta completa, en todas las zonas maláricas, que se efectuará en 1956. La encuesta durará probablemente diez meses, y después de ella se pondrá en efecto el programa de erradicación. La Oficina coopera en la encuesta y en el programa de erradicación de la malaria mediante el envío de dos consultores internacionales, además de los dos consultores que trabajan ya en la erradicación del *A. aegypti*. La fase de erradicación de este insecto ha continuado de acuerdo con lo previsto en el programa. Hasta el 31 de octubre se ha trabajado en 638 localidades, de las que 16 han resultado positivas.

Hace 15 años, en la República Dominicana se reconoció que la malaria constituía un importante problema de salud pública (República Dominicana-2). Por lo costoso de los métodos utilizados en aquellos tiempos, la protección no se pudo extender más que a pequeñas zonas.

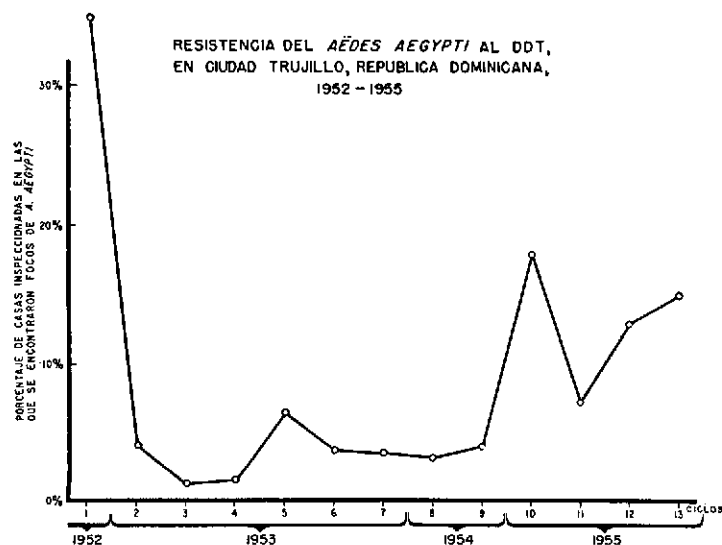
A partir de 1945 se comenzó a utilizar el DDT, primero en forma experimental y luego con mayor amplitud. Para 1949 el DDT reemplazó, por completo, a los antiguos métodos clásicos. En 1945 se consumieron 144 libras de tal insecticida. En el año siguiente el consumo se elevó a 889 libras y, a partir de entonces, ha aumentado prácticamente todos los años, en volumen considerable, hasta que, en 1954, ascendió a 146,299 libras. Se aprecia la misma expansión en el número de personas protegidas que, de 3,341, en 1946, pasó a 1,000,000, en 1954.

En octubre de 1952, firmaron un acuerdo el Gobierno de la República Dominicana, la OMS y el UNICEF. La cooperación con la Oficina y el UNICEF permitió al Gobierno duplicar sus actividades. El desarrollo del programa continuó vigorosamente. La adición de dos nuevas brigadas de trabajo a las 15 ya existentes constituye la nota más destacada de 1955. Las zonas cubiertas por estas brigadas de trabajo se extendieron considerablemente. La labor realizada en 1955 se refleja en las siguientes cifras: casas rociadas con DDT, 193,035; DDT consumido, 187,284 libras.

La Secretaría de Estado de Salud Pública tiene 132 destacamentos sanitarios operando por toda la república. Esos destacamentos comunican semanalmente a la División de Malariología los casos en que se sospecha o se ha diagnosticado la malaria. Se practican exámenes de laboratorio, con todos los portaobjetos recibidos, para la identificación de parásitos. Durante el año se recibieron bastante más de 2,000 muestras de sangre procedentes de 88 localidades, y los análisis dieron resultado positivo en un 15 por ciento de los casos.

El acuerdo firmado recientemente por el Gobierno de la República Dominicana con la OSP y el UNICEF, para la erradicación de la malaria en el país, transformará la presente campaña de control en una de erradicación que comenzará en enero de 1956, y durará cuatro años. El rociamiento se hará por ciclos, establecidos para cada zona, utilizándose un sistema de evaluación perfeccionado. Con este fin se ha decidido incrementar a 28 el número de brigadas de trabajo. El UNICEF va a aportar mayor cantidad de equipo y materiales. El país se va a dividir en 28 zonas, de las que unas se rociarán dos veces al año con DDT y otras una vez con dieldrín. Se numerarán las casas, y dentro de cada zona se definirán los itinerarios que se hayan de seguir. También se está reorganizando el sistema de notificación de casos de malaria para cubrir las regiones rurales.

La erradicación del *A. aegypti*, en la República Dominicana, comenzó en Ciudad Trujillo en octubre de 1952. Se extendió entonces a la zona circundante. En 1953, el control se hizo llegar a Hato Mayor, una ciudad al este de Ciudad Trujillo, y a Higüey y El Seybo, poblaciones centrales situadas más hacia el este. La campaña se hizo extensiva también a la ciudad de Santiago, en una dirección enteramente diferente, considerablemente hacia el noroeste. Ese fué el límite de la campaña en 1953.



Zona II. Sede de la Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo, Villahermosa, Tabasco, México

Se inició una encuesta preliminar sobre el *A. aegypti* en las zonas rurales, y hasta la terminación del año se encontraron unas 221 localidades infestadas de dicho insecto.

Aparte de la ciudad de Santiago, por su extensión la segunda de la república, no es mucho lo que se ha hecho contra el *A. aegypti*. Para conseguir la erradicación de este vector en todo el país, habrá que cambiar las técnicas considerablemente. Será necesario comenzar a trabajar en un sector seleccionado y luego ir extendiendo las actividades de una manera sistemática a otros.

En Ciudad Trujillo, en una primera inspección de 28,671 casas, se encontraron 10,018 infectadas, lo que rindió un índice de 34.9 por ciento. En el segundo ciclo, este índice se redujo a 4.2 y en el tercero a 1.4, lo que permitió considerar la erradicación del *A. aegypti* en la capital como una posibilidad inmediata.

Sin embargo, en el cuarto ciclo se observó un aumento, que continuó hasta el décimo ciclo en que el índice llegó al 18 por ciento. Posteriormente, ha habido más fluctuaciones. Así se puede ver en la gráfica que aparece a la izquierda mostrando cómo, a pesar de los constantes ciclos de rociamiento, el índice osciló entre 1.4 y 34.9, terminando, en la última parte de 1955, en el 15 por ciento.

De varios hechos se desprende que el *A. aegypti* ha desarrollado en la capital resistencia al DDT. Esto es inquietante. La cuestión está siendo objeto de detenido estudio para llegar a tener la seguridad de que no existe otra explicación del fenómeno observado.

En los demás lugares de la República Dominicana, tales como La Romana y San Pedro de Macoris, la erradicación del *A. aegypti* no plantea ningún problema serio. Los índices son bajos, inferiores al 1 por ciento. En Hato



Vehículos facilitados por el UNICEF a la Comisión Mexicana de Erradicación del Paludismo

Mayor, Higüey y El Seybo, el índice fué cero. Los trabajos futuros dependerán, en gran parte, del resultado de las actividades desarrolladas en Ciudad Trujillo. Al progresar satisfactoriamente los trabajos de erradicación en el interior, se van concentrando mayores esfuerzos en la capital.

Durante el año 1955 se trabajó contra la malaria en tres regiones de Haití (Haití-4). El número de casas rociadas se elevó a 283,047 y la protección se extendió a 904,324 personas, lo que representa la duplicación de las tareas realizadas en 1954.

Se preparó un nuevo proyecto de erradicación de la malaria, para comenzar a ejecutarlo en 1956. Mediante él se rociarán una vez al año, con dieldrín, las casas de

toda el área infestada del país. El costo de la campaña de 1955 fué de \$0.125 por habitante y \$0.69 por casa. Tanto el personal del Gobierno como el internacional han recibido el necesario adiestramiento preliminar para convertir el programa actual en uno de erradicación.

En la campaña de erradicación del *A. aegypti* en Haití se practicó una minuciosa investigación de casa en casa. Después del sexto ciclo, en Port-au-Prince el índice del *A. aegypti* era 7.7 por ciento. Desde mediados de octubre se comenzó a trabajar en el séptimo ciclo. Los índices iniciales de *A. aegypti*, correspondientes a otras diez localidades del país, variaron entre un 11 por ciento y un 69 por ciento, cifra a la que se llegó en Cap Haitien. El servicio

de erradicación del *A. aegypti* se dispone a abarcar mayor territorio en 1956, utilizando unidades móviles para atender a las localidades pequeñas.

Ha sido éste un año de capital importancia para la erradicación de la malaria en México (México-53). La elaboración del mayor proyecto del mundo destinado a la erradicación de la malaria comenzó el 2 de enero y culminó el 6 de diciembre. En ese día, el doctor Carlos Luis González, en representación del Director de la OSP, firmó en nombre de la OSP/OMS el Plan Tripartito de Operaciones con tres ministros (Salubridad, Relaciones Exteriores y Hacienda) del Gobierno de México y el Director Ejecutivo del UNICEF. Este Plan comprende cinco años de actividades, que terminarán en 1960; el período de septiembre de 1955 a septiembre de 1956 es el año preparatorio y se destina al adiestramiento de personal, a la delimitación de las zonas maláricas y a otros varios estudios. El período de 1956 a 1960 se necesitará para cubrir por completo las zonas maláricas de la república.

Se han de realizar más de 15 millones de rociamientos, con un consumo aproximado de 15 millones de libras de insecticida, para lo que se utilizarán unos 2,000 rociadores, 600 vehículos y un personal de unos 3,000 empleados. El Gobierno de México aportará 150 millones de pesos mexicanos durante la totalidad del período de operaciones, y el UNICEF proporcionará equipo y suministros cuyo costo se calcula en \$8,400,000. La OSP/OMS coopera con servicios de asesoramiento técnico y con becas.

Al finalizar el año, se había llegado a un acuerdo general en cuanto a la estructura y organización de la Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo en México. Hay un Consejo Directivo presidido por el Secretario de Salubridad e integrado por 5 miembros nombrados por el Presidente de la República, además de los asesores internacionales de la OSP/OMS, el UNICEF y la ICA. Está subordinada a este Consejo la Oficina del Administrador de Salubridad y sus empleados, a la que se encuentra agregado el personal internacional de México-53.

Los que han de desempeñar los puestos más importantes recibieron una preparación intensiva en un seminario de cuatro semanas, celebrado con participación de personal internacional. Han sido adiestrados para la campaña 28 médicos, 18 ingenieros, 28 jefes de sector y 24 sanitarios. En Tabasco se ha organizado una zona de adiestramiento para que el personal haga prácticas. También han sido adiestrados 25 entomólogos y 25 microscopistas, y, para fines de 1955, se había establecido en firme un plan cronológico de actividades. Semanalmente se celebran reuniones para someter a continuo examen todos los elementos comprendidos en el proyecto de erradicación de la malaria.

La Oficina de Zona ha sometido a estudio del Secretario de Salubridad un plan de operaciones que tiene por objeto la erradicación del *A. aegypti* en cuatro años, a partir de 1956, con un gasto de 3,800,000 pesos al año.

La presente campaña contra el *A. aegypti* se inició en Mérida, Estado de Yucatán, tras haber descubierto en unas investigaciones preliminares una infestación considerable en aquella ciudad. El personal internacional se compuso de un consultor médico y un inspector sanitario.

El índice de *A. aegypti* se redujo de 29 a 2.9 por ciento después del primer ciclo de rociamiento. El trabajo comenzó con 20 hombres a los que se incorporaron, en junio de 1955, 125 rociadores, recientemente adiestrados, que trabajaron hasta el mes de agosto. Se completó en Mérida el segundo ciclo de la campaña, y se realizaron investigaciones preliminares en 89 localidades de las zonas rurales próximas a la ciudad.

La campaña de Mérida se suspendió temporalmente en septiembre, y la cooperación internacional se orientó hacia otros proyectos en la zona. Más tarde, ha habido indicaciones de que el trabajo contra el *A. aegypti* se reanudará oportunamente.

Desde hace largo tiempo la malaria ha sido un importante problema de salud pública en grandes regiones de los países centroamericanos y de Panamá (AMRO-7). En ellas, como en otras regiones, esta enfermedad, transmitida

#### Entomólogo en busca de mosquitos para el estudio de la malaria, Tierra Colorada, Tabasco, México



por insectos, es una de las mayores causas de morbilidad y mortalidad. En los últimos 5 años, la malaria ha originado en esta región numerosas víctimas entre los lactantes y niños.

Los Gobiernos de todos estos países han realizado considerables progresos en el establecimiento de campañas nacionales contra tales enfermedades. Esas campañas han reducido mucho la incidencia de la malaria, pero no han conseguido eliminar la enfermedad como problema de salud pública, ni se ha logrado erradicar por completo, en toda la región, el mosquito *A. aegypti*.

Entre las actividades desarrolladas en 1955 figuran las dirigidas a convertir varias campañas de control en campañas de erradicación. Los mayores progresos se hicieron en El Salvador, donde se terminó la conversión del control en erradicación en 1955. El Salvador ha preparado, por lo tanto, el camino para un programa de erradicación de la malaria en el que se comenzará a trabajar a principios de 1956.

"¿Tiene usted la casa dispuesta para que la rociemos?", pregunta el hombre del DDT, en Tabasco, México



Guatemala ha completado todos sus preparativos para transformar sus trabajos de control en un programa de erradicación. Se han delimitado las zonas endémicas. La fase de conversión se extenderá al año siguiente, pero es de esperar que en 1956 se ponga en marcha un programa de erradicación de la malaria.

Honduras ha aprobado la legislación para un plan modelo de erradicación de la malaria, como primer paso importante para convertir el control en erradicación. Del mismo modo, otros países de Centro América se disponen a hacer los cambios necesarios en favor de campañas de erradicación. En toda Centro América existe un intenso interés en la rápida expansión del trabajo antimalárico y, como ya se ha indicado, las actividades preliminares se encuentran bien avanzadas en dos países. En los demás las campañas de erradicación se encuentran, en unos casos, definitivamente planeadas para completarlas en breve plazo y, en otros, están en su fase de desarrollo. Dos reuniones inter-países de los jefes y personal de las secciones de malaria de los Ministerios de Salud Pública, celebradas durante el año, contribuyeron mucho a impulsar los principios y las fases preparatorias de la erradicación de la enfermedad.

A todo este trabajo en Centro América y Panamá el COMEP ha aportado orientaciones y estímulo.

En noviembre de 1955, un consultor de la OSP visitó Guatemala en relación con la erradicación del *A. aegypti*. Los planes que se están trazando reclaman la intensificación de las actividades en el país así como la reorganización e intensificación del trabajo de erradicación en El Salvador y en Honduras. El año próximo se hará un examen final de la labor desarrollada en Panamá y Nicaragua. Lo mismo se hará en Costa Rica y Belice cuando se disponga de personal.

En el área del Caribe, se están aplicando programas de control de la malaria en siete lugares: Jamaica, Guadalupe, Dominica, Santa Lucía, Granada, Trinidad y Surinam (AMRO-8).

En cinco de estos siete territorios—Jamaica, Santa Lucía, Dominica, Granada y Surinam—se está haciendo todo lo posible para conseguir la erradicación de la malaria antes de que finalice 1957. En Dominica el problema no es serio. En Santa Lucía y Granada se han localizado las áreas endémicas y están siendo tratadas con DDT. En Jamaica, se está preparando el rociamiento dos veces al año, y prosiguen los estudios para determinar la distribución exacta de la enfermedad. En Surinam se llevó a cabo en 1955 una delimitación similar de las zonas maláricas.

La malaria endémica tiene fuerte arraigo en ciertas zonas de Trinidad y pudiera persistir durante algún tiempo por las dificultades especiales que plantea el control del *Anopheles bellator*, vector de la malaria que se reproduce en plantas bromeliáceas de difícil acceso. En Guayana Británica la dificultad consiste en que ciertas zonas endémicas del interior no son fácilmente accesibles.



Jamaica ha completado dos ciclos de rociamiento residual de todas sus zonas endémicas. La transmisión de la malaria experimentó un acentuado descenso. En una conferencia de funcionarios de salud pública de Jamaica, celebrada a fines de 1955, la oficina del COMEP planteó el problema de la erradicación de la malaria.

El programa de control de la malaria en Guadalupe se encuentra en vigor desde hace algunos años. En 1955, el Gobierno pidió la colaboración de la OSP. En Dominica la transmisión de la malaria descendió pronunciadamente en 1955, tras de un rociamiento residual de toda la isla. En Santa Lucía se completaron en 1954-55 cuatro ciclos de rociamiento de viviendas. También en este caso, y según todos los indicios, la transmisión se ha reducido a un mínimo. Además, se ha establecido definitivamente un programa para el tratamiento residual de sus zonas endémicas, que se aplicará dos veces al año durante los próximos tres años. En Granada se han completado dos años de tratamiento residual de las zonas endémicas. La información malariométrica indica un rápido descenso en la transmisión.

En Surinam continuó en 1955 el tratamiento residual de las zonas endémicas.

Bermuda es totalmente negativa en cuanto al *A. aegypti*. Con la llegada de un instructor de campo a las Bahamas, en noviembre de 1955, se espera que se acelere la campaña contra el *A. aegypti*. La labor de erradicación en Nueva Providencia, isla cuya capital es Nassau, se completará para 1956. En otras islas habitadas de las Bahamas, la campaña de erradicación habrá de continuar durante todo el año 1957.

En Jamaica la erradicación del *A. aegypti* en la capital, Kingston, y sus suburbios se encuentra sobre buenas bases para 1956. En 1955, Jamaica tuvo que atender a los problemas de contratación de personal. El 1 de enero comenzaron los trabajos ordinarios de inspección y tratamiento perifocal, en un ciclo de tres meses.

El programa de rociamiento residual para la erradicación de la malaria resultó eficaz contra el *A. aegypti*, según indican las encuestas ultimadas durante 1955. Esta relación demostrada entre las dos campañas se ha observado también en otras partes. El programa de erradicación de la malaria continúa en las zonas rurales.

En los centros urbanos de Puerto Rico la infestación de *A. aegypti* sigue constituyendo un problema digno de atención. La visita de un consultor de la OSP, a principios de 1955, contribuyó a reorientar el trabajo.

En las Islas de Sotavento se encuentra firmemente establecido el tratamiento perifocal, aplicado cada tres meses. En Antigua, isla coralífera que depende del consumo de agua de cisterna, el rociamiento constituye un difícil problema que requiere minuciosa atención para poder llegar a erradicar la enfermedad. San Cristóbal, que tiene mejor suministro de agua, conducida por cañerías, ha

respondido rápidamente al tratamiento sistemático. Es de esperar que la erradicación se consiga en el plazo de doce meses.

Por lo que se refiere a las Antillas Francesas, integradas principalmente por las islas de Guadalupe y Martinica, las actividades se han pospuesto hasta el año próximo. Se va a firmar un acuerdo con la OSP sobre la erradicación del *A. aegypti*.

En 1955, Granada, una de las Islas de Barlovento, era completamente negativa en lo que se refiere al *A. aegypti*. También se han hecho buenos progresos en San Vicente y Dominica.

Barbados reorganizó por completo, durante el año, su programa contra el *A. aegypti*. Esto se hizo mediante la cooperación entre el Gobierno y la OSP. Hoy cuenta la isla con los servicios de un instructor de campo que tiene allí su destino permanente. La campaña está bien organizada. Sin embargo, no se espera conseguir la erradicación antes de 1957. La isla de Trinidad atrajo mucha atención durante todo el año 1954 por la repentina aparición en ella de fiebre amarilla. Las campañas contra el *A. aegypti* en las zonas rurales continúan desarrollándose satisfactoriamente.

Las Antillas Neerlandesas reorganizaron completamente sus campañas contra el *A. aegypti* a principios de 1955. Curazao completó el rociamiento residual en diciembre de dicho año. Aruba completará su programa en febrero de 1956. En ambas islas se tropezó con dificultades superiores a las corrientes. No fué eficaz ni el trabajo larvicida con DDT, en los depósitos de agua, ni el rociamiento residual con el mismo insecticida. Sin embargo, se consiguieron buenos resultados mediante el rociamiento residual, con dieldrín, de todas las viviendas. En Surinam el tratamiento residual para la erradicación de la malaria y del *A. aegypti* cubrió, en 1955, toda la zona costera del país. La Guayana Francesa continuó negativa durante el año.

El consultor principal para el proyecto de erradicación del *A. aegypti* en la Argentina (Argentina-51) llegó al país el 1 de junio. Más tarde, en julio y agosto, se unieron a él dos inspectores sanitarios.

Se estableció en Corrientes el primer centro de adiestramiento para inspectores, quienes serán los que lleven el mayor peso de la campaña. La ciudad no había sido tratada con insecticidas y se creyó que se encontraría *A. aegypti* durante la estación cálida.

El primer grupo de guardas nombrado por el Gobierno comenzó su adiestramiento en agosto. Doce de ellos fueron aprobados. Un segundo grupo de 17 inició su adiestramiento en octubre. En ese mismo mes se estableció un servicio de inspección fluvial. Para fines de octubre se habían inspeccionado, en Corrientes, 6,756 casas y 84,198 focos de reproducción del mosquito. Se encontró *A. aegypti* en 24 casas situadas en 24 manzanas diferentes.

Puede afirmarse que en la Argentina se ha erradicado

la malaria, aunque aún subsiste una pequeña cantidad de infección esparcida sobre una extensa zona.

Hay en la Argentina dos zonas en que la malaria era endémica: 1) la zona noroeste y 2) la zona costera. Entre ambas suman 2,000,000 de habitantes. Antes de 1947 había un promedio anual de 250,000 casos. A partir de dicho año se emplearon métodos de control. Respondieron éstos a todas las variedades antilarvales conocidas, y demostraron ser sumamente eficaces. La malaria descendió en 1947 y 1948, llegando a un nivel muy bajo en 1949. Este bajo nivel de casos clínicos ha continuado hasta el momento actual. Muy probablemente la endemidad cesó en los años inmediatamente posteriores a 1947. En un cuadro que cubre de 1949 a 1954, el número de casas rociadas descendió de 161,703 a 108,440. El número de personas protegidas en 1954 se elevaba a 1,585,800 en una población total de aproximadamente 18 millones de habitantes, la mayoría de los cuales vivían en regiones no maláricas.

En Cuba comenzó una campaña de erradicación del *A. aegypti* a fines de 1953 (Cuba-1). Esta campaña continuó durante todo 1954 y 1955, año en que se firmó un acuerdo entre el Gobierno y la OSP extendiendo los trabajos hasta fines de 1956.

Tratamiento de un pozo con DDT, en México, para la erradicación del *Aedes aegypti*. Como la cantidad utilizada es muy pequeña, el agua no sufre ninguna contaminación perjudicial



Almacenamiento de DDT en Barranquilla, Colombia, para el programa de control de insectos del Caribe

Al finalizar 1955 las campañas de erradicación cubrían, en su totalidad o en parte, las siguientes provincias de Cuba: Habana, Matanzas, Pinar del Río, Santa Clara, Camagüey y Santiago de Cuba. Se comprobó que el 92 por ciento de las municipalidades y el 79 por ciento de las zonas rurales tenían una elevada tasa de infestación.

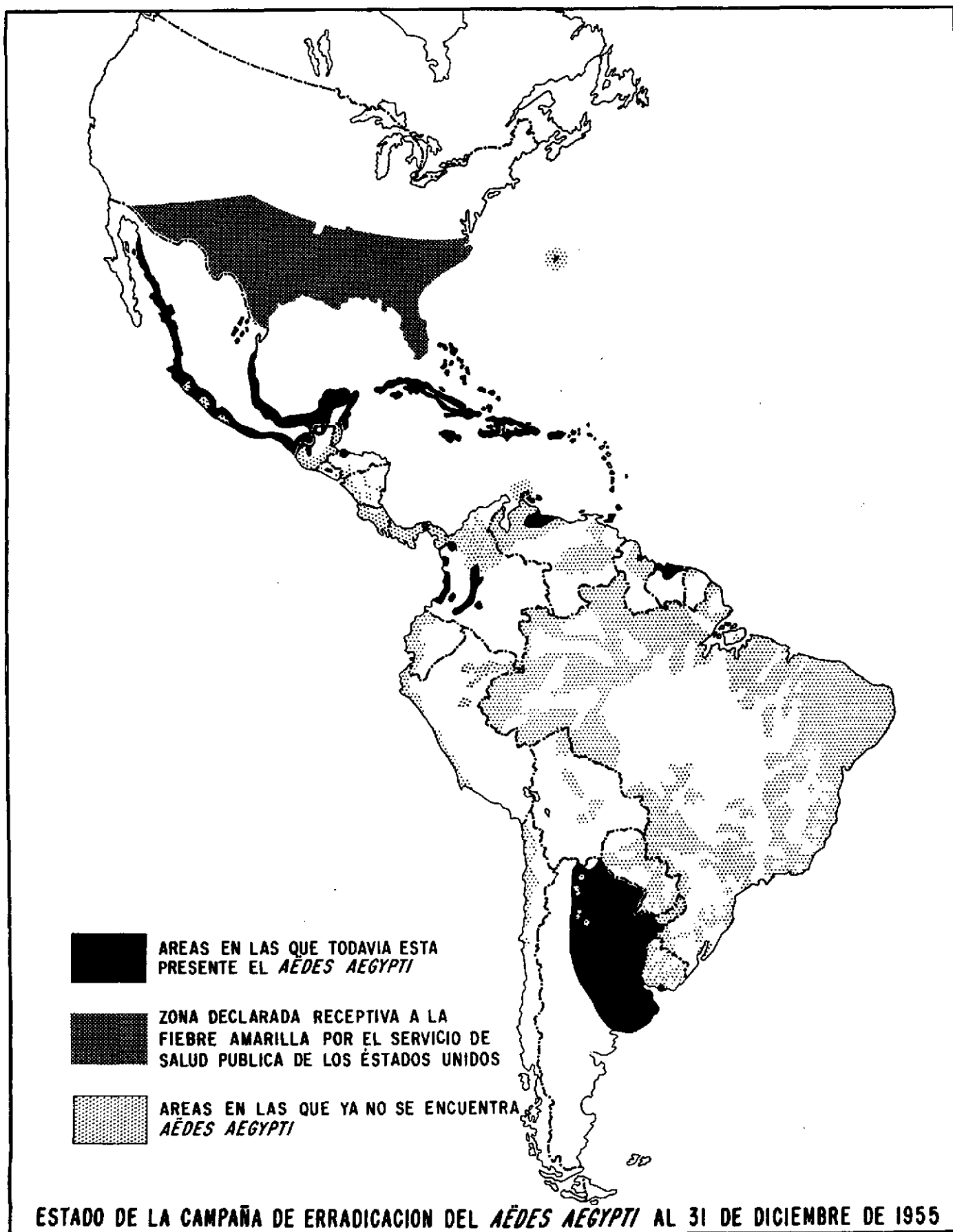
En La Habana, después de un segundo ciclo de rociamiento que se completó en 1955, el índice de *A. aegypti* descendió a 8.9 por ciento. Durante el año el número total de edificios tratados se elevó a 123,000.

En las operaciones realizadas durante 1955 participaron 13 inspectores y 150 rociadores. Se calcula que este grupo de personal será aumentado considerablemente para rociar, en un plazo prudente, el 1,250,000 casas de toda el área infestada del país, de *A. aegypti*.

En Cuba la erradicación de la malaria se encuentra en su primera fase (Cuba-5). En una visita a dicho país, el jefe del COMEP cambió impresiones con el personal de la zona y con las autoridades sanitarias del Gobierno sobre un plan para iniciar la erradicación de la malaria en el territorio nacional. Esta labor comenzará con una encuesta para determinar exactamente cuáles son hoy las zonas maláricas. En la planificación participan el Ministro de Salubridad y otras autoridades sanitarias del país.

Han continuado los éxitos de la campaña de erradicación del *A. aegypti* desarrollada en el Uruguay (Uruguay-51). En julio, el inspector sanitario de la OSP fué trasladado a la Argentina para realizar una labor parecida. Al finalizar el año, se había establecido en el aeropuerto internacional de Carrasco un servicio permanente de control, y se estaban trazando planes para extenderlo a otros aeropuertos del país. En Montevideo continuaba el tercer ciclo de verificación.

Hoy se cree que tanto el Uruguay como el Paraguay se encuentran libres de *A. aegypti*, pero continuarán las compro-





Medición de DDT seco para mezclarlo con agua, en Barranquilla, Colombia

baciones, y las declaraciones oficiales de erradicación se harán probablemente en 1956.

### Otras campañas contra el *Aedes aegypti*

Desde 1947, la Oficina Sanitaria Panamericana viene dedicando intensos esfuerzos a erradicar el *A. aegypti* en el Hemisferio Occidental (AMRO-88). Se ha prestado constante estímulo y asesoramiento técnico a casi todos los gobiernos del Hemisferio. En este informe se ha hecho referencia a los proyectos específicos que se encuentran ya en operación.

Los resultados de las campañas contra el *A. aegypti* han sido hasta ahora muy satisfactorios. Se ha conseguido la eliminación del vector de la fiebre amarilla urbana en extensas zonas, así como una gran reducción en el índice de infestación en otras áreas. Es necesario extender ese trabajo a las regiones en que se ha comprobado reiteradamente la existencia del vector y a otras en que existen circunstancias favorables para su propagación. El reciente hallazgo de casos de fiebre amarilla, en monos de lugares próximos a áreas infestadas de *A. aegypti*, hace que esta labor sea más apremiante.

En consecuencia, en 1954, se elaboró un proyecto interzonas para la continuación de los servicios de un consultor en erradicación de dicho mosquito. Este programa, conocido como AMRO-88, siguió vigente en 1955. El proyecto se destina a intensificar y a coordinar el trabajo de erradica-

ción mediante programas específicos, el adiestramiento y la supervisión de personal y el perfeccionamiento de los métodos estándar, así como a suministrar información para ayudar y fomentar la colaboración de los países.

En septiembre de 1954, y de conformidad con lo dispuesto por el Consejo Directivo, se estableció el proyecto interzonas (AMRO-88) para una mejor coordinación de toda la campaña que se venía desarrollando desde 1947 contra el vector urbano de la fiebre amarilla. Se encargó de la supervisión del proyecto la oficina del jefe de la División de Salud Pública, con la finalidad de que el consultor tuviera más autoridad y libertad de acción y de ponerlo en condiciones de prestar mayor ayuda a los países que luchan por este problema.

El personal de la Oficina para este servicio está integrado por un consultor regional, seis asesores (oficiales médicos) y 16 instructores de campo. Este personal se distribuye entre distintos países y territorios con los que colabora la Oficina.

Se están desarrollando cuatro programas: 1) el trabajo en Argentina, Cuba, Paraguay y Uruguay, 2) los programas en Colombia, Haití y República Dominicana, 3) los programas de control de insectos en Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, combinados en un programa especial designado como el AMRO-7, y 4) diez y siete territorios

Captura de los mosquitos: cuando éstos se posan sobre la piel se les aspira en el interior de un tubo y luego se transfieren a un frasco transparente



combinados en un proyecto regional conocido como el AMRO-8. Los cuatro proyectos citados no cubren toda la labor. Otros países tales como el Brasil, Chile, El Salvador, Costa Rica, Venezuela, Guayana Británica, Belice, Martinica y Puerto Rico desarrollan campañas contra el *A. aegypti* sin ayuda directa de la OSP. No se desarrolla ninguna campaña de esta clase en los Estados Unidos, en Surinam ni en el archipiélago de Guadalupe.

Se han interrumpido las campañas de México y del Perú, y en Bolivia, Bermuda y la Guayana Francesa ha terminado la labor.

Lo espuesto cubre toda la región en estudio, excepto los 17 territorios de las islas Bahamas y de las de Barlovento y Sotavento.

En general, cabe decir que las campañas contra el *A. aegypti* se desarrollan con bastante lentitud, lo que se debe principalmente a la insuficiencia de personal local y, en algunos casos, a fluctuaciones temporales en el interés suscitado por este asunto.

Durante el año se prestó especial atención a los territorios del área del Caribe. Como se ha dicho ya, se iniciaron con éxito las actividades en dos de ellos: Curazao y Aruba. En el tercero, se llevará a cabo durante el año próximo un plan de trabajo en el que colaborará la OSP.

Se han hecho gestiones para interesar a los Estados Unidos en una campaña contra el *A. aegypti*. En marzo, el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, junto con un consultor del programa AMRO-88, asistió a una reunión de la "Florida Antimosquito Association", celebrada en Panama City, Florida, en la que se facilitó información sobre la labor desarrollada en todo el Continente contra el *A. aegypti*. En septiembre, tuvo lugar en Filadelfia una conferencia para conmemorar el centenario de la graduación del doctor Carlos J. Finlay, en el Jefferson Medical College de aquella ciudad, y el Director de la

OSP expuso la necesidad de llevar a cabo una campaña en los Estados Unidos. En la misma ocasión, el consultor de AMRO 88 leyó un trabajo dando cuenta de los progresos conseguidos en la campaña realizada en las Américas. Como se ha indicado en otra parte, en la reunión anual de la Asociación Americana de Salud Pública, celebrada en noviembre de 1955, se aprobó una resolución especial pidiendo la iniciación en los Estados Unidos de una campaña de erradicación del *A. aegypti*. En relación con tal campaña, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos está estudiando el problema del *A. aegypti* en los puertos y aeropuertos del sur del país.

Fué un tanto desconcertante la información recibida durante el año acerca de la resistencia del *A. aegypti* al DDT en Trinidad, hecho que se observó el año pasado. El mismo tipo de resistencia se manifiesta en Ciudad Trujillo, República Dominicana. A fin de hacer frente al problema se recomendó modificar la preparación utilizada de DDT y, como último recurso, substituir el DDT por otro insecticida de acción residual que se pudiera usar en depósitos de agua potable. El consultor y los oficiales médicos encargados de AMRO-88 publicaron el año pasado un manual de normas técnicas y administrativas, que se utilizó durante 1955. Se ha ensayado provisionalmente en México y la Argentina otro manual para inspectores, y en la actualidad la OSP prepara su publicación y distribución. El Boletín de la OSP publica todos los meses en forma de cuadros la información recibida sobre la situación en las Américas, en lo que respecta al *A. aegypti*.

El estado general del trabajo, país por país, se puede apreciar mejor en el mapa del Continente, en la página 39, que indica los países y territorios afectados por el problema, y en las gráficas de las dos páginas subsiguientes, que presentan la situación existente a fines de 1955.

## Erradicación de la fiebre amarilla y del *Aedes aegypti*

Durante el año 1955 se notificaron 38 casos de fiebre amarilla selvática en las Américas, cifra que admite una favorable comparación con la de 78 casos notificados en 1954. En el cuadro en la página 44 se presenta la distribución por países, desde 1951.

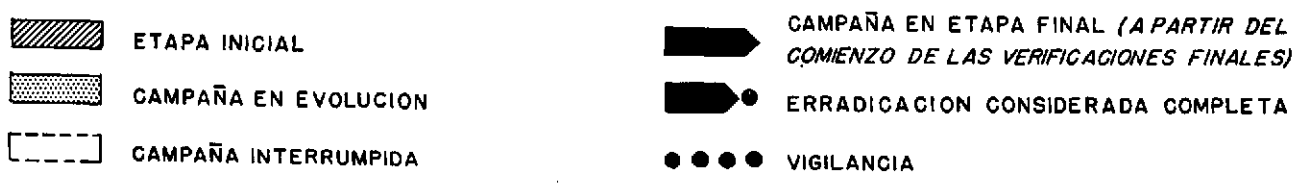
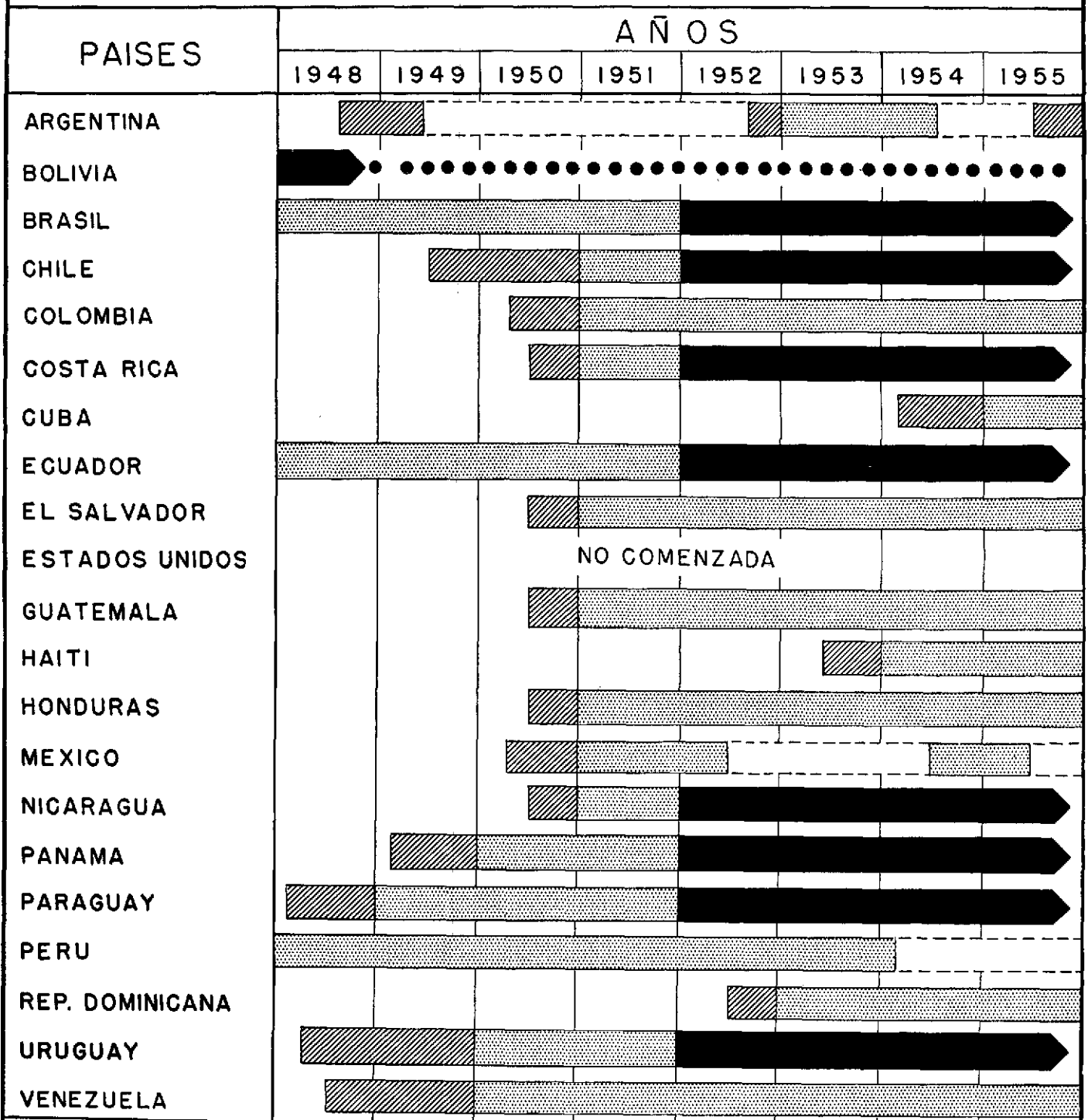
Todos los casos de 1955 se confirmaron por métodos de laboratorio. Treinta y uno fueron mortales y se confirmaron por examen histopatológico del hígado. La confirmación de los otros 7 se hizo por aislamiento del virus. En el mapa

que figura en la página 44 se indica la distribución de los casos entre las principales divisiones administrativas de cada país.

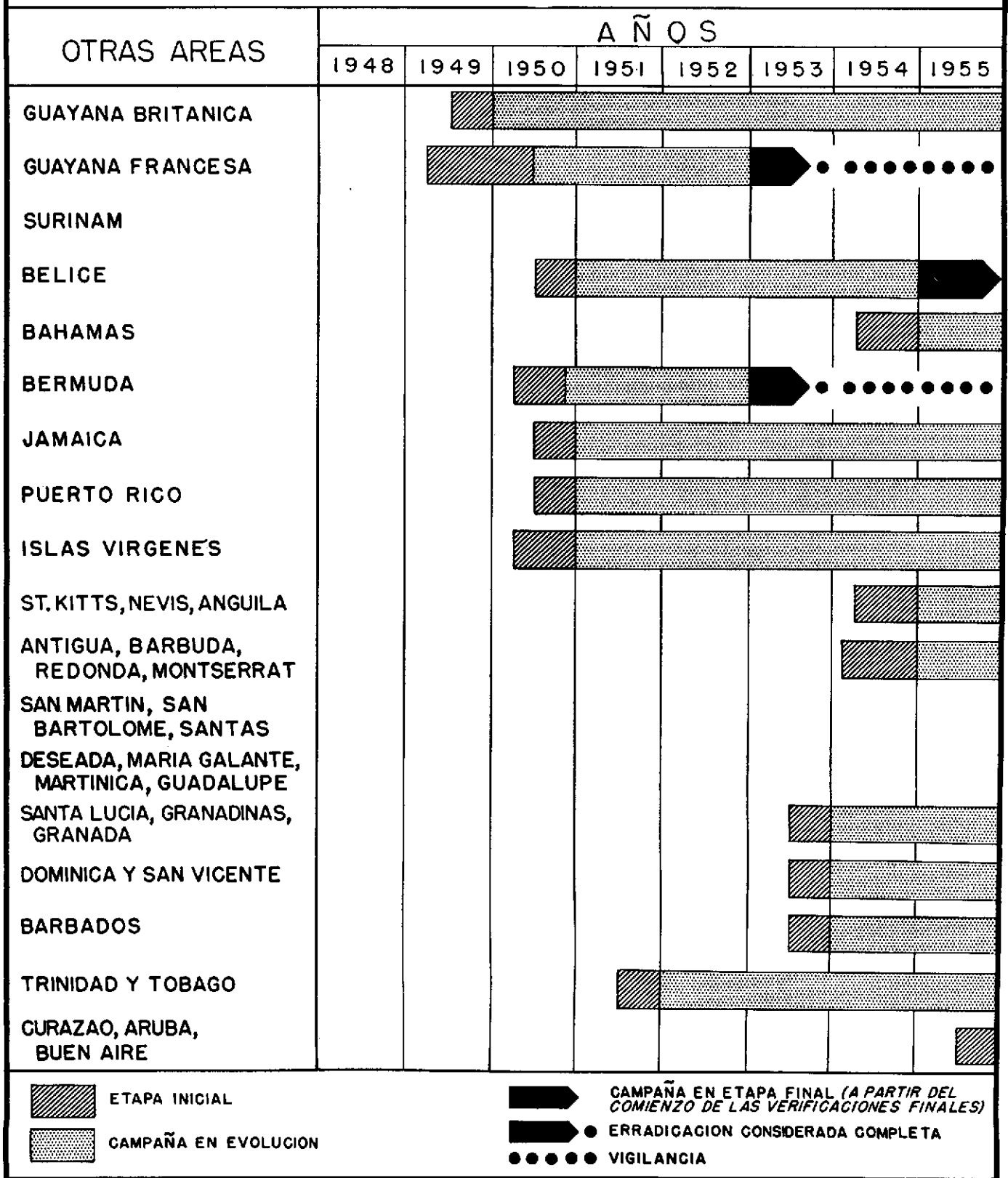
De los cuatro casos notificados en Bolivia, dos se presentaron en el departamento de Santa Cruz y dos en el de Beni. Uno de los casos de Santa Cruz no se notificó como mortal, pero los otros tres sí lo fueron.

En mayo, el Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Brasil notificó seis casos que se presentaron en la localidad

# ESTADO DE LA CAMPAÑA DE ERRADICACION DEL *AÉDES AEGYPTI*, A BASE DE DDT



# ESTADO DE LA CAMPAÑA DE ERRADIGACION DEL *AÈDES AEGYPTI*, A BASE DE DDT



de Apeú, municipio del Castanhal, Estado de Pará, del 26 de abril al 5 de mayo. Apeú se encuentra a unas 50 millas al nordeste de Belém, cerca de la zona forestal del municipio de Icorací, donde se encontraron 9 casos de fiebre amarilla en diciembre de 1954. En el pasado, la fiebre amarilla tuvo carácter endémico en las selvas que circundan la desembocadura del Amazonas, pero no se ha encontrado allí ningún caso desde hace 5 años. Los nuevos casos se descubrieron accidentalmente durante una encuesta virológica que lleva a cabo la Fundación Rockefeller en cooperación con el SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), organismo especializado del Ministerio de Salud Pública del Brasil. Los casos se confirmaron mediante aislamiento del virus. En mayo se notificó un caso mortal en la misma zona (confirmado por examen histopatológico), y en julio se produjo otro.

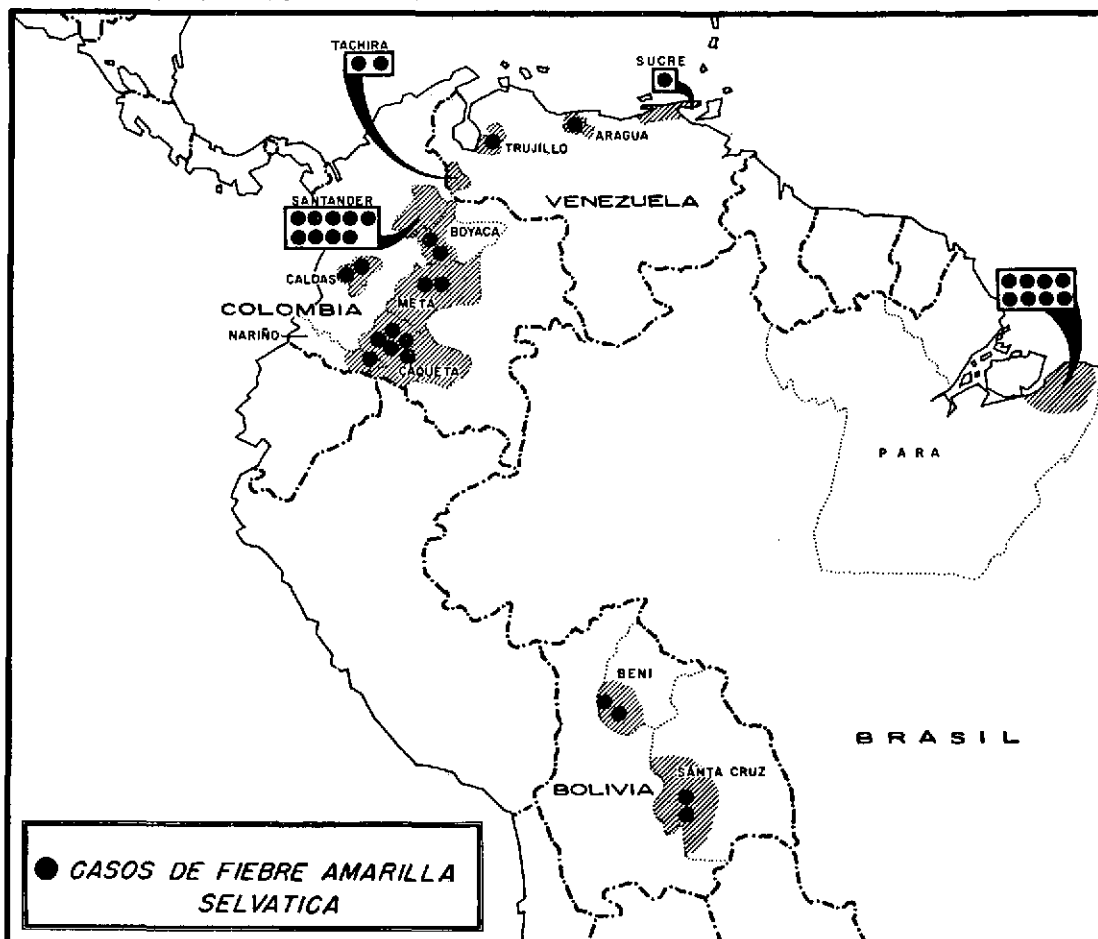
En Colombia, los seis municipios que notificaron casos en 1955 han manifestado periodicidad endémica durante los últimos años. Los casos ocurrieron en San Vicente de

CASOS NOTIFICADOS DE FIEBRE AMARILLA (a)  
EN LAS AMÉRICAS,  
1951-1955

País	1951	1952	1953	1954	1955
Bolivia	3	1	18	2	4
Brasil	50	223	39	9	8
Colombia	26	16	11	13	21
Costa Rica	39	18	—	—	—
Ecuador	65	—	—	—	—
Honduras	—	—	—	1	—
Nicaragua	—	6	8	—	—
Panamá	1	1	—	—	—
Perú	4	1	—	7	—
Trinidad	—	—	—	18	—
Venezuela	4	1	6	28	5

(a) Fiebre amarilla selvática, con excepción de tres casos que se presentaron en Trinidad en 1954.

CASOS NOTIFICADOS DE FIEBRE AMARILLA EN LAS AMERICAS EN 1955 CON INDICACION DE LAS CORRESPONDIENTES DIVISIONES ADMINISTRATIVAS DE CADA PAIS





Chucurí, departamento de Santander (9), Muzo, departamento de Boyacá (2), La Dorada, departamento de Caldas (2), Florencia, Intendencia de Caquetá (5), Villavicencio, Intendencia de Meta (2) y Mocoa, departamento de Nariño (1). San Vicente de Chucurí y Muzo figuran entre las zonas sin abundancia de monos que serán objeto de una serie de estudios especiales sobre fiebre amarilla selvática, que se iniciarán en 1956.

Se notificaron casos de fiebre amarilla en dos nuevos sectores de Venezuela. Uno de ellos fué mortal y ocurrió en el Estado de Sucre, en Pargo, localidad de la península Paria, que se encuentra a unas 12 millas al noroeste de Cristóbal Colón. Otro caso mortal ocurrió en Los Cajones, Estado de Aragua, localidad situada 70 millas al sur de Caracas, en la región central de Venezuela, donde no se habían notificado casos de fiebre amarilla en el pasado. Los otros tres casos se manifestaron en la región occidental del país, en los Estados de Táchira y Trujillo.

En Centro América no se encontraron pruebas de la actividad del virus en 1955. Las amplias investigaciones llevadas a cabo durante el verano de dicho año en el norte de Honduras y en el Petén guatemalteco no descubrieron pruebas de mortalidad entre los monos. La encuesta com-

prendió un estudio del carácter y distribución de varios culicinos, un estudio sobre la inmunidad de la población de monos en algunas áreas y una observación de la población simia. Quedó definitivamente demostrado que el campo cubierto por el *Haemagogus spegazzinii* tiene su límite en Honduras, en la vecindad de Lancetilla, zona interior próxima a Tela. No faltan los *Haemagogus* al oeste y al norte de Tela. Se encuentran allí el *H. equinus*, el *H. mesodentatus* y el *H. iridicolor*, así como otras dos o tres especies nuevas para la ciencia, que se están estudiando ahora en el "Gorgas Memorial Laboratory".

En enero de 1956 se comprobó que habían muerto algunos monos, probablemente de fiebre amarilla, en octubre de 1955, no sólo en la parte septentrional de Honduras sin en el Valle de Motagua y en las zonas costeras del este de Guatemala. En febrero de 1956 se encontraron en Honduras y Guatemala monos araguatos muertos de fiebre amarilla, demostrada histológicamente. En Virginia, Guatemala, el virus está sólo a 110 millas del punto más próximo de la frontera mexicana, sin que exista ninguna barrera que pueda cerrarle el paso hacia los Estados mexicanos de Chiapas, Tabasco y Veracruz, en los que hay extensas zonas tropicales.

Pidiendo permiso para practicar reconocimientos relacionados con la fiebre amarilla, Río Ourem, Brasil



## Reglamentación de la cuarentena

Entre las medidas importantes deben citarse las enmiendas que, el 26 de mayo, aprobó la VIII Asamblea Mundial de la Salud en relación con las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional acerca de la fiebre amarilla. Esas enmiendas han de entrar en vigor el 1 de octubre de 1956. Cualquier Estado Miembro que desee formular reservas al Reglamento Adicional, que enmienda las disposiciones presentes, debe presentarlas al Director General de la OMS dentro de un plazo de 9 meses, que expira el 18 de marzo de 1956, de conformidad con el Artículo 22 de la Constitución de la OMS y el Artículo II del Reglamento Adicional.

Antes de que comience la vigencia del Reglamento Adicional, el 1 de octubre de 1956, la IX Asamblea Mundial de la Salud tendrá ocasión de examinar las reservas presentadas dentro de dicho período de nueve meses.

Las disposiciones sobre fiebre amarilla que figuran en el Reglamento Sanitario Internacional, que entró en vigor el 1 de octubre de 1952, no han llegado nunca a ponerse plenamente en práctica, especialmente en lo que se refiere a la demarcación de las zonas endémicas de tal enfermedad.

Las presentes disposiciones sobre la fiebre amarilla han sido objeto de mucha controversia. Esta ha derivado de las diferencias de opinión en cuanto a la importancia que

proporcionalmente puedan tener la fiebre amarilla selvática y la fiebre amarilla urbana en la propagación internacional de la enfermedad. En las Américas, no se ha visto nunca que la fiebre amarilla selvática se extienda internacionalmente siguiendo las rutas humanas de viaje. Para suprimir la amenaza de la fiebre amarilla, las autoridades sanitarias de las Américas concentran sus actividades en la erradicación del mosquito *Aedes aegypti*, más bien que en las medidas de cuarentena.

La VII Asamblea Mundial de la Salud encargó el estudio de las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional al Comité de la Cuarentena Internacional, para preparar la revisión de las medidas relativas a la fiebre amarilla.

El Comité de la Cuarentena Internacional recomendó en su Segunda Reunión varias enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional, y esas recomendaciones se sometieron a la VIII Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en México, del 10 al 27 de mayo. La Comisión del Programa y del Presupuesto, de la Asamblea, estableció una Subcomisión de la Cuarentena.

La Subcomisión, de la que formaban parte más de 60 delegaciones de todos los Estados Miembros y Miembros Asociados interesados en el asunto, se reunió el 19, 23 y 24 de mayo de 1955. Examinó primeramente las enmiendas a las disposiciones sobre fiebre amarilla del Reglamento Sanitario Internacional propuestas por el Comité de la Cuarentena Internacional en su Segundo Informe, y las presentadas por las delegaciones de las Filipinas, Estados Unidos, Uruguay y Venezuela.

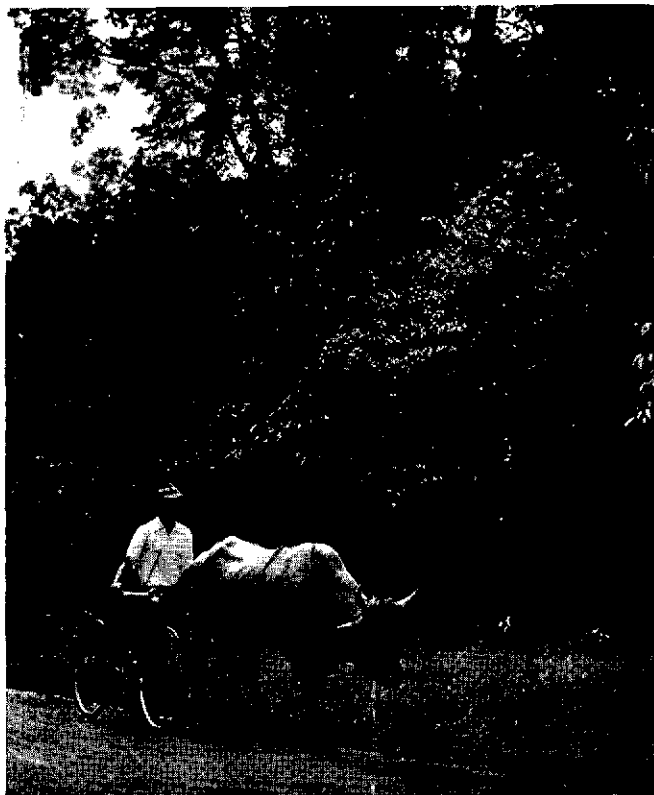
Tras extenso debate, la Subcomisión recomendó a la VIII Asamblea Mundial de la Salud las enmiendas a las disposiciones sobre fiebre amarilla propuestas por las cuatro delegaciones mencionadas. Esencialmente, esas delegaciones propusieron que el problema de la fiebre amarilla se abordase internacionalmente de la misma forma que el de las demás enfermedades cuarentenables, tanto en lo que se refiere a las notificaciones como a las medidas de cuarentena. A continuación se examinan las principales enmiendas a las presentes disposiciones.

En vista de la nueva definición de *área local infectada*, se suprimieron las de *primer caso y foco*. Según la nueva definición de *área local infectada*, el primer caso no importado de fiebre amarilla se debe notificar cualquiera que sea su origen. Esto subsana un grave defecto en las actuales disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional, que no mencionan la fiebre amarilla selvática. Es más, se han de considerar también como áreas locales infectadas aquellas en que se manifiesta actividad del virus de la fiebre amarilla en animales vertebrados pero no en el hombre.

Opinó la Subcomisión que se debía usar el siguiente criterio para determinar la actividad del virus en vertebrados distintos del hombre:

- i) el descubrimiento de lesiones específicas de la fiebre amarilla en el hígado de vertebrados indígenas del área de que se trate, y

Buey utilizado para arrastrar troncos de árbol en una selva infestada de mosquitos de la fiebre amarilla, Trinidad



ii) el aislamiento del virus de la fiebre amarilla en cualquier clase de vertebrados indígenas.

La Subcomisión no aceptó los resultados de las encuestas sobre inmunidad como uno de los criterios para determinar la actividad del virus, ya que estas encuestas presentan un cuadro global de la pasada exposición al virus y no indican la distribución presente de la enfermedad. El hecho de que el virus pueda haber estado presente en un área no tiene importancia para evaluar el peligro de transmisión. Es bien sabido que, con excepción de pocas áreas en que el virus se halla presente constantemente, éste desaparece de un lugar en el que se haya encontrado en un momento determinado, y puede no reaparecer en él durante varios años o incluso décadas. Así ha ocurrido en Trinidad (40 años), Centro América (24 años) y en Río de Janeiro, Brasil (20 años). Es más, las encuestas sobre la inmunidad humana se complican por los muchos millones de vacunaciones administradas en África y en las Américas.

Otra enmienda importante fué la supresión de la definición de *zona endémica de fiebre amarilla*. Esta definición no se tuvo nunca en cuenta a efectos prácticos y fué objeto de controversia, en relación con las disposiciones sobre fiebre amarilla contenidas en el Reglamento. El intento de establecer zonas endémicas condujo a dificultades de tipo administrativo.

También se enmendó el Artículo 6, que determina las condiciones para que un área se considere libre de infección. En el caso de la fiebre amarilla selvática, un área que haya estado infectada puede considerarse libre de la infección cuando hayan transcurrido tres meses sin signo de actividad del virus de la fiebre amarilla. Tratándose de fiebre amarilla urbana las condiciones son las mismas que se exponen en las disposiciones actuales, es decir, que han de transcurrir tres meses desde que ocurriera el último caso humano, o un mes desde que el índice de *Aedes aegypti* se haya mantenido constantemente por debajo del uno por ciento.

La Subcomisión recomendó también una enmienda al Artículo 3, encaminada a que la notificación de casos de enfermedades cuarentenables se haga sobre la base de un diagnóstico clínico razonablemente seguro, diagnóstico que debe ser confirmado lo antes posible por métodos de laboratorio, en la medida en que lo permitan los recursos disponibles. Esta enmienda se propuso con la finalidad de reducir los retrasos en la notificación a la OMS de los casos de enfermedades cuarentenables. Por lo que respecta a la notificación de casos de fiebre amarilla la reducción del retraso en la notificación ayudaría materialmente a fomentar la confianza entre las administraciones sanitarias, lo que es fundamental para la buena aplicación del Reglamento.

El Artículo 20 se enmendó para que todos los puertos y el área comprendida dentro del perímetro de todo aeropuerto se mantengan libres de *Aedes aegypti* en estado de larva o en estado adulto.

El 26 de mayo, la VIII Asamblea Mundial de la Salud decidió aprobar el segundo informe del Comité de la Cuarentena Internacional y adoptó el Reglamento Adicional que modifica el Reglamento Sanitario Internacional.

Se envió información detallada a los Ministros de Salud Pública de países de las Américas sobre los antecedentes de las enmiendas propuestas a las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional referentes a la fiebre amarilla. Entre los datos figuraba una serie de mapas e información escrita acerca de la distribución de la fiebre amarilla selvática en las Américas en años recientes, los intervalos entre las apariciones de fiebre amarilla selvática en áreas determinadas, los progresos conseguidos en la campaña contra el *Aedes aegypti* y un resumen de los hechos más importantes ocurridos, en 1954, en relación con la fiebre amarilla selvática.

### Vacunación contra la fiebre amarilla

Miembros calificados del personal de la OSP/OMS, Washington examinaron el manuscrito definitivo de una monografía sobre vacunación contra la fiebre amarilla, preparado por el personal del servicio editorial de la OMS, en Ginebra.

De conformidad con una petición del Gobierno de Venezuela, la OSP facilitó los servicios de un consultor para que cooperase con las autoridades sanitarias de aquel país en el estudio de la epidemiología de los reservorios de fiebre amarilla selvática en suelo venezolano.

La Oficina continuó cooperando con varios países mediante la provisión de servicios para diagnóstico de laboratorio y el suministro de vacuna contra la fiebre amarilla, a través del Instituto Oswaldo Cruz (Brasil) y el Instituto Carlos Finlay (Colombia).

Este último Instituto fué visitado a principios de año por un miembro del personal técnico de la Oficina, quien estudió detenidamente sus actividades y problemas y cambió impresiones con el personal de dicho centro sobre las futuras medidas y programas. Se prestó minuciosa atención al problema de las importantes pérdidas debidas a la contaminación de lotes de vacuna de fiebre amarilla, llegándose a la conclusión de que la causa más frecuente era la preinoculación de los embriones utilizados para la preparación de la vacuna. Esta situación se subsanó en parte adquiriendo los huevos en un lugar distinto al acostumbrado. Se está produciendo una vacuna de buena calidad en cantidades suficientes para cubrir las necesidades de Colombia y de los países vecinos.

La Fundación Rockefeller ha prestado a la Oficina un miembro de su personal para que trabaje como consultor especial en fiebre amarilla y en las enfermedades afines causadas por virus.

Se elaboraron planes para estudios, que se han de llevar a cabo en 1956, sobre la fiebre amarilla selvática en lugares

como San Vicente de Chucurí, Colombia, donde el número de monos es muy reducido, pero donde se ha observado fiebre amarilla selvática en 11 de los últimos 20 años. Se incluyeron en el programa estudios sobre la inmunidad en

los seres humanos, en los mamíferos pequeños y en las aves. También se proyectan pruebas de susceptibilidad y estudios ecológicos, así como estudios sobre aislamiento de virus.

## Treponematosis

Este grupo de enfermedades, en el que se destacan la frambesia por los quebrantos físicos que ocasiona y la sífilis por sus efectos letales, constituye uno de los más importantes problemas de salud pública en extensas regiones del mundo.

Si bien, en general, las tasas de la sífilis son hoy mucho más bajas que hace diez años, la enfermedad tiende a aumentar, aunque lentamente, en algunos países, y esto es causa de gran preocupación. En una reciente encuesta practicada en los Estados Unidos, 20 Estados y 8 ciudades importantes notificaron aumentos en las tasas de sífilis, y 18 Estados y 8 ciudades informaron de epidemias locales de sífilis primaria infecciosa. El Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos calcula que en la actualidad hay en el país 1,921,000 personas sifilíticas que necesitan tratamiento, y que en 1954 hubo 87,000 casos de sífilis recién contraída. En otros países de las Américas la situación no es tan bien conocida, pero se puede afirmar que la sífilis no es, en modo alguno, un problema de salud pública que se encuentre en fase de desaparición.

La frambesia endémica afecta a millones de personas en inmensas extensiones de Africa, Asia, el noroeste del Pacífico y América. En este Continente se encuentra con variable prevalencia en el Brasil, Colombia, Bolivia, Perú, Ecuador, Venezuela, Costa Rica, Panamá, las Guayanas y varias islas del Caribe.

La pinta, enfermedad que desfigura y produce profundas consecuencias sociales, prevalece en México y Colombia y afecta también a muchas personas en Bolivia, Perú, Ecuador, Panamá, Costa Rica, Nicaragua, El Salvador, Guatemala y Cuba.

Todas estas enfermedades tienen en común que es fácil curarlas y hacerles perder su carácter infeccioso mediante el empleo de un antibiótico, especialmente la penicilina. Una inyección de esta droga es suficiente para interrumpir la cadena de transmisión y evitar que la enfermedad se propague a personas sanas. La penicilina es barata, fácil de administrar por personal no profesional adiestrado con rapidez, y, por lo tanto, es muy adecuada para las campañas de tratamiento colectivo.

La erradicación de las treponematosis es factible. La realización de este objetivo es más un problema administrativo que técnico.

En la actualidad los esfuerzos de la Oficina se dirigen definitivamente hacia la erradicación de la frambesia y la reducción de la sífilis. Se ha considerado conveniente conceder una prioridad relativa a la frambesia y a la sífilis sobre la pinta porque los recursos disponibles son limitados y las dos primeras enfermedades causan daños mucho más extensos, pero es probable que en un futuro próximo se aborde el problema de la pinta siguiendo unas orientaciones similares.

La aplicación a la frambesia del concepto y la técnica de erradicación de las enfermedades, iniciada en la Región de las Américas hace pocos años, fué uno de los principales temas de discusión en la Conferencia Internacional sobre



DISTRIBUCION DE LA FRAMBESIA EN LAS AMERICAS DICIEMBRE 1955

Control de la Frambesia celebrada en Enugu, Nigeria, del 10 al 23 de noviembre de 1955. Los métodos de erradicación desarrollados para la fiebre amarilla y la malaria se pueden aplicar también a la frambesia. En el cuadro siguiente aparece un ejemplo de tal aplicación.

Dos hechos merecen mencionarse en relación con el programa de erradicación de la frambesia que se está desarrollando en Haití (Haití-1): el primero es que el

Gobierno ha reducido su aportación al programa de \$196,000 a \$150,000 anuales; el segundo es que las operaciones locales entraron en 1955 en una nueva fase de "limpia". El país se dividió en sectores, y cada uno de ellos se puso a cargo de un inspector; ejercen la supervisión necesaria cinco jefes de zona y diez subjefes, que actúan bajo una dirección médica general. Hasta fines de 1954, el citado personal trabajaba en grupos, inspeccionando el país casa por casa

#### EL CONTROL Y LA ERRADICACIÓN DE LA FRAMBESIA

Elementos	Programa de control	Programa de erradicación
1. Objetivo	Reducción de la morbilidad	Prevención de nuevos casos
2. Zona de operaciones	Las zonas accesibles, dando preferencia a las que tienen mucha importancia social, política y económica	Todas las zonas en que se presentan casos
3. Calidad mínima del trabajo	Buena: reducción de casos	Perfecta: todos los casos infecciosos se deben eliminar (lo que implica el tratamiento de los contactos) y hay que cortar la cadena de transmisión
4. Duración de las operaciones	Ilimitada	El programa termina cuando deja de existir la frambesia infecciosa. La tarea siguiente consiste en limpiar todas las zonas de las que pueda provenir una reinfección
5. Factores económicos	Tratamiento en zonas donde el costo se justifique por la importancia económica del área local; los gastos continúan indefinidamente (servicio periódico)	El tratamiento aplicado en todas las áreas reduce rápidamente los gastos y representa una inversión de capital, más bien que un gasto periódico
6. Descubrimiento de casos	Importante en todas las fases del programa	Importante especialmente en las etapas finales del programa
7. Diagnóstico serológico	Importante y costoso en todas las fases	No es importante en las fases colectivas
8. Casos importados	De relativo interés	De capital importancia después de la suspensión del tratamiento colectivo
9. Investigación epidemiológica de casos individuales	Muy costosa y rara vez puesta en práctica	De capital importancia a pesar del costo, especialmente en la última fase del programa; es la única forma de medir los progresos de la erradicación
10. Evaluación administrativa del programa	Medición de lo realizado (reducción en morbilidad)	Medición de lo que queda por hacer
11. Evaluación epidemiológica	Reducción de tasas serológicas	Desaparición de casos primarios comprobada por el "servicio de inteligencia" de la campaña contra la frambesia

y distrito por distrito. La responsabilidad principal por la calidad y cantidad de los trabajos sobre el terreno correspondía a los jefes de grupo, que ejercían una supervisión muy estrecha sobre los inspectores. En el nuevo sistema, la responsabilidad principal de las operaciones realizadas en cada sector corresponde al inspector encargado del mismo; la familiaridad del inspector con un área determinada le da un mejor conocimiento de las características de la colectividad local y le prepara para asumir en lo futuro las mayores funciones que se originarían si el trabajo se desarrollase hasta adquirir la forma de los servicios locales de salud pública.

Para el éxito de este tipo de organización es esencial que haya un buen sistema de supervisión que constantemente oriente a los inspectores y corrija las faltas en que puedan incurrir. Por la elevada densidad de población, la dificultad

de las comunicaciones y la reducción de la cantidad asignada a la campaña en el presupuesto nacional se llegó a la conclusión de que era necesario ampliar la cooperación internacional. Al finalizar el año, se contrató a un nuevo oficial médico, que cuenta con amplia experiencia en la organización y ejecución de este tipo de campañas. Se ha aprobado además la creación de dos puestos de inspectores supervisores internacionales, y las gestiones para su contratación se iniciarán a principios de 1956.

El proyecto AMRO-47, para la erradicación de la frambesia y el control de la sífilis en el área del Caribe, comenzó a adquirir rápido desarrollo hacia fines de año, cuando empezaron a desempeñar sus funciones un oficial médico y un técnico de laboratorio (serólogo). El Jefe del Programa Antivenéreo del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, en comisión de servicio como consultor a corto

Personal de campo, provisto de equipo, para la lucha contra la frambesia en la República Dominicana



plazo, se incorporó al grupo para asesorar a los diferentes gobiernos del área en la preparación de sus respectivos planes de operaciones. Además, se concedieron becas y limitadas cantidades de suministros.

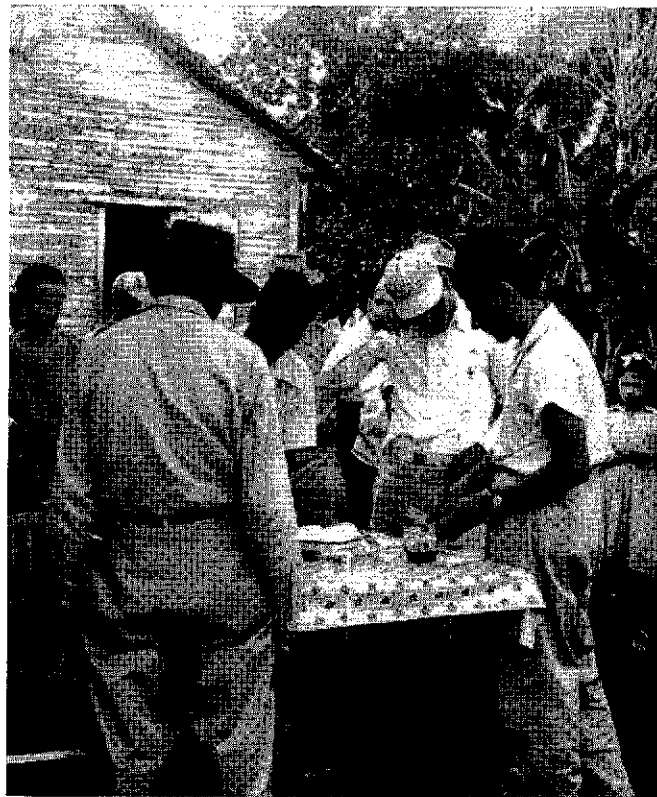
Las campañas comenzarán en Granada, San Cristóbal y San Vicente, y se extenderán más tarde a Jamaica, Trinidad, Barbados (en este caso como parte del proyecto Barbados-2) y a otras islas del área del Caribe en donde son numerosos los casos de treponematosis. Las distintas campañas, que contarán todas con la ayuda del UNICEF, seguirán aproximadamente las mismas orientaciones generales: toda la población será tratada con penicilina (PAM) casa por casa; al mismo tiempo se tomará una muestra serológica, al azar, del 5 al 10 por ciento de la población, utilizando la prueba VDRL como técnica estándar. La dosis de PAM será de 1,200,000 unidades por persona de más de 13 años, y de 600,000 unidades por persona de menos edad. Cuando sea necesario, se llevará a cabo el examen clínico ulterior de los casos serológicos positivos; la evaluación se hará sobre la base del alcance de las operaciones y de la interrupción de la transmisión, cuya medida se desprenderá de los nuevos casos de frambesia que aparezcan después de la campaña de tratamiento colectivo.

La operación se repetirá para tratar a las personas que hayan quedado sin atender la primera vez, y para descubrir posibles casos nuevos y recaídas, así como los correspondientes contactos. Después de esto, y de acuerdo con los resultados obtenidos, la fase de consolidación de la campaña quedará a cargo de los servicios ordinarios de salud pública. Si fuera necesario, se practicarán nuevas operaciones de control. Cuando en dos inspecciones consecutivas no se encuentren nuevos casos de frambesia se considerará razón suficiente para dar por terminada la campaña colectiva.

En la República Dominicana la campaña contra las treponematosis (República Dominicana-52) continúa desarrollándose con limitados recursos. Se está negociando con el Gobierno la prórroga del acuerdo que expiró al finalizar el año.

Se han trazado planes preliminares para iniciar en 1957 una campaña de erradicación de la frambesia en el Brasil (Brasil-20). Se está gestionando la contratación de un consultor, para practicar una encuesta preliminar sobre la situación, y para ayudar a las autoridades nacionales en la preparación de un plan de operaciones. El UNICEF aporta una amplia cooperación a esta campaña.

En relación con las enfermedades venéreas, se han facilitado a Venezuela (Venezuela-52) y Paraguay (parte de Paraguay-10, antes Paraguay-4) los servicios de consultores en serología con el fin de estandarizar y mejorar, en ambos países, las técnicas de los diagnósticos serológicos. En estos proyectos, las principales actividades han consistido en cursos de adiestramiento para técnicos de laboratorio y en la evaluación de los métodos y técnicas de los laboratorios nacionales.



Un campesino espera su turno para recibir una inyección contra la frambesia, República Dominicana

Desde marzo de 1952, el Gobierno del Paraguay viene realizando constantes progresos en su programa nacional para el control de las enfermedades venéreas. Una fase especial de este programa, que cuenta con la asistencia de la Oficina, es la organización y desarrollo del Laboratorio Central de Serología. A fines de 1955, el programa de control de las enfermedades venéreas, que depende del laboratorio serológico para la obtención de diagnósticos exactos, había adquirido suficiente importancia para quedar incorporado a los servicios generales coordinados de salud pública (Paraguay-10).

El propósito del Gobierno es examinar a todos los individuos de más de 15 años de edad para ver si padecen de sífilis, y tratar a todos los que resulten casos positivos, con el fin de eliminar a tiempo esta enfermedad de la lista de los problemas de salud pública del país.

En una población total de 1,408,400 habitantes, el grupo de más de 15 años suma 609,839. De este grupo, 81,157, o sea el 13.3%, habían sido examinados a fines de 1955.

El Centro Internacional contra las Treponematosis, que funciona en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins (Inter-Regional-11), ha continuado sus actividades como proyecto de la OMS.

Del mismo modo que en cualquier campaña de erradicación, a medida que se va llegando al punto de extinción de la enfermedad se hace necesario descubrir y eliminar los nuevos casos infecciosos. En las enfermedades venéreas, la búsqueda de casos mediante la investigación de contactos constituye una técnica bastante especializada que se ha de enseñar en cursos establecidos con tal fin. Para los estudiantes de habla inglesa de los centros de enfermedades transmisibles establecidos en Atlanta, Georgia, y en Los Angeles, California, se utilizarán los medios del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. Para los estudiantes de habla hispana se organizó el año pasado, en México, una escuela con ayuda de la Oficina (México-13).

Este año se han celebrado varios cursos para investigadores no profesionales de contactos venéreos. Se han remitido invitaciones a diferentes países de la Región para que envíen aspirantes a participar en tales cursos con becas de la OSP/OMS.

Se están preparando planes para celebrar en Haití, en 1956, un seminario sobre treponematosi (distintas de la sífilis) (AMRO-103). Se espera que este seminario sirva de estímulo para la elaboración de programas de erradicación de la frambesia en varios países.

Se está cooperando con el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos en la preparación de un simposio internacional sobre enfermedades venéreas, que se celebrará en Washington en mayo de 1956.

Durante los dos últimos años, se ha estudiado la manera de mejorar la preparación y las condiciones de conservación del *Treponema pallidum* en una prueba usada para diagnósticos.

Este estudio sobre la prueba de inmovilización del *Treponema pallidum* (TPI), hecho con el apoyo financiero de la Organización Sanitaria Panamericana, se inició en febrero de 1954, y se continuó en 1955, en la División de Laboratorios e Investigación del Departamento de Salubridad del Estado de Nueva York. La finalidad perseguida es el desarrollo de unas condiciones que permitan conocer mejor los factores que intervienen en esta prueba, a fin de establecer un criterio firme para realizarla y evaluar sus resultados. Es de esperar que el trabajo hecho hasta ahora, al que se darán los últimos toques en 1956, simplifique la enorme complejidad de los procedimientos inmunológicos y llegue a permitir que esta prueba de diagnóstico, que tan útil es, tenga un amplio campo de aplicación práctica.

## Viruela

A pesar de que ha transcurrido siglo y medio desde que se descubrió la vacuna contra la viruela, esta enfermedad constituye todavía un problema en algunos países de América del Sur. El hecho de que aún exista obliga a los países de las Américas a adoptar medidas para ponerle fin. Existe un proyecto regional, el AMRO-60, dedicado a la erradicación de la viruela. El objetivo que se persigue es estimular y ayudar a los países del Continente para que desarrollen campañas de vacunación contra la viruela, dentro del marco de los servicios nacionales de salud pública, con la finalidad última de erradicar la enfermedad en toda la Región.

En la Tercera Reunión Fronteriza de Salubridad de los Países del Río de la Plata, (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay), celebrada en Asunción, Paraguay, del 29 al 31 de agosto de 1955, bajo los auspicios de la Oficina, se confirmaron las recomendaciones hechas en la Segunda Reunión, que tuvo lugar en 1953, para que los Estados Miembros intensificasen sus esfuerzos hacia la erradicación de la viruela en sus respectivos territorios, y estudiasen la posibilidad de adoptar medidas legislativas y de aportar recursos económicos para facilitar tal actuación. Hacia

fin de 1955 se nombró un administrador de salud pública, como miembro del personal del proyecto AMRO-60, para ayudar a los países del Río de la Plata en sus programas de control.

Anteriormente, la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana (Ciudad Trujillo, República Dominicana, 1950) recomendó a los Estados Miembros que desarrollasen programas de vacunación y revacunación contra la viruela en sus respectivos territorios nacionales, con el fin de erradicar la enfermedad en todas las Américas, y que esos programas se ejecutasen mediante los esfuerzos coordinados de la OSP y de los distintos gobiernos. Dos años más tarde, el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana, en su VI Reunión celebrada en La Habana, Cuba, en 1952, asignó un fondo de \$75,000 para la iniciación de un programa adicional de lucha antivariólica en las Américas en 1953. La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana (Santiago, Chile, 1954) autorizó el empleo de otros \$144,089 para la intensificación de la campaña contra la viruela en las Américas.

La gravedad del problema de salud pública planteado por la viruela en las Américas se refleja en los informes



sobre la incidencia de la enfermedad. Según los datos enviados a la OSP por las administraciones sanitarias de 17 países, en los cinco años transcurridos de 1948 a 1952, se registraron 85,900 casos de viruela, que causaron 14,200 defunciones.

En 1955 se notificaron en ocho países de América del Sur casos de viruela, incluyendo el alastrim, variedad que difiere de la forma ordinaria en que es más benigna y causa menor mortalidad. En varios de estos países se observaron notables reducciones. Así, en Colombia, donde en 1954 hubo 7,146 casos, en 1955 se registraron 2,985, y en Ecuador, donde en 1954 hubo 2,516 casos, en 1955 se redujeron a 1,171. En Chile no se notificó ningún caso en dos años sucesivos y en Venezuela sólo se notificaron dos.

LA VIRUELA EN LAS AMÉRICAS  
CASOS NOTIFICADOS—1951-1955

Area	1951	1952	1953	1954	1955
Argentina	984	740	336	252	43*
Bolivia	759	590	429	624	355
Brasil <sup>a</sup>	1,190	1,318	878	1,035	1,084*
Chile	44	14	7	—	—
Colombia	3,844	3,235	5,467	7,146	2,985
Ecuador	233	670	703	2,516	1,171
Guatemala	3	—	1	—	—
México	27	—	—	—	—
Paraguay	282	313	—	—	29
Perú	1,218	1,360	172	136	—
Estados Unidos	11	21	4	9 <sup>b</sup>	—
Uruguay	—	16	7	1	43
Venezuela	280	127	250	13	2
Guayana Británica	11	—	—	—	—

\* Cifras provisionales.

(<sup>a</sup>) Distrito Federal y capitales de Estados y Territorios.

(<sup>b</sup>) Ninguno de estos casos reúne los requisitos propios del criterio generalmente aceptado para un diagnóstico de viruela.

Un aspecto importante del programa de erradicación de la viruela es el establecimiento de unidades para la producción de vacuna antivariólica seca en diferentes puntos de la región. La vacuna glicerizada puede deteriorarse antes de llegar a su destino, en grandes áreas de las Américas donde los medios de transporte son inadecuados y las condiciones climatológicas desfavorables. Por esto se considera conveniente fomentar la producción local de suficientes cantidades de vacuna seca. A fin de estimular y mejorar la producción local, la Oficina facilitó los servicios de un experto en esa clase de vacuna. Este visitó varios

países para cooperar con las autoridades de salud pública en la instalación y funcionamiento de laboratorios convenientes para producir vacuna seca. La Oficina ha facilitado ya equipo necesario para instalar laboratorios de esa clase en Argentina, Bolivia, Chile, Cuba, Ecuador y Perú, y se está comprando material similar para México.

Se hicieron arreglos con el Instituto Serológico del Estado, en Copenhague, para el ensayo de la vacuna producida por los laboratorios nacionales.

El Instituto Bacteriológico de Chile ofreció, libres de costo y para uso internacional, 50,000 dosis de vacuna antivariólica seca, preparada en embrión de pollo. Aceptado el ofrecimiento, se pidió el envío de vacuna a Bogotá, Colombia, para utilizarla en la campaña de aquel país. El Instituto de Butantán, São Paulo, Brasil, ha facilitado también gratuitamente 20,000 dosis de vacuna seca.

El proyecto regional AMRO-60, Erradicación de la Viruela, se extiende ahora a la Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, México, Venezuela y Uruguay, y está en condiciones de abarcar a los demás países que lo soliciten.

En la Argentina, continúa satisfactoriamente la producción de vacuna antivariólica seca, con equipo proporcionado por la Oficina.

Bolivia está buscando la forma y los medios de instalar su laboratorio para la producción de vacuna seca. Se concedió una beca al miembro del personal de la División de Enfermedades Transmisibles que se ha de hacer cargo de la campaña de vacunación antivariólica para estudiar

Vacunación contra la viruela, Clínica Carquín, Perú



en el Perú, durante dos meses, a partir de junio, las técnicas de las campañas de vacunación contra la viruela seguidas en aquel país. Tan pronto como terminó su adiestramiento, inició unos estudios para determinar la situación de la enfermedad en su país. Se ofreció una beca para el adiestramiento de un médico en las técnicas de preparación de vacuna antivariólica seca. También se ofreció asistencia técnica para la preparación del primer lote de vacuna en el Instituto. Se ha proyectado iniciar en Bolivia, en 1956, una campaña colectiva de vacunación antivariólica.

Se concedió una beca al médico de Colombia que se ha de encargar de dirigir la campaña contra la viruela en el país, para que durante mes y medio observase la campaña de vacunación antivariólica desarrollada en Venezuela. La Oficina destinó un consultor, que llegó en septiembre, y un inspector sanitario, que llegó en diciembre, para que cooperen en la campaña de vacunación colectiva de Colombia. La finalidad perseguida es vacunar al 80 por ciento de la población del país, o sea unos 12,000,000 de habitantes. Tan pronto como llegue el equipo proporcionado por el UNICEF para la producción de vacuna antivariólica seca, comenzará la producción de este tipo de vacuna. La campaña se inició el 12 de octubre en la ciudad de Cúcuta. Hasta el 31 de diciembre de 1955 fueron vacunadas 121,362 personas. Se contó con la colaboración de las autoridades civiles, militares y eclesiásticas, y la respuesta del público fué excelente.

Un médico de Cuba, al que se concedió un subsidio de viaje por seis semanas, recibió adiestramiento en la producción de vacuna antivariólica seca en los Institutos de Chile y el Perú, y, al regresar a su país, recibió el encargo de dirigir la producción de vacuna seca. Llegó a La Habana el equipo para la producción de tal vacuna, con lo que fué posible iniciar los trabajos. El consultor internacional a corto plazo, que llegó a Cuba en mayo de 1955, ayudó a organizar la producción de vacuna.

En mayo de 1955 llegó a Cuba un consultor de la Oficina especializado en administración de campañas antivariólicas y en administración de salud pública (Cuba-3). En este país se están reorganizando los servicios contra la viruela, y los nuevos servicios se usarán como base para la reorganización de los servicios generales de salud pública.

Durante la segunda mitad del año, el consultor estudió las necesidades y recursos sanitarios fundamentales del país. También realizó una encuesta en busca de un lugar conveniente para establecer un centro de demostración y adiestramiento. El consultor se ocupó de cuestiones administrativas tales como la evaluación y los servicios estadísticos requeridos para ampliar con éxito el trabajo de erradicación de la viruela, como parte de una administración eficaz de salud pública.

En noviembre y diciembre de 1954 se notificó un brote de alastrim en Guayaquil, Ecuador, y, en consecuencia, se desarrolló en aquella ciudad un intenso programa de vacunación. Durante 1955 se vacunaron en todo el país

373,668 personas. Algunos vacunadores actuaron en la provincia de Loja, en la zona fronteriza con el Perú. El consultor internacional, a corto plazo, visitó el laboratorio del Instituto de Higiene de Guayaquil para asesorar sobre varios aspectos del método de producción y exponer con detalle la forma apropiada de manejar y utilizar el equipo que se había recibido. En la campaña de vacunación trabajaron solamente unos pocos grupos. Se ofreció una beca para que el jefe nacional del programa recibiera adiestramiento en el Perú.

México pidió la colaboración de la Oficina para producir vacuna antivariólica seca. El Gobierno firmó un acuerdo sobre un programa de cooperación en la producción de vacuna. La Oficina proporcionará servicios consultivos, dos becas a corto plazo y equipo para la liofilización de la vacuna antivariólica. La producción se iniciará en enero de 1956.

En junio se encontraba en el Perú un consultor internacional ayudando al Director del Instituto de Higiene de Lima y al personal del laboratorio de producción de vacuna en el estudio del método de preparación de la vacuna antivariólica seca que allí se produce. Durante la primera mitad del año fueron vacunadas en el país 418,408 personas. Desde el principio de la campaña hasta terminar el primer semestre de 1955, el número de vacunados se elevó a 4,676,095.

Un consultor visitó el Instituto de Higiene de Caracas, Venezuela, para asesorar en la preparación de vacuna antivariólica seca para la continuación de la campaña de aquel país.

Debido a que se presentaron varios casos de viruela en el Uruguay, se planeó una campaña de vacunación en el Departamento de Rivera, situado en la frontera con el Brasil. Se recomendó que la campaña se hiciera extensiva a todo el país.

Aldeanos en espera de ser vacunados contra la viruela, Colombia



## Tuberculosis

A pesar de la marcada tendencia descendente que se observa en todo el mundo en las tasas de mortalidad por tuberculosis, se puede afirmar que esta enfermedad es todavía uno de los principales problemas de salud pública en la mayoría de los países, teniendo a veces una importancia primordial. Las tasas de morbilidad descienden a un ritmo mucho más lento, y la prolongación de vida que se consigue mediante los nuevos tratamientos motiva, en algunos casos, el mantenimiento de focos de infección durante largos períodos.

En 1955, la Oficina siguió manteniendo una actitud favorable a las campañas nacionales de vacunación colectiva con BCG, seguidas de una fase de consolidación de tal sistema de vacuna a cargo de los respectivos servicios de salud pública. Se han hecho esfuerzos especiales para la organización de algunos laboratorios escogidos, que

puedan producir una vacuna BCG capaz de satisfacer los estándares de seguridad y actividad aceptados internacionalmente. El personal se ha adiestrado por medio de las propias campañas y de un curso internacional, para médicos, sobre control de la tuberculosis.

En Colombia, la campaña de vacunación con BCG (Colombia-15), que comenzó en septiembre de 1954, continuó con gran éxito en 1955, como lo demuestra el número total de personas sometidas a prueba y el de las "negativas" que fueron vacunadas. A fines de septiembre de 1955 se había aplicado la prueba a 2,348,689 personas, y el total de las vacunadas ascendía a 1,391,451. El objetivo inicial era que la campaña alcanzase a 2,200,000 personas de menos de 30 años de edad; pero, en realidad, se hizo extensiva a muchas más. Para cubrir todo el territorio nacional, las actividades se prorrogarán hasta marzo de 1956. El objetivo se ha señalado ahora en 3,300,000 personas, y los servicios del consultor de la OMS continuarán hasta la terminación de la campaña.

En el Paraguay se inició en agosto de 1954 una campaña de vacunación con BCG mediante la ayuda de dos consultores internacionales: un médico (que más tarde se retiró por motivos de salud) y una enfermera (Paraguay-7). La campaña continuó durante 1955, alcanzando felizmente todos sus objetivos, a pesar de que los trabajos de campo tuvieron que realizarse en circunstancias muy difíciles. Durante septiembre de 1955 se sometieron a prueba 579,902 personas y fueron vacunadas 319,932.

El estadístico de campañas con BCG, encargado de analizar las estadísticas sobre los proyectos de la OMS/UNICEF (AMRO-31), presentó informes detallados acerca de las campañas de esa clase realizadas en Belice, Costa Rica, Islas de Sotavento, Islas de Barlovento, Trinidad y Jamaica; estos informes fueron remitidos a los respectivos Gobiernos.

Se facilitó ayuda a los Gobiernos de Guatemala y Honduras en la preparación de peticiones, a la OMS y al UNICEF, para programas conjuntos de campañas de vacunación colectiva con BCG. Esas peticiones fueron aprobadas por la Junta del UNICEF, y se espera que los trabajos locales comiencen a principios de 1956; en la actualidad se están examinando los detalles de los respectivos planes de operaciones (Guatemala-11 y Honduras-5).

Avanzado el año, se iniciaron campañas de vacunación con BCG en Surinam (Surinam-3) y Barbados, siendo esta última parte de un proyecto coordinado de salud pública (Barbados-2). Se han facilitado a ambos países los servicios de un consultor y algunas becas para médicos

Un patólogo y sus discípulos examinan los resultados del estudio de un tejido infectado por la tuberculosis, Guayaquil, Ecuador



y enfermeras. Se espera someter a prueba a unas 150,000 personas en Surinam, y a unas 100,000, en Barbados, y se vacunará a quienes no reaccionen a la tuberculina.

En Guayaquil y Santiago se ha completado ya la instalación de los laboratorios de producción de BCG (Chile-10, Ecuador-6), que han sido inspeccionados por un consultor especialmente nombrado por la OMS; éste ha comprobado que en los dos laboratorios se están siguiendo métodos y técnicas estándar y ha recomendado su aprobación por el Comité de Expertos en Estandarización Biológica. En

Montevideo se está construyendo un nuevo laboratorio para la producción de BCG (Uruguay-1); los planos fueron estudiados y aprobados en la sede de la OMS, en Ginebra. Se construirá otro laboratorio en Buenos Aires, Argentina, para la producción de vacuna BCG destinada al consumo nacional. Las autoridades nacionales pidieron y obtuvieron asesoramiento en el estudio de los planos preliminares.

Al finalizar el año se celebró en el Ecuador un nuevo curso de adiestramiento para médicos (Ecuador-5) al que asistieron becarios de varios países de la región.

## Esquistosomiasis

Las investigaciones sobre esquistosomiasis llevadas a cabo conjuntamente por el Departamento Nacional de Salud del Brasil, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, y la Oficina Sanitaria Panamericana, desde 1951 en el Brasil (Brasil-53) llegaron a su fin en marzo de 1955, pero la Oficina continuó facilitando durante 1956 un consultor para el programa brasileño de control de dicha enfermedad. El objetivo principal de las investigaciones fué determinar la viabilidad del control de la esquistosomiasis mediante la destrucción con productos químicos, de los caracoles que sirven de huéspedes intermediarios del trematodo parásito de la sangre humana: el *Schistosoma mansoni*.

Instalación para la mezcla de moluscocidas, Minas Gerais, Brasil



El primer paso en este sentido consistió en ensayar posibles moluscocidas en las condiciones locales propias del Brasil. Más tarde los compuestos que resultaron eficaces contra los caracoles en las pruebas iniciales se emplearon en extensos experimentos de control para determinar los medios más eficaces de aplicación y el costo del tratamiento. Se facilitó adiestramiento a personal local para que continuase el trabajo y ayudara a iniciar un proyecto de control de moluscos en el país.

La base de operaciones se estableció en el Instituto Aggeu Magalhães, en la ciudad de Recife, Estado de Pernambuco. Los experimentos se hicieron en un área muy endémica de tal Estado, en que los caracoles vectores del *Schistosoma mansoni* son los *Australorbis glabratus* y varias especies de la variedad *Tropicorbis*.

El primer año del proyecto se dedicó en gran parte a pruebas de campo, en agua estancada, utilizando los compuestos químicos que habían revelado más posibilidades como moluscocidas en los experimentos de laboratorio celebrados en los Institutos Nacionales de Higiene de los Estados Unidos y en el Instituto de Malariología del Brasil. Se dedicó algún tiempo a efectuar un reconocimiento de las regiones endémicas del Brasil.

Como los caracoles se encontraban también en los riachuelos y arroyos, era esencial que los moluscocidas elegidos fuesen eficaces tanto en las aguas estancadas como en las corrientes. En estas últimas los caracoles resultan más difíciles de destruir que en las estancadas.

En el período de 1952 a 1955, se aplicaron experimentalmente en numerosas áreas el pentaclorofenato de sodio y algunos otros compuestos a diferentes tipos de aguas que servían como habitats de los caracoles. Entre las finalidades importantes de los experimentos figuraban la de encontrar los medios prácticos de aplicación y las dosis mínimas requeridas. En todas las pruebas de campo los fenoles y los compuestos afines, especialmente el pentaclorofenato de sodio (NaPCP), demostraron ser los moluscocidas más eficaces.

Las medidas de control de los caracoles dieron buenos resultados en los riachuelos y arroyos donde se aplicó el producto químico a determinados intervalos durante períodos que alcanzaron hasta un año. Por regla general, cuanto mayor era la dosis y más prolongada la aplicación, mejores resultados se obtenían. Sin embargo, con frecuencia, concentraciones tan bajas como las de dos partes por millón, mantenidas durante cuarenta horas, resultaron tan eficaces como las concentraciones altas aplicadas durante menos tiempo.

Por regla general, los riachuelos y arroyos que quedaban libres de caracoles vivos durante varios meses, después del tratamiento, se repoblaban más tarde, porque, debido a la enorme potencia biótica de estos moluscos, basta con que quede un superviviente para que vuelva a llenarse de caracoles toda el área tratada.

Desde 1953 y durante todo 1954 se aplicaron tratamientos, a título de demostración, en los Estados de Bahía, Minas Gerais y Pernambuco. Una de las finalidades perseguidas fué la de descubrir si los problemas del control de los caracoles varían de un área geográfica a otra. Otro propósito fué el adiestrar personal en las técnicas de control con pentaclorofenato de sodio.

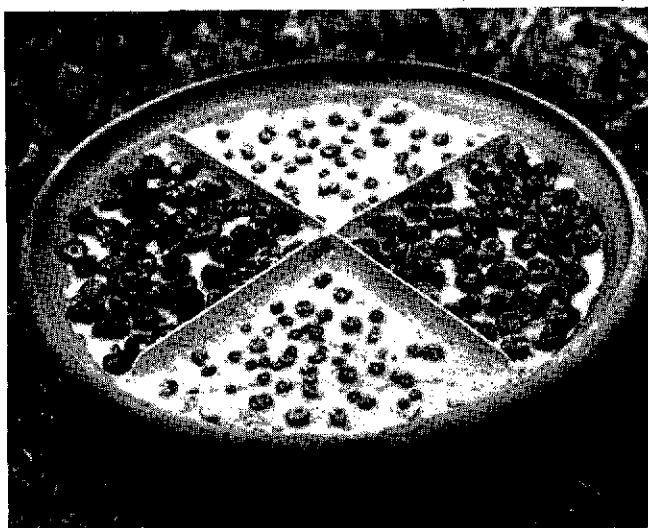
Para estudiar una inesperada resistencia de los caracoles vectores a los cambios ambientales, la Oficina, junto con los Institutos Nacionales de Higiene (E. U. A.) y el Brasil, destinó un consultor especial para el proyecto. Durante cerca de dos años, 1953-1954, este consultor estudió la historia natural y los hábitos de los vectores, como medio para llegar a una campaña de control sistemático. En diciembre de 1954, la sede del proyecto se trasladó de Recife a Río de Janeiro, y en marzo de 1955 se puso fin a la mayor parte de su fase experimental.

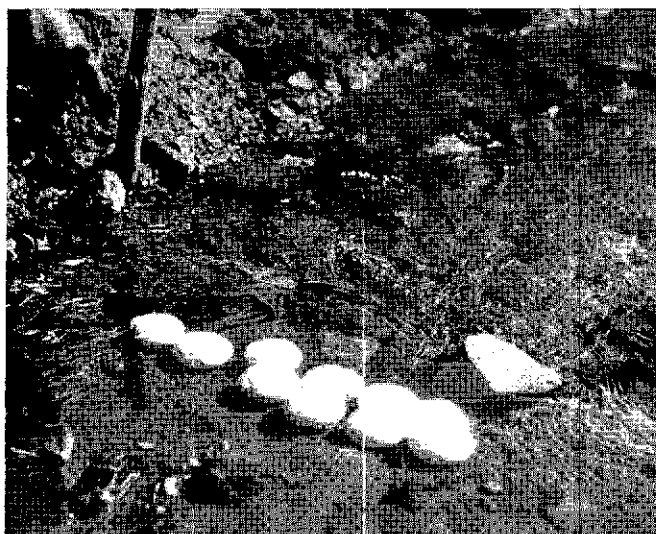
A continuación se resumen el proyecto y sus conclusiones, en cuanto al período de agosto de 1951 a marzo de 1955:

1. Se ensayaron, en condiciones locales, 38 compuestos o mezclas patentadas contra el *Australorbis glabratus* y el *Tropicorbis centrimetralis*. En aguas estancadas, los mejores resultados se obtuvieron con ocho de estos compuestos. En aguas corrientes, y aplicados a razón de diez partes o menos por millón, sólo resultaron eficaces cuatro fenoles y compuestos afines. Ninguno de los compuestos ensayados mostró ventajas sobre el pentaclorofenato de sodio.
2. En Pernambuco se llevaron a cabo amplias pruebas de campo utilizando como moluscocida el pentaclorofenato de sodio. Por medio de estos experimentos, se determinaron las dosis eficaces, los métodos de aplicación y el tipo de equipo necesario.
3. Las pruebas de campo hechas en Bahía y Minas Gerais indicaron que algunos de los problemas del control de caracoles varían de una a otra región geográfica. Los moluscocidas se mostraron más eficaces contra los caracoles en Minas Gerais que en Pernambuco.

4. Para reducir mucho o evitar la transmisión de la esquistosomiasis en la mayoría de las áreas infestadas de caracoles se necesitan, por lo menos, de dos a tres tratamientos anuales en Pernambuco y de uno a dos en Minas Gerais. En algunas áreas no se encontraron caracoles vivos durante un período de un año o más, después del tratamiento. Sin embargo, en las granjas de regadío dedicadas al cultivo de hortalizas hacen falta de tres a cinco tratamientos anuales. Como las únicas granjas tratadas en Bahía fueron las dedicadas a tal cultivo, no se pueden formular observaciones en cuanto al control, pero las condiciones son parecidas a las de Minas Gerais.
5. En Pernambuco se evaluaron muchos métodos diferentes de aplicación. En cooperación con algunos miembros del personal del Servicio Nacional de Salud, se preparó un manual para la aplicación de moluscocidas, que había de ser utilizado por el Servicio Nacional de Malaria en su programa de lucha contra la esquistosomiasis.
6. El costo relativo de los tratamientos se determina principalmente por el precio de los moluscocidas, porque para todos ellos se emplearon un equipo y unos métodos similares. El cálculo del costo del tratamiento, en moneda de los Estados Unidos, a base de las dosis eficaces mínimas por metro cuadrado, fué de 47 centavos, para el sulfato de cobre, de 6 a 12 centavos para el pentaclorofenato de sodio, y de 11 centavos para la mezcla.
7. Los resultados indican que la esquistosomiasis se puede controlar mediante el empleo de moluscocidas y que, entre éstos, es preferible el pentaclorofenato de sodio.

Grupos de caracoles colocados sobre arena, que se cubren luego con hojas, para examinar su resistencia a la desecación, Recife, Pernambuco, Brasil





Bolas de pentaclorofenato de sodio, contra los caracoles, depositadas en el fondo arenoso de un arroyo de agua clara, Minas Gerais, Brasil

Durante 1955, continuó sus actividades en el Brasil el consultor internacional en esquistosomiasis, que cooperó con los servicios de salud pública del país en el programa nacional contra los caracoles, empleando principalmente el pentaclorofenato de sodio. Mediante el adiestramiento de personal nacional, se dió mayor impulso a un aspecto importante de la labor: la preparación de un núcleo de personal de campo en métodos de control en los Estados en que la esquistosomiasis constituye un grave problema. Al mismo tiempo, el consultor ayudó a las autoridades federales y estatales a iniciar el primer tratamiento en grandes áreas de control.

En 1955 se inició el control de caracoles en los cinco Estados de Minas Gerais, Bahía, Pernambuco, Ceará y Paraíba. El consultor trazó los planos y supervisó la manufactura de válvulas especiales para nuevas pruebas de rociamiento destinadas a diversas áreas en que se van a iniciar campañas contra la esquistosomiasis. Esta fase del proyecto continuará en 1956.

Aunque la citada labor se orientaba principalmente al exterminio de los caracoles, no se debe pensar que quedaron abandonados otros procedimientos de control de la esquistosomiasis. Por el contrario, se aconseja que, siempre que sea posible, se utilicen los moluscocidas en conjunción con otros métodos para el control de la enfermedad.

Por fortuna, el problema del control se reduce algo por la forma en que los caracoles aparecen distribuídos en las áreas endémicas. No se encontraron caracoles en los grandes ríos, y abundaban mucho menos en los ríos pequeños que en los arroyos. Observaciones hechas al azar en las áreas endémicas indican que el número de cauces de agua infestados no pasa del 10 por ciento. En muchas zonas pobladas, el problema se limita también por el hecho de que el único foco de infección es, con frecuencia, un caudal de agua sumamente reducido, como una sola balsa o acequia o un pequeño sector de un riachuelo. Naturalmente, en las zonas en que la población se encuentra muy esparcida, pudiera no ser factible, desde el punto de vista económico, el control de los caracoles. Sin embargo, parece viable el establecimiento de medidas para el exterminio de tales moluscos, así como el empleo de otros medios de control, en las ciudades y aldeas en que la incidencia de esquistosomiasis es elevada en los hombres y en los caracoles.

En una exposición sobre esquistosomiasis, preparada para la Zona V, se revela la incidencia de la enfermedad en el Brasil, sus manifestaciones clínicas y ciclo de vida, así como las medidas de control que se emplean. Esta exposición, preparada en forma fácilmente comprensible por el público, destaca la importancia de romper la cadena del ciclo de vida del trematodo mediante la destrucción del caracol, a fin de evitar que la enfermedad llegue al hombre.

Los resultados del trabajo relacionado con este proyecto se han dado a conocer en muchos artículos publicados en numerosas revistas médicas y científicas de los Estados Unidos y del Brasil, principalmente en el *American Journal of Tropical Medicine*, así como en trabajos sobre la materia presentados en reuniones de sociedades médicas y científicas del Brasil.

## Rabia

En noviembre de 1949, y atendiendo a lo pedido por los Gobiernos de México y de los Estados Unidos de América, la Oficina destinó a un consultor, especializado en rabia, al área fronteriza México-Estados Unidos, para coordinar los esfuerzos encaminados al control de la rabia y para ayudar en el adiestramiento de personal. Se facilitó adiestramiento a unas 85 personas de varias categorías técnicas,

se iniciaron campañas contra la rabia canina, se practicaron demostraciones sobre medidas para el control de los animales salvajes de rapiña y se inició el estudio del complicado problema de la rabia en los murciélagos.

En junio de 1952, se llegó a un acuerdo con el Gobierno de México (México-4) por el que se extendieron las actividades antirrábicas a todo el territorio nacional. Un impor-

tante aspecto de este proyecto fué la asistencia técnica para desarrollar la producción, en gran escala, de vacuna antirrábica avianizada. Esta producción, llevada a cabo en el Instituto de Investigaciones Pecuarias, Palo Alto, México, pasó a ser la fuente principal de las vacunas de bajo costo necesarias en las muchas campañas organizadas para la vacunación de perros y ganado. En años ulteriores, se han beneficiado otros países de esa producción de vacuna de bajo costo.

Como, para enero de 1954, las peticiones de asistencia técnica en los problemas de la rabia eran muy variadas y procedían de diversos países, se estableció un proyecto inter-países (AMRO-61) destinado a cubrir todos los aspectos del control de la rabia, incluyendo la continuación de las actividades desarrolladas en el área México-Estados Unidos. A fin de dotar de personal al proyecto, fué destinado a ese trabajo el oficial de veterinaria de salud pública de la Oficina de Zona II, uniéndose a él un especialista en mamíferos a tiempo completo y, a intervalos irregulares y por breves períodos, personal cedido en comisión por los Servicios del Gobierno de los Estados Unidos de América. A fines de 1955 se habían recibido peticiones por lo menos de trece países y territorios, entre los que figuraban el Brasil, Chile, Cuba, Ecuador, Estados Unidos de América, Granada, Haití, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Surinam, Trinidad y Venezuela.

La mejor manera de describir el trabajo realizado hasta fines de 1955 y proyectado para el futuro inmediato consiste en dividirlo en varios títulos.

### Control de la rabia canina

Los servicios consultivos sobre la elaboración y desarrollo de las campañas antirrábicas destinadas a los perros han variado entre el asesoramiento verbal, sobre ciertos aspectos del problema, y la ayuda para redactar el plan completo de operaciones de una campaña nacional. Se ha prestado especial atención al control eficaz de perros vagabundos, a la legislación y métodos para la expedición de licencias y la vacunación periódica de los perros, y a la educación del público, destacando la importancia de todas estas actividades. Como ejemplo de lo dicho, puede citarse la labor desarrollada en La Habana, Cuba, donde, de enero a junio de 1955, se identificaron en el laboratorio 176 cerebros de perro, como casos positivos de rabia, se vacunaron más de 19,000 perros y fueron destruidos 14,000 perros vagabundos.

### El control de la rabia selvática

Además del trabajo relativo a los murciélagos, las actividades desarrolladas comprenden demostraciones de las mejores medidas para la eliminación de los animales predadores y otros animales salvajes, como medio para reducir la difusión de la rabia selvática. En las demostraciones realizadas durante 1955 por el personal de proyectos, con

asistencia del jefe de la Sección de Control de Predadores y Roedores del Servicio de Caza y Pesca de los E. U. A., en los Estados del norte de México (Nacozari de García, Sonora, Nuevo Casas Grandes y Chihuahua), se establecieron 41 puestos de administración de venenos, a los que se enviaron aproximadamente 700 kilos de carne de asno envenenada. Estas demostraciones, hechas a intervalos que permiten evaluar los resultados, cubren una extensión de aproximadamente 1,000,000 de hectáreas, y se calcula que han exterminado alrededor de 17,000 lobos y coyotes, reduciendo así en gran manera este reservorio del virus de la rabia. En Granada el consultor del proyecto intervino en una encuesta sobre la rabia selvática y asesoró en cuanto al control de la mangosta, probable reservorio del virus.

La mayor información acerca de la rabia en los murciélagos vampiros y los recientes descubrimientos en varios lugares de los Estados Unidos y de México sobre murciélagos insectívoros y fructívoros que muestran indicios de infección de rabia, han aumentado acentuadamente el interés por el estudio de los murciélagos vampiros y de otras clases, así como de su relación con el programa de la rabia. Desde que, en 1949, se iniciaron los trabajos sobre esta materia, la Oficina viene estudiando la distribución y la migración de los murciélagos. En algunas ocasiones, se ha dado cuenta, en revistas técnicas, de la información reunida que ahora se está compilando para la preparación de un "atlas del murciélago". Con el fin de cooperar en ese trabajo, el "Smithsonian Institute" prestó los servicios de un especialista del Parque Zoológico Nacional para fotografiar las distintas especies de murciélagos. Además, otros organismos interesados en el problema facilitan cooperación y coordinación técnica, tales como el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, el Departamento

Representantes de los Estados Unidos y México junto a una de las señales de peligro instaladas por la Oficina, en la zona fronteriza, para indicar la presencia del veneno depositado contra los animales predadores susceptibles a la rabia



de Salubridad del Estado de Texas, el Oklahoma A. and M. College, la Escuela de Higiene y Salud Pública Johns Hopkins, la Universidad de California y el Laboratorio Médico del IV Ejército, Fort Sam Houston, Texas. También se está atendiendo al problema de los murciélagos, aunque en menor grado, en Trinidad, Venezuela, Colombia y Perú.

### La rabia en los seres humanos

Se ha prestado asesoramiento y ayuda sobre: (1) la determinación de la necesidad de llevar a cabo un tratamiento profiláctico en los seres humanos, y (2) los regímenes de tratamiento. Los informes del Comité de Expertos de la OMS sobre la Rabia, y otros datos, se publican en español y en inglés. Se han hecho envíos urgentes de suero hiperinmune a diversos países.

### Producción de vacuna y suero

Una de las formas más importantes y de mayor alcance que reviste la ayuda a los países es la relativa a la producción de vacuna. Como para el control de la rabia es esencial disponer de una buena fuente de vacuna eficaz se está

prestando especial atención a este servicio. La ayuda para establecer y mejorar la producción y para ensayar los productos se ha hecho extensiva a la vacuna fenolizada para perros, la vacuna avianizada para perros "Low Egg Passage" (L. E. P.) y para ganado, vacuna "High Egg Passage", (H. E. P.), vacuna humana y el suero hiperinmune.

### Adiestramiento de personal

Se están celebrando cursos breves para empleados del Ministerio de Salubridad y del Ministerio de Agricultura, así como para médicos y veterinarios. Estos cursos están a cargo del personal del proyecto y se celebran con carácter nacional o local, según lo que indiquen las circunstancias, sobre aspectos especiales o sobre todos los aspectos del problema de la rabia. Se presta destacada atención a las técnicas de diagnóstico de laboratorio. Asisten a los cursos técnicos de laboratorio, epizootiólogos, epidemiólogos, médicos y veterinarios. Se han adoptado las primeras medidas para un curso regional de adiestramiento que se celebrará en 1956.

## Lepra

La lepra constituye un grave problema de salud pública en la región meridional del Caribe, especialmente en las cinco áreas principales de Surinam, Guayana Británica, Guayana Francesa, Trinidad y Santa Lucía. En 1954 había en Surinam 6.5 casos conocidos por cada 1,000 habitantes.

La finalidad del proyecto AMRO-58 es desarrollar programas de control de la lepra, dentro del marco de los servicios de salud pública del área del Caribe, utilizando métodos eficaces y económicos.

Con el descubrimiento de las sulfonas, que son eficaces para tratar todas las formas activas de la enfermedad, se deja sentir menos la escasez de camas de hospital y los largos períodos de confinamiento. Se espera conseguir buenos resultados mediante la atención dispensada a los pacientes no hospitalizados y mediante las encuestas epidemiológicas. Al descubrir la enfermedad antes de que entre en su etapa infecciosa, estas encuestas pueden evitar que se difunda, reduciendo así la necesidad de una hospitalización prolongada y costosa.

En abril de 1955, un experto enviado por la Oficina realizó un estudio completo de los problemas y programas de la lepra en Trinidad y Surinam. Para 1956, se proyectan

encuestas en la Guayana Francesa, la Guayana Británica, Martinica, Santa Lucía y Granada.

También se 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 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, el UNICEF y la Oficina, con otros programas de salud pública y adiestrar personal local. En 1955 la Oficina concedió dos becas para que dos leprólogos paraguayos estudiaran en São 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 situada a unas 16 millas





Hogar para los niños de leprosos, Asunción, Paraguay

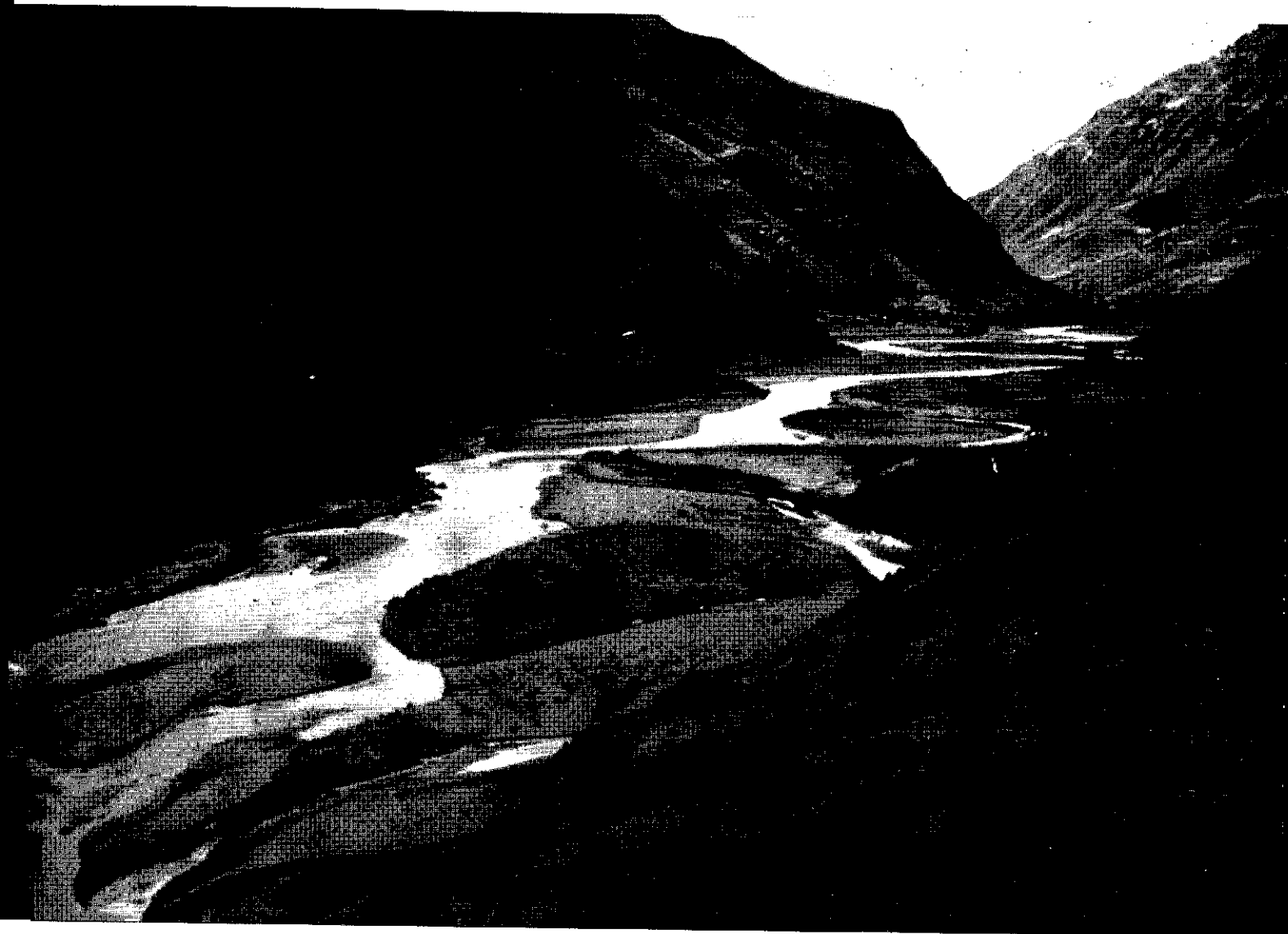
de la capital. Se eligió este grupo de edad porque sus miembros son los más susceptibles a la lepra, y, en consecuencia, cabía esperar entre ellos el mayor número de casos incipientes. De los 8,979 niños examinados, 20 resultaron leprosos, lo que representa una incidencia del

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.

## Tifo

El tifo transmitido por piojos, continúa siendo un problema para seis países. En México, Ecuador y Perú hubo un acentuado descenso en el número de casos notificados

en 1955, y en Bolivia los casos notificados en dicho año (345) fueron considerablemente menos que en 1954 (1,201). Sin embargo, en Chile hubo un aumento de 143 casos,



Valle de Vilcanota, zona de control del tifo, próximo a Pisac, Perú

debido principalmente a un brote en la provincia de Gautín.

La Oficina sigue contribuyendo a los estudios hechos en el Perú, con la cooperación del Departamento de Epidemiología de la Escuela de Medicina, de la Universidad de Tulane, sobre la observación a largo plazo de las poblaciones vacunadas durante 1954 (AMRO-83). Este programa tiene las siguientes finalidades: 1) control del tifo por medio de la pulverización con DDT, de personas, ropas de cama y vestidos; 2) estudios de la enfermedad de Brill; y 3) pruebas de una vacuna viva preparada con la cepa E de *Rickettsia prowazeki*.

Los Gobiernos del Perú y Bolivia continuaron la pulverización con DDT de personas, ropas de cama y vestidos, en varios departamentos.

En Cuzco se demostró la existencia de piojos resistentes a un 5% de DDT. Aún no se sabe con certeza si tal resistencia

se da en grado suficiente para obstaculizar seriamente el trabajo. La pulverización se continuó en los casos necesarios para controlar los brotes de tifo.

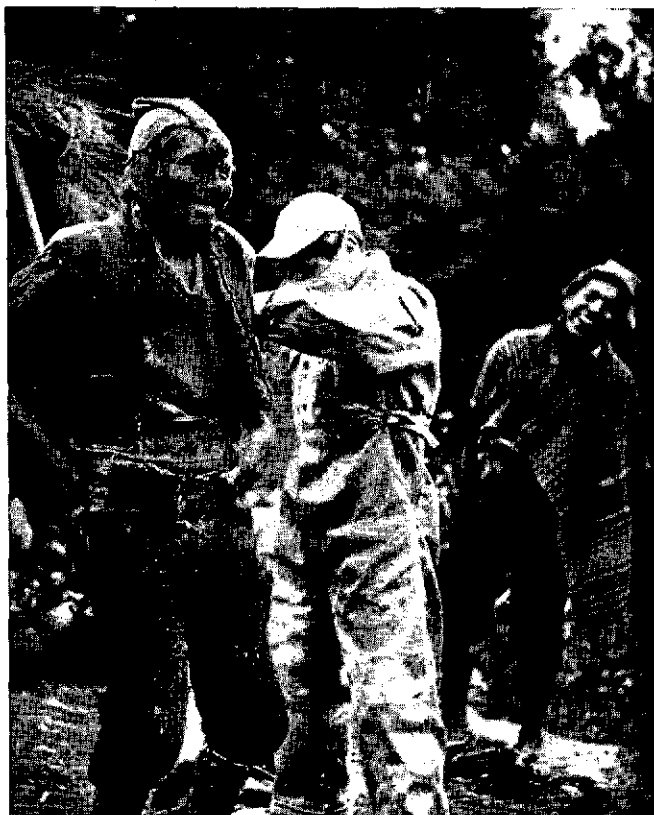
En relación con los estudios de la enfermedad de Brill, forma benigna del tifo epidémico, han sido rociadas con BHC ocho colectividades de Chincheros, Cuzco. Periódicamente, cada 10 días, personal especializado visita las viviendas. Después de 10 días de pulverización con BHC, el índice de piojos descendió prácticamente a cero.

Ha continuado el estudio de la vacuna de cepa E, de *R. prowazeki*, y se están haciendo minuciosas observaciones en las áreas en que se practicaron la mayoría de las vacunaciones (Ilave, Puno, Perú).

La cepa E, de *R. prowazeki*, se encontró en España en 1942. Allí se iniciaron los estudios de tal cepa, continuados después en los Estados Unidos por la Fundación Rockefeller

y la Universidad de Tulane. Estos estudios condujeron a unos trabajos iniciales sobre una vacuna con una cepa viva avirulenta de *R. prowazeki* (cepa E).

Pulverización con DDT, campaña contra el tifo, Pisac, Perú



Vino después la aplicación de la vacuna. Desde 1953 hasta fines de 1955, fueron vacunadas 17,072 personas de todas las clases sociales y edades en los departamentos de Arequipa, Cuzco y Puno (Perú) sin que se manifestase ninguna contraindicación seria. Se llevó a cabo una extensa labor para determinar la dosis apropiada. Aunque los resultados conseguidos son provisionales, se reconoce ya el valor de la vacuna. Se recomienda el empleo provisional de ésta, en condiciones como las que prevalecen en el Perú, mientras se realizan nuevas observaciones de confirmación epidemiológica.

Se espera que en 1956 se dispondrá de suficientes observaciones para poder demostrar estadísticamente los buenos resultados epidemiológicos de la vacuna.

TIFO TRANSMITIDO POR PIOJOS EN LAS AMÉRICAS  
CASOS NOTIFICADOS 1951-1955

Area	1951	1952	1953	1954	1955
Argentina	10	1	2	—	—
Bolivia	36	85	409	1,201	345
Chile	593	178	(a)	9	143
Colombia	190	201	163	122	153
Ecuador	749	410a	569	447	320
Guatemala	38	17	—	—	7
México	1,155	1,018	762	864	381
Perú	948	972	404	476	216

(a) Incompleto.

## Peste

La peste sigue constituyendo un problema en las Américas. La tabla que figura en la página 64 muestra el número de casos notificados en el Continente en los años 1951-1955.

Durante el año pasado sólo se notificaron casos de peste selvática. Estos casos se produjeron en Bolivia, Brasil, Ecuador y Perú. Los puertos y ciudades importantes del Continente se han mantenido libres de la enfermedad.

A petición del Gobierno de Bolivia se envió un consultor a ese país, en 1954, para que estudiara la extensión del problema y obtuviese unos conocimientos más completos de la epidemiología de la enfermedad. Se consiguió la

cooperación de instituciones científicas de Inglaterra y el Brasil para la clasificación de roedores, pulgas y otros artrópodos.

Estos estudios han determinado claramente la existencia simultánea, en Bolivia, de los dos tipos conocidos de peste: la murina y la selvática.

Al parecer, el tipo murino penetró en el país, procedente de la Argentina, en 1921, y ha avanzado hacia el interior, primero del oeste hacia el este, más tarde de sur a norte, siguiendo las vías de comunicación. El último brote de este tipo de peste se presentó en 1952. Las medidas recomendadas para el control de la enfermedad siguen las propias

de los métodos empleados tradicionalmente en este tipo de peste.

La peste selvática se presenta en extensas zonas del país en que no se encuentran roedores del género *Rattus*. Aparece esporádicamente en lugares aislados, separados por grandes distancias e importantes barreras geográficas. Una vez establecida en un área, la infección permanece allí produciendo brotes epizooticos, y, de vez en cuando, casos humanos.

Intervienen en la transmisión de la enfermedad muchas especies diferentes de roedores salvajes que viven en regiones desiertas o muy poco pobladas. Esta circunstancia hace que la erradicación de la enfermedad constituya un problema de difícil solución.

Se llevó a cabo un estudio muy amplio de las variedades de roedores presentes en las zonas de Bolivia afectadas por

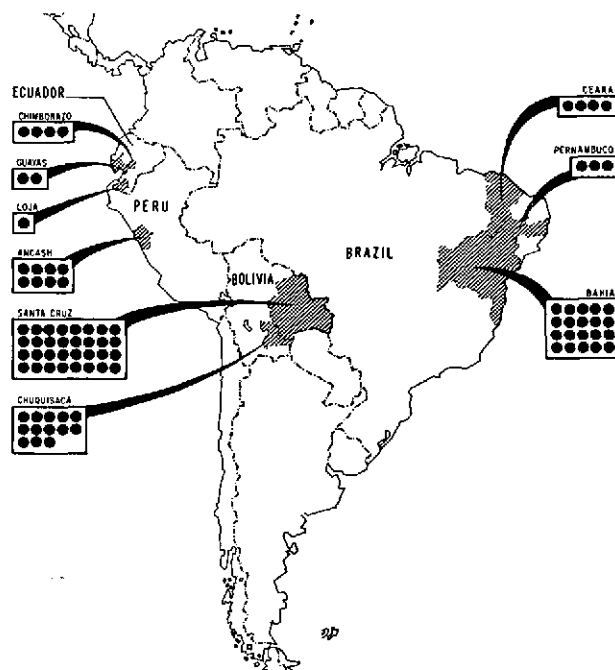
la peste. También se estudiaron las pulgas recogidas de los roedores salvajes. Con la cooperación del *British Museum* se identificaron 31 especies o subespecies de pulgas. Asimismo, se llevaron a cabo estudios de los tipos de pulgas propios de cada especie de roedores salvajes.

El consultor ha terminado sus estudios en Bolivia y va a realizar otros similares en Perú y Ecuador.

CASOS DE PESTE NOTIFICADOS EN LAS AMÉRICAS  
1951-1955

País	1951	1952	1953	1954	1955
Argentina	—	2	—	—	—
Bolivia	10	55	—	9	45
Brasil	20	65	10	6	27
Ecuador	35	43	90	82	7
Estados Unidos	1	—	—	—	—
Perú	23	26	163	75	8
Venezuela	8	—	1	—	—

El mapa a la derecha presenta la distribución de casos en 1955.



CASOS NOTIFICADOS DE PESTE EN LAS AMERICAS,  
EN 1955, CON INDICACION DE LAS CORRESPONDIENTES  
DIVISIONES ADMINISTRATIVAS DE CADA PAIS

## Tos ferina

La tos ferina es una de las enfermedades transmisibles que continúan representando una importante causa de morbilidad y mortalidad de los niños en las Américas. Es ésta una dolencia mortal a la que hasta ahora se ha prestado muy poca atención. Aunque la notificación de casos, en 1954, dista mucho de ser completa, en 7 de los 15 países notificantes se dió cuenta de que se habían presentado más de 10,000 casos. Se dispone actualmente de una vacuna que es también eficaz contra la difteria y se puede utilizar en campañas colectivas.

La Oficina ha estimulado la instalación de laboratorios para la producción de la vacuna combinada contra la difteria y la tos ferina. Con la ayuda de la Oficina y del

UNICEF, durante los años pasados se han establecido laboratorios para la producción de vacuna en el Brasil, Chile, Colombia y Perú. Mediante un acuerdo con los laboratorios del Departamento de Salubridad de Michigan, se facilitan servicios para el ensayo de las vacunas producidas en dichos laboratorios.

El Perú pidió la cooperación de la Oficina, no sólo para establecer un laboratorio, sino para desarrollar una campaña (Perú-16). En 1955, el laboratorio del Instituto Nacional de Higiene del Perú comenzó a trabajar en la producción de una vacuna combinada contra la difteria y la tos ferina. Hasta fines de noviembre, en la campaña de vacunación colectiva contra estas enfermedades, desa-

rollada en ese país, se administró la primera dosis a 207,424 niños y la segunda a 148,657. El total de dosis inyectadas se elevó a 356,081. Para 1956, se proyecta vacunar a unos 310,000 niños de 3 meses a 7 años de edad. La Oficina proporcionó una beca y los servicios a tiempo parcial de un consultor, especializado en producción de la vacuna contra la difteria y la tos ferina, y el UNICEF facilitó fondos para equipo y materiales de laboratorio.

En varios países se ha usado con éxito una vacuna triple contra la difteria, la tos ferina y el tétanos.

De conformidad con otro proyecto (Brasil-4), y con el asesoramiento de la Oficina de Zona, continuó satisfactoriamente la producción de vacuna contra la difteria y la tos ferina en el Instituto Oswaldo Cruz, de Río de Janeiro, en proporción suficiente para permitir a dicho centro la formación de unas existencias de reserva.

## Influenza

Bajo los auspicios de la OMS se han organizado en todo el mundo diversos Centros contra la Gripe. En éstos se recogen y estudian cepas del virus de la influenza, se vigilan los brotes de cada enfermedad y se clasifica el tipo de virus para poder preparar la vacuna apropiada antes de que los brotes adquieran expansión. En las Américas hay uno de estos centros en el Canadá, 11 en los Estados Unidos, 1 en México, 1 en el Caribe y 4 en América del Sur. El programa de la OMS contra la gripe, en esta Región, está a cargo de la Oficina (Inter-regional-10).

Durante este año no se ha presentado ninguna extensa epidemia de influenza, aunque se han notificado en áreas separadas de América del Norte y del Sur, casos y pequeños brotes causados generalmente por el virus B. Sin embargo, en una institución penal del Estado de Maryland se manifestó, en julio y agosto, un brote del que se aisló el virus de tipo A. La aparición de tal brote se comunicó a las Oficinas de Zona y a los Centros contra la Gripe, indicando la posibilidad de nuevos brotes de influenza en otros sectores.

Durante las conversaciones celebradas en los Estados Unidos con el Comité de Expertos de la OMS para el Programa de Estudio de la Influenza, se convino que la función más importante del Centro de Estudio de las Cepas consistiría en recibir y tipificar, con la mayor rapidez posible, las cepas de virus aisladas en el Centro Regional de la OMS contra la Gripe o en otros laboratorios que colaboren con él.

De acuerdo con este criterio, se indicó que el lugar más a propósito para el nuevo Centro sería la Sección de Virus y Rickettsias del Centro de Enfermedades Transmisibles, Atlanta, Georgia. A fin de hacer la designación definitiva, se están llevando a cabo actualmente negociaciones con el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos.

Se han facilitado a los Centros de la OMS contra la Gripe las series de antígenos y antisueros que se han de usar en la tipificación de las nuevas cepas aisladas del virus de la influenza y en los estudios inmunológicos.

## Poliomielitis

El acontecimiento más importante del año en este campo ha sido la publicación, el 12 de abril, del tan esperado informe sobre la evaluación de las pruebas de campo hechas en 1954 con la vacuna contra la poliomiélitis, así como la declaración de que esta vacuna se ha desarrollado y ensayado con éxito. A base de tal informe, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos autorizó el uso público de la vacuna contra la poliomiélitis preparada según la técnica de Salk.

Inmediatamente se despertó un gran interés en los países de las Américas y se recibió gran número de peticiones de

información. La noticia posterior de que entre los niños recientemente vacunados se habían presentado varios casos de poliomiélitis paralítica, y la decisión del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de suspender la campaña de vacunación, aumentaron el número de peticiones de los países para que se les mantuviera plenamente informados de la situación.

Todos los nuevos hechos, incluyendo los resultados de las investigaciones sobre las técnicas de producción y control de la vacuna, que siguieron a la noticia de los

casos de parálisis, fueron puestos en conocimiento de las Oficinas de Zona y de los Gobiernos a medida que se conocieron.

El estudio de la incidencia de la poliomielitis en las Américas es de especial interés porque se están preparando y utilizando vacunas en varios países. A fin de conocer la importancia del problema en los países del hemisferio, se utilizaron para un análisis de los 10 años transcurridos de 1945 a 1954 los datos contenidos en los informes semanales, mensuales y anuales enviados a la Oficina Sanitaria Panamericana en relación con las enfermedades de notificación obligatoria. De tal análisis resultó que sólo había tres países—Estados Unidos, Canadá y Costa Rica—de los que se sabía que tenían tasas (basadas en los casos notificados) superiores a 16.0 por 100,000 habitantes, en cualquiera de los años de la citada década. Además de la epidemia que se desarrolló en Costa Rica en 1954 (118.1 casos por 100,000 habitantes), hubo también epidemias en Jamaica y Trinidad (42.7 casos en Jamaica y 27.1 en Trinidad, por 100,000 habitantes).

En 1955, los únicos países con tasas superiores a 10.0 por 100,000 habitantes fueron los Estados Unidos (17.7) y el Uruguay (50.2). Se observó un marcado aumento en el número de casos notificados en el Uruguay, a partir de enero de 1955. En Puerto Rico se manifestó un acentuado

brote a partir de noviembre de 1954, y la tasa de casos para 1955 fué 20.9.

En Alaska y Hawai hubo elevadas tasas de casos en 1954 y en años anteriores, y continuaron siendo relativamente elevadas en 1955. También la Zona del Canal de Panamá ha tenido tasas altas en un área de pequeña población.

En los restantes países y territorios, las tasas de casos fueron relativamente bajas. En el cuadro que se inserta a continuación se presentan el número de casos y las tasas por 100,000 habitantes, en los años 1954 y 1955.

El informe especial del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos sobre la vacuna Salk contra la poliomielitis, publicado en el mes de junio, fué objeto de amplia distribución entre los países, Oficinas de Zona, Oficinas Regionales y la Sede de Ginebra.

Se celebraron cambios de impresiones con funcionarios del Servicio de Salud Pública y de la Secretaría de Comercio de los Estados Unidos sobre la disponibilidad de vacuna y el establecimiento de cuotas de exportación.

En junio de 1955, el *Boletín de la OSP* dedicó, por entero, un número especial a la poliomielitis, con un artículo editorial, dedicado a la presente situación del problema de la inmunización contra dicha enfermedad.

CASOS DE POLIOMIELITIS, NOTIFICADOS EN 1954 Y 1955, Y TASAS POR 100,000 HABITANTES

Area	1954		1955		Area	1954		1955	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas		Casos	Tasas	Casos	Tasas
Argentina	871	4.6	431*	2.3	Alaska	365	175.5	59	28.0
Brasil <sup>a</sup>	493	5.6	162*	1.8	Antillas Neerlandesas	—	—	24	12.7
Canadá	2,381	15.7	1,020	6.5	Barbados	2	0.9	—	—
Colombia <sup>a</sup>	112	1.1	—	—	Belice	—	—	1	1.3
Costa Rica	1,081	118.1	45	4.7	Bermuda	1	2.5	—	—
Cuba	56	0.9	244*	4.0	Guadalupe	6	2.2	13 <sup>c</sup>	4.7
Chile	593	9.7	450	7.3	Guayana Británica	3	0.6	2	0.4
Ecuador	59	1.7	23 <sup>b</sup>	0.7	Hawai	216	41.4	181 <sup>f</sup>	34.7
El Salvador <sup>a</sup>	38	1.8	—	—	Islas de Barlovento:				
Estados Unidos	38,476	23.7	29,270	17.7	Granada	19	22.4	— <sup>d</sup>	—
Guatemala	133	4.3	83 <sup>c</sup>	2.6	Sta. Lucia	2	2.3	—	—
México	609	2.1	1,814	6.1	Jamaica	647	42.6	71	4.6
Nicaragua	41	3.4	113	9.1	Martinica	14	5.9	2 <sup>e</sup>	0.8
Panamá	15	1.7	8 <sup>d</sup>	1.0	Puerto Rico	118	5.3	466	20.9
Paraguay	52 <sup>e</sup>	3.4	37	2.4	Trinidad y Tabago	189	27.1	12 <sup>h</sup>	1.7
Perú <sup>a</sup>	73	1.8	164 <sup>c</sup>	4.0	Zona del Canal de Panamá	9	21.4	4	7.0
Uruguay	85	3.3	528	20.2					
Venezuela <sup>a</sup>	169	5.2	114 <sup>c</sup>	3.4					

\* Cifra provisional.

<sup>a</sup> Area de la notificación. <sup>b</sup> 6 meses. <sup>c</sup> 11 meses. <sup>d</sup> 36 semanas. <sup>e</sup> 10 meses. <sup>f</sup> 51 semanas. <sup>g</sup> 9 meses. <sup>h</sup> 43 semanas.

Se distribuyó entre los oficiales médicos de Zona un estudio preliminar, preparado por la Oficina de Washington, sobre las posibles repercusiones económicas del empleo de la vacuna Salk en países con diferentes grados de incidencia en los casos de parálisis. La finalidad de ese estudio es servir de guía para asesorar a los gobiernos en esta materia.

El estudio puso de relieve que la prevención de los casos de parálisis en la poliomielitis es siempre muy costosa. En países con un grado de incidencia bajo o mediano, costaría de tres a diez mil dólares la vacuna necesaria para prevenir cada caso. En tales circunstancias, surgieron serias dudas sobre la conveniencia de incitar a los países que cuentan con limitados recursos y tienen otros problemas urgentes de salud pública a que dediquen únicamente a la poliomielitis una parte tan considerable de los fondos disponibles.

También se distribuyó a los países interesados información técnica sobre la producción y el control de la vacuna y sobre la organización de encuestas.

Se puso a disposición de todas las Oficinas de Zona el informe del Servicio de Inspección de la Poliomielitis, publicado en noviembre, en el que figura una evaluación epidemiológica de la seguridad de la vacuna y la medida de su eficacia, tal como se emplea ese producto en los Estados Unidos.

Se hicieron unas consultas preliminares a los laboratorios de virus del Continente acerca de su interés en la organización de un sistema de distribución de células de riñón de mono, desde un laboratorio central, para trabajos de cultivo de tejidos con virus de la poliomielitis y de otras clases. De establecerse estos servicios, habrían de ser financiados por los laboratorios que los utilizaran. Hasta este momento, son dos los laboratorios que han expresado interés en establecer este sistema. Se están celebrando negociaciones con el laboratorio que facilitará las células.

Durante 1954 y 1955, la OMS organizó una red de labora-



El Dr. Jonas E. Salk, Pitsburgo, Pensilvania, administra a título experimental una inyección de la vacuna contra la poliomielitis a un niño de ocho años

torios regionales, llamados Centros Regionales contra la Poliomielitis, para el aislamiento, tipificación y ulterior estudio del virus de tal enfermedad. El Centro Regional para las Américas, establecido en la Sección de Medicina Preventiva, de la Escuela de Medicina, de la Universidad de Yale, viene desempeñando estas funciones. Este Centro ha facilitado muestras de virus de la poliomielitis y de antisuero a varios laboratorios de la Región.

Se tiene el proyecto de estimular la organización de servicios de investigación del virus de la poliomielitis y otros afines en algunos laboratorios escogidos de la Región. También se considera importante realizar encuestas inmunológicas para determinar los grupos susceptibles y la edad en que aparecen los anticuerpos en relación con cada tipo de virus en grupos representativos de la población.

Se facilitarán becas para el adiestramiento de personal de laboratorio en las técnicas modernas de la virología.

## Hidatidosis

En colaboración con la Oficina Sanitaria Panamericana, el Gobierno del Uruguay está desarrollando un programa contra la hidatidosis, en el Departamento de Río Negro (AMRO-43.1).

La finalidad de este programa es el control de la hidatidosis por medio de las siguientes medidas: 1) tratamiento

periódico antihelmíntico de los perros, 2) sacrificio higiénico del ganado, con un procedimiento conveniente para la eliminación de desperdicios (vísceras) y 3) educación del público.

Desde que comenzó la campaña se ha aplicado el tratamiento a más de 2,000 perros; se han introducido algunas



Niños acompañados de perros, los cuales son portadores, a menudo, del parásito que causa la hidatidosis

mejoras en el matadero municipal de Fray Bentos; y se ha trabajado en la parte del programa relativa a la educación del público.

El aspecto activo del programa consiste en el tratamiento antitenial de los perros. Las mejoras en el sacrificio de reses, con un apropiado procedimiento de eliminación de las vísceras, y la educación del público en cuanto a la prevención de la enfermedad, son formas indirectas de abordar el problema. Por fundamentales y valiosas que sean, estas dos últimas medidas tienen un carácter relativamente pasivo.

Se trata a los perros administrándoles por vía bucal hidrobromuro de arecolina. Cada perro se identifica mediante un tatuaje en la oreja. En el cuadro a la derecha aparece el tratamiento canino llevado a cabo en 1955.

Las actividades de educación del público en relación con el programa tienen una doble finalidad: dar a conocer a la población la forma en que se puede eliminar la hidatidosis en su reservorio animal, y enseñarle el modo de evitar la enfermedad mientras exista ese reservorio. En el Centro de Salud de Fray Bentos se ha presentado una exposición preparada por la OSP. El folleto ilustrado *Cachito en Peligro* y el prospecto *Hidatidosis: Triple Enfermedad* fueron preparados también bajo los auspicios de la OSP y se distribuyeron en grandes cantidades durante el período de tratamiento de los perros.

El Programa de Zona para el Control de la Hidatidosis en el Departamento de Río Negro, además de ser beneficioso para la colectividad a que está destinado, sirve como modelo para un programa más amplio que más adelante pudiera extenderse a todo el país.

#### TRATAMIENTO DEL ECHINOCOCCUS GRANULOSUS EN LOS PERROS, PROGRAMA DE ZONA PARA EL CONTROL DE LA HIDATIDOSIS

Departamento de Río Negro, Uruguay  
(1° y 2° Sectores Judiciales)

1955

	Número de perros tratados		
	Por primera vez	Por segunda vez	Total
Primera Serie de Visitas	1,200	0	1,200
Segunda Serie de Visitas	50	32	82
Total	1,250	32	1,282

## Diarreas

La importancia de las enfermedades diarreicas en muchas áreas se desprende de la observación de que, de los 18 países de las Américas que notificaron las tasas correspondientes a 1952, esas enfermedades fueron la principal causa de defunción en todas las edades en ocho países, y figuraron entre las cinco causas principales en doce países. Se presume que la mayoría de estas defunciones ocurren en niños de

menos de 5 años y que, en su mayor proporción, se deben, con toda probabilidad, a infecciones específicas, principalmente a la shigelosis.

A raíz de una reunión no oficial celebrada en Washington, el 29 de diciembre de 1954, por personal de la OSP/OMS y de la Administración de Operaciones en el Exterior (FOA) de los E. U. A. y por dos consultores, se preparó un informe



en el que se estudia el problema de las enfermedades diarreicas en la infancia y se formulan unas recomendaciones en cuanto al mismo. En la reunión, se examinó la posibilidad de desarrollar un amplio programa básico para el control de las enfermedades diarreicas, programa que habría de estar a cargo de los organismos internacionales que actúan en la América Latina y que habría de responder a la importancia asignada a este problema durante las discusiones técnicas de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Santiago, Chile, en octubre de 1954. La recomendación fundamental formulada por los reunidos fué que el hecho de destacar, cada vez más, la importancia de cada una de las fases de los programas existentes, especialmente las relativas al saneamiento, produciría un efecto tan importante como las actividades específicas.

En esta reunión se declaró que para prevenir las enfermedades diarreicas se debía prestar atención al abastecimiento de agua, a la eliminación de excreta y al control de las moscas. Para prevenir la shigelosis, causa principal de las enfermedades diarreicas, el factor esencial es la dilución de la infección mediante el abundante empleo de agua para lavar y para el aseo personal, siempre que ésta no se encuentre muy contaminada. Por lo tanto, al parecer, tiene mucha más importancia la cantidad que el grado de pureza del agua disponible en las casas.

Para el control de las enfermedades diarreicas se considera igualmente esencial un programa de eliminación de excreta. Se debe poner especial cuidado en impedir que las moscas penetren en las letrinas. En las áreas más primitivas, donde no sea posible introducir por ahora programas de construcción de letrinas, se puede enseñar a la población a que se proteja contra las contaminaciones, directa o indirectamente, cubriendo o enterrando la excreta. También contribuiría a aliviar la situación, en lo que respecta al control de las moscas en las viviendas, la separación de los animales de los lugares inmediatos a éstas. En relación con el programa de saneamiento expuesto, tiene importancia un programa de educación sanitaria. En un programa así se debe hacer hincapié en la necesidad de usar en mayor abundancia el agua para la higiene personal, especialmente para lavarse las manos.

En las áreas de elevada mortalidad infantil, está fuera de toda duda la importancia que tiene, desde el punto de vista de la protección, el que las madres den el pecho a los niños. Es esto así principalmente porque la alimentación con biberón se presta mucho más a la contaminación cuando las circunstancias higiénicas son deficientes. Por lo que respecta a las enfermedades diarreicas, el peligro de la alimentación artificial está especialmente relacionado con la contaminación a que se pueden prestar las manipulaciones necesarias para la preparación y conservación de la fórmula utilizada para el niño.

Por lo que se refiere a la prevención de las defunciones causadas por enfermedades diarreicas, en años recientes

se han hecho grandes progresos en el tratamiento de las diarreas agudas, basados en la corrección inmediata de las perturbaciones de los flúidos y electrólitos mediante una administración sistemática de flúidos, electrólitos, glucosa, plasma y sangre. Tiene menor importancia desde el punto de vista de la salud pública el empleo seleccionado de antibióticos y sulfonamidas. Muchos casos no necesitarían atención hospitalaria si se diagnosticase más pronto la enfermedad y se empleasen métodos sencillos de tratamiento en el hogar para impedir la deshidratación. Será un paso importante la instrucción de pediatras, médicos, enfermeras de salud pública y personal auxiliar relacionado con los cuidados de la infancia, en métodos sencillos de pronta rehidratación, mediante la administración por vía bucal, a los niños que sufren de enfermedades diarreicas, de una preparación electrolítica en las debidas proporciones. Se reconoció que la aplicación pronta y sistemática de la rehidratación parece ser el procedimiento capaz de conseguir, por sí solo, amplios beneficios en un programa que tienda a la reducción de casos de diarrea tóxica y grave que necesiten hospitalización.

Por el examen de las defunciones debidas a enfermedades diarreicas y a la tos ferina en Centro América, se cree que se deben estudiar los factores nutricionales en relación con la mortalidad de los niños de menos de 5 años de edad. Se están preparando planes para el estudio de determinados grupos de niños en ciertas colectividades, desde el nacimiento hasta los 5 años; mediante ese estudio se espera obtener una información fidedigna sobre la mortalidad en este período de la vida, en el que las tasas de defunción son excesivas, y conocer el efecto de los factores nutricionales sobre la mortalidad y las tasas de mortalidad por causas específicas tales como las diarreas, tos ferina y sarampión.

La primera fase de un estudio hecho en Guatemala sobre la mortalidad infantil y la morbilidad en los niños se refiere a la distribución epidemiológica de la desnutrición proteínica y de las enfermedades diarreicas, así como a la relación existente entre aquélla y éstas. Este estudio se va a llevar a cabo en 1956. No obstante, para los últimos tres meses de 1955 se nombró un consultor a corto plazo con el fin de que elaborase el programa y ayudara a preparar los medios necesarios para el diagnóstico de las enfermedades diarreicas. El 6 de octubre se celebró una conferencia en el INCAP, en la que se aprobó el siguiente programa para este consultor:

- 1) Estudio del agente etiológico encontrado en una serie de casos de síndrome pluricarenal de la infancia afectados de diarrea, y en una serie de casos de diarrea sin SPI.
- 2) Examen de los hisopos rectales para determinar la presencia de salmonella y shigella, en un estudio de un grupo de niños de menos de 10 años de edad, llevado a cabo en una granja.

3) Examen de hisopos rectales para determinar la presencia de salmonella y shigella en los niños de una encuesta celebrada en Amatitlán. Se puede duplicar el número y obtener datos escogidos sobre el estado de salud de cada persona.

4) Investigación para determinar el agente etiológico

causante de las epidemias de diarrea que se registran actualmente en Guatemala.

Se suspendió el Seminario sobre Enfermedades Diarreicas (AMRO-94) que se había de celebrar en 1955. Se proyectan dos seminarios para 1956, uno en Chile, para la parte meridional de América del Sur; y otro en México, para Centro América y el Caribe.

## Zoonosis

La palabra zoonosis indica las infecciones de los animales que se pueden transmitir al hombre.

La zoonosis constituye un problema muy importante de salud pública y es, al mismo tiempo, causa de enormes pérdidas económicas. Todos los años, los países de las Américas dan cuenta del aumento de estas enfermedades en el hombre y en los animales, siendo muy poco lo que se hace para controlar o erradicar los agentes causantes de las mismas.

En enero de 1953, el Consejo Interamericano Económico y Social (IA-ECOSOC) adoptó una resolución en favor del establecimiento de un Centro de Zoonosis. El mismo año, la Oficina presentó el correspondiente proyecto a la VII Reunión del Consejo Directivo de la OSPA (V Reunión del Comité Regional de la OMS), junto con otros proyectos de su programa de actividades de salud pública. El Consejo Directivo lo aprobó como parte del programa de salud pública para las Américas. La Oficina lo presentó también al Comité de Coordinación de la Asistencia Técnica de la Organización de los Estados Americanos (CCAT/OEA) y al IA-ECOSOC.

El proyecto (AMRO-81) fué aprobado por el Consejo Directivo de la OSPA como parte del programa de salud pública para las Américas y por el IA-ECOSOC como uno de los proyectos del Programa de Cooperación Técnica. Desgraciadamente, no fué posible obtener los fondos necesarios para su iniciación. En julio de 1954, el Gobierno de la Argentina ofreció una sede para el Centro, con edificios, medios y personal adecuados. Estos edificios han permanecido vacantes desde entonces. El ofrecimiento se renovó en junio y octubre de 1955.

Durante 1955, se hicieron gestiones para conocer el interés de los distintos Gobiernos en el Centro. Se recibieron respuestas oficiales de la mayoría de ellos, expresando el deseo de participar en dicho Centro. En la VIII Reunión

del Consejo Directivo de la OSPA (VII Reunión del Comité Regional de la OMS) se discutió ampliamente este proyecto y se autorizó la adopción de las medidas convenientes para que el Centro Panamericano de Zoonosis recibiera, lo antes posible, los fondos necesarios para su funcionamiento.

En la 27a Reunión del CCAT/OEA se trató del financiamiento del proyecto. Los fondos disponibles no eran suficientes para iniciar las actividades. Aunque se contaba con pesos argentinos, no se podían asignar fondos para los gastos en dólares, a pesar de ser éstos relativamente reducidos. En consecuencia no se autorizó ninguna actividad con cargo al CCAT para 1955 ni para 1956.

El proyecto se volvió a discutir con las autoridades argentinas y, como resultado de ello, en diciembre de 1955 se propuso a la sede de la OMS, en Ginebra, la presentación del Centro Panamericano de Zoonosis como un proyecto regional, dentro del Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas, para darle comienzo en la primera oportunidad posible, en 1956, con cargo al Fondo de Reserva para Contingencias.

La finalidad de este proyecto regional es, por lo tanto, facilitar cooperación técnica a todos los Gobiernos de las Américas mediante el establecimiento de un Centro Panamericano de Zoonosis. El proyecto no se puso en práctica en 1955, pero cuando el Centro se establezca, si tal momento llega, su finalidad será: 1) adiestrar personal en trabajos de laboratorio y en fases del diagnóstico y el control 2) facilitar servicios de asesoramiento sobre el control de las zoonosis a cualquier país que lo solicite, 3) proporcionar servicios especiales de diagnóstico y de ensayo de productos biológicos, y 4) realizar trabajos de investigación aplicada para el mejoramiento de los diagnósticos y el control de estas enfermedades.

**ADMINISTRACION DE SALUD PUBLICA**

## ADMINISTRACION DE SALUD PUBLICA

	<i>Página</i>
<b>Estadísticas sanitarias .....</b>	<b>73</b>
<b>Saneamiento del medio .....</b>	<b>78</b>
<b>Servicios de higiene maternoinfantil.....</b>	<b>83</b>
<b>Enfermería de salud pública.....</b>	<b>87</b>
<b>Proyectos coordinados de salud pública.....</b>	<b>88</b>
<b>Nutrición .....</b>	<b>91</b>
<b>Laboratorios de salud pública .....</b>	<b>95</b>
<b>Otras actividades .....</b>	<b>98</b>

# ADMINISTRACION DE SALUD PUBLICA

## Estadísticas sanitarias

Durante el año se hicieron firmes progresos en la coordinación de las estadísticas sanitarias en los proyectos de la Oficina, en el mejoramiento de los datos fundamentales, en la difusión de información estadística y en la utilización de tales datos para la elaboración de programas. Del mismo modo, ha experimentado rápidos progresos el programa de educación y adiestramiento en el campo de la estadística. Esta labor educativa debe traducirse, a su vez, en el mejoramiento de los datos básicos relativos a la salud pública. En 1955, la colaboración con otros organismos fué considerable, especialmente en la utilización de información estadística y en la introducción del concepto de erradicación de las enfermedades.

### Programas coordinados de salud pública

A principios de año se estudió un plan para incorporar las estadísticas vitales y sanitarias a los proyectos de higiene maternoinfantil. En conferencias oficiosas celebradas sobre esta materia se examinó ampliamente la incorporación de las estadísticas vitales a los proyectos coordinados de salud pública. Se examinaron primeramente los proyectos de las Zonas II y III, y se llegó a un acuerdo sobre diversos puntos. Parecía esencial que los departamentos de salud pública se encargasen de investigar las causas de defunción, puesto que los certificados de nacimiento y de defunción se han de remitir normalmente a ellos, que son los que llevan los correspondientes registros. Esos datos personales y las tabulaciones mensuales y anuales son de inestimable valor para la preparación y evaluación de los programas. Se reconoció la conveniencia de incorporar los métodos de notificación de casos, empleados en las enfermedades de las que se ha de dar cuenta obligatoriamente, a los proyectos coordinados de salud pública.

El consultor estadístico que trabaja en las Zonas II y III ha ayudado a preparar los ficheros y los métodos en la Unidad Sanitaria de San Cristóbal, República Dominicana, y ha cooperado en el proyecto de demostración sanitaria de El Salvador y en el nuevo proyecto de demostración rural de Guatemala. En este último se establecerán en la fase inicial las estadísticas vitales y los métodos de notificación de casos. El INCAP, está preparando planes para investigar las causas de defunción de los niños de menos de 5 años, en dos colectividades, y está llevando a cabo un estudio de las enfermedades diarreicas en la infancia, iniciado en Guatemala en octubre de 1955.

Una de las funciones que corresponden al Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades, establecido en el Ministerio de Sanidad de Venezuela en 1955, es el mejoramiento de las estadísticas de mortalidad. En dicho país se desarrolla un programa experimental para el mejoramiento de los certificados médicos, a fin de que los médicos rurales (oficiales sanitarios) y las autoridades civiles obtengan datos relativos a los síntomas y causas de defunción. En consecuencia, este experimento se puede utilizar para establecer los métodos de los programas coordinados de salud pública.

### Compilación y distribución de datos

Se han hecho notables progresos en la notificación de enfermedades cuarentenables y otras de carácter transmisible. Semanalmente, se reciben informes sobre las enfermedades cuarentenables de casi todos los países en que éstas se presentan. Por lo tanto, los datos que figuran en el *Informe Epidemiológico Semanal* son mucho más completos.

La publicación trimestral *Estadística Sanitaria* facilita datos sobre la incidencia de las enfermedades transmisibles, a la vez que otra información, tal como los informes, en inglés y en español, sobre las enmiendas introducidas al Reglamento Sanitario Internacional, y reseñas sobre conferencias y seminarios.

Los informes mensuales y trimestrales sobre las campañas de erradicación del *Aedes aegypti*, que se reciben normalmente, se resumen para su publicación en el *Informe Epidemiológico Semanal* y en el *Boletín*.

La OSP viene aplicando un procedimiento mediante el cual los informes de los casos de enfermedades venéreas contraídas en países miembros de la Organización Sanitaria Panamericana, y los relativos a los contactos, se remiten a los respectivos países. Como estos informes—unos 1,200 al año—llegan frecuentemente a la Oficina después de pasar por varias manos, ha habido importantes retrasos en la transmisión de los mismos a los organismos sanitarios interesados. Debido a que la rapidez en la transmisión de tales informes es esencial para su utilización eficaz en el establecimiento de los tratamientos y en el hallazgo de contactos posiblemente infecciosos, se está preparando un procedimiento mediante el cual dichos informes se puedan transmitir directamente, desde cualquier departamento local de salud pública o servicio de enfermedades venéreas, a los departamentos y servicios similares de otros países.

Se prepararon 18 páginas de instrucciones detalladas para el *Intercambio de notificaciones de casos y contactos de enfermedades venéreas en las Américas*. Las instrucciones consisten en una descripción de los formularios para informar de los contactos de enfermedades venéreas, con modelos en español, inglés y francés; la indicación del idioma en que los formularios se deben enviar a cada país; la lista de las oficinas de salud pública y las direcciones a las que se deben remitir las notificaciones a los países y territorios de las Américas; y, como apéndice, un glosario en español, inglés y francés, de los términos usados más frecuentemente en la información sobre los contactos de enfermedades venéreas.

Las hojas de información básica correspondientes a cada país se reúnen en cuadernos de hojas sueltas y se va añadiendo la información pertinente a medida que se recibe. Durante el año se prepararon varios formularios nuevos en español, sobre las siguientes materias: *Información relativa a enfermería y partería, Información relativa a la profesión médica y al trabajo médico, Información relativa a la profesión de odontología, Programa de higiene materno-infantil, Distribución de personal profesional por divisiones políticas mayores del país.*

Una de las tareas completadas durante el año fué la revisión del *Resumen de los Informes de los Estados Miembros, 1950 - 1953* preparado para la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana. El informe, en su texto definitivo, comprende, además de los datos sobre los 21 Estados Miembros, los correspondientes a las siguientes áreas adicionales: Alaska, Islas Bahamas, Barbados, Bermuda, Guayana Británica, Canadá, Guadalupe, Hawái, Jamaica, Islas de Sotavento, Martinica, Puerto Rico, Surinam, Trinidad y Tabago, Islas Vírgenes y las Islas de Barlovento.

Uno de los hechos más destacados del año fué la mayor utilización de los datos estadísticos por el personal de la Oficina para la orientación de los programas de salud pública. Los datos disponibles sobre las principales causas de defunción, basados en los informes cuadriennales de los Estados Miembros, han servido para destacar la importancia de las enfermedades transmisibles, y especialmente de las diarreicas, como una de las principales causas de mortalidad en muchos países de las Américas. Se prepararon numerosos datos definiendo los problemas sanitarios relacionados con el programa de higiene materno-infantil, para ser utilizados por un miembro del personal en un trabajo titulado *Variación de los problemas según las diferencias del desarrollo técnico de los países*. En una sección ulterior de este informe se volverá a tratar de esta materia (véase la sección titulada Servicios de Higiene Materno-infantil).

### Educación estadística

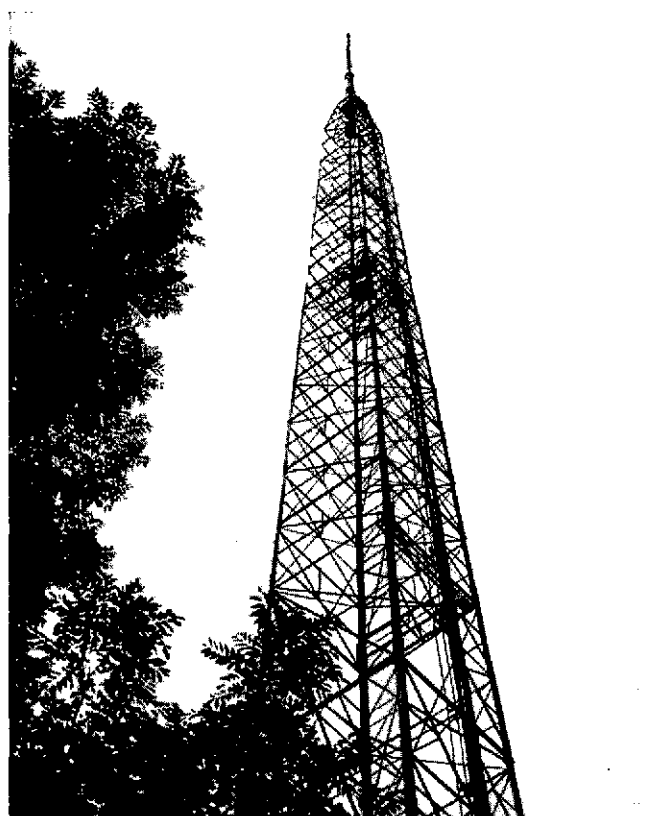
En las Zonas II y III un consultor estadístico (AMRO-86) dió un curso de bioestadística a los estudiantes de medicina en Haití, y preparó los planes para repetir el curso en 1956,

así como para organizar otro para estudiantes de medicina en la República Dominicana. Asimismo, enseñó estadística en el programa de adiestramiento de personal para los Servicios Rurales de Salud Pública de Guatemala, y proyectó dos cursos de bioestadística en Cuba, que debían haber comenzado en 1955, pero se pospusieron hasta marzo de 1956.

Un consultor a corto plazo dió un curso libre en bioestadística para miembros de la Facultad de la Universidad de São Paulo, al que asistieron de 70 a 90 personas de la Escuela de Medicina, de la Escuela de Salud Pública y del Instituto Biológico. El consultor espera regresar a São Paulo en el verano de 1956 para nuevas enseñanzas.

El Centro Interamericano de Bioestadística (AMRO-10) celebró en 1955 su tercer curso anual de Estadística Vital y Sanitaria, al que asistieron 35 estudiantes de 15 países. Como resultado del mejoramiento de los métodos de selección, el grupo de estudiantes fué mucho más homogéneo y de un nivel superior al de otros años. La Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile, que es la encargada de organizar el curso anual de Estadística Vital y Sanitaria, cuenta con un profesorado competente integrado por cinco profesores a tiempo completo y tres a tiempo parcial,

Antena de una emisora de radio, de Washington, D. C., utilizada para la rápida notificación de casos de enfermedades transmisibles



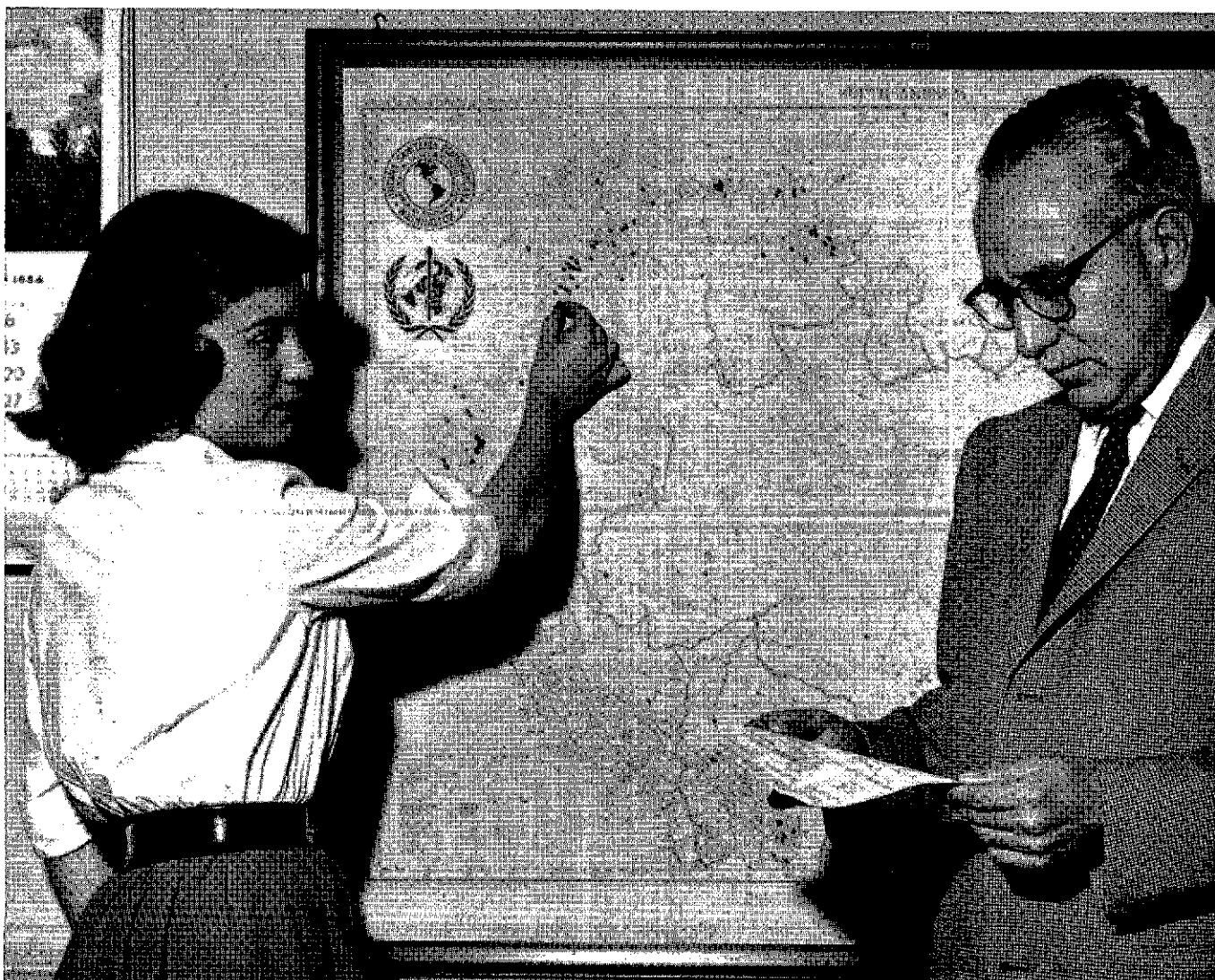
habiéndose creado además tres nuevos puestos que todavía no se han llenado.

Durante el año se dedicaron considerables esfuerzos al desarrollo de un buen curso de estadística vital mediante la cooperación de la Escuela, el Registro Civil y el Servicio Nacional de Salud Pública. El jefe del Departamento de Estadística, que se está preparando para dar, en 1956, el curso sobre clasificación de las enfermedades y causas de defunción, recibió un subsidio de viaje para realizar un extenso estudio de esta materia. En 1955, se organizó un nuevo curso preparatorio titulado *Técnicas de Trabajo*, que comprende demostraciones y discusión de los trabajos hechos en grupo.

A principios de año, las Naciones Unidas, uno de los tres organismos que han auspiciado el Centro, comunicaron

que tenían el proyecto de retirarle su apoyo financiero a fines de 1955, por estimar que el programa de actividades trazado originalmente se hallaba casi completo. Sin embargo, continuarían prestando apoyo moral y concediendo becas a estadísticos de los países americanos para que asistieran al curso sobre Estadística Vital y Sanitaria. La OMS/OSP está interesada en la continuación del trabajo fundamental de la enseñanza de estadística por la Escuela de Salubridad. El Gobierno de Chile ha expresado también interés en la continuación del proyecto. Al retirar las Naciones Unidas su apoyo financiero, dejaría de funcionar la Oficina de Administración que inicialmente se estableció, por separado, para la coordinación de actividades con los organismos encargados del registro y de las estadísticas vitales y sanitarias en Chile, y todas las actividades del

Colocación de señales en un mapa, paso importante para preparar la información estadística epidemiológica



Centro se desarrollarían en la Escuela de Salubridad. Prosiguen los planes para continuar la enseñanza en la Escuela de Salubridad, y el cuarto curso comenzará el 19 de marzo de 1956.

En Chile se ha progresado mucho en el desarrollo de los diversos organismos encargados de la estadística. Antiguos alumnos están llevando a cabo importantes programas y se interesan en el adiestramiento de nuevo personal. En México, un alumno del curso de 1954, que actualmente es profesor de Epidemiología y Estadística en la Escuela de Salubridad, se encargó de un curso de cuatro meses, sobre bioestadística, organizado en 1955 para estadísticos de los Estados de México.

En 1955, se estableció un Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades (AMRO-85) en el Ministerio de Sanidad de Venezuela, para mejorar las estadísticas de mortalidad en las Américas y conseguir que sean completas, fidedignas y comparables. La Tercera Asamblea Mundial de la Salud dispuso la creación del Centro de la OMS que quedó agregado a la Oficina del Registro General de Inglaterra y Gales desde el 1° de enero de 1951. Por el valor de dicho centro para resolver problemas de interés general en este campo, se estableció un Centro en las Américas encargado de estudiar especialmente los problemas existentes en los países de habla española y el empleo de la versión española de la *Clasificación*. Este nuevo Centro funciona en estrecha coordinación con la Organización Mundial de la Salud, la Oficina Regional de Washington (Oficina Sanitaria Panamericana) y el Centro de la OMS.

El Centro, que trabaja en estrecha cooperación con la sede de la OMS, facilita asistencia y asesoramiento en la aplicación de la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción*, por medio de correspondencia, consultas con las oficinas nacionales, cursos de adiestramiento y compilación de datos sobre las experiencias relacionadas con la *Clasificación*. El primer curso de adiestramiento de dos semanas para codificadores se celebró del 12 al 23 de septiembre de 1955. Asistieron 12 estudiantes de 9 países: Colombia 1, Cuba 1, Ecuador 1, El Salvador 1, Guatemala 2, México 2, Nicaragua 1, Panamá 2 y República Dominicana 1. Participaron en este curso el profesor y jefe del Departamento de Estadística de la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile y el consultor de Estadística de las Zonas II y III de la OSP. El curso, que facilitó instrucción detallada sobre la codificación de las causas de defunción para los encargados de ese trabajo en las oficinas de estadística vital y sanitaria, sirvió también para establecer estrechas relaciones de trabajo entre los países y el Centro Latinoamericano. Se ha pensado en celebrar un segundo curso de adiestramiento en las dos últimas semanas de agosto de 1956 para estudiantes de varios de los países representados y de otros de habla española. Al preparar nuevos cursos de adiestramiento, se deben tener en cuenta la publicación, en 1955, de la *Clasificación Estadística Internacional* (7ª

revisión) y las normas revisadas que han de entrar en vigor el 1° de enero de 1958. Se debiera organizar un curso para el segundo semestre de 1957, con el fin de estudiar los cambios introducidos. Para obtener uniformidad en la determinación de las causas de defunción, se organizará un sistema mediante el cual se enviarán al Centro, para ser clasificadas, muestras de certificados de los distintos países, escogidas al azar. Los países enviarán también al Centro certificados que planteen difíciles problemas de codificación. El director del Centro ha preparado la traducción al español de las enmiendas introducidas a la 6ª revisión y ha revisado la lista tabular en español haciendo correcciones para la 7ª revisión.

En 1954, una comisión de Chile formuló recomendaciones para un plan de estudios universitarios para estadísticos, con el establecimiento de un Departamento de Estadística en el Instituto de Pedagogía de la Facultad de Filosofía y Educación. Durante el año se formularon recomendaciones sobre los requisitos de selección de aspirantes al profesorado, en seis especialidades del Departamento de Estadística.

### Colaboración con otras organizaciones

El jefe de la Sección asistió a la 32ª Conferencia Anual del "Milbank Memorial Fund", celebrada en la Academia de Medicina de Nueva York, y participó en la mesa redonda sobre Tendencias y Diferenciales en la Mortalidad, referente a las áreas poco desarrolladas, a los países muy desarrollados y a la investigación sobre mortalidad.

Un trabajo titulado *El crecimiento de población y los programas de salud pública en los países latinoamericanos*, que se preparó para el seminario sobre problemas de población en la América Latina, celebrado en Río de Janeiro, Brasil, en diciembre de 1955, mostró que, aun aceptando una estimación media sobre la tendencia de las tasas de nacimiento formuladas por la NU, se espera que la población de Centro América, México y América del Sur aumente, para 1980, a más del doble de su volumen actual. Estas dos áreas tenían 145 millones de habitantes en 1950, y se calcula que llegarán a 297 millones en 1980. Aunque se espera, partiendo de una media estimación que se produzca un cierto envejecimiento de la población, el porcentaje de los individuos de menos de 15 años seguirá siendo relativamente elevado y la población continuará siendo considerada como joven en 1980. En consecuencia, al preparar los programas de salud pública para muchos años futuros, se debe prestar lógicamente, mucha atención a los problemas de la infancia, de la niñez y de los primeros años de la vida adulta.

La VII Conferencia para la Revisión de las Listas Internacionales de Enfermedades y Causas de Defunción se celebró en febrero de 1955. Esta 7ª revisión se limitó principalmente a correcciones y cambios de poca importancia. De acuerdo con la petición de la Oficina, se ha introducido una categoría de cuatro guarismos (286.6) para el síndrome pluricarenal de la infancia (kwashiorkor).



Esta adición será valiosa para los estudios sobre la mortalidad causada por avitaminosis y estados de deficiencia, así como para las estadísticas de hospitales. El manual revisado se distribuirá en 1957 y se comenzará a aplicar el 1° de enero de 1958. En las Américas se hará todo lo posible para que en dicho año se aplique esta nueva edición de la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción*.

El Instituto Interamericano de Estadística prestó su apoyo a la III Conferencia Interamericana de Estadística y a la Primera Reunión del Comité de Educación Estadística, celebradas en el Brasil en el mes de junio. Para estas reuniones se prepararon varios documentos, y en los debates intervino un miembro del personal.

El jefe de la Sección de Epidemiología y Estadística actuó como presidente del Comité de Resoluciones de la Asociación Americana de Salud Pública, que celebró su reunión anual en Kansas City, del 13 al 18 de noviembre de 1955. El Comité preparó varios proyectos de resolución antes de su reunión anual, y otros fueron presentados por las secciones durante la reunión. El 16 de noviembre se aprobó el Informe que el Comité de Resoluciones presentó al Consejo de Gobierno; el informe contenía 19 resoluciones. Entre las aprobadas figuraban 2, presentadas por la Oficina, tituladas "Erradicación de la Malaria" y "Erradicación del *Aedes aegypti* en los Estados Unidos." En un resumen de los proyectos de resolución presentado a la Sesión General de la Asociación Americana de Salud Pública, el 17 de noviembre, figuraban las siguientes consideraciones: "La aceptación del concepto de erradicación de las enfermedades, con preferencia al de control, y la decisión de prestarle firme apoyo representan un importante jalón en el pensamiento de la Asociación. Una de las resoluciones hace suyo el programa global para la erradicación de la malaria y recomienda que todos los organismos particulares y gubernamentales cooperen en esta campaña mundial. Se recomienda la erradicación en los Estados Unidos del mosquito *Aedes aegypti*, vector de la fiebre amarilla urbana. Esto es esencial, tanto para el cumplimiento de las obligaciones que recaen sobre los Estados Unidos de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional, como para atenerse al criterio de las naciones de las Américas que están de acuerdo en que la solución permanente a la amenaza de la fiebre amarilla urbana se encuentra en la erradicación de este mosquito en el Hemisferio Occidental". Las resoluciones aprobadas dicen así:

#### ERRADICACIÓN DE LA MALARIA

*TENIENDO EN CUENTA* que los Departamentos de Salubridad de los Estados, con la colaboración del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, han erradicado prácticamente la malaria,

*TENIENDO EN CUENTA* que el Estado Libre Asociado de Puerto Rico ha hecho lo mismo en aquella isla tropical, en la que anteriormente abundaba tanto la malaria,

*TENIENDO EN CUENTA* que otros muchos países y zonas del mundo han realizado grandes progresos en la erradicación de dicha enfermedad,

*TENIENDO EN CUENTA* que la erradicación permanente de una enfermedad requiere una actividad periférica en constante expansión, para evitar una reinfección procedente de las zonas vecinas, y

*CONSIDERANDO* que la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana (1954) declaró que la erradicación de la malaria en el Hemisferio Occidental es cuestión de extrema urgencia y que recomendó a los Gobiernos Miembros la conversión de todos los programas de control en programas de erradicación, a la mayor brevedad posible y antes de que adquiriera mayor desarrollo la resistencia de los anofelinos a los insecticidas, y

*CONSIDERANDO* que la Octava Asamblea Mundial de la Salud (México, D. F., 1955) adoptó una resolución similar en cuanto a la malaria como problema mundial.

*SE ACUERDA* que la Asociación Americana de Salud Pública acepte el concepto de erradicación con preferencia al de control, apoye la campaña mundial y recomiende que todos los organismos públicos y privados cooperen en ese programa mundial dirigido a la erradicación de la malaria.

#### ERRADICACIÓN DEL *Aedes aegypti* EN LOS ESTADOS UNIDOS

*TENIENDO EN CUENTA* que, en 1947, las naciones de las Américas convinieron dar una solución permanente al problema de la amenaza de la fiebre amarilla urbana mediante la erradicación del mosquito *Aedes aegypti* en el Hemisferio Occidental, y

*TENIENDO EN CUENTA* que los Estados Unidos son hoy el único país del Hemisferio Occidental que no ha iniciado un programa de erradicación, aunque ha declarado oficialmente que el vector existe en los 13 Estados siguientes: Alabama, Arizona, Arkansas, Florida, Georgia, Luisiana, Misisipí, Nuevo México, Carolina del Norte, Oklahoma, Carolina del Sur, Tennessee y Texas, y

*TENIENDO EN CUENTA* que la presencia del vector en los Estados Unidos constituye una fuente de reinfestación para zonas de otros países recientemente consideradas libres de *A. aegypti*, que están próximas a las de fiebre amarilla selvática, creando así el peligro de introducción de la fiebre amarilla urbana, y

*CONSIDERANDO*, que el cumplimiento, por parte de los Estados Unidos, de las obligaciones impuestas por el Reglamento Sanitario Internacional, relativas a mantener

los puertos y aeropuertos, de las áreas receptoras, libres de *Aedes aegypti*, resulta difícil o imposible mientras el vector esté presente en las zonas circundantes,

SE ACUERDA, que la Asociación Americana de Salud Pública apoye el programa de erradicación de este vector

en el Hemisferio Occidental y encarezca al Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y a los Departamentos de Salubridad de los diversos Estados que adopten medidas inmediatas para iniciar programas encaminados a la erradicación del mosquito *Aedes aegypti* en los Estados Unidos.

## Saneamiento del medio

### Avances desiguales

Desde 1952 han ido en constante aumento los proyectos de saneamiento del medio que cuentan con la cooperación de la Oficina. Los esfuerzos se han concentrado en el desarrollo de secciones de saneamiento como una de las partes principales de los servicios de salud pública, tanto en el plano local como en el nacional. Esta orientación se basa en las pruebas de que lo más probable es que las mejoras importantes en el saneamiento se produzcan como resultado de iniciativas concretas de los servicios de salud pública, con asistencia de ingenieros sanitarios adiestrados profesionalmente.

Aunque hay en las Américas unos pocos países que han conseguido grandes avances en saneamiento del medio, el problema continúa siendo agudo en este Hemisferio.

En varios países de las Américas, el saneamiento del medio está muy por debajo de las necesidades mínimas de su población. La proporción de población urbana abastecida de agua corriente es solamente de un 30 por ciento en algunos de los países, de los cuales se tienen datos. En las zonas rurales los porcentajes son todavía más bajos. En nueve de los países que han enviado informes, la proporción de la población total que cuenta con suministros de agua corriente varía del 10 al 67 por ciento. Aunque son muchas las zonas urbanas que tienen sistemas de alcantarillado, la proporción de la población urbana que dispone de tal servicio varía entre el 7 y el 80 por ciento, en los 11 países que han informado.

En vastas regiones, las principales causas de enfermedad y defunción, tales como las infecciones gastrointestinales y las enfermedades parasitarias, tienen una relación directa con el mal suministro de agua y lo inadecuado de los sistemas de eliminación de desperdicios. El suministro de agua y la eliminación de desperdicios son los dos grandes problemas que se presentan en el campo del saneamiento del medio.

### Día mundial de la salud

En 1955, el tema elegido para el Día Mundial de la Salud fue "Agua pura, base de la salud". Alrededor del 70 por

ciento del cuerpo humano está formado de agua. Cuando el agua no es limpia, puede originar infecciones y ciertas formas de envenenamiento. Se calcula que una quinta parte de las defunciones que ocurren en el mundo es causada por deficiencias del saneamiento del medio.

El saneamiento es una forma de vida. Como ocurre con otras actividades sanitarias, el saneamiento sólo da buenos resultados en la medida en que la gente está dispuesta a trabajar por él. Sin embargo, todas las formas de saneamiento contribuyen de un modo tan manifiesto al aumento de la comodidad y del bienestar, que no es necesario convencer al público de la importancia que tienen esos problemas. El propio público es el primero en reconocer la existencia de los problemas antes de que intervenga ningún servicio sanitario, mostrándose generalmente deseoso de participar en la labor que se lleve a cabo.

Con frecuencia, es mucho lo que se consigue en las ciudades pequeñas y en las colectividades rurales porque los habitantes prestan un apoyo entusiasta y contribuyen con su trabajo, dinero y materiales. Los habitantes de la aldea de Amatitlán, Guatemala, fueron persuadidos fácilmente y se unieron de todo corazón a los esfuerzos para construir una nueva fuente de suministro de agua. Los habitantes de las pequeñas aldeas del Área de Demostración Sanitaria de El Salvador acostumbran a hablar con orgullo de sus nuevos sistemas de abastecimiento de agua.

El mejoramiento de las condiciones sanitarias, tanto en las colectividades rurales como en las urbanas, depende, más que en otros muchos aspectos de la salud pública, de una buena planificación a corto plazo. El estímulo y la ayuda para recoger la información necesaria y utilizarla en los trabajos de planificación representa una de las principales actividades de la Oficina en 1955. Esto se hizo mediante la preparación de material para utilizarlo en relación el Día Mundial de la Salud, mediante servicios consultivos a los gobiernos, en varios proyectos, y por medio de la difusión de información. Como prácticamente en todos los países de las Américas la mayoría de la población es campesina, se ha dedicado gran atención a los planes de saneamiento rural. La relación de prioridad entre el saneamiento rural y el urbano ha sido objeto de consi-

derable estudio, a la luz de su importancia epidemiológica y de su viabilidad económica. Es evidente que la única manera de conseguir en cada país un equilibrio satisfactorio consiste en una buena planificación basada en una información suficiente.

Con el creciente empleo de los isótopos radioactivos y con la posible instalación de reactores nucleares para trabajos de investigación y para la producción de electricidad, en muchos países en que esas instalaciones no han existido previamente, la Oficina espera que se acuda a ella, cada vez más, para que proporcione servicios consultivos en relación con la eliminación de desperdicios en forma que reduzca los peligros de contaminación del agua, del aire y del suelo por materiales radioactivos.

### Un suministro urbano de agua

En marzo de 1955, la Oficina envió su informe definitivo al Gobierno de Bolivia con recomendaciones basadas en el estudio hecho por su consultor, en cooperación con los funcionarios del abastecimiento de agua de La Paz, durante un período de tres meses (Bolivia-6). Además de formular recomendaciones generales para mejorar el servicio de abastecimiento, de acuerdo con las necesidades especiales de la ciudad, el informe destacó ciertas medidas primordiales que se debían tomar en primer término.

La finalidad de este programa fué averiguar la forma de mejorar el abastecimiento de agua de La Paz, tanto en cantidad como en calidad.

Las becas concedidas a dos técnicos del servicio de suministro de agua de La Paz, a fin de que conocieran los últimos adelantos hechos en su especialidad, tuvieron mucha importancia para asegurar la continuación del proyecto.

### Cooperación con las universidades

Se avanzó mucho en relación con el proyecto internacional AMRO-1, referente a la necesidad de mejorar el adiestramiento del personal de saneamiento del medio en las Américas. Este proyecto tiene una larga y variada historia. Se examinó primero, en 1950, como proyecto de la Organización de los Estados Americanos, y se desarrolló con el apoyo entusiasta de casi todos los gobiernos.

Los objetivos concretos han consistido en robustecer la instrucción en este campo en las escuelas de salud pública de México, São Paulo y Chile, las tres escuelas de salud pública de la América Latina que reciben estudiantes internacionales. En dos de ellas se ha aplicado un plan de estudios coordinado para los ingenieros e inspectores sanitarios, y en el programa figuran conferencias conjuntas, consultores internacionales, suministros para las áreas de adiestramiento y becas para profesores y alumnos. Desde 1952 se vienen desarrollando diversas actividades.

En 1955 se estableció en la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile un programa para el adiestramiento de ingenieros sanitarios, como especialistas en higiene del

medio. La finalidad de ese programa es preparar ingenieros para que trabajen en los departamentos de salud pública del Hemisferio Occidental. Con la cooperación de un consultor enviado por la Oficina en junio de 1955, la Universidad organizó un programa de 9 meses, que ha de comenzar en abril de 1956.

El curso comprenderá adiestramiento teórico y práctico avanzado en ingeniería sanitaria, instrucción fundamental en ciencias de salud pública (que forman la base del trabajo de los equipos de saneamiento del medio), e instrucción en métodos para el adiestramiento de inspectores sanitarios. En 1955 se completaron los preparativos para las enseñanzas de esos cursos, quedando pendiente el trabajo para un curso de hidrología, hidráulica y diseño de sistemas de abastecimiento de agua y alcantarillado. El curso inicial será para cuatro chilenos y cuatro no chilenos, teniéndose el propósito de ampliar ese número en lo futuro hasta doce o quince estudiantes. El curso comprenderá seminarios, visitas, tesis y exámenes.

En agosto de 1955 se inició un curso de cuatro meses para constructores civiles en la Universidad de Chile, y se matricularon 30 alumnos. La mitad de éstos iban a seguir un programa en el que se destacaba el saneamiento del medio, y el resto, un programa de higiene industrial. El propósito era establecer y organizar un programa de adiestramiento encaminado a obtener los máximos beneficios del pequeño grupo de profesores de la escuela.

Se creyó que la mejor manera de conseguir tal cosa sería coordinar los cursos de saneamiento del medio y de ingeniería sanitaria, reduciendo a un mínimo la dualidad en la explicación de temas en las clases. Es ventajoso mantener la presente cooperación entre la Escuela de Ingeniería y la Escuela de Salubridad en el adiestramiento de ingenieros sanitarios, puesto que esa cooperación promueve una mayor comprensión y coordinación de esfuerzos entre los departamentos de salubridad y los de obras públicas, así como una mejor comprensión de las relaciones que existen entre las funciones de los dos grupos. Una de las posibilidades sería que los mismos profesores de ingeniería sanitaria estuvieran encargados de los cursos de la Escuela de Salubridad y de la Escuela de Ingeniería. Este método está dando excelentes resultados en la Universidad de São Paulo, Brasil. Además, el hecho de que los ingenieros realicen parte de sus estudios en compañía de los médicos contribuye a estrechar la amistad y la cooperación entre los dos grupos. En gran parte, por la misma razón, se decidió que los alumnos de ingeniería sanitaria actuaran como instructores en el programa de adiestramiento de inspectores.

Una de las principales dificultades para la enseñanza de ingeniería sanitaria en Chile, y en los demás países de América Latina, es la falta de libros de texto, de obras de consulta y de otras publicaciones que traten de la materia estudiada, en lengua española. Los profesores tienen que dedicar un tiempo considerable a la preparación de mate-



rial. En la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile se han hecho plausibles esfuerzos para reunir material relativo a los aspectos técnicos avanzados de la purificación de agua y del tratamiento de aguas servidas; cuando se edite la labor preparada constituirá un buen libro de texto. No obstante, sigue sin resolver el problema de poner unos instrumentos tan excelentes a disposición de otros profesores. Hasta ahora se ha carecido de los medios necesarios para la revisión y reproducción de materiales.

Todo el profesorado de saneamiento del medio, de la Escuela de Salubridad, con excepción de un profesor, está empleado a tiempo completo en el Servicio Nacional de Salud de Chile. Algunos profesores dedican casi todas sus horas a la enseñanza, pues median buenas relaciones entre la escuela y el servicio. Convendría que, por lo menos, un profesor perteneciente al personal de ingeniería sanitaria permaneciese a tiempo completo en la Universidad.

En Chile se ha pensado en la posibilidad de dar un triple empleo al equipo de perforación de pozos: en primer término, la Escuela de Ingeniería podría utilizarlo para adiestrar ingenieros sanitarios en trabajos de emplazamiento, construcción, ensayo y desarrollo de pozos profundos, así como en el empleo de éstos para suministrar agua a las colectividades pequeñas. En segundo lugar, el equipo se podría dedicar al adiestramiento de operarios y técnicos del Servicio Nacional de Salud, a fin de que éste pudiera extender sus actividades mediante la ayuda a las colectividades pequeñas para la obtención de agua de pozo. Finalmente, se podría emplear para la perforación de pozos utilizables en lugares próximos a la Escuela.

Uno de los problemas que están todavía por resolver es el de la falta de personal perforador de pozos. Se necesitan por lo menos cinco meses de adiestramiento intensivo para que un hombre pueda comenzar a trabajar como perforador

← Izquierda: Campesinos manipulando la primera bomba, instalada en un pueblo panameño, para el abastecimiento público de agua

Abajo: La primera clase de inspectores sanitarios de la Ciudad de Guatemala visita una de las instalaciones filtradoras de la localidad



bajo la inspección de otros con mayor experiencia. Los ingenieros y los hombres de ciencia especializados en aguas subterráneas no son nunca perforadores. El perforador es un artesano que ha de adiestrarse en el uso de las herramientas utilizadas. Ha de ser un experto en afilar el tipo de broca empleado en cada formación de terreno, y ha de saber juzgar por el sonido y apreciar por el tacto lo que hay en el fondo de la perforación.

Los terrenos de aluvión de las llanuras de Chile son una de las áreas más difíciles del mundo para las perforaciones debido al gran número de cantos rodados que se encuentran. Estos desvían la herramienta cortante, originan desprendimientos y motivan otros inconvenientes. Por ello, en Chile se excavan frecuentemente los pozos a mano hasta el nivel del agua, antes de iniciar la perforación con taladros.

Se estima que el equipo de perforación de pozos y de comprobación perteneciente a la Escuela de Salubridad se debe emplear, en la mayor escala posible, para adiestrar a los ingenieros en aquellos aspectos de la utilización del agua subterránea con los que se han de relacionar más directamente.

El primer paso dado en este sentido fué la organización de una reunión del personal interesado perteneciente a la Escuela de Salubridad, el Servicio Nacional de Salud, la Corporación de Fomento y el Instituto de Asuntos Inter-

americanos. Se proyectó mucha luz sobre la naturaleza de los problemas relacionados con el aprovechamiento de las aguas subterráneas.

Como resultado concreto de la reunión, se decidió utilizar el equipo de la Escuela en el verano de 1956 para construir dos o tres pozos de observación en el área de Santiago; con tal fin el Instituto proporcionará tubería de revestimiento y la Corporación de Fomento facilitará los registradores automáticos y atenderá a su funcionamiento. Estos serán probablemente los primeros registros de esa clase que se utilicen en Chile. También se trató del establecimiento de un área de demostración para los métodos empleados en los trabajos de campo con el fin de determinar la transmisibilidad y otros factores constantes de la formación de terrenos.

La Oficina ha mantenido constantemente una estrecha relación con la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Brasil, con motivo del proyecto AMRO-1. Como consecuencia de ello la Escuela inició el 15 de julio de 1955 un nuevo curso de diez meses para el adiestramiento de inspectores sanitarios.

En México, después de ocho meses de continua cooperación de la Oficina con funcionarios de la Escuela de Ingeniería Sanitaria de la Universidad Nacional Autónoma de México, se firmó un acuerdo mediante el cual la Escuela de Ingeniería Sanitaria se incorporó a las actividades internacionales del proyecto AMRO-1. Se está negociando también otro acuerdo con la misma Escuela y con el Gobierno de México para celebrar, en 1956, un curso internacional para operadores de las instalaciones de agua potable, en el que participará personal procedente de los países de Centro América y del área del Caribe.

En 1955 la Oficina continuó cooperando con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de México, prestando especial atención al trabajo de saneamiento del medio.

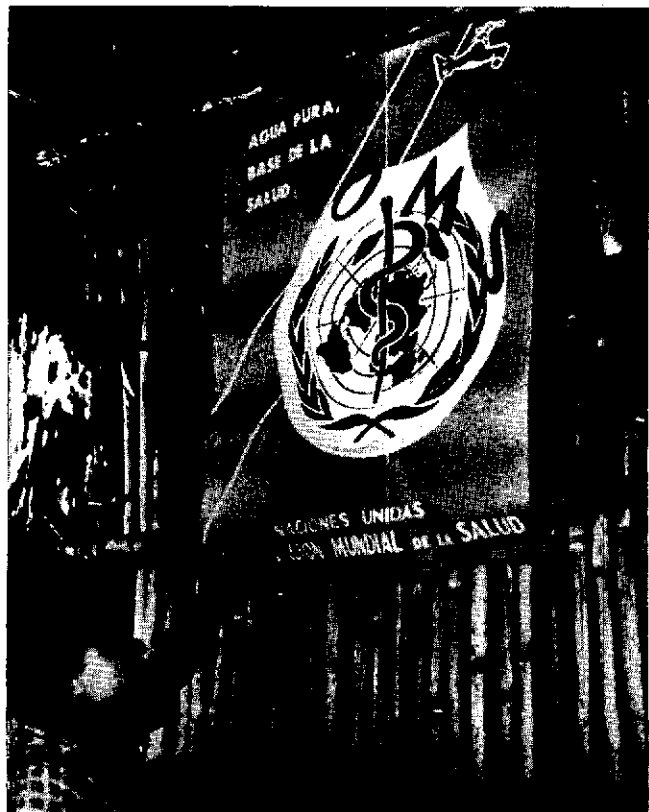
### Cursos de adiestramiento y seminarios

En el verano de 1955 se celebró en la capital de Guatemala el segundo curso de adiestramiento en sistemas de abastecimiento de aguas (AMRO-17). La finalidad de esta serie de cursos es adiestrar a los operarios de las instalaciones de agua potable y de sus servicios de mantenimiento. Participaron en dicho curso, que duró un mes, 24 estudiantes procedentes de los cinco países de Centro América, de Panamá y de México, y se preparó un informe que puede servir en los futuros cursos como manual de los operadores.

El primer curso de esta clase se celebró en Tegucigalpa, Honduras, en el año 1953. En 1956 tendrá lugar un tercer curso en la Escuela de Ingeniería de la Universidad Nacional Autónoma de México. Varios países de América del Sur han manifestado ya su interés en la celebración de cursos análogos en 1957.

La Unión Panamericana creó en el año 1951, en Bogotá, Colombia, el primer Centro Interamericano de la Vivienda.

Uno de los carteles expuestos con motivo del Día Mundial de la Salud, en 1955



En éste se adiestra personal de los países americanos en los diferentes aspectos de la vivienda; y el saneamiento del medio es una de las materias que figuran en el programa básico.

En 1953 y 1954 la Oficina facilitó los servicios del ingeniero de la Zona IV que dió conferencias y practicó demostraciones sobre problemas de ingeniería sanitaria relacionados con la vivienda (AMRO-62). En 1955 la Oficina continuó su cooperación mediante conferencias dadas por el ingeniero de la Zona II. Se confía en que la actividad de la Oficina estimule la coordinación entre las actividades nacionales sanitarias y de la vivienda. Además de los servicios consultivos, la Oficina proyecta la concesión de becas en 1956 y 1957.

Del 31 de octubre al 10 de noviembre de 1955 se celebró con éxito en San Juan, Puerto Rico, un seminario sobre ingeniería sanitaria para el área del Caribe; lo patrocinaron conjuntamente el Gobierno de Puerto Rico y la Oficina (AMRO-64).

Fué éste el cuarto seminario de su clase. El primero se celebró en Managua, Nicaragua, en 1952, el segundo en San José, Costa Rica, y el tercero en Caracas, Venezuela, estos dos últimos en 1954. Se ha propuesto la celebración de un seminario similar en Santiago, Chile, en 1956, y de otro en Bogotá, Colombia, en 1957.

Al seminario celebrado en San Juan asistieron unos 60 delegados, de los que más de la mitad eran portorriqueños. Había también delegados de México, Cuba, Haití, República Dominicana y Jamaica. Guatemala envió un observador, y acudieron asimismo representantes de varias organizaciones nacionales e internacionales, incluida la OSP.

El seminario tuvo una doble finalidad: dar a los funcionarios de salud pública del área del Caribe la oportuni-

dad de observar demostraciones en las obras públicas de Puerto Rico que se encontraban en funcionamiento; y estimular la cooperación de los departamentos de salud pública por medio del intercambio de información.

Las sesiones de trabajo se celebraron en español. Todas ellas, menos una, tuvieron lugar en el Colegio de Ingenieros, Arquitectos y Agrimensores. Se discutieron ampliamente ocho temas y se presentaron 21 trabajos originales. Los delegados dedicaron dos días completos y siete tardes a visitar obras públicas de Puerto Rico.

En el párrafo siguiente se exponen algunas observaciones derivadas de las discusiones que se desarrollaron durante el seminario. Esas observaciones fueron aprobadas en la última sesión plenaria.

En América Latina se necesita más capital privado para construir sistemas de abastecimiento de agua y de eliminación de aguas servidas. En general, la mejora de la vivienda debe tener preferencia sobre las nuevas edificaciones en los programas públicos de construcción de viviendas. En estos programas se debe hacer pleno uso de los recursos locales. Es necesario una mayor labor de educación en cuanto a la vivienda y al saneamiento. En las áreas rurales hacen falta más instalaciones de purificación a fin de que el agua esté en condiciones para el consumo público e industrial. Estas medidas fomentarán también el saneamiento del suelo.

El Gobierno de Puerto Rico convino en publicar los trabajos y los debates del seminario con la cooperación financiera y técnica de la Oficina. Los delegados de las Indias Occidentales Británicas expresaron la esperanza de que se pueda celebrar un seminario similar para las islas de su región, desarrollándose los debates en inglés.

## Servicios de higiene materno infantil

### Mortalidad infantil

No sólo la atención materno infantil, sino también la salud del niño hasta la edad de cinco años, han entrado en un período de minucioso estudio. Debido a la excesiva mortalidad en la infancia y a las poblaciones relativamente jóvenes de las Américas, el tema adquiere una importancia creciente.

Se están elaborando amplios planes para la recopilación de datos estadísticos. Actualmente se preparan algunos

de ellos para la próxima XV Conferencia Sanitaria Panamericana que se celebrará en 1958 y en la que se dedicará especial atención a minuciosos análisis relativos a la mortalidad maternal, en la infancia y niñez entre estos importantes sectores de la población de las Américas.

En la Introducción del presente Informe, así como en la sección de Enfermedades Transmisibles, se hicieron algunas referencias a este mismo tema. A continuación se reproduce un cuadro que indica la extraordinaria cantidad de defunciones de niños en la América Latina.

Niño peruano acabado de bañar por la enfermera y dispuesto para dormir la siesta





DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE POBLACIÓN Y DEFUN-  
CIONES POR GRUPOS DE EDADES EN CANADÁ Y ESTADOS  
UNIDOS Y EN LA AMÉRICA LATINA EN 1952

Grupo de edad	Población		Defunciones	
	Canadá y Estados Unidos	América Latina (a)	Canadá y Estados Unidos	América Latina (b)
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Menores de 5 años	11.8	15.3	8.9	49.1
5-14 años	16.6	25.2	1.3	5.9
15-34 años	29.0	33.9	4.6	11.2
35-54 años	25.5	18.3	14.8	11.8
55 y más años	17.1	7.3	70.4	22.0

(a) Todos los países salvo Bolivia, Chile, Cuba y Uruguay.

(b) Datos recibidos de 8 países únicamente: Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Perú, y República Dominicana.

El 15 por ciento de la población de la América Latina era menor de 5 años, pero aproximadamente la mitad de las defunciones (49.1 por ciento) ocurrieron entre niños menores de 5 años. Las tasas de mortalidad del grupo de edad de 1 a 4 años, así como la de los lactantes, son elevadas.

Niño de un año, durante el examen clínico periódico, El Salvador



Esta excesiva mortalidad se debe alas enfermedades diarreicas, a las enfermedades transmisibles de la infancia y a las de las vías respiratorias. Aunque la desnutrición no figura en los presentes datos estadísticos de causas de defunción, representa un importante papel. Es muy probable que las deficiencias de leche y de proteína animal, en particular, sean la causa directa de una parte de la mortalidad de los lactantes y de los niños en sus primeros años de vida. Este problema requiere que se preste mayor atención al mejoramiento de los hábitos de alimentación durante la lactancia, incluyendo la investigación del empleo de mezclas de proteína vegetal que, en la actualidad, estudia el INCAP. Para un examen completo de las enfermedades diarreicas véanse las páginas 68, 69 y 70.

### Proyectos específicos

Uno de los importantes proyectos de higiene materno-infantil, que se completó en 1955, se refiere a la labor realizada en el Perú (Perú-10). Las operaciones locales de este proyecto se iniciaron en 1952. Este mismo año se asignó un administrador y una enfermera de salud pública para trabajar con el personal nacional destinado a funciones similares. Se empezaron a dar cursos para el personal auxiliar. Se organizaron clínicas de higiene materno-infantil en las principales ciudades, así como en las localidades rurales. El objetivo de este proyecto era el establecimiento de servicios de salud pública en toda una zona, en parte costera y en parte montañosa. Una de las razones por las que se eligió este sector fué su relativa facilidad de comunicaciones.

Desde el principio se tuvo siempre presente la idea de desarrollar estas actividades en un proyecto coordinado de salud pública. Se nombraron dos ingenieros sanitarios peruanos para el proyecto, cuyo trabajo comprendía la construcción y conservación de pequeños sistemas rurales de abastecimiento de agua, construcción de letrinas y control de insectos.

Se organizó un servicio de control de la tuberculosis y se inició un programa de nutrición con la leche proporcionado por el UNICEF. En 1953 se incorporó al personal, en calidad de consultor, un especialista de laboratorio con el fin de ayudar en la organización de un laboratorio en Huacho.

La zona que abarca el proyecto tiene una población de unos 120,000 habitantes, pero sus dos terceras partes se agrupan alrededor de tres centros principales, uno de los cuales es la ciudad y puerto de Huacho en que habitan más de 30,000 personas, si se cuentan las inmediaciones. Al norte de esta zona se encuentra la ciudad de Barranca, con 8,000 habitantes, y en el extremo sur está el puerto de Chancay con 7,000 habitantes más 35,000 en su inmediata vecindad. Entre estas tres pobladas zonas existen varios hospitales. Estos hospitales constituyeron los puntos centrales de un programa de higiene materno-infantil.

El UNICEF proporcionó una cantidad considerable de valioso equipo para contribuir a la modernización de estos hospitales. Asimismo, facilitó el equipo de un laboratorio de diagnóstico de la tuberculosis. Entre el personal nacional figuran tres tocólogos a tiempo completo.

La labor fué ampliándose y, en 1953 y 1954, se extendió mucho más allá del programa original de higiene materno-infantil, especialmente en relación con el saneamiento del medio mediante la construcción de letrinas y con el establecimiento de suministros de agua. También se efectuó una labor considerable en el campo de la lucha contra la tuberculosis y de la higiene dental. Se convenció a muchas mujeres encinta de que dieran a luz en los hospitales, aunque la mayoría de ellas prefirió que las atendiera en su propio

hogar una partera. Debido, en gran parte, a la entusiasta dirección del servicio médico nacional de salud pública, este programa modificado de centros de salud pública se desenvuelve en un servicio de salud pública bien coordinado e integrado.

El Gobierno de Chile, la OMS y el UNICEF cooperan en el establecimiento y funcionamiento de un centro especial de demostración destinado al cuidado de los niños prematuros que servirá de centro de adiestramiento para el personal especializado de todo el país (Chile-12). A principios de año, se concedieron becas al director médico y a la enfermera jefe de este centro de demostración a fin de que estudiaran en el extranjero los métodos modernos de su especialidad. La Oficina facilitó también para este

Inmediatamente después de haber intervenido por primera vez, ¡y con éxito!, en un parto. Unidad Sanitaria de Chame, Panamá



proyecto los servicios de una consultora de enfermería que durante la segunda mitad de 1955 colaboró en la planificación del edificio del centro y en los planes para su funcionamiento después de inaugurarse el 12 de diciembre de 1955.

En los últimos años el Gobierno del Brasil ha llevado a cabo un programa destinado al mejoramiento de las instituciones materno infantiles de toda la parte nordeste del país (Brasil-3). La labor ha progresado hasta el punto en que los esfuerzos se encaminan a una coordinación más estrecha de los trabajos del Departamento del Bienestar del Niño con los servicios de los departamentos de salubridad estatales y nacionales, así como en el Servicio Especial de Salud Pública.

Este programa de higiene materno infantil del Brasil está ampliando sus actividades a los efectos de incluir la labor básica de saneamiento rural. Se espera una importante ayuda del UNICEF en forma de suministros. La Oficina también ha facilitado servicios de asesoramiento técnico por medio de su personal de plantilla y ha concedido becas. Este servicio de asesoramiento siguió activo durante todo el año de 1955. El Gobierno tiene el propósito ahora de llevar a cabo un programa coordinado de servicios de salud pública en dos zonas seleccionadas, una situada en el Estado de Ceará y otra en en Río Grande do Norte. Este programa abarca el saneamiento del medio y la educa-

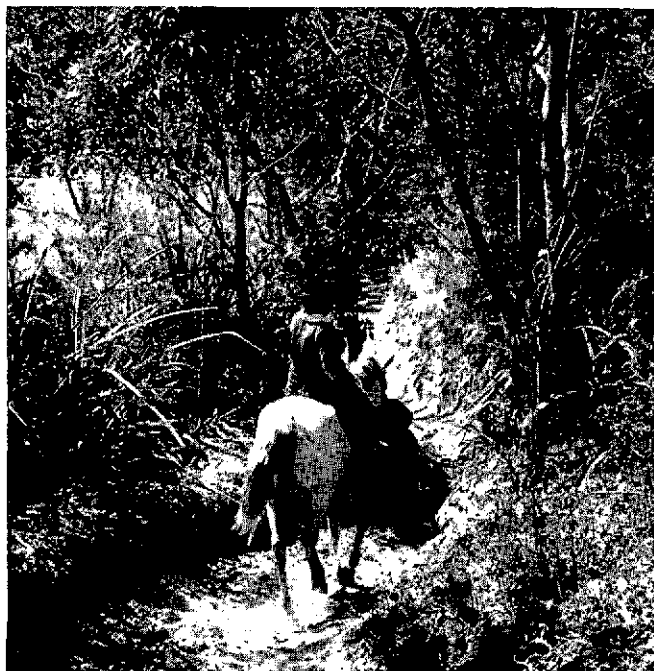
ción sanitaria, así como la concesión de becas para el adiestramiento de personal brasileño.

A consecuencia de una solicitud de ayuda formulada por el Gobierno de México en 1953 en relación con el problema del saneamiento rural, se ha llevado a cabo una labor considerable con la cooperación de la OSP en la planificación de las actividades relativas al Estado de Guanajuato, que abarca un área de 2,000 millas cuadradas con una población de 50,000 habitantes (México-15). Tres cosas son necesarias: suministro de aguas, letrinas más adecuadas y mejor vivienda rural.

El Gobierno de México solicitó y obtuvo la cooperación de la OMS y del UNICEF para un proyecto de higiene materno infantil, parte de un programa más amplio de servicios rurales de salud pública; se proyecta coordinar las actividades de higiene materno infantil y de salud pública rural en un solo servicio. Uno de los aspectos importantes de este programa es el adiestramiento en servicio de personal sanitario de todas las categorías. Como ya se manifestó en el informe anterior, México desea extender los servicios de higiene materno infantil a los medios rurales. Esta labor se viene realizando por medio de un sistema de extensión de los servicios de salud pública que reúne en una unidad varias regiones de población dispersa. El UNICEF proporciona ayuda material a este proyecto.

## Enfermería de salud pública

Una enfermera durante su recorrido en la visita diaria que realiza en la Región de Guazapa, El Salvador



Durante 1955 dieciocho enfermeras internacionales, pertenecientes a alguna rama de la enfermería de salud pública, formaron parte del personal de catorce proyectos, dos de los cuales se dedicaron especialmente a la higiene materno infantil (Colombia-4 y Ecuador-4), otro a una campaña de vacunación con BCG (Paraguay-7), y otros diez a programas coordinados de salud pública. Estas enfermeras participaron en encuestas iniciales sobre las necesidades y recursos, adiestramiento de personal y organización de los servicios.

Además del adiestramiento en servicio, en la República Dominicana y en el Ecuador se efectuaron cursos oficiales para personal auxiliar. Se concedieron becas de estudio y subsidios de viaje a enfermeras nacionales con el fin de facilitar su preparación para cargos administrativos y de supervisión en enfermería de salud pública.

Además de la labor realizada en los proyectos, las asesoras de enfermería contribuyeron al desarrollo de las actividades de salud pública en los propios países. En Honduras, Nicaragua y Venezuela, las encuestas realizadas sobre la situación de la enfermería proporcionaron datos fundamentales para los planes de salud pública. El Perú recibió ayuda en el desarrollo de una zona de adiestramiento de campo

en materia de enfermería de salud pública para enfermeras estudiantes, así como en la organización de un programa de adiestramiento en servicio para enfermeras que forman parte del personal de programas de salud pública en los medios rurales. También se proporcionó ayuda a Haití para el fortalecimiento de la Sección de Enfermería del Ministerio de Trabajo y Salud Pública.

Como resultado de estas actividades, la enfermera tiene cada vez más participación en el fortalecimiento de los servicios de salud pública de los diversos países. En Colombia, por ejemplo, las enfermeras consultoras internacionales han colaborado con la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional en un curso de preparación de enfermeras de salud pública en la especialidad de partos. También fueron contratadas como instructores del curso, y en 1955, por primera vez, prestaron servicios de enfermeras jefes en centros sanitarios del Departamento de Salud Pública de la ciudad de Bogotá. Las enfermeras de salud pública trabajarán, asimismo, en los servicios de sanidad de los departamentos que se vienen desarrollando dentro del Servicio Nacional de Salud Pública.

Un rasgo significativo es el interés que se observa, tanto en las parteras graduadas como en las tradicionales asistentes de partos por mejorar los servicios de partería. En el Perú la asesora de enfermería de la Zona participó en una serie de reuniones que estimularon a las parteras profesionales a estudiar su responsabilidad en el desarrollo de los servicios de partería. Se hicieron recomendaciones relativas al equipo proporcionado por el UNICEF para uso de las enfermeras de salud pública y de las parteras.

La grave escasez de personal de enfermería de salud pública obligará, sin duda alguna, a utilizar en el futuro, en una forma más amplia, los servicios del grupo de personal auxiliar que se está formando.



Esperando su turno, a la entrada de la clínica rural de Chonta, Perú

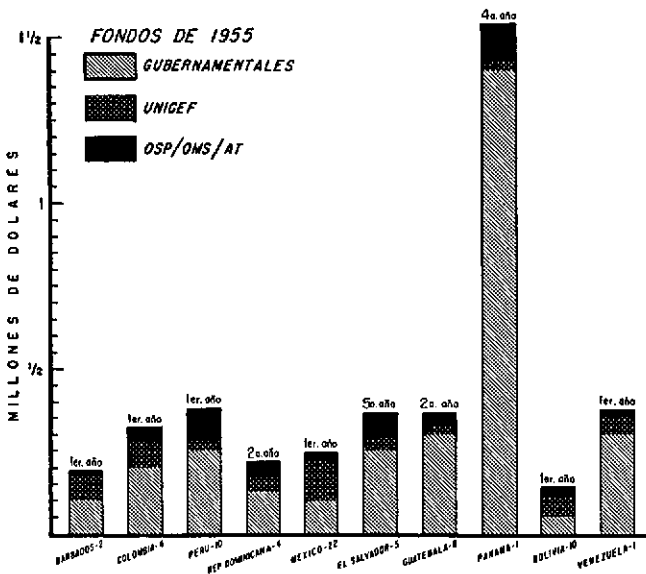
## Proyectos coordinados de salud pública

Durante varios años la Oficina se ha interesado en cooperar en la creación y perfeccionamiento de determinados servicios coordinados de salud pública en un cierto número de países. La distribución geográfica de algunos de dichos servicios aparece en el mapa de la página 90.

Se ha observado un constante aumento de los gastos totales de los fondos de la OSP/OMS, que se han elevado de \$130,000 en 1952, a \$800,000, aproximadamente, en el

presupuesto de 1957. Un proyecto que se encuentra en ejecución desde hace varios años muestra claramente el continuo aumento de las inversiones del Gobierno frente a una disminución de las aportaciones de la Oficina (véase la gráfica en la parte inferior de la página 89). Los fondos de NU/AT representan la mayor parte de las aportaciones financieras de las organizaciones. El efecto catalítico de las contribuciones internacionales se observa claramente

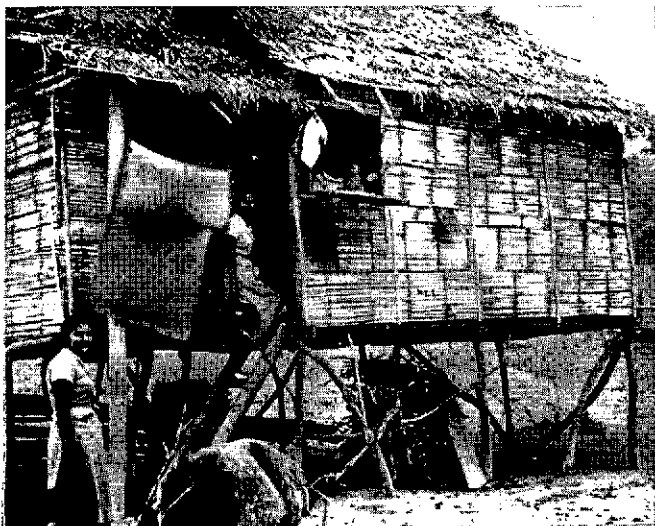
## PROYECTOS COORDINADOS DE SALUD PUBLICA



cuando se calcula el porcentaje de los distintos fondos en relación a los gastos totales de un proyecto; el diagrama citado presenta claramente la enorme preponderancia de las inversiones nacionales en comparación con una contribución "simbólica" procedente de fuentes internacionales. (véase la gráfica arriba).

Quizá la forma más conveniente de lograr el éxito de un plan nacional de salud pública sea disponer de personal profesional a tiempo completo, adecuadamente retribuido y bien preparado. Un personal de esta clase, unido a la planificación, financiamiento y evaluación apropiados,

Auxiliares de enfermería visitan una casa en las afueras de Manta, Ecuador, para administrar tratamiento antivenéreo



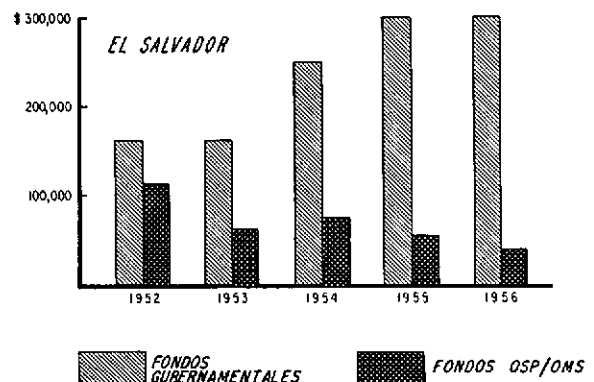
contribuirá en gran manera a alcanzar un buen resultado, independientemente de la concepción particular que se tenga de la coordinación.

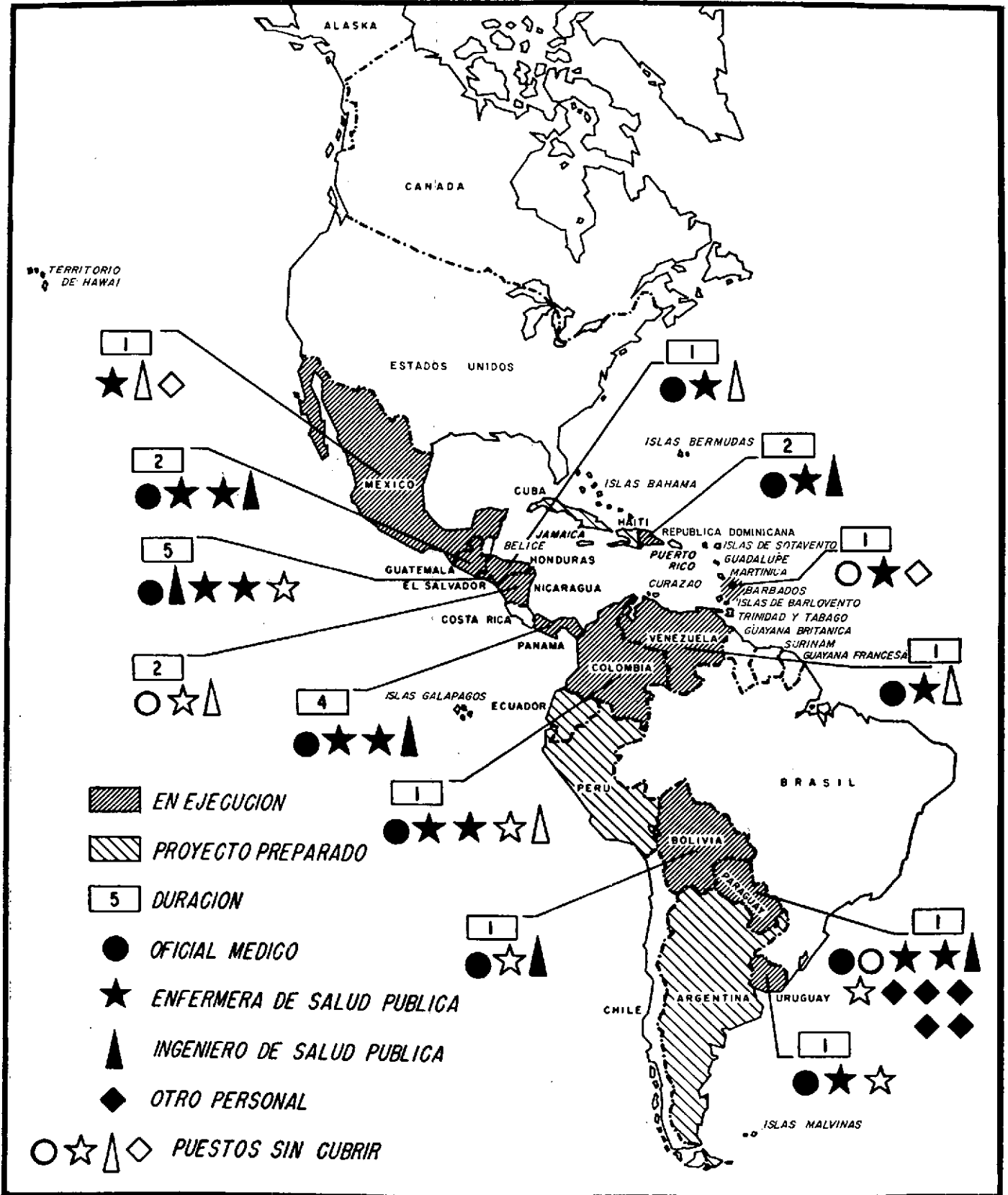
No hay que olvidar que los programas coordinados representan numerosas y distintas clases de actividades específicas, y que una cualquiera de ellas puede tomarse como punto de partida para formar un núcleo en torno al cual se desarrolla la coordinación. Existen también otras maneras de abordar el problema de la coordinación. En resumen, nos encontramos con tres grandes grupos de coordinación.

(1) La clásica técnica de la zona de demostración sanitaria, como en el proyecto El Salvador-5; (2) la organización de un programa completo como desarrollo de un proyecto especializado; este es el caso de Ecuador-4 (Higiene maternoinfantil), Colombia-4 (Higiene maternoinfantil) y Cuba-3, cuando funcione plenamente (Asesoramiento en Administración de Salud Pública); y (3) la participación, desde el primer momento, de los asesores internacionales en calidad de consultores en un plano central, como en los proyectos Bolivia-10 y Uruguay-5. Esta última situación puede también nacer del desarrollo de una zona de demostración sanitaria, como en Panamá-1.

De la experiencia pasada se deducen varias enseñanzas sorprendentes. Se ha reconocido en una forma casi unánime que existe una notoria ignorancia acerca de la Oficina y de sus actividades en el plano nacional; que los datos fundamentales de los países son escasos y muchas veces inexactos; que muy rara vez han existido un plan y programa nacionales; que las aportaciones financieras de los Gobiernos son inadecuadas y faltas de estabilidad; que el personal nacional trabaja contratado a tiempo parcial; y que existe un descontento general por la grave falta de medios de transporte para el personal nacional e internacional. Aunque todo ello pueda parecer negativo, la ventaja positiva tal vez más importante sea el claro reconocimiento

## EFEECTO CATALITICO DE LOS FONDOS OSP/OMS





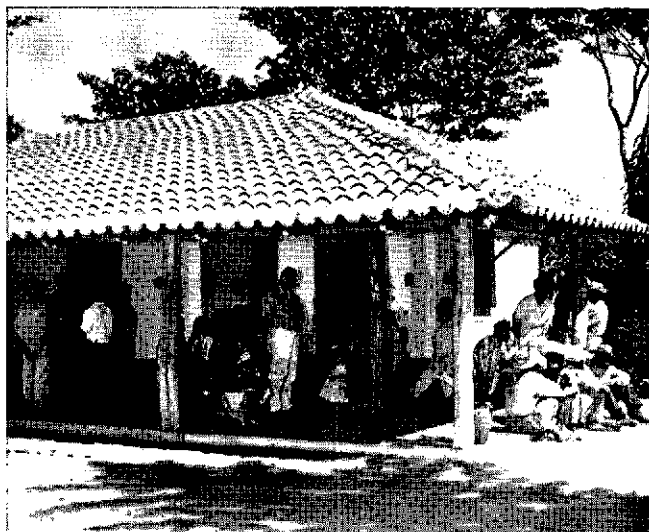
DISTRIBUCION Y DURACION DE LOS PROYECTOS COORDINADOS DE SALUD PUBLICA,  
DICIEMBRE 1955

de esas deficiencias y los vigorosos esfuerzos hechos para remediarlas.

Se han conseguido sorprendentes mejoras; por ejemplo, Paraguay-10, República Dominicana-4 y Guatemala-8 comunicaron el establecimiento de servicios de salud pública a cargo de personal profesional, a tiempo completo, bien preparado y adecuadamente retribuido, en diversos grados; se aumentaron los sueldos del personal nacional de El Salvador y Panamá; pero tal vez la señal más esperanzadora sea la atención e importancia que se da ahora a la preparación de un plan y programa nacionales; en efecto, la metodología a seguir en la preparación de un plan nacional constituirá el tema de las discusiones técnicas que han de tener lugar en 1956 durante la reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana.

No se ha ideado ningún método sencillo, tabular o gráfico, que permita indicar los avances o retrocesos de los programas coordinados de salud pública. Esto se debe a varias razones: los programas son complejos; los elementos constitutivos varían y su importancia es diversa; los progresos que realizan no siguen un sistema regular y cronológico; y el punto de partida varía considerablemente de un país a otro.

Con vistas al futuro y de acuerdo con la experiencia pasada se puede llegar a la conclusión de que la técnica del área de demostración sanitaria, como tal, es extremadamente valiosa, aunque encierra ciertas dificultades contra las cuales hay que precaverse. Por ejemplo, existe una tendencia a acentuar más la importancia del servicio local y del adiestramiento en servicio que la del servicio central y de asesoramiento. Puede ocurrir también que el área de



Pacientes en espera de la llegada del médico, a una clínica rural, El Salvador

demostración se convierta en una "vitrina" por la que el país siente un legítimo orgullo y, en consecuencia, que reciba una atención excesiva que no permita que se pueda repetir. Nos inclinamos en favor de una concepción orgánica que ofrezca servicios de consulta tanto en el plano central como en todos los demás, e incluya algunos servicios de demostración, pero que preste la mayor atención a la organización, encuesta y planificación fundamentales, que constituyen los elementos esenciales de los proyectos coordinados de salud pública.

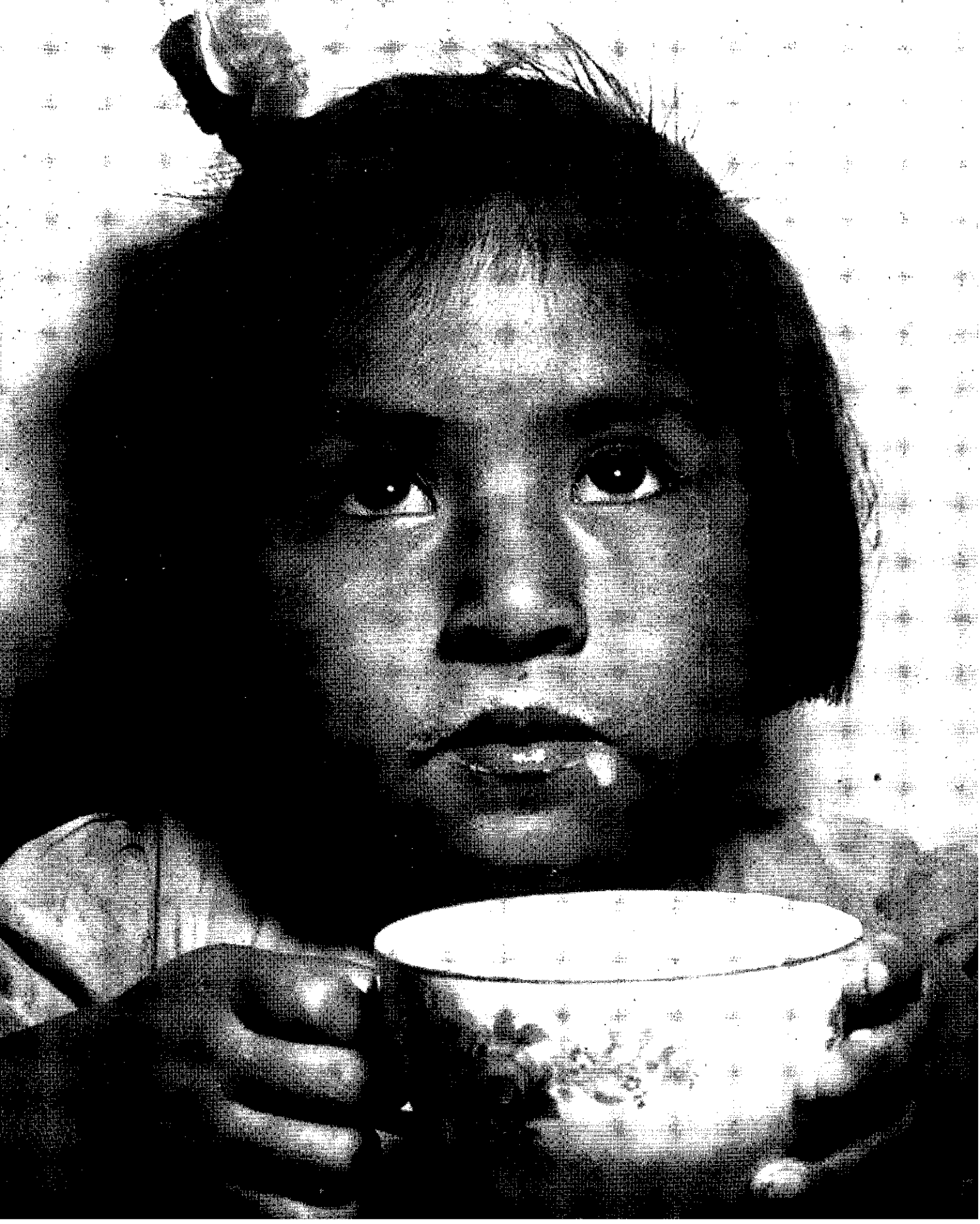
## Nutrición

Las actividades en materia de nutrición de la OSP/OMS siguen concentrándose en torno del sólidamente fundado Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (AMRO-54), cuyo director es también el consultor regional en este campo. El Instituto (INCAP) se creó en 1946 como un centro de cooperación y está sostenido conjuntamente por los Gobiernos participantes (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá). La Oficina tiene a su cargo la administración del Instituto, el cual realiza estudios prácticos y de laboratorio sobre nutrición que pueden ser utilizados por los Estados Miembros a los efectos de mejorar la alimentación de sus poblaciones respectivas.

La Oficina puso a la disposición del Instituto los servicios de especialistas, contratados a largo y a breve plazo.

El volumen y la gravedad de los problemas de nutrición en Centro América son aún mayores de lo que se suponía. Se ha dedicado particular atención a la nutrición de lactantes y niños. Se observó en los hospitales que el síndrome pluricarenal infantil (kwashiorkor) era extremadamente común. La elevada incidencia, morbilidad y mortalidad por esta enfermedad en Centro América hace de ella uno de los problemas de nutrición más graves que se plantean en relación con los grupos de edad más jóvenes.

El gran número de niños que padecen esta enfermedad y los medios de que se dispone en el INCAP proporcionan





una oportunidad excepcional para su estudio. Aunque se sabe que el síndrome pluricarencial infantil está relacionado con una grave desnutrición proteínica, queda mucho por aprender sobre el metabolismo de la proteína y de los aminoácidos específicos en este síndrome, a los efectos de poder tomar las adecuadas medidas preventivas y curativas. En varias aldeas indias se observaron otros problemas de nutrición entre la población infantil y adulta.

Los estudios de la nutrición animal en relación con los de la nutrición humana proporcionan valiosas orientaciones que se pueden aplicar luego al hombre. Entre ellas figura el efecto que produce en el crecimiento de animales alimentados con dietas de alto contenido de maíz el tratamiento con cal de dicho cereal. Sin embargo, en contraste con los resultados obtenidos en las experiencias con animales, dicho tratamiento no parece producir efecto en la prevención de la pelagra en el hombre.

Existe una gran diferencia en la incidencia de aterosclerosis entre los distintos grupos de población. En general, los grupos rurales pobres de las zonas insuficientemente

desarrolladas presentan una reducida incidencia de esta enfermedad y de la complicación que va asociada a ella, es decir, la oclusión coronaria. Estos datos sugieren que pueda ser el ambiente más bien que la raza, el factor principalmente responsable de la enfermedad. El factor más probable es la dieta.

No obstante, se acepta de un modo general la hipótesis de que las calorías procedentes de la grasa, o tal vez el equilibrio total de calorías, puede ser de primordial importancia.

Las encuestas dietéticas efectuadas en Centro América han demostrado que el porcentaje de calorías grasas en la dieta es extremadamente bajo, en general inferior a 10 por ciento, en comparación con el que corresponde a los grupos norteamericanos de clase media, que excede del 40 por ciento. Los estudios sobre los valores de lipoproteína y colesterol en muestras de sangre tomadas a los habitantes de zonas rurales que se alimentan con dietas bajas en grasa, en Guatemala y El Salvador, confirmaron que los valores de colesterol sérico eran muy inferiores

← Izquierda: Ración de leche, en una clínica rural

Abajo: Desnutrición debida a la dieta de arroz. Los dos niños presentan edemas. Panamá



Ejemplo de una buena dieta preparada con alimentos económicos y de la localidad



a los que se observan en los grupos norteamericanos. Por otro lado, las fracciones de lipoproteína en los hombres fueron iguales a las de los norteamericanos, y las correspondientes a las mujeres resultaron notablemente más elevadas.

Al parecer se ha confirmado la correlación que existe entre el bajo porcentaje de calorías grasas, el bajo colesterol y la baja incidencia de aterosclerosis.

Los datos no determinan si el factor que ocasiona la aterosclerosis es la proporción excesivamente elevada de calorías grasas, o la ingestión total excesiva de calorías, pero al comparar estos datos con otros similares de todas las partes del mundo, se pueden encontrar significativas relaciones e incluso pruebas definitivas de los factores etiológicos.

A consecuencia de los resultados obtenidos por el INCAP en relación con el bocio endémico, Panamá promulgó una ley el 1° de enero de 1955 en virtud de la cual se declara obligatoria la yodación de la sal común.

Guatemala, que aprobó también una ley, en 1954, haciendo obligatoria la yodación de la sal, ha sido el país de Centro América en que se encontró que el bocio endémico presentaba mayor gravedad. Se ha observado una característica poco común: no existe diferencia en la distribución del bocio endémico en relación con el sexo. Como era de esperar, la incidencia del bocio endémico es mayor en el interior del país y especialmente elevada en las regiones altas. La principal característica que necesita de una investigación más a fondo es que en las zonas de bocio el contenido de yodo de la sal es superior a la proporción recomendada de 1 por 100,000 y se ha lanzado la hipótesis de que puedan existir uno o varios factores bocígenos en la zona que aumenten la necesidad de yodo.

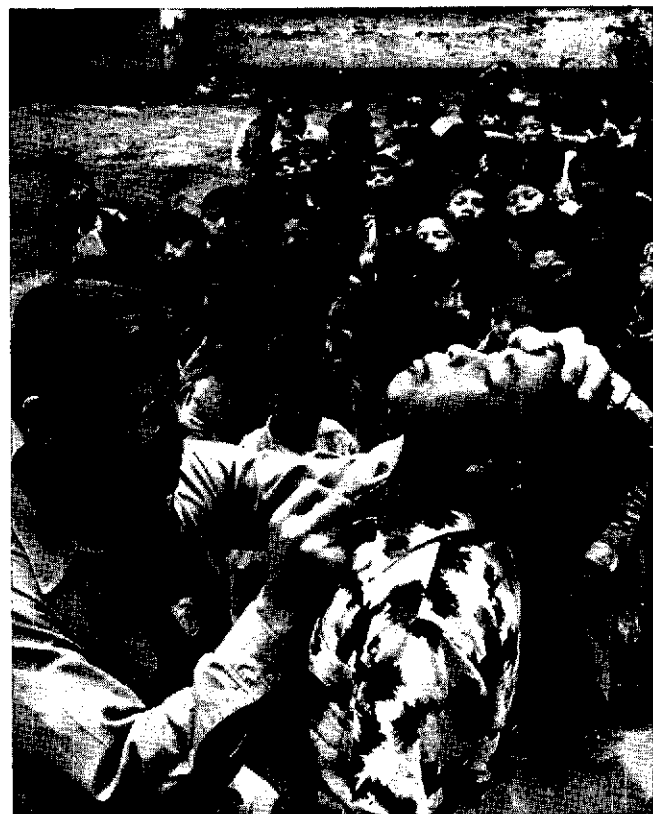
En una encuesta clínica de nutrición efectuada en El Salvador, el INCAP trabajó en estrecha relación con el director científico de la *Nutrition Foundation, Inc.* que había ido a Centro América como consultor especial del UNICEF y la FAO en materia de nutrición. Se efectuaron visitas a El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, dedicándose especial atención a los proyectos coordinados de El Salvador y de Panamá. El informe del consultor, que fué presentado a la reunión de la Junta Ejecutiva del UNICEF en marzo de 1955, se refiere esencialmente a los problemas fundamentales de la nutrición de Centro América y Panamá, a los problemas específicos del desarrollo agrícola y al desenvolvimiento de la industria lechera y de los alimentos proteínicos, verduras y frutas, siguiendo las líneas de un programa a largo plazo en el que podrían cooperar el UNICEF y la FAO. El informe trata además de la educación sanitaria en materia de nutrición y de la aportación de personal.

*El Suplemento No. 2 del Boletín de la OSP*, que apareció en noviembre de 1955, está dedicado a las actividades científicas del INCAP y publica una importante serie de informes sobre encuestas dietéticas realizadas en los territorios de los miembros del Instituto. En un informe se



Arriba: Saboreando una alimentación suplementaria

Abajo: Un médico reconoce a los niños de una escuela centroamericana, para ver si presentan síntomas de bocio endémico



recomienda específicamente el enriquecimiento de la harina comercial para tortillas con el 5 por ciento de harina de torta de ajonjolí y 0.5 por ciento de harina de hoja de ramio.

De conformidad con el programa del INCAP para 1955 y con el deseo de prestar mayores servicios a los Países Miembros en la preparación del material básico que servirá de orientación para elaborar el material educativo en un plano nacional, la Sección de Educación en Nutrición inició la publicación de un boletín periódico. Los boletines publican diagramas e ilustraciones sencillas. Cada uno de ellos se refiere a un tema concreto y proporciona información sobre problemas de nutrición y su solución a la luz de los conocimientos actuales.

A la VI Reunión del Consejo del INCAP, que se celebró en Tegucigalpa, Honduras, del 28 de noviembre al 1° de diciembre de 1955, asistieron todos los miembros del INCAP, y representantes de la Oficina y de la Fundación W. K. Kellogg. Se aprobó el presupuesto ordinario del INCAP por la cantidad de \$75,000. Esta suma representa las contribuciones de los seis Gobiernos Miembros. Se aprobó también el presupuesto basado en contribuciones voluntarias previstas por la cantidad total de \$84,508.44.

Se tomó nota del informe de la Sexta Reunión del Comité Técnico Consultivo del INCAP, que revisó la declaración de los objetivos fundamentales del Instituto que figura en el informe de la Quinta Reunión del Comité (1954), reafirmando en la declaración que "El Comité considera como objetivo principal del INCAP el prestar asesoramiento y asistencia técnica a los Países Miembros, a fin de corregir y prevenir los defectos de nutrición de sus habitantes. La

preparación y la ejecución de los programas de alimentación, educación popular y reformas sociales y económicas, continúan siendo función de los Gobiernos Miembros."

El Consejo aceptó la invitación del Gobierno de Costa Rica de que la VII Reunión, que tendrá lugar en 1956, se celebre en la ciudad de San José.

El director del INCAP efectuó una visita a Colombia a solicitud del Gobierno y prestó asesoramiento sobre la posible ampliación y revisión del programa del Instituto Nacional de Nutrición (INNC) de este país. El INNC, por decreto presidencial, ha quedado incorporado directamente al Ministerio de Salud Pública, del que constituye una dependencia. El médico jefe de la unidad de campo del INNC siguió un período de adiestramiento en el INCAP, de fines de mayo a 30 de agosto, en aspectos clínicos de la nutrición.

Se ha continuado proporcionando servicios de asesoramiento al Instituto Nacional de Nutrición del Ecuador (INNE), (Ecuador-53), a través de la Oficina de Zona de Lima y por medio de alguna que otra visita de los miembros del personal del INCAP. El Director del INCAP visitó el Instituto y colaboró en la preparación de planes para su futuro desarrollo. Este proyecto ha sido ampliado por cinco años a los efectos de preparar mayor número de personas en materia de nutrición aprovechando la labor realizada en el análisis de los alimentos básicos y dedicando especial atención a llevar a la práctica el mejoramiento de la nutrición de los habitantes del Ecuador. La Fundación Kellogg suministrará cierto equipo necesario para el laboratorio clínico de nutrición.

## Laboratorios de salud pública

Los programas adecuados de control de las enfermedades necesitan el apoyo de servicios de laboratorio que sean dignos de confianza. A medida que los países establecen y amplían sus programas de control de las enfermedades se hace más manifiesta la necesidad de mejorar los servicios de laboratorio. La Oficina ha recibido solicitudes sobre diversas clases de asistencia técnica en este campo.

Esas primeras encuestas llevadas a cabo en los laboratorios revelaron la necesidad de mejorar la formación y conservación de las colonias de animales, y su empleo. También se observó que, con frecuencia, se carecía de servicios de patología comparada y de ciertos servicios de diagnóstico relativos a las zoonosis.

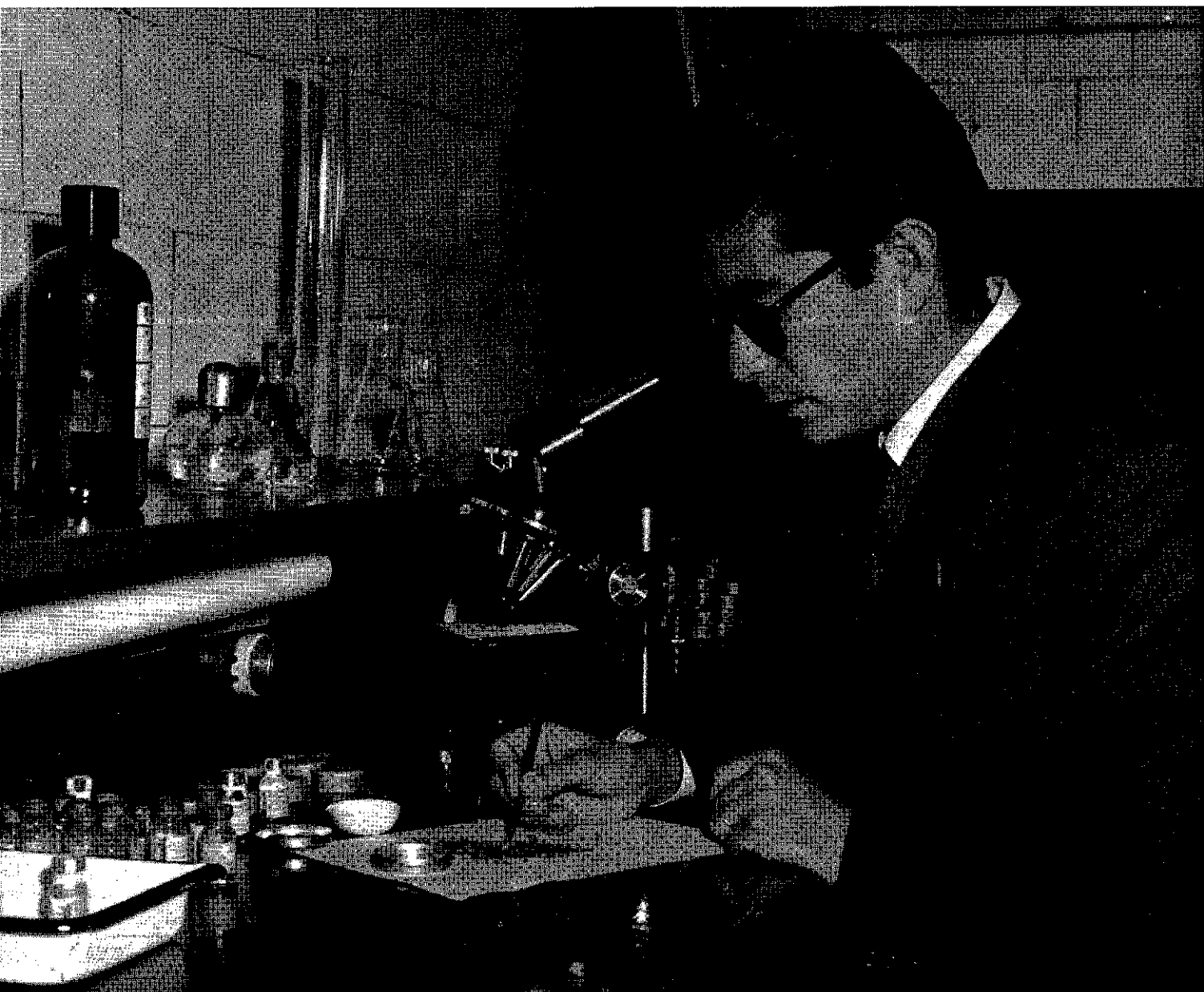
La OSP/OMS proporcionó asistencia técnica, en este campo, a los laboratorios por medio de miembros de su personal de plantilla y de los servicios de consultores especializados. Las primeras actividades se iniciaron en 1952 con el envío de un consultor al Instituto Nacional de Higiene de Guayaquil, Ecuador. Después que el consultor terminó su estudio y presentó el correspondiente informe, el Instituto construyó un edificio moderno para la colonia de animales, añadió un veterinario a su personal técnico y estableció una colonia animal de acuerdo con los métodos modernos y las necesidades del Instituto. La Oficina ha seguido muy de cerca estas actividades llevadas a cabo en Guayaquil, y durante 1955 consultores especializados efectuaron dos breves visitas al Instituto a los efectos de

asesorar sobre problemas especiales. Se envió al Instituto un suministro de crías de las distintas clases de animales que se utilizan en el laboratorio, a los efectos de crear una colonia libre de enfermedades de cepas conocidas.

Durante 1955 se proporcionó una asistencia análoga, aunque no siempre tan amplia, a cinco laboratorios del Brasil, dos del Perú, uno de Costa Rica y otro de Jamaica. En todos estos casos se facilitaron servicios de asesoramiento en relación con modificaciones y mejoras de carácter fundamental para el eficaz funcionamiento de los laboratorios. La experiencia de un instituto que creó un labora-

torio de producción de BCG constituye un interesante ejemplo de la importancia primordial de esta labor. El laboratorio estaba bien equipado, y dirigido por personal competente. Sin embargo, a pesar de su evidente buen funcionamiento, el laboratorio de BCG no se pudo inspeccionar para aprobación internacional porque los cobayos no vivieron el tiempo suficiente para completar las pruebas estándar de la vacuna BCG. Por consiguiente se suspendió el funcionamiento del laboratorio en espera de que pueda disponer de animales de laboratorio que ofrezcan toda garantía.

Un entomólogo examina especímenes de mosquitos *A. albimanus* en el laboratorio de la Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo, México, D.F.



Además de esta labor fundamental en relación con las colonias de animales, la Oficina ha proporcionado otras muchas formas de asistencia técnica a laboratorios que incluyen trabajos bacteriológicos, serológicos, virales y de elaboración de productos biológicos. Se proporcionaron cepas y cultivos estándar e identificados, así como antígenos. Asimismo se ha facilitado, con frecuencia, a numerosos laboratorios, información técnica y guías para las pruebas y para la producción de antígenos y vacunas. Este servicio se ha complementado con las pruebas de confirmación de los productos biológicos nacionales o de vacunas que se utilizarán en campañas nacionales. Al realizar las operaciones de verificación de las pruebas efectuadas en los laboratorios, el personal de Zona y el de proyectos aprovecha todas las oportunidades para establecer o mejorar las pruebas nacionales.

Uno de los aspectos importantes de la asistencia a los laboratorios es el que se relaciona con el adiestramiento de personal. En el curso del año se adjudicaron algunas becas a corto plazo al personal directivo de ciertos laboratorios para que visitara otros laboratorios con el fin de conocer las operaciones y de adquirir adiestramiento en actividades especializadas.

En esta labor se ha recibido excelente cooperación y ayuda del Centro de Enfermedades Transmisibles, USPHS, Atlanta, Georgia, y de otros laboratorios que proporcionan cursos breves e intensivos. Se han concedido algunos subsidios de viaje a directores de laboratorios y otro personal principal con el objeto de que conozcan directamente el funcionamiento general de los laboratorios de otros países.

Dentro de la asistencia a laboratorios, aunque en cierto modo separadas de ella, se encuentran las actividades relacionadas con la alimentación nacional y el control de las drogas. El Brasil ha promulgado una nueva ley de control de drogas y ha creado un laboratorio nacional para esta labor. Una beca concedida al director del laboratorio le permitió visitar los laboratorios y servicios de alimentos y drogas en el Canadá y Estados Unidos; y se van a contratar los servicios de un químico consultor para que actúe de asesor del director nacional por un período aproximado de 18 meses. Se insta la contratación de otro químico consultor para que preste servicio en el laboratorio nacional de alimentos y drogas del Ecuador. La contratación de estos técnicos resulta muy difícil, pues no es corriente encontrar químicos que posean la gran experiencia en trabajos sobre alimentos y drogas que se requiere para los servicios de consulta que se desean. Si se exceptúan los químicos que han alcanzado los cargos más elevados y los que están retirados, los otros, en su mayor parte, se han dedicado, en este campo, a trabajos de especialización. Se han enviado ejemplares de leyes y normas sobre alimentos y drogas, así como de los métodos para las pruebas, a cierto número de países.



Clasificación de muestras de sangre en un laboratorio serológico antisifilítico de Paraguarí, Paraguay

En Haití se está desplegando un gran esfuerzo con el fin de establecer un laboratorio completo de salud pública (Haití-9). El primer objetivo es el adiestramiento, y, en segundo lugar, se trata de obtener una estrecha colaboración con los centros de salud pública. Las secciones de bacteriología, parasitología y serología se encuentran en diversas fases de su terminación. La Oficina ha contribuido con materiales y equipo.

El laboratorio central de Panamá ha realizado un rápido progreso (Panamá-1). Se ha aumentado la cooperación sistemática del laboratorio central con el laboratorio de la unidad sanitaria. Se ha insistido de una manera particular en la labor de nutrición y epidemiología, así como en la de saneamiento del medio. Se ampliaron las actividades antituberculosas y de nutrición.

En el área del Caribe, un consultor prestó asesoramiento a nueve gobiernos en el mejoramiento de los trabajos de serología en los laboratorios de salud pública (AMRO-47). Se ha insistido también en la estandarización de procedimientos y en el establecimiento de exámenes de laboratorios como un servicio ordinario. En Barbados, el consultor de laboratorio recomendó al Gobierno ciertas modificaciones en los medios y servicios de laboratorio, y se han tomado medidas para llevar a la práctica dichas recomendaciones (Barbados-2). En cuanto a los importantes servicios de laboratorio del Paraguay en los que coopera la Oficina, véase la sección relativa a las treponematoses, página 48.

## Otras actividades

### Antropología cultural

Para ajustar los programas de modo que puedan hacer frente a los problemas de salud pública con más eficacia, se considera esencial, en algunos casos, la obtención de datos culturales básicos sobre los diversos grupos sociales de una determinada zona.

Un estudio de esta naturaleza puede proporcionar información útil sobre los siguientes aspectos: zona geográfica en que existe un determinado tipo de cultura; densidades relativas de población; normas más importantes de organización social, incluso agrupación familiar y organización política y económica; y costumbres concretas relacionadas con los problemas sanitarios de cada zona.

En 1953 se inició un proyecto (AMRO-29) que comprendía los servicios de un antropólogo y de un educador sanitario encargados conjuntamente del estudio de las diversas zonas de América Central y Panamá. Al mismo tiempo que el antropólogo delimitaba las zonas culturales y realizaba estudios detallados, el educador sanitario por su parte estudiaba los problemas de educación sanitaria propios de la misma zona.

Se completaron estudios culturales relativos a El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, y se llevan a cabo las medidas necesarias para su publicación. Se prosigue estudiando la mejor forma de utilizar estos datos en la cabal planificación de amplios programas de salud pública.

Una antropóloga observa a una mujer india mientras ésta prepara la comida, Yepocapa, Guatemala



### Higiene mental

Entre las pasadas actividades de higiene mental figuran la asistencia de varios delegados de las Américas a la Conferencia sobre Higiene Mental y Desarrollo del Niño, celebrada en Chichester, Inglaterra, en 1952, y a un seminario sobre alcoholismo que tuvo lugar en Buenos Aires en 1953, al que asistieron más de treinta participantes de cinco países de América del Sur.

En Montevideo, Uruguay, tuvo lugar un seminario sobre higiene mental (AMRO-9.2), del 19 al 30 de julio de 1955. En este seminario estuvieron presentes participantes de ocho países: Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. Con el numeroso grupo procedente del Uruguay, los participantes sumaron un total de cincuenta, aproximadamente. A consecuencia de la publicidad que los periódicos locales concedieron al seminario, se recibieron numerosas peticiones para asistir a las sesiones plenarias.

El seminario se ocupó de una manera especial de la psiquiatría infantil, prestando particular atención a la intervención de las enfermeras, los maestros y los padres en la labor relacionada con los niños.

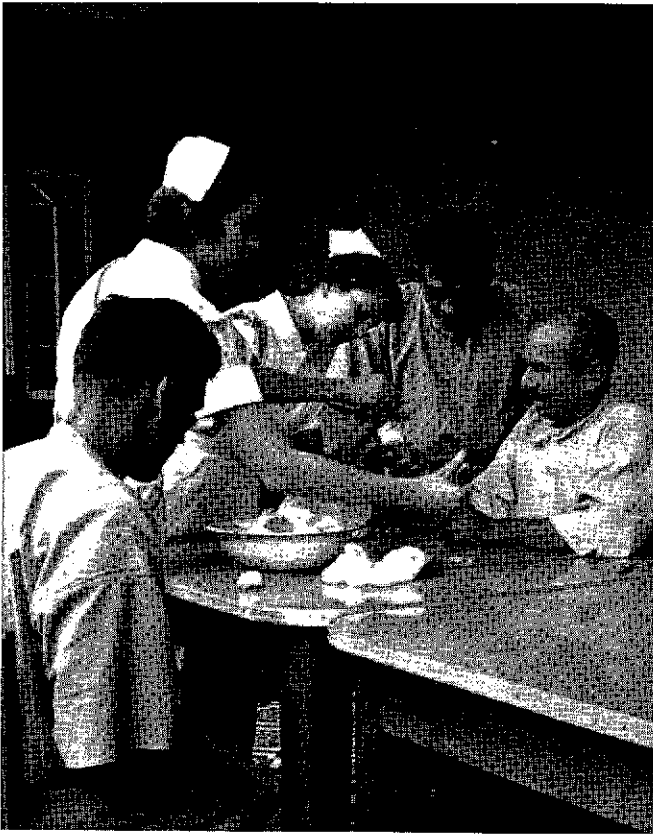
El seminario tenía por objeto reunir especialistas de higiene mental a los efectos de: 1) discutir los factores etiológicos de las anomalías mentales más comunes, así como su prevención y tratamiento; 2) fomentar la formación de especialistas y la enseñanza de la higiene mental; y 3) proponer medios para desarrollar la higiene mental en los programas de salud pública de los diversos países.

La Oficina facilitó los servicios de tres consultores internacionales.

El entusiasmo con que los participantes discutieron los medios de ampliar los servicios de higiene mental en sus respectivos países constituyó una nota sobresaliente del seminario. Se consideró de un modo general que, en muchos casos, la mejor forma de realizar dicha ampliación es mediante la utilización del personal de los centros sanitarios existentes, en particular los relativos a la higiene materno-infantil. Entre las recomendaciones que formularon los participantes figuró la creación de un centro internacional en la América del Sur en donde pudiera estudiarse la higiene mental infantil.

### Higiene dental

Como base para un programa mundial de higiene dental, un grupo de consultores, a petición de la OMS, esbozó un programa práctico para mejorar la higiene dental que



Arriba: Una enfermera enseña a un enfermo mental la manera de preparar adornos para las fiestas de Navidad, Hospital de Chapuí, Costa Rica

Abajo: "Así es como se limpian los dientes . . ." Una enfermera enseña prácticas de higiene en Huacho, Perú



dicha Organización podría llevar a la práctica dentro de sus recursos presupuestarios. Este grupo, que se reunió en Ginebra del 20 al 25 de septiembre de 1954, recomendó un programa que comprendía principalmente la educación, la preparación, el tratamiento y la investigación, en este campo.

La primera medida concreta encaminada hacia un programa internacional de higiene dental en las Américas consistió en el nombramiento de un médico en calidad de consultor de odontología de salud pública, quien, después de licenciarse en salud pública en una universidad norteamericana en la que disfrutó de una beca de la Fundación Kellogg, tomó posesión de su cargo en junio de 1955 (AMRO-72).

Durante la segunda mitad de 1955 el consultor visitó México, la República Dominicana y el Brasil, iniciando una encuesta sobre la situación general de la enseñanza dental, de la profesión de odontología y de las actividades de odontología de salud pública en la América Latina. Esta recopilación de datos fundamentales sobre los diversos aspectos de la odontología facilitó información que se utilizará en la planificación de las futuras actividades de la OSP/OMS en materia de odontología de salud pública. Se espera que el estudio de toda la Región de las Américas será completado por las autoridades de salud pública, grupos profesionales y personal de las escuelas de odontología de los diversos países, con la cooperación de la Oficina, antes de que termine el año 1956.

Durante su estancia en México, el consultor representó a la OSP/OMS en la *Reunión del Consejo Panamericano de Odontología de la Infancia* y en el *Tercer Congreso de la Asociación Dental Mexicana*, en octubre de 1955. El Consejo, integrado por asociaciones nacionales, fomenta las actividades de odontología preventiva. Los países representados en la reunión fueron los siguientes: Argentina, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, México y Nicaragua. El Congreso estudió, en su programa, la mayor parte de los aspectos de odontología clínica, y dedicó una sesión a la odontología preventiva y a la odontología de salud pública.

### Centro Panamericano de Fiebre Aftosa

El Centro Panamericano de Fiebre Aftosa fué establecido en 1951, en las proximidades de Río de Janeiro, con cargo al Programa de Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos, siendo la Oficina el organismo encargado de atender a su funcionamiento (AMRO-77). Este centro continental tiene un presupuesto anual de \$250,000 aproximadamente, y presta servicios a todas las Américas. Entre sus funciones figuran las siguientes: 1) facilitar servicios de diagnóstico a los países que presentan especímenes al Centro, 2) proporcionar servicios de asesoramiento y consulta a los países en el desarrollo de programas encaminados a combatir o prevenir la fiebre

aftosa, 3) llevar a cabo seminarios o cursos para el adiestramiento de veterinarios y otro personal que participa en estos programas y 4) efectuar investigaciones sobre la naturaleza del virus de la fiebre aftosa y otros virus afines.

Durante el año se recibieron de una manera continua solicitudes de asesoramiento y asistencia técnica, algunas de las cuales se trataron por correspondencia y cable, pero otras requirieron visitas de miembros del personal, así como trabajos de investigación y relaciones con otras instituciones. En cada caso fué necesario ocuparse de las solicitudes con la mayor rapidez posible. Por fortuna, el Centro cuenta con la cooperación de numerosos gobiernos y organizaciones científicas de todo el mundo. En 1955, el personal del Centro visitó 14 países distintos. El programa de información incluye charlas por radio, conferencias y preparación de boletines.

Algunos estudiantes postgraduados de la Universidad del Brasil recibieron adiestramiento especial en técnicas de laboratorio y se proporcionó también orientación sobre trabajos de laboratorio y medidas de control de campo a diversos visitantes durante breves períodos, de acuerdo con sus necesidades. Hacia fines de año se completaron los detalles para la concesión de dos becas a largo plazo que permitirán a los becarios ganar experiencia en las investigaciones sobre fiebre aftosa, y se examinaron las condiciones del primero de los dos aspirantes considerados aptos.

En el curso del año se concedió considerable atención al desarrollo de vacunas nuevas y perfeccionadas. La transmisión sistemática de cepas de virus de fiebre aftosa en diversos animales de laboratorio y en cultivos de epitelio de lengua de animales bovinos han producido interesantes resultados que merecen nuevas investigaciones. Desgraciadamente, el virus de la aftosa es uno de los más difíciles con que se trabaja en el laboratorio y tal vez tendrá que transcurrir un tiempo considerable antes de que esta labor produzca sus frutos, aun en el caso de que se logren las modificaciones que el Centro desea.

Las autoridades de varios países de la América Latina han continuado mostrando un gran interés en el plan del Centro relativo al desarrollo de una instalación piloto para la producción experimental de vacuna con virus desarrollado en cultivo de tejidos. Esta técnica, desarrollada en Holanda, elimina una serie de problemas relacionados con la preparación de virus en animales vivos. El Centro se encuentra en la imposibilidad de producir vacuna en gran escala y, por consiguiente, la instalación se utilizaría para el adiestramiento de técnicos de países que están interesados en el establecimiento de sus propias instalaciones.

En muchos aspectos, esa labor de investigación encaminada a descubrir un virus atenuado y adecuado sigue paralelamente la labor análoga que realizan los investigadores de otros centros en relación con el virus de la poliomielitis. Las investigaciones de la fiebre aftosa giran



Una de las sesiones del 6º Seminario sobre la Fiebre Aftosa, Río de Janeiro, Brasil

alrededor de 3 tipos de virus.

Se efectuaron más de cien pases consecutivos con una cepa de virus del tipo "O". Esta cepa se ha utilizado para determinar el efecto de una gran variedad de factores en la multiplicación del virus de la aftosa. Durante el año se investigaron factores tales como el movimiento, aeración del medio, complejidad y volumen del medio, tiempo de incubación, método de siembra y método de cosecha, y los resultados de estos estudios tendrán un valor inapreciable cuando se inicien cultivos en la instalación piloto.

Se presentaron muy pocas dificultades al adaptar la primera cepa de virus de tipo "A", y durante un total de 14 pases se ha obtenido una concentración más elevada de virus de forma más consistente que la que se pudo obtener con el virus de tipo "O". Esta cepa será, probablemente, la primera que se utilice en la instalación piloto.

En contraste con las experiencias realizadas con el virus de tipo "A", se encontró una gran dificultad al adaptar una cepa de virus de tipo "C" al cultivo de tejidos. No obstante, después de numerosas tentativas infructuosas se adaptó, en cierta medida, una cepa.

Al mismo tiempo que proseguían estos trabajos, se montó y ensayó la mayor parte del equipo de la instalación piloto. Aunque la instalación no está todavía totalmente equipada para producir lotes de vacuna, se prepararán, probablemente a principios de 1956, lotes experimentales de virus.

En resumen, en 1955, el Centro puede mostrar numerosos progresos que representan avances concretos en la lucha contra la fiebre aftosa. Además, ha fortalecido su posición de ser el principal organismo que se ocupa de la fiebre aftosa en las Américas. La fiebre aftosa constituye todavía el mayor obstáculo que se opone al desarrollo de las industrias ganaderas de numerosos países.



**ACTIVIDADES EDUCATIVAS Y PUBLICACIONES**

## ACTIVIDADES EDUCATIVAS Y PUBLICACIONES

	<i>Página</i>
<b>Enseñanza médica .....</b>	<b>103</b>
<b>Escuelas de salud pública.....</b>	<b>107</b>
<b>Enseñanza de enfermería .....</b>	<b>108</b>
<b>Becas .....</b>	<b>114</b>
<b>Publicaciones .....</b>	<b>119</b>
<b>Exposiciones y otros medios de información.....</b>	<b>122</b>

# ACTIVIDADES EDUCATIVAS Y PUBLICACIONES

## Enseñanza médica

En 1955, siguiendo las instrucciones de los cuerpos directivos de la OSPA, se dedicó considerable atención al fortalecimiento de las instituciones docentes fundamentales de la América Latina. Estas instituciones comprenden, en primer lugar, todas las escuelas de medicina y de enfermería. Igualmente, constituyó preocupación principal el mejoramiento de la formación de los estudiantes y de la calidad de la enseñanza en las instituciones docentes dedicadas a salud pública y a ingeniería sanitaria. En la sección siguiente figuran los detalles sobre la enseñanza médica, de enfermería, de ingeniería sanitaria y de salud pública, así como los relativos a becas.

### Seminarios inter-países

La ampliación de la ayuda a las escuelas de medicina, en 1955, se efectuó principalmente a través de dos proyectos que fueron elaborados sobre una amplia base inter-países. El primero de ellos fué un seminario para la enseñanza de la medicina preventiva que se dividió, a su vez, en dos, uno en que tomaron parte 8 países de América del Sur, que tuvo lugar en Viña del Mar en 1955, y otro de 11 países, también de la América Latina, que se celebrará en México en 1956. Estos seminarios tienen por objeto fomentar un importante tema—la enseñanza médica en el campo de la medicina preventiva.

Los conocimientos y la experiencia que se tienen en la enseñanza de este tema han llegado a una fase suficientemente avanzada que permite esperar resultados positivos de la reunión de seminarios internacionales de este tipo, que tienen por objeto incorporar de una manera directa el concepto de prevención en diversos puntos de los corrientes planes de estudios de medicina.

El primero de estos dos seminarios sobre la enseñanza de la medicina preventiva (AMRO-49.1), tuvo lugar en Viña del Mar, Chile, del 10 al 15 de octubre de 1955. La celebración de la reunión representó la culminación de un largo período de preparación.

En diciembre de 1953 se envió una carta circular a todas las escuelas de las que se disponía de información, en la que se ponía de relieve la conveniencia de celebrar un

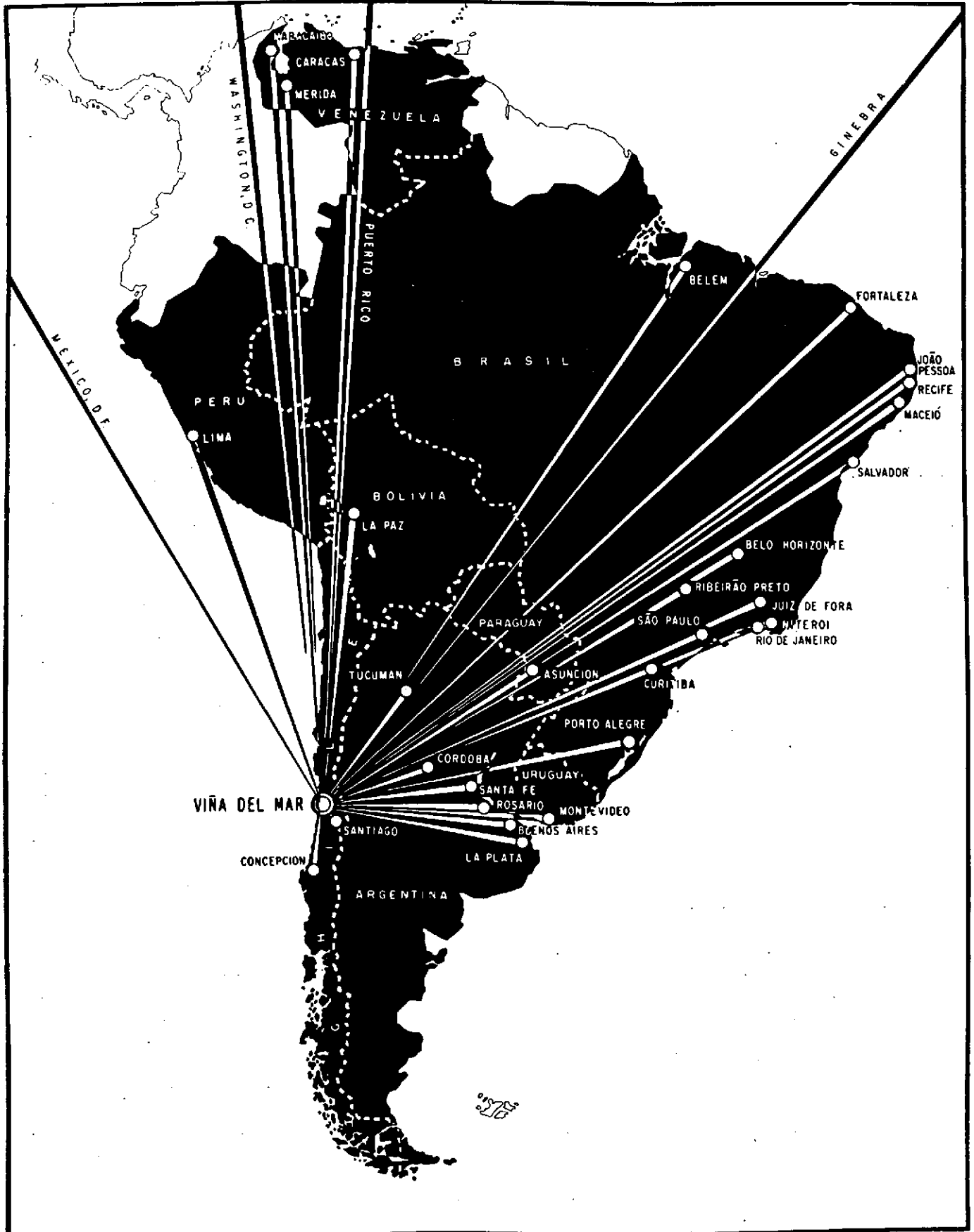
seminario sobre la enseñanza de la medicina preventiva y se les solicitaba, al mismo tiempo, que contestaran a los cinco puntos siguientes: 1) opinión general sobre el seminario; 2) interés en participar en él; 3) fecha preferida; 4) observaciones sobre los temas de discusión; y 5) posibilidad de participación financiera.

Se recibió contestación, en esta primera fase, de unas treinta escuelas, todas las cuales manifestaron considerable interés. Luego hubo demoras, principalmente por razones de orden presupuestario; pero hacia fines de 1954, un consultor en uso de licencia de la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile, y otro de la Universidad de Puerto Rico aceptaron hacerse cargo de la labor preliminar de preparación de este importante seminario.

En una primera reunión, que se celebró en Washington en febrero de 1955, se preparó un proyecto de programa. Se acordó invitar a los respectivos decanos y profesores de medicina preventiva de todas las escuelas de medicina de la América Latina. Como medida práctica, estas escuelas se dividieron en dos grupos que comprendían aproximadamente 38 escuelas cada uno. De acuerdo con este plan, se reuniría un primer seminario para las escuelas de América del Sur, con excepción de Colombia y Ecuador, y otro para todas las escuelas restantes.

La materia a discutir se dividió en cuatro puntos principales: 1) Programa y métodos de enseñanza de la medicina preventiva; 2) Organización del departamento de medicina preventiva; 3) Relaciones con otros departamentos de la escuela de medicina y 4) Función que desempeña la cátedra de medicina preventiva en las actividades de los servicios de salud pública y viceversa. Se enviaron a las escuelas bibliografías anotadas, en inglés y en español. Otros documentos de trabajo fueron distribuidos más tarde, en la propia reunión del seminario.

Al primer seminario asistieron 58 delegados procedentes de 35 escuelas. Con los participantes de otras instituciones interesadas en la enseñanza, el total de asistentes a la reunión se elevó a 73. El número de asistentes permitió distribuirlos en 4 grupos de trabajo, cada uno de ellos integrado por 18 personas.



PARTICIPACION EN EL SEMINARIO SOBRE MEDICINA PREVENTIVA CELEBRADO EN VIÑA DEL MAR, CHILE, EN 1955

La asistencia regular de todos los participantes hasta la sesión de clausura puso de manifiesto el gran interés despertado por la reunión. Durante los dos días siguientes a la terminación del seminario se redactó nuevamente el informe teniendo en cuenta las críticas formuladas en las sesiones plenarias; y se remitió por correo a todos los participantes. El plan de publicación del informe final se llevará a cabo hasta después de la celebración del segundo seminario que se ha fijado para el mes de abril, en México. Un sólo informe comprenderá ambos seminarios. Una serie de informes remitidos por diversos participantes en el seminario, que dan cuenta de cambios concretos que han de introducirse el próximo año académico en los planes de estudio de sus respectivas escuelas, constituye una prueba manifiesta de la eficacia del primer seminario.

### Estudio sobre pediatría

En el otro camino dirigido al fortalecimiento de la enseñanza de la medicina se concentró la atención en el campo de la pediatría, punto clave de la enseñanza de la medicina para combinar los conceptos preventivo y clínico. En este campo, la acumulación de datos reales sobre el estado actual de la enseñanza por medio de amplias encuestas condujo a la planificación de un sistema similar para la América Latina. Este proyecto de estudio (AMRO-68) se desarrolló en estrecha colaboración con la Asociación Internacional de Pediatría y la Academia Americana de Pediatría, cuyo Distrito IX representa a la América Latina. Se celebraron conferencias preliminares con destacados profesores de pediatría de todo el Hemisferio. Estos profesores apoyaron la idea de efectuar un estudio. A continua-

Una estudiante del curso de instructoras y su supervisora muestran a un grupo de madres la manera de alimentar a los niños, México



ción se elaboró un formulario simplificado de encuesta que fué puesto a prueba en unas cuantas escuelas.

Tras detenido examen se consiguieron los servicios de un consultor con gran experiencia en el estudio de los métodos de enseñanza de pediatría. Este consultor hizo dos viajes en los que visitó las principales escuelas de medicina de la mayoría de los países de América Latina.

Se preparó un plan para que miembros del personal de plantilla de la Oficina visitaran el resto de dichas escuelas. Hacia fines de 1955, las contestaciones al formulario remitido indicaron una diversidad considerable en el carácter y valor de la enseñanza de pediatría. Se espera que el informe final, al destacar las variaciones observadas, señalará los importantes sectores de este campo que necesitan y pueden mejorarse con los recursos existentes.

Las visitas de los consultores llevadas a cabo en relación con este estudio han producido ya considerables resultados positivos, puesto que han sugerido métodos directos de mejoramiento que pueden ponerse en práctica rápidamente. Al igual que en el estudio anterior, efectuado por la Academia Americana de Pediatría en Norte América, en 1946 y 1947, es probable que cuando llegue la época del estudio final, ya haya mejorado la situación de muchas de las escuelas. El hecho de observar minuciosamente la situación sirve de estímulo para mejorarla.

### Ayuda a escuelas especiales

La Oficina cooperó en un seminario sobre enseñanza médica que se celebró en Cali bajo los auspicios de la Universidad del Valle del Cauca, Colombia. Este seminario, que tuvo lugar del 7 al 10 de diciembre de 1955, representaba un esfuerzo nacional único para lograr una reunión de todas las escuelas de medicina del país con el propósito específico de discutir la enseñanza médica. Se celebraron nueve discusiones de mesa redonda, que abarcaron todas las materias que se enseñan en las escuelas de medicina. También tuvo lugar una reunión de los decanos con el objeto de estudiar los problemas administrativos. Las siete escuelas de medicina de Colombia participaron en las animadas y alentadoras discusiones de la reunión. Se prepararon informes, y en un próximo número del *Boletín* de la OSP aparecerá un resumen de las importantes conclusiones a que se llegó en dicha reunión.

La Oficina concedió varias becas a profesores principales de ciencias básicas de la Escuela de Medicina de Haití. Esta escuela está reorganizando actualmente su plan de enseñanza.

La Oficina ha proporcionado los servicios de un consultor a Costa Rica, que es el único país del Hemisferio que todavía no dispone de escuela de medicina. De todas formas, ya se ha decidido la creación de esta escuela. Afortunadamente, Costa Rica posee un hospital excelente para facilitar la base de la enseñanza clínica.

En el Paraguay, la Oficina ha cooperado con el Departamento de Medicina Preventiva de la Escuela de Medicina

(Paraguay-6). Durante un período de dos años se pudo disponer de un profesor visitante que organizó un curso de medicina preventiva y varios programas auxiliares de enseñanza. Antes de que terminara el período de nombramiento del profesor visitante se seleccionó un profesor nacional competente destinado a substituirle, quien pasó cuatro meses visitando escuelas de medicina en Norte y Sud América en donde la enseñanza de la medicina preventiva es digna de servir de ejemplo.

En Chile, donde la enseñanza médica ha alcanzado un elevado nivel, la colaboración de la Oficina se ha efectuado en forma de subsidios para viaje, que permiten a los profesores principales ir a estudiar los métodos docentes de otros países.

La Oficina ha proporcionado constantemente servicios de asesoramiento sobre enseñanza médica a otros varios países, entre los cuales se cuentan México, Guatemala, Perú y Panamá. Este último país, que dispone de una nueva escuela de la que saldrán ahora sus primeros graduados, solicitó cooperación para conseguir los servicios de un bibliotecario capacitado para resolver el difícil problema de catalogar y utilizar los fondos de una biblioteca médica. Se concedió un subsidio de viaje por tres meses al profesor de medicina preventiva de la escuela de Panamá, con el objeto de que visitara otros departamentos de medicina preventiva.

### Centro de Información de Educación Médica

Se ha desplegado un constante esfuerzo para convertir al Centro de Información de Educación Médica en un organismo útil.

Los planes que se hicieron, en un principio, de utilizar el Centro como medio oficial de intercambio en cuestiones de programas no se han realizado. Puesto que no parece probable que pueda funcionar un mecanismo práctico que permita acumular este tipo de información manteniéndola al día de forma que resulte útil, se acordó abandonar esta parte de los planes y concentrar las actividades en las becas.

La información relativa a la adjudicación de becas se desenvuelve ahora sin dificultades y se han reorganizado los informes trimestrales de suerte que es fácil darse cuenta de la situación que presenta el adiestramiento en los distintos países. Los expedientes de las becas otorgadas han constituido una fuente útil de material informativo para las personas dedicadas a los programas de salud pública, así como para los organismos interesados en actividades educativas.

### Distribución de materiales esenciales

Como base apropiada para el planeamiento de la cooperación en la enseñanza médica es importante disponer de una información que esté al día sobre las actuales escuelas de medicina y sus principales características. El primer *World Directory of Medical Schools* publicado por la OMS hace dos

años adoleció de las inevitables inexactitudes de un primer esfuerzo en una labor tan compleja. En la actualidad se está preparando la segunda edición corregida y aumentada, que incluirá una breve reseña sobre la enseñanza médica en cada país. En el curso del año a que se refiere este informe se completó la información de las Américas y a medida que se recogieron datos se vió más clara la situación de numerosos países.

La publicación de los nombres de los profesores de los departamentos de medicina preventiva de las escuelas latinoamericanas, como parte del *Annual Directory of the Conference of Professors of Preventive Medicine in the U. S. A. and Canada*, no sólo proporcionó una información general muy útil, sino que también sirvió de base para establecer nuevas relaciones.

Durante varios años la Oficina se ha dedicado activamente a fomentar la distribución de materiales docentes esenciales en el campo de la enseñanza médica. Se distribuyen con regularidad a las escuelas de la América Latina las publicaciones de la OMS, los informes de los Comités de Expertos, bibliografías y estudios especiales sobre métodos de enseñanza.

Una de las publicaciones importantes del presente año fué el trabajo *Inventories of Apparatus and Materials for Teaching Science, Volume III: Technical Colleges, Part 5, Medical Sciences*. Este informe, preparado por la OMS en colaboración con la UNESCO y distribuído desde Ginebra a todas las escuelas de medicina del mundo, ha demostrado ser un documento fundamental de gran utilidad.

En el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* sigue apareciendo regularmente todos los meses una sección sobre educación. Esta sección constituye una importante fuente de nuevo material e información de interés en esta esfera. La Junta Médica de China continúa su generosa colaboración, proporcionando una suscripción del *Journal of Medical Education* a las escuelas de medicina de cualquier parte del mundo que lo soliciten.

Un tipo de colaboración algo distinta prestada a diversas escuelas de medicina consistió en una serie de conferencias a cargo de un destacado neuropsiquiatra de la Universidad de Illinois, que tuvieron lugar en varias escuelas de la América Latina. El interés con que fué recibido este consultor y el tiempo extraordinario que tuvo que dedicar a su labor demuestran la creciente importancia de la higiene mental.

## Escuelas de salud pública

Una de las formas de cooperación con las escuelas de salud pública de la América Latina ha consistido en facilitarles los servicios de profesores visitantes (AMRO-18). Las tres escuelas de salud pública de la América Latina, es decir, la de México, D. F., la de Santiago, Chile, y la de São Paulo, Brasil, recibieron profesores visitantes. La propia escuela de Santiago, Chile, proporcionó un profesor visitante de epidemiología.

Para que la visita de estos profesores resulte eficaz es necesario preparar previamente una serie de planes. Es también necesario equilibrar las funciones de asesoramiento y las docentes del profesor visitante. Asimismo, se requiere prever que el profesor visitante no produzca una duplicación en relación a servicios de los que ya se dispone, y que su valiosa labor se utilice en otros lugares principales de la colectividad de forma que su contribución a la educación reciba la más amplia aplicación.

Se continúan concediendo subsidios de viaje a profesores de las escuelas de salud pública de todo el Hemisferio con la finalidad principal de familiarizarlos con la clase de problemas con que se enfrentan los estudiantes de otros países que asisten a dichas escuelas, en relación con las condiciones sanitarias y con la administración y funcionamiento

de los servicios de salud pública en sus propios países. En este programa han participado, en mayor o menor grado, todas las escuelas de salud pública del Hemisferio que admiten estudiantes internacionales.

Continúa, en menor grado, la adjudicación de becas a las escuelas de la América Latina destinadas a la ampliación de estudios de sus profesores que han de ocupar importantes cargos docentes.

Las escuelas de salud pública siguen facilitando programas de adiestramiento en saneamiento del medio y en bioestadística, este último únicamente en Chile.

Las tres escuelas internacionales de la América Latina, más las diez escuelas que existen en los Estados Unidos, una en Canadá, que enseña en inglés, y otra en Montreal, que enseña en francés, y la escuela de Puerto Rico cuya enseñanza se da en español, disponen de adecuados medios y servicios docentes para todos los estudiantes que deseen venir a estudiar a las Américas, así como para los estudiantes originarios de esta Región. Sin embargo, para algunos de los mayores países del Hemisferio, su continua dependencia de la concesión de becas para estudios en el extranjero no es un medio satisfactorio de resolver el amplio problema de la enseñanza de la salud pública.

Desde hace algún tiempo existe un cierto número de escuelas de salud pública limitadas a estudiantes nacionales. Entre ellas tenemos principalmente las de Santa Fe, Argentina; Río de Janeiro y Belo Horizonte, Brasil; Caracas, Venezuela; Bogotá, Colombia; y La Habana, Cuba.

En 1954 la Oficina cooperó, a petición del Gobierno del Brasil, en un estudio que tenía por objeto la reorganización y ampliación del curso de salud pública que se da en el Ministerio de Sanidad, en Río de Janeiro. Hacia fines de 1955 se presentó al parlamento brasileño una ley que ponía en vigor estas modificaciones. Con el fin de atender al aumento de trabajo que ha surgido a consecuencia de la cooperación de la Oficina en el mejoramiento de los servicios

locales de salubridad de Colombia, una de sus escuelas de salud pública se encuentra ante la necesidad de proceder a su propia ampliación o a una posible reorganización. Como parte de este programa figura el aumento del personal a tiempo completo y el adiestramiento suplementario del director de la escuela. Asimismo, se están haciendo gestiones encaminadas a desarrollar los medios de obtener una buena enseñanza práctica para los estudiantes de esta escuela.

El director de la escuela del Departamento de Sanidad de Minas Gerais en Belo Horizonte, con el propósito de mejorar su propia escuela, se dedicó durante cuatro meses a visitar otras escuelas de salud pública de las Américas.

## Enseñanza de enfermería

El grado de adiestramiento que reciben las enfermeras en los diversos países de las Américas varía considerablemente. Con el objeto de mostrar gráficamente las variaciones que existen en esta materia, se procedió al análisis del número de años de estudio que las principales escuelas de enfermería de la América Latina, con un plan básico de tres años como mínimo, exigen para la preparación de una enfermera.

El examen de las condiciones de carácter docente que se han de reunir para poder ingresar en las escuelas de enfermería condujo a establecer una comparación entre los sistemas generales de enseñanza de los distintos países. Resultó que el número de años dedicados al período combinado de enseñanza elemental y secundaria variaba de 10 a 13 años en los países de las Américas.

La calidad y cantidad de enseñanza de enfermería que se pueda asimilar dependerá, sin duda, de que las estudiantes hayan recibido únicamente enseñanza elemental o de que hayan seguido estudios secundarios por un período de tres a seis años. El cuadro que figura a la derecha resume, en número de años, los estudios que exigen las escuelas de enfermería de cada país para el ingreso de las estudiantes.

El gráfico que figura en la página 109 indica también el número de años de enseñanza de enfermería que se requieren en cada país para la preparación de las enfermeras graduadas. La longitud de la parte negra de las barras que aparecen en el gráfico corresponde a la duración del curso de enfermería, y la barra entera representa el total de los años de asistencia a la escuela.

De acuerdo con los datos presentados se deduce que la preparación que legalmente se reconoce para la enfermera graduada en los países de las Américas varía de nueve a dieciséis años. Cuatro países de la América Latina, Argentina, Bolivia, Chile y Ecuador, cuentan por lo menos con

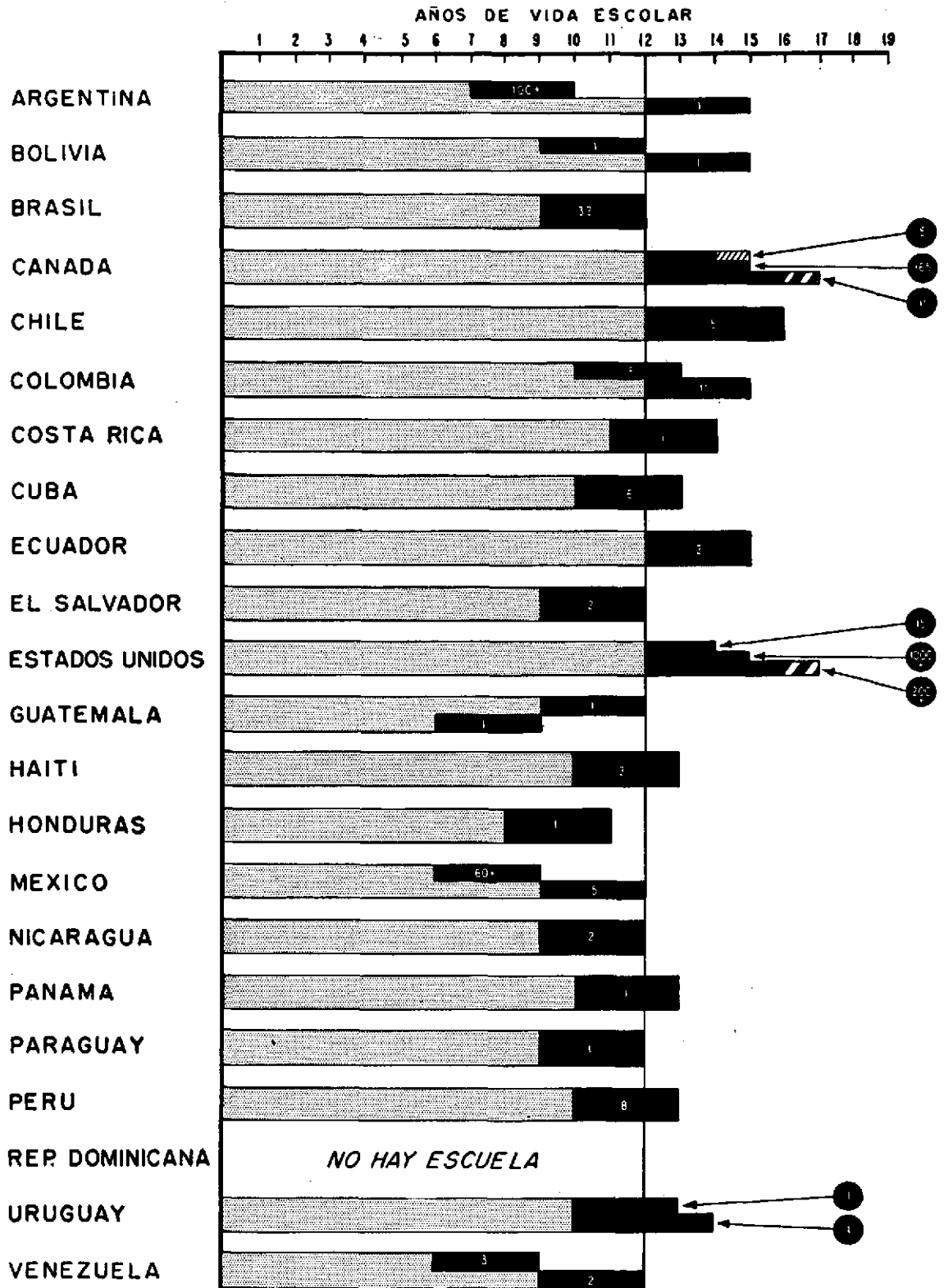
ESTUDIOS QUE SE EXIGEN PARA EL INGRESO EN LAS ESCUELAS DE ENFERMERÍA



	Enseñanza secundaria incompleta		Enseñanza secundaria completa	
	No. de años	No. de escuelas	No. de años	No. de escuelas
Argentina	7	100+	12	1
Bolivia	9	1	12	1
Brasil	9	32	12	3
Canadá	—	—	12	181
Colombia	9	6	11	1
Costa Rica	—	—	11	1
Cuba	10	6	—	—
Chile	—	—	12	5
Ecuador	9	1	12	1
El Salvador	9	2	—	—
Estados Unidos	—	—	12	1215+
Guatemala	{9 6}	{1 1}	—	—
Haití	10	2	—	—
Honduras	8	1	—	—
México	{9 6}	{5 50+}	—	—
Nicaragua	9	1	—	—
Panamá	10	1	—	—
Paraguay	8	1	—	—
Perú	10	6	—	—
República Dominicana <sup>1</sup>	—	—	—	—
Uruguay	10	2	—	—
Venezuela	{9 6}	{2 3}	—	—



<sup>1</sup>No tiene escuela de enfermería.



# DURACION DE LA EDUCACION DE ENFERMERAS EN LAS AMERICAS



 Educación Preliminar  
 Educación en Enfermería  
 (EL NUMERO EN BLANCO SIGNIFICA EL TOTAL DE ESCUELAS EN CADA PAIS)

 Diploma concedido después de un año de trabajo supervisado  
 Algunas de las escuelas tienen un curso de cinco años

una escuela de enfermería en la que se exige para el ingreso haber cursado estudios por espacio de 12 años, mientras que Costa Rica y Colombia exigen 11 años. Los demás países requieren entre 6 y 10 años de previa escolaridad. En los Estados Unidos y Canadá normalmente se exigen 12 años de escolaridad y sólo algunas escuelas requieren un tiempo más largo.

Si bien en algunos países la partería se considera una profesión totalmente aparte, en otros constituye una especialidad de la enfermería. Por consiguiente, se consideró pertinente incluir la partería en el estudio de la enseñanza de enfermería. El cuadro que aparece más adelante ofrece un resumen de los años de estudio que se requieren en los diversos países para la formación de parteras.

### Encuesta sobre los recursos de enfermería

Con el objeto de contribuir a las discusiones técnicas de la Asamblea Mundial de la Salud, en 1956, que giraban alrededor del tema de *La enfermera, su educación y su función en los programas de salud*, se realizó un esfuerzo para obtener la cooperación de los gobiernos de la América Latina en la elaboración de una encuesta sobre los recursos y necesidades de enfermería en cada país. La Oficina no pretendió llevar a cabo dicha encuesta, pero facilitó medios para efectuarla a las asociaciones nacionales de enfermeras. Se consideró que estas asociaciones estarían interesadas en el tema y dispondrían de los suficientes recursos para reunir una información detallada. En general, la idea tuvo buena acogida entre las enfermeras.

El cuestionario que se preparó para efectuar la encuesta sobre los recursos de enfermería en cada país pedía información sobre los siguientes aspectos: la enfermera graduada; la partera graduada; el personal auxiliar de enfermería; hospitales, clínicas y otras instituciones; servicios de salud pública; escuelas de enfermería; la enfermería como profesión; educación general y sueldos de las mujeres. En la segunda mitad de 1955, por lo menos 12 países, sirviéndose del formulario facilitado por la Oficina, procedían a la encuesta.

### Publicaciones y textos

En 1955, el *Boletín* de la OSP continuó publicando traducciones de artículos sobre enfermería que se consideraron aplicables a la situación de la enfermería en la América Latina. Al mismo tiempo, se procuró conseguir artículos originales escritos por enfermeras latinoamericanas y basados en sus propias experiencias. Si se estimula a las enfermeras a que escriban más artículos, con el tiempo, se podrá lograr asimismo la publicación de manuales y aun de libros de texto sobre enfermería. Si se examina la sección de enfermería que figura en el *Boletín* desde 1949 se notará que los artículos publicados por enfermeras de la América

Latina han aumentado de una manera constante. De los 24 artículos sobre enfermería publicados en 1954, 5 eran originales de enfermeras de la América Latina, mientras que en 1955, de los 19 artículos que aparecieron, 9 fueron escritos por el mismo grupo.

La falta de textos de enfermería en español constituye todavía un verdadero obstáculo para el desarrollo de la profesión de enfermería en la América Latina. La traducción o adaptación de textos extranjeros consume un tiempo considerable de la enseñanza de enfermería y a veces se da el caso de que un mismo artículo o capítulo se traduce en diversos países por distintas enfermeras.

### Proyectos regionales

El intercambio internacional de ideas sobre los diversos aspectos de la enfermería ha sido fomentado por la celebración, cada tres años, de un congreso regional de enfermería auspiciado por la Oficina. México se brindó a ser el país huésped del Cuarto Congreso Regional de Enfermería (AMRO-23.4), que tendrá lugar a principios de septiembre de 1956. Con un criterio democrático, las asociaciones nacionales de enfermeras eligieron por votación dos temas para la discusión principal que tendrá lugar en el congreso. Se encargó, a título individual, a enfermeras de 7 países la redacción de los trabajos que servirán de pauta en las diversas fases del tema general objeto de la discusión y que se refiere a la organización y administración de enfermería. En 1955 se terminaron cuatro de estos trabajos que se distribuirán para su estudio entre las participantes. Se espera que los minuciosos preparativos realizados contribuyan al éxito del congreso.

En el transcurso del año, la Oficina proporcionó ayuda a Chile en la iniciación del único curso celebrado en Sudamérica para adiestramiento de supervisoras jefes e instructoras de enfermería. Asistieron a este curso de ampliación de la enseñanza de enfermería (AMRO-28) doce estudiantes, y se dedicó especial atención a la enfermería de las enfermedades transmisibles. La Oficina otorgó 7 becas a estudiantes extranjeras para que pudieran asistir al curso, que se inició el 6 de abril de 1955 y terminará el 10 de marzo de 1956.

Los estudios del año se distribuyeron en cuatro trimestres: 1) preparación básica en enfermería de las enfermedades transmisibles; 2) orientación en enseñanza de enfermería, principios de enseñanza, estadística y nutrición; 3) principios de supervisión, psicología social, filosofía de la educación, orientación en enseñanza de enfermería; y 4) prácticas supervisadas en enseñanza y supervisión.

En 1956 se seguirá esencialmente el mismo plan, pero se espera que, además de preparar instructoras de enfermería de las enfermedades transmisibles, se celebrará un curso de preparación de supervisoras y administradoras en enfermería de salud pública.

## Enseñanza fundamental de enfermería

Además de los dos proyectos regionales mencionados (AMRO-23.4 y AMRO-28), se encontraban en ejecución proyectos relacionados con la enseñanza de enfermería o el adiestramiento de auxiliares de enfermería y parteras en seis países: Costa Rica, Bolivia, México, Nicaragua, Guatemala y Haití.

Las enfermeras y las auxiliares de enfermería adecuadamente preparadas constituyen un elemento esencial para el funcionamiento de un hospital bien organizado, así como para las operaciones locales de salud pública. En todos los países de las Américas existe una escasez de enfermeras graduadas, bien preparadas, así como una falta de auxiliares de enfermería suficientemente adiestradas para poder prestar servicios de cuidado al paciente, en hospitales y servicios de salud pública. En los países mencionados se elaboraron y pusieron en ejecución planes para preparar personal a los efectos de atender a estas necesidades.

Estos esfuerzos en el interior de cada país son evidentemente necesarios para organizar cursos nacionales de adiestramiento que proporcionen el cuerpo permanente de personal adiestrado que los distintos países necesitan. El estado de desarrollo de estos programas nacionales variará considerablemente de acuerdo con el sistema básico de enseñanza y el desarrollo general de los servicios de salud pública de los países.

El más antiguo de estos proyectos es el de Costa Rica, en donde la primera promoción de 15 enfermeras recibió diplomas de bachiller en 1955, después de terminar un curso completo de tres años en la escuela reorganizada. Esta escuela de enfermería cuenta con un excelente cuerpo docente de enfermeras instructoras, gracias al programa de becas (Costa Rica-3).

A partir de 1951, sus principales objetivos consistieron en: 1) preparar un número limitado de enfermeras graduadas para la enseñanza de enfermería, enfermería de hospitales y enfermería de salud pública; 2), adiestrar personal auxiliar

ADIESTRAMIENTO DE PARTERAS EN LA AMÉRICA LATINA

País	Título	Años de escolaridad	Período de adiestramiento en enfermería	Período de adiestramiento en partería
Argentina	Partera	10 ó 6	ninguno	3 años
Bolivia	Partera	6 ó más	ninguno	3 años
Brasil	Obstétrica	9	ninguno	3 años
	Auxiliar de obstetricia	4	ninguno	6 meses
Colombia	Enfermera partera	11	3 años	6 meses
	Partera auxiliar	5		6 meses
Costa Rica	Enfermera obstétrica	11	3 años	6 meses
Cuba	Enfermera y partera	10	3 años	2 años
	Partera	12		3 años
Chile	Matrona	12	54 horas	3 años
Ecuador	Obstétrica	10		5 años
El Salvador	No existen cursos para parteras			
Guatemala	Comadrona	6	1 hora 5 días a la semana durante 1 año	3 años
Haití	Comadrona (Sage-femme)	9	3 años	1 año
Honduras	Enfermera obstétrica	8	3 años	1 año
México	Enfermera y partera	9 ó 6	3 años	2 años
Nicaragua	Obstetra	8		5 años
Panamá	Enfermera obstétrica	10	3 años	1 año
Paraguay	Partera	6 o menos		3 años
Perú	Obstétrica	11		3 años
República Dominicana	No existen cursos para parteras			
Uruguay	Partera	10		3 años
Venezuela	No existen cursos para parteras			

de enfermería; y 3), establecer un curso de ampliación para enfermeras parteras.

Durante todo el año 1955 figuraron en el personal del proyecto cuatro asesores internacionales en enfermería: una asesora en enseñanza de enfermería, una asesora de enfermería psiquiátrica, una asesora de enfermería de salud pública y una asesora de enfermería obstétrica. Se dispuso también de los servicios de una asesora de enseñanza de enfermería para el programa de auxiliares de enfermería y de una consultora para un estudio de dos meses sobre las posibilidades de anexar la Escuela de Enfermería a la Universidad Nacional. Se iniciaron programas para la incorporación a los planes de estudio fundamentales de la higiene mental. Se proporcionaron cursos especiales a dos enfermeras procedentes de otros países, una de Nicaragua, que recibió un curso de seis meses en arte de enfermería, y otra de México, que recibe preparación para la enseñanza en el campo de la enfermería psiquiátrica.

Se celebró un seminario, del 24 de julio al 4 de agosto de 1955, para evaluar la Escuela de Enfermería de Costa Rica, a los cuatro años de estar funcionando siguiendo su programa revisado, a los efectos de planear la retirada paulatina de la ayuda de la OMS. Con anterioridad al seminario, las instructoras efectuaron un minucioso análisis de los programas, que sirvió de base para la evaluación. En el seminario participaron funcionarios del Gobierno que tienen a su cargo programas de salud pública del país, directoras de los servicios de enfermería, personal de la Escuela de Enfermería y miembros del personal de la OSP/OMS.

Uno de los principales problemas que se discutieron fué el de la inscripción de un número suficiente de estudiantes que diera a la escuela una base económica sólida. Se demostró que la intensa campaña llevada a cabo bajo la dirección de un comité formado por personal de la Escuela de Enfermería y representantes de la colectividad, a fines de 1954 y comienzos de 1955, contribuyó a obtener gran número de candidatas adecuadamente preparadas para la Escuela. En 1955 ingresaron en la Escuela 43 estudiantes, en comparación con 15 y 18 que entraron en los dos años anteriores. El comité mencionado desplegó sus actividades no sólo en alejadas zonas de provincia, sino también en distritos situados en lugares más céntricos, y se recomendó que se prosiguiera con este mismo sistema.

A los efectos de llevar a cabo el segundo objetivo del proyecto, se inició, en 1953, la preparación de personal auxiliar de enfermería. Se celebraron tres cursos de 6 meses en el hospital de San Juan de Dios, y comenzó un cuarto curso en el mismo hospital al que se matricularon 46 estudiantes. En el hospital provincial de Alajuela se dieron también dos cursos. Recibieron adiestramiento completo 122 personas. Un curso que tiene lugar en la provincia de Cartago ha proporcionado adiestramiento en servicio a un

total de once instructoras, siete de las cuales están prestando servicio.

En 1955, en Bolivia, prosiguieron las actividades de un proyecto de enseñanza de enfermería (Bolivia-5) que había principiado en 1953. Este proyecto en cooperación presta ayuda a la Escuela Nacional de Enfermería de la siguiente forma: 1) asignación de consultoras de enfermería para que colaboren en la revisión de los planes de estudio y en la ampliación de las zonas en que se efectúan las prácticas sobre el terreno; 2) establecimiento de un programa de becas para enfermeras graduadas y no graduadas, encaminado a preparar un núcleo de enfermeras que prestarán servicios de instructoras y supervisoras; y 3) provisión de suministros y equipo limitados.

Tres consultoras internacionales en enseñanza de enfermería han participado en los trabajos de la Escuela. La primera de ellas, consultora de la OMS, que llegó al país en 1953, actúa de jefe de grupo y tiene a su cargo los planes generales. La segunda, consultora en arte de enfermería, se incorporó en julio de 1954; y la tercera, consultora en la enseñanza de enfermería de salud pública, llegó en

Una enfermera de salud pública durante las prácticas de un curso de adiestramiento pesa a un niño, San José, Costa Rica





Una enfermera muestra la manera de cuidar de los niños, El Salvador

enero de 1955. Después de estudiar la situación, y con la experiencia adquirida, se preparó una revisión del plan de estudio con el objeto de atender en forma más adecuada a las necesidades del país. En abril de 1955 ingresaron en la Escuela dieciocho estudiantes que habían terminado la enseñanza secundaria. Se concedieron becas a dos enfermeras graduadas y a seis estudiantes de enfermería. Se tiene el propósito, mediante la reorganización de los cursos y el nombramiento de las becarias, a su regreso al país, para desempeñar cargos docentes, de establecer una escuela de enfermería de la que saldrán las dirigentes de los servicios ampliados de enfermería.

En México se inició en 1954 un proyecto encaminado a elevar el nivel de la formación profesional de las enfermeras y parteras en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (México-12). Se tiene el propósito de que la Escuela constituya un centro de preparación de enfermeras altamente capacitadas. La primera fase del programa, o sea el estudio y planificación para el establecimiento de un programa moderno completo, está a punto de terminarse. Por primera vez se incorporó al plan de estudios la enfermería de salud pública y la orientación en el empleo de los recursos de que dispone la colectividad, y se tomó en

cuenta la experiencia personal para los diversos servicios según resultado de los expedientes individuales. Se iniciaron clases sobre las actividades en grupo y evaluación de la experiencia clínica por las instructoras, profesores, estudiantes y otro personal de la institución.

En Nicaragua se ha puesto de manifiesto la necesidad de disponer de mayor número de enfermeras adiestradas para trabajar en los hospitales y servicios de salud pública, y se han preparado planes para aumentar los servicios de atención médica y de salud pública. Un estudio de la Escuela Nacional de Enfermería de Managua, realizado en 1953, recomendó una reorganización general de la Escuela. Después de haber examinado el problema con el Gobierno se elaboró un plan de operaciones para hacer frente a las necesidades propias de la Escuela, y el Gobierno solicitó oficialmente la colaboración de la OSP/OMS (Nicaragua-5).

Los objetivos de este proyecto, que se inició en 1955, cuando llegó la asesora jefe, de la OMS, de dicho proyecto, son los siguientes: el establecimiento con carácter permanente de un programa eficaz de enseñanza en la Escuela Nacional de Enfermería; la ampliación y el mejoramiento del plan básico de estudios de la escuela; la incorporación de los aspectos sociales, preventivos y colectivos de salubridad en la enseñanza de enfermería; la preparación de enfermeras del país para el desempeño de puestos docentes; y el mejoramiento de los locales de la escuela en cuanto se refiere a edificios, aulas y laboratorios. Se proyecta que el programa tenga una duración de seis años.

Una encuesta iniciada en Guatemala en junio de 1954 señaló que había empleadas en el país 227 enfermeras graduadas y 1,059 auxiliares de enfermería no adiestradas (Guatemala-6). La mayoría de las auxiliares de enfermería desempeñaban, sin la supervisión de enfermeras graduadas, funciones de enfermería para las que se requiere una gran habilidad. Estas trabajadoras auxiliares solamente han recibido a través de un sistema de aprendizaje, una preparación de carácter práctico que no responde a ningún plan establecido.

Sobre la base de dicha encuesta y de las necesidades mínimas previstas, se estima que el país precisaría de otras 560 enfermeras graduadas y de 1,580 auxiliares de enfermería debidamente preparadas. Reconociendo la importancia del problema, el Gobierno solicitó la colaboración de la OSP/OMS para desarrollar un programa con el objeto de hacer frente, mediante el adiestramiento de tales auxiliares, a la escasez de personal de enfermería. El plan de operaciones comprende la preparación de instructoras y el adiestramiento de auxiliares de enfermería por medio de un programa central en la ciudad de Guatemala y programas similares en los departamentos, incluyendo el adiestramiento durante el servicio en instituciones que emplean auxiliares no adiestradas. La asesora internacional en enfermería que se ocupaba de las auxiliares de enfermería en el proyecto Costa Rica-3 fué trasladada a Guatemala para hacerse

cargo de la misma labor en el proyecto Guatemala-6. Dicho proyecto empezó el 1º de agosto de 1955. Un grupo de trece estudiantes asiste al curso trimestral para instructoras, que se inició en el mes de noviembre. Dos de las estudiantes son enfermeras enviadas por el Gobierno de Panamá con el fin de que se preparen y puedan llevar a cabo un programa similar en su propio país. A fines de año, se habían presentado 250 solicitudes para recibir adiestramiento de auxiliar de enfermería.

En cuanto al adiestramiento de parteras no profesionales en Haití (Haití-10), se firmó en enero de 1955 un plan tripartito de operaciones en el que participa el UNICEF. En el mes de junio, llegó a dicho país una consultora de la OMS en enfermería obstétrica para participar en este plan de adiestramiento. El primer curso, que tuvo lugar una vez a la semana durante 26 semanas, se inició en Archaie, en agosto, y en él se inscribieron 18 parteras no profesionales. El curso comprende la enseñanza de los cuidados prenatales, el empleo del equipo, la preparación para el parto, el parto y el cuidado de la madre y del niño. El UNICEF proporcionó botiquines. La consultora visitó otras zonas de Haití con el propósito de determinar, junto con las autoridades sanitarias nacionales, la conveniencia de ejecutar otros programas similares.

### Cursos de especialización para enfermeras

En 1954 se reorganizó en Costa Rica la preparación de enfermeras parteras, en forma de estudios postgraduados en la Escuela de Enfermería. Se han terminado dos cursos de seis meses, de los que salieron veintidós graduadas.

Desde que se inició el programa han recibido preparación seis instructoras, cuatro de las cuales trabajan ya en esta labor.

Durante el segundo semestre de 1955 se llevó a cabo un programa para cinco enfermeras parteras del Departamento de Enfermería de Salud Pública, que consistió en una especie de repaso de las prácticas. Todas estas enfermeras habían recibido preparación básica en enfermería obstétrica muchos años antes. El programa insistió particularmente en los elementos fundamentales de una buena práctica obstétrica y en los límites de las prácticas confiadas a la enfermera partera.

En México se celebró el Tercer Curso para Instructoras en Enfermería (México-11.3) auspiciado por el Departamento Nacional de Salubridad de la Escuela de Graduados de la Universidad Nacional Autónoma de México y por la OSPA. Este curso comenzó el 18 de octubre de 1954 y concluyó seis meses después, es decir el 18 de abril de 1955, con la entrega de los certificados de estudios a 23 estudiantes. Estas eran en su mayor parte enfermeras mexicanas que ocupaban puestos docentes en escuelas de enfermería del país; pero además participaron en el curso dos enfermeras de Guatemala y otra de Nicaragua. Prestaron también servicios docentes dos enfermeras de la Administración de Cooperación Internacional (Estados Unidos de América) y algunos profesores de la Universidad Nacional. Además de las clases teóricas sobre organización, administración, enseñanza y supervisión en enfermería, se efectuaron prácticas de enseñanza bajo estricta supervisión. El Gobierno ha solicitado que se celebre un cuarto curso de esta clase en 1956.

## Becas

La adjudicación de becas, como en años anteriores y siguiendo la política fundamental de la Oficina, ha constituido una de sus principales actividades durante 1955. El programa de becas forma parte integrante de la labor de la Oficina en el sentido de que contribuye a formar un cuerpo de trabajadores profesionalmente adiestrados que constituye el elemento esencial de cualquier esfuerzo continental encaminado a elevar el valor de la salud pública. Las becas, además de fortalecer los servicios nacionales de salud pública, proporcionan también el personal indispensable, tanto técnico como auxiliar, para los proyectos específicos en que coopera la Oficina. En muchos casos, las personas que reciben adiestramiento gracias a una beca son los funcionarios nacionales llamados a reemplazar un día a los actuales consultores internacionales y a hacerse cargo de su labor.

A medida que transcurre el tiempo, las actividades relacionadas con las becas siguen constituyendo una parte esencial de las actividades de la Oficina, y a diferencia de algunas otras de estas que pudieran disminuir a medida que se venzan las enfermedades, es de esperar que aquéllas seguirán ampliándose. Las becas para que el estudiante reciba adiestramiento fuera de su país, cuando en éste no puede obtener la formación que necesita, constituyen fundamentalmente uno de los instrumentos más valiosos de que dispone la Oficina para contribuir al fortalecimiento de los servicios nacionales de salud pública.

Asimismo, se presta gran atención al tipo de becas o subsidios de viaje que permiten a los profesores proporcionar una mejor enseñanza a los estudiantes que, procedentes de otros países, asisten a sus escuelas. Esta labor se lleva a cabo por medio de las visitas que dichos profesores efectúan

**BECAS CONCEDIDAS Y PARTICIPANTES EN CURSOS Y SEMINARIOS, DURANTE 1955,\*  
EN LAS AMÉRICAS POR PAÍS DE ORIGEN Y CLASE DE ADIESTRAMIENTO**

País de origen	Total becas	Cursos organizados por OSP/OMS o con su participación		Otros cursos	Otros casos
		Cursos especiales y seminarios	en instituciones docentes		
Total de todos los países	390	184	34	83	89
Argentina	20	13	3	2	2
Bolivia	8	5	1		2
Brasil	48	41		1	6
Canadá	1				1
Colombia	8	4		2	2
Costa Rica	9	9			
Cuba	10	7		1	2
Chile	30	16		5	9
Ecuador	10	4	3	3	
El Salvador	14	4	2	5	3
Estados Unidos	7	1			6
Guatemala	21	8	2	6	5
Haití	13	5		4	4
Honduras	11	8		1	2
México	36	10	1	18	7
Nicaragua	13	5	1	5	2
Panamá	18	7	3	4	4
Paraguay	17	7	4	3	3
Perú	20	7	5	7	1
República Dominicana	15	6	2	5	2
Uruguay	14	3	4	3	4
Venezuela	22	10	3	1	8
Territorios británicos	22	4		7	11
Territorios neerlandeses	3				3

\* Para 1955, el cuadro abarca sólo las actividades correspondientes a un período de 11 meses, del 1° de enero al 30 de noviembre. En lo sucesivo, el año correrá desde el 1° de diciembre al 30 de noviembre, y comprenderá de esta forma 12 meses.

de vez en cuando a los países de donde proceden los estudiantes, con el objeto de que puedan obtener un conocimiento directo de los problemas de salud pública con que se enfrentarán estos últimos al regresar a su país. También se han otorgado becas a dentistas y veterinarios que deseaban especializarse en salud pública. Las becas de este tipo van aumentando.

La labor del servicio de becas se extiende esencialmente a tres actividades principales: selección del becario y adjudicación de la beca, colocación del becario en el lugar más conveniente para adquirir la formación que necesita, y, por último, supervisión del becario durante su colocación y disfrute de la beca, acompañada de cierta labor complementaria a los efectos de comprobar si utiliza el material adquirido.

Con la finalidad de elevar el nivel de formación profesional, se ha prestado también un constante interés a la concesión de becas y subsidios de viaje a profesores de

escuelas de medicina, salud pública y otras afines. Estas becas tienen por objeto fomentar el intercambio internacional tanto de personal como de conocimientos científicos. Para que la labor de los profesores visitantes resulte eficaz es necesario planearla previamente. El profesor visitante debe saber el tiempo que dedicará a los servicios de asesoramiento y el que destinará a la enseñanza propiamente dicha. En cuanto a la materia que va a enseñar, es conveniente poner en antecedentes al profesor visitante, de manera que no repita enseñanzas de las que ya se dispone. Además de enseñar en una determinada institución, se puede solicitar al profesor visitante que de conferencias en otras instituciones docentes de la colectividad.

#### **Alcance del programa de becas**

Los cuadros que figuran en esta sección del Informe presentan los datos numéricos relativos al programa de

**BECARIOS DE OTRAS REGIONES QUE INICIARON ESTUDIOS EN LAS AMÉRICAS EN 1955\*, POR CLASE DE ADIESTRAMIENTO**

Región de origen	Total	Cursos organizados por OSP/OMS o con su colaboración	Otros cursos	Otros casos
Todas las demás regiones	93	nil	42	51
Europa	26	—	3	23
Asia Sudoriental	5	—	3	2
Mediterráneo				
Oriental	13	—	10	3
Pacífico Occidental	38	—	22	16
Africa	11	—	4	7

\* Para 1955, el cuadro abarca sólo las actividades correspondientes a un período de 11 meses—1° de enero a 30 de noviembre. En lo sucesivo, el año correrá desde el 1° de diciembre al 30 de noviembre cubriendo, de esta forma, 12 meses.

becas. Se observará que, en general, estos cuadros, en lo que se refiere a este año, abarcan el período comprendido entre el 1° de enero y el 30 de noviembre de 1955, es decir un período de 11 meses. En los años sucesivos, y por razones administrativas, el año estadístico correrá desde el 1° de diciembre al 30 de noviembre.

Aunque el cuadro en la página 115 comprende sólo un período de 11 meses, el número de becas correspondiente a 1955 ascendió a 390, número considerablemente mayor, aproximadamente en un 25 por ciento, que el que se fijó para 1954. Este aumento se debe, entre otras razones, al gran número de seminarios organizados durante 1955 y al aumento de subsidios de viaje.

Los datos contenidos en el cuadro que aparece en la parte superior de esta columna muestran que el número de becarios procedentes de otras regiones que han venido a las Américas para seguir sus estudios ha aumentado también en un 30 por ciento, aproximadamente.

El cuadro en la página 117, sobre becarios por país de origen y país o región de estudio revela un interesante movimiento de becarios. Se observará que el número de becarios de las Américas que estudiaron en otras regiones fué muy pequeño, pues asciende sólo a un ocho por ciento de los becarios de la América Latina que estudiaron en América Latina. Esto se debe, en parte, al criterio que sigue la Oficina de que los becarios estudien, de preferencia, en lugares que tengan problemas similares a los de su propio país.

Un número creciente de becarios siguen sus estudios en las Escuelas de Salud Pública de São Paulo, Brasil; Santiago, Chile; México, D. F., y San Juan, Puerto Rico.

Formando parte de sus trabajos prácticos, ciertos becarios visitan proyectos coordinados de sanidad que se llevan a cabo actualmente en un cierto número de países de América

Latina. Algunos de los becarios realizan estas visitas durante el viaje de regreso a su país, y consiguen de esta suerte un breve curso de ampliación de estudios, sin que ello represente ningún aumento de la cuantía original de la beca.

Únicamente en circunstancias especiales se envían becarios a estudiar a escuelas norteamericanas porque tales estudios requieren un adecuado conocimiento del idioma inglés, y que los estudiantes posean una experiencia suficiente que les permita aplicar lo que aprenden en un país a otro en que las condiciones pueden ser distintas.

En el cuadro que aparece a continuación se observará que, lo mismo que en otros años, gran número de becarios

**BECARIOS DE LAS AMÉRICAS Y DE OTRAS REGIONES Y PARTICIPANTES EN CURSOS Y SEMINARIOS EN LAS AMÉRICAS QUE EN 1955\* INICIARON ESTUDIOS EN LAS AMÉRICAS, CLASIFICADOS POR MATERIAS ESTUDIADAS.**

Materias estudiadas	Becarios de las Américas	Becarios procedentes de otras regiones
Total en todas las materias estudiadas	390	93
Administración de salud pública	25	2
Saneamiento	66	10
Enfermería	33	11
Higiene materno-infantil	9	11
Otros servicios de sanidad:	62	19
Higiene mental	27	3
Educación sanitaria	3	5
Higiene profesional (Higiene industrial)	1	1
Nutrición	3	4
Estadísticas sanitarias**	25	
Higiene y cuidados dentales	1	2
Rehabilitación	1	1
Control de preparaciones farmacéuticas	1	3
Enfermedades transmisibles	121	29
Ciencias y educación médicas	71	4
Medicina clínica	3	6
Estudios premédicos		1

\* Para 1955, el cuadro comprende las actividades que corresponden solamente a un período de 11 meses del 1° de enero al 30 de noviembre. En lo sucesivo el año correrá desde el 1° de diciembre al 30 de noviembre, abarcando, de esta forma, 12 meses.

\*\* Incluye AMRO-85, Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades (12).

eligen para sus estudios el campo de las enfermedades transmisibles. En 1954 el número de estos becarios ascendió a 115, y en 1955, a 121. Por otra lado, ha habido un considerable aumento de los becarios que estudian determinados campos de especialización, tales como higiene mental,



educación sanitaria, nutrición y estadísticas sanitarias, aumento que en 1955 elevó a 62 el número de estos becarios, que en 1954 fué de 39. De la misma forma aumentaron los becarios que se especializan en ciencias y educación médicas, de 16 que eran en 1954 a 71 en 1955. Este aumento se debe en gran parte a dos seminarios, uno que se celebró en Montevideo, Uruguay, sobre higiene mental (AMRO-9.2) y otro sobre medicina preventiva, que tuvo lugar en Viña del Mar, Chile (AMRO-49.1).

Los dos últimos cuadros relativos a las becas proporcionan nueva información, en primer lugar, con respecto a la forma en que las becas están unidas a determinados proyectos,

y en segundo término, en relación con la materia de estudio. El programa de becas se beneficia en cierta manera con las visitas sobre el terreno, que efectúa el personal de la Oficina, las cuales contribuyen también a facilitar el buen desenvolvimiento del programa. Durante dichas visitas se aclaran muchos problemas y cuestiones que plantean los becarios y se presta cuidadosa atención a las cuestiones relativas al lugar de estudio y tipo de cursos que puedan proporcionar mayores beneficios a los estudiantes. Estas relaciones personales nacidas de las visitas, no sólo facilitan la labor de los becarios, sino que elevan asimismo el nivel general de los resultados obtenidos.

BECAS CONCEDIDAS Y PARTICIPANTES EN CURSOS Y SEMINARIOS EN LAS AMÉRICAS POR PAÍS DE ORIGEN Y PAÍS O REGIÓN DE ESTUDIO

País de origen	Total, estudiantes	País de estudio** en las Américas																Otras regiones				
		Brasil	Canadá	Colombia	Costa Rica	Chile	Ecuador	El Salvador	Estados Unidos	Guatemala	Haití	México	Panamá	Paraguay	Perú	Rep. Dominicana	Uruguay	Venezuela	Territorios británicos	Territorios franceses	Europa	Medio Oriente
Total, todos los países . . . . .	390	42	6	18	25	97	8	17	105	23	3	14	11	3	10	1	26	37	12	1	6	2
Argentina . . . . .	20	4				10			3								4					
Bolivia . . . . .	8	2			3	1									1		1					
Brasil . . . . .	48	2		2	30				5		1					6	1	1				
Canadá . . . . .	1							1		1	1				1					1		
Colombia . . . . .	8			2	1				2	1			1					2				
Costa Rica . . . . .	9				3					4								2				
Cuba . . . . .	10				3	1			4			1					1	1				
Chile . . . . .	30	2	1	1		7		1	12				1	1	1		6	1			3	
Ecuador . . . . .	10	2		2		2			1								2	1				
El Salvador . . . . .	14	1			1				8	3								1				
Estados Unidos . . . . .	7	2		1	1	1		1	1*		1	1	1	2		1	1	1	2		2	2
Guatemala . . . . .	21	2			5	3	2	3	5	4			4									
Haití . . . . .	13		4		1		1		7													
Honduras . . . . .	11	1			1			3	1	5												
México . . . . .	36	3			3	2			12	1								19				
Nicaragua . . . . .	13	1			4	2		2	2	2			1					1				
Panamá . . . . .	18	2		1	4	1	1	2	7				2					3				
Paraguay . . . . .	17	7			8	1		1	1								2	1				
Perú . . . . .	20	4			2	8			3			2					2					
República Dominicana . . . . .	15	2			2	1			9			1						2				
Uruguay . . . . .	14	1	1			8			3												1	
Venezuela . . . . .	22	2		2		7		2	4			3	1		7							
Territorios británicos . . . . .	22	2		5				2	15	2		2	2				3		6			
Territorios neerlandeses . . . . .	3																		3			

\* Becario de Estados Unidos que fué a Puerto Rico.

\*\* La cifra que aparece en la columna "Total, estudiantes" representa exactamente el número de becarios. En relación a las cifras que aparecen en las otras columnas, hay que tener en cuenta que algunos becarios cursaron estudios en varios países y por lo tanto están incluidos en las cifras correspondientes a dichos países.

BECAS CONCEDIDAS PARA ASISTIR A CURSOS ORGANIZADOS POR OSP/OMS, O CON SU COLABORACIÓN, EN LAS AMÉRICAS, DURANTE 1955\*, Y PARTICIPANTES EN SEMINARIOS DURANTE EL MISMO AÑO: POR PAÍS DE ORIGEN, MATERIA ESTUDIADA Y PROYECTO

Materia estudiada y proyecto	Total	País de origen																					
		Argentina	Bolivia	Brasil	Colombia	Costa Rica	Cuba	Chile	Ecuador	El Salvador	Estados Unidos	Guatemala	Haití	Honduras	México	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	Rep. Dominicana	Uruguay	Venezuela	Territorios británicos
Total, becarios y participantes...	218	16	6	41	4	9	7	16	7	6	1	10	5	8	11	6	10	11	12	8	7	13	4
Becarios.....	74	3	2	.....	2	6	1	.....	3	6	.....	8	1	7	3	5	5	5	5	4	5	3	.....
Saneamiento:.....	(35)																						
AMRO-1—Saneamiento del medio(a).....	16	1	.....	.....	1	.....	.....	1	1	.....	1	.....	.....	.....	1	2	3	1	2	1	1	.....	
AMRO-17.2—Sistemas de abastecimiento de agua(b).....	19	.....	.....	.....	4	.....	.....	3	.....	4	.....	5	.....	.....	3	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
Enfermería:.....	(3)																						
El Salvador-5—Enfermería de S. P.(c).....	2	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	2	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
AMRO-28—Enseñanza superior de enfermería(d).....	1	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	1	.....	.....	.....	
Otros servicios de sanidad:.....	(24)																						
AMRO-10—Estadística(e).....	12	2	1	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	1	.....	.....	1	.....	1	2	.....	3	1	.....	
AMRO-85—Clasificación de enfermedades(f).....	12	.....	.....	.....	1	2	1	.....	1	1	.....	.....	.....	2	1	2	.....	.....	1	.....	.....	.....	
Enfermedades transmisibles:.....	(12)																						
Ecuador-5—Control de TB(g).....	8	.....	1	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	2	1	.....	.....	1	1	.....	1	1	.....	.....	
AMRO-28—Enfermería(d).....	4	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	1	1	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	1	.....	1	.....	
Participantes.....	144	13	4	41	2	3	6	16	4	.....	1	2	4	1	8	1	5	6	7	4	2	10	4
Saneamiento:.....																							
AMRO-64.2—Ingeniería Sanitaria.....	17	.....	.....	.....	.....	.....	3	.....	.....	.....	.....	3	.....	5	.....	.....	.....	.....	4	.....	.....	2	
Otros servicios de sanidad:.....																							
AMRO-9.2—Seminario Higiene mental.....	25	3	.....	6	.....	.....	.....	6	2	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	2	2	.....	.....	4	.....	
Enfermedades transmisibles:.....	(43)																						
AMRO-77.5—5 Fiebre aftosa.....	13	.....	.....	2	2	.....	.....	.....	2	.....	.....	.....	.....	.....	.....	1	.....	2	.....	.....	2	2	
AMRO-77.6—6 Fiebre aftosa.....	11	2	2	2	.....	.....	.....	2	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	2	1	.....	.....	.....	.....	
AMRO-91—Aplicación Reglamento Sanitario Internacional.....	19	.....	.....	.....	3	3	.....	.....	.....	1	2	1	1	3	1	4	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
Ciencias y Educación Médicas:.....																							
AMRO-49.1—Medicina preventiva.....	59	8	2	31	.....	.....	.....	8	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	2	2	.....	2	4	.....	

(a) AMRO-1: Saneamiento del medio, Escuela de Salud Pública, Brasil, 15 (10 Inspectores Sanitarios-5 Ing.); 1 Ingeniero Escuela de Salubridad, Chile.

(b) AMRO-17.2: Curso de adiestramiento en sistemas de abastecimiento de aguas, en Guatemala del 6 de junio al 6 de julio de 1955.

(c) El Salvador-5: Dos hondureñas estudiaron enfermería de salud pública en la Zona de Demostración de El Salvador-10 meses.

(d) AMRO-28: 1—Enseñanza superior de enfermería en Chile, 12 meses. 4—Enfermería de las enfermedades transmisibles en Chile, 12 meses.

(e) AMRO-10: Centro Interamericano de Bioestadística—curso de 9 meses.

(f) AMRO-85: Clasificación de enfermedades, Venezuela, del 11 al 25 de septiembre de 1955.

(g) Ecuador-5: Curso de adiestramiento en el control de la tuberculosis, en Ecuador, del 14 de octubre al 8 de diciembre de 1955.

\* Para 1955 el cuadro abarca únicamente las actividades de un período de 11 meses, del 1° de enero al 30 de noviembre. En lo sucesivo, el año correrá del 1° de diciembre al 30 de noviembre, y comprenderá, de esta forma, 12 meses.

BECAS CONCEDIDAS EN LAS AMÉRICAS EN 1955\*, POR PAÍS DE ORIGEN, MATERIA ESTUDIADA  
Y CLASE DE ADIESTRAMIENTO

Materia estudiada y clase de adiestramiento	TOTAL	País de origen																							
		Argentina	Bolivia	Brasil	Canadá	Colombia	Costa Rica	Cuba	Chile	Ecuador	El Salvador	Estados Unidos	Guatemala	Haití	Honduras	México	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	Rep. Dominicana	Uruguay	Venezuela	Territorios británicos	Terr. neerlandeses
Total—becarios . . . . .	246	7	4	7	1	6	6	4	14	6	14	6	19	9	10	28	12	13	11	13	11	12	12	18	3
Administración de salud pública . . . . .	(25)																								
Otros cursos . . . . .	17	1		1		1			1	2	1			1					3	3		1		2	
Otros casos . . . . .	8	2							2		1			1									2		
Saneamiento . . . . .	(49)																								
Cursos organizados por OSP/OMS o con su colaboración . . . . .	35	1			1	4			1	4		5		5		4	2	3	1	2	1	1			
Otros cursos . . . . .	8	1					1			2		2					1		1						
Otros casos . . . . .	6										1				1	1	3								
Enfermería . . . . .	(33)																								
Cursos organizados por OSP/OMS o con su colaboración . . . . .	3													2						1					
Otros cursos . . . . .	17				1					1			2			5	1			1	2	1		3	
Otros casos . . . . .	13			1				2		1		3	2	1	1	1								1	
Higiene materno-infantil . . . . .	(9)																								
Otros cursos . . . . .	4							1				2	1												
Otros casos . . . . .	5			1															1			2		1	
Otros servicios de Sanidad . . . . .	(37)																								
Cursos organizados por OSP/OMS o con su colaboración . . . . .	24	2	1			1	2	1		1	1	1			3	1	2	1	2	1	3	1			
Otros cursos . . . . .	8							2	1	1							1			2				1	
Otros casos . . . . .	5			1				1		1	1							1							
Enfermedades transmisibles . . . . .	(78)																								
Cursos organizados por OSP/OMS o con su colaboración . . . . .	12		1						1	1		2	1			1	1	1	1	1	1	1	1		
Otros cursos . . . . .	28							1				2			18		1		2	1	1	1	1	1	
Otros casos . . . . .	38		2	3		2	2	1		1		1	2		3				1	2	2	6	7	3	
Ciencias y Educación Médicas . . . . .	(12)																								
Otros cursos . . . . .	1												1												
Otros casos . . . . .	11				1			2							1		1		4					2	
Medicina clínica . . . . .	(3)																								
Otros casos . . . . .	3							3							1			1							

\* Para 1955, el cuadro abarca sólo las actividades correspondientes a un período de 11 meses, del 1° de enero al 30 de noviembre. En lo sucesivo, el año correrá del 1° de diciembre al 30 de noviembre, y comprenderá, de esta forma, 12 meses.

## Publicaciones

En una de las secciones siguientes de este Informe se examina la labor de las diversas reuniones y conferencias de la OSPA. A continuación se da cuenta brevemente de un cierto número de trabajos técnicos a los que se les ha dado circulación como parte de la documentación oficial de una de las conferencias, y también de otras publicaciones de la Oficina.

### Discusiones técnicas

En ocasión de la VIII Reunión del Consejo Directivo, tuvieron lugar discusiones técnicas sobre dos temas de gran interés para la salud pública de las Américas: "Métodos para mejorar la formación del personal de salud pública" y "La atención médica en el medio rural." Las discusiones, que giraron en torno de los trabajos técnicos preparados

por dos expertos designados a este efecto, se celebraron en grupos de trabajo. Se presentaron al Consejo en pleno informes que resumían las opiniones expresadas durante las discusiones técnicas.

El primero de los informes, sobre métodos para mejorar la formación del personal de salud pública, concentra la principal atención en la formación en servicio. Examina los principios y objetivos de este tipo de adiestramiento, las categorías de personal que abarca el grado y clases de instrucción que facilita y los métodos de evaluación del programa educativo.

El segundo informe, sobre la atención médica en el medio rural, pone de manifiesto la importancia de las zonas rurales en la mayoría de los países americanos debido a su influencia social, demográfica y epidemiológica en la situación sanitaria nacional y a la falta de servicios de sanidad en las mencionadas zonas. Insiste particularmente en la definición de "medio rural" y en su organización demográfica y administrativa, en la estructura y limitaciones del programa rural médico-sanitario, en la coordinación con los servicios urbanos y en la organización y administración de los servicios rurales.

Los dos trabajos citados y las discusiones sobre ellos figuran entre los documentos de la VIII Reunión del Consejo Directivo, que pueden consultarse libremente.

En la décima y undécima sesión plenaria de la VIII Reunión del Consejo Directivo de la OSPA, 15 y 16 de septiembre de 1955, se presentaron también resúmenes de una importante serie de trabajos sobre la situación de varios países de la América Latina con respecto a la erradicación de la malaria. Muchos de estos trabajos están ilustrados con cuadros, mapas y gráficos, y proporcionan datos valiosos sobre la situación presente y, en especial, sobre los aspectos históricos de la labor de control de la malaria en las Américas.

El texto completo de estos trabajos figura entre la documentación de dicha reunión.

Los países que presentaron informes completos fueron: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Surinam, territorios británicos del Caribe y Venezuela. Sobre la amplia labor de erradicación de la malaria correspondiente a 1955, en la que ha participado la OSP, véanse las secciones anteriores del presente Informe.

La Oficina, como centro de recopilación y distribución de información sanitaria, continuó publicando mensualmente el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, en el que los trabajos aparecen principalmente en español, aunque, cuando lo aconsejaron las circunstancias, se publicaron también en portugués, francés o inglés. Las personas que se dedican al campo de la salud pública en la América Latina se encuentran, a veces, con graves inconvenientes a causa de la falta de literatura médica y científica moderna, publicada en español y portugués, en los países en que se

hablan dichos idiomas. Con el objeto de vencer este obstáculo, la Oficina publica traducciones de artículos y trabajos de los temas de mayor interés en el campo de la salud pública.

El *Boletín* sigue siendo la publicación médica y de salud pública que cuenta con mayor número de lectores en los países de habla española de las Américas. Se imprimen más de 7,000 ejemplares de cada número. Siguiendo el criterio de fortalecer constantemente esta importante publicación, se introdujeron, en 1955, varias notables innovaciones.

Entre ellas figura el aumento del tamaño de la publicación (que ahora es de 17.5 cm por 25.5 cm), y la presentación del texto en dos columnas, con el objeto de dar cabida a más material. Asimismo, figuran ilustraciones en el texto para despertar un mayor interés y dar una mejor presentación a la publicación.

Varios números del *Boletín* pueden considerarse como monografías, pues contienen artículos sobre un tema determinado. El número de marzo se dedicó a la erradicación de la malaria; el de abril, al saneamiento del medio, particularmente en lo que respecta a los abastecimientos de agua; y el de mayo, a la educación sanitaria. El número de junio, dedicado a poliomielitis, tuvo una demanda extraordinaria por parte de numerosos particulares y asociaciones. El número de julio se refiere a la Conferencia de Fiebre Amarilla celebrada en Washington, y el de septiembre, a la enfermería.

Además del *Boletín*, en 1955 aparecieron importantes publicaciones especiales, tales como las ediciones española y portuguesa del *Control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre*, traducidas de la 8a. edición inglesa de la Asociación Americana de Salud Pública. En la serie de documentos oficiales, se publicaron en español y en inglés las *Actas* de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana y las *Actas* de la VIII Reunión del Consejo Directivo, que constituyen las memorias permanentes de estas reuniones.

En la siguiente tabla figuran las publicaciones especiales que aparecieron durante el año.

Número de serie	Publicaciones Especiales
	<i>1. Publicaciones Científicas</i>
8	Procedimientos Básicos para la Notificación de las Enfermedades Transmisibles—Segunda Edición.
9	Basic Procedures for the Reporting of Communicable Diseases—Second Edition.
15	Comité de Expertos en Enfermería—Tercer Informe, 1954 (Serie de Informes Técnicos de la OMS, No. 91)
16	Lo que Cuesta la Enfermedad y lo que Vale la Salud

Número de serie	Publicaciones Especiales
17	Síndrome Policarenal Infantil (Kwashiorkor) y su Prevención en la América Central
18	Comité de Expertos en Educación Higiénica del Público—Primer Informe, 1953 (Serie de Informes Técnicos de la OMS, No. 89)
19	Yellow Fever Conference
20	Conferencia de Fiebre Amarilla
21	El Control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre
22	Profilaxia das Doenças Transmissíveis no Homem
23	Técnicas de Laboratorio Aplicadas a la Rabia (Serie de Monografías de la OMS No. 23)

### 2. Documentos Oficiales

11 (E)	Informe Anual del Director de la OSP, Oficina Regional de la OMS para las Américas, 1954
11 (I)	Annual Report of the Director of the PASB, Regional Office for the Americas of the WHO, 1954
12 (E)	Programa y Presupuesto de la OSPA y de la OMS para la Región de las Américas—1957
12 (I)	Program and Budget of the PASO and the WHO for the Region of the Americas—1957
13 (E)	VIII Reunión del Consejo Directivo de la OSPA y VII Reunión del Comité Regional de la OMS
13 (I)	VIII Meeting of the Directing Council of the PASO and VII of the Regional Committee of the WHO
14 (E)	XIV Conferencia Sanitaria Panamericana—Acta Final
14 (I)	XIV Pan American Sanitary Conference—Final Act

### 3. Publicaciones Varias

15	XII Curso Internacional de Malaria y otras Enfermedades Metaxénicas
16	Informe Anual de 1953 del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa
17	Annual Report for 1953 of the Pan American Foot and Mouth Disease Center
18	Relatório Anual 1953 do Centro Pan-Americano de Febre Aftosa
19	La Fiebre Aftosa (folleto educativo para los países en que existe la fiebre aftosa)
20	Informe Anual de 1954 del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa
21	Annual Report for 1954 of the Pan American Foot and Mouth Disease Center

Número de serie	Publicaciones Especiales
22	Relatório Anual 1954 do Centro Pan-Americano de Febre Aftosa
23	PASB—Half a Century of Health Activities
24	La Fiebre Aftosa (folleto educativo para los países libres de la enfermedad)

La Oficina editó de 30 Publicaciones Especiales más de 58,000 ejemplares, número que, sumado al correspondiente a las publicaciones periódicas, se eleva a 157,000 ejemplares de un total de 54 publicaciones.

El promedio de distribución mensual del *Boletín*, por países, durante 1955, figura en el siguiente cuadro.

País	Número de ejemplares
Argentina	597
Bolivia	132
Brasil	812
Canadá	26
Colombia	603
Costa Rica	146
Cuba	366
Chile	198
Ecuador	192
El Salvador	139
Estados Unidos	809
Guatemala	171
Haití	52
Honduras	73
México	661
Nicaragua	90
Panamá	169
Paraguay	105
Perú	304
Puerto Rico	68
República Dominicana	141
Territorios de Estados Unidos	3
Uruguay	179
Venezuela	658
Barbados, Bermuda, Guayana Británica, Belice, Jamaica, Islas de Barlovento, Islas de Sotavento, Bahamas, Trinidad y Guadalupe, Guayana Francesa, Martinica, Curazao, Surinam	43
Países de otros continentes	16
	271
<b>Total</b>	<b>7,024</b>

De acuerdo con el editor del *Journal of Tropical Medicine*, el informe sobre la Conferencia de Fiebre Amarilla, celebrada en Washington, apareció primero en dicha publicación y después en la Publicación Científica No. 19 de la OSP, en inglés, y la versión española apareció en el *Boletín* y en la Publicación Científica No. 20.

La Sección Editorial publicó, como suplemento del *Boletín*, las "Publicaciones Científicas del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá", un volumen de

259 páginas, que constituye una compilación de trabajos científicos del INCAP. Su tamaño y formato es el mismo del *Boletín* y contiene una tercera parte más de material que el Suplemento No. 1, que apareció en 1953, a los efectos de dar publicidad a las actividades sobre nutrición. Esta valiosa publicación, en la que figuran artículos de importancia primordial en el campo de trabajos sobre nutrición, es muy solicitada.

## Exposiciones y otros medios de información

Una parte de la labor de la Oficina consiste, empleando las palabras de la Constitución de la OMS, en "contribuir a crear en todos los pueblos una opinión pública bien informada en asuntos de salud".

Para dar a conocer la labor de la Oficina a un sector más considerable del público, se emplearon todos los medios corrientes de información: prensa, radio, televisión, películas, fotografías, gráficas, murales, carteles, conferencias, envío de material por correo y se entablaron relaciones personales con escritores y editores.

Se concedió especial atención al creciente interés que despierta la labor sanitaria en los países de habla española. Se aumentó la distribución del *Noticiero* de la OMS. Los países de habla inglesa se han familiarizado más con las actividades de la OSP y han mostrado considerable interés por ellas debido principalmente a su proximidad geográfica con la Oficina. Prueba de este interés es el número de cartas recibidas solicitando información, que pasan de 3,700.

Además de iniciar relaciones con numerosos grupos médicos de los diversos países de las Américas, se hizo todo lo posible por utilizar asociaciones cívicas para la distribución de las publicaciones de la OSP. Con ocasión del Día Mundial de la Salud, el 7 de abril, y del Día de las Naciones Unidas, el 24 de octubre, se recibieron numerosas cartas de felicitación. El Día Mundial de la Salud revistió importancia especial. El lema de 1955 "Agua pura, base de la salud" se eligió con mucho acierto por lo que se refiere a la mayoría de los países de este Hemisferio. En reuniones populares, banquetes oficiales, reuniones de rotarios, periódicos y publicaciones técnicas se puso muy de relieve la fecha celebrada. Todos los países adaptaron el tema a la situación local. En los Estados Unidos de América se hizo destacar la contaminación industrial; en muchos otros países se dedicó especial atención a los por demás inadecuados abastecimientos de agua potable y

también a la frecuente falta absoluta de cañerías de agua. Los 7,000 sobres con información distribuidos por la Oficina fueron ampliamente reproducidos, y el cartel especial que se había preparado para la ocasión figuró en centenares de lugares públicos.

En cuanto a la VIII Reunión del Consejo Directivo de la OSPA, VII Reunión del Comité Regional de la OMS, las principales agencias de prensa transmitieron numerosas noticias sobre ella y una agencia tomó fotografías para distribuir las en las redes de televisión de los Estados Unidos y del Caribe. Se repartieron también muchas fotografías y, con la cooperación de la Voz de América, se grabaron en cinta magnetofónica mensajes de casi todos los representantes y de algunos suplentes, así como del Director de la OSP, que fueron transmitidos a través de los programas de la Voz de América, en español y en inglés; los mensajes grabados, a los que se añadió una introducción apropiada, se enviaron a las principales emisoras de radio de los Países Miembros y territorios para su transmisión. Los textos de dichos mensajes se publicaron en un folleto aparte.

Se intensificó considerablemente la publicación de material de la Oficina en periódicos, revistas médicas, revistas de las iglesias, boletines de asociaciones de padres y maestros y otras publicaciones similares que, en conjunto, cuentan con un considerable número de lectores. Los resultados muy satisfactorios obtenidos quedaron demostrados por los cientos de recortes de periódicos que enviaron los Representantes de Zona, así como por los que se recogieron en la Oficina de Washington.

El ofrecimiento de fotografías de la OSP y de la OMS para su reproducción en diversas publicaciones tuvo tan buena acogida que la selección, presentación y leyendas de las fotografías tomaron las proporciones de un trabajo considerable. Algunos de los principales periódicos y revistas utilizan con regularidad este material fotográfico.

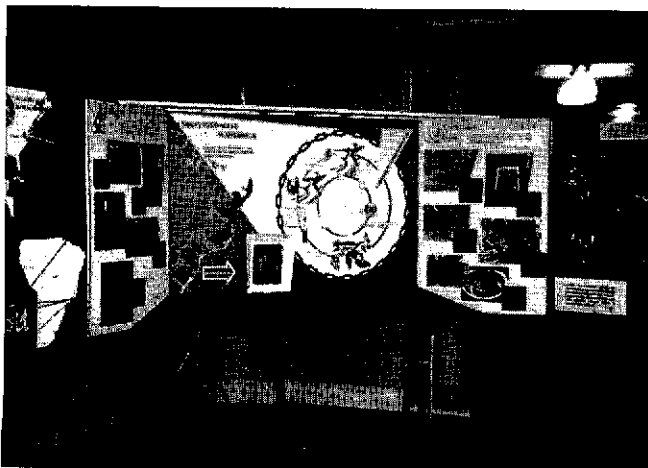
Para mayor ilustración de las actividades aquí señaladas se ofrecen en los dos párrafos siguientes algunos datos estadísticos.

Durante 1955 se distribuyeron más de 295,000 ejemplares de comunicados diversos en reuniones, exposiciones, escuelas de salud pública, grupos cívicos, etc. Atendiendo principalmente a las peticiones recibidas en solicitud de información de carácter general, se distribuyeron 3,034 sobres que, en total, contenían 34,000 ejemplares de las distintas informaciones remitidas; en relación con los sobres que se distribuyeron en 1954, la cifra de 1955 representa un aumento del 107 por ciento. Se enviaron a la Oficina más de 500 recortes de periódicos, procedentes de los 21 Estados Miembros con excepción de 5. Estos recortes fueron enviados a la Oficina gracias a la cortesía de algunos particulares, ya que la Oficina no cuenta con un servicio de este género.

Se envió material de radiodifusión a más de 200 estaciones de radio de la América Latina, del que se sabe que fué considerablemente utilizado. Además, se grabaron 31 cintas magnetofónicas, que fueron usadas en todo el Hemisferio. Se prepararon artículos sobre temas de actualidad o se prestó ayuda en la preparación de 66 de ellos durante el año. Se facilitaron 300 fotografías con sus respectivas leyendas para ilustrar artículos a petición de los interesados.

Para difundir los programas de la Oficina, se recurrió a exposiciones, carteles y otros medios visuales. A título de novedad, un calendario de 1956 mostró los peligros de la fiebre aftosa. Este calendario que aparecía en un cartel impreso con las leyendas en español o en portugués y en dos traducciones al español proporcionó información a los habitantes de los países en que existe la enfermedad y a los de las zonas en que no está presente pero en las que representa una amenaza. Constituyó un medio fácil para

Cartel montado que presentó la OSP en Río de Janeiro, Brasil, en octubre de 1955, con motivo del programa contra la esquistosomiasis



Cartel montado que presentó la OSP durante la reunión que la Asociación Americana Médico-Veterinaria celebró en Minneapolis, Minnesota en agosto de 1955

enlazar una serie de consejos en una forma que complementa con mucho éxito al cartel suelto. Se hizo una tirada de 23,000 ejemplares de este calendario con la finalidad de fortalecer la labor de lucha contra la fiebre aftosa.

En la presentación de exposiciones se prestó cuidado especial al empleo de material portátil conveniente para uso de las Oficinas de Zona y de Campo. Estas exposiciones pueden ser montadas fácilmente por personal no profesional. El material de exposición puede reemplazarse o modificarse de acuerdo con el idioma del país o el tema de la reunión en que se va a utilizar. El objeto de las exposiciones varió, pues fué desde la presentación de las ventajas de un suministro de agua potable, exposición utilizable en la mayor parte de los lugares, a los carteles montados que explican el programa de la esquistosomiasis, que es un problema estrictamente regional.

Una de las actividades principales que se llevó a cabo durante el año fué diseño y montaje de la nueva exposición para el edificio de las Naciones Unidas en Nueva York. Esta exposición, por la que han desfilado miles de visitantes de las Naciones Unidas, explica el valor de la labor de la OMS con respecto al mundo en su conjunto y a los ciudadanos individuales. Otras exposiciones de importancia estuvieron dedicadas al control de la rabia, a la historia de la campaña contra la fiebre amarilla en las Américas

(presentada en Filadelfia con motivo del Centenario de Carlos J. Finlay), y a la campaña para la erradicación de la malaria en las Américas.

El programa de exposiciones comprendió unas cuarenta presentaciones que abarcaron casi todos los países de las Américas. Estas presentaciones se hicieron de preferencia

en conferencias y reuniones cívicas en las que profesionales, técnicos y otros elementos dirigentes podían ver las exposiciones. Estas últimas, así como otras organizadas en bibliotecas públicas y en lugares en que el público se reúne, brindaron la oportunidad a cientos de miles de personas de aprender algo acerca de la OSP y de la OMS.



## **ORGANIZACION Y ADMINISTRACION**

## ORGANIZACION Y ADMINISTRACION

	<i>Página</i>
<b>Reuniones y acuerdos oficiales.....</b>	<b>127</b>
<b>Oficina del Director .....</b>	<b>133</b>
<b>Subdirector .....</b>	<b>133</b>
<b>Oficina de Coordinación .....</b>	<b>133</b>
<b>Oficina de Información Pública.....</b>	<b>134</b>
<b>Secretario General .....</b>	<b>134</b>
<b>Divisiones de la Sede.....</b>	<b>136</b>
<b>División de Administración .....</b>	<b>136</b>
<b>División de Salud Pública.....</b>	<b>138</b>
<b>División de Educación y Adiestramiento.....</b>	<b>138</b>
<b>Oficinas de Zona y de Campo.....</b>	<b>139</b>
<b>Gastos y origen de los fondos.....</b>	<b>141</b>
<b>Apéndices</b>	
<b>I. Lista de proyectos .....</b>	<b>143</b>
<b>II. Conferencias y reuniones a que asistieron         representantes de la OSP en 1955.....</b>	<b>148</b>

# ORGANIZACION Y ADMINISTRACION

## Reuniones y acuerdos oficiales

### Reuniones de la OSPA

La principal de las reuniones de la OSPA, en el año a que se refiere este Informe, fué la VIII Reunión del Consejo Directivo, que tuvo también el carácter de VII Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas y se celebró en Washington, del 9 al 21 de septiembre. Asistieron todos los Estados Miembros, con excepción de dos. Francia, los Países Bajos y el Reino Unido asistieron en representación de los territorios no autónomos de las Américas. Acudieron observadores del Canadá, de cuatro organizaciones intergubernamentales y de trece organismos no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OMS. Los países y organizaciones que asistieron a ésta y a las reuniones anteriores del Consejo Directivo aparecen en los cuadros de las páginas 130 y 131.

El Consejo, actuando en nombre de la autoridad suprema en el gobierno de la Organización, la Conferencia Sanitaria Panamericana, adoptó 25 resoluciones sobre asuntos administrativos, financieros y técnicos.

Fueron de suma importancia los debates y acuerdos sobre el programa y presupuesto. Se aprobó el programa y presupuesto ordinario de la OSPA, para 1956, por un total de \$2,200,000; y con una asignación de cuotas a los Estados Miembros que asciende a \$2,100,000. El Consejo examinó también el anteproyecto que había de servir de base para la preparación del proyecto de programa y presupuesto de la OSPA, correspondiente a 1957, y recomendó el envío al Director General de la OMS del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas, correspondiente al mismo ejercicio económico.

En el debate sobre los documentos presupuestarios, el Consejo señaló la importancia de problemas tales como los de la fluctuación de los fondos extrapresupuestarios, el financiamiento de un centro panamericano de zoonosis, los programas regionales financiados con fondos del Programa

Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas para el Desarrollo Económico y los programas locales de los distintos países.

De acuerdo con el mandato recibido de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, el Consejo Directivo prestó nuevo apoyo a la campaña de erradicación de la malaria en las Américas, aprobando la asignación a este fin de otros fondos disponibles, junto con un aumento de \$100,000 en el nivel del presupuesto de 1956 para la intensificación de tales actividades, según lo autorizado por la Conferencia. Dos de las sesiones plenarias se dedicaron íntegramente a la presentación de informes de los Gobiernos Miembros sobre el estado de sus respectivos programas de erradicación de la malaria. Veintiún países informaron verbalmente y diecisiete presentaron informes por escrito. También se rindió cuenta detallada de las actividades de la Oficina de Coordinación del Programa de Erradicación de la Malaria (COMEP), y el Director Regional del UNICEF para las Américas informó sobre la participación de dicho organismo en la campaña mundial de erradicación de la malaria.

Otro importante problema estudiado durante la reunión fué el programa general de trabajo de la Región de las Américas. Al aprobarlo, el Consejo Directivo respaldó una serie de actividades especiales requeridas para satisfacer los principios y objetivos establecidos para el período de 1957-1960, y recomendó que los Estados Miembros preparen planes nacionales para los trabajos de salud pública que se hayan de desarrollar durante tal período, informando a la Oficina para que ésta pueda preparar los correspondientes proyectos anuales de programa y presupuesto.

En el examen detallado del Informe Anual del Director, correspondiente a 1954, la discusión giró alrededor de las tres fases de los programas de la OSP/OMS: enfermedades transmisibles; servicios generales de salud pública; y educación y adiestramiento. El Informe del Director, aprobado por el Consejo, junto con el Informe Final de la reunión, constituyó, de acuerdo con la práctica establecida,

el informe anual del Consejo Directivo a los gobiernos participantes. El Consejo examinó asimismo el Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo de la OSPA, en el que describe las actividades de tal organismo durante el año.

Entre los asuntos administrativos y financieros examinados por el Consejo figuraron el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo, correspondientes a 1954, que el Consejo aprobó tras amplio debate. Otra de las resoluciones adoptadas se refirió al empleo de los fondos disponibles para el Fondo de Reserva de Edificios y para instalaciones de la sede, así como para la erradicación de la malaria. También se estudiaron los informes sobre la recaudación de las cuotas, el fondo rotatorio de emergencia y la distribución proporcional de los fondos presupuestarios por programas, presentados por el Comité Ejecutivo. Otra de las resoluciones adoptadas se refirió a las condiciones de empleo del personal.

Se estudió detenidamente el programa de becas de la Oficina, y el Consejo aprobó recomendaciones concretas sobre esta materia, tanto para el Director de la OSP como para los Estados Miembros.

El Consejo examinó y tomó nota de una serie de resoluciones sobre asuntos administrativos y técnicos, adoptadas por la Octava Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo Ejecutivo de la OMS, y sometidas a la atención del Consejo Directivo a petición del Director General de la Organización Mundial de la Salud.

Se aceptó la invitación de Guatemala para actuar de país huésped de la IX Reunión del Consejo Directivo, que se ha de celebrar en 1956, y mediante un acuerdo suscrito al finalizar el año por el Gobierno de dicho país y la Oficina se establecieron las condiciones que han de regir la celebración de la reunión. El acuerdo sigue, con adaptación a las condiciones locales, el modelo aprobado en la 26a Reunión del Comité Ejecutivo, y confirmado en la VIII Reunión del Consejo Directivo, sobre las obligaciones del Gobierno huésped y de la Oficina en cuanto a la organización y celebración de reuniones de los cuerpos directivos fuera de la Sede.

Las Actas y el Informe Final firmado por los Gobiernos participantes en la VIII Reunión del Consejo se imprimieron en español y en inglés, para que quede constancia permanente de los debates y acuerdos.

El Comité Ejecutivo, que actúa como órgano ejecutivo del Consejo Directivo y tiene también importantes funciones como grupo de trabajo del Comité Regional de la OMS para las Américas, en cuanto se refiere al estudio de asuntos administrativos, presupuestarios y financieros, celebró durante el año sus tres reuniones ordinarias: la 25a, en México, del 15 de abril al 3 de mayo; y las 26a y 27a, en Washington, antes y después de la VIII Reunión del Consejo Directivo, en los días 6 a 8 de septiembre y 21 de septiembre, respectivamente.

La 25a Reunión del Comité Ejecutivo se señaló para las fechas inmediatamente precedentes a la Octava Asamblea

Una de las sesiones de la 26ª Reunión del Comité Ejecutivo, celebrada en Washington, D. C., en septiembre de 1955



Mundial de la Salud que, por primera vez en la historia de la OMS, se celebró en las Américas y tuvo lugar en la capital de México, en el mes de abril. Como huésped de la reunión, el Gobierno de México facilitó los locales necesarios, en la Ciudad Universitaria, y proporcionó otros medios y servicios para la organización y celebración de las sesiones. Tanto la reunión del Comité Ejecutivo como la celebración de la Asamblea despertaron gran interés y entusiasmo por las actividades internacionales de salud pública y los fines que con ellas se persiguen.

En la reunión del Comité, a la que asistieron sus siete miembros (Argentina, Brasil, Colombia, Estados Unidos, Haití, Panamá y Paraguay), se adoptaron 15 resoluciones sobre los asuntos administrativos y financieros examinados anualmente por tal organismo, incluyendo el programa y presupuesto de 1956, y sobre asuntos especiales tales como los programas de Asistencia Técnica, un nuevo método para la preparación de presupuestos, información pública y necesidad de dar mayor publicidad a la labor de la OSP, estipendios de los becarios, elaboración de productos biológicos para Centro América y Panamá y regionalización de la producción de vacunas.

La 26a Reunión del Comité Ejecutivo estudió varios asuntos, antes de que se inaugurara la Reunión del Consejo Directivo, en Washington, principalmente el Proyecto de Programa y Presupuesto de 1957. Se adoptaron resoluciones acerca de los programas regionales financiados con fondos de Asistencia Técnica, sobre las reuniones de los cuerpos directivos de la OSPA celebradas fuera de la sede y las reuniones nacionales de salud pública.

En la 27a Reunión del Comité, que se celebró al terminar la VIII Reunión del Consejo, tomaron posesión los tres nuevos miembros (Bolivia, Cuba y Nicaragua) elegidos por el Consejo en lugar de los tres Estados Miembros (Brasil, Haití y Panamá) cuyo mandato había expirado. Se adoptó un acuerdo en cuanto a las condiciones de empleo de personal, asunto que el Consejo había transmitido al Comité, y se adoptaron otras resoluciones sobre programas locales en los países y sobre discusiones técnicas.

En la página 132 aparece un cuadro con los miembros del Comité Ejecutivo de 1947 a 1956.

Por recomendación del Comité Ejecutivo, en la VIII Reunión del Consejo Directivo se aprobó un reglamento para que sirva de guía en la celebración de discusiones técnicas durante las futuras reuniones del Consejo. En el articulado se dice que las discusiones técnicas tendrán por objeto "asuntos de interés regional relacionados con las actividades propias de la Organización Sanitaria Panamericana y de las Administraciones Nacionales de Salud Pública, cuyo estudio pueda producir resultados inmediatos y prácticos". En el reglamento aprobado hay dos puntos que representan el abandono de la práctica observada en reuniones anteriores: las discusiones técnicas se limitan a un tema, y se han de incluir en el programa de temas como parte integrante

de los asuntos de que se ha de ocupar el Consejo, aunque las conclusiones a que se llegue durante tales discusiones no tendrán carácter oficial a menos que así se disponga expresamente.

Como tema para las discusiones técnicas de la IX Reunión del Consejo Directivo y VIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas se señaló el siguiente: "Métodos para la Formulación de Planes Nacionales de Salud Pública."

## El Código Sanitario Panamericano

Las fechas de ratificación del Protocolo Anexo al Código Sanitario Panamericano de 1924, firmado en La Habana, Cuba, el 24 de septiembre de 1952, y las del depósito de los correspondientes instrumentos de ratificación en la Unión Panamericana son las siguientes:

Países signatarios	Fecha del instrumento de ratificación	Fecha del depósito en la Unión Panamericana
Brasil	3 diciembre, 1954	24 febrero, 1955
Colombia		
Costa Rica		
Cuba	17 marzo, 1954	8 abril, 1954
Chile	4 noviembre, 1955	5 diciembre, 1955
Ecuador	11 marzo, 1954	21 abril, 1954
El Salvador	3 julio, 1953	11 agosto, 1953
Guatemala		
Haití	3 abril, 1954	31 agosto, 1954
México	30 junio, 1954	11 agosto, 1954
Nicaragua		
Panamá		
Paraguay		
Perú		
República Dominicana	9 mayo, 1953	19 mayo, 1953
Uruguay		
Venezuela		

## Reuniones de la OMS

La Oficina estuvo representada por su Director y otros funcionarios en las siguientes reuniones de la OMS: la 15a Reunión del Consejo Ejecutivo (Ginebra, 18 de enero al 4 de febrero), la Octava Asamblea Mundial de la Salud (México, 10 al 27 de mayo) y la 16a Reunión del Consejo Ejecutivo (30 de mayo, 1955).

## Otras reuniones

En 1955 la Oficina estuvo representada también en varias conferencias intergubernamentales relacionadas con

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

PAISES MIEMBROS	R E U N I O N E S								
	I BUENOS AIRES 24 SEPT - 2 OCT. 1947	II MEXICO, D.F. 8-12 OCT. 1948	III LIMA, PERU 6-13 OCT. 1949	IV C. TRUJILLO 25-30 SEPT. 1950	V WASHINGTON, DC 24 SEPT. - 3 OCT. 1951	VI HABANA, CUBA 15-24 SEPT. 1952	VII WASHINGTON, DC 9-19 OCT. 1953	XIV * CONF SANITARIA PANAMERICANA Santiago, Chile 7-22 OCT., 54	VIII WASHINGTON, DC 9-21 SEPT. 1955
ARGENTINA									
BOLIVIA									
BRASIL									
CHILE									
COLOMBIA									
COSTA RICA									
CUBA									
ECUADOR									
EL SALVADOR									
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA									
FRANCIA									
GUATEMALA									
HAITI									
HONDURAS									
MEXICO									
NICARAGUA									
PAISES BAJOS									
PANAMA									
PARAGUAY									
PERU									
REINO UNIDO									
REPUBLICA DOMINICANA									
URUGUAY									
VENEZUELA									

PRESENTE



AUSENTE



*\* De acuerdo con la Resolución VIII de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana (Ciudad Trujillo, 1950), las reuniones del Consejo Directivo se celebrarán únicamente en los años en que no se reuna la Conferencia.*

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

OBSERVADORES	R E U N I O N E S								
	I BUENOS AIRES 24 SEPT. - 2 OCT. 1947	II MEXICO, D.F. 8-12 OCT. 1948	III LIMA, PERU 6-13 OCT. 1949	IV C. TRUJILLO 25-30 SEPT. 1950	V WASHINGTON, DC 24 SEPT. - 3 OCT. 1951	VI HABANA, CUBA 15-24 SEPT. 1952	VII WASHINGTON, DC 8-19 OCT. 1953	XIV * CONF. SANITARIA PANAMERICANA Santiago, Chile 7-22 OCT., 54	VIII WASHINGTON, DC 9-21 SEPT. 1955
CANADA									
<b>ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES</b>									
COM. ECONOMICA PARA LA AMERICA LATINA									
JUNTA DE ASISTENCIA TECNICA DE LAS NACIONES UNIDAS									
<b>NACIONES UNIDAS</b>									
ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS									
ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO									
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD									
ORGANIZACION PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACION									
<b>UNESCO</b>									
<b>UNICEF</b>									
<b>ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES</b>									
AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS									
ASOCIACION INTERNACIONAL DE HIDATIDOLOGIA									
ASOCIACION INTERNACIONAL DE LUCHA CONTRA LA LEPROA									
ASOCIACION INTERNACIONAL DE MUJERES MEDICOS									
ASOCIACION INTERNACIONAL DE PEDIATRIA									
ASOCIACION MEDICA MUNDIAL									
BIOMETRIC SOCIETY									
COMITE INTERNACIONAL CATOLICO DE ENFERMERAS Y ASISTENTES MEDICOSOCIALES									
CONFEDERACION MEDICA PANAMERICANA									
CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS									
FEDERACION INTERNACIONAL DE HOSPITALES									
FEDERACION INTERNACIONAL DE ODONTOLOGIA									
FEDERACION MUNDIAL DE ASOCIACIONES PRO NACIONES UNIDAS									
FEDERACION MUNDIAL DE HIGIENE MENTAL									
FUNDACION ROCKEFELLER									
LIGA DE SOCIEDADES DE LA CRUZ ROJA									
LIGA INTERNACIONAL CONTRA EL REUMATISMO									
SOCIEDAD INTERNACIONAL DE TRANSFUSIONES DE SANGRE									
SOCIEDAD INTERNACIONAL PARA EL BIENESTAR DE LOS FISICAMENTE IMPEDIDOS									
UNION INTERNACIONAL CONTRA EL CANCER									
UNION INTERNACIONAL CONTRA LAS ENF. VENEREAS Y LAS TREPONEMATOSIS									
UNION INTERNACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS									

PRESENTE

AUSENTE

\* De acuerdo con la Resolución VIII de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana (Ciudad Trujillo, 1950), las reuniones del Consejo Directivo se celebrarán únicamente en los años en que no se reúna la Conferencia.

## COMPOSICION DEL COMITE EJECUTIVO DE 1947 A 1956

PAIS	PERIODOS									
	DE ENERO 1947 A OCTUBRE 1947	DE OCTUBRE 1947 A OCTUBRE 1948	DE OCTUBRE 1948 A OCTUBRE 1949	DE OCTUBRE 1949 A SEPTIEMBRE 1950	DE SEPTIEMBRE 1950 A OCTUBRE 1951	DE OCTUBRE 1951 A SEPTIEMBRE 1952	DE SEPTIEMBRE 1952 A OCTUBRE 1953	DE OCTUBRE 1953 A OCTUBRE 1954	DE OCTUBRE 1954 A SEPTIEMBRE 1955	DE SEPTIEMBRE 1955 A SEPTIEMBRE 1956
	ARGENTINA									
BOLIVIA										
BRASIL										
CHILE										
COLOMBIA										
COSTA RICA										
CUBA										
ECUADOR										
EL SALVADOR										
ESTADOS UNIDOS										
GUATEMALA										
HAITI										
HONDURAS										
MEXICO										
NICARAGUA										
PANAMA										
PARAGUAY										
PERU										
REP. DOMINICANA										
URUGUAY										
VENEZUELA										



la salud pública y en otras reuniones de organizaciones nacionales e internacionales, de interés para la OSP/OMS. Figuraron entre éstas, conferencias, seminarios y otras reuniones técnicas celebradas bajo los auspicios de la

OSP/OMS, o los de otras organizaciones internacionales, así como reuniones nacionales que tuvieron lugar en los Países Miembros. En el apéndice II, página 144, aparece una lista de las reuniones en que participó la OSP.

## Oficina del Director

El doctor Fred L. Soper comenzó su noveno año, y tercer mandato, como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana el 1° de febrero de 1955, en virtud de su segunda reelección por la Conferencia Sanitaria Panamericana.

Durante 1955, el Director de la OSP, Director Regional de la OMS para las Américas, dividió sus actividades entre la sede de Washington y los viajes a las Américas, así como las visitas a otras regiones de la OMS.

Al finalizar el año, el doctor Soper se hallaba en camino hacia Ginebra, procedente de Asia, donde había terminado sus visitas a la Región del Pacífico Occidental, a la del Asia Sudoriental y a un país, el Pakistán, de la Región del Mediterráneo Oriental, de la OMS.

Dos fueron especialmente los problemas que llevaron al Director a aquella parte del mundo: el primero de ellos fué el de la fiebre amarilla y su relación con el Reglamento Sanitario Internacional, así como el temor de que tal enfermedad llegue al Asia; y, el segundo, la posibilidad de erradicación de la malaria. Existía por otra parte, la oportunidad de observar los programas de salud pública propios de las regiones de la OMS visitadas y de conocer los problemas que éstas tienen en común con las Américas. Desde el punto de vista del Director, esta devolución de visita a otras regiones, un tanto tardía, fué muy fructífera. Al mismo tiempo, en conversaciones, celebradas en varios países, con grupos de actuales y futuros funcionarios de salud pública, el Director habló de los problemas especiales de salubridad planteados en las Américas y de los métodos que han dado buen resultado para resolverlos.

Tras detenerse en Hawai, islas incorporadas provisionalmente a la Región de las Américas en la Sexta Asamblea Mundial de la Salud, continuó el viaje por el Japón, Hong Kong, Filipinas, Singapur, Kuala Lumpur (Federación de Malaya), Tailandia, Birmania, Ceilán, India y Pakistán.

Durante 1955 los principales funcionarios de la OSP pertenecientes a la Oficina del Director fueron, como anteriormente, el Subdirector y el Secretario General.

El Director, el Subdirector y el Secretario General, junto con los jefes de las divisiones, forman una Junta de Gobierno que asesora en lo que se refiere al cumplimiento de las orientaciones establecidas y en cuestiones relativas al funcionamiento general de la Oficina.

### Subdirector

En ausencia del Director, el Subdirector se encarga de todos los asuntos de la Oficina y ha de adoptar numerosas decisiones en relación con el despacho diario de los asuntos. De ordinario, el Subdirector atiende especialmente a todos los aspectos del funcionamiento de la sede de Washington y a la preparación general del programa de la OSP.

Además de contribuir en esta y otras formas a la dirección de la Oficina, el Subdirector supervisa especialmente las oficinas de coordinación e información pública.

### Oficina de Coordinación

La Oficina de Coordinación contribuye a elaborar y coordinar el programa de campo en sus diversas fases: planificación general y orgánica del programa; procedimientos a seguir en los proyectos; relaciones con los organismos que cooperan; acuerdos; información y servicio especial sobre los proyectos a fin de asegurar su ejecución y de facilitar la labor de otras oficinas de la OSP.

La necesidad de coordinación deriva principalmente de las complejas condiciones en que se desarrolla el programa. Por ejemplo, los fondos proceden de cuatro fuentes diferentes (OMS, OSP, AT, UNICEF), cada una de las cuales tiene sus normas y procedimientos propios, así como de algunas subvenciones especiales. Es más, el 50% de los proyectos de los países se llevan a cabo junto con otros organismos, principalmente con el UNICEF.

Fué importante para el programa de la Oficina la decisión adoptada por la Junta Ejecutiva del UNICEF de intervenir, en gran escala, en el programa de erradicación de la malaria, dedicando aproximadamente a tal fin \$5,000,000 por año, de los cuales, durante los próximos cuatro o cinco años, se aplicarán anualmente a las Américas unos \$3,000,000.

En lo que se refiere a la elaboración de futuros programas de campo, el Consejo Directivo de la OSPA, en su VIII Reunión, aprobó el Programa General de Trabajo para el período de 1957 a 1960 (Resolución XVIII). Los delegados mostraron especial interés por la parte relativa a la planificación nacional.

Una parte importante de la labor de planificación es la preparación del Programa y Presupuesto, que constituye

un plan de actividades anticipado y concreto por un período de dos años. Cada año se presta mayor atención a las consultas con los gobiernos, pues tales consultas, además de ser esenciales para la planificación de las actividades internacionales, estimulan los proyectos de carácter nacional.

Se preparó una lista de proyectos para incluirla en el Programa Suplementario que se ha de presentar, en 1956, a la Novena Asamblea Mundial de la Salud, y que será ejecutado si se dispone de fondos.

Continuó la publicación mensual de la lista de proyectos, con un resumen informativo sobre el estado de cada uno de ellos.

### **Oficina de Información Pública**

La Oficina de Información Pública tiene la misión de dar a conocer al público las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana. En unión con los otros servicios de la OSP, la Oficina de Información Pública ayuda a la difusión de las publicaciones de la OSP. Durante el año el personal de la Oficina de Información Pública trabaja en la distribución de material informativo de diversas clases y atiende a las peticiones que se reciben en solicitud de información general sobre la OSP. En las páginas 122, 123 y 124 aparecen detalles sobre otras actividades relacionadas con los medios de difusión visuales y de otro género.

### **Secretario General**

En su calidad de miembro de la Oficina del Director, el Secretario General estuvo encargado de la preparación y organización de las tres reuniones de los cuerpos directivos de la Organización Sanitaria Panamericana. Mantuvo relaciones con los Gobiernos Miembros, con los representantes y observadores que asistieron a las reuniones y con las autoridades nacionales de salubridad, en las cuestiones relativas a la Organización, las reuniones sanitarias internacionales y los acuerdos sanitarios fronterizos.

El Secretario General actuó de oficial de enlace de la Organización en relación con determinadas reuniones, dos de las cuales merecen mención especial: La Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en México, D.F., en mayo de 1955, durante la que el Secretario General se encargó también de las discusiones técnicas; y la reunión anual de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salubridad, celebrada del 1 al 3 de mayo de 1955. Cooperó activamente con el representante del Jefferson Medical College, de Filadelfia, en los preparativos internacionales para conmemorar el centenario de la graduación del doctor Carlos J. Finlay en dicho centro docente.

El Secretario General ejerció la supervisión sobre los servicios de conferencias, traducciones, editorial y biblioteca.

#### *Conferencias*

Por medio del Secretario General, que actuó de Secretario del Consejo Directivo y del Comité Ejecutivo de la OSP, A,

se coordinaron los servicios de la OSP para la organización y desenvolvimiento de las reuniones de estos cuerpos directivos. En 1955 se hicieron los preparativos y se facilitaron los servicios de secretaría para la 25a Reunión del Comité Ejecutivo en México, D. F., y para la VIII Reunión del Consejo Directivo y la 26a y 27a Reuniones del Comité Ejecutivo en Washington. Bajo la supervisión del Secretario General, la Sección de Conferencias tuvo a su cargo los preparativos generales de las reuniones y facilitó el núcleo principal de personal para los servicios de secretaría, entre los que figuraron la preparación de documentos oficiales, traducción, interpretación, impresión y distribución de documentos. La Sección preparó también los textos definitivos en español y en inglés de las actas de las reuniones.

Los preparativos para la 25a Reunión del Comité Ejecutivo, que, como ya se ha dicho, tuvo lugar en México, estuvieron estrechamente relacionados con los de la Octava Asamblea Mundial de la Salud y la 16a Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, celebradas consecutivamente en la misma ciudad. Las actividades que en este sentido desarrolló la Oficina se coordinaron con las del comité organizador establecido por el Gobierno de México para tales reuniones. Se cooperó con la Sección de Conferencias de la OMS en los preparativos generales y en la contratación de personal para la Asamblea, y se adoptaron medidas especiales para destinar a ciertos funcionarios de la OMS a la Reunión del Comité Ejecutivo y para asignar personal de secretaría de la Oficina a los servicios de la Organización Mundial de la Salud. El personal de la Oficina trabajó eficazmente por su conocimiento del español, su experiencia y su fácil adaptabilidad a las exigencias del momento.

Además de sus actividades en relación con las reuniones de la OSP y de la OMS, la Oficina ayuda a organizar las reuniones del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Los servicios facilitados para la VI Reunión del Consejo del INCAP (Tegucigalpa, Honduras, 28 noviembre a 1 diciembre, 1955) comprendieron la planificación, organización y supervisión de los preparativos generales y de los servicios de secretaría, así como la traducción, reproducción y distribución de los documentos de trabajo. La Sección de Conferencias envió a uno de sus funcionarios como oficial de conferencias, encargado de los servicios de Secretaría, y a otros dos funcionarios para que actuasen como traductores-redactores de actas en la reunión. Los miembros del personal contratado localmente estuvieron bajo la dirección del personal de la Oficina.

Otro de los servicios facilitados por la Oficina en relación con las conferencias es la distribución de un calendario mensual de reuniones internacionales seleccionadas, para mantener informados a los Gobiernos Miembros, las Oficinas de Zona y las organizaciones interesadas, de las reuniones y congresos nacionales e internacionales sobre asuntos de interés para la medicina y para la salud pública.

*Traducciones*

Los servicios de traducciones de la Oficina trabajan bajo la supervisión de la Sección de Conferencias, en la traducción de los documentos de las reuniones de los cuerpos directivos de la OSPA, los cuales aparecen en español y en inglés. Durante las reuniones los traductores desempeñan funciones especiales de secretaría, entre las que figuran la preparación de actas, la interpretación y la traducción y edición de los documentos.

Durante todo el año los servicios de traducciones colaboran con todas las secciones de la Oficina, facilitando traducciones en los cuatro idiomas oficiales (español, francés, inglés y portugués). Entre las publicaciones traducidas al español, para ser distribuidas en América Latina, se destaca una serie de informes técnicos y generales de la OMS y de la OSP y la octava edición del Control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre que se tradujo también al portugués.

La tabla en la columna a la derecha muestra las traducciones hechas en 1955, sin incluir los trabajos de esta clase realizados durante las reuniones de la Organización.

TRADUCCIONES EFECTUADAS EN 1955

<i>Idiomas</i>	<i>Páginas</i>	<i>Trabajos</i>
Español	5,919	324
Inglés	1,780	201
Portugués	1,797	187
Francés	55	41
Total	9,551	753

*Biblioteca*

La biblioteca de la OSP actúa, bajo la supervisión del Secretario General, como centro de referencia y fuente de consulta para el personal de la sede de Washington y para el de los servicios de campo. Sus actividades se encaminan a facilitar los antecedentes que necesita el personal de la Oficina.

Entre los servicios prestados durante el año figura la compilación de 56 bibliografías, y el suministro de 3,122

ESTADÍSTICA DE LA BIBLIOTECA, 1950-55

Actividades	1951	1952	1953	1954	1955
Adquisiciones					
Libros, folletos y suscripciones (compras y solicitudes)	1472 <sup>1</sup>	426	380	463	557
Libros recibidos	882	515	516	1026	603
Folletos recibidos	2067	1100	1211	510	448
<i>Periódicos:</i>					
Canjes establecidos	30	14	24	31	18
Nuevos títulos	83	46	37	51	33
<i>Documentos:</i>					
OMS	6225	4321	1523	2228	1803
Otras organizaciones internacionales	179	81	27	0	0
Trabajo realizado					
Catalogación					
Trabajos catalogados	1974	1576	1535	1681	1278
Tarjetas para catálogos	11019	15304	8523	7396	5666
Tarjetas preparadas para las Oficinas de Zona y la Biblioteca de la OMS, Ginebra	3676	7513	8606	7081	5528
<i>Periódicos:</i>					
Ejemplares archivados	5865	7041	6017	6676	5145
Duplicados y descartados	7313 <sup>2</sup>	3330	7147 <sup>2</sup>	4180	3074
Volúmenes encuadernados	537	425	353	277	330
<i>Indices:</i>					
Documentos y artículos	1470	1156	1144	1180	1694

<sup>1</sup>En las Oficinas de las Zonas II, V y VI se estableció una colección de consulta y referencia que comprende textos básicos y periódicos importantes.

<sup>2</sup>Esta cifra comprende los ejemplares de periódicos descartados cuando se revisó la colección, primero al trasladarla a un espacio más pequeño en la sede, y, después, para ajustarla a las normas del Comité de Biblioteca.

páginas de fotograbados y 1,125 de microfilms. Además de la adquisición y catalogación de libros, folletos, revistas y documentos, mantuvo un servicio de intercambios y préstamos con otras bibliotecas, obtuvo reimpresiones y, como un servicio especial, facilitó varios tipos de información en respuesta a numerosas consultas formuladas a la Oficina, tanto desde los Estados Unidos como desde la América Latina, el Canadá y los territorios no autónomos.

Una vez más, en 1955, gran parte de las actividades de la biblioteca, más de un 50%, se dedicó a facilitar servicios de referencia al personal técnico dedicado a trabajos de campo. Se destinó una parte proporcional de la asignación para libros a la adquisición de material para las Oficinas de Zona. Para estas oficinas se enviaron notas bibliográficas especiales; se compraron, catalogaron y clasificaron libros y se prepararon y enviaron tarjetas de catálogo. También se enviaron a las Oficinas de Zona instrucciones sobre los trabajos de conservación. Las suscripciones y la renovación de suscripciones a revistas se hacen a través de la biblioteca.

Entre sus otras actividades, la biblioteca reunió el material bibliográfico necesario para los participantes en el Seminario de Enseñanza de Medicina Preventiva y

para los delegados a la Octava Asamblea Mundial de la Salud. También se facilitaron publicaciones y bibliografías a las oficinas de la OMS en Ginebra.

Semanalmente se publica una lista de las nuevas adquisiciones que se suman a las colecciones de la sede y de cada Oficina de Zona; información especialmente útil porque permite que el personal conozca las nuevas obras de que puede disponer.

Otro servicio permanente de la biblioteca es la preparación de una nota para la sección del *Boletín* titulada "Biblioteca", con información bibliográfica sobre los nuevos libros y folletos en el amplio campo de la salud pública.

Los problemas de adquirir y mantener, en el limitado espacio de que dispone la biblioteca, los materiales necesarios para el personal técnico, exigió una constante revisión de la colección. El material descartado se ofreció, en primer término a las bibliotecas de las escuelas de medicina de la América Latina, a través de las Oficinas de Zona, y el resto al Servicio de intercambio de la *American Library Association* o a la Biblioteca Médica de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos.

## Divisiones de la Sede

### División de Administración

En el año 1955 se introdujeron importantes mejoras administrativas.

La administración se interesa primordialmente por las cuestiones relativas al personal y a los fondos para el desarrollo de los programas. Las tareas administrativas presentan numerosos y complejos aspectos, por las diferentes normas que rigen las diversas fuentes de fondos y por la variedad de las condiciones de contratación del personal.

El problema de la diversidad de fondos representa también un obstáculo para toda reducción considerable en los gastos de funcionamiento.

El empleo eficaz de los fondos merece y recibe constante atención, y, en esta materia hay dos operaciones que se entrelazan: la planificación detallada y la estrecha supervisión de las operaciones. Este sistema, aplicado persistentemente en los últimos años, ha mostrado crecientes beneficios y un constante mejoramiento de la situación en lo que se refiere a la correspondencia, cada vez mayor, entre los gastos y las cantidades previstas en el presupuesto.

En cuanto a las condiciones de empleo del personal, cabe informar de la iniciación de un avance importante. En la VIII Reunión del Consejo Directivo, el Director presentó

un informe describiendo las dificultades suscitadas por las diferencias entre los derechos del personal de plantilla y el de proyectos. El Consejo Directivo tomó nota del Informe del Director y transmitió el estudio del asunto a la 27a Reunión del Comité Ejecutivo. Este aprobó el acuerdo del Director referente a la enmienda del Artículo 1140.1, del Reglamento del Personal, terminando así con la desigualdad existente entre el personal de plantilla y el de proyectos, y designó al delegado de los Estados Unidos para que estudiara el problema general de las condiciones de empleo y diera cuenta de sus conclusiones en una reunión ulterior del Comité Ejecutivo. Se espera que las conclusiones de ese estudio sean un paso adelante en la solución del problema.

En una reunión del Comité de Coordinación sobre Asuntos Administrativos de las Naciones Unidas, la OMS y otros Organismos Especializados de las NU dieron cuenta de problemas similares en cuanto a las condiciones de trabajo, y se acordó celebrar otra reunión en la que se estudiaran sus propuestas concretas. Se espera que los resultados de la reunión del Comité de Coordinación se comuniquen a los cuerpos directivos en las reuniones en que se estudie el informe del representante de los Estados Unidos. En

consecuencia, puede decirse que, en 1955, se logró un gran progreso hacia la solución de tan importante problema.

Otro problema de importancia que ha sido objeto de estudio durante todo el año es el de la contratación de personal competente. En 1955 se repitió la experiencia de los años pasados puesto que siguió en aumento la dificultad de obtener los servicios de oficiales médicos, ingenieros y enfermeras, si bien la situación se alivió algo por la decisión de contratar enfermeras aunque no tuvieran los conocimientos de idiomas requeridos, pero a las que se les facilitarían estudios de esta clase durante su período de orientación.

En las otras dos categorías, y especialmente en el campo de la ingeniería, son cada vez menos las posibilidades de conseguir personas de competencia y experiencia que puedan servir como consultores expertos para los gobiernos. Una serie de comparaciones establecidas con otros organismos que actúan en el campo de la salud pública indica que el tipo de remuneración que se ofrece es una de las razones por las que no ingresan en el servicio muchas personas que, en otro caso, estarían interesadas en trabajar con la OSP. No hay duda de que la Oficina debe buscar una solución al problema de los sueldos para conseguir personal de la calidad que se requiere.

Constantemente se evalúa la disponibilidad de fondos y personal. Estas evaluaciones o cálculos son uno de los factores que intervienen en la determinación, por el personal técnico, de las fechas de iniciación de las actividades de los programas o de los cambios que hayan de introducirse en el desarrollo de las mismas.

#### *El Presupuesto*

En 1955 se presentó el proyecto de presupuesto, de 1957, en un nuevo tipo de documento que representa un paso más hacia el objetivo de la aprobación simultánea del presupuesto de la OSP y del regional de la OMS. La presentación se hizo en la 27a Reunión del Comité Ejecutivo y en la VIII Reunión del Consejo Directivo.

El mismo documento, aprobado para ser transmitido a la OMS, como proyecto regional para 1957, será sometido a la 28a Reunión del Comité Ejecutivo con un corrigendum en el que aparecerán los cambios propuestos. Una vez aprobado por el Comité Ejecutivo, con las enmiendas del corrigendum, se preparará un nuevo documento con la más reciente información de que se disponga. Este se presentará en la IX Reunión del Consejo Directivo, VIII Reunión del Comité Regional de la OMS, como presupuesto de la OSP para 1957 y proyecto regional de la OMS para 1958. Con este método de presentación se evita el procedimiento anterior de preparar anualmente dos documentos, uno para las previsiones presupuestarias de la OSP y otro para las de la OMS.

#### *Personal*

Al terminar el año 1955 el número de funcionarios ascendía a 513, de los cuales 199 trabajaban en la Oficina de

Washington y 314 estaban adscritos a trabajos de campo. De estos últimos, 15 eran consultores y el resto pertenecía a la plantilla ordinaria. Los 498 funcionarios de la plantilla ordinaria de Washington y de los servicios de campo se dividían, según el origen de los fondos destinados a su remuneración, en la forma siguiente: OSP, 247; OMS, 80; AT/NU, 78; AT/OEA, 53; INCAP, 38; y subvenciones, 2. En el total de 498, que procedían de 39 países, había 246 funcionarios de contratación internacional y 252 contratados localmente. Al citar la cifra total de 513 funcionarios, al finalizar 1955, es oportuno recordar que, en 1954, la cifra correspondiente era de 421 y, en 1953, de 400. El aumento en 1955 corresponde principalmente al personal de campo. En 1953, de un total de 400 funcionarios, había en Washington 196, o sea el 49 por ciento, y 204, es decir, el 51 por ciento, estaban adscritos a los servicios de campo. En 1954 la balanza se inclinó hacia estos servicios, en los que hubo 227 funcionarios, de un total de 421, esto es, casi el 54 por ciento. En 1955 los 314 funcionarios del personal de campo representaban algo más del 61 por ciento de la plantilla total de 513.

En lo que respecta al personal, uno de los hechos que merecen citarse, en 1955, es la necesidad de repetidos ajustes de las escalas locales de sueldos. Cada ajuste requiere un análisis de las condiciones predominantes en la población, la presentación de documentos justificativos y una negociación prolongada con las Naciones Unidas u otros organismos que operen en la región estudiada. Durante el año se emprendieron 13 estudios de esa clase, así como tres encuestas sobre el costo de la vida para el personal internacional, y se examinaron nuevamente los tipos de dietas pagaderas en todos los países de las Américas.

En Washington se ajustó la escala de sueldos del personal local, como resultado de un aumento general en el nivel de sueldos de la localidad. La finalidad perseguida fué la de establecer una escala local que garantizase a los miembros del personal una remuneración justa y colocase a la OSP en adecuadas condiciones para competir en lo que respecta a la contratación y retención de personal. Como resultado del estudio, se recomendó un aumento uniforme del 6% sobre los sueldos básicos. Con la conformidad de la OMS (Ginebra) el aumento se hizo efectivo a partir del 1 de noviembre.

En 1955 se adoptó una medida llamada a producir beneficios a largo plazo. Fué ésta la institución de un programa de orientación para los nuevos funcionarios destinados a puestos técnicos. Esa orientación consiste en una explicación formulada en cada una de las dependencias, tanto administrativas como técnicas, sobre los aspectos y actividades de la Oficina.

#### *Suministros*

Continuaron las compras de suministros por cuenta de Gobiernos Miembros. El volumen de las compras fué el mayor desde 1952, en el que valor en dólares de las opera-

ciones experimentó un importante aumento por los cuantiosos envíos de DDT. En 1955 el total de las compras ascendió a \$1,681,821, correspondientes a 1,824 pedidos integrados por 10,116 partidas. Encontramos nuevas pruebas del valor de estos servicios en el número de cálculos de costos facilitados a los Gobiernos Miembros, para utilizarlos en planes y presupuestos; en el año a que se refiere este Informe esos cálculos se hicieron sobre 5,765 partidas, representando un valor total de \$3,281,899. Además, se recabó la ayuda de la Oficina en las gestiones de obtención y ensayo de muestras de insecticidas y productos farmacéuticos, comprados en los Estados Unidos directamente por los gobiernos. Las peticiones de este servicio, que está a disposición de los gobiernos por el importe neto del costo, han demostrado un ligero incremento sobre los años anteriores.

Además, se facilitan suministros y equipo para los proyectos y para la oficina de Washington. También se hacen compras a petición de la OMS, para proyectos en otras regiones y para la sede de la Organización en Ginebra.

En cuanto al suministro de materiales para los proyectos, el sistema de antelación de encargos se tradujo en considerables ventajas en el desarrollo de las operaciones. Gracias a que, con tiempo suficiente, se establecieron fechas límites para la presentación de pedidos—de lo que se advirtió oportunamente a las oficinas de campo—se pudo llevar a efecto la mayoría de las operaciones de suministro en época bastante anticipada a la terminación del año. Esto sirvió para evitar la acumulación de pedidos urgentes en los últimos momentos y para mejorar el empleo de los fondos mediante la temprana determinación del remanente disponible y de los requerimientos suplementarios.

#### *Construcción de un Edificio para la Oficina de Washington*

La construcción de un edificio permanente para la sede de la Oficina experimentó un avance en 1955, al aprobar el Consejo Directivo la creación de un fondo de reserva para edificios con la cantidad inicial de \$100,000.

### **División de Salud Pública**

Corresponden a la División de Salud Pública los servicios de planificación, examen y asesoramiento en conexión con el programa de salud pública de la Oficina. La División está integrada por la Oficina del Jefe y los tres servicios siguientes: Servicio de Enfermedades Transmisibles, Servicio de Fomento de la Salud y Servicio de Saneamiento del Medio.

Además, como se dice en la página 40, la Oficina del Jefe de la División de Salud Pública tiene a su cargo un proyecto especial inter-zonas AMRO-88, cuya finalidad es la coordinación del programa contra el *Aedes aegypti*. Del mismo modo, depende de dicha oficina, según lo expuesto en la página 29, la Oficina de Coordinación del Programa de Erradicación de la Malaria (COMEP), cuya designación técnica es AMRO-90.

Para elaborar programas bien concebidos y con probabilidades de éxito es esencial recoger información básica sobre las condiciones sanitarias, sociales y económicas y los recursos de que disponen los Estados Miembros. Un adelanto importante, en las actividades de planificación, fué la presentación, por los Gobiernos Miembros, de informes correspondientes al período 1950-53, sobre las condiciones de la salud pública y los progresos conseguidos en esta esfera. En 1954, comenzó el mejoramiento de los métodos para la recopilación y presentación esquemática de los datos requeridos, labor en la que se avanzó bastante en 1955. Otra fase de la actividad planificadora a la que se prestó atención es el desarrollo de principios, métodos estándar y técnicas de actuación.

La División de Salud Pública está encargada también de preparar las discusiones técnicas sobre métodos para la formulación de planes nacionales de salud pública, para la próxima reunión del Consejo Directivo en septiembre de 1956.

Progresó la planificación relacionada con la revisión de los programas como función ordinaria de los propios programas. Se llevaron a cabo pruebas de campo mediante un sistema simplificado de evaluación.

Se facilitaron servicios de asesoramiento por el personal profesional de la División, al que se confiaron misiones especiales en las Oficinas de Zona y de Campo y en los proyectos. Esas misiones responden al doble propósito de llevar directamente a los servicios locales la experiencia especializada del personal de la Oficina de Washington, y de hacer que éste renueve constantemente su familiaridad con los problemas y las condiciones propias de tales servicios.

Corresponde a la División una participación importante en la contratación de personal profesional para los servicios de campo y para el desarrollo de los programas inter-zonas.

En este Informe se dedican secciones importantes a una descripción completa de la labor supervisada por esta División. Véanse las páginas 29 a 100. Véase asimismo la Introducción páginas 1 a 22.

### **División de Educación y Adiestramiento**

Una de las funciones primordiales de la División de Educación y Adiestramiento consiste en desarrollar los medios de aumentar la disponibilidad, hoy insuficiente, de personal profesional y personal técnico competente en la esfera de la salud pública. La División está integrada por la Oficina del Jefe y los siguientes servicios: Servicio de Educación Profesional y Servicio de Becas.

Para estimular el interés de los gobiernos y de los grupos profesionales, se ha establecido un programa de seminarios destinado al intercambio de ideas sobre problemas de educación y adiestramiento, en lo que se refiere a la salud pública.

También se ha organizado un centro de información para coordinar los datos recibidos de las actividades de los

diversos grupos interesados en promover la enseñanza de la medicina y de las profesiones afines en las Américas. Con la coordinación se puede evitar la duplicación de esfuerzos y llegar a definir los terrenos en que éstos deban concentrarse.

Entre las actividades desarrolladas en el campo de la educación y adiestramiento se destaca la cooperación prestada a las escuelas de salud pública de todas las Américas, por medio de información sobre la conveniencia de celebrar los cursos proyectados, recomendaciones en cuanto a los planes de estudio y asesoramiento sobre los métodos de ponerlos en práctica. Esta cooperación reviste la forma de visitas de profesores—que asesoran en cuanto a la organización y celebración de cursos—, seminarios sobre materias de plan de estudios, preparación de material básico de enseñanza y concesión de becas para contribuir a la preparación de profesores.

El programa de becas, que es anterior al establecimiento de la División, ofrece oportunidad a profesionales y técnicos calificados para estudiar fuera de su país las numerosas facetas de la salud pública y para prestar mayores servicios a su país como resultado de tales estudios. Los subsidios de viaje para los profesores de las escuelas de medicina tienden a elevar el nivel de la educación y adiestramiento de personal para los servicios de salubridad de los Estados Miembros.

El personal auxiliar adiestrado convenientemente y sometido a supervisión constituye un elemento esencial de un grupo de salud pública bien integrado, por cuya razón se presta atención especial a los cursos para la preparación de personal auxiliar, así como para la de personal profesional, principalmente en los campos de la enfermería y de la ingeniería de salud pública.

En otra sección de este Informe se dan muchos más detalles sobre la labor de esta División. Véanse las páginas 103 a 119.

## Oficinas de Zona y de Campo

La Oficina no podría desarrollar debidamente sus funciones en todo el Continente sin tener un sistema bien definido de descentralización y representación local. Por eso, para que la elaboración y la ejecución de los programas alcancen la máxima eficacia en la satisfacción de los requerimientos de los Estados Miembros, y en la contribución al fortalecimiento de los servicios nacionales de salud pública, se organizó la descentralización de actividades organizadas desde la Oficina de Washington mediante la cual las Américas se dividen geográficamente en seis Zonas, y al frente de cada una de ellas hay una Oficina de Zona. La única excepción de esta regla es la Zona I, cuya dirección corresponde a la Oficina de Washington.

Las seis Zonas son:

*Zona I:* Alaska, Canadá, Estados Unidos y los territorios no autónomos, excepto Belice. Las actividades de la Zona I se desarrollan bajo la jurisdicción de la Oficina de Washington, pero la supervisión de las correspondientes a la región del Caribe se delega en la Oficina de Campo establecida en Kingston, Jamaica. La Oficina de El Paso responde a un programa de campo inter-países, destinado a estimular la cooperación y coordinación de actividades entre los funcionarios fronterizos de salud pública, de México y

los Estados Unidos, para resolver los problemas sanitarios comunes.

*Zona II:* Cuba, Haití, México y República Dominicana. La Oficina de Zona está en México, D. F.

*Zona III:* Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y Belice. La Oficina de Zona se encuentra en la ciudad de Guatemala (Guatemala).

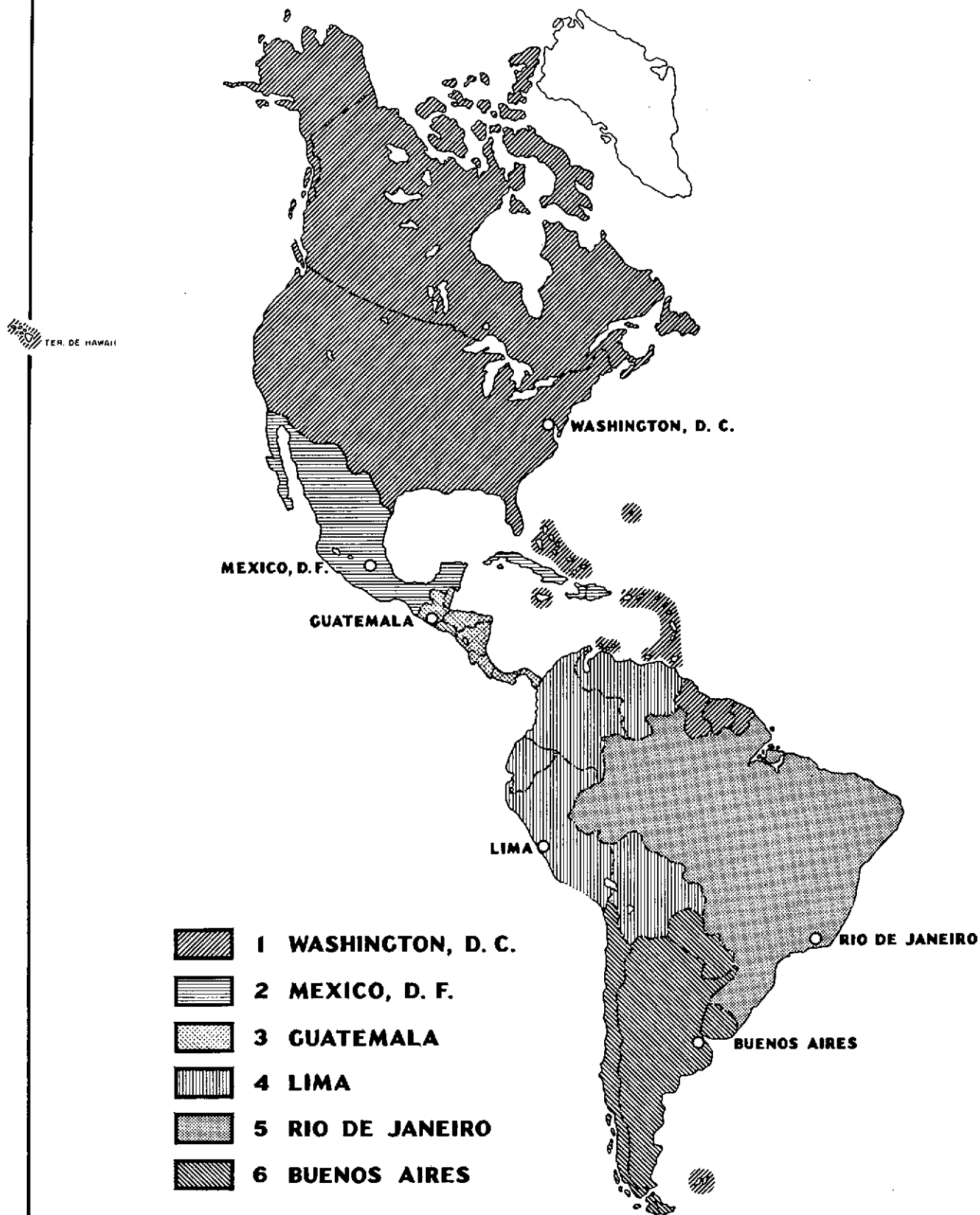
*Zona IV:* Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. La Oficina de Zona se halla en Lima (Perú).

*Zona V:* Brasil. La Oficina de Zona está situada en Río de Janeiro (Brasil).

*Zona VI:* Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. La Oficina de Zona se encuentra en Buenos Aires (Argentina).

Las Oficinas de Zona tienen a su cargo las actividades relativas a la ejecución de los programas, tanto en lo que se refiere a la prestación de asesoramiento técnico directo, a las administraciones sanitarias, como en lo que afecta a la elaboración y desarrollo de los proyectos. Este sistema ha tenido la ventaja de poner directamente a disposición de los gobiernos al personal técnico-asesor de la Zona. Además, garantiza que los proyectos se preparen en cooperación con el personal nacional de los servicios de salubridad que habrá de encargarse de su ejecución, y, por lo tanto, en forma adecuada a las condiciones locales.

# ZONAS Y OFICINAS DE ZONA DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA





## Gastos y origen de los fondos

En 1955, la Oficina invirtió bastante más de cuatro millones de dólares en el desarrollo de sus actividades. Además, por lo que se refiere a los programas en que cooperó la OSP, el UNICEF aportó equipo y suministros por valor de más de \$3,000,000. Más exactamente, la cantidad gastada por la Oficina se elevó a \$4,547,267.65 y la aportación del UNICEF se evaluó en \$3,156,294.45.

Del total invertido por la OSP, más de dos millones de dólares del presupuesto ordinario procedieron de las cuotas anuales aportadas por los países y demás territorios de las Américas pertenecientes a la OSPA. Otro millón de dólares provino de fondos de la OMS, procedentes de las cuotas abonadas por los Gobiernos Miembros de dicha Organización.

El cuadro a la derecha muestra las cuotas anuales fijadas en las Américas.

Un estudio del estado de la recaudación de cuotas de la OSPA revela que la mayoría de los gobiernos han respondido a los varios ruegos del Consejo Directivo y del Director para que se pusieran al corriente en el pago.

Durante los tres últimos años la recaudación de cuotas ha seguido el mismo ritmo, pues se ha abonado aproximadamente el 86 por ciento de las correspondientes a cada año y doce países han saldado puntualmente el importe total de las suyas. Hay cinco países que pagan con un año de retraso y otros dejan que se acumulen las cuotas pendientes.

Las cuotas pagadas en representación de territorios no autónomos se mantienen al corriente.

En el cuadro siguiente se detallan los gastos de la OSP, en 1955, según el origen de los fondos.

### GASTOS DE LA OSP EN 1955, SEGÚN EL ORIGEN DE LOS FONDOS

Oficina Sanitaria Panamericana . . . . .	\$2,082,230.17
Organización Mundial de la Salud . . . . .	1,043,630.86
Asistencia Técnica NU . . . . .	978,371.97
Asistencia Técnica OEA . . . . .	196,462.53
Otros fondos extrapresupuestarios . . . . .	246,572.12
	\$4,547,267.65

Como ya se ha dicho antes, en 1955, se hicieron importantes asignaciones de fondos del UNICEF para equipo y suministros facilitados por dicho organismo especializado de las Naciones Unidas con destino a proyectos de salud pública que cuentan con el asesoramiento técnico de la OSP. La más importante de tales asignaciones fué la acordada por la Junta Ejecutiva del UNICEF, en septiembre

de 1955, para la erradicación de la malaria y del *Aedes aegypti* en México (México-53), por la suma de \$2,400,000.

La OSP, como organismo especializado de la OEA, participa en el Programa de Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos. El único proyecto que se desarrolla con fondos de la AT/OEA es el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (AMRO-77).

En 1955 las transferencias entre fondos de diversas fuentes no fueron tan frecuentes como en años anteriores.

Van en constante aumento las promesas y pagos de los gobiernos al Fondo de Asistencia Técnica. Es más, para fines de 1956 se habrá completado el fondo de reserva de \$12,000,000. El programa de AT posee hoy una estabilidad

### CUOTAS DE LA OSPA Y DE LA OMS CORRESPONDIENTES A LAS AMÉRICAS EN 1955.

Países	Cantidad	
	OSP	OMS
Argentina	\$ 148,000	\$ 173,600
Bolivia	7,000	7,820
Brasil	166,400	173,600
Canadá*		300,280
Colombia	48,600	
Costa Rica	4,800	4,020
Cuba	40,400	27,370
Chile	39,200	42,230
Ecuador	4,800	4,690
El Salvador	7,000	4,690
Estados Unidos	1,320,000	3,349,790
Francia**	4,647	
Gran Bretaña**	15,000	
Guatemala	8,400	4,690
Haití	4,800	4,020
Honduras	4,800	4,020
México	89,000	59,430
Nicaragua	4,800	4,020
Países Bajos**	2,630	
Panamá	6,000	4,690
Paraguay	4,800	4,020
Perú	21,400	18,760
República Dominicana	6,000	4,690
Uruguay	19,800	17,200
Venezuela	44,000	25,020
Total	\$2,022,277	\$4,238,650

\* No pertenece a la Organización Sanitaria Panamericana.

\*\* En representación de sus territorios en el Hemisferio Occidental.

que no tuvo en los pasados años. El cuadro abajo muestra las asignaciones generales para 1954 y 1955, y las correspondientes a AMRO, al comenzar y al finalizar el año. Para 1956, la asignación al empezar el año es de \$22,000,000, y para 1957 la cifra límite para los proyectos de la categoría I, que normalmente equivale a la asignación del principio de año, es de \$23,000,000.

El resultado de la estimación financiera señalada es que, aproximadamente el 60% de los fondos para los proyectos de campo procede ahora de la AT/NU. Como la OSP y la OMS tienen a su cargo prácticamente toda la carga que representan los gastos de administración y supervisión no pueden aumentar la parte dedicada a los proyectos de campo.

CUADRO CRONOLÓGICO DE LA SITUACIÓN FINANCIERA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA, EN CUANTO A LOS PROGRAMAS DE 1954, 1955 Y 1956.

Fecha y acuerdo	Total de asignaciones de todos los organismos		AMRO	
			Número de proyectos	Asignaciones
<i>Diciembre 1953</i>		<i>1954</i>		
Categoría I Aprobada por la JAT	\$ 12,000,000		11	\$ 472,528
Al terminar 1954	\$ 18,000,000		20	\$ 780,000
<i>Diciembre 1954</i>		<i>1955</i>		
Categoría I aprobada por la JAT	\$ 15,000,000		17	\$ 720,945
Al terminar 1955	\$ 26,000,000		37	\$ 935,060
<i>Octubre 1955</i>		<i>1956</i>		
Categoría I aprobada por la JAT	\$ 22,000,000		35	\$ 949,708
Estimado del Programa de 1957	\$ 23,000,000			

# APENDICE I

## Lista de proyectos

La siguiente lista de proyectos presenta, por orden alfabético y numérico, ciertos datos esenciales sobre los proyectos que se encontraban en ejecución en 1955.

En la columna "Zona", indica en cuál de las seis Zonas de la Oficina se desarrolla el proyecto. (FOC y WO significan respectivamente Oficina de Campo del Area Caribe y Oficina de Washington). Como los proyectos inter-regionales son de extensión mundial, la designación de las zonas se deja en blanco; la OSP se encarga de la supervisión general de tales proyectos en cuanto afectan a las Américas.

En la columna "Servicio Técnico" se indica el servicio de la Oficina de Washington primordialmente relacionada con el proyecto. Las abreviaturas que aparecen en esta columna son:

HOC	División de Salud Pública
HCD	Servicio de Enfermedades Transmisibles
HCE	Sección de Epidemiología y Estadística
HES	Servicio de Saneamiento del Medio
HHP	Servicio de Fomento de la Salud

EOC	División de Educación y Adiestramiento
EFS	Servicio de Becas
EPE	Servicio de Educación Profesional
WO	Oficina de Washington

Para mayor facilidad, se repiten aquí las otras siglas que aparecen en la lista de proyectos:

UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USPHS	Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos
FK	Fundación Kellogg
OIT	Organización Internacional del Trabajo
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
GML	Gorgas Memorial Laboratory
AT/NU	Asistencia Técnica de las Naciones Unidas
AT/OEA	Asistencia Técnica de la Organización de los Estados Americanos.

## Lista de Proyectos

Nº del Código	Título	Año en que comenzó	Fondos en 1955	Organismo que coopera	Servicio Técnico	Zona
Argentina-6	Administración de salud pública—Becas	1954	OMS		EFS	VI
Argentina-51	Erradicación del <i>Aedes aegypti</i>	1950	OSP		HOC	VI
Barbados-2	Servicios locales de salud pública	1955	AT/NU	UNICEF	HHP	I(FOC)
Belice-3	Administración de salud pública—Becas	1955	AT/NU		EFS	III
Belice-4	Administración de salud pública—Becas	1955	OMS		EFS	III
Bolivia-4	Erradicación de la malaria	1953	AT/NU	UNICEF	HOC	IV
Bolivia-5	Enseñanza de enfermería	1953	AT/NU		EPE	IV
			OMS			
Bolivia-10	Servicios de salud pública	1955	OSP		HHP	IV
Brasil-16	Administración de salud pública—Becas	1954	AT/NU		EFS	V
Brasil-18	Servicio Nacional de Drogas	1955	OMS		HCD	V
Brasil-26	Administración de salud pública—Becas	1955	OMS		EFS	V
Brasil-51	Laboratorio de fiebre amarilla	1950	OSP		HCD	V
Brasil-53	Esquistosomiasis	1951	OSP	USPHS	HCD	V
Colombia-4	Servicios rurales de salud pública	1951	AT/NU	UNICEF	HHP	IV
Colombia-5	Erradicación de la malaria y del <i>Aedes aegypti</i>	1951	AT/NU	UNICEF	HOC	IV
Colombia-15	Control de la tuberculosis (BCG)	1954	OMS	UNICEF	HCD	IV
Colombia-52	Fiebre amarilla (Instituto Carlos Finlay)	1950	OSP		HCD	IV
Costa Rica-3	Enseñanza de enfermería	1951	AT/NU		EPE	III
Costa Rica-11	Poliomielitis (rehabilitación)	1954	OSP		HCD	III
Cuba-1	Erradicación del <i>Aedes aegypti</i>	1953	OSP		HOC	II
Chile-10	Control de la tuberculosis (BCG)	1954	OMS	UNICEF	HCD	VI
Chile-12	Centro de demostración de asistencia a niños prematuros	1954	OMS	UNICEF	HHP	VI
Chile-14	Control de la rabia	1954	OSP		HCD	VI
Chile-18	Administración de salud pública—Becas	1955	AT/NU		EFS	VI
Chile-25	Administración de salud pública—Becas	1955	OMS		EFS	VI
Ecuador-4	Servicios rurales de salud pública	1953	OSP	UNICEF	HHP	IV
			OMS			
Ecuador-5	Centro de enseñanza del control de la tuberculosis	1951	OMS	UNICEF	EPE	IV
Ecuador-11	Instituto Nacional de Higiene	1952	AT/NU		HCD	IV
Ecuador-53	Instituto Nacional de Nutrición	1950	AT/NU	FK*	HHP	IV
El Salvador-5	Zona de demostración sanitaria	1951	AT/NU	OIT/FAO UNESCO	HHP	III
El Salvador-8	Administración de salud pública—Becas	1955	OMS		EFS	III
Estados Unidos-6	Prueba de inmovilización del treponema	1953	OSP		HHP	WO
Estados Unidos-7	Administración de salud pública—Becas	1955	OMS		EFS	WO
Guatemala-6	Adiestramiento de enfermeras auxiliares	1955	OMS		EPE	III
Guatemala-7	Administración de salud pública—Becas	1955	AT/NU		EFS	III
Guatemala-8	Servicios rurales de salud pública	1954	OMS	UNICEF	HHP	III
Guayana Británica-3	Administración de salud pública—Becas	1955	OMS		EFS	I(FOC)
Haití-1	Erradicación de la frambesia y control de la sífilis	1950	OMS OSP	UNICEF	HCD	II
Haití-2	Servicios locales de salud pública	1954	AT/NU		HHP	II

\*Subvención de la Fundación Kellogg para la adquisición de equipo.

Lista de Proyectos (Continuación)

Nº del Código	Título	Año en que comenzó	Fondos en 1955	Organismo que coopera	Servicio Técnico	Zona
Haití-4	Erradicación de la malaria y del <i>Aedes aegypti</i>	1953	AT/NU	UNICEF	HOC	II
Haití-9	Laboratorio de salud pública	1953	OSP		HHP	II
Haití-10	Adiestramiento de parteras	1955	OMS		EPE	II
Honduras-4	Servicios rurales de salud pública	1955	AT/NU		HHP	III
Jamaica-5	Administración de salud pública—Becas	1954	AT/NU		EFS	I(FOC)
México-11.3	Curso para instructoras en enfermería (III Curso)	1955	OSP		EPE	II
México-12	Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional	1954	OSP		EPE	II
México-13	Curso de adiestramiento en control de las enfermedades venéreas	1953	OSP		EPE	II
México-15	Servicios de higiene materno-infantil	1954	OMS	UNICEF	HHP	II
México-18	Administración de salud pública—Becas	1954	OMS		EFS	II
México-20	Laboratorio de virus	1954	OMS		HCD	II
México-22	Servicios Coordinados de salud pública (Guanajuato)	1955	OMS		HHP	II
México-53	Erradicación de la malaria y del <i>Aedes aegypti</i>	1949-52 1954	AT/NU	UNICEF	HOC	II
Nicaragua-3	Servicios rurales de salud pública	1954	AT/NU	UNICEF	HHP	III
Nicaragua-5	Enseñanza de enfermería	1955	OMS		EPE	III
Nicaragua-6	Administración de salud pública—Becas	1955	OMS		EFS	III
Panamá-1	Servicios rurales de salud pública	1952	AT/NU	UNICEF	HHP	III
Panamá-7	Administración de salud pública—Becas	1955	OMS		EFS	III
Paraguay-1	Erradicación de la malaria	1948	AT/NU	UNICEF	HOC	VI
Paraguay-6	Departamento de medicina preventiva (Escuela de Medicina)	1953	OMS		EPE	VI
Paraguay-7	Vacunación con BCG	1954	OMS	UNICEF	HCD	VI
Paraguay-9	Control de la lepra	1954	OMS	UNICEF	HCD	VI
Paraguay-10	Servicios de salud pública	1955*	AT/NU		HHP	VI
Perú-10	Higiene materno-infantil	1952	AT/NU	UNICEF	HHP	IV
Perú-13	Centro de demostración y adiestramiento en salud pública (Callao)	1952	AT/NU	UNICEF	HHP	IV
Perú-16	Vacunación contra la difteria y la pertussis	1953	OMS	UNICEF	HCD	IV
Perú-21	Administración de salud pública—Becas	1954	OMS		EFS	IV
República Dominicana-2	Erradicación de la malaria y del <i>Aedes aegypti</i>	1952	AT/NU	UNICEF	HOC	II
República Dominicana-4	Reorganización de los servicios locales de salud pública	1953	OSP	UNICEF	HHP	II
República Dominicana-7	Administración de salud pública—Becas	1955	AT/NU		EFS	II
República Dominicana-52	Control de enfermedades venéreas	1953	OSP		HCD	II
Surinam-3	Vacunación con BCG	1955	OMS	UNICEF	HCD	I(FOC)
Uruguay-5	Servicios rurales de salud pública	1955	AT/NU	UNICEF	HHP	VI
Uruguay-51	Erradicación del <i>Aedes aegypti</i>	1948	OSP		HOC	VI
Venezuela-1	Servicios locales de salud pública	1955	AT/NU		HHP	IV

\*Desarrollado anteriormente, desde 1951, bajo proyectos separados.

Lista de Proyectos (Continuación)

Nº del Código	Título	Año en que comenzó	Fondos en 1955	Organismo que coopera	Servicio Técnico	Zona
Venezuela-4	Administración de salud pública—Becas	1954	AT/NU		EFS	IV
Venezuela-52	Laboratorio de enfermedades venéreas (2a fase)	1955	OSP		HCD	IV
AMRO-1	Adiestramiento en saneamiento del medio	1952	OMS		EOC	WO
AMRO-6	Misión conjunta para poblaciones indígenas	1952	AT/NU	OIT	HHP	WO
AMRO-7	Erradicación de la malaria y del <i>Aedes aegypti</i> (Centro América y Panamá)	1950	AT/NU	UNESCO	HOC	III
AMRO-8	Erradicación de la malaria y del <i>Aedes aegypti</i> (Area del Caribe)	1949	AT/NU	UNICEF	HOC	I(FOC)
AMRO-9.2	Seminario de higiene mental	1955	OMS		HHP	VI
AMRO-10	Centro Interamericano de Bioestadística	1952	AT/NU	Ofic. Estadfst. NU/FOA	HCD/HCE	WO/VI
AMRO-17.2	Curso de adiestramiento en sistema de abastecimiento de aguas (Centro América)	1955	OMS		HES	III
AMRO-18	Enseñanza médica y de salud pública	1953	OMS		EOC	WO
AMRO-28	Enseñanza superior de enfermería	1955	OMS		EPE	VI
AMRO-29	Antropología cultural	1953	OMS		HHP	III
AMRO-31	Estadístico (BCG)	1952	OMS		HCD	WO
AMRO-35	Becas (sin especificar)	1953	OSP		EFS	WO
AMRO-43	Control de la hidatidosis	1953	OSP		HCD	VI
AMRO-45	Servicios biológicos de laboratorio	1955	OMS		HCD	WO
AMRO-47	Erradicación de la frambesia y control de la sífilis (Area del Caribe)	1954	AT/NU		HCD	I(FOC)
AMRO-49	Seminario sobre la enseñanza de medicina preventiva	1955	OMS		EOC	WO
AMRO-54	Ayuda al INCAP	1949	OSP	FK/FR	HHP	III
			OMS	USPHS		
AMRO-57	Estudios sobre la fiebre amarilla	1952	OSP	GML	HCD	III
AMRO-58	Control de la lepra	1955	OMS		HCD	I(FOC)
AMRO-60	Erradicación de la viruela	1951	OSP		HCD	WO
AMRO-61	Control de la rabia	1954	OMS		HCD	II
AMRO-64.2	Seminario de ingeniería sanitaria (Segundo seminario)	1955	AT/NU		HES	WO
AMRO-67	Enseñanza de medicina veterinaria	1955	OMS		HCD	WO
AMRO-68	Estudio sobre la enseñanza de pediatría	1955	OMS		EOC	WO
AMRO-72	Higiene dental	1954	FK		HHP	WO
AMRO-74	Investigación sobre la peste	1954	OSP		HCD	IV
AMRO-76	Pruebas de vacunas	1954	OMS		HCD	WO
AMRO-77	Centro Panamericano de Fiebre Aftosa	1951	AT/OEA		HCD	V
AMRO-83	Control del tifo (Bolivia, Perú)	1954	OSP	UNICEF	HCD	IV
AMRO-84	Control de Zoonosis	1955	AT/NU		HCD	VI
AMRO-85	Centro latinoamericano para la clasificación de enfermedades	1955	OMS		HCD/HCE	WO
AMRO-86	Estadísticos sanitarios	1955	OMS		HCD/HCE	WO

### Lista de Proyectos (Continuación)

Nº del Código	Título	Año en que comenzó	Fondos en 1955	Organismo que coopera	Servicio Técnico	Zona
AMRO-88	Asesor en erradicación del <i>Aedes aegypti</i>	1954	OSP		HOC	WO
AMRO-90	Erradicación de la malaria	1955	OSP		HOC	WO
AMRO-91	Seminario sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional	1955	OMS		HCD/ HCE	WO
AMRO-92	Poliomielitis	1955	OSP		HCD	WO
AMRO-93	Educación sanitaria	1955	OMS		HHP	WO
AMRO-95	Saneamiento del medio	1955	AT/NU		HES	I(FOC)
Inter-Regional-7	Pruebas de campo en el tratamiento de la rabia	1952	OMS	USPHS	HCD	
Inter-Regional-8	Centros de Brucelosis	1951	OMS		HCD	
Inter-Regional-10	Centros de Influenza	1948	OMS		HCD	
Inter-Regional-13	Centro Internacional de Shigelosis	1954	OMS		HCD	
Inter-Regional-14	Poliomielitis	1954	OMS		HCD	
Inter-Regional-15	Estandarización de las pruebas de virus y de rickettsias	1954	OMS		HCD	
Inter-Regional-24	Conferencia Internacional para el control de la Frambesia, Enugu, Nigeria	1955	OMS		HCD	

## APENDICE II

### Conferencias y Reuniones a que Asistieron Representantes de la OSP en 1955

Fecha	Lugar	Reunión
10 enero	Washington, D. C.	OEA-CCAT, 26a Reunión
18 enero-	Ginebra, Suiza	OMS—Consejo Ejecutivo, 15a Reunión
4 febrero		
20 enero	Washington, D. C.	Psitacosis, Seminario, Secretaría de Agricultura, Estados Unidos
6-12 febrero	Panamá, Panamá	X Congreso Panamericano del Niño
7-9 febrero	Saranac Lake, N. Y.	Silicosis y enfermedades profesionales del tórax, Conferencia sobre
8 febrero	Bethesda, Maryland	Veterinarios de salud pública del área de Washington, reunión mensual de
11 febrero	Washington, D. C.	Abastecimiento de alimentos, XXIX Reunión del Subcomité sobre (Consejo Nacional de Investigaciones)
16 febrero	Washington, D. C.	Consejo Interamericano Económico y Social, Comité de Asistencia Técnica del
16 febrero	Washington, D. C.	Personal y Adiestramiento, Subcomité sobre (Consejo Internacional de Investigaciones)
21-26 febrero	París, Francia	OMS—7a revisión de las Listas Internacionales de Enfermedades y causas de Defunción, Conferencia Internacional para la
16-26 marzo	Caracas, Venezuela	Conferencia Interamericana de Seguridad Social, V Reunión de la (VI Reunión, Comisión Permanente)
28-29 marzo	Panama City, Florida	Asociación Anti-Mosquito de Florida
18-30 abril	Buenos Aires, Argentina	FAO—Producción Pecuaria en las Américas, Tercera Reunión sobre
19-22 abril	Phoenix, Arizona	Asociación Americana de Salud Pública, Sección Oeste, Reunión Anual de la
24-29 abril	Washington, D. C.	Radiología, V Congreso Interamericano de
28-29 abril	Washington, D. C.	Enfermedades venéreas, Séptimo Simposio Anual sobre los progresos recientes en
4-5 mayo	Nueva York, N. Y.	Comité Cívico Nacional Pro OMS, Reunión del Consejo de Directores
6-7 mayo	Minneapolis, Minnesota	Reunión sobre la Salubridad Internacional, Universidad de Minnesota
6-9 mayo	México, D. F.	Asociación Fronteriza Mexicano—Estadounidense de Salubridad, 13a Reunión Anual
10 mayo	Washington, D. C.	Asociación de Bibliotecas Especiales, Sección de Washington. Tema: "Los Programas de la OSP/OMS".
10-27 mayo	México, D. F.	OMS—Octava Asamblea Mundial de la Salud
11-13 mayo	Nueva Orleans, Louisiana	Problemas Interamericanos de Salubridad Comité sobre (Asociación Americana de Salud Pública, Sección Sur)
22-27 mayo	Milwaukee, Wisconsin	Asociación Antituberculosa Nacional y Sociedad Americana Trudeau, Reunión Científica
23 mayo	Washington, D. C.	Comité Nacional Estadounidense sobre estadísticas vitales y sanitarias, Reunión del
29 mayo-	Washington, D. C. y	Comité Cívico Pro OMS, Reuniones Técnicas posteriores a la
5 junio	Nueva York, N. Y.	Asamblea
30 mayo	México, D. F.	OMS—Consejo Ejecutivo, 16a Reunión
31 mayo	Washington, D. C.	Veterinarios de Salud Pública, area de Washington, reunión bimestral
3 junio	Washington, D. C.	Eliminación de desperdicios, Comité sobre la (Consejo Nacional de Investigaciones)



## Conferencias y Reuniones a que Asistieron Representantes de la OSP en 1955

Fecha	Lugar	Reunión
3-8 junio	Quitandinha, Petrópolis, Brasil	Comité sobre Educación Estadística, del Instituto Interamericano de Estadística, I Reunión
9-22 junio	Río de Janeiro, Brasil	Estadística, III Conferencia Interamericana de
17-19 junio	Boston, Massachusetts	Antropometría Nutricional, Conferencia sobre
20-24 junio	Princeton, Nueva Jersey	Requerimientos proteínicos para la salud, OMS/FAO/Fundación Macy
26 junio- 2 julio	Río de Janeiro, Brasil	Hospitales, Primer Congreso Nacional de
18-29 julio	Montevideo, Uruguay	OSP/OMS—Seminario sobre Higiene Mental, para América del Sur
25-27 julio	Montevideo, Uruguay	Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, Reunión del Consejo Directivo
28-30 julio	Georgetown, Guayana Británica	Consejo del Caribe, de la Asociación Médica Británica
14-20 agosto	Río de Janeiro y São Paulo, Brasil	Reumatología, Primer Congreso Panamericano sobre
15-18 agosto	Minneapolis, Minnesota	Asociación Americana de Medicina Veterinaria, 92a reunión anual
22-26 agosto	San José, Costa Rica	OSP/OMS—Reglamento Sanitario Internacional, Seminario para América Central y el Area del Caribe, sobre la aplicación del
29 agosto	Bogotá, Colombia	Comisión Económica para la América Latina, 6a Reunión de la
29-31 agosto	Asunción, Paraguay	Salubridad Fronteriza, 3a Reunión de los países del Río de la Plata
7 septiembre	Washington, D. C.	Ingeniería Sanitaria, Informe sobre adiestramiento en el Brasil, IAI/USPHS
12-23 septiembre	Caracas, Venezuela	OSP/OMS—Codificación de las causas de defunción, Curso de adiestramiento sobre
19-28 septiembre	Guatemala	INCAP, Comité Técnico Consultivo, VI Reunión
22-23 septiembre	Filadelfia, Pensilvania	Carlos J. Finlay, Celebración del Centenario de la graduación de (Jefferson Medical College)
26-30 septiembre	Caracas, Venezuela	Clasificación de las enfermedades, Discusión de la OMS y del Centro Latinoamericano sobre la
29 septiembre	Washington, D. C.	Influenza, Reunión del Comité Consultivo OMS
10-15 octubre	Viña del Mar, Chile	OSP/OMS—Medicina Preventiva, Seminario para América del Sur
11 octubre	Washington, D. C.	Sociedad de Medicina Veterinaria del Distrito de Columbia
12-18 octubre	Santa Marta, Colombia	Salubridad, Segunda Conferencia Nacional de
15-22 octubre	Bogotá, Colombia	Médico—Social, V Congreso Panamericano
15-22 octubre	Bogotá, Colombia	Asamblea de la Confederación Médica Panamericana, IV
15-22 octubre	Bogotá, Colombia	Medicina, XIII Asamblea de la Federación Colombiana de
15 octubre- 7 diciembre	Guayaquil, Ecuador	OSP/OMS—Tisiología, II Curso Internacional de
17 octubre	Nueva York, N. Y.	Tuberculosis, Reunión sobre prevención, inmunología y vacunación
21-22 octubre	Nueva York, N. Y.	Ingeniería Sanitaria, Reunión del Comité Mixto para el fomento de la
23-29 octubre	Lima, Perú	Medicina, Segundo Congreso Peruano de
24-26 octubre	Nueva York, N. Y.	Sociedad Americana de Ingenieros Civiles y Sección Estadounidense de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria
31 octubre	San Juan, Puerto Rico	OSP/OMS—Ingeniería Sanitaria, Seminario de
31 octubre- 10 noviembre	Washington, D. C.	Estadística Vital y Sanitaria, Reunión del Comité Nacional de los Estados Unidos sobre
2-4 noviembre	Boston, Massachusetts	Medicina e Higiene Tropical, Reunión de la Sociedad Americana de
7-12 noviembre	Rosario, Argentina	Medicina, Congreso General de
10-23 noviembre	Enugu, Nigeria	OMS—Control de la frambesia, Conferencia Internacional sobre el

## Conferencias y Reuniones a que Asistieron Representantes de la OSP en 1955

Fecha	Lugar	Reunión
14-18 noviembre	Kansas City, Missouri	Asociación Americana de Salud Pública, 83a Reunión Anual
16 noviembre	Washington, D. C.	Comité Cívico Nacional Pro OMS, 3a. Reunión
16-26 noviembre	Río de Janeiro, Brasil	OSP/OEA—Fiebre Aftosa, Seminario sobre la
18-26 noviembre	Caracas, Venezuela	Ciencias Médicas, VI Congreso Venezolano de
23 noviembre- 4 diciembre	México, D. F.	Seguridad Social, Comité Permanente Interamericano de
28 noviembre- 1 diciembre	Tegucigalpa, Honduras	INCAP, VI Reunión del Consejo del
30 noviembre- 1 diciembre	Nueva York, N. Y.	Mesa redonda sobre tendencias y diferenciales en la mortalidad, Conferencia Anual del Milbank Memorial Fund
30 noviembre- 3 diciembre	México, D. F.	Sociedad Mexicana de Higiene, 9a Reunión Anual de la
2 diciembre	Nueva York, N. Y.	Comité Consultivo de Enfermería, Fundación Irán
5 diciembre	Bogotá, Colombia	Asuntos Administrativos y Técnicos, Instituto Carlos Finlay de Estudios Especiales, Reunión del Comité Consultivo sobre
5-19 diciembre	Río de Janeiro, Brasil	Problemas de población en la América Latina, Seminario sobre los
6-10 diciembre	Calí, Colombia	Enseñanza Médica organizada por la Universidad del Valle del Cauca, Seminario sobre
8-9 diciembre	Nueva York, N. Y.	Enfermedades diarreicas, epidémicas y endémicas, de la infancia, Conferencia sobre (Academia de Ciencias de Nueva York)
13 diciembre	Washington, D. C.	Comité sobre Ingeniería Sanitaria, Reunión del (Consejo Nacional de Investigaciones)
14 diciembre	Guatemala	Asociación de Enfermeras de Guatemala, Reunión de la

# Indice

A	Página
Abastecimientos de agua, cursos	82
Academia Americana de Pediatría	105
Actividades Educativas y Publicaciones	103-124
V. también Enseñanza médica; Publicaciones	
Adiestramiento	136-138
V. Educación y adiestramiento	
Administración, División de	127-142
Administración, Organización y	127-142
Administración de Cooperación Internacional (ICA) (E.U.A.)	1, 35, 114
participación en erradicación de malaria	29
<i>Aedes aegypti</i>	11, 13, 30
V. también <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	
<i>Aedes aegypti</i> , erradicación	13, 30-41
V. también Proyectos, AMRO-88; nombres de los países	
Asociación Americana de Salud Pública, resolución sobre <i>Aedes aegypti</i> en E.U.A.	77
Boletín, OSP, información, situación del <i>A. aegypti</i> en las Américas	41
campañas con DDT, esfera de acción	11-16
centenario, Jefferson Medical College, Filadelfia, graduación del Dr. Carlos J. Finlay	41
cuadro, estado actual de los trabajos	42-43
manual, normas técnicas y administrativas	41
mapa, zonas afectadas	39
resolución, Asociación Americana de Salud Pública	77
reunión, Florida Antimosquito Association	41
Africa, fiebre amarilla	14, 47
Aftosa	
V. Centro Panamericano de Fiebre Aftosa	
Alaska	
malaria	8
poliomielitis	66
Alastrim	53, 54
Alcoholismo, seminario (1953)	98
<i>American Journal of Tropical Medicine</i>	58, 122
AMRO, proyectos	
V. Proyectos	
<i>Annual Directory of the Conference of Professors of Preventive Medicine in U.S.A. and Canada</i>	107
Anofeles	4, 11, 12, 29, 30, 32
<i>albimanus</i>	32
<i>bellator</i>	36
<i>darlingi</i>	32
DDT, resistencia al	7
Antillas Francesas	
V. también Guadalupe	
<i>Aedes aegypti</i> , erradicación	37
Antillas Neerlandesas	
<i>Aedes aegypti</i> , erradicación	37
malaria	8
poliomielitis	66
Antropología cultural	98
V. también los nombres de los países	
Argentina	
<i>Aedes aegypti</i> , erradicación	37-38, 40, 41
enfermería, enseñanza	108
higiene mental	98
malaria	6, 8, 30, 37-38
peste	63, 64
poliomielitis	66
salud pública, escuelas	108
tifo	63
tuberculosis	56
viruela	52-54

	Página
Aruba	37, 41
Asamblea Mundial de la Salud, Octava (1955)	25, 46
Asamblea Mundial de la Salud, Novena (1956), enseñanza de enfermería	110
Asistencia Técnica	
V. Naciones Unidas; Organización de Estados Americanos	
Asociación Americana de Salud Pública, reunión anual	11, 41
resoluciones, <i>Aedes aegypti</i> y malaria en E.U.A.	77
Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad	134
Asociación Internacional de Pediatría	105
Aterosclerosis	94
<i>Australorbis glabratus</i>	56-57
Auxiliares	139
<b>B</b>	
Bahamas	
<i>Aedes aegypti</i>	37, 41
malaria	8
Barbada	
<i>Aedes aegypti</i> , erradicación	37
laboratorio	97
poliomielitis	66
treponematosi	51
tuberculosis	55
BCG	
estadístico	55
vacuna, producción	55, 56, 96
vacunación	18, 55-56
Becas	21, 114-119, 128, 129, 139
V. también los nombres de los países	
adjudicación de	117-118
cuadros sobre	115-119
enfermería, enseñanza	110
enseñanza médica	106
estadísticas sanitarias	75
higiene maternoinfantil	87
laboratorios, salud pública	97
lepra	60
Paraguay, trabajos entomológicos de laboratorio en	31
poliomielitis	67
programa de, esfera de acción	116-118
salud pública, escuelas	107-108
tuberculosis	56
viruela	54
Becas, Servicio de	138
Belice	
<i>Aedes aegypti</i> , erradicación	36, 41
malaria	8
poliomielitis	66
tuberculosis	55
Bermuda	
<i>Aedes aegypti</i>	37, 41
malaria	8
poliomielitis	66
Biblioteca	135-136
lista de adquisiciones, semanal	136
Bioestadística, Centro Interamericano de	
V. Centro Interamericano de Bioestadística	
<i>Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana</i>	120-121
<i>Aedes aegypti</i> , situación del, en las Américas	41
enfermería, enseñanza	110
enseñanza médica	107
estadísticas sanitarias	73
INCAP, Suplementos	94, 122

Bolivia  
*Aedes aegypti* ..... 41  
 enfermería, enseñanza ..... 110-112  
 fiebre amarilla ..... 41, 44  
 frambesia ..... 48  
 malaria, erradicación ..... 8, 30-32  
 peste ..... 63, 64  
 pinta ..... 48  
 salud, programas coordinados ..... 89  
 saneamiento del medio ..... 79  
 tifo ..... 61-63  
 viruela ..... 53-54

Brasil  
*Aedes aegypti* ..... 41  
 becas ..... 116  
 Centro Panamericano de Fiebre Aftosa ..... 99-100  
 esquistosomiasis ..... 56-58  
 estadísticas sanitarias ..... 74, 76  
 fiebre amarilla ..... 14, 41, 44, 47  
 frambesia ..... 48, 51  
 higiene dental ..... 99  
 higiene maternoinfantil ..... 87  
 higiene mental ..... 98  
 Instituto Butantan, São Paulo ..... 53  
 laboratorios ..... 96, 97  
 malaria ..... 8, 120  
 peste ..... 63, 64  
 poliomieltis ..... 66  
 rabia ..... 59  
 salud pública, escuelas ..... 107-108  
 saneamiento del medio ..... 79, 82  
 tos ferina ..... 64, 65  
 viruela ..... 52, 53

C

Canadá ..... 19  
 enfermería, enseñanza ..... 110  
 enseñanza médica ..... 107  
 influenza, Centro de ..... 65  
 malaria ..... 8  
 poliomieltis ..... 66  
 salud pública, escuelas ..... 107

Caracoles vectores ..... 56  
 V. Esquistosomiasis

Caribe, Área del  
*Aedes aegypti* ..... 30, 36-37, 41  
 frambesia ..... 16, 48, 50-51  
 influenza ..... 65  
 laboratorios ..... 97  
 lepra ..... 60  
 malaria ..... 6, 8, 36  
 saneamiento del medio ..... 82, 83

Centro América  
*Aedes aegypti* erradicación ..... 36  
 antropología cultural ..... 98  
 enfermedades diarreicas ..... 69  
 fiebre amarilla ..... 16, 45, 47  
 malaria ..... 6, 35-36  
 nutrición ..... 91-95  
 saneamiento del medio ..... 82

Centro de Enfermedades Transmisibles, Atlanta, laboratorios ..... 97  
 Sección de Virus y Rickettsias ..... 65

Centro de Información de Educación Médica ..... 106, 139

Centro Interamericano de Bioestadística ..... 74-75

Centro Interamericano de la Vivienda, Colombia ..... 83

Centro Internacional contra las Treponematosis, Universidad de Johns Hopkins ..... 51

Centro Panamericano de Fiebre Aftosa ..... 99-100, 141

Centro Panamericano de Zoonosis ..... 70, 127

*Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción* ..... 76-77

Código Sanitario Panamericano ..... 1, 129  
 Protocolo Adicional ..... 129

Colombia  
*Aedes aegypti*, erradicación ..... 32, 40  
 enfermería, enseñanza ..... 110  
 enfermería, salud pública ..... 87-88  
 enseñanza médica ..... 106  
 estadísticas sanitarias ..... 76  
 fiebre amarilla ..... 44-45  
 frambesia ..... 48  
 Instituto Carlos Finlay ..... 47  
 malaria ..... 8, 30-32  
 nutrición ..... 95  
 pinta ..... 48  
 poliomieltis ..... 66  
 rabia ..... 60  
 salud, programas coordinados ..... 89  
 salud pública, escuelas ..... 108  
 saneamiento del medio ..... 83  
 tifo ..... 63  
 tos ferina ..... 64  
 tuberculosis ..... 55  
 viruela ..... 53, 54

COMEP, Oficina de Coordinación del Programa de Erradicación de la Malaria ..... 2, 29, 36, 127

Comisión de Malaria de la OSP, primer informe presentado (1942) a la XI Conferencia Sanitaria Panamericana ..... 29

Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo en México ..... 35

Comité de Coordinación sobre Asuntos Administrativos, Naciones Unidas ..... 136

Comité Ejecutivo, OSPA ..... 25, 128-129  
 Países Miembros 1947-1956, cuadro ..... 132

Comité Regional, OMS  
 V. Consejo Directivo, OSPA

Conferencia, Higiene Mental y Desarrollo del Niño (1952) ..... 98

Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas (1902) ..... 29

Conferencia Sanitaria Panamericana ..... I, 2, 22, 83  
 Décimoprimerá ..... 29  
 Décimosegunda ..... 1  
 Décimotercera ..... 6, 29, 52  
 Décimocuarta ..... 2, 19, 21, 25, 29, 52, 69, 120

Conferencias, Sección de ..... 134-135

Conferencias y otras reuniones, participación de OSP/OMS en lista de reuniones ..... Apéndice II

Consejo Directivo, OSPA (Comité Regional, OMS) ..... 127-129  
 cuadros, asistencia a las reuniones ..... 130-131  
 Sexta Reunión (1952) ..... 52  
 Séptima Reunión (1953) ..... 70  
 Octava Reunión (1955) ..... 25, 70, 120, 122, 128  
 Novena Reunión (1956) ..... 128

Consejo Ejecutivo, OMS  
 V. Organización Mundial de la Salud

*Control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre* ..... 120, 135

Control y erradicación, diferencias entre ..... 10, 16

Cooperación con organizaciones internacionales ..... 1

Coordinación, Oficina de ..... 133-134

Costa Rica  
*Aedes aegypti*, erradicación ..... 36, 41  
 enfermería, enseñanza ..... 110-111  
 enseñanza médica ..... 106  
 fiebre amarilla ..... 44  
 frambesia ..... 48

laboratorios	96
malaria	8
nutrición	91-95
pinta	48
poliomielitis	66
saneamiento del medio	83
tuberculosis	55
Cuba	
<i>Aedes aegypti</i> , erradicación	38, 40
estadísticas sanitarias	74, 76
malaria	8, 30, 38
pinta	48
poliomielitis	66
rabia	59
salud, programas coordinados	89
salud pública, escuelas	108
saneamiento del medio	83
viruela	53, 54
Cuotas	
V. Fondos	
Curazao	37, 41

CH

Chile	21
<i>Aedes aegypti</i>	41
becas	116
enfermería, enseñanza	110
enseñanza médica	21, 103-106
estadísticas sanitarias	74-76
higiene maternoinfantil	85
higiene mental	98
Instituto Bacteriológico	53
malaria	6, 8
poliomielitis	66
rabia	59
salud pública, escuelas	107
saneamiento del medio	79-82
tifo	61, 63
tos ferina	64
tuberculosis	18, 56
viruela	53
China, Junta Médica de	107

D

DDT	4, 6-7, 29-31, 62
V. también Malaria, erradicación; <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	
campaññas de, esfera de acción	11-16
resistencia del <i>aegypti</i> al	33, 41
Día de las Naciones Unidas	122
Día Mundial de la Salud	78, 122
Dioldrin	34, 37
Difteria-pertussis, vacuna	
V. Tos ferina	
Director, OSP	133
V. también Soper, Fred L., Dr.	
informe anual del (1954)	127
informe financiero del (1954)	128
Director, OSP, oficina del	133-136
Discusiones técnicas	91, 129
Asamblea Mundial de la Salud, Octava	134
Asamblea Mundial de la Salud, Novena	110
Atención médica en el medio rural	119
Consejo Directivo, OSPA	91, 129
Métodos para la formulación de programas nacionales de salud pública	91
Métodos para mejorar la formación del personal de Salud Pública	91, 129
reglamento relativo a las	129

División de Administración	
V. Administración, División de	
División de Educación y Adiestramiento	
V. Educación y Adiestramiento, División de	
División de Salud Pública	
V. Salud Pública, División de	
Dominica	
malaria	8, 36-37

E

Ecuador	
alastrim	54
enfermería, enseñanza	110
enfermería, salud pública	87
estadísticas sanitarias	76
fiebre amarilla	44
frambesia	48
higiene mental	98
laboratorios	95, 97
malaria	8
nutrición	95
peste	63, 64
pinta	48
poliomielitis	66
rabia	59
salud, programas coordinados	89
tifo	61-63
tuberculosis	56
viruela	53-54
Editorial, Sección	134
Educación y adiestramiento	19
V. también Enseñanza médica	
Educación y Adiestramiento, División de	138-139
El Salvador	
<i>Aedes aegypti</i> , erradicación	36, 41
antropología cultural	98
estadísticas sanitarias	73, 76
malaria	8, 36
nutrición	91-95
pinta	48
poliomielitis	66
salud, programas coordinados	89
saneamiento del medio	78
Empleo	
condiciones de	137
sueldos	22
Enfermedades diarreicas	2, 19, 68-70
Centro América	69
Conferencia Sanitaria Panamericana, XIV	19, 69
Guatemala	69
INCAP	69-70
kwashiorkor	69
Salmonella	69-70
seminarios	69
Shigella	69-70
Enfermedades transmisibles	27-70
V. las distintas enfermedades	
Enfermedades Transmisibles, Servicio de	138
Enfermedades venéreas	
V. Treponematosis	
Enfermería, salud pública	87-88
V. también los nombres de los países	
Enseñanza de Enfermería	21, 108-114
V. también por países	
adiestramiento de parteras en la América Latina (cuadro)	111
Asamblea Mundial de la Salud (1956), discusiones técnicas:	
<i>Las enfermeras: su formación profesional y función que desempeñan en los programas sanitarios</i>	110

becas .....	110
<i>Boletín</i> , OSP .....	110
Congreso Regional de Enfermería, Cuadro .....	110
en las Américas (gráfica) .....	109
enseñanza fundamental de enfermería .....	111-114
estudios que se exigen para el ingreso en escuelas de enfermería (cuadro) .....	108
publicaciones y textos .....	110
UNICEF .....	114
Enseñanza médica .....	103+107
V. también nombres de los países	
Academia Americana de Pediatría (E.U.A.) .....	105
<i>Annual Directory of the Conference of Professors of Preventive Medicine in U.S.A. and Canada</i> .....	107
Asociación Internacional de Pediatría .....	105
ayuda a escuelas especiales .....	106
becas .....	106
<i>Boletín</i> , OSP .....	106-107
Centro de Información de Educación Médica .....	106, 139
distribución de materiales esenciales .....	107
estudio sobre pediatría .....	105-106
<i>Inventarios de material de enseñanza científica</i> , Volumen III: Escuelas Superiores Técnicas, Parte 5, Ciencias Médicas .....	107
<i>Journal of Medical Education</i> .....	107
Junta Médica de China .....	107
seminarios inter-países sobre enseñanza de medicina preventiva .....	21, 103-105
UNESCO .....	107
<i>World Directory of Medical Schools</i> , OMS .....	107
Erradicación	
V. también <i>Aedes aegypti</i> ; Erradicación, técnicas de; Malaria, erradicación	
Erradicación, técnicas de .....	16, 17-18
Erradicación de malaria .....	2, 10, 11, 13, 29-40, 120, 133
V. también Anopheles; nombres de los países	
Administración de Cooperación Internacional (E.U.A.) .....	35
Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo en México .....	35
Conferencia Sanitaria Panamericana, XIII (1950) .....	29
Conferencia Sanitaria Panamericana, XIV (1954) .....	7, 29, 127
Consejo Directivo, OSPA, Octava Reunión .....	127-128
control y erradicación, diferencias entre .....	10, 16
conversión del control en erradicación .....	7-10
DDT .....	4, 7, 29
Oficina de Coordinación del Programa de (COMEP) .....	2, 29, 32, 36, 127
Resolución de la Asociación Americana de Salud Pública .....	77
UNICEF .....	127
urgencia .....	7
Escuelas, Salud Pública .....	107-108
V. también los nombres de los países	
Esquistosomiasis .....	56-58
<i>American Journal of Tropical Medicine</i> .....	58
Brasil .....	56-58
caracoles vectores ( <i>Australorbis glabratus</i> ; <i>Tropicorbis centrismatralis</i> ) .....	56-57
control de la, mediante moluscocidas .....	56-58
exposición .....	58
Instituto Aggeu Magalhães, Recife, Pernambuco, Brasil .....	56
Instituto de Malariología, Brasil .....	56
<i>Schistosoma mansoni</i> .....	56
USPHS .....	56-58
Estadísticas	
V. Estadísticas Sanitarias	
Estadísticas sanitarias .....	2, 73-78
V. también los nombres de los países	
Asamblea Mundial de la Salud, Octava .....	77
Asociación Americana de Salud Pública, reunión anual (1955) .....	77
becas .....	75
<i>Boletín</i> , OSP .....	73
Centro Interamericano de Bioestadística .....	74-75

Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades .....	73, 76
<i>Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción</i> .....	76-77
datos, compilación y distribución .....	73-74
educación estadística .....	74-76
<i>El crecimiento de población y los programas de salud pública en los países latinoamericanos</i> (trabajo sobre) .....	76
<i>Estadística Sanitaria</i> (publicación trimestral) .....	73
<i>Informe Epidemiológico Semanal</i> .....	73
Instituto Interamericano de Estadística .....	77
<i>Intercambio de notificaciones de casos y contactos de enfermedades venéreas en las Américas</i> .....	74
Milbank Memorial Fund, 32a conferencia anual .....	76
Naciones Unidas .....	75, 76
otras organizaciones, colaboración con .....	76-78
población .....	76
Problemas de Población en la América Latina, seminario sobre .....	76
programas coordinados de salud pública .....	73
<i>Resumen de los Informes de los Estados Miembros, 1950-1953</i> , revisión .....	74
Estados Unidos .....	19
V. también Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos	
Administración de Cooperación Internacional (E.U.A.) .....	35, 114
<i>Aedes aegypti</i> .....	30, 41, 77
Centros contra la Gripe .....	65
enmiendas a las disposiciones sobre fiebre amarilla, Reglamento Sanitario Internacional .....	46
fiebre amarilla .....	13, 16
malaria .....	4, 6, 8, 29-30, 77
peste .....	64
poliomielitis .....	65, 66
rabia .....	58-59
salud pública, escuelas .....	107
Servicio de Caza y Pesca, Control de Predadores y Roedores .....	59
<i>Treponema pallidum</i> , estudio de inmovilización .....	52
treponematosis .....	48
tuberculosis .....	18
viruela .....	53
Estandarización Biológica, Comité de Expertos, OMS .....	56
Exposiciones y otros medios de información .....	58, 122-124
Naciones Unidas, Nueva York .....	123

F

Fiebre aftosa	
V. Centro Panamericano de Fiebre Aftosa .....	10-16
Fiebre amarilla .....	10-16
V. también <i>Aedes aegypti</i> , erradicación; nombres de los países	
área local infectada, definición de .....	46
casos de .....	44
Comité de Cuarentena Internacional, OMS .....	46
Fundación Rockefeller .....	44, 47
Gorgas Memorial Laboratory .....	45
<i>Haemagogus equinus</i> .....	45
<i>Haemagogus iridicolor</i> .....	45
<i>Haemagogus mesoindentatus</i> .....	45
<i>Haemagogus spegazzinii falco</i> .....	16, 45
Instituto Carlos Finlay (Colombia) .....	47
Instituto Oswaldo Cruz (Brasil) .....	47
monos .....	13, 14, 45, 48
Octava Asamblea Mundial de la Salud .....	46-47
Reglamento Sanitario Internacional, enmiendas a disposiciones sobre fiebre amarilla .....	46-47
selvática .....	13, 15, 46
Subcomisión de Cuarentena, OMS .....	46
urbana .....	13, 46
vacuna .....	47
vacunación .....	13, 47-48
virus en vertebrados distintos del hombre .....	46
zona endémica de fiebre amarilla, definición de .....	47
zonas endémicas de fiebre amarilla .....	13-14

Filipinas	
enmiendas a las disposiciones sobre fiebre amarilla, Reglamento Sanitario Internacional	46
Finlay, Carlos J., Dr., centenario de la graduación de	41
Florida Antimosquito Association, reunión	41
Fomento de la Salud, Servicio de	138
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)	1, 133
enfermería, enseñanza	114
higiene materno-infantil	85, 88
lepra	60
malaria	6, 29, 32, 35
nutrición	94
penicilina, Haití	17
ros ferina	64, 65
treponematosis	17, 51
tuberculosis	18, 55
viruela	54
Fondos	1-2, 127, 133, 141-142
cuotas	1, 141
NU/AT	2, 141
OMS/AT	2, 127, 141, 142
UNICEF	2, 141
Frambesia	16-17, 48-52
conferencia internacional sobre control de la, Nigeria (1955)	48-49
control y erradicación, diferencias entre	49
erradicación	16-17
Haití	16-17, 49-50
penicilina	17, 48
<i>Treponema pallida</i>	16
<i>Treponema pertenue</i>	16
Francia	1
Fundación Rockefeller	62
fiebre amarilla	44, 47

**G**

Gastos y origen de los fondos	141-142
V. también Fondos	
Gorgas, General	11
Gorgas Memorial Laboratory	
fiebre amarilla	45
Granada	
<i>Aedes aegypti</i>	36, 37
lepra	60
malaria	8, 36-37
rabia	59
treponematosis	51
Guadalupe	
<i>Aedes aegypti</i>	41
malaria	8, 36-37
poliomielitis	66
Guatemala	
<i>Aedes aegypti</i> , erradicación	36, 40
antropología cultural	98
enfermedades diarreicas	69
enfermería, enseñanza	111, 113-114
enseñanza médica	106
estadísticas sanitarias	73, 74, 76
fiebre amarilla	16, 45
malaria	8, 36
nutrición	91-95
pinta	48
poliomielitis	66
salud, programas coordinados	91
saneamiento del medio	78, 83
tifo	63
tuberculosis	55
viruela	53

Guayana Británica	
<i>Aedes aegypti</i>	41
frambesia	48
lepra	60
malaria	6, 8, 36
poliomielitis	66
viruela	53
Guayana Francesa	
<i>Aedes aegypti</i> , erradicación	37, 41
frambesia	48
lepra	60
malaria	6, 8

**H**

<i>Haemagogus equinus</i>	45
<i>Haemagogus iridicolor</i>	45
<i>Haemagogus mosodentatus</i>	45
<i>Haemagogus spogazzinii fulco</i>	45
Haití	
V. también frambesia	
<i>Aedes aegypti</i> , erradicación	34, 40
becas	106
enfermería, enseñanza (1955)	111, 114
enfermería, salud pública	88
estadísticas sanitarias	74
laboratorio	97
malaria	8, 30, 34
rabia	59
saneamiento del medio	83
Hawai	133
poliomielitis	66
Hidatidosis	67-68
<i>Cachito en Peligro</i> (folleto)	68
<i>Echinococcus granulosus</i>	68
<i>Hidatidosis: Triple Enfermedad</i> (prospecto)	68
Uruguay	67-68
Higiene dental	98-99
Asociación Dental Mexicana, Tercer Congreso	99
Fundación Kellogg	99
Odontología de la Infancia, Consejo Panamericano, reunión	99
Higiene materno-infantil	83-87
V. también nombres de los países	
becas	87
mortalidad infantil en las Américas, cuadro	85
UNICEF	85-88
Higiene mental	98
V. también los nombres de los países	
Conferencia sobre higiene mental y desarrollo del niño (1952)	98
Honduras	
<i>Aedes aegypti</i> , erradicación	36, 40, 41
antropología cultural	98
enfermería, salud pública	87
fiebre amarilla	15, 16, 44, 45
malaria	8, 36
nutrición	91-95
saneamiento del medio	82
tuberculosis	55
<b>I</b>	
INCAP	
V. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá	
Influenza	17, 65
Centros de	65
Comité de Expertos de la OMS para el Programa de Estudio de la	65
Información Pública, Oficina de	134
<i>Informe Epidemiológico Semanal</i>	73

Ingeniería sanitaria	
V. Saneamiento del medio	
Insectos, control de	
V. <i>Aedes aegypti</i> ; Malaria	
Instituto Aggeu Magalhães, Recife, Pernambuco, Brasil	56
Instituto Bacteriológico, Chile	53
Instituto Butantan, São Paulo, Brasil	53
Instituto Carlos Finlay, Bogotá, Colombia	47
Instituto de Investigaciones Pecuarías, Palo Alto, México	59
Instituto de Malariología, Brasil	56
Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)	
Boletín, OSP, Suplementos	73, 85, 91-95, 137
Boletín, OSP, Suplementos	94, 122
Instituto Interamericano de Estadística	77
Instituto Oswaldo Cruz (Brasil)	47
Instituto Serológico del Estado, Copenhague	53
Instituto Smithsonian (E.U.A.)	59
Inventarios de material de enseñanza científica, Volumen III: Escuelas Superiores Técnicas, Parte 5, Ciencias Médicas	107
Islas Barlovento	
V. también Granada; Santa Lucía, San Vicente	
<i>Aedes aegypti</i> , erradicación	37, 41
malaria	8
poliomielitis	66
treponematosis	51
tuberculosis	55
Islas de Sotavento	
<i>Aedes aegypti</i> , erradicación	37, 41
malaria	8
treponematosis	50
tuberculosis	55
Isoniacida	18

## J

Jamaica	
<i>Aedes aegypti</i> , erradicación	36, 37
laboratorios	96
malaria	8, 36-37
poliomielitis	66
saneamiento del medio	83
treponematosis	51
tuberculosis	55
Jefferson Medical College, Filadelfia, centenario de la graduación del Dr. Carlos J. Finlay	41
Johns Hopkins, Universidad de	51
<i>Journal of Medical Education</i>	107
<i>Journal of Tropical Medicine</i>	122

## K

Kellogg, W.K., Fundación	95
Kwashiorkor (síndrome pluricausal de la infancia)	76, 91

## L

Laboratorios, salud pública	95-97
V. también los nombres de los países	
Centro de Enfermedades Transmisibles, USPHS	97
Lepra	18, 60-61
Área del Caribe (AMRO-58)	60
becas	60
Paraguay	60
Lista de proyectos	143

## M

Malaria	4, 10, 11, 13, 29-41, 120
V. también Erradicación de malaria	
Comisión de Malaria de la OSP, primer informe, presentado en 1942 a la XI Conferencia Sanitaria Panamericana	29
Conferencia Internacional de las Repúblicas Americanas (1902)	29
Martinica	8, 37, 41, 60, 66
México	12, 21
<i>Aedes aegypti</i> , erradicación	16, 35, 41
Asamblea Mundial de la Salud, Octava	129
becas	35, 116
Centros contra la Gripe	65
Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo en México	35
enfermería, enseñanza	110-114
enseñanza médica	103, 106
estadísticas sanitarias	76
fiebre amarilla	13, 16, 45
higiene dental	99
higiene maternoinfantil	87
Instituto de Investigaciones Pecuarías, Palo Alto	59
malaria	4, 8, 24, 29, 30, 35
pinta	48
poliomielitis	66
rabia	58-59
salud pública, escuelas	107
saneamiento del medio	79, 82-83
tifo	61, 63
treponematosis	52
viruela	53-54
Milbank Memorial Fund, 32a conferencia anual	76
Moluscocidas	56-58
Monos, fiebre amarilla	45
Mosquitos	
V. <i>Aedes aegypti</i> ; Anofeles	

## N

Naciones Unidas	
Asistencia Técnica para el Desarrollo Económico, Programa Ampliado de	127, 137
estadísticas sanitarias	75, 76
Nicaragua	
<i>Aedes aegypti</i> , erradicación	36, 40
antropología cultural	98
enfermería, enseñanza	111-114
enfermería, salud pública	87
estadísticas sanitarias	76
fiebre amarilla	44
malaria	8
nutrición	91-95
pinta	48
poliomielitis	66
saneamiento del medio	83
Nivel cero	17-18
<i>Noticiero</i> , OMS	122
Nueva York, Departamento de Salubridad del Estado de, División de laboratorios e investigación	52
Nutrición	91-95
V. también los nombres de los países	
aterosclerosis	94
FAO	94
Fundación Kellogg	95
INCAP, Suplemento, <i>Boletín</i> , OSP	94
Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)	73, 85, 91-95
kwashiorkor	91
UNICEF	94



## O

Oficina Regional para las Américas, OMS V. Oficina Sanitaria Panamericana	
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS...	1
descentralización	1
función	1
junta de gobierno	133
representantes a conferencias y otras reuniones	Apéndice II
Oficinas de Zona y Campo	1, 139-140
mapa	140
Organización, reuniones y acuerdos oficiales	127-129
reuniones, OMS	128-129
reuniones, OSPA	127-129
Organización de Estados Americanos (OEA)	1, 70
V. también Centro Panamericano de Fiebre Aftosa	
Asistencia Técnica	70, 137
Organización Mundial de la Salud	
Acuerdo con OSPA	1
Consejo Ejecutivo	129
Noticiero	122
reuniones	128-129
Organización para la Agricultura y la Alimentación	1, 68, 94
Organización Sanitaria Panamericana	1
V. también Consejo Directivo, OSPA; Comité Ejecutivo, OSPA; Conferencia Sanitaria Panamericana	
Organización y administración	127-142

## P

Países Bajos	1
Panamá	
<i>Aedes aegypti</i> , erradicación	36, 40
antropología cultural	98
enfermería, enseñanza	114
enseñanza médica	106
estadísticas sanitarias	76
fiebre amarilla	15, 44
frambesia	48
laboratorio	97
malaria	8, 35-36
nutrición	91-95
pinta	48
poliomielitis	66
rabia	59
salud, coordinación de programas	89
saneamiento del medio	82
Paraguay	
<i>Aedes aegypti</i> , erradicación	30, 40
becas, trabajos entomológicos de laboratorio	31
enfermería, salud pública	87
enseñanza médica	106
higiene mental	98
lepra	60
malaria	8, 30-31
poliomielitis	66
salud, coordinación de programas	91
treponematosi	51
tuberculosis	55
viruela	52
Pediatría	21
Academia Americana de Pediatría (E.U.A.)	105
Asociación Internacional de Pediatría	105
estudio sobre	21, 105-106
Penicilina	17, 48, 51
Personal	137
contratación	137
sueldos	22

Perú	
<i>Aedes aegypti</i>	41
enfermería, salud pública	87
enseñanza médica	106
fiebre amarilla	44
frambesia	48
higiene maternoinfantil	85, 88
higiene mental	98
laboratorios	96
malaria	8
peste	63, 64
pinta	48
poliomielitis	66
rabia	59, 60
rifo	61-63
tos ferina	64
viruela	53-54
Peste	63-64
V. también los nombres de los países	
Pinta	48
Planificación, salud nacional	21
saneamiento del medio	21
Población	19, 76
defunciones	19
infantil	85
Poliomielitis	17, 65-67
V. también los nombres de los países	
becas	67
Boletín, OSP	66
casos	66
Centros Regionales contra la Poliomielitis, OMS	67
informe especial del Servicio de Salud Pública de E.U.A. sobre la vacuna Salk contra la poliomielitis	66
Informe sobre la evaluación de las pruebas de campo hechas en 1954 con vacuna de poliomielitis	65
Servicio de Inspección de la Poliomielitis, informe del técnica de Salk	67 65-67
Presupuesto y Programa	1
V. Programa y Presupuesto	
Prevención y Control, diferencias entre	18
Programa de trabajo, 1957-1960	127, 133
Programa y Presupuesto	127, 133
documento	137
Proyectos	
V. también Lista de Proyectos, Apéndice I	
AMRO-1	79-82
AMRO-7	30, 35, 40
AMRO-8	30, 36-37, 41
AMRO-9.2	98, 117
AMRO-10	74-75
AMRO-17	82
AMRO-18	107
AMRO-23	110-111
AMRO-28	110-111
AMRO-29	98
AMRO-31	55
AMRO-43	67
AMRO-47	50, 97
AMRO-49	103, 105, 117
AMRO-54	91
AMRO-58	60
AMRO-60	52, 54
AMRO-61	59
AMRO-62	83
AMRO-64	83
AMRO-68	105
AMRO-72	99
AMRO-77	99-100
AMRO-81	70

	Página
AMRO-83	62
AMRO-85	76
AMRO-86	74
AMRO-88	30, 40-41, 138
AMRO-90	29, 30, 138
AMRO-94	69
AMRO-103	52
Interregional-10	65
Interregional-11	51
Argentina-51	30, 37-38
Barbados-2	51, 55, 97
Bolivia-4	30-32
Bolivia-5	112
Bolivia-6	79
Bolivia-10	89
Brasil-3	87
Brasil-4	65
Brasil-20	51
Brasil-53	56-58
Colombia-4	87, 89
Colombia-5	30-32
Colombia-15	55
Costa Rica-3	111, 112, 114
Cuba-1	30, 38
Cuba-3	54, 89
Cuba-5	38
Chile-10	56
Chile-12	85
Ecuador-4	87, 89
Ecuador-5	56
Ecuador-6	56
Ecuador-53	95
El Salvador-5	89
Estados Unidos-6	52
Guatemala-6	113-114
Guatemala-8	91
Guatemala-11	55
Haití-1	49
Haití-4	30, 34
Haití-9	97
Haití-10	114
Honduras-5	55
México-4	58
México-11	114
México-12	113
México-13	52
México-15	85
México-53	30, 35
Nicaragua-5	113
Panamá-1	89, 97
Paraguay-1	30
Paraguay-6	106
Paraguay-7	55, 87
Paraguay-10	51, 91
Perú-10	85
Perú-16	64
República Dominicana-2	30, 32
República Dominicana-4	91
República Dominicana-52	51
Surinam-3	55
Uruguay-1	56
Uruguay-5	89
Uruguay-51	30, 38-40
Venezuela-52	51
Proyectos coordinados de salud pública	88-91
V. también los nombres de los países	
gráficas sobre fondos	89
mapa sobre proyectos	90
NU/AT	88
Proyectos Interregionales	
V. Proyectos	

	Página
Publicaciones	119-122
<i>Boletín</i> , OSP	120-121
discusiones técnicas, Octava Reunión del Consejo Directivo, OSPA	119
especiales	120-121
Puerto Rico	
<i>Aedes aegypti</i> , erradicación	37, 41
becas	116
malaria	6, 8
poliomielitis	66
salud pública, escuelas	107
saneamiento del medio	83
<b>R</b>	
Rabia	58-60
V. también los nombres de los países	
adiestramiento	60
canina	59
Comité de Expertos, OMS, sobre la Rabia	60
control	59
en los seres humanos	60
Instituto de Investigaciones Pecuarias, Palo Alto, México	59
Instituto Smithsonian (E.U.A.)	59
murciélagos	58-59
producción de vacuna y suero	59
selvática	59
Servicio de Caza y Pesca, Control de Predadores y Roedores (E.U.A.)	59
vacuna antirrábica avianizada	59
Rabia, Comité de Expertos, OMS	60
Reglamento Sanitario Internacional, fiebre amarilla	46-47
Reino Unido	1
República Dominicana	
<i>Aedes aegypti</i>	33-34, 40, 41
enfermería, salud pública	87
estadísticas sanitarias	73, 74, 76
higiene dental	99
malaria	8, 30, 32-33
rabia	59
salud, programas coordinados	91
saneamiento del medio	83
treponematosi	51
<i>Resumen de los Informes de los Estados Miembros, 1950-1953, revisión</i>	74
<b>S</b>	
Salmonella	69-70
Salubridad Fronteriza de los Países del Río de la Plata, tercera reunión (1955)	52
Salud Pública, administración	73-100
Salud Pública, División de	138
Saneamiento del medio	2, 21, 78-83
V. también los nombres de los países	
abastecimientos de agua, cursos	82
adiestramiento, cursos de, y seminarios	79-83
Centro Interamericano de la Vivienda, Colombia	83
Día Mundial de la Salud	78
suministro urbano de agua	79
universidades, cooperación con	78-82
Santa Lucía	
lepra	60
malaria	8, 36
San Vicente	8, 37
<i>Schistosoma mansoni</i>	56
Secretario General	133-136
Seminarios	103-105
enfermedades diarreicas	69
enseñanza de medicina preventiva	21, 103-105
sobre problemas de población en América Latina	76

Página

Servicio de Educación Profesional.....	138
Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos.....	4
V. también Centro de Enfermedades Transmisibles, Atlanta	
esquistosomiasis.....	56-58
influenza.....	65
poliomielitis.....	65-67
treponematosi.....	51, 52
Servicio de Saneamiento del Medio.....	138
Servicios de Salud Pública, fortalecimiento de.....	19-22
Shigella.....	69-70
Sífilis.....	16, 17, 48-52
Soper, Fred L., Dr.....	133
V. también Director, OSP	
viajes.....	133
Subcomisión de la Cuarentena	
Comisión de Programa y Presupuesto, Octava Asamblea Mundial	
de la Salud.....	46, 47
Subdirector, OSP.....	133
Suministros.....	138
Surinam	
<i>Aedes aegypti</i> , erradicación.....	37, 41
frambesia.....	48
lepra.....	60
malaria.....	8, 36, 37
rabia.....	59
tuberculosis.....	55

T

Tétano.....	65
Tifo.....	61-63
V. también los nombres de los países	
casos notificados.....	63
proyecto AMRO-83.....	62
Universidad de Tulane, Departamento de Epidemiología,	
Escuela de Medicina.....	62-63
Tos ferina.....	64-65
V. también los nombres de los países	
Departamento de Salubridad, Michigan, laboratorios.....	64
Instituto Oswaldo Cruz, Brasil.....	65
UNICEF.....	64, 65
vacuna, producción.....	64
TPI (estudio de inmovilización del <i>Treponema pallidum</i> ).....	52
Traducciones.....	135
<i>Treponema pallidum</i> , inmovilización, estudio de (TPI) en E.U.A....	52
Treponematosi e infecciones venéreas.....	2, 48-52
V. también Frambesia; Sífilis	
penicilina.....	48
seminario.....	52
Simposio internacional sobre enfermedades venéreas.....	52
<i>Treponema pallidum</i> , estudio de inmovilización.....	52
Trinidad	
<i>Aedes aegypti</i> , erradicación.....	36, 41
fiebre amarilla.....	36, 44, 47
lepra.....	60
malaria.....	8, 37
poliomielitis.....	66
rabia.....	59, 60
treponematosi.....	51
tuberculosis.....	55
<i>Tropicorbis centrimitralis</i> .....	56-57
V. también Esquistosomiasis	

Página

Tuberculosis.....	18, 55-56
V. también los nombres de los países	
BCG, estadístico (AMRO-31).....	55
BCG, producción de vacuna.....	55, 56, 96
BCG, vacunación.....	18, 55-56
becas.....	56
Comité de Expertos en Estandarización Biológica, OMS.....	56
curso de adiestramiento para médicos.....	56
quimioterapia.....	18
UNICEF.....	55

U

UNESCO	
enseñanza médica.....	107
Unión Panamericana.....	129
Centro Interamericano de la Vivienda, Colombia.....	83
Universidad de Tulane, Departamento de Epidemiología, Escuela	
de Medicina.....	62-63
Universidad de Yale, Sección de Medicina Preventiva, Escuela	
de Medicina, Centro de Poliomielitis para las Américas..	67
Uruguay	
<i>Aedes aegypti</i> , erradicación.....	38-40
enmiendas a las disposiciones sobre fiebre amarilla, Reglamento	
Sanitario Internacional.....	46
hidatidosis.....	67-68
higiene mental.....	98, 117
malaria.....	8, 30
poliomielitis.....	66
salud, programas coordinados.....	89
tuberculosis.....	56
viruela.....	52, 53, 54

V

Vacuna	
antivariólica seca, producción.....	53-54
contra la viruela, glicerinada.....	53
fiebre amarilla.....	47
rabia.....	60
tos ferina.....	64
Vacunación	
viruela.....	53-54
Venezuela	
<i>Aedes aegypti</i> .....	41
enfermería, salud pública.....	87
enmiendas a las disposiciones sobre fiebre amarilla, Reglamento	
Sanitario Internacional.....	46
estadísticas sanitarias.....	73, 76
fiebre amarilla.....	44, 45, 47
frambesia.....	48, 51
higiene mental.....	98
malaria.....	6, 8
peste.....	64
poliomielitis.....	66
rabia.....	59, 60
salud pública, escuelas.....	108
saneamiento del medio.....	83
viruela.....	53, 54
Viaje, subsidios.....	107
V. también Becas	
Viruela.....	52-54
V. también los nombres de los países	
alastrim.....	53
casos 1951-1955, informe.....	53

	<b>Página</b>
Conferencia Sanitaria Panamericana, XIII (1950).....	52
Conferencia Sanitaria Panamericana, XIV (1954).....	52
Consejo Directivo, OSPA, Sexta Reunión (1952).....	52
erradicación.....	52
Instituto Bacteriológico, Chile.....	53
Instituto Serológico del Estado, Copenhague.....	53
programa regional, AMRO-60.....	52-54
Salubridad fronteriza de los países del Río de la Plata, tercera reunión (1955).....	52
UNICEF.....	54
vacuna antivariólica seca, producción de.....	53-54
vacuna glicerinada.....	53
vacunación.....	52-54

	<b>Página</b>
<b>W</b>	
Washington, edificio para la Oficina.....	138
<i>World Directory of Medical Schools</i> , OMS.....	107
<b>Z</b>	
Zona, oficinas de.....	139-140
Zona del Canal de Panamá	
malaria.....	8
poliomielitis.....	66
Zoonosis.....	70
V. Centro Panamericano de Zoonosis	



El dibujo de la portada reproduce uno de los motivos artísticos del monumento elevado por los antiguos mayas al dios de la lluvia que estiliza la imagen de un murciélago. Entre los viejos pueblos indios no se conocía el papel que desempeña el murciélago en la transmisión de la rabia pero asociaban su imagen con las tinieblas y la muerte.

El murciélago ocupa un lugar destacado en la mitología maya, en la que aparece asociado, no sólo con el dios de la lluvia, sino también con el de la luz y con el de los cuatro puntos cardinales.